



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

MARTHA BEATRIZ NARVAEZ LAMUS

**PREVALÊNCIA E REPERCUSSÕES DA MORBIDADE MATERNA NO PÓS-
PARTO UTILIZANDO O INSTRUMENTO WOICE – Organização Mundial de
Saúde**

**PREVALENCE AND REPERCUSSIONS OF MATERNAL MORBIDITY IN THE
POSTPARTUM USING THE WHO-WOICE INSTRUMENT**

CAMPINAS

2019

MARTHA BEATRIZ NARVAEZ LAMUS

**PREVALÊNCIA E REPERCUSSÕES DA MORBIDADE MATERNA NO PÓS-
PARTO UTILIZANDO O INSTRUMENTO VOICE – Organização Mundial de
Saúde**

**PREVALENCE AND REPERCUSSIONS OF MATERNAL MORBIDITY IN THE
POSTPARTUM USING THE WHO-VOICE INSTRUMENT**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde, na área de Saúde Materna e Perinatal.

Dissertation presented to the Post-Graduate Program in Tocoginecology of the Faculty of Medical Sciences of the State University of Campinas as part of the requisites required to obtain a Master's degree in Health Sciences in the Maternal and Perinatal Health area.

ORIENTADOR: Maria Laura Costa Do Nascimento

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA
ALUNA MARTHA BEATRIZ NARVAEZ LAMUS
E ORIENTADO PELA PROF.
DRA. MARIA LAURA COSTA DO NASCIMENTO

**CAMPINAS
2019**

FICHA CATALOGRAFICA

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Rosana Evangelista Poderoso - CRB 6652

N169p Narvaez Lamus, Martha Beatriz, 1988-
Prevalência e repercussões da morbidade materna no pós-parto utilizando o instrumento *WOICE* – Organização Mundial de Saúde / Martha Beatriz Narvaez Lamus. – Campinas, SP : [s.n.], 2019.

Orientador: Maria Laura Costa do Nascimento.

Coorientador: Mary Ângela Parpinelli.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Depressão puerperal. 2. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. 3. Puerpério. I. Nascimento, Maria Laura Costa do, 1979-. II. Parpinelli, Mary Ângela, 1956-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Prevalence and repercussions of maternal morbidity in the postpartum using the WHO-WOICE instrument

Palavras-chave em inglês:

Puerperal depression

International classification of functioning, Disability and health

Puerperium

Área de concentração: Saúde Materna e Perinatal

Titulação: Mestra em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Maria Laura Costa do Nascimento [Orientador]

Adriana Gomes Luz

Ricardo Porto Tedesco

Data de defesa: 13-08-2019

Programa de Pós-Graduação: Tocoginecologia

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-9706-8700>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/0678936889491339>

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

MARTHA BEATRIZ NARVAEZ LAMUS

ORIENTADOR: Maria Laura Costa do Nascimento

MEMBROS:

1. PROF. DRA. MARIA LAURA COSTA DO NASCIMENTO

2. PROF. DRA. ADRIANA GOMES LUZ

3. PROF. DR. RICARDO PORTO TEDESCO

Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

“A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa na FCM”.

DATA DA DEFESA: 13/08/2019

DEDICATÓRIA

Esta tese é dedicada a:

Deus que tem sido meu guia, força e com a mão sempre me guiando no caminho certo.

Agradeço aos meus pais (Salvador Narvaez Cadavid e Blanca Edith Lamus Castanho) e irmão (Manuel Alejandro Narvaez Lamus) infinitamente, eles são meu apoio incondicional e encorajamento à distância. Obrigado por incutir em mim o exemplo de esforço e coragem, para não temer a adversidade, obrigado por me apoiar a realizar um sonho hoje. Essa conquista também é claramente para eles.

Para toda a minha família, porque com suas orações, conselhos e palavras de encorajamento, eles me tornaram uma pessoa melhor e, de uma forma ou de outra, eles me acompanham em todos os meus sonhos e objetivos.

AGRADECIMENTOS

Quero expressar minha gratidão a Deus, que com sua bênção sempre preenche minha vida e toda a minha família estando sempre presente.

A Dra. Laura Costa do Nascimento - Orientadora, principal colaboradora ao longo deste processo, quero expressar o meu grande e sincero agradecimento por confiar em mim e me incentivar a embarcar no caminho e para o desenvolvimento do meu projeto. Que com o seu ensino valioso, conhecimento me fez crescer dia a dia como profissional, obrigado por sua paciência, dedicação, apoio incondicional e amizade. Durante o caminho houve fatores que fizeram difíceis o processo, mas sem o seu apoio, direção, ensino, conselhos, colaboração, este projeto não poderia ter se tornado realidade.

Ao Dr. Guilherme Cecatti e à Dra. Maria Fernanda Escobar por me darem essa maravilhosa oportunidade de estudar fora do meu país, por me dar a oportunidade de ser uma pessoa melhor, uma melhor profissional.

Agradecer a todos os funcionários e professores do ambulatório de pós-parto, pessoas que fazem o serviço ser o melhor dia a dia, por abrir as portas e permitir que eu faça todo o processo de pesquisa dentro do estabelecimento de ensino.

Da mesma forma, agradecer à Universidade Estadual de Campinas - Brasil, por abrir as portas e me deixar ser parte do grupo de estudantes de pós-graduação e meus professores que fizeram parte desse processo.

RESUMO

Introdução: Não há estimativas precisas sobre a prevalência e impacto de morbidades maternas não graves no ciclo gravídico puerperal, em especial violência doméstica e sexual, alterações da funcionalidade e saúde mental. Diante a falta de ferramentas para avaliação abrangente destas morbidades, o Grupo de trabalho em morbidade materna da Organização Mundial da Saúde desenvolveu uma ferramenta chamada WOICE para mensurar sistematicamente morbidades não graves. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de morbidade materna não grave em mulheres puérperas usando o instrumento WOICE e analisar os fatores associados a condições clínicas, sociais e de saúde mental **Método:** Estudo transversal, com entrevista e aplicação de questionário WOICE em 519 mulheres, em um encontro único no período de 6 -12 semanas pós-parto em serviço de referência (Universidade Estadual de Campinas). O WOICE contém três sessões: 1) informações sociodemográficas, história obstétrica, questões sobre violência doméstica e sexual, saúde sexual, uso de substâncias; 2) informações de funcionalidade e incapacidade (WHODAS 2.0), sintomas gerais, saúde mental e ansiedade e 3) contém dados de exame físico e revisão de dados do prontuário médico. O período de coleta de dados foi de 11 meses (Novembro 2017 – Dezembro 2018), os dados foram coletados em Tablet Samsung Galaxy Tab. S3 - Android com software REDCAP. Foi realizada uma análise descritiva, com prevalência geral de todas as variáveis contidas no WOICE, incluindo escalas de ansiedade e depressão (GAD-7/PHQ-9 alterado se ≥ 10), funcionalidade (WHODAS- alterada quando $\geq 37,4$) e dados sobre violência e uso de substâncias. Posteriormente, foi realizada uma avaliação de casos com alterações, com regressão logística para investigar fatores associados a condições clínicas e não clínicas. **Resultados:** Foram incluídas 517 mulheres, a maioria (54.3%) multíparas, com idades entre 20 e 34 anos

(65.4%), e com parceiro (75.6%). Mais de um quarto teve (26,2%) parto pré-termo, no entanto, predominantemente com bons resultados perinatais (95.7%) relataram boa saúde do bebê na avaliação pós-parto). A avaliação de condições clínicas mostrou que cerca de um terço das mulheres (30,2%) relataram ter algum problema de saúde informado pelo médico tratante, apesar de mais de 80% consideraram ter boa ou muito boa saúde. Cerca do 10% relataram uso de tabaco ou substância ilícita (cigarro, bebidas álcool, maconha, sedativos, pílulas para dormir, alucinógeno) em torno de 5.9% da população entrevistada sofreram violência. Ansiedade foi identificada em 19,8% dos casos, depressão em 36,9% e funcionalidade alterado em 4,4% das mulheres. A regressão logística identificou que a classificação de saúde geral ruim foi associada ao aumento da ansiedade / depressão e ao funcionamento alterado. mostrou que idade foi protetor para alterações de funcionalidade, saúde mental, social, sexual e para o modelo de regressão que avaliou fatores associados a alterações clínicas, ter parceiro foi fator protetor. **Conclusão:** Durante os cuidados pós-parto, as mulheres apresentaram alta frequência de ansiedade e depressão e frequência relevante de uso de substâncias e violência. Esses aspectos da saúde da mulher precisam de mais avaliações e intervenções específicas para melhorar a qualidade do atendimento. WOICE foi usado pela primeira vez em uma população de alto risco, com identificação de informações relevantes sobre saúde clínica, social, mental, sexual e de funcionalidade.

Palavras chaves: Morbidade Materna, saúde mental, funcionalidade, depressão, puerpério, WHODAS 2.0, PHQ-9, GAD-7.

ABSTRACT

Introduction: There are no accurate estimates of the prevalence and impact of non-severe maternal morbidities in the puerperal pregnancy cycle, especially domestic and sexual violence, functional changes and mental health. Given the lack of tools for comprehensive assessment of these morbidities, the Maternal Morbidity Working Group of the World Health Organization developed a tool called WOICE to systematically measure non-serious morbidities. **Objective:** To evaluate the prevalence of non-severe maternal morbidity in puerperal women using the WOICE instrument and to analyze the factors associated with clinical, social and mental health conditions. **Method:** Cross-sectional study, with interview and application of WOICE questionnaire in 519 women, in a single meeting in the period of 6 -12 weeks postpartum in reference service (State University of Campinas). WOICE contains three sessions: 1) sociodemographic information, obstetric history, issues of domestic and sexual violence, sexual health, substance use; 2) Functional and Disability Information (WHODAS 2.0), General Symptoms, Mental Health and Anxiety, and 3) Contains physical examination data and medical chart data review. The data collection period was 11 months (November 2017 - December 2018), the data were collected in Tablet Samsung Galaxy Tab. S3 - Android with REDCAP software. A descriptive analysis was performed, with a general prevalence of all variables contained in WOICE, including anxiety and depression scales (GAD-7 / PHQ-9 altered if ≥ 10), functionality (WHODAS-altered when ≥ 37.4) and data violence and substance use. Subsequently, an evaluation of cases with alterations was performed, with a logistic regression to investigate factors associated with clinical and nonclinical conditions. **Results:** A total of 517 women were included, the majority (54.3%) multiparous, aged between 20 and 34 years (65.4%), and with partner (75.6%). More than one quarter had preterm

delivery (26.2%), however, predominantly with good perinatal outcomes (95.7%) reported good postpartum evaluation. The evaluation of clinical conditions showed that about one third of the women (30.2%) reported having a health problem informed by the attending physician, although more than 80% considered themselves to be in good or very good health. About 10% of the participants reported use of tobacco or illicit substance (cigarette, alcohol, marijuana, sedatives, sleeping pills, hallucinogen) around 5.9% of the population interviewed suffered violence Anxiety was identified in 19.8% of the cases, depression in 36.9% and altered functioning in 4.4% of the women. Logistic regression identified that overall poor health status was associated with increased anxiety / depression and impaired functioning. showed that age was protective for changes in functional, mental, social, and sexual health and for the regression model that assessed factors associated with clinical changes, having partner was protective factor. **Conclusion:** During postpartum care, women had high frequency of anxiety and depression and relevant frequency of substance use and violence. These aspects of women's health need more specific assessments and interventions to improve the quality of care, WOICE was first used in a high-risk population with identification of relevant clinical, social, mental, functionality.

Keywords: Maternal Morbidity, mental health, functionality, depression, puerperium, WHODAS 2.0, PHQ-9, GAD-7.

RESUMEN

Introducción: No hay estimaciones precisas sobre la prevalencia e impacto de morbilidades maternas no graves en el ciclo del gravídico puerperal, especialmente en violencia doméstica y sexual, cambios de la funcionalidad y salud mental. Dada la falta de herramientas para la evaluación integral de estas morbilidades, el Grupo de Trabajo de Morbilidad Materna de la Organización Mundial de la Salud desarrolló una herramienta llamada WOICE para medir sistemáticamente morbilidades no graves.

Objetivo: evaluar la prevalencia de morbilidad materna no grave en mujeres púerperas usando el instrumento WOICE y analizar los factores asociados a condiciones clínicas, sociales y de salud mental. **Método:** Estudio transversal, con entrevista y aplicación del cuestionario WOICE a 519 mujeres, en un único encuentro en el período de 6 a 12 semanas posparto en el servicio de referencia (Universidad Estatal de Campinas). WOICE contiene tres secciones: 1) Informaciones sociodemográficas, historia obstétrica, preguntas sobre violencia doméstica y sexual, salud sexual, uso de sustancias; 2) Informaciones de funcionalidad e incapacidad (WHODAS 2.0), síntomas generales, salud mental y ansiedad; 3) contiene datos de examen físico y revisión de historia médica. El período de recolección de datos fue de 11 meses (Noviembre de 2017 - Diciembre de 2018) y los datos fueron recolectados en tablets Samsung Galaxy Tab. S3 - Android con software REDCAP. Fue realizada un análisis descriptivo, con prevalencia general de todas las variables contenidas en WOICE, incluyendo escalas de ansiedad y depresión (GAD-7/PHQ-9 alterado si ≥ 10), funcionalidad (WHODAS alterado cuando $\geq 37,4$) y datos sobre violencia y uso de sustancias. Posteriormente, fue realizada una evaluación de casos con alteraciones, con regresión logística para investigar factores asociados a condiciones clínicas y no clínicas. **Resultados:** Fueron incluidas un total de 517 mujeres, la mayoría (54.3%)

múltiparas, con edades entre 20 y 34 años (65.4%) y con pareja (75.6%). Mas de un cuarto (26,2%) tuvo parto prematuro, sin embargo, predominantemente con buenos resultados perinatales, (95,7%) informaron una buena salud del bebé en la evaluación posparto. La evaluación de las condiciones clínicas mostró que un tercio de las mujeres (30,2%) informaron tener algun problema de salud informado por el médico tratante, aunque más del 80% consideraron que tenía buena o muy buena salud. Cerca del 10% reportaron uso de tabaco o sustancias ilícitas (cigarrillos, alcohol, marihuana, sedantes, pastillas para dormir, alucinógenos), aproximadamente el 5.9% de la población entrevistada sufrieron violencia. Ansiedad fue identificada em 19.8% de los casos, depresión en 36.9% y funcionalidad alterada en 4.4% de las mujeres. La regresión logística identifico que la clasificación de salud general mala fue asociada al aumento de la ansiedad / depresión y el funcionamiento alterado. Mostro que la edad fue protector para alteraciones de funcionalidad, salud mental, social, sexual y para el modelo de regresión que evaluó factores asociados a alteraciones clínicas, tener pareja fue factor protector. **Conclusión:** durante los cuidados posparto, las mujeres presentaron alta frecuencia de ansiedad y depresión y frecuencia relevante de uso de sustancias y violencia. Esos aspectos de la salud de la mujer necesitan de más evaluaciones e intervenciones específicos para mejorar la calidad del atendimento. WOICE fue usado por primera vez en una población de alto riesgo con identificación de informaciones relevantes sobre la salud clínica, social, mental y de funcionalidad. **Palabras claves:** Morbilidad Materna, salud mental, funcionalidad, salud materna, depresión, puerperio, WHODAS 2.0, PHQ-9, GAD-7.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ANC	Antenatal Care
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
BSSC-W	Brief Sexual Symptom Checklist for Women
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CPAV	Condições Potencialmente Ameaçadoras da Vida
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DP	Desvio Padrão
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
GAD-7	General Anxiety Disorder 7
HAC	Hipertensão Arterial Crônica
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de Massa Corpórea
ITU	Infecção do Trato Urinário
MMG	Morbidade Materna Grave
MMWG	Working Group Maternal Morbidity
NMM	Near Miss Materno
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHQ-9	Patient Health Questionnaire 9
PPC	Posnatal Care
REDCAP	Research Electronic Data Capture
RP	Razão de Prevalência
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
VPI	Violencia por Parceiro Intimo
WHODAS	World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0

Sumario

1. Introdução.....	15
1.1. Morbidade Materna.....	15
1.2. Instrumento WOICE.....	17
1.3. Pós-parto.....	19
1.3.1. Violencia doméstica e sexual.....	20
1.3.2. Saúde Sexual.....	21
1.3.3. Funcionalidade.....	22
1.3.4. Depressão e Ansiedade	24
2. Objetivos.....	26
2.1. Objetivo Geral.....	26
2.2. Objetivos Específicos.....	26
3. Metodologia	27
3.1. Desenho de estudo.....	27
3.2. Tamanho amostral.....	27
3.3. Variáveis.....	28
3.4. Seleção dos sujeitos.....	42
3.4.1. Critérios de Inclusão.....	43
3.4.2. Critérios de Exclusão.....	43
3.5. Instrumento para coleta de dados.....	43
3.6. Coleta de dados.....	45
3.7. Controle de qualidade.....	46
3.8. Processamento e análise dos dados	46
4. Aspectos Éticos.....	49
5. Resultados	51
6. Discussão	75
7. Conclusões	79
8. Referências Bibliográficas.....	80
9. Anexos	83
9.1. ANEXO 1: Ferramenta piloto de medição de Morbidade Materna.....	83
9.2. ANEXO 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	99
9.3. ANEXO 3: Aprovação Comitê de Ética.....	102
9.4. ANEXO 4: Submissão na revista BMC pregnancy and childbirth.....	107

1. INTRODUÇÃO

1.1. MORBIDADE MATERNA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu no ano de 2015 a nova Agenda Universal para 2030 traçando os objetivos de desenvolvimento sustentáveis construídos sobre o legado dos objetivos de desenvolvimento do milênio para o ano 2000, já concluídos, mas não completamente alcançados(1). Dentre os novos objetivos o terceiro é o de garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, incluindo melhorar a saúde materna, com abordagem multidimensional (1).

A prevenção de mortes maternas durante a gestação e o parto tem sido foco de muita atenção, sendo menor a atenção dada às mulheres que sobrevivem às complicações da gestação e que evoluem com comprometimento da sua saúde(2). Em 2015 foram descritas no mundo 303.000 mortes de mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto, sendo em sua imensa maioria mortes evitáveis de países de baixa renda(3). Foi sugerido que para cada morte, 20-30 mulheres sofrem de alguma morbidade, no entanto estes cálculos não se baseiam em métodos e medidas padronizados(2, 3).

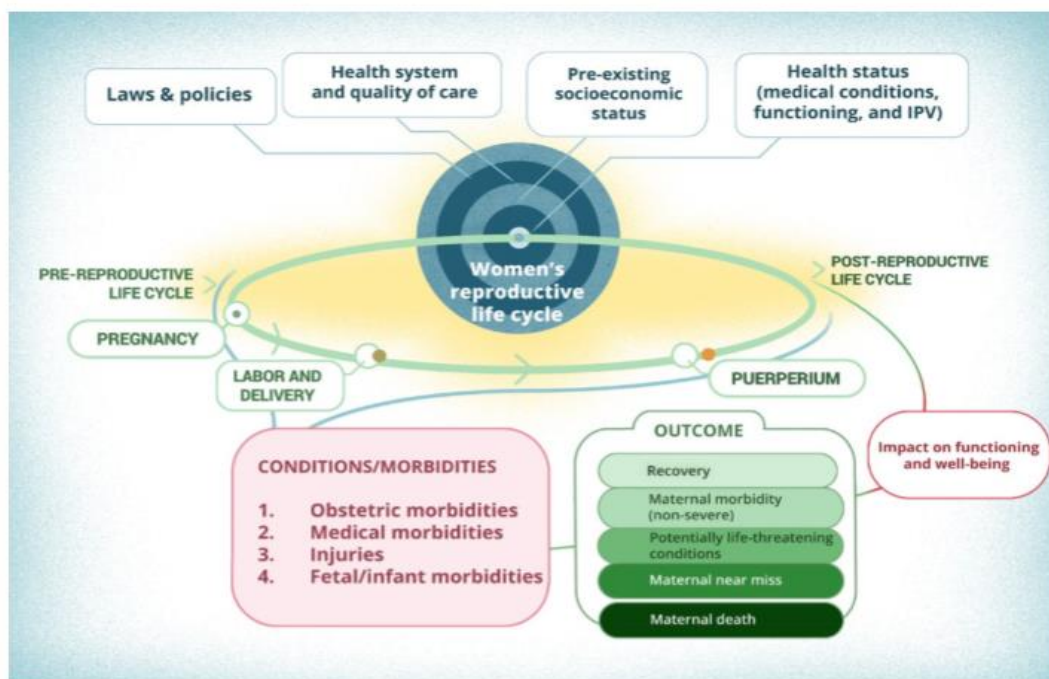
Na última década, houve importante avanço no estudo de morbidade materna grave (MMG), com definição de critérios específicos para identificação de casos de Condições Potencialmente Ameaçadoras da Vida (CPAV) e Near Miss Materno (NMM)(4).

No entanto, além da identificação da MMG, é necessário avançar no estudo de condições não graves, mas que podem influenciar e afetar a saúde e o bem-estar das mulheres, com comprometimento da saúde física, sexual ou mental da mulher, sua capacidade para executar certos domínios (cognição, mobilidade, participação na sociedade), a imagem de seu corpo e seu status econômico e social(5). A magnitude da morbidade materna continua sendo desconhecida e é preciso mais informação para elucidar a verdadeira dimensão deste problema(5).

Em 2012, uma iniciativa da OMS foi lançada para padronizar a definição e metodologia de avaliação da morbidade materna não grave com o desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação chamada WOICE – OMS. Para tanto, foi criado o Grupo de Trabalho da Morbidade Materna (MMWG)(6), com participação importante do grupo de pesquisa da UNICAMP (2).

O grupo de trabalho (MMWG da OMS) inicialmente desenvolveu uma nova definição de morbidade materna como “ Qualquer condição de saúde atribuída à complicação da gestação e/ ou parto que possa ter um impacto negativo sobre o bem-estar e/ou funcionalidade da mulher”(1, 2, 5). O objetivo para utilização dessa definição foi capturar de maneira abrangente todo o espectro da morbidade(2).

Como consequência, o MMWG desenvolveu uma nova estrutura conceitual para morbidade materna, com o objetivo de melhorar a compreensão e elucidar o impacto e fatores associados Morbidade Materna(6). A figura abaixo representa este conceito de morbidade, com influência de inúmeros componentes durante o ciclo reprodutivo da mulher.



A new conceptual framework for maternal morbidity Filippi et. Al., 2018

A morbidade materna pode instalar-se a qualquer momento durante gravidez, parto ou após o parto, com importante influência da condição de saúde prévia de cada mulher (nutrição, doenças pré-existentes ou incapacidades), além de fatores relacionados a infra-estrutura, políticas e sistemas de saúde(6).

1.2. O INSTRUMENTO WOICE- OMS

O grupo de trabalho da OMS – MMWG criou um instrumento para avaliação da morbidade materna não grave, chamado WOICE, justamente para remeter à importância de “escutar” a voz, queixas e necessidades das mulheres. Para tanto utilizou ferramentas desenvolvidas e validadas na literatura como o WHODAS 12 itens (World Health Organization Disability Assessment Schedule), para avaliar funcionalidade, GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder 7-item) para avaliar ansiedade e PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), para avaliar saúde mental(2).

O instrumento WOICE (Anexo 1) foi desenvolvido a partir de uma matriz na qual essas três sessões foram incluídas. A primeira sessão tem informações sociodemográficas, história obstétrica, questões sobre violência doméstica e sexual, saúde sexual, uso de substâncias.

A segunda sessão tem informações de funcionalidade e incapacidade (WHODAS 2.0) a qual avalia perda de funções físicas, psicológicas, cognitivas, sociais e econômicas, além disso considera sintomas gerais, saúde mental e ansiedade (PHQ-9 GAD-7), e na terceira sessão contém dados de exame físico e uma revisão de dados do prontuário médico(1, 2).

O MMWG já implementou o WOICE para avaliação da morbidade materna não grave em 750 mulheres no período pré-natal e 740 mulheres no período pós-parto através de um estudo piloto, em três diferentes países (Jamaica, Quênia e Malawi) em níveis de atenção primária e secundária(1, 2).

Como parte dos achados principais do estudo piloto, observou-se predominantemente mulheres saudáveis, sem comorbidades (61,6% no acompanhamento pré-natal e 79,1% no pós-parto), porém altas taxas de exposição à violência (12,8% no pré-natal e 11% no pós-parto), uma prevalência de alterações de ansiedade e depressão de 6,3% no período pré-natal e 2,2% pós-parto (7).

O estudo piloto permitiu, pela primeira vez, uma avaliação mais ampla de condições autor referidas pelas mulheres, representando uma nova abordagem para medir a morbidade materna não grave(7).

1.3. PÓS-PARTO

O pós-parto ou puerpério é definido como o período após o parto e contempla tradicionalmente 42 dias após o nascimento, caracteriza-se não só por intensas mudanças biológicas, mas também por iniciar uma interação mãe-criança, diversas experiências de adaptação a uma nova imagem corporal, além da necessidade de adaptação aos papéis e atitudes maternas(8, 9).

O puerpério pode ser classificado como imediato (primeiras 24 horas), mediato (primeiros 10 dias), tardio (11 a 42 dias pós-parto) ou remoto (após 42 dias). O cuidado pós-parto deve ser um processo contínuo para otimizar a saúde de mulheres e bebês com serviços de apoio adequados às necessidades individuais de cada mulher(10). Um bom atendimento pós-parto deve oferecer muito mais do que orientação de método contraceptivo, precisaria garantir oportunidade de promover a saúde e o bem-estar das mulheres, com avaliação do bem-estar físico, social e psicológico, além de detectar distúrbios mentais, depressão, ansiedade e uso de substâncias(10).

Atualmente o 40% das mulheres no Estados Unidos não comparecem à consulta de revisão pós-parto (10), dificultando o tratamento de doenças crônicas ou tratamento de complicações que tenham surgido durante a gestação e parto, o que pode levar a eventos adversos a curto ou longo prazo. Uma estratégia importante é oferecer educação a mulher durante os controles pré-natais sobre a importância da assistência nos controles pós-parto (11).

É preciso conhecer todas estas dimensões e possibilidades de alterações no puerpério, para que seja possível estabelecer intervenções adequadas em cada cenário (12, 13).

O Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – CAISM/UNICAMP é a porta de entrada do sistema de saúde regional para casos de média e alta complexidade que são encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde de Campinas e dos municípios vizinhos, sendo uma unidade de referência para mais de 60 municípios, com atendimento hospitalar em nível terciário e quaternário. No CAISM as mulheres são encaminhadas para consulta de revisão pós-parto na instituição apenas se alto risco, por antecedente clínico ou alguma complicação no parto.

1.3.1. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL

A violência no ciclo gravídico-puerperal determina uma série de consequências à saúde da mulher e da criança, com associação a piores desfechos, incluindo maior probabilidade de trabalho de parto pré-termo, baixo peso ao nascer. Além disso a mulher também pode apresentar transtorno de estresse pós-traumático, ideação suicida, baixa autoestima, dificuldades de socialização e uso abusivo de álcool, etc. (14). As mulheres que são expostas a Violência por Parceiro Intimo (VPI) e a violência sexual, tendem a desvalorizar-se, podem apresentar baixa autoconfiança, dificuldades para lidar com desafios durante a gestação e pós-parto. Trata-se de um grande problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos(14, 15).

A violência doméstica exercida contra as mulheres é um fenômeno global e as vítimas desta violência frequentemente conhecem bem seus autores, sendo pessoas do convívio diário. Este fenômeno continua sendo comum e infelizmente aceito como “normal” em muitas sociedades do mundo(16).

As estimativas publicadas pela OMS indicam que uma em cada três mulheres (35%) no mundo sofreram de violência física e/ou sexual do parceiro ou violência sexual por terceiros em algum momento de sua vida (15).

Um estudo prospectivo de coorte entre 2005 e 2006 foi realizado em mulheres durante a gestação e período após o parto na cidade de Recife, Nordeste do Brasil incluindo mulheres com idades de 18 a 49 anos, com incidência de violência no pós-parto 9,3%. (17).

A violência doméstica é um dos desafios da saúde pública no mundo todo (18) e é mais prevalente nos países do sul da Ásia (38%). Um estudo transversal num hospital de Nepal, onde avaliaram violência doméstica durante os três trimestres da gestação e o período pós-parto, considerando 165 mulheres em cada período, a violência doméstica no período pós-parto foi de 20%, com predomínio de violência psicológica (15,2%), seguida por violência sexual (7,3%) e violência física (4.8%) (18).

Outro estudo, no Brasil, com avaliação no pós-parto demonstrou que 38% das mulheres sofreram violência em algum momento da vida e 3,7% das mulheres foram agredidas fisicamente (19).

1.3.2. SAÚDE SEXUAL

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a saúde sexual como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social e também como indicador de saúde (20). Uma revisão sistemática recente, com estudos publicados desde 1995 até 2015 evidenciou que as mulheres com antecedente de algum tipo de morbidade materna tinham mais alterações relacionadas à sexualidade, como

dispareunia e reinício tardio da atividade sexual comparado com mulheres que não tiveram morbidade materna (20).

Existe um consenso de que a função sexual saudável é um componente importante do estado geral da saúde do paciente. A função sexual saudável requer integridade física e psicológica, representa um meio importante para avaliar a percepção da qualidade de vida de um indivíduo. Se a disfunção sexual não é reconhecida e tratada, pode exercer um efeito profundamente negativo sobre o bem-estar do indivíduo e do casal(21).

Um estudo de coorte retrospectivo com mulheres que deram luz entre julho 2008 e junho 2012 na maternidade da Universidade de Campinas hospital de referência, no qual avaliou-se o Índice de Função Sexual Feminino (FSFI) e o tempo para reinício de atividade sexual em mulheres com morbidade materna grave previa (315 mulheres) comparada a uma população controle (323 mulheres que tinham gestações sem complicações), as pontuações médias de FSFI entre os grupos foram similares, com variação de 24.39 a 24.42 e as mulheres expostas demonstraram maior tempo para retomar sua vida sexual (média de 84 dias) comparado ao grupo controle (65 dias) (22).

1.3.3. FUNCIONALIDADE

A funcionalidade no período pós-parto pode ser avaliada pela disposição da mulher para assumir as responsabilidades de cuidado com a criança, bem como retomar as atividades de autocuidado, cuidados domiciliares, social e comunitária(23).

Um estudo de coorte retrospectivo no Brasil, avaliou funcionalidade e incapacidade entre mulheres após morbidade materna grave, por meio da utilização do WHODAS(World Health Organization Disability Assessment Schedule)(23), aplicado em 638 mulheres das quais 315 possuíam histórico de morbidade materna grave e 323 controle (Sem morbidade grave). O WHODAS tem uma pontuação que varia de 0 a 100 e quanto maior esse valor maior limitação na vida diária. A média geral da pontuação foi significativamente mais alta em mulheres que apresentavam morbidade materna grave (19.04 ± 16.18) do que em mulheres que não apresentavam morbidade (15.77 ± 14.46)(23), embora o significado clínico desses achados ainda não seja completamente conhecido.

A versão completa do WHODAS contém 36 perguntas, para medir a funcionalidade e a participação em atividades da vida diária nos últimos 30 dias da aplicação do questionário, através dos seguintes domínios: Domínio 1 (cognição) avalia a comunicação, pensamento, memória, resolução de problemas, a compreensão; Domínio 2 (mobilidade) Avalia atividades como estar em pé, caminhar longas distâncias; Domínio 3 (autocuidado) avalia a capacidade de realizar higiene, vestir-se e comer; Domínio 4 (relação com as pessoas) avalia a interação com os outros (23, 24). Domínio 5 (atividades da vida diária) avalia a dificuldade com as atividades da vida diária (trabalho, escola/ estudo, trabalho doméstico); Domínio 6 (participação) avalia a participação das atividades da comunidade e da sociedade. (23, 24).

Existe uma versão resumida, com 12 itens do WHODAS 2.0, já validada em população obstétrica, com representatividade para o score total, porém sem possibilidade de avaliação específica por domínios(25).

Esta foi a versão escolhida para uso no instrumento WOICE-OMS. Os dados relacionados a funcionalidades ainda não foram publicados para o estudo piloto(25).

1.3.4. DEPRESSÃO E ANSIEDADE

Complicações durante a gestação e intraparto, morte neonatal, perda fetal e parto prematuro tem sido associados com maior prevalência do transtorno de stress pós- traumático(21).A depressão no primeiro ano após o parto é uma complicação frequente, com uma prevalência estimada muito variável, chegando a 60% comparado a uma prevalência de 8% em gestantes(21, 26).

A gravidez e o período pós-parto estão associados a profundas mudanças físicas e emocionais(27). A depressão pós-parto ocorre de 4 a 6 semanas após o parto, podendo ser uma condição prolongada, com sintomas como mau humor, perda de memória, irritabilidade, ansiedade e distúrbios do sono. Além disso as mães deprimidas tendem a expressar comportamentos que têm um impacto negativo em seus filhos, incluindo não interagir com seus bebês.

Quando a depressão é detectada de maneira deficiente, no período gestacional ou pós-parto, pode levar a maiores efeitos negativos a curto e longo prazo para as mulheres, suas crianças e sociedade (27).

Uma revisão sistemática, analisou 143 estudos que relataram prevalência de depressão pós-parto e sintomas depressivos em 40 países, com uma variação de prevalência muito ampla de 0 a 60%(27). Em alguns países como Singapura, Malta, Áustria e Dinamarca a depressão pós-parto e sintomas depressivos apresentaram frequência baixa (0.5%- 9.0%), enquanto em outros países (Brasil, Guiana, Costa Rica, Itália, Chile, África do Sul, Taiwan e Coreia), houve maior

prevalência de sintomas de depressão pós-parto (34%- 57.0%). A variabilidade de informação é devido a diversidades culturais nos países, diferenças na percepção da saúde mental, estigma, e fatores de vulnerabilidade nos entornos socioeconômicos (como a pobreza, apoio familiar, estresse) (27).

Considerando o exposto, podemos dizer que ainda não se conhece muito sobre a prevalência de condições associadas à violência doméstica, sexual, alterações da saúde mental e funcionalidade em mulheres no pós-parto. A falta de conhecimento sobre estas questões e demais condições de morbidade não grave, pode levar à negligência dos profissionais de saúde sobre as diretrizes especializadas no melhor cuidado destas mulheres.

O presente estudo é o resultado de uma iniciativa liderada pelo grupo de trabalho da OMS (MMWG), para utilização do questionário WOICE - OMS, visando medir a morbidade materna não grave em mulheres pós-parto (PPC) em um centro de referência.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar a prevalência de morbidade materna não grave em mulheres no período de 6-12 semanas pós-parto, usando o instrumento WOICE e investigar fatores associados e alterações da saúde mental, social, sexual e clínica.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Em mulheres no período de 6-12 semanas pós-parto

- 2.2.1. Descrever características sociodemográficas, antecedentes clínicos e obstétricos
- 2.2.2. Identificar a frequência de violência doméstica e sexual.
- 2.2.3. Identificar a frequência de alterações na funcionalidade.
- 2.2.4. Avaliar a frequência de alterações na saúde mental.
- 2.2.5. Avaliar fatores associados a alterações da saúde mental, social, sexual e clínica.

3. METODOLOGIA

3.1. DESENHO DE ESTUDO

Estudo de corte transversal, no qual foi aplicado um questionário (derivado de diversos instrumentos) desenvolvido pela OMS para a avaliação de morbidade materna em seus vários aspectos como (Violência doméstica e sexual, alteração na funcionalidade, e saúde mental). A aplicação do questionário ocorreu no ambulatório de revisão pós-parto do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - CAISM/Unicamp, em um encontro único com mulheres no período de 6 - 12 semanas pós-parto.

3.2. TAMANHO AMOSTRAL

O tamanho da amostra foi estimado em 500 mulheres por conveniência, como um estudo piloto, considerando que o instrumento WOICE – OMS não havia ainda sido publicado no momento em que o presente projeto foi escrito e a coleta de dados planejada e iniciada. O único estudo anterior utilizando a mesma ferramenta utilizou 250 mulheres durante o pós-parto para cada centro (3 países diferentes) (7).

3.3. VARIÁVEIS

Foram descritas todas as variáveis contidas no instrumento WOICE versão 2.0 para avaliação de morbidade materna não grave (Conforme Anexo 1). As variáveis são exatamente as descritas pelo instrumento WOICE-OMS. Para as questões oriundas de outros instrumentos já validados (WHODAS, GAD-7 e PHQ-9), a versão em português respeita a versão com tradução e adaptação transcultural que cada instrumento original teve (9, 28, 29)

O questionário contém três seções:

- a. **Seção A Coleta de informações demográficas e socias, história obstétrica, violência, saúde sexual, fatores de risco e meio ambiente:**

Momento de aplicação do questionário/instrumento

- **Período pós-parto ou puerpério:** Definida como tempo de 6 a 12 semanas pós-parto, segundo dados do prontuário médico e entrevista.

Antecedentes Sociodemográficos

- **Idade:** Variável numérica continua, em anos. Segundo entrevista ou prontuário, expressa em anos.
- **Escolaridade:** Nível ou grau de ensino mais elevado que o indivíduo concluiu ou para o qual obteve equivalência, e em relação ao qual tem direito ao respectivo certificado ou diploma. Segundo refere na entrevista, categorizado em: Nenhum, Primário, Secundário, Superior.

- **Alfabetização:** Variável categórica. Segundo é avaliado na entrevista por meio de um cartão com a frase “A criança está lendo um livro”. Categorizado em: Não pode ler nada, capaz de ler apenas partes da sentença, capaz de ler sentença inteira, Cego/Deficiente visual.
- **Estado civil:** Segundo dados do prontuário medico ou na entrevista. Categorizado em: Nunca se casou / Solteira, casada atualmente, Separada, Divorciada, Viúva, União estável, Outro.
- **Ocupação:** Ocupação remunerada(30). Segundo dados de entrevista. Categorizada em: Sim ou não.
- **Endereço:** Local de moradia. Segundo dados do prontuário medico ou da entrevista.
- **Tempo para transporte até unidade de saúde (a partir de sua casa):** Definido como tempo necessário para a pessoa chegar até a unidade de saúde de referência (CAISM), a partir de sua casa, segundo entrevista. Categorizado em: <15 minutos, 15-30 minutos, 30 minutos a 1 hora, >1 hora.

Antecedentes obstétricos e clínicos

História reprodutiva: Histórico sobre o número prévio de gestações e seus desfechos; identificado pelo prontuário médico; categorizado pelo Número de filhos nascidos com mais de 22 semanas de gestação, número de partos por cesárea, número de partos vaginais e partos fórceps (instrumentais), número de filhos vivos, número de abortos (perdas <22 semanas de gestação), número total de gestações.

- **Data do parto:** Definida como o dia, mês e ano no qual teve o parto. Segundo dados do prontuário médico: (mm / dd / aaaa).
- **Idade gestacional no parto:** Definida como quantidade de semanas que a mulher tinha quando deu à luz. Segundo refere na entrevista, em semanas completas e dias, segundo dados do prontuário médico.
- **Amamentação:** Avaliação da amamentação (na entrevista pós-parto), categorizada em: amamentação exclusiva, mista ou não amamenta.
- **Data do retorno da menstruação:** Data desde o parto, quando retomou menstruação. Segundo refere na entrevista: (mm / aaaa).

Violência contra a mulher

- **Violência doméstica:** Definida como a agressão física, a coação sexual, o maltrato psicológico(31). Segundo refere na entrevista. Categorizada em: Nunca, às vezes, muitas vezes, quase todas às vezes, não sei / não me lembro, recusou / não responde.
- **Violência sexual:** Definida como "Qualquer ato sexual, a tentativa de obter um ato sexual ou outro ato dirigido contra a sexualidade de uma pessoa usando coação por outra pessoa, independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer escopo. Inclui violação, definida como a penetração através coerção física ou de outro modo, da vagina ou do ânus com o pênis, ou outra parte do corpo ou com objeto"(15). Dado obtido por entrevista e categorizada em: Não, sim, não sei / não me lembro, recusa / sem resposta.

Avaliação de saúde sexual (Conforme a entrevista)

- **Relações sexuais desde o parto:** Variável categórica não ordinal. Retomada das relações sexuais após o parto. Segundo refere na entrevista, categorizada em: Não, sim.
- **Período de abstinência sexual pós-parto:** Variável quantitativa discreta. Número de semanas após o parto em que a mulher retomou as relações sexuais. Segundo refere na entrevista.
- **Satisfação sexual:** Definido como avaliação subjetiva de gostar ou não gostar de sua vida sexual(33) desde o parto. Segundo refere na entrevista. Categorizado em: Sim, Não.
- **Presença de problema (s) com sua vida sexual desde o parto:** Segundo refere na entrevista. Categorizado em: Problema com pouco ou nenhum interesse sexual, problema com diminuição da sensação genital, problema com lubrificação vaginal diminuída (secura), dificuldade para atingir o orgasmo, dor durante relação sexual, Outro (especifique) ou recusou-se a responder.

Fatores de risco e meio ambiente

Uso/Abuso de substâncias: Uso nocivo ou perigoso de substâncias psicoativas, incluindo álcool e drogas ilícitas. Refere-se ao uso de alguma substância durante a última gravidez (cigarro, bebidas alcoólicas, maconha, inalantes, sedativos ou pílulas para dormir, alucinógenos, opioides ou drogas por injeção para uso não médico). Variável categórica Sim e Não.

b. Avaliação da funcionalidade, saúde mental, condições clínicas e sintomas gerais.

Funcionalidade

É um termo geral para as funções corporais, estruturas corporais, atividades e participação. Denota os aspectos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e fatores contextuais individuais (fatores ambientais e pessoais)(34). Segundo aplicação do instrumento WHODAS 2.0 12 items(34, 35).

- **WHODAS 2.0:** Instrumento para avaliação de funcionalidade, o qual inclui os domínios: Mobilidade, Cognição, Atividades da vida diária, Participação, Autocuidado e relações. Com este instrumento se obtém um resultado que varia de 0 a 100, onde 0 é igual a que não há alterações na funcionalidade e 100 é incapacidade completa. Este instrumento já foi validado no Brasil por Silveira et al.(24). Estudo prévio definiu alteração de funcionalidade no pós-parto, valores superiores a 37.4 (9)

O WHODAS-12 versão 2.0 é a versão reduzida do WHODAS 36 itens 2.0. Para utilização do WHODAS 12 as pontuações de cada pergunta e foram recodificadas e posteriormente aplicou-se as formulas abaixo (34).

$$\sum S1-S12 = (S1+ S2+ S3+ S4+ S5+ S6+ S7+ S8+ S9+ S10+ S11+S12) *100/36$$

Onde S1, S2, S3...S12., correspondem ao resultado de cada pergunta.

No instrumento WOICE-OMS o número das variáveis correspondentes às perguntas do WHODAS 12 itens são: Q30 até Q41. Cada pergunta do WOICE avalia o grau de dificuldade para fazer alguma atividade e tem como opções de resposta: 1: Nenhuma, 2: Leve, 3: Moderada, 4: Grave e 5: Extrema ou não pode fazer (estas opções são mostradas em um cartão resposta, durante a entrevista).

Conforme descrito na literatura, para cálculo do score WHODAS-12, foram recodificadas as pontuações de cada pergunta, sendo: 1=0, 2=1, 3=2, 4=3, 5=4, com a exceção das perguntas Q31, Q33, Q37, Q39, Q40, Q41, estas últimas recodificadas para 1=0, 2 e 3=1, 4 e 5=2.

Com esta recodificação, a somatória total varia de 0 a 36, pois temos 6 perguntas com pontuação de 0 a 4 e as demais com pontuação de 0 a 2. Portanto, para converter o escore em escala de 0 a 100, deve-se multiplicar a somatória de todas as pontuações das perguntas por 100 e dividir por 36 que é a pontuação máxima depois da recodificação.

- **Classificação geral da saúde:** Variável categórica. Definido como avaliação subjetiva declarada pela mulher sobre o seu estado de saúde geral. Categorizado em: Muito boa, Boa, nem boa nem ruim, pobre, muito pobre.

Saúde mental

Saúde mental preservada é definida como um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe suas próprias habilidades e consegue lidar com as tensões normais da vida, trabalhar de forma produtiva e é capaz de contribuir na comunidade(36). Avaliada pelos testes GAD-7 e PHQ-9, sendo categorizada cada questão destes em, “com que frequência você foi incomodada”: De nenhum modo, alguns dias, mais da metade dos dias, quase todos os dias.

- **GAD-7** – instrumento breve para avaliação, diagnóstico e monitoramento de ansiedade, foi elaborado por Spitzer e cols. 2006(29) e validado por Löwe e colaboradores 2007 (37), de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). A tradução para a língua portuguesa foi feita por Pfizer (Copyright © 2005 Pfizer Inc., New York, NY), foi validado no Brasil por Sousa e cols. 2015(38) É composta por sete itens, dispostos em uma escala de quatro pontos: 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias). Com pontuação que varia de 0 a 21, ao medir frequência de sinais e sintomas de ansiedade nas últimas duas semanas. Considera-se indicador positivo de sinais e sintomas de transtornos de ansiedade, valor igual ou maior que 10.
- **PHQ-9** – Instrumento breve para avaliação, diagnóstico e monitoramento de transtorno depressivo, de acordo com os critérios do DSM-IV. A evidência de validade foi verificada por Spitzer e Kroenke 2001(28) e a tradução para a língua portuguesa foi veiculada pela Pfizer (Copyright © 2005 Pfizer Inc., New York, NY). No Brasil, Osório, Mendes, Crippa e

Loureiro 2009(39) constataram a evidência de validação. O instrumento reúne nove itens, dispostos em uma escala de quatro pontos: 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias), com pontuação que varia de 0 a 27 para avaliar a frequência de sinais e sintomas de depressão nas últimas duas semanas. Estima-se, como indicador positivo de depressão maior, valor maior ou igual a 10.

- Em 2003, Kroenke et al., validaram o PHQ-2 como *screening* para depressão, este contém as duas primeiras perguntas do PHQ-9, quando qualquer uma destas é positiva é aplicado o PHQ-9 completo. As perguntas do PHQ-2 foram: com que frequência você teve os seguintes sintomas nas últimas duas semanas: “Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?”, “Se sentiu para baixo, deprimida ou sem esperança?” dispostos em uma escala de quatro pontos: 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias), com pontuação que varia de 0 a 6(40).

Condições clínicas: Variável Categórica. Definida como a resposta Sim ou Não (à pergunta “Desde que você engravidou, você foi informada de alguma condição médica?”).

Sintomas gerais: Definido como manifestação de algum sintoma nas últimas 2 semanas. Segundo informações obtidas através da entrevista, sendo categorizado em: Sim ou Não.

Abaixo a lista de variáveis sobre sintomatologia, com os termos utilizados na entrevista:

- Calafrios
- Náusea
- Febre
- Dor de cabeça
- Tonturas
- Rigidez do pescoço
- Suor profuso/ suor noturno
- Tremores
- Espasmos musculares
- Dor no peito
- Intolerância ao exercício e esforço
- Palpitações
- Perturbação visual
- Sangramento gengival
- Tosse
- Dificuldade respiratória
- Respirar mais rápido que o habitual
- Vômito
- Vômito com sangue
- Desconforto ou dor abdominal
- Mudança do apetite ou hábitos alimentares
- Dor na micção (disúria)
- Micção anormal (cor, frequência, odor)
- Alteração no hábito intestinal
- Pressão ou dor retal

- Erupção cutânea ou lesão de pele
- Coceira
- Sensibilidade ou nodulação nos seios
- Artralgia
- Sensibilidade nas pernas ou nas panturrilhas
- Inchaço nas pernas ou panturrilhas
- Dor nas costas
- Sangramento vaginal (após o sexo)
- Dispareunia (dor na relação)
- Dor pélvica
- Corrimento vaginal anormal
- Sangramento vaginal leve

Manifestação de algum dos seguintes sintomas desde o início da gravidez, segundo informações obtidas através da entrevista. Abaixo a lista de variáveis com os termos utilizados na entrevista:

- Urina com sangue
- Cegueira noturna (dificuldade em enxergar no escuro)
- Perda de peso inexplicável
- Ganho excessivo de peso (> 1 kg por semana)
- Derrame
- Hemorroidas
- Perda de dentes
- Inchaço nas mãos
- Convulsão

Manifestação de algum dos seguintes sintomas, sendo categorizado em: Sim ou Não. Segundo informações obtidas através da entrevista.

Abaixo a lista de variáveis com os termos utilizados na entrevista:

- **Protuberância ou pressão na sua vagina:** Percepção da mulher de ter uma protuberância na vagina ou sensação de pressão na sua vagina. Segundo refere na entrevista. Categorizado em: Sim, não; se a resposta foi sim, quanto incômodo encontrou a experiência: Não incomodo, ligeiramente incômodo, incômodo, muito incômodo, incomodado de mais.
- **Problemas urinários:** Percepção da mulher de ter problemas urinários (incluindo vazamento, urgência, frequência, incapacidade de esvaziar a bexiga). Segundo refere na entrevista. Categorizado em: Sim, não; se a resposta foi sim, quanto incômodo: Não incomodo, ligeiramente incômodo, incômodo, muito incômodo, incomodado de mais.
- **Problemas de evacuação ou flatulência:** Percepção da mulher de ter problemas de peristaltismo (Todos os movimentos de contração trato digestivo que permitem a progressão do seu conteúdo do estômago até o ânus). Segundo refere na entrevista. Categorizado em: Sim, não; se a resposta foi sim, quanto incômodo encontrou a experiência: Não incomodo, ligeiramente incômodo, incômodo, muito incômodo, incomodado de mais.

c. Dados sobre exame físico e revisão de prontuários médicos

Dados de exame físico (No mesmo dia da entrevista, segundo dados do prontuário médico).

- **Peso:** em quilograma (kg).
- **Altura:** em centímetros (cm).
- **Temperatura:** em graus célsius (°C).
- **Frequência cardíaca:** em batimentos por minuto (b/m).
- **Frequência respiratória:** em número de inspirações por minuto
- **Pressão arterial sistólica:** em mm/hg.
- **Pressão arterial diastólica:** em mm/hg.
- **Alterações do exame físico:** Categorizada em sim/não
 - Edema
 - Evidência de violencia
 - Alterações no exame do abdômen
 - Alterações das mamas
 - Alterações do exame ginecológico
- **Comorbidades associadas (Condições pré-existent)** Variáveis categóricas do tipo sim/não referentes à presença de outras patologias durante o período gestacional ou antes da gestação sendo elas:
 - Hipertensão arterial Crônica (HAC)
 - Hipertensão Gestacional
 - HIV
 - Diabetes

- Diabetes Gestacional
- Infecção do trato urinário (ITU)
- Infecção Renal
- Veias varicosas
- Pré-eclâmpsia
- Rotura pré-termo prematura de membranas
- Rotura prematura de membranas, no termo
- Placenta previa
- Insuficiência cervical
- Displasia cervical
- Oligoâmnio
- Miomatose
- Pequeno para idade gestacional
- Hemorragia anteparto
- Sepses
- Infecção da ferida operatória
- Tuberculose
- Sífilis
- DST – Doença Sexualmente Transmissível
- Hepatite B
- Tricomoníase
- Malária
- Febre Tifoide
- Pitiríase
- Dermatomicose

- Cândida oral
- Cândida pélvica
- Doença inflamatória pélvica
- Vaginite
- Cervicite
- Vaginose Bacteriana
- Verrugas genitais
- Chikungunya
- Herpes
- Anemia falciforme

Exames laboratoriais: (Resultados segundo prontuário médico coletados no terceiro trimestre).

- **Hemograma completo:** Especificamente hemoglobina: g/dl
- **Urina I ou fita urinaria em amostra isolada de urina: não, sim,**
(anotar resultado positivo ou negativo)
- **Sorologias:** (anotar resultado positivo ou negativo)
 - **HIV**
- **Glicemia Capilar:** valor em mg/dl

3.4. SELEÇÃO DOS SUJEITOS

Foram convidadas a participar do estudo as mulheres atendidas no ambulatório de revisão de parto adulto e adolescente no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - CAISM/Unicamp, que cumpriram com os critérios de inclusão.

No dia do atendimento médico, o entrevistador identificava as mulheres elegíveis, convidando a participar no estudo. No caso de aceitação o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) era explicado e a entrevista realizada após assinatura do mesmo (Anexo 2), além disso foi solicitado o acesso a informações do prontuário médico. Para as adolescentes foi aprovada dispensa do consentimento escrito, devido à consideração de que um consentimento impresso poderia colocar o sujeito em risco, uma vez que a violência é um dos temas do projeto e é sabido que, em casos de violência doméstica, o agressor é muitas vezes o responsável pelo adolescente. No entanto as entrevistas só foram realizadas após esclarecimento e consentimento verbal (Aprovação comitê de Ética - Anexo 3).

3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSÃO

- Mulheres pós-parto (6 - 12 semanas de puerpério).

3.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSÃO

- Incapacidade da mulher para compreender o TCLE
- Abortos (perdas gestacionais < 22 semanas)

3.5. INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

O questionário para a mensuração da morbidade materna não grave no período pós-parto foi criado pelo grupo de trabalho em morbidade materna (MMWG) da OMS. Este questionário WOICE originalmente encontra-se em idioma inglês, realizou-se a respectiva tradução ao idioma português do Brasil e a revisão foi realizada por especialistas na área de obstetrícia. Inicialmente foi aplicado como teste piloto para medir a compreensão e o tempo de aplicação, posteriormente foi adequado a fim de obter maior clareza e compreensão pelas mulheres (Vide Anexo 1). Após adequação foi implementado em *Tablets Samsung Galaxy Tab. S3 – Android* por meio do software REDCap.

O questionário contém três seções:

- Coleta da informação social e demográfica, história obstétrica, violência, saúde sexual e fatores de risco e meio ambiente.

- Avaliação da funcionalidade, sintomas gerais, saúde mental e ansiedade.
- Dados sobre exame físico e revisão de registros médicos.

Foram utilizadas escalas validadas como WHODAS versão 2.0 de 12 itens (25) para avaliar funcionalidade, GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder 7-item*) (29) para avaliar transtorno de ansiedade generalizada e PHQ-9 (28) para avaliar depressão. Para avaliar uso e abuso de substâncias, satisfação sexual e violência doméstica e sexual, foram utilizadas partes de escores previamente validados, o *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) (41). o *Brief Sexual Symptom Checklist for Women* (BSSC-W).

O grupo de trabalho em morbidade materna (MMWG) da OMS desenvolveu um manual de operações para a aplicação do questionário WOICE para mensuração de morbidade materna não grave, este manual foi adaptado para o português do Brasil para realizar o treinamento dos entrevistadores.

3.6. COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos a partir da aplicação do questionário de mensuração de morbidade materna não grave em mulheres puérperas (6-12 semanas pós-parto).

Pesquisadores treinados convidaram as mulheres a participar do estudo, conforme os critérios de inclusão após atendimento médico de rotina das participantes (controle pós-parto), sem prejuízo o na assistência.

Posteriormente explicaram o estudo e para as mulheres que concordaram em participar e foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para posteriormente administrar o instrumento, às adolescentes que concordaram em participar foi aplicado o instrumento.

A aplicação do questionário WOICE foi realizada em uma sala de atendimento reservada para a pesquisa no ambulatório de revisão pós-parto do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - CAISM/Unicamp. A duração do processo foi de 30-40 minutos.

Os pesquisadores receberam um Tablet (Tablet Samsung Galaxy Tab. S3 - Android) e foram treinados para utilizá-lo na administração do questionário WOICE. Os Tablets permitiram a coleta de dados, a transmissão, verificação, armazenamento e análise dos dados.

Além dos tablets, os pesquisadores tiveram acesso aos questionários em papel como respaldo. Todos os tablets foram protegidos com senhas para assegurar a confidencialidade. Os dados do projeto foram digitados em formato eletrônico de cada um dos questionários.

3.7. CONTROLE DE QUALIDADE

Como estratégia de controle de qualidade, foi realizado o treinamento de pesquisadores para garantir a correta coleta de dados durante a entrevista. Outra estratégia utilizada foi a aplicação piloto do instrumento para avaliar o tempo da entrevista e compreensão dos diferentes itens, além de limpeza e consistência dos dados, após coleta.

3.8. PROCESSAMENTO E ANALISE DOS DADOS

O processamento e coleta de dados foram suportados pelo software REDCAP e posteriormente foram transferidos para o programa SPSS. Foi realizada uma análise descritiva incluindo dados sócio demográficos, antecedentes clínicos e obstétricos, além das prevalências gerais de escores nos instrumentos considerados para funcionalidade e saúde mental. As variáveis contínuas foram apresentadas em média (M) e Desvio Padrão (DP) e as variáveis categóricas em percentual (%) de frequência. Para as variáveis contínuas, a normalidade da distribuição de dados foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk, o valor de $p < 0,05$, a distribuição de dados foi considerada com distribuição não normal, e foram utilizados os testes não paramétricos. Se $p > 0,05$, os dados foram

considerados com distribuição normal e os testes paramétricos foram considerados para análise.

Foi realizada uma análise de regressão múltipla por regressão de Poisson, apresentando os respectivos Razão de Prevalência (RP) e Intervalos de Confiança (IC) de 95%. Considerou-se três modelos para avaliar fatores associados, de maneira independente a condições anormais de funcionalidade, ansiedade e depressão ou condições clínicas.

- Para o Modelo 1 considerou-se como desfecho funcionalidade anormal ($WHODAS \geq 37,4$). Os preditores testados foram: idade materna, estado civil, escolaridade, alfabetização, tempo de deslocamento até instalação, paridade, idade gestacional, IMC (≥ 30 kg / m²), classificação geral de saúde, qualquer condição clínica, condições preexistentes, uso de qualquer medicação.
- Para o Modelo 2 considerou-se como desfecho saúde mental anormal (questionário de Ansiedade escore ≥ 10 e o questionário de Depressão escore ≥ 10). Os preditores foram as variáveis: idade materna, estado civil, escolaridade, alfabetização, emprego, tempo de deslocamento até a instituição, paridade, avaliação geral de saúde, qualquer condição clínica, condições preexistentes, tomando qualquer medicação.

- Para o modelo 3 considerou-se o desfecho qualquer condição clínica alterada relatada pela mulher (mulheres que responderam “sim” à pergunta: “você foi informado de que tem algo errado ou alguma condição médica?”). Os preditores foram as variáveis: idade materna, estado civil, escolaridade, alfabetização, tempo de deslocamento até a instalação, paridade, idade gestacional, IMC (≥ 30 kg / m²) , alteração na saúde mental (escore de ansiedade ≥ 10 , escore de depressão ≥ 10), insatisfação sexual, WHODAS $\geq 37,4$, exposição a violência doméstica ou sexual e uso de substâncias.

Para entender se as mesmas mulheres estavam em risco de alterações combinadas na saúde clínica, social, sexual e mental, realizamos também uma análise descritiva das condições alteradas e suas combinações duas a duas.

4. ASPECTOS ÉTICOS

Foram cumpridos neste estudo todos os princípios enunciados na Declaração de Helsinque e na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, segundo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos e os delineamentos planteados pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) para garantir a proteção das participantes do estudo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) FCM/ Unicamp na (**CAAE**): 78497817.0.0000.5404 e número de parecer 2.386.001(anexo 3).

Para as mulheres menores de 18 anos foi solicitada a dispensa do Termo de assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e o TCLE para o responsável legal da menor, considerando que uma cópia de tal documento poderia expor a adolescente a risco, uma vez que na maioria dos casos a violência é praticada por indivíduo do convívio familiar. Desta forma, menores de 18 anos eram identificadas e convidadas a conversar sobre participação em um estudo, conversar em um local reservado, para consentimento verbal e realização de entrevista apenas após autorização da participante.

O estudo não apresentou riscos previsíveis para as mulheres que decidiram participar, no entanto, como poderia causar algum tipo de desconforto ao considerar perguntas pessoais associadas a experiências negativas (exemplo: histórico médico e obstétrico, perguntas referentes à violência doméstica, ansiedade e depressão, etc.), nos casos onde foi encontrada alguma condição que requeresse atenção, foi realizado o

direcionamento correspondente para o cuidado, sob responsabilidade médica dos orientadores deste estudo (Dra. Maria Laura Costa do Nascimento e Dra. Mary Ângela Parpinelli), discutindo com os responsáveis pela atenção à gestante na data da entrevista. Nos casos em que foi identificada “violência” a participante foi orientada sobre a possibilidade de ser encaminhada para avaliação do Serviço Social do CAISM, conforme fluxo assistencial vigente na instituição. A necessidade de encaminhamento foi registrada e apresentada junto aos resultados do estudo.

A informação obtida de cada participante pode beneficiar muitas mulheres no futuro. Somente a equipe do estudo tem acesso à informação coletada que permanecerá como confidencial. Para cada TCLE foi designado um número com a finalidade de proteger a informação e garantir a confidencialidade.

5. RESULTADOS – apresentado em formato de artigo, submetido a publicação (Anexo 4)

RESEARCH ARTICLE

Giving women VOICE postpartum: Prevalence of maternal morbidity using the WHO-VOICE instrument

Lamus MN^{1,2}, Pabón -Lozano S^{1,2}, Charles CM¹, Guida JP¹, Parpinelli MA¹, Cecatti JG¹, Escobar -Vidarte MF², Say Lale³, Chou D³, Costa ML¹

- 1- Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, University of Campinas, Rua Alexander Fleming 101, Campinas, São Paulo, 13083-891Brazil.
- 2- Department of Obstetrics and Gynecology, Icesi University and Foundation Vale of Lili, Cali, Colombia.
- 3- UNDP-UNFPA-UNICEF-WHO-World Bank Special Programmed of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP), Department of Reproductive Health and Research, WHO, Geneva, Switzerland.

Corresponding Author

Maria Laura Costa

Department of Obstetrics and Gynecology

University of Campinas

Brazil

lauracosta.unicamp@gmail.com - mlaura@unicamp.br

Abstract

Introduction: There are no accurate estimates of the prevalence of non-severe maternal morbidities. Given the lack of instruments to fully assess these morbidities, the World Health Organization (WHO) developed an instrument called WOICE. **Objective:** To evaluate the prevalence of non-severe maternal morbidities in puerperal women and analyses factors associated to impaired clinical, social and mental health conditions.

Method: A cross-sectional study with 519 postpartum women in a single encounter 6 to 12 weeks postpartum. The WOICE questionnaire included three sections: the first with maternal and obstetric history, sociodemographic data, risk and environment factors, violence and sexual health; The second considers functionality and disability, general symptoms and mental health; and the third includes data on physical and laboratory tests. Data collection was supported by Tablets with REDCAP software. Initially, a descriptive analysis was performed, with general prevalence of all variables contained in the WOICE, including scales on anxiety and depression (GAD-7 and PHQ-9- altered if ≥ 10), functionality (WHODAS- altered when ≥ 37.4) and data on violence and substance use. Subsequently, an evaluation of cases with alterations was performed, with a logistic regression to investigate factors associated to impaired non-clinical and clinical conditions. **Results:** 517 women were included, majority (54.3%) multiparous, ages between 20 and 34 years (65.4%) and with partner (75,6%). Over a quarter had (26.2%) preterm birth, however good perinatal outcomes. Around a third (30.2%) reported health problems informed by the physician, although more than 80% considered having good or very good health. About 10% reported any substance and 5.9% suffered violence. Anxiety was identified in 19.8% of cases, depression in 36.9% and altered functioning in 4.4% of women. Logistic regression identified that poor overall health rating was associated to increased anxiety/depression and impaired functioning. Having a partner reduces the perception of women on the presence of clinical morbidities. **Conclusion:** During postpartum care, women presented high frequency of anxiety and depression

and relevant frequency of substance use and violence. These aspects of women's health need further evaluation and specific interventions to improve quality of care.

Keywords: Maternal Morbidity, mental health, functionality, depression, puerperium, WHODAS 2.0, PHQ-9, GAD-7.

Background

Among the new objectives of the Sustainable Development Goals FOR 2030 is to ensure a healthy life and promote well-being for all, including improving maternal health and reducing maternal mortality (1). It has been suggested that for each maternal death 20-30 women suffer from some morbidity; however, these numbers are not based on standardized methods of assessment (2, 3).

In the last decade, there has been important progress in the study of severe maternal morbidity (SMM), with standard criteria for the identification of potentially life-threatening conditions (PLTC) and Maternal Near Miss (MNM) (4). Nevertheless, there is growing interest in understanding morbidity in a broader way, including non-severe morbidity that may influence and affect women's health and well-being, impairment of women's physical, sexual or mental health and of their ability to function in certain domains (cognition, mobility, participation in society), the image of their body and their economic and social status are all relevant conditions (5).

In 2012, the WHO Maternal Morbidity Working Group (MMWG) initially developed a new definition of maternal morbidity as "Any health condition attributed to the complication of pregnancy and / or childbirth that may have a negative impact on the well-being and / or functionality of women" (1, 5). The relevance of such definition is the innovation in capturing broadly the entire spectrum of morbidity (2).

The MMWG further developed an instrument called WOICE, to measure maternal morbidity, focusing on the health and well-being perception that women have about themselves (1, 7, 42).

WOICE includes tools already developed and validated in the literature, such as the World Health Organization's Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0), version 12 items, to evaluate the functionality and ability to perform daily tasks (GAD-7) the General Anxiety Disorder test 7 items for mental health evaluation, and (PHQ-9) 9 items Patient Health Questionnaire to assess depression were used. (2). The questionnaire has three sections: 1) woman's background, 2) current symptoms, and 3) physical examination with medical chart review (2). The name of the tool precisely refers to the importance of "listening" to the voice, complaints and needs of women.

A pilot study using this instrument was previously performed in three different countries: Jamaica, Kenya and Malawi, between 2015 and 2016 (7) in pregnant women (around 28 weeks - ANC) and puerperium (between 6 and 12 weeks - PPC), mostly in a low risk setting with a total sample of 1490 female participants (750 ANC and -740 PPC) (23).

Lack of knowledge about important conditions can lead health professionals to neglect their occurrence what can affect women's health, especially during postpartum, leading to inadequate care of these women possible short and long-term consequences. Those women who are neglected in the puerperium, can return to their homes, with unidentified needs, thus harming life with their family, newborn and spouse (10).

Postpartum care should be an ongoing process to optimize the health of women and babies with support services tailored to the specific individual needs of women. The WHO WOICE questionnaire represents a new approach towards measuring non-severe maternal morbidity, allowing health professionals to have a broader understanding of women beyond clinical diseases (10, 43).

The objective of the present study is to evaluate the prevalence of non-severe maternal morbidity among puerperal women and analyze factors associated with impaired clinical, social and mental health conditions in a middle – income setting and using the new WHO instrument

MATERIAL AND METHODS

This cross-sectional study used a questionnaire (which includes several instruments) developed by the WHO to assess maternal morbidity in its various aspects. The questionnaire was applied at the postpartum outpatient clinic of the University of Campinas, in a single encounter with women from 6 to 12 weeks postpartum. This outpatient clinic is a referral center and cases scheduled include high-risk women, due to a clinical underlying condition or any complication diagnosed during pregnancy or childbirth.

This questionnaire includes several previously validated scales. To evaluate functionality and the ability to perform daily tasks the WHODAS 2.0 12-item version, for mental health assessment the General Anxiety Disorder test, 7 item (GAD-7) and the Patient Health Questionnaire, 9 item (PHQ-9) (28, 29, 44). To measure substance use and abuse, sexual satisfaction and sexual and domestic violence, parts of some scores already validated are within the WOICE, such as the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) ,

Brief Sexual Symptom Checklist for Women (BSSC-W) and some questions from a questionnaire used in the Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women of the WHO (41, 45).

The proposal was approved by the local Institutional Review Boards and all included cases signed an Informed Consent form. For adolescents, written consent was waived, due to the consideration that a written consent could put the subject at risk, since violence is one of the conditions evaluated by the study and it is well known that in cases of domestic violence, the perpetrator is often responsible or very close to the adolescent. However, interviews were conducted only after clarification and verbal consent, in a reserved room.

The maternal morbidity measurement questionnaire called WOICE was originally developed in English and further translated into the Brazilian Portuguese. The review was conducted by experienced obstetric investigators and the version was tested (pilot interviews) to measure the time of application and then adapt and modify some words to ascertain accurate understanding (appendix 1). In order to ensure the high quality and reliability of the information collected, the researchers were previously trained to ensure adequate use of the tablets and instruments included in the WOICE questionnaire.

Sample size was estimated in 500 participants for convenience sample, as a pilot study, taking into account that the WOICE instrument had not been previously published by the time when data collection was initiated. The only previous study using such instrument presented 250 women during PPC for each considered country (23).

Data collection was supported by tablets (Samsung Galaxy Tab Tablets S3 – Android), with further transmission, verification and storage of data protected to ensure confidentiality. Each interview was around 30-40 minutes.

Data processing and collection were supported by REDCAP software and later transferred to the SPSS program. The information gathered was stored in a server located in the informatic department of the institution. A descriptive analysis was performed, including socio-demographic data, clinical and obstetric history, as well as the general prevalence of scores of instruments considered for functional and mental health. Continuous variables were presented on mean (M) and Standard Deviation (SD) and categorical variables in percentage (%) of frequency. An evaluation of abnormal conditions was performed, considering scores ≥ 10 for anxiety and depression (28). For WHODAS-12, according to a previous study published, dysfunctionality was considered with the score of ≥ 37.4 (95th percentile as the cutoff point) (9).

Further, a Poisson multiple regression analysis was performed, providing the respective Prevalence Ratio (PR) and 95% confidence intervals (CI), considering three models for evaluating factors associated with impaired conditions. The first model considered as outcome abnormal mental health (score ≥ 10 for anxiety and depression questionnaire), the second model considered abnormal functioning. The predictors tested were: maternal age, marital status, education, literacy, employed, travel time to facility, parity, gestational age, BMI (≥ 30 kg/m²), overall health rating, any clinical condition, preexisting conditions, taking any medication. The third model of logistic regression considered impaired clinical condition (women who answered “yes” to the question: “have you been told you have anything wrong or any medical condition?”) as outcome. The tested

predictors were the same used in the previous models, also in addition to impaired mental health, abnormal functioning, substance use, sexual satisfaction and violence.

In order to understand if the same women were at risk of combined alterations in clinical, social, sexual and mental health, we performed also a descriptive analysis of altered conditions and its combinations two by two.

RESULTS

In the present study, 519 postpartum women were invited to participate, 2 declined and the 2 women provided only sociodemographic data, therefore 515 gave full consent (**Fig 1**). The mean age was 28 years, women mostly had a partner, more than 50% were multiparous, the illiteracy level was less than 2.4% and most participants had a secondary level of education and were employed. Over one third of the population took 30-60 minutes to arrive from their house to the health service (**Table 1**).

Clinical conditions were initially considered through the question: "Since childbirth, have you been informed that there is something wrong / some medical condition?" and 30.2% of the women had a health condition reported by the attending physician, although more than 80% reported good or very good health. Considering the gestational results, a quarter (26.2%) had preterm birth, and 58.3% delivered by cesarean section; however, predominantly with good perinatal outcomes, 95.7% reported "good baby health" in the postpartum evaluation, with 88.1% of exclusive breastfeeding (**Table 2**).

Looking into detail in cases of clinical conditions, based on the question: "any pre-existing condition", the majority (51.7%) reported having a condition before pregnancy and childbirth (**Table 2**). A list of conditions, classified them as direct and indirect, of which 13.8% had gestational diabetes, followed by gestational hypertension (13.4%), preeclampsia (10.7%), chronic hypertension (8.2%) and, operative wound infection (1.7%), as the most prevalent types of diseases (**Table 2**).

An important approach, besides evaluating pre-existing conditions, was to evaluate the amount of abnormal conditions diagnosed or identified by WOICE. We found that (53.1%) had at least one abnormal condition identified by WOICE, a quarter of women (26%) had two concomitant conditions identified by WOICE and only 4.0% had no abnormal condition (**Table 2**).

We identified, through the WOICE questionnaire in this group of women, the use of substances, asking participants whether they used (cigarettes, alcoholic beverages, marijuana, inhalants, sedatives or sleeping pills, hallucinogens, opioids and/or injectable drugs for non-medical use) and 10.0% of the participants used some type of substance during pregnancy (**Table 3**). In this group of questions, we also asked "during pregnancy, someone (friend, relative or anyone) expressed concern about the use of any substance" and 66.7% expressed such concern, followed by 50% of women that "tried to reduce or stop consumption of any substance".

Around 1/3 of women had already resumed their sex life after giving birth and 89.2% felt they were satisfied with their sex lives, however 55.6% (n=10) reported pain during intercourse (**Table 3**).

Around 39% of the women used contraception and 77.2% of them were prescribed with a method during their first postpartum care medical visit.

Using the WOICE tool, tool, we explored exposure to domestic and sexual violence by asking participants "whether or not they were afraid of the current partner / most recent spouse or any other person" if the spouse / or any other person who pushed, hit and kicked". In our sample, 5.9% reported to have suffered violence (**Table 3**).

As part of the Mental Health assessment of our study, we used the validated scales (PHQ-9 and GAD-7). Abnormal conditions were considered if scores ≥ 10 (28, 29) and almost 20% of the women had anxiety symptoms, followed by 36.9% with depressive symptoms. For the evaluation of functionality or ability to perform daily tasks, used WHODAS-12 version 2.0 and verified that the mean score was 10.9 (± 12.9), we found 4.4% of the women had functional alterations (score ≥ 37.4) (9). (**Table 4**).

The questionnaire was always performed after the scheduled medical consultation and with no interference in the woman's medical follow-up. However, since some of the questions could potentially lead to unpleasant memories and reveal exposure to violence and substance abuse, additional support was offered. Among the included women, 28.3% used such support, of those 97% psychological support and 6.6% social service support (**Table 5**).

In order to investigate factors associated with impaired functioning, mental health and clinical conditions, we performed three multiple regression analyzes. For the first model, that considered WHODAS ≥ 37.4 as the outcome, the conditions independently associated with abnormal functioning were the presence of

impaired clinical health and increased age. Nevertheless, less education and having a partner were protective conditions towards the report of impaired functioning (**table 6**). In model 2, considering as outcome abnormal anxiety and depression (scores ≥ 10), illiteracy and poor overall health rating were associated with increased anxiety/depression. However, parity was protective.

In model 3, the clinical conditions reported by the woman (defined when the woman reported having been informed of a clinical diagnosis after delivery) were considered as outcomes and we identified that having a partner reduces the perception of women on the presence of morbidities by 30% clinics (**Table 6**).

To understand if the same women suffer from combined conditions, or if there was a pattern in the combination of abnormal findings, we presented a figure that evaluates each parameter and its combinations. Almost a quarter of the participants presented depression and anxiety (38.6%), followed by clinical conditions associated to depression (14.6%), anxiety with clinical conditions (13.3%) (**Figure 2**).

DISCUSSION

This study represents the continuation of an initiative led by the WHO Maternal Morbidity Working Group (MMWG), and represents the implementation the WOICE 2.0 questionnaire to measure non-severe maternal morbidity for the postpartum (PPC) women considering a broad approach of conditions that can impact maternal health, in a high-risk setting (43).

The pilot study conducted in Jamaica, Kenya and Malawi tested the WOICE in pregnant and postpartum women, for the first time, in a mostly low risk and low-income settings, with a total sample of 1490 women (7). In comparison to their findings, our sample included older, more educated women and mostly women with partners. In the pilot study, (6.1%) of the women reported having a health problem informed by the attending physician and in our study, this number was much higher, (over 50%), with more C-section and preterm birth.

Cesarean section rates are increasing worldwide, with Brazil among the most impressive figures (over 50%) (46, 47). Our sample represents a referral center and there is possible selection bias through postpartum scheduled visits, since mostly complicated cases are the ones followed at the institution, therefore not representing the overall cesarean rate in the institution.

Another marker of high-risk assessment is the rate of prematurity. Preterm birth is the main risk factor for infant morbidity and mortality, not only during the neonatal period but also in childhood, it can affect the cognitive dimensions, physical health and behavior, so it is one of the most important challenges for public health. Brazil has rates of preterm birth around 11.5% (48).

We evaluated the exposure to violence in the WOICE questionnaire, where we could identify that in this group of women surveyed, 5.9% of the participants were exposed to some type of violence (domestic-sexual). Previous reports showed exposure to domestic violence against women as a global phenomenon and these victims are frequently very familiar with their authors, who are people there of daily life. This violence is accepted as "normal" in many societies of the world (16).

Estimates by the WHO say that 1 in 3 women worldwide suffer from physical and / or sexual partner and sexual violence by third parties at some point in their life (49) Violence is a sensitive subject, since women are often afraid to talk about it, because of the possible repercussions. Our findings with low frequency of violence, might reflect such fear of the truth.

The high frequency of breastfeeding in our sample must be highlighted, especially considering the high-risk background and frequency of prematurity. Studies show that one of the priorities of these women is the good development of the baby that is supplied in large part by the mother's milk, thus reducing early weaning (50), this might support such levels of breastfeeding, adding the hospital's active work in campaigns, programs to inform women about the benefits of breastfeeding for the baby.

According to a study carried out in 2017 on the indicators of breastfeeding in Brazil in the last three decades, they have led Brazil to be considered a successful country in the implementation of policies and programs to promote breastfeeding with all the necessary tools, knowing that the breastfeeding is not only the responsibility of women, it is also shared with society. The prevalence of exclusive breastfeeding for children under 6 months of age in 2013 was 52.1% (43).

When considering abnormal conditions evaluated by the WOICE instrument, it was striking to observe less than 5% of women with none alteration. This supports the understanding of multiple aspects that are able to influence women's wellbeing and that during postpartum, women need multidisciplinary support. As a limitation, we do not have prospective assessment of women, in order to pursue the real impact of gestation throughout the reproductive cycle.

Multiple regression presented that having a partner decreased the women's perception of clinical morbidities and that might just reflect more care and support. Having a clinical diagnosis was an independent factor associated to impaired mental health and functioning. This is expected, but rarely reported in a systematic way. Knowing that clinical conditions can be associated to further impairment can guide interventions and improve care (51) In our sample, there was a significant number of women with complications due to hypertension. It is important to highlight that preeclampsia and eclampsia are major causes of morbidity and mortality, especially in low and middle-income settings (52, 53).

Postpartum care would need to provide much more than contraceptive method orientation, it needs to ensure the opportunity to promote women's health and well-being, and postpartum visits should include a thorough assessment of physical, social, psychological and mental health (10). It is necessary to know all these dimensions and possibilities of alterations in the puerperium, so that it is possible to establish adequate interventions in each scenario.

More research and studies are needed with this instrument to validate it globally, identifying problems and conditions that are not evaluated in a common medical consultation, improving care for women after childbirth.

Competing Interests:

None of the authors have any competing interests

Availability of data and materials

The datasets used and/or analyzed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

REFERENCE

1. Chou D, Tuncalp O, Firoz T, Barreix M, Filippi V, von Dadelszen P, et al. Constructing maternal morbidity - towards a standard tool to measure and monitor maternal health beyond mortality. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:45.
2. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016;387(10017):462-74.
3. Say L, Barreix M, Chou D, Tuncalp O, Cottler S, McCaw-Binns A, et al. Maternal morbidity measurement tool pilot: study protocol. *Reprod Health*. 2016;13(1):69.
4. Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss--towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009;23(3):287-96.
5. Firoz T, Chou D, von Dadelszen P, Agrawal P, Vanderkruik R, Tuncalp O, et al. Measuring maternal health: focus on maternal morbidity. *Bull World Health Organ*. 2013;91(10):794-6.
6. Barreix M, Barbour K, McCaw-Binns A, Chou D, Petzold M, Gichuhi GN, et al. Standardizing the measurement of maternal morbidity: Pilot study results. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;141 Suppl 1:10-9.
7. Say L, Chou D. Maternal morbidity: Time for reflection, recognition, and action. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;141 Suppl 1:1-3.
8. Silveira C, Parpinelli MA, Pacagnella RC, Andreucci CB, Ferreira EC, Angelini CR, et al. A cohort study of functioning and disability among women after severe maternal morbidity. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016;134(1):87-92.
9. McKinney J, Keyser L, Clinton S, Pagliano C. ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. *Obstet Gynecol*. 2018;132(3):784-5.
10. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venancio SI, Giugliani ERJ. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. *Rev Saude Publica*. 2017;51:108.
11. OMS. WHO | WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). WHO. 2017.
12. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-13.
13. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-7.
14. WHO | The ASSIST project - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test. WHO. 2018.
15. WHO | WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. WHO. 2005.
16. Mayrink J, Souza RT, Silveira C, Guida JP, Costa ML, Parpinelli MA, et al. Reference ranges of the WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) score and diagnostic validity of its 12-item version in identifying altered functioning in healthy postpartum women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;141 Suppl 1:48-54.
17. Ramires de Jesus G, Ramires de Jesus N, Peixoto-Filho FM, Lobato G. Caesarean rates in Brazil: what is involved? *Bjog*. 2015;122(5):606-9.
18. Nakamura-Pereira M, do Carmo Leal M, Esteves-Pereira AP, Domingues RM, Torres JA, Dias MA, et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reprod Health*. 2016;13(Suppl 3):128.
19. Leal MD, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Theme-Filha M, Domingues RM, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reprod Health*. 2016;13(Suppl 3):127.
20. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368(9543):1260-9.

21. WHO | Violence against women. WHO. 2016.
22. Lamounier JA. [Breastfeeding in preterm infants: public health policy in primary care]. *Rev Paul Pediatr*. 2016;34(2):137-8.
23. Firoz T, McCaw-Binns A, Filippi V, Magee LA, Costa ML, Cecatti JG, et al. A framework for healthcare interventions to address maternal morbidity. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;141 Suppl 1:61-8.
24. Giordano JC, Parpinelli MA, Cecatti JG, Haddad SM, Costa ML, Surita FG, et al. The burden of eclampsia: results from a multicenter study on surveillance of severe maternal morbidity in Brazil. *PLoS One*. 2014;9(5):e97401.
25. Zanette E, Parpinelli MA, Surita FG, Costa ML, Haddad SM, Sousa MH, et al. Maternal near miss and death among women with severe hypertensive disorders: a Brazilian multicenter surveillance study. *Reprod Health*. 2014;11(1):4.

Fig. 1. Flowchart of postpartum women included in the study

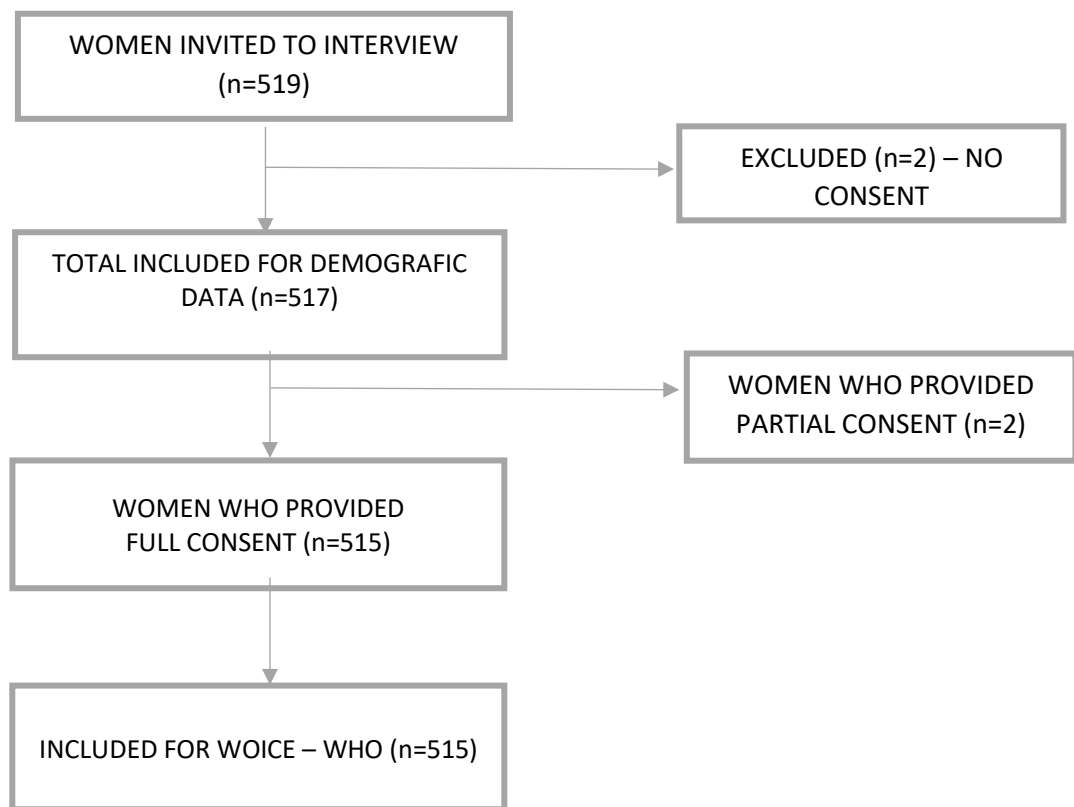


Table 1: Sociodemographic and obstetric characteristics of postpartum women (n=517).

	Characteristic	PPC N= 517 28.3 (±7.0)	%
Maternal age	Mean (SD)		
	<20	66	13
	20-34	338	65.4
	>34	113	21.9
Marital Status ^a	No partner	126	24.4
	Has partner	390	75.6
Education ^b	Primary or less	97	18.8
	Secondary	343	66.5
	Higher	76	14.7
Literacy ^c	Cannot read	4	0.8
	Can read parts of sentence	8	1.6
	Can red whole sentence	504	97.7
Employed	No	206	39.8
	Yes	311	60.2
Travel time to facility, min^d	<15	64	12.4
	15 – 30	167	32.4
	30 – 60	190	36.8
	>60	95	18.4
Parity ^e	1	234	45.8
	2 to 4	261	51.2
	>5	16	3.1

missing information a: (1), b: (1), c: (1), d: (1), e: (6)

Table 2: Perinatal outcomes and clinical conditions considered by the WHO-WOICE among postpartum women (n= 515).

	Variable	PPC N= 515	%
Preterm delivery ^a	No	364	73.8
	Yes	129	26.2
Healthy baby ^b	No	17	3.5
	Yes	469	95.7
	Unknown	4	0.8
C-section ^c	No	213	41.7
	Yes	298	58.3
Breastfeeding ^d	No	59	11.9
	Yes	435	88.1
	Very good	119	23.3
	Good	305	59.7
Overall health rating ^e	Neither poor nor good	67	13.1
	Poor	18	3.5
	Very poor	2	0.4
Have you been told you have anything wrong /any condition (s)? ^f	No	353	69.8
	Yes	153	30.2
Are you taking any medication (s)?	No	314	61.0
	Yes	201	39.0
Dou you have any other medical condition or the other problem (s) you would like to report? ^g	No	249	49.0
	Yes	259	51.0
Any preexisting conditions	No	249	48.3
	Yes	266	51.7
Leading direct preexisting conditions	Gestational diabetes	71	13.8
	Gestational hypertension	69	13.4
	Pre-eclampsia	55	10.7
	Urinary tract infection	14	2.7
	Premature preterm rupture of membranes	3	0.6
	Others	10	2.2
	Chronic hypertension	42	8.2
Leading indirect preexisting conditions	Mellitus diabetes	16	3.1
	Surgical wound infection	9	1.7
	Syphilis	8	0.6
	Others	27	5.4
Any condition diagnosed on interview day ^h	No	452	92.2
	Yes	38	7.8
Number of conditions diagnosed **	0	11	4.0
	1	145	53.1
	2	71	26.0
	3	26	9.5
	>4	20	7.3

Missing information a: (22), b: (25), c: (4) d: (21) e: (4), f: (9), g: (7), h: (25)

** n= 273

Table 3: Social and sexual conditions among postpartum women.

	Variable	PPC N= 515	%
*Substance use ^a	No	460	90.0
	Yes	51	10.0
Damage in the day to day due to the use of substance N=51	No	41	80.4
	Yes	10	19.6
Legal, social or financial problems due to the use of substance N=51	No	48	94.1
	Yes	3	5.9
Relatives concern regarding the use of substance N=51	No	17	33.3
	Yes	34	66.7
Tried to stop but couldn't ^b N=51	No	25	50.0
	Yes	25	50.0
**Exposure to violence ^c	No	477	94.1
	Yes	30	5.9
***Exposure to sexual violence^d	No	490	99.2
	Yes	3	0.6
	Refused to answer	1	0.2
Sexual life after delivery ^e	No	345	67.5
	Yes	166	32.5
Mean time after delivery for returning sexual activity (weeks)		5.08± 1.75	
Satisfaction with sexual life N=166	No	18	10.8
	Yes	148	89.2
Reason of sexual unsatisfaction N=18	Pain during sex	10	55.6
	Little or no interest in sex	9	50.0
	Decreased vaginal lubrication (dryness)	4	22.2
	Problem reaching orgasm	3	16.7
	Refused to answer	1	5.6
Use contraceptive method ^f	No	310	61.1
	Yes	197	38.9
Prescription of contraceptive method on the interview day ^g	No	111	22.8
	Yes	375	77.2

missing information a: (4), b (1), c (8), d (21) e (4), e (3), f (8), g (29)

* Defined as use of the following substances: tobacco products, alcoholic beverages, marijuana (ganja), inhalants, sedatives or sleeping pills, hallucinogens, opioids and / or injectable drugs for non-medical use

** Women who responded no or never to the following question:

Since the delivery, was there ever a time when you were pushed, slapped, hit, kicked, or beaten by (any of) your husband/partner(s) or anyone else?

*** Women who responded no to the following question:

1. Since the delivery, has your current husband/partner ever forced you to have sexual intercourse when you did not want to, for example by threatening you or holding you down?
2. Since the delivery, did you ever have sexual intercourse you did not want to because you were afraid of what your partner/husband might do if you refused?
- 3 Since the delivery, did your husband/partner ever force you to do anything else sexual that you did not want or that you found degrading or humiliating?

Table 4: Mental and functional conditions of the study population.

Variable		PPC N= 515	%
(a)Anxiety score	Mean (SD)	5.5 [$\pm$ 5.4]	
	Score $\geq$ 10	101	19.8
	Score <10	410	80.2
(b)Depression	Mean (SD)	8.4 [$\pm$ 6.0]	
	Score $\geq$ 10	73	36.9
	Score <10	125	63.1
(c)WHODAS -12	Mean (SD)	10.9 [$\pm$ 12.9]	
	Score <37.4	474	95.6
	Score $\geq$ 37.4	22	4.4

(a)GAD-7: seven items, with four-point scale: 0 (not at all) to 3 (Several days). A score ranging from 0 to 21 is considered a positive indicator for anxiety, equal to or greater than 10(29).

(b)PHQ-9: nine items, with a four-point scale: 0 (not at all) to 3 (several days), The score ranging from 0 to 27. It is estimated, as a positive indicator of major depression, equal to 10(28).

(c)WHODAS 12. Contains 12 items, the scores of each question were recoded and later the following formula was used(44): Compute S1-S12 = (S1 + S2 + S3 + S4 + S5 + S6 + S7 + S8 + S9 + S10 + S11 + S12) * 100/36

Table 5: Distribution of the referral for social, psychological or medical support after WOICE questionnaire.

Variable		PPC N= 508	%
Referral*	No	387	76.2
	Yes	121	28.3
Psychological		118	97.5
Medical		1	0.8
Social service		8	6.6

*missing information * 7

Table 6: Factors associated with alterations in functionality (**model 1**), in mental health (**model 2**) and clinical health (**model 3**) - Multivariate analysis.

Modelo/ Variable	RP	IC 95% p/ RP	p
(a)Model 1 WHODAS$\geq$37.4 [n=493]			
- Education (Primary or less)	<0.01	<0.01 – <0.01	<0.001
- Illiteracy	<0.01	<0.01 – <0.01	<0.001
- Overall health rating (Neither poor nor good; poor; very poor)	13.75	5.27 – 33.09	<0.001
- Marital status (With partner)	0.39	0.18 – 0.81	0.012
- Age (years)	1.05	1.01 – 1.09	0.045
(b)Model 2 Anxiety / Depression [n=217]			
- Overall health rating (Neither poor nor good; poor; very poor)	1.63	1.29 – 2.07	<0.001
- Illiteracy	1.23	1.04 – 1.46	0.014
- Parity (≥ 2)	0.74	0.56 – 0.97	0.032
(c)Model 3 Clinical health [n=505]			
- Marital status (With partner)	0.70	0.53 – 0.92	0.011

Multiple analysis by Poisson regression

(a) For model 1 the outcome was: WHODAS $\geq$ 37.4 and the predictors were the variables: maternal age, marital status, education, literacy, employment, travel time to facility, parity, overall health rating, any clinical condition, preexisting conditions, taking any medication.

(b) For model 2 the outcome was Anxiety score $\geq$ 10 and Depression score $\geq$ 10, And the predictors were the variables: maternal age, marital status, education, literacy, employment, travel time to facility, parity, overall health rating, any clinical condition, preexisting conditions, taking any medication.

(c) For model 3 the outcome was any clinical condition reported by the woman and the predictors were the variables: maternal age, marital status, education, literacy, employed, travel time to facility, parity, gestational age, BMI (≥ 30 kg / m²), alteration in mental health (Anxiety score $\geq$ 10, Depression score $\geq$ 10), sexual dissatisfaction, WHODAS $\geq$ 37.4, exposure to domestic or sexual violence and use of substances.

6. DISCUSSÃO GERAL

Este estudo, representa a continuação de uma iniciativa liderada pelo Grupo de Trabalho da OMS (MMWG), para implementação do questionário WOICE - WHO para medir a morbidade materna não grave em mulheres no pós-parto (PPC), considerando uma abordagem ampla das condições que podem afetar a saúde materna.

O estudo piloto realizado na Jamaica, Quênia e Malawi testou em campo o instrumento padronizado para medir a morbidade materna não grave em mulheres grávidas e puérperas, pela primeira vez, com uma amostra total de 1490 mulheres participantes, durante o pré-natal e pós-parto (500 por centro) (7). Este estudo piloto permitiu uma melhoria do instrumento inicial, sendo criado o WOICE 2.0.

Nosso estudo revelou uma população de maior risco, condizente com um centro de referência. Foram 517 mulheres incluídas, sendo a maioria multíparas, cerca de um quarto teve parto prematuro, no entanto predominantemente com bons resultados perinatais. A avaliação de condições clínicas mostrou cerca de um terço de mulheres com algum problema de saúde informado pelo médico, Cerca de 10% de uso de tabaco ou substância ilícita e 5.9% de exposição a algum tipo de violência.

A exposição à violência doméstica exercida contra as mulheres é um fenômeno global e estas vítimas conhecem muito bem seus autores, que são pessoas do convívio diário, sendo um fenômeno que é aceito como “normal” em muitas sociedades do mundo (16). As estimativas pela OMS falam que 1 de cada 3

mulheres no mundo sofrem de violência física e/ou sexual do parceiro e sexual por terceiros em algum momento da sua vida (15).

Falar de violência é um assunto difícil, já que muitas das vezes as mulheres tem medo ou vergonha do assunto. Não descartamos a possibilidade de subnotificação nas questões relacionadas a violência.

Foi possível observar de maneira positiva a alta frequência de amamentação nos casos avaliados, apesar da alta taxa de prematuridade ou complicações durante a gravidez e pós-parto. Certamente uma das prioridades destas mulheres é o bom desenvolvimento do bebê, com impacto através do leite materno (50).

No hospital em questão, existem campanhas e programas para informar as mulheres sobre os benefícios da amamentação. Segundo um estudo realizado em 2017 sobre os indicadores de aleitamento materno no Brasil nas últimas três décadas (1986 -2013), o país obteve sucesso na implementação de políticas e programas de promoção do aleitamento materno. A prevalência de aleitamento materno exclusivo para crianças menores de 6 meses em 2013 foi de 36,6%.(43).

É interessante observar em nosso estudo, embora grande parte das mulheres entrevistadas tivesse uma condição clínica diagnosticada (comorbidades como hipertensão, diabetes, doenças autoimunes, etc.), quando questionadas: "Como você classificaria sua saúde geral nos últimos 30 dias " mais do 80% dessas mulheres classificaram seu estado de saúde como muito bom ou bom. Isso nos permite pensar que se sentem seguras, confiantes e identificadas com o atendimento multidisciplinar oferecido no hospital.

O questionário WOICE da OMS representa uma nova abordagem para medir a morbidade materna não grave, permitindo que os profissionais de saúde tenham um conhecimento mais amplo das mulheres como um todo e assim, tenham mais habilidade de identificar problemas de saúde da mulher após o parto que não são rotineiramente considerados durante a consulta de rotina(43).

Esperamos que este estudo represente a continuação dos trabalhos para avaliar a morbidade materna não grave em mulheres no pós-parto e assim permita conhecer de maneira mais abrangente as condições de maior impacto na saúde materna.

Mais pesquisas e estudos são necessários com este instrumento para validá-lo globalmente, visando melhorar o atendimento às mulheres após o parto.

Experiência pessoal no estudo

Eu como estudante de mestrado em Tocoginecologia, enfermeira, de nacionalidade colombiana tenho a maior satisfação de ter realizado meus estudos de pós-graduação nesta Universidade. Posso dizer que todo o processo tem sido difícil para mim, desde a minha chegada ao Brasil, a língua, as aulas ao início do mestrado foi um processo muito difícil, sem deixar de falar que a metodologia em pesquisa é nova para minha vida e tem sido difícil me adaptar a todas as mudanças e novos aprendizados para minha vida profissional. Apesar de tudo isso, o processo de aprendizagem pela Unicamp foi a melhor e a maior oportunidade da minha vida.

Agradeço a Deus por esta oportunidade de estar aqui, de aprender, de conhecer excelentes profissionais e cada uma das pessoas que tive o prazer de conhecer neste caminho e neste tempo aqui no Brasil e na Unicamp.

Não posso deixar de falar de minha experiência quando a gente estava fazendo as entrevistas com as pacientes, muitas delas gostaram muito de nossa pesquisa, elas viram a oportunidade de avaliar mulheres de outros aspectos da vida que podem afetá-los durante o período pós-parto e a gente como profissional da saúde no momento que achou alguma alteração durante a entrevista tínhamos o cuidado de encaminhar estas mulheres para acompanhamento de assistência social e psicológico, serviços que acompanham e são oferecidos pelo nosso hospital.

7. CONCLUSÕES

- 7.1. As mulheres incluídas apresentaram majoritariamente idade acima de 20 anos, eram multíparas, com parceiro fixo, com educação secundária ou superior e com emprego. A avaliação de condições clínicas mostrou cerca de um terço de mulheres com algum problema de saúde informado pelo médico, mas cerca de 80% referiu boa ou muito boa saúde.
- 7.2. Foram identificadas 5,6% de mulheres com exposição a algum tipo de violência, sendo 0,61% violência sexual.
- 7.3. A média do score do WHODAS foi 10.9 [± 12.9], a prevalência de alteração na funcionalidade foi de 4,4% encontrada nas mulheres avaliadas, (WHODAS – 12 versão, ponto de corte $\geq 37,4$).
- 7.4. Um quinto das mulheres (19.8%) apresentou sintomas de ansiedade e 36,9% sintomas de depressão, avaliados respectivamente pelas Escalas de Transtorno de Ansiedade Generalizada e Questionário de Saúde do Paciente (score alterado quando ≥ 10).
- 7.5. A regressão logística mostrou que a percepção da mulher de apresentar saúde geral ruim foi associada ao aumento da ansiedade / depressão (RP 1.63 IC95% 1.29 – 2.07) e alteração de funcionalidade (RP 13.75 IC 95% 5.27 – 33.09). Ter parceiro fixo mostrou-se como fator protetor (reduziu em 30%) para percepção de saúde clínica alterada.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chou D, Tuncalp O, Firoz T, Barreix M, Filippi V, von Dadelszen P, et al. Constructing maternal morbidity - towards a standard tool to measure and monitor maternal health beyond mortality. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:45.
2. Say L, Barreix M, Chou D, Tuncalp O, Cottler S, McCaw-Binns A, et al. Maternal morbidity measurement tool pilot: study protocol. *Reprod Health*. 2016;13(1):69.
3. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016;387(10017):462-74.
4. Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss--towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009;23(3):287-96.
5. Firoz T, Chou D, von Dadelszen P, Agrawal P, Vanderkruik R, Tuncalp O, et al. Measuring maternal health: focus on maternal morbidity. *Bull World Health Organ*. 2013;91(10):794-6.
6. Filippi. A new conceptual framework for maternal morbidity - Filippi - 2018 - *International Journal of Gynecology & Obstetrics* - Wiley Online Library. 2018.
7. Barreix M, Barbour K, McCaw-Binns A, Chou D, Petzold M, Gichuhi GN, et al. Standardizing the measurement of maternal morbidity: Pilot study results. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;141 Suppl 1:10-9.
8. ORGANIZATION WH. WHO TECHNICAL CONSULTATION ON POSTPARTUM AND POSTNATAL CARE. 2010.
9. Mayrink J, Souza RT, Silveira C, Guida JP, Costa ML, Parpinelli MA, et al. Reference ranges of the WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) score and diagnostic validity of its 12-item version in identifying altered functioning in healthy postpartum women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;141 Suppl 1:48-54.
10. McKinney J, Keyser L, Clinton S, Pagliano C. ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. *Obstet Gynecol*. 2018;132(3):784-5.
11. Montgomery TM, Laury E. A Call for Comprehensive Care in the Fourth Trimester. *Nurs Womens Health*. 2019.
12. Tully KP, Stuebe AM, Verbiest SB. The fourth trimester: a critical transition period with unmet maternal health needs. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(1):37-41.
13. Spelke B, Werner E. The Fourth Trimester of Pregnancy: Committing to Maternal Health and Well-Being Postpartum. *R I Med J* (2013). 2018;101(8):30-3.
14. Marcacine KO, Abuchaim ESV, Jardim L, Coca KP, Abrao A. Intimate partner violence among postpartum women: associated factors. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 3):1306-12.
15. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
16. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368(9543):1260-9.
17. Silva EP, Valongueiro S, de Araujo TV, Ludermitr AB. Incidence and risk factors for intimate partner violence during the postpartum period. *Rev Saude Publica*. 2015;49:46.
18. Bhatta N, Assanangkornchai S. Patterns of domestic violence against women during pregnancy and the postpartum period in Kathmandu, Nepal. *Asia Pac Psychiatry*. 2018:e12342.
19. Obstetricia rbdGe. a violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto São Paulo (SP), Brasil: 2007; 2007 [
20. Andreucci CB, Bussadori JC, Pacagnella RC, Chou D, Filippi V, Say L, et al. Sexual life and dysfunction after maternal morbidity: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:307.

21. Pacagnella RC, Cecatti JG, Camargo RP, Silveira C, Zanardi DT, Souza JP, et al. Rationale for a long-term evaluation of the consequences of potentially life-threatening maternal conditions and maternal "near-miss" incidents using a multidimensional approach. *J Obstet Gynaecol Can.* 2010;32(8):730-8.
22. Andreucci CB, Cecatti JG, Pacagnella RC, Silveira C, Parpinelli MA, Ferreira EC, et al. Does Severe Maternal Morbidity Affect Female Sexual Activity and Function? Evidence from a Brazilian Cohort Study. *PLoS One.* 2015;10(12):e0143581.
23. Silveira C, Parpinelli MA, Pacagnella RC, Andreucci CB, Ferreira EC, Angelini CR, et al. A cohort study of functioning and disability among women after severe maternal morbidity. *Int J Gynaecol Obstet.* 2016;134(1):87-92.
24. Silveira C, Parpinelli MA, Pacagnella RC, Andreucci CB, Angelini CR, Ferreira EC, et al. Validation of the 36-item version of the WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) for assessing women's disability and functioning associated with maternal morbidity. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017;39(2):44-52.
25. Silveira C, Souza RT, Costa ML, Parpinelli MA, Pacagnella RC, Ferreira EC, et al. Validation of the WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) 12-item tool against the 36-item version for measuring functioning and disability associated with pregnancy and history of severe maternal morbidity. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;141 Suppl 1:39-47.
26. Adamu AF, Adinew YM. Domestic Violence as a Risk Factor for Postpartum Depression Among Ethiopian Women: Facility Based Study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2018;14:109-19.
27. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord.* 2006;91(2-3):97-111.
28. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-13.
29. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092-7.
30. ASALE R-. *Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario.* 2017.
31. OMS. OMS | Violencia contra la mujer. WHO. 2017.
33. Satisfacción sexual: revisión de los factores individuales y de pareja relacionados, *Rev Hosp Clín Univ Chile- 2014 - EnfermeríaAPS.* 2017.
34. WHO | WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). WHO. 2017.
35. WHO | International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO. 2018.
36. https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
37. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Lowe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med.* 2007;146(5):317-25.
38. Sousa TV, Viveiros V, Chai MV, Vicente FL, Jesus G, Carnot MJ, et al. Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. *Health Qual Life Outcomes.* 2015;13:50.
39. de Lima Osorio F, Vilela Mendes A, Crippa JA, Loureiro SR. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspect Psychiatr Care.* 2009;45(3):216-27.
40. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care.* 2003;41(11):1284-92.
41. WHO | The ASSIST project - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test. WHO. 2018.
42. Say L, Chou D. Maternal morbidity: Time for reflection, recognition, and action. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;141 Suppl 1:1-3.
43. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venancio SI, Giugliani ERJ. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. *Rev Saude Publica.* 2017;51:108.

44. OMS. WHO | WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). WHO. 2017.
45. WHO | WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. WHO. 2005.
46. Ramires de Jesus G, Ramires de Jesus N, Peixoto-Filho FM, Lobato G. Cesarean rates in Brazil: what is involved? *Bjog*. 2015;122(5):606-9.
47. Nakamura-Pereira M, do Carmo Leal M, Esteves-Pereira AP, Domingues RM, Torres JA, Dias MA, et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reprod Health*. 2016;13(Suppl 3):128.
48. Leal MD, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Theme-Filha M, Domingues RM, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reprod Health*. 2016;13(Suppl 3):127.
49. WHO | Violence against women. WHO. 2016.
50. Lamounier JA. [Breastfeeding in preterm infants: public health policy in primary care]. *Rev Paul Pediatr*. 2016;34(2):137-8.
51. Firoz T, McCaw-Binns A, Filippi V, Magee LA, Costa ML, Cecatti JG, et al. A framework for healthcare interventions to address maternal morbidity. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;141 Suppl 1:61-8.
52. Giordano JC, Parpinelli MA, Cecatti JG, Haddad SM, Costa ML, Surita FG, et al. The burden of eclampsia: results from a multicenter study on surveillance of severe maternal morbidity in Brazil. *PLoS One*. 2014;9(5):e97401.
53. Zanette E, Parpinelli MA, Surita FG, Costa ML, Haddad SM, Sousa MH, et al. Maternal near miss and death among women with severe hypertensive disorders: a Brazilian multicenter surveillance study. *Reprod Health*. 2014;11(1):4.

9. ANEXOS

9.1. ANEXO 1: Ferramenta piloto de medição de Morbidade Materna – PÓS-PARTO



Ferramenta piloto de medição de Morbidade Materna Não Grave WOICE / OMS PÓS-PARTO (VERSÃO 2.0) #HC _____

PÓS-PARTO SEÇÃO 1: HISTÓRICO DA PARTICIPANTE	
Q1	A data de hoje (aaaa / mm / dd) Nome do entrevistador: _____
Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Leia o formulário do TCLE anexo 3 ao participante. Se a potencial participante concordar em participar, solicite que ela assine ou colha a impressão digital e tire uma foto da assinatura / impressão digital com seu tablet para fins de documentação. Se a potencial participante se recusar a participar, por favor, tente aplicar as perguntas do formulário de Q5-17.	
Número de Identificação do Participante. O número de identificação da participante está localizado no canto superior direito do TCLE em anexo. # _____	
Classificar informações. Por favor, leia o seguinte: "Eu gostaria de começar por fazer algumas perguntas sobre sua gravidez. Se não entender uma pergunta ou gostaria que eu repetisse, por favor, sinta-se livre para parar e me perguntar".	
S-1	Como sua gravidez terminou? ☐ Natimorto ☐ nascimento vivo (s) (único ou múltiplo) ☐ múltiplos: ao menos 1 vivo e outro(s) morto(s) ☐ aborto espontâneo (<22 semanas) ou interrupção da gravidez
S-2	O bebê está vivo hoje? Não _____ Sim _____
S-3	Qual foi a data do parto? (mm / dd / aaaa) _____
Informações Sociais e Demográficas. Por favor, leia o seguinte: "Eu gostaria de começar por fazer algumas perguntas gerais sobre sua vida. Se você não entender uma pergunta ou gostaria que eu repetisse, por favor, sinta-se livre para parar e perguntar-me".	
Q3	Em que mês e ano você nasceu? Mês: _____ ano: _____ ☐ caso desconhecido, introduza Jan 1950
Q4	Quantos anos você completou no seu último aniversário? _____
Q5	Qual é sua formação escolar? ☐ nenhum ☐ primário ☐ secundário ☐ superior
Q6	Qual é o seu estado civil atual? Por favor, selecione uma das seguintes opções: (Se solteira, questionar: já foi casada?) ☐ Nunca se casou / Solteira _____ ☐ Casada atualmente _____ ☐ Viúva _____ ☐ Separada _____ ☐ Divorciada _____ ☐ União estável _____
Q7	Você já trabalhou em algum período nos últimos 12 meses? Não _____ Sim _____
Q8	Você foi paga por este trabalho? Não _____ Sim _____
Q9	Em que cidade você vive? _____



Q10	Quanto tempo você levou para chegar de sua casa até este serviço de saúde hoje?	☐ Até 15 minutos ☐ 15-30 minutos ☐ 30 minutos a 1 hora ☐ mais que 1 hora
Q11	Agora eu gostaria que você me lesse esta frase: "A criança está lendo um livro." SE A PARTICIPANTE NÃO CONSEGUIR LER TODA A SENTENÇA, EXPERIMENTE: Você pode ler alguma parte da frase para mim?	☐ Não pode ler nada ☐ Capaz de ler apenas partes da sentença ☐ Capaz de ler sentença inteira ☐ Cego / deficiente visual
FIM DA PESQUISA (paciente sem consentimento) Por favor, leia o seguinte "É tudo por hoje! Agradecemos sua participação, tenha um bom dia!"		
História Obstétrica. Por favor, leia o seguinte: "Estamos trabalhando em um projeto para ter uma ideia melhor de como as mulheres se sentem durante e após a gravidez, a fim de melhorar o que sabemos e como podemos atendê-la melhor assim como a outras mulheres grávidas no futuro. Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre outras vezes que você esteve grávida, se houver. Mais uma vez, por favor me pergunte se você não entender a pergunta".		
Q12	Quanto bebês você deu à luz (que viveram ou morreram) após 22 semanas ou 5 meses de gravidez?	
Q13	Quanto bebês você perdeu antes de 22 semanas ou 5 meses de gravidez?	
Q14	Quantas crianças você deu à luz que estão agora vivas? (Incluindo esta gravidez)	
Q15	Quantas vezes você engravidou? (Incluindo abortos, partos prematuros, etc.)	
Gestação/Parto mais recente. Por favor, leia o seguinte: "As seguintes perguntas são sobre esta última gravidez e sua experiência"		
P-1	Com quantas semanas de gestação você tinha quando você deu a luz?	
P-2	Como está seu bebê?	☐ Boa saúde, teve um check-up médico ☐ Boa saúde, não teve um check-up médico ☐ Não saudável, realizou um check-up médico ☐ Não saudável, não teve um check-up médico ☐ Não sei
P-3	Qual foi o diagnóstico do bebê durante o check-up médico?	☐ Distensão abdominal ☐ Problemas no parto ☐ Tosse ☐ Febre ☐ Malária ☐ Problemas de pele



		☐ Icterícia ☐ Problemas alimentares ☐ Doenças congênitas ☐ Problemas respiratórios ☐ Letargia e sonolência ☐ Cólicas ☐ Problemas na urina ☐ Problemas na bexiga
P-4	Foi o parto cesariana?	Não Sim
P-5	Você ainda está amamentando o bebê / bebês?	Não Sim
P-5	Você ainda está amamentando o bebê / bebês?	Não Sim
P-6	Desde o parto, você voltou a menstruar?	Não Sim
Gravidez/Parto mais recentes. Por favor, leia o seguinte: "Agora eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas mais íntimas, se você não se sentir confortável respondendo-as, por favor me avise a qualquer momento."		
P-7	Você teve relações sexuais após o parto?	Não Sim
P-8	Quantas semanas após o parto você retomou a relação sexual com seu (s) parceiro (s)?	
Q16	Desde o parto, você está satisfeita com sua vida sexual?	Não Yes
Q17	Desde o parto, o problema (s) com sua vida sexual é (são): (Selecione todas as opções que se aplicam)	☐ Problema com pouco ou nenhum interesse no sexo _____ ☐ Problema com diminuição da sensação genital _____ ☐ Problema com lubrificação vaginal diminuída (secura) _____ ☐ Problema ao atingir o orgasmo _____ ☐ Problema com dor durante o sexo _____ ☐ Recusou-se a responder _____
Q18	Se mais de uma opção for escolhida para Q17, então por favor perguntar ao participante "qual problema é o mais incômodo?" e insira a resposta correspondente.	
Fatores de risco / Meio ambiente. Por favor, leia o seguinte: "As próximas perguntas que eu vou fazer podem ser um pouco difíceis, por favor, sinta-se livre para pedir uma pausa ou parar a qualquer momento. Quero lembrar que isso é confidencial e ninguém vai saber disso além de você, se depois desta seção você gostaria de falar mais sobre as perguntas, eu vou lhe dar informações sobre onde procurar ajuda. Estamos fazendo estas perguntas para entender melhor sua situação de saúde e as de outras mulheres que possam ter problemas semelhantes ou experiências futuras". Se a participante não quiser responder, você pode ignorar as perguntas restantes.		
Q19	Durante esta gravidez, você usou alguma das seguintes substâncias: cigarro, bebidas alcoólicas, maconha, inalantes para uso não médico?	Não Sim
Q20	Durante esta gravidez, você usou alguma substância: sedativos ou pílulas para dormir, alucinógenos, opióides e / ou drogas por injeção, etc., para uso não médico?	Não Sim



Se ela responder sim a Q19 ou Q20, faça as perguntas restantes:	
Q21	Durante a gravidez, você não conseguiu fazer o que era normalmente esperado de você por causa de seu consumo de qualquer das substâncias acima referidas? _____ Não _____ Sim
Q22	Durante a gravidez, você fez uso de qualquer uma das substâncias acima referidas que levou a problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros? _____ Não _____ Sim
Q23	Durante a gravidez, algum amigo, parente ou qualquer outra pessoa já lhe expressou preocupação sobre o uso de qualquer substância? _____ Não _____ Sim
Q24	Durante a gravidez, alguma vez você já tentou reduzir o uso de qualquer substância, mas não conseguiu? _____ Não _____ Sim
Se a mulher responder sim à Q19 ou ao Q20, por favor [insira instruções locais específicas para o trabalhador de saúde sobre como lidar com casos de abuso de drogas]	
Violência. Por favor, leia o seguinte: "As próximas perguntas que eu vou fazer também podem ser um pouco difíceis, por favor, sinta-se livre para pedir uma pausa ou parar a qualquer momento. Quero lembrar que isto é confidencial e ninguém vai saber disso além de você, se depois desta seção você gostaria de falar mais sobre as perguntas, eu vou lhe dar informações sobre onde procurar ajuda. Estamos fazendo estas perguntas para entender melhor sua situação de saúde e as de outras mulheres que possam ter experiências semelhantes no futuro".	
Q25	Você já teve ou tem medo do seu atual / mais recente marido ou parceiro ou qualquer outra pessoa? Você diria nunca, às vezes, muitas vezes, quase todas as vezes / o tempo todo, não sei / não me lembro? ☐ Nunca ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Quase todas as vezes / o tempo todo ☐ Não sei / Não me lembro ☐ Recusa / Sem resposta
Q26	Desde o parto, houve alguma vez um momento em que você foi empurrada, esbofetada, batida, chutada ou espancada por (qualquer um) seu marido / parceiro (s) ou qualquer outra pessoa? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei / Não me lembro ☐ Recusa / Sem resposta
Se ela respondeu sim (qualquer resposta que não seja nunca ou não) para Q25 ou Q26, faça as perguntas restantes:	
Q27	Desde o parto, o seu atual marido / parceiro já forçou a ter relações sexuais quando você não queria, por exemplo, ameaçando-a ou forçando-a? CASO NECESSÁRIO: "Definimos relações sexuais como penetração vaginal, oral ou anal". ☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei / Não me lembro ☐ Recusa / Sem resposta
Q28	Desde o parto, você já teve relações sexuais que você não queria, porque você estava com medo do que seu parceiro / marido poderia fazer se você recusasse? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei / Não me lembro ☐ Recusa / Sem resposta



Q29

Desde o parto, o seu marido / parceiro alguma vez a forçou a fazer qualquer outra coisa sexual que você não quisesse ou que achasse degradante ou humilhante?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ Não sei / Não me lembro
☐ Recusa / Sem resposta

Se a mulher responde: Às vezes / Muitas vezes / A maioria das vezes para Q25 ou sim para Q26-29. Sob responsabilidade médica dos orientadores deste estudo (Dra. Maria Laura Costa do Nascimento e Dra. Mary Ângela Parpinelli), discutirão com os responsáveis pela atenção à gestante, neste caso identificando "violência da mulher" a participante será encaminhada para avaliação do Serviço Social do CAISM.

Fim da seção 1: Histórico da Participante

Muito obrigado por responder às perguntas, passamos agora para a 2ª seção do questionário.

PÓS-PARTO SEÇÃO 2: SINTOMAS DA PARTICIPANTE

WHODAS. Por favor, leia o seguinte: "Agora, eu gostaria de fazer mais algumas perguntas sobre suas atividades cotidianas. Esta parte da entrevista é sobre as dificuldades que as pessoas têm por causa das condições de saúde. (Cartão de resposta 1 para a entrevistada) Enfermidades ou doenças, ou outros problemas de saúde que podem ser curtos ou duradouros, lesões, problemas mentais ou emocionais e problemas com álcool ou drogas. Lembre-se de manter todos os seus problemas de saúde em mente para você responder às perguntas".

Quando eu perguntar sobre dificuldades em fazer uma atividade pensar em ... (Apontar para a cartão de resposta 1):

- Esforço aumentado
- Desconforto ou dor
- Lentidão
- Alterações no modo de você fazer a atividade

Ao responder, eu gostaria que você pensasse nos últimos 30 dias. Gostaria também que você respondesse a estas perguntas pensando sobre quanta dificuldade você teve, em média, nos últimos 30 dias, ao fazer a atividade como você costuma fazê-lo. (cartão de resposta 2 para a entrevistada)

Use esta escala ao responder. (Leia a escala em voz alta): Nenhum, leve, moderado, grave, extremo ou não pôde fazer. (Certifique-se de que a entrevistada pode facilmente ver os cartões 1 e 2 ao longo da entrevista. Por favor, continue com a próxima pergunta ...) "



Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:		Nenhum	Leve	Moderado	Grave	Extrema ou não pode fazer
Q30	Ficar em pé por longos períodos como 30 minutos?	1	2	3	4	5
Q31	Tomar conta das responsabilidades domésticas?	1	2	3	4	5
Q32	Aprender uma nova tarefa, por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?	1	2	3	4	5
Q33	Quanta dificuldade você teve para participar de atividades comunitárias (por exemplo, festividades, atividades religiosas ou outras) do mesmo modo que qualquer outra pessoa?	1	2	3	4	5
Q34	Quanto você foi afetado emocionalmente por seus problemas de saúde?	1	2	3	4	5
Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:		Nenhum	Leve	Moderado	Grave	Extrema ou não pode fazer
Q35	Concentrar-se para fazer alguma coisa durante dez minutos?	1	2	3	4	5
Q36	Andar por longas distâncias como por 1 quilômetro?	1	2	3	4	5
Q37	Lavar seu corpo inteiro?	1	2	3	4	5
Q38	Vestir-se?	1	2	3	4	5
Q39	Lidar com pessoas que você não conhece?	1	2	3	4	5
Q40	Manter uma amizade?	1	2	3	4	5
Q41	Seu dia-a-dia no trabalho / escola?	1	2	3	4	5
Q42	Em geral, nos últimos 30 dias, por quantos dias essas dificuldades estiveram presentes?	Número de dias _____				
Q43	Nos últimos 30 dias, por quantos dias você esteve completamente incapaz de executar suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?	Número de dias _____				
Q44	Nos últimos 30 dias, sem contar os dias em que você foi totalmente incapaz, por quantos dias você diminuiu ou reduziu suas atividades habituais ou trabalho por causa de alguma condição de saúde?	Número de dias _____				
		1	2	3	4	5
Q45	Nos últimos 30 dias, como você classificaria sua saúde geral?	Muito bom	Boa	Nem boa nem ruim	Ruim	Muito ruim
Sintomas gerais. Mostra o cartão #3 "Nas próximas questões eu perguntarei sobre como você se sente fisicamente durante esta gravidez. Fique a vontade para uma pausa ou para parar".						



Nas últimas duas semanas dias, você já experimentou algum dos seguintes sintomas: (Por favor marque a caixa se sim, e vá para a próxima coluna. Se não, pule para o próximo sintoma)			
Q46	☐ Calafrios	Q47 ☐ Náusea	Q48 ☐ Febre
	☐ Dor de cabeça	Q50 ☐ Tonturas	
Q47	☐ Rigidez do pescoço	Q55 ☐ Tremores	Q54 ☐ Espasmos musculares
	☐ Suor profuso / suor noturno		
Q48	☐ Dor no peito	Q57 ☐ intolerância ao exercício ou esforço	Q58 ☐ palpitações
	☐ perturbação visual		
Q49	☐ Sangramento gengival	Q64 ☐ Tosse	Q65 ☐ Dificuldade em respirar
	☐ Respirar mais rápido do que o habitual		
Q50	☐ Vômito	Q68 ☐ Vômitos com sangue	Q69 ☐ Desconforto ou dor abdominal
	☐ Mudança do apetite ou hábitos alimentares		
Q51	☐ Dor na micção (disúria)	Q72 ☐ Micção anormal (cor, frequência, odor)	Q73 ☐ Alterações do hábito intestinal
	☐ Pressão ou dor retal		
Q52	☐ Erupção cutânea ou lesão da pele	Q77 ☐ coceira	☐ Sensibilidades ou nodulação dos seios
Q53	☐ Artralgia / artrite	Q83 ☐ Sensibilidade nas pernas ou panturrilhas	Q84 ☐ Inchaço repentino nas pernas ou de panturrilhas
	☐ Dor nas costas		
Q54	☐ Sangramento vaginal (após o sexo)	Q87 ☐ Dispareunia (dor na relação)	Q88 ☐ Dor pélvica



	☐ Corrimento vaginal anormal	☐ Sangramento vaginal leve	
Q55	☐ Urina com sangue	☐ Cegueira noturna (dificuldade em enxergar no escuro)	☐ perda de peso inexplicável
	☐ Ganho excessivo de peso (> 1kg/semana)		
Q58	☐ Derrame	☐ Hemorroidas	☐ Perda de dentes
	☐ Inchaço nas mãos	☐ Convulsão	
	Nas últimas duas semanas, você já experimentou:	Se sim, como incômodo você encontrou a experiência?	Se sim, você ainda a tem hoje?
P-13	☐ Uma protuberância ou pressão na sua vagina?	☐ Não incomode ☐ ligeiramente incomodado (sem mudança no hábito social, mas mudança na higiene) ☐ incomodado (evitando alguns compromissos sociais, mudança na higiene) ☐ muito incomodado (evitando a maioria dos compromissos sociais, mudança na higiene) ☐ Incomodado de mais (evitando todo envolvimento social, mudança na higiene)	_____ Não _____ Sim
P-14	☐ Problemas urinando (incluindo vazamento, urgência, frequência, incapacidade de esvaziar a bexiga)?	☐ Não incomode ☐ ligeiramente incomodado (sem mudança no hábito social, mas mudança na higiene) ☐ Incomodado (evitando alguns compromissos sociais, mudança na higiene) ☐ Muito incomodado (evitando a maioria dos compromissos sociais, mudança na higiene) ☐ Incomodado de mais (evitando todo envolvimento social, mudança na higiene).	_____ Não _____ Sim
P-15	☐ Problemas para mover entranhas ou vazamento de fezes ou flatulência (gás)?	☐ Não incomode ☐ ligeiramente incomodado (sem mudança no hábito social, mas mudança na higiene) ☐ incomodado (evitando alguns compromissos sociais, mudança na higiene)	_____ Não _____ Sim



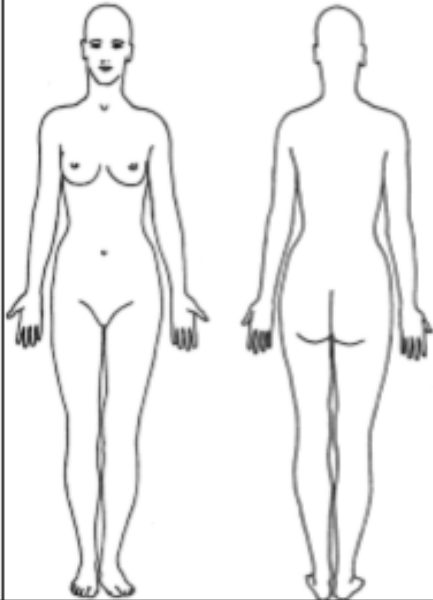
	☐ muito incomodado (evitando a maioria dos compromissos sociais, mudança na higiene) ☐ incomodado de mais (evitando todo envolvimento social, mudança na higiene)	
Nas últimas duas semanas, você já experimentou algum dos seguintes:		
Q57	Após o parto, você foi informado de que tem alguma coisa errada / alguma condição médica?	☐ Não ☐ Sim
Q58	Se sim, por favor especifique:	
Q59	Você tem outras condições médicas ou problemas que você gostaria de relatar?	☐ Não ☐ Sim
Q60	Se sim, por favor especifique:	
Saúde mental. Por favor, leia o seguinte: "As próximas perguntas que eu vou fazer são sobre como você está se sentindo / seu humor desde o parto, sinta-se livre para pedir uma pausa ou parar a qualquer momento. Eu quero lembrar que isso é confidencial e ninguém vai saber como você respondeu. Além disso, se após esta seção você gostaria de falar mais sobre as perguntas, vou dar-lhe informações sobre onde procurar ajuda". Apresente o cartão #4 e dê uma pontuação de 0 a 3.		
	Nas últimas duas semanas, com que frequência você foi incomodada pelos seguintes problemas?	De modo nenhum Muitos dias Mais da metade dos dias Quase todos os dias
Q61	Sentir-se nervosa, ansiosa ou (no limite)	0 1 2 3
Q62	Não ser capaz de parar ou controlar preocupações	0 1 2 3
Q63	Preocupar-se demais com coisas diferentes	0 1 2 3
Q64	Problemas para relaxar	0 1 2 3
Q65	Sendo tão inquieta que é difícil ficar parada	0 1 2 3
Q66	Tornar-se facilmente irritada ou irritável	0 1 2 3
Q67	Sentir medo como se algo terrível pudesse acontecer	0 1 2 3
	Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodada por algum dos seguintes problemas?	De modo nenhum Muitos dias Mais da metade dos dias Quase todos os dias
Q68	Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0 1 2 3
Q69	Se sentiu para baixo, deprimida ou sem esperança	0 1 2 3
Se ela marcar maior que 0 a Q118 ou Q119, por favor faça as perguntas restantes:		
Q70	Problemas para adormecer, dormir ou dormir demais	0 1 2 3



Q71	Se sentiu cansada ou com pouca energia	0	1	2	3
Q72	Falta de apetite ou comeu demais	0	1	2	3
Q73	Sentimento ruim sobre si mesma - ou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesma	0	1	2	3
Q74	Problemas para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
Q75	Movendo ou falando tão lentamente que outras pessoas poderiam ter notado. Ou, ao contrário, sendo tão agitado ou inquieto que você ficava andando de um lado o outro muito mais do que o habitual.	0	1	2	3
Q76	Pensamentos de que seria melhor estar morta ou de se ferir de alguma forma	0	1	2	3
Por favor, somar todos os pontos para Q111-Q117 e por favor, somar todos os pontos para Q118-Q126. Se a pontuação total em qualquer dos conjuntos de perguntas é igual a 10 ou superior, por favor indique à paciente que sob responsabilidade médica dos orientadores deste estudo (Dra. Maria Laura Costa do Nascimento e Dra. Mary Angela Parpinelli), discutirão com os responsáveis pela sua atenção.					
Fim da seção 2: Sintomas da Participante Obrigado por responder às perguntas, passamos agora para a terceira e última seção do questionário, o exame físico. Você tem alguma pergunta?					

PPC SECÇÃO 3: EXAME FÍSICO	
Exame físico geral. Dados levantados em prontuário médico sobre exame físico se é rotina.	
Q77	Peso hoje: _____ kg
Q78	Altura: _____ cm
Q79	Temperatura corporal (oral ou axilar): _____ ° C
Q79a	Onde foi tomada a temperatura no corpo? ☐ Oral ☐ Axilar ☐ Outros: _____
Q80	Pulso: _____ / min
Q81	Frequência respiratória: _____ / min
Q82	PA sistólica em repouso
Q83	PA diastólica em repouso
Q85	A mulher apresenta alguma condição pré-existente?
☐ Não	☐ Tuberculose
☐ HIV	☐ Sífilis
☐ Hipertensão Crônica	☐ STI (Sindrômica)
☐ Hipertensão Gestacional	☐ Hepatite B
☐ Diabetes	☐ Tricomoníase
☐ Diabetes Gestacional	☐ Malária
☐ UTI	☐ Febre Tifoide
☐ Infecção Renal	☐ Pitiríase
☐ Veias Varicosas	☐ Dermatomicose
☐ Pré-eclâmpsia	☐ Cândida Albican
☐ Rotura pé-termo prematura de membranas	☐ Cândida Pélvica
☐ Rotura prematura de membranas, no termo	☐ Doença Inflamatória Pélvica
☐ Placenta prévia	☐ Vaginite
☐ Displasia Cervical	☐ Cervicite
☐ Oligoâmnios	☐ Vaginose Bacteriana
☐ Fibroides	☐ Verrugas Genitais
☐ Pequeno para Idade Gestacional	☐ Chikungunya
☐ Hemorragia Anteparto	☐ Herpes
☐ Sepsis	☐ Anemia Falciforme
☐ Infecção da Ferida Operatória	
Q86	A mulher está atualmente tomando qualquer um medicamento?
☐ Não	☐ Analgésico
☐ Anti-fúngico (não vaginal)	☐ Anti-epilético
☐ Anti-malário	☐ Antiretroviral
☐ Vitaminas e minerais	☐ Anti-hipertensivo
☐ Hematínico	☐ Diurético

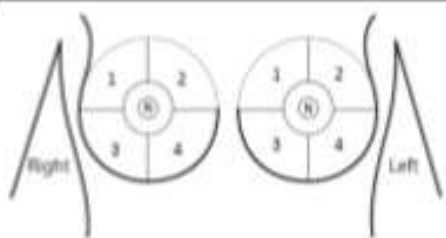
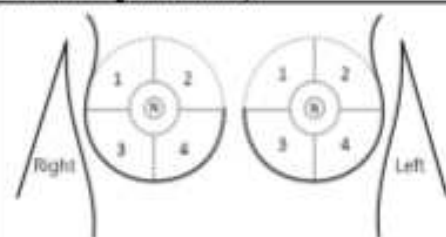
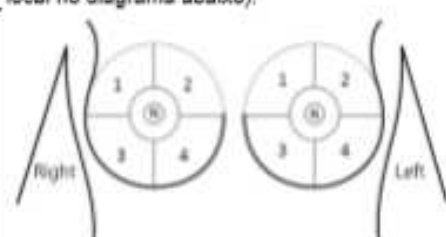
☐ Antibióticos	☐ Sulfato de Magnésico
☐ Medicação de Tireoide	☐ Anticoagulante
☐ Anti-parasitário	☐ Corticóide Antenatal
☐ Metronidazol	☐ Antibióticos tópicos
☐ Anti- Bv/ Tric	☐ Medicação anti-tosse
☐ Anti-viral (não HIV)	☐ Medicação para hemorroida
☐ Tratamento Tuberculose	☐ Anti-histamínico
☐ Anti-emético	

Q143 Quando presente, por favor, marque o seguinte diagrama com as letras correspondentes às questões acima referidas: - R para erupção cutânea (s) - L para lesão (es) - B para hematomas - SH para a autoagressão - DV para violência doméstica.	
--	---

A mulher apresenta algum dos seguintes sinais em seu corpo:	
☐ Rash (es)	☐ Auto-agressão
☐ Lesão (s)	☐ Violência Doméstica
☐ Contusão (s)	

Q86 Diagrama do corpo: com base no diagrama anterior, indique onde ocorreram as lesões, usando a seguinte legenda: ☐ R para rash no lugar do corpo onde apareçam ☐ L para lesões ☐ SH para contusões ☐ DV para violência doméstica	
--	--

Q87 Ela apresenta qualquer das seguintes opções? <i>(Escolha todas as que se aplicam)</i>	☐ Edema do tornozelo ☐ Edema da coluna lombar ☐ Edema das mãos e dos pés ☐ Inchaço das pernas ☐ Sensibilidade da panturrilha ☐ Nenhum
---	---

P-18	Existem sinais de infecção na cicatriz da cesariana ou da histerectomia?	☐ Não ☐ Sim
P-19	A participante está usando anticoncepcionais (com base em seus registros)?	☐ Não ☐ Sim
	Em caso afirmativo, especificar qual método:	
P-20	A paciente aceitou a prescrição de um método anticoncepcional hoje?	☐ Não ☐ Sim
	Exame de mama	
	Aplicar só se a mulher relata os seguintes sintomas relacionados as mamas: - Sensibilidade mamária ou vermelhidão, ou sentir moto (massa) ou inchaço - ????	
Q91	Ela apresenta mamilo (s) rachado (s)?	☐ Não ☐ Sim
Q92	Ela apresenta mama (s) congestionada (s)?	☐ Não ☐ Sim
		☐ Não ☐ Sim (Se sim, marque o local no diagrama abaixo).
P93	Ela apresenta sensibilidade de mama localizado?	
		☐ Não ☐ Sim (Se sim, marque o local no diagrama abaixo).
Q94	Ela apresenta abscesso (s) mamário?	
		☐ Não ☐ Sim (Se sim, marque o local no diagrama abaixo).
Q95	Ela apresenta algum nódulo (s) de mama palpável?	

Exame abdominal	
Aplicar só se a mulher relata os seguintes sintomas: - Vômitos (com ou sem sangue) - Desconforto ou dor abdominal - Mudanças no apetite ou hábitos alimentares - ???	
Q96	Ela apresenta sensibilidade abdominal? ☐ Não ☐ Sim (Se sim, marque o local no diagrama abaixo).
Q97	Ela apresenta massas abdominais palpáveis? ☐ Não ☐ Sim (Se sim, marque o local no diagrama abaixo).
Exame pélvico	
Aplicar somente se suspeita de infecção ou mulher relata os seguintes sintomas: - sangramento vaginal (após o sexo) - relações sexuais dolorosas (dispareunia) - dor pélvica - descarga vaginal (cor anormal e / ou cheiro) - sangramento vaginal (não provocado e mais do que um período regular) - ???	
Ela apresenta algum dos seguintes tipos de MGF? (Mutilação Genital Feminina) (Marque uma)	☐ Nenhum ☐ Tipo 1: Remoção parcial ou total do clitóris e / ou do prepúcio (clitoridectomia)

	☐ Tipo 2: Remoção parcial ou total do clitoris e os lábios menores, com ou sem a excisão dos lábios maiores (excisão) Figura 4: Remoção parcial ou total do clitoris e dos lábios menores (excisão)  ☐ Tipo 3: Estreitamento do orifício vaginal com a criação de uma membrana selante cortando e apostando os lábios menores e / ou os lábios maiores, com ou sem a excisão do clitoris (infibulação) Figura 5: Estreitamento do orifício vaginal com a criação de uma membrana selante (infibulação)  ☐ Tipo 4: Todos os outros procedimentos prejudiciais para os órgãos genitais femininos para fins não medicinais, por exemplo: picar, puxar, perfurar, incisão, lacerar e cauterizar. Figura 6: Outros procedimentos prejudiciais para os órgãos genitais femininos (Tipo 4) 				
Q99	Ela apresentar qualquer das seguintes opções na vulva? (Por favor marque todas as que se aplicam) <table border="1"> <tr> <td>☐ Perda de urina</td> <td>☐ Escoriação</td> </tr> <tr> <td>☐ Inchaço dos lábios</td> <td>☐ Sem</td> </tr> </table>	☐ Perda de urina	☐ Escoriação	☐ Inchaço dos lábios	☐ Sem
☐ Perda de urina	☐ Escoriação				
☐ Inchaço dos lábios	☐ Sem				
Q100	Ela apresenta qualquer das seguintes opções na vagina? (Por favor marque todas as que se aplicam) <table border="1"> <tr> <td>☐ Lesões</td> <td>☐ Defeito</td> </tr> <tr> <td>☐ Sem</td> <td></td> </tr> </table>	☐ Lesões	☐ Defeito	☐ Sem	
☐ Lesões	☐ Defeito				
☐ Sem					
Q101	Ela apresenta qualquer das seguintes opções no perineo? (Por favor marque todas as que se aplicam) <table border="1"> <tr> <td>☐ Escoriação</td> <td>☐ Inchaço</td> </tr> <tr> <td>☐ Sem</td> <td></td> </tr> </table>	☐ Escoriação	☐ Inchaço	☐ Sem	
☐ Escoriação	☐ Inchaço				
☐ Sem					

Q101	Ela apresenta alguma secreção vaginal anormal?	_____ Não _____ Sim
Q102	Se sim, explique a cor: _____	
P-21	Ela realizou uma coleta de citologia oncológica?	_____ Não _____ Sim
	Se não, por que? _____	
INVESTIGAÇÕES - testes de rotina. Por favor, consulte o registro médico mais atualizado do paciente para responder às seguintes perguntas sobre os testes de laboratório que ela fez.		
O paciente teve algum destes testes? (Se sim, por favor escreva nos resultados mais recentes)		
Q103	Hemoglobina	_____ Não _____ Sim _____ Sim, mas os resultados não estão disponíveis Se sim, por favor escreva nos resultados: Hb (g/dl) _____
Q104	Urina I (nitrito dipstick)	_____ Não _____ Sim Se sim, por favor escreva nos resultados: Positivo _____ negativo _____
Q105	Urina (Leucócitos dipstick)	_____ Não _____ Sim Se sim, por favor escreva nos resultados: Positivo _____ negativo _____
Q106	HIV	_____ Não _____ Sim _____ Sim, mas os resultados não estão disponíveis Se sim, marque um dos resultados: _____ negativo _____ positivo _____ inconclusivo _____
INVESTIGAÇÕES - Testes Seletivos. Por favor, consulte o registro médico mais atualizado do paciente para responder às seguintes perguntas sobre os testes de laboratório que ela fez.		
Q107	Glicemia Capilar	_____ Não _____ Sim _____ Sim, mas os resultados não estão disponíveis Se sim, por favor escreva os resultados: _____
Q108	Você ou a enfermeira obstetra prescreveram / encaminharam a mulher para comprar alguma medicação hoje?	_____ Não _____ Sim
	Se sim, especifique o (s) medicamento (s): _____	
Q109	Você ou a enfermeira obstetra diagnosticaram a mulher com alguma condição (s) hoje?	_____ Não _____ Sim
	Em caso afirmativo, especifique a (s) condição: _____	
Q109	Você ou a enfermeira obstetra têm outros comentários / notas sobre o paciente?	_____ Não _____ Sim
	Em caso afirmativo, especifique: _____	
Q110	A mulher precisou algum tipo de encaminhamento?	_____ Não _____ Sim
	Se sim, especifique:	☐ Atendimento psicológico ☐ Atendimento médico ☐ Atendimento serviço social
Fim do Módulo 3: Sinais do Paciente Obrigado por participar desta pesquisa, chegamos ao final do questionário. Você tem alguma pergunta?		

9.2. ANEXO 2: Termo consentimento livre e esclarecido -TCLE



Número de identificação da participante: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prevalência e repercussões de Morbidade Materna em maternidade de referência

Pesquisadores: **Stephanie Pabón Lozano, Martha Beatriz Narváez Lamus, Maria Laura Acosta do Nascimento, José Guilherme Cecatti, Mary Angela Parpinelli**

Número do CAAE: 78497817.0.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou um questionário incluindo um questionário para tentar entender melhor as experiências que as mulheres enfrentam durante a gravidez, parto e pós-parto. Este instrumento contém uma avaliação da saúde geral, saúde mental/ansiedade, capacidade para realizar tarefas cotidianas (funcionalidade) e também violência doméstica. Neste projeto nós vamos aplicar esse questionário o qual nos ajudará a ampliar o conhecimento e entender as experiências enfrentadas pelas mulheres ao longo e após a gravidez as quais podem passar despercebidas. O conhecimento adquirido nos ajudará a melhorar os serviços oferecidos nas instituições da saúde.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a responder um questionário no qual o pesquisador fará perguntas específicas sobre sua gravidez e o período após o parto. Todo o processo levará cerca de uma hora para ser concluído. Se você der permissão ao pesquisador, também analisará seu prontuário para ajudar a responder algumas das perguntas da pesquisa.

Nós nos sentaremos em um lugar confortável e privado, será uma sala no ambulatório da obstetria do CAISM. O pesquisador lhe fará perguntas, se você não quiser responder alguma das perguntas durante a entrevista, você pode dizer isso e o pesquisador passará para a próxima pergunta. Mesmo depois de dar o seu consentimento, você pode interromper o questionário a qualquer momento sem nenhum tipo de prejuízo. Ninguém mais estará presente a menos que você queira. O pesquisador anotará informações durante a entrevista.

Se, em qualquer momento, você tiver alguma dúvida, o pesquisador estará disponível a lhe responder.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____



Duração: A senhora será entrevistada só uma vez. Esperamos que todo o processo demore 45-60 minutos.

Desconfortos e riscos:

Você não deve participar deste estudo se você tem menos de 18 anos

Riscos: Não haverá riscos previsíveis. No entanto será feitas perguntas sobre algumas informações pessoais e você pode se sentir desconfortável conversando sobre alguns assuntos. Você não precisa se justificar para não responder a qualquer pergunta.

Benefícios

Não há nenhum benefício direto de participar desta entrevista. Nos casos em que seja identificada "violência" a participante será orientada sobre a possibilidade de ser encaminhada para avaliação e cuidado

As informações que recebemos de você e outras participantes podem beneficiar muitas mulheres na comunidade no futuro. Conhecendo outras morbidades dessa forma poderemos prevenir que elas ocorram.

Acompanhamento e assistência:

As mulheres que venham necessitar de serviços adicionais serão encaminhadas para os cuidados adequados de acordo com as morbidades encontradas.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados deste estudo, seu nome não será citado.

Confidencialidade: A informação que você forneça sobre si mesma (na entrevista e nos seus registros) não será compartilhada com ninguém que não seja da equipe da pesquisa. Para qualquer informação sua será dado um número em vez de um nome. Apenas o pesquisador vai saber o seu número e vai manter as informações protegidas. O questionário digital será protegido por senha. Os membros da equipe do estudo serão os únicos a ler as anotações. Todas as informações que você compartilhar permanecerão confidenciais.

Ressarcimento e indenização:

Você é voluntário. O questionário da pesquisa será aplicado no mesmo dia da sua consulta médica, no ambulatório de pré-natal ou do pós-parto, por isso não haverá ressarcimento. Você tem o direito à indenização caso não sejam respeitados o estabelecido por este TCLE.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores: Stephanie Pabón Lozano (stepha1025@hotmail.com), Martha Beatriz Narvaez Lamus (marik1103@hotmail.com)

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____



Endereço profissional: R. Alexandre Fleming, 79 - Cidade Universitária, SP. CAISM, Departamento de obstetrícia.

Telefones: Stephanie Pabón Lozano – Martha Narvaez Lamus (19) 9893 4703 ou (19) 3521 9472.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08h30minhs às 11h30minhs e das 13:00hs às 17:00hs situado à Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefones (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Nome do (a) participante: _____

Assinatura do participante

Data: ____/____/____ (dd/mm/aaaa)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

(Assinatura do pesquisador)

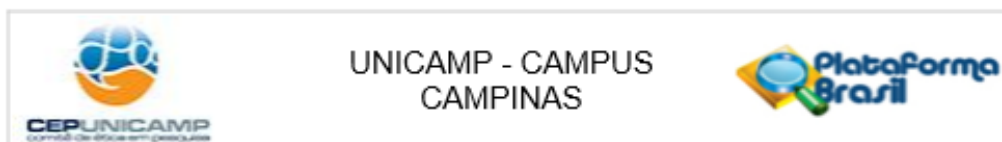
Data: ____/____/____ (dd/mm/aaaa)

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

9.3. ANEXO 3: Aprovação comitê de Ética

 CEPUNICAMP comitê de ética em pesquisa	UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS													
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP														
DADOS DA EMENDA														
Título da Pesquisa: Prevalência e repercussões da Morbidade Materna em maternidade de referência														
Pesquisador: Mary Angela Parpinelli														
Área Temática:														
Versão: 0														
CAAE: 78497817.0.0000.5404														
Instituição Proponente: Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - CAISM														
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio														
DADOS DO PARECER														
Número do Parecer: 2.847.460														
Apresentação do Projeto:														
Trata-se de uma emenda que visa alterar o cronograma estendendo a coleta até agosto/ 2019;atualização do TCLE (maiores de idade); inserir o grupo "adolescentes" como participantes da pesquisa e solicitação de dispensa do TCLE para o responsável legal e do TALE para este grupo de participantes.														
Objetivo da Pesquisa:														
Mantidos em relação ao projeto original.														
Avaliação dos Riscos e Benefícios:														
Mantidos em relação ao projeto original.														
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:														
De acordo com as informações do pesquisador responsável contempladas no documento anexado "Carta_Resposta_Emenda.pdf 14/08/2018 15:29:50 ": "Gostaria de agradecer pela cuidadosa revisão e abaixo esclareço os comentários abordados com relação a emenda proposta. • Inicialmente é fundamental considerar que o projeto apresentado no formato original já havia sido aprovado (CAAE: 78497817.0.0000.5404 e número do parecer 2.386.001), na data de 17/11/2017, com coleta de dados em andamento (utilizando TCLE nesta versão aprovada). • A emenda foi escrita, para aprovação da coleta de dados em adolescentes, considerando que este subgrupo é especialmente relevante na avaliação de morbidade materna - e sem dúvida, os dados														
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126</td> <td>CEP: 13.083-887</td> </tr> <tr> <td>Bairro: São Geraldo</td> <td>Município: CAMPINAS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: SP</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefone: (19)3521-8936</td> <td>Fax: (19)3521-7167</td> <td>E-mail: cep@fcm.unicamp.br</td> </tr> </table>			Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126		CEP: 13.083-887	Bairro: São Geraldo	Município: CAMPINAS		UF: SP			Telefone: (19)3521-8936	Fax: (19)3521-7167	E-mail: cep@fcm.unicamp.br
Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126		CEP: 13.083-887												
Bairro: São Geraldo	Município: CAMPINAS													
UF: SP														
Telefone: (19)3521-8936	Fax: (19)3521-7167	E-mail: cep@fcm.unicamp.br												



Continuação do Parecer: 2.847.460

nesse subgrupo (<18 anos) só serão coletados após a aprovação do CEP para emenda; • Entendemos que a submissão de uma emenda é uma oportunidade de atualização/correção de documentos em uso no projeto e por isso, ajustamos o TCLE conforme solicitação (está em anexo, com modificação assinalada) e nos propomos a utilizar a nova versão (nos casos faltantes), assim que aprovada; • Com relação ao TALE e TCLE para o responsável, inicialmente submetidos com a proposta de emenda; após intensa discussão com membros da equipe de pesquisa e do CEP, reconsideramos seu uso e estamos submetendo agora solicitação de dispensa de TALE/TCLE. Este projeto avalia um tema sensível que pode expor a adolescente a risco. Está escrito no TCLE e TALE: "este instrumento contém uma avaliação da saúde geral, saúde mental/ansiedade, capacidade para realizar tarefas cotidianas (funcionalidade) e também violência doméstica". Considerando que para adolescentes, muitas vezes o agressor está no ambiente familiar, ter em mãos uma cópia do TCLE/TALE ou falar sobre o conteúdo completo da pesquisa com o responsável legal, poderia gerar riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante. Estas questões estão agora detalhadas nas considerações éticas do projeto. Garantimos, no entanto, que todas as adolescentes serão devidamente esclarecidas sobre a pesquisa e apenas incluídas se concordarem em participar. Serão abordadas (quando estiverem junto com acompanhante) para participar de um "estudo para avaliar complicações durante a gestação e pós-parto". O conteúdo completo da pesquisa será revelado apenas para a potencial participante, em ambiente reservado e sigiloso. • Com relação ao cronograma, gostaríamos de atualizar a estimativa de tempo de coleta, ampliando para 18 meses a coleta de dados (especialmente pela dificuldade de inclusão de casos pós-parto). Portanto, considerando que iniciamos a coleta em Fev/2018, estimamos manter coleta até agosto/2019. O cronograma foi atualizado no projeto e os números descritos no item 5.4, seleção dos sujeitos."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Na avaliação desta emenda foram analisados os seguintes documentos anexados:

- 1-PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1105360_E1.pdf 22/08/2018 16:37:58;
- 2-CRONOGRAMA_Emenda.pdf 14/08/2018 15:36:50;
- 3-Carta_Resposta_Emenda.pdf 14/08/2018 15:29:50;
- 4-Projeto_Emenda_final.pdf 14/08/2018 15:29:17

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** csp@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.847.460

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

- O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.847.460

responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1105360_E1.pdf	22/08/2018 16:37:58		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_Emenda.pdf	14/08/2018 15:36:50	Mary Angela Parpinelli	Aceito
Outros	Carta_Resposta_Emenda.pdf	14/08/2018 15:29:50	Mary Angela Parpinelli	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Emenda_final.pdf	14/08/2018 15:29:17	Mary Angela Parpinelli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Resposta_Stepha.docx	11/05/2018 12:39:20	Mary Angela Parpinelli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.docx	11/05/2018 12:39:00	Mary Angela Parpinelli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	11/05/2018 12:38:47	Mary Angela Parpinelli	Aceito
Outros	SolicitacaoEmendaparpinelli06042018.pdf	06/04/2018 09:42:19	Mary Angela Parpinelli	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodraparpinelli06042018.pdf	06/04/2018 09:40:00	Mary Angela Parpinelli	Aceito
Outros	cartarespostasoCEP0811.pdf	10/11/2017 16:02:34	Mary Angela Parpinelli	Aceito
Outros	funcionaldramary05102017142358.pdf	05/10/2017 15:31:31	Mary Angela Parpinelli	Aceito
Outros	ParecerCAISMparp.pdf	06/09/2017 14:45:31	Mary Angela Parpinelli	Aceito
Folha de Rosto	FRparp.pdf	06/09/2017 14:45:08	Mary Angela Parpinelli	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: oep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.847.460

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 27 de Agosto de 2018

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

9.4. ANEXO 4: Submissão do artigo na revista BMC pregnancy and childbirth

PRCH-D-19-01028

Giving women WOICE postpartum: prevalence of maternal morbidity using the WHO-WOICE instrument

Maria Laura Costa; Lamus MN; Stephanie Lozano; Charles CM; Guida JP; Parpinelli MA; JG Cecatti; MF Vidarte; Say Lale; D Chou

Dear author:

You are receiving this email because you have been listed as an author on a manuscript recently submitted to BMC Pregnancy and Childbirth. The manuscript details are below.

Title: Giving women WOICE postpartum: prevalence of maternal morbidity using the WHO-WOICE instrument

Authors: Maria Laura Costa; Lamus MN; Stephanie Lozano; Charles CM; Guida JP; Parpinelli MA; JG Cecatti; MF Vidarte; Say Lale; D Chou

Corresponding author: Dr. Maria Laura Costa

If you are not aware of the submission, or if you should not be listed as contributing author, please notify the Editorial Office. Contact details for the Editorial Office are available under "Contact Us" on the journal website.

Kind regards,

Editorial Office

BMC Pregnancy and Childbirth

<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/>