

Desafios enfrentados pelas gestantes no acesso às consultas de pré-natal durante a pandemia da Covid-19

Challenges faced by pregnant women in accessing prenatal consultations during the Covid-19 pandemic

Desafíos que enfrentan las mujeres embarazadas para acceder a las consultas prenatales durante la pandemia del Covid-19

Maria Taís da Silva Santos¹, Erlaine da Silva Andrade¹, Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral¹, Mércia de França Nóbrega¹.

ARQUIVO SUPLEMENTAR

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Caracterização Sociodemográfica

Data de nascimento: _____ Cidade/Estado onde vive: _____	
Escolaridade:	
<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo
<input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo
<input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo
<input type="checkbox"/> Pós-Graduação	
Renda Familiar:	
<input type="checkbox"/> Menos de um salário mínimo	<input type="checkbox"/> Dois a três salários mínimos
<input type="checkbox"/> Um salário mínimo	<input type="checkbox"/> Mais de três salários mínimos
Situação conjugal:	
<input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Divorciada	
Você se considera:	
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda/Morena/Mulata <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Outra _____	
Profissão/Ocupação: _____	
Você reside na: <input type="checkbox"/> Zona Urbana <input type="checkbox"/> Zona Rural	
Caso resida na zona rural, tem Posto de Saúde no local onde mora?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Você possui algum meio de transporte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se possui algum meio de transporte, qual (is) é (são)? _____	

¹ Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Cajazeiras – PB.

História Sexual e Obstétrica

Início da atividade sexual (idade da primeira relação sexual): _____

Idade gestacional (IG): _____

A gravidez foi planejada? Sim Não

Quantas gestações você já teve? (incluindo abortamentos, gravidez ectópica e mola hidatiforme – tumor benigno que se desenvolve como resultado de uma gestação não viável) _____

Caso tenha tido mais de uma gestação, anote a idade em que ocorreu o primeiro e último parto:
(Ex: 23 e 27, respectivamente) _____

Teve alguma intercorrência e complicações em gestações anteriores?
 Sim Não

Se sim, qual (is) foram? _____

Já teve algum aborto?
 Sim Não

Se sim, quantos abortos sofreu? _____

Teve algum filho prematuro?
 Sim Não

Teve algum filho que sofreu morte neonatal precoce (com até 7 dias de vida)?
 Sim Não

Se sim, Quantos _____ **Causa da morte** _____

Teve algum filho que sofreu morte neonatal tardia (com até 28 dias de vida)?
 Sim Não

Se sim, Quantos _____ **Causa da morte?** _____

Está tendo apoio da família? Sim Não

Está tendo apoio do parceiro? Sim Não

Dados da Assistência Pré-Natal

<p>Considera a assistência pré-natal importante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Vai a todas as consultas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não.</p> <p>Já foi a quantas consultas? _____</p> <p>Tem fácil acesso às consultas de pré-natal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Caso não tenha fácil acesso às consultas, a dificuldade que enfrenta está relacionada a: <input type="checkbox"/> Distância <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Outra (s) _____</p> <p>Você tem dificuldade para marcar as consultas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>É bem acolhida na unidade durante a espera e no atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Você tem dúvidas durante as consultas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se tem dúvidas, procura tirá-las? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se não tira suas dúvidas durante o atendimento, qual (is) o (s) motivo (s)? _____</p> <p>Você se sente mais segura após o repasse das orientações nas consultas de pré-natal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Após o atendimento, você já sai com a próxima consulta agendada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Você já faltou alguma consulta de pré-natal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se já faltou, qual foi o motivo? _____</p> <p>Nessa pandemia de COVID-19, o acesso as unidades de saúde ficaram mais difíceis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se sim, qual a maior dificuldade que você enfrenta? _____</p> <p>O acompanhamento pré-natal está sendo feito presencialmente ou por outro meio? <input type="checkbox"/> Presencialmente <input type="checkbox"/> Por outro meio Qual? _____</p> <p>Você tem medo de ir as consultas de pré-natal por causa da pandemia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Você recebeu orientações de como se proteger do coronavírus? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Na Unidade Básica de Saúde (UBS), oferece distanciamento social, álcool antes e depois das consultas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Você tem conseguido se proteger adequadamente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se não, por qual motivo? _____</p> <p>Você recebeu esclarecimentos sobre o Plano de Parto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os profissionais de saúde da UBS utilizam protocolos para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde, se for preciso? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Você faz o pré-natal com qual profissional de saúde? <input type="checkbox"/> Enfermeiro(a) <input type="checkbox"/> Médico(a) <input type="checkbox"/> Enfermeiro e Médico</p> <p>Recebeu orientações sobre os sinais de parto para evitar se expor indo antes à maternidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Qual a sua satisfação com a consulta de pré-natal realizada? <input type="checkbox"/> Satisfeita <input type="checkbox"/> Parcialmente satisfeita <input type="checkbox"/> Insatisfeita</p>
