

LEONICE TERESINHA TOBIAS

**O IMPACTO DE UM MODELO DE CONSULTA PEDIÁTRICA
PRÉ-NATAL NA PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DE
SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO**

**Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado em Ciências Médicas da
Universidade Federal de Santa Catarina
para a obtenção do título de Mestre em
Ciências Médicas.**

**Coordenador do Curso: Prof. Dr. Armando José d'Acampora
Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Justo e Silva
Co-orientadora: Prof^a. Dra. Maria Marlene de Souza Pires**



03517030

FLORIANÓPOLIS

2002

Tobias, Leonice Teresinha

O impacto de um modelo de consulta pediátrica pré-natal na promoção e proteção de saúde do recém-nascido / Leonice Teresinha Tobias.

Florianópolis, p. 2002.

ix, 117 p.

Orientador: Carlos Alberto Justo e Silva.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas.

1. Cuidado pré-natal/métodos 2. Perinatologia 3. Promoção da saúde/métodos 4. Recém-nascido.



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Mestrado em Ciências Médicas

Leonice Teresinha Tobias

LEONICE TERESINHA TOBIAS

**ESSA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE
MESTRE EM CIÊNCIAS MÉDICAS**

**COM ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM PEDIATRIA E APROVADA EM SUA FORMA
FINAL PELO PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS**

Armando José d'Acampora
Prof. Dr. Armando José d'Acampora
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Carlos Alberto Justo e Silva
Prof. Dr. Carlos Alberto Justo e Silva
Orientador

Navantino Alves Filho
Prof. Dr. Navantino Alves Filho
Membro

Anne Lise Dias Brasil
Profa. Dra. Anne Lise Dias Brasil
Membro

Edevarde José de Araujo
Prof. Dr. Edevarde José de Araujo
Membro

Florianópolis, 21 de fevereiro de 2001.



Dedico esta dissertação:

Aos meus pais (in memoriam): Maria Lacínia e Olavo Tobias, por terem me legado a crença de que o único sonho impossível de ser realizado é aquele que não se acredita.

Às mulheres e seus respectivos recém-nascidos, pela contribuição a esta pesquisa.

Agradeço ao Prof. Dr. Carlos Alberto Justo e Silva, orientador desta dissertação, pela amizade, compreensão e por respeitar o meu direito de ir e vir em busca de sonhos e verdades científicas.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Dra. Maria Marlene de Souza Pires, co-orientadora desta dissertação, pela amizade e por me fazer acreditar que a pesquisa é semelhante à água que bebemos em uma cachoeira, que apesar de correr entre pedregulhos e espinhos no final é sempre cristalina e cantante.

À Prof^a Dra. Sílvia Modesto Nassar, pela amizade e por ter me auxiliado a encontrar nesta pesquisa, o caminho das pedras com objetividade, ciência e ousadia.

Ao Coordenador do Curso de Mestrado em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina, Prof. Dr. Armando José d'Acampora, pelo apoio científico dedicado à esta pesquisa.

À Dra. Denise Bousfield da Silva, pela amizade, apoio científico e por ter me mostrado com doçura que a persistência é o caminho da ciência.

Ao Dr. Edson Artur Rossini, colega de Mestrado, pelo apoio científico e amizade nos momentos de desânimo.

Ao Dr. Maurício Laerte Silva e Liliane Pereira Baião Silva, pelo constante apoio, amizade e contribuição na elaboração do material didático para a defesa pública desta dissertação.

À Sra. Alba Tavares, pela amizade e validação da amostra do presente estudo.

À enfermeira Nair Cassilda Carvalho, pelo auxílio e pela fidelidade científica que demonstrou durante a coleta dos dados desta pesquisa.

À Sra. Tânia Regina Tavares Fernandes, secretária do Curso de Mestrado em Ciências Médicas, pela amizade e apoio na formatação do presente estudo.

Aos bibliotecários Luiz Carlos Peres, Maria Gorete Monteguti Savi, Fabrício Simas e Heloisa Nascimento, pelo auxílio na obtenção e correção das referências bibliográficas.

Ao acadêmico de Medicina Heitor Tognoli e Silva, pelo apoio na digitação do banco de dados e suporte técnico em informática.

Ao Sr. Áureo Santos, doutorando em Engenharia de Produção, pela sua contribuição na área de aprendizado humano.

À Sra. Ritalice Ribeiro Medeiros, pela correção do resumo desta pesquisa na língua inglesa.

Às Sras. Jussara Terezinha Raitz e Giuliana Tognoli e Silva, revisoras de português, pela revisão gramatical desta dissertação.

Ao Dr. Manoel Américo Barros Filho, Secretário de Saúde da Prefeitura de Florianópolis, pelo apoio na realização da pesquisa na Rede Municipal de Saúde de Florianópolis.

À enfermeira Rita de Cássia Heizen de Almeida Coelho, coordenadora dos agentes comunitários, pelo auxílio na busca ativa de mulheres participantes desta pesquisa.

Aos professores do curso de Mestrado de Ciências Médicas, especialmente aos professores Drs. Paulo Fontoura Freitas e Nelson Blank, pela contribuição científica dedicada a este estudo.

Aos colegas de curso de Mestrado de Ciências Médicas, sobretudo à Dra. Marilza Leal Nascimento, pelo apoio e amizade.

Ao Dr. Jorge Humberto Barbato Filho, Diretor Geral do Hospital Infantil Joana de Gusmão, pela amizade, compreensão e incentivo à realização desta dissertação.

Ao corpo clínico do Hospital Infantil Joana de Gusmão, principalmente aos Drs. Murillo Ronald Capella, Newton do Valle Pereira, Gabriel Faraco, Austregésilo da Silva, Eliane de Araújo, Edevard José de Araújo e César Lemos pela amizade e apoio profissional.

Aos funcionários do Centro de Saúde Agronômica, pelo apoio administrativo na realização desta pesquisa, em especial às Sras. Mariza Augusta dos Santos, Neli Terezinha da Silva, Maria Helena Teixeira de Souza, Marilda Santana, e aos Drs. Sandra Regina Sandré e Sérgio Bernardes Laus.

Aos funcionários do Hospital Infantil Joana de Gusmão, pelo apoio administrativo na realização desta pesquisa, sobretudo aos Srs. Marcondes Cleo de Oliveira, Luiz Alberto da Silva, Djair Francisco e as Sras. Ângela Maria Alves, Maísa Costa e Eliane Maria de Souza Cardoso.

Ao funcionário do Mestrado em Ciências Médicas da UFSC, o Sr. Ivo Dedicácio Soares, pela amizade e apoio administrativo dedicado a esta pesquisa.

Aos meus irmãos, Aloísio Tobias, Neuzeli Tobias Fernandes e aos meus sobrinhos, Maria Julieta Tobias, Luiz Eduardo Tobias e Sérgio Tobias Fernandes, externo minha gratidão pela compreensão com a qual me acolheram durante a realização desta pesquisa.

Ao Dr. Crésio de Aragão Dantas Alves, meu agradecimento especial por ter me ensinado, que para vivenciar fortes emoções é necessário enfrentar grandes desafios.

ÍNDICE

RESUMO	viii
SUMMARY	ix
1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO	14
3 MÉTODO	15
4 RESULTADOS	24
5 DISCUSSÃO	47
6 CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS	65
NORMAS ADOTADAS	76
APÊNDICES	77
ANEXOS	117

RESUMO

Objetivo: Descrever, aplicar e verificar o impacto de um novo modelo de consulta pediátrica pré-natal em mulheres no terceiro trimestre de gestação, bem como avaliar a adesão destas aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido.

Método: Estudo longitudinal de intervenção controlado, não randômico, realizado no Centro de Saúde Agrônômica, da Secretaria de Saúde de Florianópolis, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001. A amostra foi composta de 172 mulheres (86 no grupo controle e 86 no grupo pesquisa), com idade entre 18 e 35 anos, de qualquer raça ou cor, escolaridade, estado conjugal e renda familiar, e seus respectivos recém-nascidos. A Análise de Correspondência Múltipla foi aplicada para avaliar as variáveis categóricas.

Resultados: A adesão das mulheres aos cuidados de saúde do recém-nascido ocorreu em 12,96% no grupo controle e 87,04% no pesquisa. A consulta demonstrou associação com: realização de seis ou mais consultas pré-natais em 95,35%; vacinação materna contra o tétano, 94,19%; uso de medicação com receita médica do recém-nascido, 91,86%; vacinação do recém-nascido BCG e contra hepatite B, 72,09%; e realização do teste do pezinho em até 5 dias de vida, 70,93%.

Conclusão: O novo modelo de consulta pediátrica pré-natal aplicado em mulheres no terceiro trimestre de gestação apresenta aumento da adesão destas aos cuidados de saúde do recém-nascido. Há associação entre consulta e cuidados de saúde, exceto para aleitamento e não uso da chupeta. Não há associação entre consulta e características bio-sociodemográficas das mulheres envolvidas na pesquisa.

SUMMARY

Objective: Describing, applying and verifying the impact of a new pre-natal pediatric appointment model in women on the third trimester of pregnancy, as well as to evaluate the engagement of those to the health promotion and protection care of the newborn.

Method: Intervention longitudinal study controlled, non-random, held in Agronômica Health Center of Florianópolis Health Secretariat from 2nd of January to 31st of October, 2001. The sample was composed of 172 women (86 of control group and 86 of research group), with the age between 18 and 35 years, from any race or color, schooling degree, marital state and family income, and its respective newborns. The Multiple Correspondence Analysis was applied to evaluate several categories.

Results: The women engagement to health care for newborn happened in 12,96% in the control group and 87,04% in the research one. The appointment showed association with: realization of six or more pre-natal appointment in 95,35%; maternal vaccination against tetanus, 94,19%; medication use with medical subscription of the newborn, 91,86%; BCG newborn vaccination and against hepatitis B, 72,09%; and realization of phenylketonuria screening test on babies in their first 5 days, 70,93%.

Conclusion: The new pre-natal pediatric appointment model applied in women in their third trimester of pregnancy presents engagement increasing of them in the newborn health care. There is association between appointment and health care, except for breastfeeding and the non-use of pacifiers. There is no association between appointment and bio-social-demography characteristics of women involved in research.

1 INTRODUÇÃO

A sistematização do atendimento pré-natal surgiu no início do século XX, quando Ballantyne, em 1901, ministrou o primeiro curso de higiene pré-natal. A incorporação desta tecnologia na prática obstétrica melhorou consideravelmente a qualidade da assistência pré-natal e os resultados pós-natais ¹. Na segunda metade do século XX, a assistência pré-natal exerceu forte interferência no processo de nascimento, aumentando as intervenções entre o binômio mãe-filho e, sobretudo, a relação entre estes ^{2, 3, 4}.

Os progressos tecnológicos ocorridos após a Segunda Guerra Mundial abriram caminho para o desenvolvimento da indústria médico-hospitalar e para investigações sobre mecanismos fisiopatológicos da gestação, feto e neonato, surgindo assim, avanços na terapêutica que determinaram a redução da morbi-mortalidade do recém-nascido³.

A qualidade da assistência e a frequência das consultas pré-natais realizadas estão diretamente relacionadas à taxa de mortalidade neonatal, conforme tem sido salientado por estudos anteriores ^{1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14}.

Entre os avanços tecnológicos incorporados à prática do pré-natal, surgiu em 1963, a consulta pediátrica pré-natal, visando qualificar a assistência perinatal ¹⁵.

Durante muitos anos, o uso desta consulta foi discutido e estimulado, mas somente em abril de 1984 é que este foi recomendado pelo Comitê de Aspectos Psicológicos da Criança e Cuidados de Saúde, da Academia Americana de Pediatria (AAP)^{15,16,17,18}. Em janeiro de 1996 e em junho de 2001, a AAP ratifica o seu uso, reeditando o artigo publicado em 1984 que enfatizava a importância deste procedimento na qualidade assistencial do pré-natal ^{18, 19, 20}.

A consulta pediátrica pré-natal é um procedimento médico isolado ou associado a outros profissionais de saúde (enfermeiros, psicólogos, ginecologistas, assistentes sociais) com a gestante ou “casal grávido”, recomendada pela AAP. Esta consulta tem cinco objetivos, ou seja: estabelecer o relacionamento entre equipe de saúde e pais, garantir orientações básicas, oferecer informações e aconselhamentos, estimular as habilidades parentais e identificar as situações de alto risco ^{18, 19, 21, 22, 23, 24}.

Esta consulta pode ser realizada de várias formas, dependendo da experiência dos pais, da competência e habilidades do pediatra, bem como das políticas de saúde do local onde este procedimento é efetuado ^{18, 19}.

Os tipos de consultas pediátricas pré-natais recomendados pela AAP são: consulta pediátrica pré-natal completa; consulta pediátrica pré-natal breve para dar informações; consulta pediátrica pré-natal para contato básico por chamada telefônica ou visita; consulta de não contato no pré-natal com pediatra; e consulta pediátrica pré-natal de grupo ^{19, 20}.

A consulta pediátrica pré-natal completa é aquela realizada em consultório médico com ambos os genitores em que se desenvolvem os cinco objetivos listados pela AAP, já descritos anteriormente ^{19, 20}.

A consulta pediátrica pré-natal breve para dar informações ocorre com a mãe no consultório médico e sua duração é de 5 a 10 minutos. Nesta consulta, nem sempre é possível desenvolver os cinco objetivos anteriormente listados ^{19, 20}.

A consulta pediátrica pré-natal para contato básico por chamada telefônica ou visita é realizada pelos pais para obter informações sobre o acesso aos serviços médicos ^{19, 20}.

A consulta de não contato médico no pré-natal pode ter seus objetivos desenvolvidos pela enfermagem neonatal ou pelo pediatra na primeira consulta pós-natal ^{19, 20}.

A consulta pediátrica pré-natal de grupo é realizada com pequenos grupos de três ou cinco casais, ou mesmo com grupos maiores, favorecendo as trocas de experiências e informações sobre a saúde do recém-nascido. O pediatra neste caso participa do próprio programa de pré-natal ^{20, 21}.

Em programas de treinamento de residência médica pediátrica nos Estados Unidos da América (USA), a consulta pediátrica pré-natal é pouco citada, apesar de ser reconhecida a sua importância na formação do pediatra ²⁴.

Alguns trabalhos recomendam que o programa médico de família inclua em sua rotina a consulta pediátrica pré-natal ^{17, 22}.

Entre os poucos estudos encontrados sobre o tema, merece destaque o estudo realizado com pediatras, pela Universidade do Arizona, sobre o uso da consulta pediátrica pré-natal, no período de janeiro de 1978 a janeiro de 1979. Nesta pesquisa, foram enviados 235 questionários de múltipla escolha, via correio. Após a segunda correspondência,

retornaram 197 questionários (84% da amostra) aos pesquisadores. Entre os 197 pediatras que responderam o questionário, somente 118 foram selecionados para o estudo, e destes, 86 (73%) realizavam a consulta e 32 (27%) informaram que nunca realizaram o procedimento ²⁵.

Um outro estudo realizado em Pittsburgh, no período de setembro de 1989 a setembro de 1990, observou baixa prevalência da consulta pediátrica pré-natal. Foi remetido um questionário para 249 diretores do Programa de Treinamento de Residência Médica Pediátrica com o objetivo de pesquisar a utilização desta consulta. Após três correspondências, obteve-se retorno de 148 questionários, o que correspondeu a 59% da amostra. Entre os 148 diretores que responderam, apenas 41 afirmaram que tinham residentes realizando o referido procedimento. Os tópicos abordados na consulta, em ordem de frequência, foram a educação e o aconselhamento de saúde, o estabelecimento de vínculo entre pediatra e futuros-pais e a coleta de dados sobre a família ²⁴.

Em Baltimore, no período de fevereiro de 1992 a julho de 1993, Serwint realizou um estudo controlado, aleatório, sobre a consulta pediátrica pré-natal e a utilização de cuidados de saúde para crianças de dois meses de idade abordando o uso do aleitamento materno, acesso aos serviços de emergência e o relacionamento médico/paciente ²⁶. O estudo foi realizado com 156 mulheres, em torno de 32-36 semanas de gestação, sendo 81 mulheres do grupo intervenção e 75 do grupo controle. O estudo evidenciou o uso do aleitamento materno em 11% no grupo intervenção e 9% no grupo controle, a relação médico/paciente favorável ocorreu em 54% no grupo intervenção e 29% no grupo controle, enquanto que a média de acesso aos serviços de emergência foi 0,58 visita para o grupo intervenção e uma visita para o grupo controle ²⁶.

Na literatura pesquisada, não foi encontrado estudo sobre a prevalência desta consulta no Brasil. Os estudos brasileiros encontrados citam a importância desta consulta na assistência pré-natal. Um deles relata a consulta pediátrica pré-natal realizada pelo neonatologista, complementando o acompanhamento efetuado pelo obstetra, e o outro apenas cita esta consulta ^{5,27}.

Em Santa Catarina, esta consulta está implantada em aproximadamente, 10% da Rede Municipal de Saúde de Florianópolis através do Programa Capital Criança ²⁸.

Nos trabalhos pesquisados foi avaliada a consulta pediátrica pré-natal em relação ao vínculo pediatra/pais e cuidados antecipados de saúde, entretanto nenhum destes estudos,

sistematizou o efeito desta na promoção e proteção de saúde do recém-nascido ^{4, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 24, 25, 29, 30, 31, 32, 33, 34}

A consulta pediátrica pré-natal tem se revelado um importante instrumento no atendimento perinatal, embora ainda necessite de sistematização para a sua implantação. Considerando as deficiências existentes nesta área e a necessidade de avaliar o impacto desta consulta na qualificação do pré-natal ²⁹, o presente estudo propõe um modelo de consulta pediátrica pré-natal para a promoção e proteção de saúde do recém-nascido.

2 OBJETIVO

2.1. Objetivo Geral

Descrever, aplicar e verificar o impacto de um novo modelo de consulta pediátrica pré-natal para mulheres no terceiro trimestre de gestação, bem como avaliar a adesão destas aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido.

2.2. Objetivos Específicos

Explorar a associação entre a adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido e as características bio-sociodemográficas das mulheres participantes da pesquisa.

Avaliar a adesão das mulheres aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido, propostos pelo modelo de consulta pediátrica pré-natal.

3 MÉTODO

Esta pesquisa foi um estudo longitudinal de intervenção controlado, não randômico, realizado no Centro de Saúde Agronômica, da Secretaria de Saúde de Florianópolis.

O estudo foi delineado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos (resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Processo nº 082/2000 – Anexo I) ^{35, 36}.

3.1 População de estudo

A população de estudo foi constituída por 240 mulheres ²⁸ e seus respectivos recém-nascidos oriundos do Centro de Saúde Agronômica, da Secretaria de Saúde de Florianópolis, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001.

3.1.1 Caracterização da Amostra

A amostra foi composta por 172 mulheres e seus respectivos recém-nascidos, que acessaram, por livre demanda, o Centro de Saúde Agronômica, da Secretaria de Saúde de Florianópolis. Estas mulheres foram selecionadas segundo critérios de inclusão e exclusão estabelecidos previamente pela pesquisadora.

No presente estudo, as mulheres pertenciam à faixa etária de 18 a 35 anos, de qualquer raça ou cor, escolaridade, religião, estado conjugal e renda familiar.

Estas 172 mulheres foram distribuídas em dois grupos de 86 mulheres, constituindo assim, o grupo controle e o grupo pesquisa.

As 172 mulheres dos grupos controle e pesquisa foram avaliadas entre o 7º e o 9º dia e entre o 28º e o 30º dia de puerpério para a aplicação do protocolo de pesquisa. Nas

mulheres do grupo pesquisa, ocorreu ainda uma intervenção entre a 28ª e a 40ª semana de gestação, para a realização da consulta pediátrica pré-natal.

Critérios de inclusão

- gestantes entre 28 e 40 semanas de gestação;
- mulheres com idade entre 18 e 35 anos;
- mulheres multíparas ou primíparas;
- mulheres em acompanhamento pré-natal com no mínimo, três consultas já realizadas;
- recém-nascido termo, peso maior ou igual a 2500 gramas, Apgar maior do que sete no quinto minuto de vida, de parto cesáreo ou normal ³⁷.

Critérios de exclusão

- mulheres com deficiências visuais, auditivas, motoras e mentais;
- mulheres analfabetas ou falando outros idiomas, que não o português;
- recém-nascidos portadores de más-formações congênitas ou com intercorrências em berçários de situação de risco;
- mulheres com gestação de risco;
- mulheres que tiveram troca de experiências sobre a consulta pediátrica pré-natal com outras mulheres, que haviam realizado a consulta;
- mulheres que acessaram o Centro de Saúde Agrônômica por livre demanda, mas que não pertenciam a sua região de abrangência (geo-unidade de saúde);

3.2 Ambiente

3.2.1 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em consultório médico do Centro de Saúde Agrônômica, pertencente à Rede Municipal de Saúde de Florianópolis.

3.3 Procedimento

O modelo de consulta aplicado foi fundamentado na consulta pediátrica pré-natal breve para dar informações, recomendada pela AAP 1984, 1996 e 2001^{18, 19, 20}.

O modelo proposto (apêndice 1) realizou as seguintes modificações na consulta pré-natal breve para dar informação e tornar sua operacionalização mais efetiva: sistematização do conteúdo programático; adaptação do tempo de 5 a 10 para 45 minutos, com a finalidade de estreitar o vínculo pediatra – futura mãe; associação de técnicas de colóquio e discussão com técnicas de anamnese para facilitar o processo de ensino e aprendizagem na abordagem da gestante; elaboração e distribuição de um folheto educativo sobre o conteúdo programático da consulta (Apêndice 2) para minimizar o viés memória; e divulgação da consulta através de cartaz (Apêndice 3).

Roteiro da proposta da consulta pediátrica pré-natal:

- Apresentação do médico à gestante;
- Explicação sobre a importância e os objetivos da consulta;
- Assinatura do termo de consentimento pós-informado para a realização da pesquisa com a gestante (Apêndice 4);
- Desenvolvimento do conteúdo programático da consulta pediátrica pré-natal;
- Esclarecimento de dúvidas e questionamentos da gestante;
- Finalização da consulta com técnicas de fixação de conteúdo desenvolvidas segundo as estratégias de ensino-aprendizagem (técnicas de recapitulação e repetição do conteúdo exposto)³⁸; e

- Entrega do folheto educativo com as orientações da consulta sobre promoção e proteção de saúde do recém-nascido e recomendação para lê-lo semanalmente. (apêndice 2)

3.3.1 Conteúdo programático da consulta pediátrica pré-natal

- Orientações sobre o pré-natal;
 - realização de seis ou mais consultas pré-natais;
- Incentivo ao aleitamento materno:
 - técnicas de pega
 - cuidados com as mamas;
- Orientações sobre imunizações;
 - vacinação materna contra tétano
 - vacinação BCG e contra hepatite B do recém-nascido;
- Orientações sobre a realização do teste do pezinho até 5 dias de vida do recém-nascido;
- Orientações sobre o não uso da chupeta; e
- Orientações sobre o uso de medicação do recém-nascido com receita médica.

3.3.2 Coleta de dados

A consulta pediátrica pré-natal foi aplicada pela pesquisadora, em consultório médico, individualmente, com a gestante entre 28 e 40 semanas de gestação, conforme modelo de consulta descrito em procedimento. O protocolo de pesquisa (Apêndice 5) foi aplicado nos grupos controle e pesquisa em dois momentos, entre o 7º e o 9º dia e o 28º e o 30º dia de puerpério, pela entrevistadora (enfermeira), treinada pela pesquisadora. O protocolo de pesquisa foi validado por outra entrevistadora (sanitarista) treinada também pela pesquisadora.

3.4 Variáveis

Foram observadas as seguintes variáveis neste estudo:

- Raça ou cor materna segundo a classificação estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ³⁹;
- Idade materna em anos, segundo os critérios de classificação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) ⁴⁰;
- Estado conjugal materno, segundo a classificação estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ³⁹;
- Tempo de união conjugal, segundo a classificação estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ³⁹;
- Escolaridade materna (tipo e classes de anos de estudo), segundo a classificação estabelecida pelo Ministério da Educação e IBGE ^{39, 41};
- Renda familiar, segundo a classificação estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ³⁹;
- Idade gestacional na consulta ³⁷;
- Idade gestacional no parto ³⁷;
- Número de gestações ³⁹;
- Número de partos ³⁹;
- Tipo de parto ⁵;
- Número de filhos ³⁹;
- Participação da mulher em grupo de gestantes;
- Participação do parceiro na consulta pediátrica pré-natal ²⁰;
- Participação do parceiro no grupo de gestantes ³³;
- Exposição prévia às orientações sobre cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido;
- Realização de seis ou mais consultas pré-natais ^{6,12};
- Vacinação materna contra o tétano ⁶;
- Uso de aleitamento materno ⁶;
- “Teste do pezinho” realizado até 5 dias de vida do recém-nascido ^{42, 43};

- Vacinação BCG e contra hepatite B do recém-nascido ^{44, 45};
- Não uso da chupeta; e ⁴⁵
- Uso de medicação do recém-nascido com receita médica ⁴⁵.

3.5 Definição de Termos

No presente estudo, foi utilizada a expressão “casal grávido” para definir o casal em processo de gestação, participante da consulta pediátrica pré-natal.

Cuidados de saúde do recém-nascido foi o termo utilizado para definir as medidas de promoção e proteção de saúde do recém nascido estabelecido pela pesquisadora de acordo com o conteúdo programático da consulta.

Aprendizado materno foi o termo usado para definir os cuidados de saúde realizados pelas mulheres para seus respectivos recém-nascidos, adquirido ou não através da consulta pediátrica pré-natal.

“Sabia e fez” o cuidado de saúde foi utilizado para referir-se ao cuidado que a mulher realizou sabendo de sua importância. Este aprendizado foi ou não, obtido pela consulta pediátrica pré-natal.

“Sabia e não fez” o cuidado de saúde foi utilizado para referir-se ao cuidado que a mulher não realizou, apesar de saber da sua importância. Este aprendizado foi ou não obtido pela consulta pediátrica pré-natal.

“Não sabia e fez” o cuidado de saúde foi usado para referir-se ao cuidado de saúde realizado apesar de a mulher não possuir a informação sobre sua importância.

“Não sabia e não fez” o cuidado foi utilizado para referir-se ao cuidado que a mulher não realizou para seu recém-nascido por não possuir a informação sobre o mesmo.

Quanto a variáveis bio-sócio demográficas, considerou-se como biológica a raça, a idade materna, o tempo de gestação na consulta e no parto, o número de partos e gestações, o número de filhos e o tipo de parto. As variáveis sociais demográficas consideradas neste estudo foram o estado e o tempo de união conjugal, a escolaridade, a renda familiar, a

participação em grupo de gestante, a participação do parceiro e a exposição materna prévia às orientações de cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido.

No que tange à “exposição materna prévia” às orientações de cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido, considerou-se o aprendizado que a mulher revela ter adquirido com os familiares (pais, avós e tios), meios de comunicação (jornal, televisão, livro, rádio e internet), profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e agentes comunitários) e outros (vizinhos, amigos, sogros e outros).

O termo “adesão aos cuidados de saúde” foi utilizado para referir-se às mulheres que realizaram cuidados de saúde dos recém-nascidos, estabelecidos previamente pelo conteúdo programático da consulta pediátrica pré-natal.

3.6. Categorização e valores de referências das variáveis

Teste do pezinho: até o quinto dia de vida do recém-nascido é o tempo ideal para a coleta, conforme o Ministério de Saúde ^{42, 43}.

Vacinação BCG: aplicação da vacina ao nascer, estabelecida pelo calendário vacinal do Ministério de Saúde ^{44, 45}.

Vacinação contra hepatite B: aplicação da vacina ao nascer, estabelecida pelo calendário vacinal do Ministério de Saúde ^{44, 45}.

A orientação efetuada pela consulta pediátrica pré-natal sobre vacinação do recém-nascido (BCG e contra hepatite B) foi a recomendada pelo Ministério da Saúde, porém, devido à falta de salas de vacinação nas maternidades de Florianópolis, é impossível a sua realização ao nascer. Portanto, classificou-se em duas categorias: em até cinco dias e mais de cinco dias para a realização dessas vacinas, pela oportunidade de aplicá-las na mesma ocasião da aplicação do “teste do pezinho”.

Idade gestacional para a realização da consulta pediátrica pré-natal: adotou-se o último trimestre de gestação, priorizando-se o período entre 28 e 40 semanas de gestação ³⁷.

A adesão aos cuidados de saúde do recém-nascido foi categorizada em completa e incompleta. A adesão completa foi considerada quando houve a realização de sete cuidados e, incompleta, quando inferior a sete cuidados.

Considerou-se cuidados de promoção: uso do aleitamento materno, realização de seis ou mais consultas pré-natais, não uso da chupeta e uso de medicação do recém-nascido com receita médica; e cuidados de proteção: vacinação materna contra o tétano e vacinação do recém-nascido (BCG e contra hepatite B)

Crerios para avaliaão do aprendizado materno em relaão à adesão aos cuidados de promoão e proteão de saude do recém nascido:

“Sabia e fez o cuidado de saude do recém-nascido”, considerou-se aquela mulher que utilizou a razao funcional e substantiva no processo de adesao, ou seja, baseou-se em normas e crenças ⁴⁶.

“Sabia e não fez o cuidado de saude do recém-nascido”, considerou-se aquela mulher que manifestou a razao substantiva no processo de adesao, isto é, baseou-se somente em suas crenças e valores ⁴⁶.

“Não sabia mas fez o cuidado de saude do recém-nascido”, considerou-se aquela mulher que manifestou a razao funcional no processo de adesao, ou seja, fez o que estava normatizado ⁴⁶.

“Não sabia e não fez o cuidado de saude do recém-nascido”, considerou-se aquela mulher que não manifestou a razao substantiva ou a funcional no processo de adesao, ou seja, expressou indiferença ou desmotivaão em relaão ao aprendizado ⁴⁶.

Segundo os crerios citados, considerou-se a mulher competente em relaão aos cuidados de promoão e proteão de saude do recém-nascido aquela que utilizou tanto a razao funcional quanto a substantiva no processo de adesao ⁴⁶.

3.7. Análise Estatística

O tamanho mínimo da amostra utilizada na pesquisa foi definido pelo programa *Epi-info 6.04* (www.datasusms.gov.br).

As observações do presente estudo foram estruturadas em uma base de dados utilizando-se o programa Excel 7.0[®] (Microsoft[®]) e, para a análise estatística, foi empregado o programa Statistica 5.0[®] (Statsoft[®]).

Foram utilizados os seguintes procedimentos estatísticos: as medidas descritivas (média, mediana, desvio padrão – Dp, valor máximo e valor mínimo)^{47, 48, 49, 50, 51}, as tabelas de frequências e a Análise de Correspondência Múltipla (ACM) para investigar a associação entre as variáveis categóricas^{52, 53, 54}.

Foi adotado o nível de significância α de menor ou igual a 0,05 para avaliar a associação entre expostos e não expostos. Utilizou-se ainda o intervalo de confiança de 95% para analisar a adesão completa das mulheres aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido^{48, 55}.

Utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman e nível de significância α de menor ou igual a 0,05 para analisar a relação entre adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido e o tempo de gestação na consulta pediátrica pré-natal^{47, 56, 57, 58}.

4 RESULTADOS

Foram coletados 172 protocolos de pesquisa com mulheres em puerpério e seus respectivos recém-nascidos no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, no Centro de Saúde Agrônômica. Nesta pesquisa houve uma perda de seguimento de duas mulheres do grupo controle (1,16%) e uma mulher do grupo pesquisa (0,58%).

TABELA 1 – Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agrônômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo cor ou raça

Cor ou Raça	Grupo controle		Grupo pesquisa	
	n	%	n	%
Branca	67	77,91	59	68,60*
Preta	19	22,09	27	31,40*
Total	86	100,00	86	100,00

FONTE: Centro de Saúde Agrônômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

* Não ocorreu associação entre cor ou raça e adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido pela Análise de Correspondência Múltipla (ACM).

TABELA 2 – Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agrônômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo a idade materna

Idade Materna	Grupo controle		Grupo pesquisa	
	n	%	n	%
18 a < 20 anos	13	15,15	20	23,26*
≥ 20 a <29 anos	53	61,60	55	63,95*
≥ 29 a 35 anos	20	23,25	11	12,79*
Total	86	100,00	86	100,00

FONTE: Centro de Saúde Agrônômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

* Não ocorreu associação entre idade materna e adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém nascido pela ACM.

Idade materna/anos	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Grupo Controle	05,45	4,58	25,5	18	35
Grupo Pesquisa	24,40	4,25	24,0	19	35
172 mulheres	24,92	4,44	24,0	18	35

TABELA 3 – Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agrônômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo o estado conjugal

Estado Conjugal	Grupo controle		Grupo pesquisa	
	n	%	n	%
Solteira	7	8,14	9	10,46*
Casada	55	63,95	49	56,98*
União consensual	24	27,91	28	32,56*
Total	86	100,00	86	100,00

FONTE: Centro de Saúde Agrônômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

* Não ocorreu associação entre estado conjugal e adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido pela ACM.

TABELA 4 – Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agronômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo o tempo de união conjugal

Tempo de união conjugal em anos	Grupo controle		Grupo pesquisa	
	n	%	n	%
Sem união conjugal	7	8,14	9	10,46*
Até um	15	17,44	16	18,61*
De um a cinco	40	46,51	41	47,67*
Mais de cinco	24	27,91	20	23,26*
Total	86	100,00	86	100,00

FONTE: Centro de Saúde Agronômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

* Não ocorreu associação entre tempo de união conjugal e adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido pela ACM.

Tempo de união conjugal em anos	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Grupo Controle	4,08	1,75	3	3	6
Grupo Pesquisa	4,03	1,79	3	3	6
172 mulheres	4,06	1,77	3	3	6

TABELA 5 – Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agronômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo o grau de escolaridade

Grau de escolaridade	Ensino fundamental		Ensino médio		Ensino superior		Total	
	Completo	Incompleto	Completo	Incompleto	Completo	Incompleto	n	%
Grupo controle	14	48,85	16	3	2	9	86	100,00
Grupo pesquisa	17	58,13	10	7	0	2	86	100,00

FONTE: Centro de Saúde Agronômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

TABELA 6 – Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agronômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo as classes de anos de estudo

Classes de anos de estudo	Grupo controle		Grupo pesquisa	
	n	%	n	%
< onze anos	47	54,65	57	66,28*
≥ onze anos	39	45,35	29	33,72*
Total	86	100,00	86	100,00

FONTE: Centro de Saúde Agronômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

* Não houve associação entre classes de anos de estudo e adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido pela ACM.

Classes de anos de estudo	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Grupo Controle	8,63	3,10	8	3	16
Grupo Pesquisa	7,21	2,41	7	1	15
172 mulheres	7,92	2,86	7	1	16

TABELA 7 – Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agrônômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo a renda familiar

Renda familiar em salários mínimos	Grupo controle		Grupo pesquisa	
	n	%	n	%
Até um	17	19,77	22	25,58*
Dois	26	30,26	34	39,53*
Três	18	20,92	18	20,94*
Quatro ou mais	25	29,05	12	13,95*
Total	86	100,00	86	100,00

FONTE: Centro de Saúde Agrônômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

* Não demonstrou associação entre renda familiar e adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido pela ACM.

Renda Familiar	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Grupo Controle	2,87	1,75	2,5	2	4
Grupo Pesquisa	2,29	1,12	2	2	1
172 mulheres	2,58	1,39	2	3	2

TABELA 8 – Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agronômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo o tipo de parto realizado

Tipo de parto	Grupo controle		Grupo pesquisa	
	n	%	n	%
Parto vaginal	56	65,12	62	72,09*
Parto cesáreo	30	34,88	24	27,91*
Total	86	100,00	86	100,00

FONTE: Centro de Saúde Agronômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

* Não houve associação entre o tipo de parto e a adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido pela ACM.

TABELA 9 – Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agronômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo a paridade

Paridade	Grupo controle		Grupo pesquisa	
	n	%	n	%
Primiparidade	29	33,72	32	37,21*
Multiparidade	57	66,28	54	62,79*
Total	86	100,00	86	100,00

FONTE: Centro de Saúde Agronômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

* Não houve associação entre paridade e adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido pela ACM.

TABELA 10 – Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agronômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo o número de filhos

Número de filhos	Grupo controle		Grupo pesquisa	
	n	%	n	%
Um	35	40,70	37	43,02*
Dois	22	25,58	21	24,43*
Três	19	22,09	12	13,95*
Quatro ou mais	10	11,63	16	18,60*
Total	86	100,00	86	100,00

FONTE: Centro de Saúde Agronômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

* Não houve associação entre número de filhos e adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido pela ACM.

Número de filhos	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Grupo Controle	2,09	1,16	2	1	3
Grupo Pesquisa	2,29	1,78	2	1	3
172 mulheres	2,19	1,50	2	1	3

TABELA 11 – Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agronômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo o número de gestações

Número de gestações	Grupo controle		Grupo pesquisa	
	n	%	n	%
Uma gestação	35	40,70	37	43,02*
Dois gestações	22	25,58	21	24,42*
Três gestações	19	22,09	12	13,96*
Quatro gestações ou mais	10	11,63	16	18,60*
Total	86	100,00	86	100,00

FONTE: Centro de Saúde Agronômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

* Não ocorreu associação entre número de gestações e adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido pela ACM.

TABELA 12 – Distribuição das mulheres do grupo pesquisa do Centro de Saúde Agronômica no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo o tempo de gestação na consulta pediátrica pré-natal

Tempo de gestação quando a mulher realizou a consulta pediátrica pré-natal	Grupo pesquisa	
	n	%
28 semanas de gestação	30	34,48*
29 semanas de gestação	4	4,60*
30 semanas de gestação	6	6,90*
31 semanas de gestação	3	3,45*
32 semanas de gestação	22	25,29*
33 semanas de gestação	2	2,30*
34 semanas de gestação	3	3,45*
35 semanas de gestação	2	2,30*
36 semanas de gestação	7	8,05*
37 semanas de gestação	2	2,30*
38 semanas de gestação	3	3,45*
39 semanas de gestação	1	1,15*
40 semanas de gestação	2	2,30*
Total	86	100,00

FONTE: Centro de Saúde Agronômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

* Não ocorreu associação entre idade gestacional na consulta pediátrica e adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido pela ACM.

Idade gestacional na consulta pediátrica pré-natal.

Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
31,33	3,39	28	28	40

Coefficiente de correlação de Spearman – R_s : 0,158673
p: 0,14451

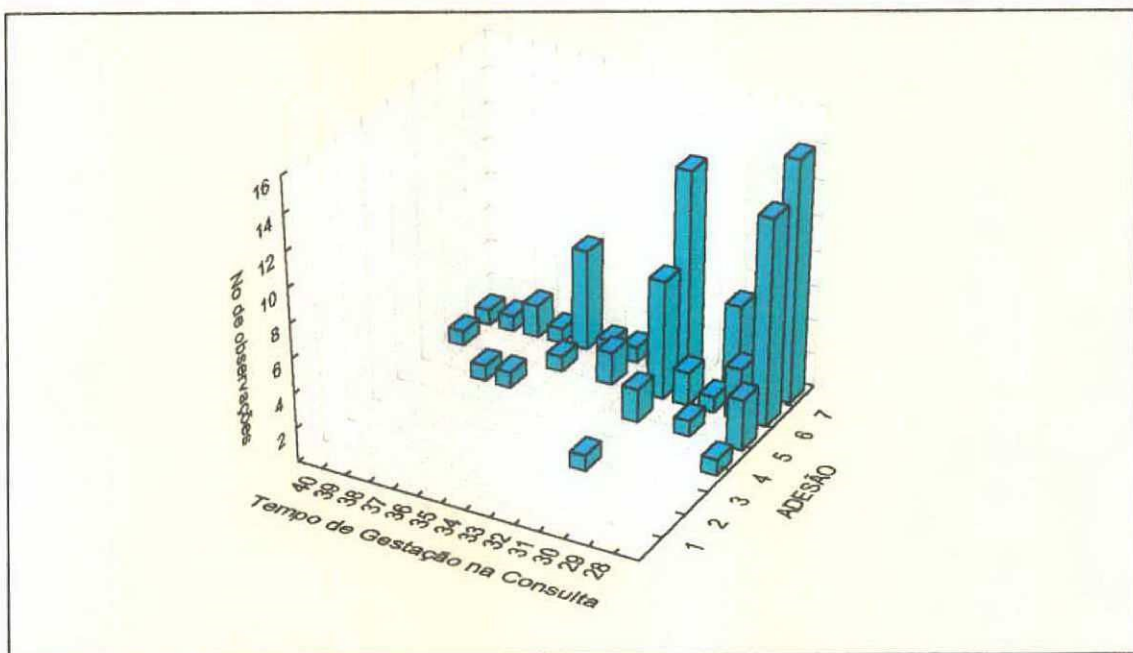


Figura 1 – Tempo de gestação na consulta e adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido.

LEGENDA:

- 1 - realização de um cuidado
- 2 - realização de dois cuidados
- 3 - realização de três cuidados
- 4 - realização de quatro cuidados
- 5 - realização de cinco cuidados
- 6 - realização de seis cuidados
- 7 - realização de sete cuidados

TABELA 13 – Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agrônômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo a idade gestacional no parto

Idade gestacional no parto	Grupo controle		Grupo pesquisa	
	n	%	n	%
37 semanas de gestação	0	0,00	2	2,33*
38 semanas de gestação	24	27,91	21	24,42*
39 semanas de gestação	20	23,26	17	19,77*
40 semanas de gestação	24	27,91	30	34,88*
41 semanas de gestação	18	20,92	16	18,60*
Total	86	100,00	86	100,00

FONTE: Centro de Saúde Agrônômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

* Não ocorreu associação entre a idade de gestacional no parto e adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido pela ACM.

TABELA 14 – Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agrônômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo a participação do parceiro em grupo de gestante

Participação do parceiro em grupo de gestantes	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Grupo controle	25	29,07	61	70,93	86	100,00*
Grupo pesquisa	18	20,07	68	79,93	86	100,00*

FONTE: Centro de Saúde Agrônômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

* Não ocorreu associação entre a participação do parceiro em grupo de gestantes e adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido pela ACM.

Participação do parceiro na consulta pediátrica pré-natal foi de 5,81%.

TABELA 15 – Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agronômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo a exposição prévia às orientações sobre os cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido

Exposição prévia da mulher a orientações sobre cuidados de promoção e proteção em saúde do recém-nascido ^{vv}	Grupo controle				Grupo pesquisa				Total	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	n	%
Familiares ^{vv}	n 61	% 73,26	n 23	% 26,74	n 57	% 66,28	n 29	% 33,72	n 172	% 100,00*
Meios de comunicação ^{***}	n 11	% 12,89	n 75	% 87,21	n 9	% 10,47	n 77	% 89,53	n 172	% 100,00*
Profissionais de saúde ^{****}	n 58	% 67,74	n 28	% 32,26	n 62	% 72,09	n 24	% 27,91	n 172	% 100,00*
Grupo de gestante ^{*****}	n 42	% 48,84	n 44	% 51,16	n 49	% 56,98	n 37	% 43,02	n 172	% 100,00*
Outros ^{*****}	n 33	% 38,37	n 53	% 61,63	n 33	% 38,37	n 53	% 61,63	n 172	% 100,00*

FONTE: Centro de Saúde Agronômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

* Não ocorreu associação entre a exposição prévia às orientações sobre os cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido e adesão a estes cuidados, pela ACM.

** Familiares: pais, avós e irmãos; *** Meios de comunicação: TV, rádio, jornal e livros; **** Profissionais da saúde: médico, enfermeiro e agentes comunitários; ***** Outros: amigos, vizinhos e sogros.

TABELA 16 – Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agrônômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo adesão completa* aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido

	n	%	p**	IC 95%***
Adesão completa				
Grupo controle	7	12,96****	≤ 0,014	(5,84-20,06)
Grupo pesquisa	47	87,04****		(79,94 – 94,14)
Total	54	100,00		

FONTE: Centro de Saúde Agrônômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

* adesão completa – mulheres que realizaram os sete cuidados de promoção e proteção em saúde do recém-nascido

** $p \leq 0,05$

*** intervalo de confiança – 95%

**** Ocorreu associação pela ACM.

No grupo pesquisa observou-se um percentual de adesão de 87,04%, com um nível de confiança de 95%, inferiu-se que os limites percentuais de adesão foram: limite inferior 79,94% e superior 94,14% e no grupo controle observou-se um percentual de 12,96%, nível de confiança de 95%, inferiu-se que os limites percentuais de adesão foram: limite inferior 5,86% e superior 20,06%.

Ocorreu pela ACM, associação de 70% do grupo pesquisa em relação ao controle, e o nível de significância α de $\leq 0,05$ foi $\leq 0,014$.

TABELA 17 – Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agronômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo o número de cuidados realizados em promoção e proteção de saúde do recém-nascido

Número de cuidados realizados em promoção e proteção de saúde do recém-nascido	Grupo controle		Grupo pesquisa	
	n	%	n	%
Um	3	3,48	0	0,00
Dois	5	5,82	0	0,00
Três	14	16,28	1	1,16
Quatro	19	22,09	1	1,16
Cinco	24	27,91	8	9,30
Seis	14	16,28	29	33,72
Sete	7	8,14	47	54,66
Total	86	100,00	86	100,00

FONTE: Centro de Saúde Agronômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

TABELA 18 – Distribuição das 172 mulheres (grupo controle e pesquisa) do Centro de Saúde Agrônômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo adesão a cada cuidado de promoção e proteção de saúde do recém-nascido

Adesão das 172 mulheres aos cuidados isolados de promoção e proteção em saúde do recém-nascido	Adesão		Não adesão		Total	
	n	%	n	%	n	%
Uso de aleitamento materno	169	98,26	3	1,74	172	100,00
Vacinação do recém-nascido (BCG e contra hepatite B)	143	83,14	29	46,96	172	100,00
Teste do pezinho até 5 dias	142	82,56	30	17,44	172	100,00
Vacinação materna contra o tétano	139	80,81	33	19,19	172	100,00
Uso de medicação do recém-nascido, com receita médica	127	73,84	45	26,14	172	100,00
Não uso de chupeta	109	63,37	59	36,63	172	100,00
Realização de seis ou mais consultas pré-natais	105	61,05	67	38,95	172	100,00

FONTE: Centro de Saúde Agrônômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

TABELA 19 – Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agronômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo a adesão aos cinco cuidados de promoção* e dois cuidados de proteção** de saúde do recém-nascido

Adesão aos cuidados de promoção e aos cuidados de proteção em saúde do recém-nascido	Grupo controle				Grupo pesquisa				Total			
	Sim		Não		Sim		Não		n	%		
	n	%	n	%	n	%	n	%				
Cuidados de promoção	7	8,14	79	91,86	86	100,00	49	56,98	37	43,02	86	100,00
Cuidados de proteção	40	46,51	46	53,49	86	100,00	81	94,19	5	5,81	86	100,00

FONTE: Centro de Saúde Agronômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

* Promoção (realização de seis ou mais consultas pré-natais, uso de aleitamento materno, “teste do pezinho” até 5 dias, não uso da chupeta e uso de medicação do recém-nascido com receita médica)

** Proteção (vacinação materno contra tétano e vacinação do recém-nascido para BCG e contra hepatite B)

TABELA 20 – Distribuição das mulheres do grupo controle e pesquisa do Centro de Saúde Agronômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo a adesão ao uso do aleitamento materno

Adesão ao uso do aleitamento materno	Adesão		Não adesão		Total	
	n	%	n	%	n	%
Grupo controle	83	96,51	3	3,49	86	100,00*
Grupo pesquisa	86	100,00	0	0,00	86	100,00*

FONTE: Centro de Saúde Agronômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

* Não houve associação entre uso de aleitamento materno e a consulta pediátrica pré-natal, pela ACM.

TABELA 21 – Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agronômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo o número de dias de realização do teste do pezinho, em seus recém-nascidos

Teste do pezinho e número de dias de sua realização	Grupo controle		Grupo pesquisa	
	n	%	n	%
Não fez	0	0,00	1	1,16*
Fez até 5 dias	22	26,58	61	70,93*
Fez com mais de 5 dias	64	74,42	24	27,91*
Total	86	100,00	86	100,00

FONTE: Centro de Saúde Agronômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

* Houve associação pela ACM, entre a consulta pediátrica pré-natal e a realização do “teste do pezinho”, até cinco dias de vida do recém-nascido.

TABELA 22 – Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agronômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo o número de dias que realizaram a vacinação BCG e contra Hepatite B em seus recém-nascidos

Número de dias da realização da vacinação BCG e contra Hepatite B e o nº de dias de sua realização	Grupo controle		Grupo pesquisa	
	n	%	n	%
Não realizou	0	0,00	1	1,16*
Até 5 dias	22	25,58	62	72,09*
Com mais de 5 dias	64	74,42	23	26,74*
Total	86	100,00	86	100,00

FONTE: Centro de Saúde Agronômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

* Houve associação pela ACM, entre a consulta pediátrica pré-natal e a realização da vacinação BCG e hepatite, até cinco dias de vida do recém-nascido.

TABELA 23 – Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agronômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo a adesão à vacinação materna contra o tétano

Adesão à vacinação materna contra o tétano	Adesão		Não adesão		Total	
	n	%	n	%	n	%
Grupo controle	28	32,56	58	67,44	86	100,00*
Grupo pesquisa	81	94,19	5	5,81	86	100,00*

FONTE: Centro de Saúde Agronômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

* Houve associação pela ACM, entre a consulta pediátrica pré-natal e a realização da vacinação materna contra o tétano.

TABELA 24 – Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agronômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo o uso de medicamento com receita médica do recém-nascido

Adesão ao uso de medicação com receita médica do recém-nascido	Adesão		Não adesão		Total	
	n	%	n	%	n	%
Grupo controle	48	55,81	38	44,19	86	100,00*
Grupo pesquisa	79	91,86	7	8,14	86	100,00*

FONTE: Centro de Saúde Agronômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

* Houve associação pela ACM, entre a consulta pediátrica pré-natal e a realização de medicação com receita médica do recém-nascido.

TABELA 25 – Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agronômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo adesão à realização de seis ou mais consultas pré-natais

Adesão à realização de seis ou mais consultas pré-natais	Adesão		Não adesão		Total	
	n	%	n	%	n	%
Grupo controle	23	26,74	63	73,26	86	100,00*
Grupo pesquisa	82	95,35	4	4,65	86	100,00*

FONTE: Centro de Saúde Agronômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

* Ocorreu associação pela ACM, entre a consulta pediátrica pré-natal e a realização de seis ou mais consultas pré-natais.

TABELA 26 – Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agrônômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo adesão ao não uso da chupeta

Adesão ao não uso da chupeta	Adesão		Não adesão		Total	
	n	%	n	%	n	%
Grupo controle	30	34,88	56	65,12	86	100,00*
Grupo pesquisa	33	38,37	53	61,63	86	100,00*

FONTE: Centro de Saúde Agrônômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

* Não ocorreu associação pela ACM, entre a consulta pediátrica pré-natal e a não uso da chupeta.

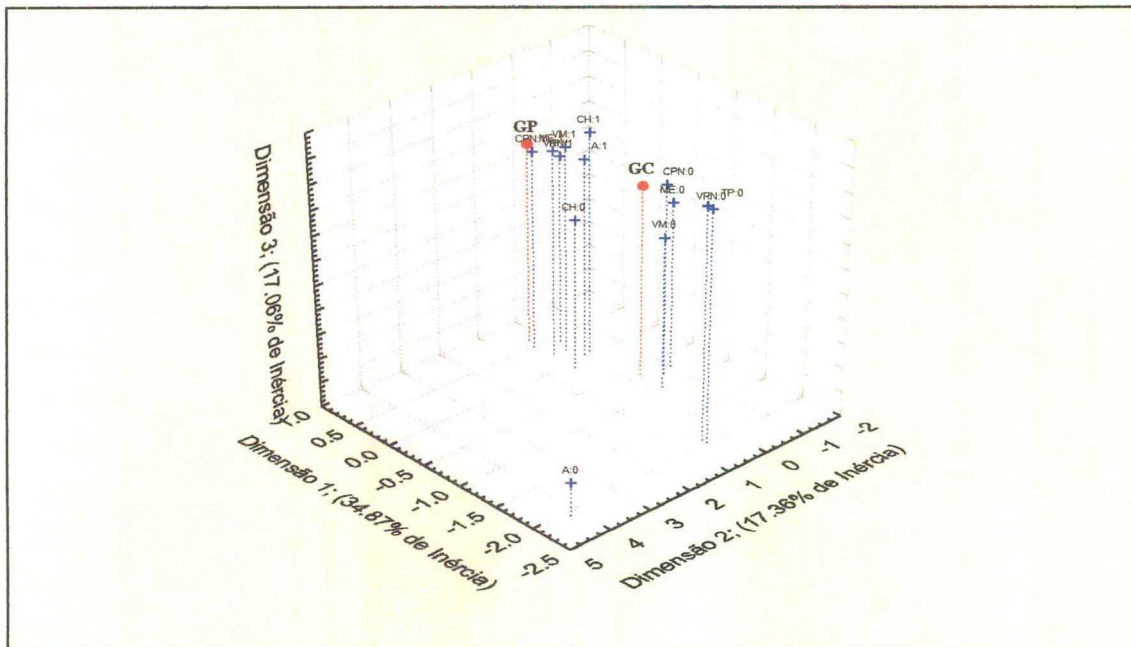


Figura 2 – Análise de Correspondência Múltipla dos grupos controle e pesquisa, segundo adesão aos cuidados de saúde do recém-nascido

LEGENDA:

G:C	Grupo controle
G:P	Grupo pesquisa
A:0	Não uso de aleitamento materno
A:1	Uso de aleitamento materno
CH:0	Uso de chupeta
CH:1	Não uso de chupeta
ME:0	Não uso de medicamento com receita médica
ME:1	Uso de medicamento com receita médica
CPN:0	Não realização de seis ou mais consultas pediátricas pré-natais
CPN:1	Realização de seis ou mais consultas pediátricas pré-natais
VRN:0	Não realização da vacinação BCG e contra hepatite B do recém-nascido até 5 dias de vida
VRN:1	Realização da vacinação BCG e contra hepatite B do recém-nascido até 5 dias de vida
VM:0	Não realização de vacinação materna contra o tétano
VM:1	Realização de vacinação materna contra o tétano
TP:0	Não realização do “teste do pezinho” em até 5 dias de vida
TP:1	Realização do “teste do pezinho” em até 5 dias de vida

TABELA 27 – Distribuição das mulheres do grupo controle do Centro de Saúde Agronômica no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo o aprendizado materno e a adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido

Aprendizado materno e realização de cuidados de promoção e proteção do recém nascido	Sabia e fez [*]		Sabia e não fez ^{**}		Não sabia e fez ^{***}		Não sabia e não fez ^{****}		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Uso de aleitamento materno	83	96,51	3	3,49	0	0,00	0	0,00	86	100,00
Vacinação do recém-nascido (BCG e contra hepatite B)	58	67,44	0	0,00	28	32,56	0	0,00	86	100,00
Teste do pezinho até 5 dias	58	67,44	8	9,30	1	1,16	15	22,10	86	100,00
Vacinação materna contra o tétano	48	55,82	13	15,12	4	4,65	21	24,41	86	100,00
Uso de medicação do recém-nascido, com receita médica	56	65,12	28	32,56	-	-	2	2,32	86	100,00
Não uso da chupeta	23	26,74	3	3,49	50	58,14	10	11,63	86	100,00
Realização de seis ou mais consultas pré-natais										

FONTE: Centro de Saúde Agronômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

^{*} Sabia e fez: foi o cuidado que a mulher realizou sabendo da sua importância; ^{**} Sabia e não fez: foi o cuidado que a mulher não realizou mesmo sabendo da sua importância; ^{***} Não sabia e fez: foi o cuidado que a mulher realizou sem saber da sua importância; ^{****} Não sabia e não fez: foi o cuidado que a mulher não realizou porque não tinha informação sobre sua importância

TABELA 28 – Distribuição das mulheres do grupo pesquisa do Centro de Saúde Agronômica no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo o aprendizado materno e adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido

Aprendizado materno e realização de cuidados de promoção e proteção do recém nascido	Sabia e fez**		Sabia e não fez***		Não sabia e fez****		Não sabia e não fez*****		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Uso de aleitamento materno	86	100,00	0	0,00	0	0	0	0,00	86	100,00*
Vacinação do recém-nascido (BCG e contra hepatite B)	85	98,84	1	1,16	0	0	0	0,00	86	100,00*
Teste do pezinho até 5 dias	84	97,67	2	2,33	0	0	0	0,00	86	100,00*
Vacinação materna contra o tétano	81	94,19	5	5,81	0	0	1	1,16	86	100,00*
Uso de medicação do recém-nascido, Ocom receita médica	79	91,86	7	8,14	0	0	0	0,00	86	100,00*
Não uso da chupeta	53	61,63	32	37,21	0	0	1	1,16	86	100,00*
Realização de seis ou mais consultas pré-natais	82	95,35	4	4,65	0	0	0	0,00	86	100,00*

FONTE: Centro de Saúde Agronômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

* Houve associação pela ACM, entre a consulta pediátrica pré-natal e aprendizado materno.

** Sabia e fez: foi o cuidado que a mulher realizou sabendo da sua importância; *** Sabia e não fez: foi o cuidado que a mulher não realizou mesmo sabendo da sua importância; **** Não sabia e fez: foi o cuidado que a mulher realizou sem saber da sua importância; ***** Não sabia e não fez: foi o cuidado que a mulher não realizou porque não tinha informação sobre sua importância

5 DISCUSSÃO

Esta pesquisa propôs um modelo de consulta pediátrica pré-natal para promoção e proteção de saúde do recém-nascido, fundamentada na consulta pré-natal breve para dar informações, recomendada pela AAP^{18, 19, 20}.

A escolha da consulta pré-natal breve para dar informações, como eixo norteador da proposta, apoiou-se em critérios bio-sociodemográficos e culturais, nas políticas de saúde de Florianópolis e nas dificuldades técnicas e filosóficas da pesquisadora em aplicar e adaptar as outras modalidades de consulta recomendadas pela AAP^{20, 28}.

A recomendação da AAP, publicada em junho de 2001, estabelece cinco modelos de consultas pré-natais visando à saúde do recém-nascido²⁰.

A consulta pré-natal completa é uma modalidade empregada para aprofundar discussões sobre a competência parental, além de desenvolver os cinco objetivos recomendados pela AAP, ou seja, estabelecer o vínculo pais/equipe de saúde, garantir orientações básicas, fornecer informações e aconselhamentos básicos, estimular a competência parental e identificar situações de alto risco durante a gestação. Esta consulta exige a presença de ambos os genitores, o que dificultaria a aplicação e adaptação deste modelo, tendo em vista as questões trabalhistas vigentes que impediriam a presença do parceiro no processo de acompanhamento do pré-natal^{20, 33}.

A participação do pai durante a infância do seu filho está relacionada à sua presença no pré-natal^{33,59,60}. Os estudos realizados^{33,59,60,61} reconheceram a necessidade de intervenções severas para aumentar a presença paterna no acompanhamento gestacional.

Em Florianópolis não há estudos sobre a prevalência da participação do pai no pré-natal. Esta pesquisa evidenciou a presença do parceiro na consulta em apenas 5,81% da amostra (172 mulheres).

A consulta pré-natal em grupo é o meio adequado para a troca de experiências entre “casais grávidos” e equipe de saúde, mas também exige a participação do pai, bem como

experiência prévia da pesquisadora em dinâmica de grupo, o que inviabilizou a aplicação dessa consulta.

As modalidades de consulta pré-natal por chamada telefônica ou visita ou, ainda, de não contato no pré-natal são destinadas aos pais que têm dificuldades de acessar o pediatra, médico ou serviços médicos do atendimento perinatal e neonatal. Porém, estas modalidades teriam pouco impacto em nossa realidade de saúde, tendo em vista, segundo o Programa Capital Criança, as gestantes possuírem o agendamento de pré-natal assegurado por legislação compulsória e os recém-nascidos e puérperas serem agendados por normativas nas maternidades para as consultas neonatal precoce e puerperal, respectivamente^{20, 28}.

Além disso, as modalidades discutidas não despertaram o interesse científico e filosófico da pesquisadora por objetivarem apenas o acesso dos pais aos serviços de saúde, distanciando-se, portanto, dos cinco objetivos de consulta pré-natal recomendados pela AAP²⁰.

Portanto, justificou-se a escolha da consulta pré-natal breve para dar informações, como norteadora do modelo proposto por esta atender às necessidades de saúde e ao contexto socioeconômico e cultural de Florianópolis e, sobretudo, à área de abrangência do Centro de Saúde Agrônômica. Esta consulta pode ser realizada tanto com a gestante, quanto com o “casal grávido” e é destinada para pais que leram pouco sobre cuidados com o recém-nascido e função parental. Por conseguinte, esta modalidade atendeu o perfil sociodemográfico das mulheres participantes da pesquisa^{20, 28}.

A pesquisadora propôs a sistematização do conteúdo programático, a adaptação do horário e as técnicas de ensino e aprendizagem para facilitar a operacionalização dessa consulta.

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Saúde Agrônômica, da Rede Municipal de Florianópolis, e sua escolha fundamentou-se em critérios administrativos, assistenciais e socioculturais. Este Centro de Saúde, segundo o Programa Capital Criança²⁸, é referência para o atendimento da saúde da criança de zero a seis anos, gestante e puérpera. A autora deste estudo é lotada nessa unidade como pediatra, o que facilitou o acesso às rotinas administrativas, o conhecimento dos diagnósticos de saúde e sociocultural da comunidade envolvida na pesquisa. Provavelmente, estes foram fatores facilitadores na interação com as gestantes e, conseqüentemente, no processo de ensino e aprendizagem.

A amostra utilizada na pesquisa foi definida pelo (Programa *Epi-info 6.04*), estabeleceu como amostragem mínima, 65 mulheres para o grupo controle, 65 mulheres para o grupo pesquisa e, como amostra máxima, 90 mulheres para cada grupo. A amostra coletada, portanto, obedeceu ao estabelecido pelo desenho do estudo.

Nesta pesquisa, houve perda de seguimento de duas mulheres do grupo controle (1,16%) e uma do grupo pesquisa (0,58%) devido à troca de domicílio do local para fora da área de abrangência do Centro de Saúde Agronômica.

A literatura consultada refere, como perda amostral aceitável, índices em torno de 5%. Admite também a dificuldade em se obter 100% da amostra prevista⁵⁰. O presente trabalho constatou 1,74% de perda amostral, portanto, esteve dentro dos limites aceitáveis.

Decidiu-se pela proporção de associação entre os grupos na razão de 1:1 em função do curto período de realização da pesquisa e da limitada demanda de gestantes na área de abrangência do Centro de Saúde Agronômica.

Os critérios de seleção (inclusão e exclusão) foram definidos com o objetivo de tornar a amostra homogênea, assim como minimizar os possíveis fatores de confusão. Excluíram-se da pesquisa mulheres portadoras de deficiências físicas (déficits motores, auditivos, visuais e lingüísticos) e mentais, analfabetas, mulheres falando outros idiomas e gestantes em situação de risco, por serem considerados fatores que poderiam gerar ansiedade materna e, deste modo, interferir no processo de ensino e aprendizagem^{26, 30, 38, 62}.

Foram consideradas gestantes em situação de risco aquelas que tinham diagnóstico confirmado pelo obstetra.

Os recém-nascidos com más-formações, baixo peso ao nascer, prematuros e com Apgar maior do que 7 foram excluídos porque estas condições poderiam causar ansiedade ou depressão materna²⁶, o que também poderia acarretar dificuldades na concentração das puérperas, ao responderem as perguntas do protocolo de pesquisa, conduzindo, assim, a vieses de seleção^{26, 30, 33, 63, 64}.

As mulheres com idade inferior a 18 anos foram excluídas tanto por razões jurídicas (necessidade de um responsável legal para a assinatura do termo de consentimento pós-informado) quanto pelo aumento do risco obstétrico. As mulheres acima de 35 anos foram

excluídas somente pelo risco obstétrico, o qual poderia causar ansiedade, ou desinteresse materno durante a aplicação da consulta pediátrica pré-natal ^{26, 61, 65, 66, 67, 68, 69}.

A intervenção foi realizada no último trimestre de gestação ^{33, 37}. Foram excluídas as semanas extremas (26-27 e 41-42 semanas) para minimizar os vieses de seleção e de classificação relacionados à memória. O estudo piloto foi realizado com dez mulheres, tanto na aplicação da consulta quanto do protocolo, durante o mês de dezembro de 2000, para ajustes metodológicos (no procedimento, treinamento da pesquisadora e entrevistadora) e operacionais.

Obteve-se, no estudo piloto, 10% de adesão aos cuidados de saúde do recém nascido no grupo controle e 40% no grupo pesquisa.

A pesquisa foi validada por outra entrevistadora, sanitarista, e pela própria pesquisadora. A validação ocorreu em 20% da amostra e apresentou uma acurácia de 99,9%.

O modelo de consulta proposto visou sistematizar o conteúdo programático, a duração da consulta e estabelecer estratégias de ensino e aprendizagem para a abordagem da gestante na busca de promoção e proteção de saúde do recém-nascido (Apêndice 1) ^{38, 70}.

A duração da consulta foi adaptada de 5 a 10 para 45 minutos com a finalidade de estreitar o vínculo gestante/médico e, portanto, propiciar o desenvolvimento dos cinco objetivos preconizados pela AAP, já discutidos anteriormente ²⁰.

O conteúdo programático exposto foi baseado em estudos referentes a ações básicas de saúde sobre pré-natal que reduzem a morbi-mortalidade neonatal ^{25, 71, 72, 73}.

A realização de seis ou mais consultas pré-natais foi aconselhada considerando-se a importância deste cuidado na assistência perinatal ^{6, 12, 70, 74, 75}.

A vacinação materna contra o tétano foi incluída no conteúdo programático levando em conta sua importância como medida de prevenção do tétano neonatal ^{6, 76}.

O uso do aleitamento materno foi escolhido por razões já amplamente discutidas pelas literaturas mundial e brasileira, ou seja, o fortalecimento do vínculo mãe/recém-nascido, aporte nutricional adequado, proteção imunológica, prevenção de problemas odontológicos e impacto econômico ^{6, 73, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86}.

A escolha da vacinação BCG e contra hepatite B do recém-nascido foi indicada pelo fato de esta medida de proteção ter grande impacto na redução de morbi-mortalidade neonatal⁷⁶.

A realização do “teste do pezinho” até cinco dias foi recomendada como medida de prevenção de hipotireoidismo e fenilcetonúria^{42, 43}.

O não uso da chupeta foi incluído no conteúdo programático, levando em conta os danos causados para a saúde oral, o risco de otite média e por influenciar no processo de desmame^{77, 87, 88, 89}.

O uso de medicação do recém-nascido com receita médica foi incluído na proposta pela sua importância na prevenção da prática do uso indiscriminado de medicamentos sem indicação médica, o que acarreta sérios danos para a saúde pública principalmente na área neonatal⁹⁰.

O método desta pesquisa apresentou algumas limitações, entre elas, cita-se a não randomização dos grupos. Esta não ocorreu por questões éticas, pois não se excluiria da amostra uma gestante que desejasse realizar a consulta pediátrica pré-natal. Além disso, a autora deste estudo era a única profissional, no momento da pesquisa, habilitada a realizar a consulta pediátrica pré-natal.

A amostra foi coletada por entrevistadora treinada pela pesquisadora para evitar o viés de seleção que poderia ter ocorrido se a pesquisadora coletasse os dados.

O protocolo de pesquisa foi colhido por uma enfermeira conhecida da comunidade para evitar o viés de seleção gerado pelo medo, receio, pudor, tabu ou crença de expor ou verbalizar intimidades.

A enfermeira que coletou os dados e a sanitarista que os validou desconheciam o *status* da pesquisa para evitar viés de seleção.

O viés de memória foi minimizado com a coleta do protocolo em dois momentos: entre o 7º e o 9º dia e entre o 28º e o 30º dia de puerpério. Foi ainda fornecido um folheto educativo com o conteúdo programático da consulta e a recomendação de lê-lo semanalmente, para minimizar ainda mais o viés de memória do grupo pesquisa.

As variáveis como grau de escolaridade, estado conjugal, renda familiar, tipo de parto e número de gestações foram estratificadas para minimizar o fator de confusão.

Neste estudo, as variáveis bio-sociodemográficas escolhidas delinearam o perfil das mulheres participantes da pesquisa. As variáveis relacionadas aos cuidados de saúde do recém-nascido caracterizaram as medidas de impacto na redução da morbi-mortalidade neonatal^{6, 32, 39, 72, 73, 78, 91}.

As variáveis estudadas ressaltaram a homogeneidade da amostra, através do pareamento dos grupos controle e pesquisa (Tabelas 1 a 10).

Os estudos da AAP relatam que a raça e os fatores socioeconômicos podem influenciar na saúde da criança mediante mecanismos sociais, embora reconheçam que o fator socioeconômico exerça a função de variável de confusão quando relacionado à cor ou raça, etnia e ao sexo⁹². Apesar disso, a AAP recomenda a inclusão da variável raça ou cor em estudos nos quais são coletadas outras variáveis de impacto social, como ocorreu nesta pesquisa⁹².

Outros estudos discutem a inter-relação da raça com fatores socioeconômicos e culturais, recomendando pesquisas para esclarecer esta variável de confusão^{92, 93, 94, 95, 96, 97}.

Analisando a cor ou raça (Tabela 1), notou-se o predomínio da cor ou raça branca no grupo controle, com 77,91% e no grupo pesquisa, com 68,60%, o que está de acordo com o censo de 2000 no Brasil, que indica o predomínio da cor ou raça branca na população catarinense⁹⁸.

Nesta pesquisa não foi possível inferir sobre a influência da raça das mulheres participantes da pesquisa, considerando as características étnicas de população catarinense e o pareamento da amostra.

Segundo ACM (Apêndice 6) não houve associação entre raça e adesão aos cuidados de saúde do recém-nascido.

Analisando a idade materna (Tabela 2), observou-se o predomínio de mulheres na faixa etária entre ≥ 20 e < 29 anos, tanto no grupo controle (61,60%) quanto no grupo pesquisa (63,95%). A idade média das mulheres foi de 24,92 anos e a mediana foi de 24,9 anos.

Estes resultados estão em consonância com o censo de 1996, em Santa Catarina, que apresentou predomínio de mulheres na faixa etária entre 21 e 29 anos de idade (59,86%) em relação às mulheres entre 15 e 34 anos de idade. Neste mesmo censo, a idade média da

mulher, em Santa Catarina, foi de 24,8 anos de idade e, em Florianópolis, foi de 24 anos de idade, o que também concordou com o resultado deste estudo ⁹⁸.

Esta predominância de mulheres com idade entre ≥ 20 e < 29 anos, provavelmente está de acordo com as características reveladas no Censo de 1996 em Santa Catarina ⁹⁸.

Neste estudo, escolheu-se a faixa etária de maior reprodução da mulher, ou seja, entre 15-49 anos, excluindo-se as idades limites compreendidas entre 15-17 anos e mais de 35 anos, devido à ocorrência de maior risco obstétrico, visando, assim, homogeneizar a amostra em estudo e concentrá-la na faixa entre 20 e 29 anos, em que o risco obstétrico é menor ^{62, 65, 67, 99}.

Correlacionando a variável idade com cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido, segundo a ACM (Apêndice 6), não se observou associação.

Alguns estudos mostraram a influência do estado conjugal estável (casamento) nas atitudes positivas dos pais e na motivação materna para desenvolver cuidados de saúde para seus filhos, especialmente no período neonatal ^{81, 89, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106}.

Neste estudo, a análise do estado conjugal demonstrou considerável aumento de mulheres casadas (Tabela 3), tanto no grupo controle (63,95%) quanto no grupo pesquisa (56,98%) em relação a outras categorias estudadas, isto é, solteiras e união consensual. Justificou-se este aumento de mulheres casadas na amostra pelas características demográficas do censo de 1996 em Santa Catarina, que revelou 65,34% de mulheres casadas.

Analisando a variável estado conjugal com adesão aos cuidados de saúde do recém-nascido através da ACM (Apêndice 6), não se constatou associação, discordando, portanto, da literatura consultada ^{81, 89, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106}.

Os estudos relatam que quanto maior o tempo de união do casal mais atitudes positivas são tomadas pelas mulheres em relação aos seus filhos ^{102, 107, 108, 109, 110, 111, 112}.

Considerando o tempo de união conjugal das mulheres participantes da pesquisa (Tabela 4), verificou-se o predomínio entre um e cinco anos de tempo de união conjugal, tanto para o grupo controle (46,51%) quanto para o grupo pesquisa (47,67%).

Entretanto, nesta pesquisa, não ocorreu associação entre tempo de união e adesão aos cuidados de saúde do recém-nascido, segundo ACM (Apêndice 6). Sugere-se novos estudos para avaliar este resultado.

As pesquisas demonstram íntima relação entre nível de escolaridade e competência parental, especialmente a maternal e a sua inter-relação com morbi-mortalidade neonatal^{71, 113, 114, 115}.

Observando o nível educacional das mulheres envolvidas nesta pesquisa, do ponto de vista do grau de escolaridade (Tabela 5), encontrou-se 48,85% de mulheres com ensino fundamental incompleto no grupo controle e 58,13% no grupo pesquisa, ou seja, com anos de estudo inferior a 8, o que concordou com a literatura consultada^{73, 116}.

Um estudo realizado com mães em Ohio (Estados Unidos da América), em 1996, observou associação, através da Análise de Regressão Logística, entre a idade, o nível educacional materno e realização de cuidados de saúde para seus filhos. Este resultado da literatura discordou dos obtidos por esta pesquisa, já que a ACM, não mostrou associação da adesão e realização de cuidados de saúde, com a idade e com nível educacional das mulheres⁷¹.

Porém, um outro estudo realizado em Baltimore pela escola de Medicina avaliou o conhecimento materno sobre os cuidados do recém-nascido no período entre junho de 1987 e julho de 1988 e apresentou resultados semelhantes ao conseguido por esta pesquisa, ou seja, não se evidenciou associação entre variáveis demográficas e conhecimento materno, sobretudo em relação à idade e nível educacional²⁶.

Há pesquisas que estabelecem 9 a 11 anos de estudos como tempo adequado para diagnóstico de competência materna, do ponto de vista educacional^{26, 117, 118, 119}. Analisando as mulheres desta pesquisa, no que diz respeito ao tempo de escolaridade (Tabela 6), percebeu-se que a maioria delas, tanto no grupo controle (54,65%) quanto no grupo pesquisa (66,28%), possuíam tempo de estudo inferior a 11 anos, o que concorda com a literatura consultada^{118, 120}.

A média de anos de estudo das mulheres do grupo controle foi 8,63 e a mediana foi 8 e do grupo pesquisa a média foi 7,21 e a mediana 7, notou-se um discreto aumento em relação aos dados do IBGE 2000, que revelaram uma média de 6,5 anos de estudos para mulheres da região Sul do Brasil³⁹.

A escolaridade em relação ao tempo de anos de estudos não demonstrou associação com os cuidados de saúde do recém-nascido através da ACM (Apêndice 6). Sugere-se novos estudos para avaliar este resultado.

Os estudos sobre a renda familiar apresentam esta variável como um indicador social importante na promoção de saúde e no diagnóstico de competência maternal ou parental 121, 122

A análise da renda familiar das mulheres desta pesquisa (Tabela 7) evidenciou tanto no grupo controle (30,26%) quanto no grupo pesquisa (39,53%), um percentual em torno de dois salários mínimos. Comparando o grupo controle com o grupo pesquisa, observou-se um percentual expressivo de mulheres no grupo controle com quatro ou mais salários. Este percentual de quatro ou mais salários mínimos verificado no grupo controle, foi provavelmente, devido ao maior número de mulheres neste grupo com ensino superior completo ou incompleto do que o verificado no grupo pesquisa. A ACM (Apêndice 6) não demonstrou associação entre renda familiar e adesão aos cuidados de saúde do recém-nascido.

Além das variáveis sociodemográficas, a pesquisa analisou as variáveis biológicas das mulheres participantes do estudo que pudessem exercer influência positiva ou negativa sobre o processo de adesão aos cuidados de saúde com o recém nascido.

Alguns estudos descrevem inter-relação entre tipo de parto, número de gestações, paridade e número de filhos com atitudes positivas ou não em relação aos seus filhos recém-nascidos 117, 118

Um trabalho realizado em 1992 que analisou o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em Belo Horizonte, revelou que o tipo de parto está relacionado com o grau de escolaridade materna. Este estudo mostrou que o parto cesáreo ocorreu em 42,8% das mulheres com ensino fundamental incompleto e em 65% das mulheres com formação superior 118

Examinando esta variável, tipo de parto (Tabela 8), notou-se que o parto vaginal predominou tanto no grupo controle (65,12%) quanto no grupo pesquisa (72,29%), o que concordou com outros estudos, os quais referem ser o parto vaginal o mais freqüente em mulheres de baixa escolaridade e baixa renda 14, 116

Não se verificou associação entre tipo de parto e adesão das mulheres aos cuidados de saúde, conforme ACM (Apêndice 7). Sugere-se novos estudos para avaliar este resultado.

Há estudos relatando que a multiparidade pode propiciar atitudes maternas mais efetivas, porém de menor impacto do que as atitudes geradas por primíparas quando submetidas a medidas de educação e saúde^{117, 123, 124}.

Outra variável que poderia interferir na adesão foi a paridade (Tabela 9) que demonstrou discreto predomínio de multiparidade tanto no grupo controle (66,28%) quanto no grupo pesquisa (62,79%). Associou-se paridade com adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido e não se verificou essa associação, segundo a ACM (Apêndice 7).

Este estudo revelou o predomínio de mulheres com apenas um filho (Tabela 10) tanto no grupo controle (40,70%) quanto no grupo pesquisa (43,02%), o que concordou com a literatura consultada^{73, 123}.

Discordando da literatura consultada, neste estudo não ocorreu associação segundo a ACM (Apêndice 6), entre números de filhos e adesão aos cuidados de saúde do recém-nascido¹¹⁷, portanto, sugere-se novos estudos para avaliar este resultado.

Este estudo apontou discreto predomínio de uma gestação sobre as demais categorias (Tabela 11) tanto para o grupo controle (40,70%) quanto para o grupo pesquisa (43,02%). A ACM não demonstrou associação entre o número de gestações e a adesão aos cuidados de saúde do recém-nascido (Apêndice 6).

Os dados da literatura, embora escassos, relatam que o tempo ideal para se realizar a consulta seria em torno de 28 – 34 semanas ou entre 36 – 38 semanas de gestação. As justificativas para estas indicações seriam que, entre 28 – 34 semanas de gestação, a preocupação com o parto estaria distante e, portanto, não influenciaria no processo de ensino e aprendizagem^{21, 38}. Enquanto que, se a consulta ocorresse entre 36 – 38 semanas de gestação, a motivação e o interesse materno sobre os cuidados do recém-nascido estariam mais fortalecidos, haja vista que, nessas condições, o recém-nascido já é uma realidade na concepção materna, facilitando, desta forma, o processo de ensino e aprendizagem^{5, 38, 125}.

Analisou-se, ainda, no grupo pesquisa, a idade gestacional na consulta e no parto (Tabelas 12 e 13) com o objetivo de verificar a associação existente entre estas variáveis e a adesão das mulheres aos cuidados de saúde do recém-nascido. Foi verificado também se a memória interferiria nesta associação. Não se evidenciou associação entre adesão das

mulheres aos cuidados de saúde do recém-nascido e estas variáveis (Figura 1). Sugere-se outros estudos para analisar esta associação.

Nesta pesquisa, a idade gestacional mais frequente na consulta (Tabela 12) foi de 28 semanas de gestação (34,48%), seguida de 32 semanas (25,29%). A média de idade gestacional das mulheres deste estudo foi de 31,33 semanas de gestação, e a mediana foi de 31,5 semanas de gestação.

Não houve associação entre a idade gestacional na consulta pediátrica pré-natal e a adesão aos cuidados de saúde com o recém-nascido (Figura 1). A baixa frequência ocorrida em algumas idades gestacionais foi em decorrência do processo de coleta ser por livre demanda e, por conseguinte, impossível de controlar esta variável.

A associação entre o tempo de gestação na consulta pediátrica pré-natal e a adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido, avaliada segundo o coeficiente de correlação de Spearman, obteve um $r_s = 0,158673$ e probabilidade de significância com $p = 0,14451$. Portanto, não houve associação estatisticamente significativa. Sugere-se estudos adicionais, com grupos de semanas gestacionais pareados, para elucidar essa relação.

Observou-se, ainda, uma variável social, que foi a presença do parceiro no grupo de gestantes e sua influência na adesão das mulheres aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido.

Um estudo realizado por Lewis Sprunger, em 1983, sobre consulta pediátrica pré-natal descreveu a presença do pai em 18 de 33 consultas realizadas com gestantes²⁵.

A participação do parceiro no grupo de gestantes (Tabela 14), neste estudo, foi de 29,07% no grupo controle e 20,07% no grupo pesquisa. Não houve associação entre esta variável e a adesão aos cuidados de saúde do recém-nascido, segundo a ACM (Apêndice 8).

Propõem-se ainda novos estudos para elucidar esta associação, já que houve baixa participação dos pais na consulta pediátrica pré-natal.

Analisou-se outra variável que se denominou de exposição prévia das mulheres às orientações sobre cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido. Considerou-se que esta variável poderia atuar como fator de confusão, portanto, avaliou-se a exposição

das mulheres às orientações sobre saúde do recém-nascido recebidas de familiares, meios de comunicação, profissionais de saúde, grupo de gestantes e outros ¹¹⁶.

Verificou-se que a exposição a estes fatores foi equivalente entre os grupos controle e pesquisa (Tabela 15). A ACM revelou que esta variável não teve associação com a consulta pediátrica pré-natal (Apêndice 8). A comparação com dados da literatura não foi feita porque não foram encontrados estudos semelhantes entre as referências consultadas.

Esta pesquisa discutiu o modelo de consulta aplicado, às características bio-sociodemográficas das mulheres participantes do estudo bem como à relação destas características com a adesão aos cuidados de promoção e proteção do recém-nascido.

Não houve relação entre as variáveis bio-sociodemográficas e a adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido. Estes resultados discordantes da literatura consultada, levantam a hipótese de que através de uma efetiva relação médico/paciente se possa construir os resultados observados nesta pesquisa.

Propõe-se ainda discutir o processo de adesão, propriamente dito, aos cuidados de saúde do recém-nascido, sugeridos pela proposta.

Utilizou-se o termo adesão afim de categorizar os cuidados de saúde do recém-nascido realizados pelas mulheres. Classificou-se em adesão completa e incompleta para facilitar a análise estatística.

A adesão completa, ou seja, a realização dos sete cuidados de saúde do recém-nascido recomendados por esta pesquisa foi empregada para avaliar a efetividade desta consulta. Notou-se que a adesão completa (Tabela 16) ocorreu em 12,96% no grupo controle e 87,04% no grupo pesquisa. Esta diferença de percentual entre os grupos controle e pesquisa foi significativa estatisticamente, segundo a ACM (70%), o nível de confiança foi de 95% (79,94-94,14) e o nível de significância $\alpha \leq 0,05$ ($p \leq 0,014$). Houve uma diferença estatística significativa entre o percentual de adesão nos grupos pesquisa e controle, o que confirmou a efetividade da consulta pediátrica pré-natal em relação à adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido.

Estes resultados não foram discutidos e comparados com dados da literatura, em decorrência das referências pesquisadas não demonstrarem semelhanças com este estudo.

Observando as 172 mulheres, no que diz respeito ao número de cuidados assimilados (Tabela 17), constatou-se que o número de mulheres no grupo controle aderiu entre quatro (22,09%) e cinco (27,91%) cuidados de promoção e proteção de saúde, ao passo que no grupo pesquisa, foram entre cinco (33,72%) e sete (54,65%) cuidados realizados, o que demonstrou a efetividade da consulta.

Discutindo-se a adesão das 172 mulheres, quanto ao tipo de cuidado assimilado (Tabela 18), verificou-se que os cuidados com maior adesão foram o uso do aleitamento materno (98,26%) e a vacinação BCG e contra hepatite B do recém-nascido (83,14%). Os cuidados de saúde que obtiveram menor adesão foram o não uso da chupeta (63,37%) e a realização de seis ou mais consultas pré-natais (61,05%).

Atribuíram-se os altos índices de adesão ao uso do aleitamento materno e às imunizações às políticas de saúde implantadas em Florianópolis, desde maio de 1997²⁸.

A baixa adesão observada em relação à realização de seis ou mais consultas pré-natais também foi atribuída a estas políticas, tendo em vista, que na área de qualificação do pré-natal em Florianópolis, estas encontram-se em fase de implementação. Justificou-se a baixa adesão ao não uso da chupeta à falta de políticas específicas na prevenção desta prática²⁸.

A adesão aos cuidados de saúde do recém-nascido foi também estudada abordando, separadamente, os aspectos de promoção e proteção (Tabela 19). Obteve-se 8,14% de adesão aos cuidados de promoção de saúde no grupo controle e 56,98% no grupo pesquisa, enquanto que para os cuidados de proteção constatou-se uma adesão de 46,51% no grupo controle e 94,19% no grupo pesquisa. Provavelmente, a alta taxa de adesão, mostrada no grupo pesquisa com relação à promoção e proteção de saúde do recém-nascido foi de responsabilidade tanto da consulta, quanto das políticas de saúde existentes em Florianópolis para crianças de zero a seis anos de idade²⁸. Estes dados não foram comparados e discutidos com outros dados da literatura, em função de não serem encontrados estudos semelhantes nas referências pesquisadas.

Comparou-se e analisou-se o grupo controle com o grupo pesquisa em relação à adesão a cada cuidado de promoção e proteção de saúde do recém-nascido estabelecido pelo conteúdo programático da consulta.

O uso do aleitamento materno (Tabela 20) alcançou um elevado índice de adesão tanto no grupo controle (96,51%) quanto no grupo pesquisa (100%). Este resultado não foi atribuído à consulta pediátrica pré-natal, mesmo porque, a ACM não demonstrou associação entre a consulta e o cuidado (Figura 2), mas às políticas de saúde ao incentivo do aleitamento materno implantados em Florianópolis, desde 1979, e intensificados com a Iniciativa Hospitais Amigo da Criança (IHAC) e o Programa Capital Criança^{28, 83, 84, 85, 86, 126, 127}.

Quanto à realização do “teste do pezinho” em até cinco dias de vida do recém-nascido (Tabela 21) verificou-se predominância no grupo pesquisa (70,93%) em relação ao grupo controle (26,58%). O resultado apresentado foi atribuído à consulta pediátrica pré-natal e confirmado através da ACM (Figura 2).

Analisando a Tabela 22, observou-se que a adesão das mulheres à vacinação do recém-nascido para BCG e contra hepatite B, ao nascer, foi predominante no grupo pesquisa (72,09%) em relação ao grupo controle (25,58%). Este resultado também foi confirmado estatisticamente através da ACM (Figura 2). Em um estudo realizado em Pelotas no período de 1997 a 1998, com mulheres gestantes, avaliando a vacinação materna, observou-se uma cobertura de vacina contra o tétano de 25%⁷⁰.

Na tabela 23, examinou-se a adesão das mulheres à vacinação materna contra o tétano e evidenciou-se que as do grupo controle aderiram em 32,56% e as do grupo pesquisa em 94,19%. Os dados apresentados pelo grupo controle concordam com os resultados obtidos em Pelotas. A ACM (Figura 2) confirmou a associação entre a consulta pediátrica pré-natal e este cuidado, reafirmando, assim, a efetividade da consulta.

Um estudo realizado no Sul do Brasil, em 1998, avaliou o uso de medicamentos sem receita médica nos primeiros meses de vida e revelou que esta prática ocorreu em 33% das crianças com 1 mês de vida⁹⁰. Nesta pesquisa, o grupo controle ultrapassou este índice e revelou 44,19% de uso de medicação sem receita médica, o que é um fato alarmante e que induz ao estabelecimento de políticas no sentido de modificar este hábito. A consulta pediátrica pré-natal mostrou ser uma ação adequada para a prevenção desta prática, tendo em vista esta ter evidenciado somente 8,14% de uso de medicação sem receita médica, nessa idade.

Descrevendo a adesão das mulheres ao uso de medicação com receita médica do recém-nascido (Tabela 24), notou-se predomínio acentuado do grupo pesquisa (91,86%) sobre

o grupo controle (55,81%). A ACM (Figura 2) demonstrou associação entre a consulta pediátrica pré-natal e este cuidado.

No que diz respeito à adesão das mulheres à realização de seis ou mais consultas de pré-natal (Tabela 25), percebeu-se uma forte adesão no grupo pesquisa (95,35%) enquanto que no grupo controle ocorreu apenas 26,74%. Este resultado foi atribuído à consulta pediátrica pré-natal, tendo em vista que este cuidado foi amplamente discutido durante a realização da consulta pediátrica pré-natal com as mulheres gestantes. O resultado foi, também, confirmado por análise estatística (Figura 2). A baixa adesão ao cuidado verificado no grupo controle foi atribuída às políticas de saúde no pré-natal, que ainda estão em fase de implementação em Florianópolis, como foi dito anteriormente. Os resultados não foram discutidos com outros dados da literatura por não terem sido encontrados, nas referências pesquisadas, trabalhos semelhantes ao desta pesquisa.

O uso da chupeta é ainda um hábito prevalente no Brasil e seu uso está associado a crenças, tabus e preconceitos culturais de que esta serviria como calmante para a criança. Portanto, esta prática cultural necessitará de intervenções severas para sua modificação, uma vez que resultará em mudança de hábito^{89, 128, 129, 130, 131}.

Um estudo transversal realizado em Pelotas, em 1992, com 354 crianças menores de dois anos revelou, no final do primeiro mês de idade, que 74% das crianças usavam chupeta, o que se assemelha à nossa pesquisa, que mostrou o uso da chupeta em 65,11% no grupo controle e 61,63% no grupo pesquisa¹³².

Investigando o não uso da chupeta na consulta pediátrica pré-natal (Tabela 26), observou-se que o grupo controle aderiu ao cuidado em 34,88%, ao passo que o grupo pesquisa, aderiu em 38,37%. A ACM evidenciou que este cuidado não teve associação com a consulta, conforme mostra a Figura 2. Estes resultados não foram comparados com estudos da literatura, pois não foram encontradas referências, entre os estudos pesquisados, que mostrassem semelhança com esta pesquisa.

Justificou-se a baixa adesão ao não uso da chupeta tanto por fatores culturais quanto pela falta de medidas abrangentes para a prevenção do uso da chupeta. Atualmente, essa prevenção está vinculada aos programas de incentivo ao aleitamento materno e aos programas de prevenção à saúde oral²⁸.

Sabe-se que o processo de aprendizagem se alicerça no acesso ao conhecimento e na habilidade de utilizá-lo, gerando assim, mudança de atitude. O desencadeamento deste processo passa pela conscientização, sensibilização e motivação³⁸.

A razão humana interfere no processo de aprendizagem com relação à mudança de hábito, podendo ser classificada, para fins didáticos, em razão funcional e substantiva. A funcional baseia-se no aprendizado através de normativas, enquanto que a razão substantiva fundamenta-se em crenças e mitos pessoais. O ideal é harmonizar a razão funcional e a substantiva para que o aprendizado seja efetivo. Quando não há interferência da razão pode-se dizer que se instala, em relação ao aprendizado, um estado de desmotivação, alienação ou de indiferença³⁸.

Os estudos afirmam que a competência materna está muito além dos fatores sociodemográficos. Esta estaria centrada na auto-eficiência^{133, 134, 135} podendo ter influência de inúmeras outras variáveis^{64, 120, 136, 137, 138}.

Os estudos também declaram que a eficácia materna é mediada pelo conhecimento e pelo comportamento¹¹⁰.

Fundamentando-se nesses princípios e teorias de auto-eficiência, estabeleceu-se uma avaliação com quatro critérios para estudar o processo de adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido, são eles: sabia e fez os cuidados (razão funcional e substantiva); sabia e não fez os cuidados (razão substantiva); não sabia, mas fez os cuidados (razão funcional) e não sabia e não fez os cuidados (indiferença ao processo de aprendizado).

Analisando o aprendizado materno, segundo estes critérios, constatou-se que as mulheres do grupo controle (Tabela 27) ficaram distribuídas entre os quatro critérios, com percentual acentuado entre “não sabia e fez os cuidados de saúde” e “não sabia e não fez os cuidados de saúde”. No entanto, as mulheres do grupo pesquisa (Tabela 28) situaram-se entre “sabia e fez” o cuidado. Isto revelou competência materna, segundo a avaliação de auto-eficiência proposta por esse estudo. Além disso, o resultado reforçou o impacto positivo desta consulta.

Os resultados obtidos e discutidos pela pesquisa denotam necessidade de implantação de políticas de pré-natal mais abrangentes em Florianópolis, para qualificar a assistência e, conseqüentemente, reduzir a morbi-mortalidade perinatal e neonatal.

No que tange o desenvolvimento de uma linha de pesquisa em educação em saúde sobre o tema consulta pediátrica pré-natal, sugere-se novos estudos abordando outras variáveis, tais como: a participação do pai na consulta; o impacto desta consulta sobre as mães adolescentes e com mais de 35 anos de idade; analfabetas; e a comparação deste modelo proposto, com a consulta pediátrica de grupo recomendada pela AAP.

6 CONCLUSÃO

1. O modelo de consulta pediátrica pré-natal, aplicado em mulheres no terceiro trimestre de gestação demonstra forte adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido, considerando que as mulheres aderiram aos cuidados de saúde em 87,04% no grupo pesquisa e 12,96% no grupo controle.
2. Não há associação entre os cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido e as características bio-sociodemográficas das mulheres participantes da pesquisa.
3. Há associação direta entre a consulta pediátrica pré-natal e os cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido, levando em conta a realização de seis ou mais consultas pré-natais, vacinação materna contra o tétano, vacinação do recém-nascido para BCG e contra hepatite B, realização do teste do pezinho até cinco dias de vida do recém-nascido e uso de medicação com receita médica do recém-nascido (ACM = 70% de inércia). Não há associação entre a consulta pediátrica pré-natal, o uso do aleitamento materno e o não uso da chupeta.

7 REFERÊNCIAS

1. Lippi UG, Garcia SAL, Grabert HH. Assistência pré-natal e resultados perinatais. *Revista Brasileira de Ginecologia* 1993;15(4):171-6.
2. Suárez Ojeda EN. Los servicios de atención en el periodo neonatal en América Latina. *Cad Saúde Pública* 1987;3(4):426-43.
3. Scochi CGS, Costa IAR, Yamanaka NMA. Evolução histórica da assistência ao recém-nascido: um panorama geral. *Acta Paul Enf* 1996;9:91-101.
4. Wulf KH, Steck T. The impact of timing and frequency of prenatal visits on the outcome of pregnancy in the perinatal registry of Bavaria 1987-1988. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994;57(2):79-84.
5. Rielli STRC. Consulta pré-natal com o neonatologista. In: Segre CAM, editor. *Perinatologia: fundamentos e práticas*. São Paulo: Sarvier; 2002.
6. Sand PO, Sand RW. Preventive health care for infants birth to two years of age. *Prim Care* 1995;22(4):601-18.
7. Morais EN, Aflen TL, Spara P, Beitune P. Momento e frequência das visitas de pré-natal: repercussões sobre os nascimentos pré-termo. *Revista Brasileira de Ginecologia* 1998;20(1):25-32.
8. Leveno KJ, Cunningham FG, Roark ML, Nelson SD, Williams ML. Prenatal care and the low birth weight infant. *Obstet Gynecol* 1985; 66(5):599-605.
9. Katz KS, El-Mohandes PA, Johnson DM, Jarrett PM, Rose A, Cober M. Retention of low income mothers in a parenting intervention study. *J Community Health* 2001; 26(3):203-18.
10. Greenberg RS. The impact of prenatal care in different social groups. *Am J Obstet Gynecol* 1983;145(7):797-801.
11. Santos IS, Baroni RC, Minotto I, Klumb AG. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(6):603-9.
12. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande de Sul, Brasil, 1993. *Cad Saúde Pública* 1993; 14(3):487-92.

13. Walker DS, Koniak-Griffin D. Evaluation of a reduced-frequency prenatal visit schedule for low-risk women at a free-standing birthing center. *J Nurse Midwifery* 1997; 42(4):295-303.
14. Monteiro CA, Júnior IF, Conde WL. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(6):19-25.
15. Wessel MA. The prenatal pediatric visit. *Pediatrics* 1963:926-30.
16. Dershewitz RA. The pediatric prenatal visit: a time for change? *Pediatrics* 1996; 98(6 Pt 1):1195-6.
17. Becker PG, Mendel SG. A family practice approach to the pediatric prenatal visit. *Am Fam Physician* 1989; 40(2):181-6.
18. American Academy of Pediatrics. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The prenatal visit. *Pediatrics* 1984; 73(4): 561-2.
19. American Academy of Pediatrics. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The prenatal visit. *Pediatrics* 1996; 97(1): 141-2.
20. American Academy of Pediatrics. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Committee on Adolescence. Sexuality education for children and adolescents. *Pediatrics* 2001;108(2):498-502.
21. Yogman MW. Consulta pediátrica pré-natal. In: Green M, Haggerty F, editors. *Pediatric Ambulatorial*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996; p.89-9.
22. Sprunger LW, Preece EW. Use of pediatric prenatal visits by family physicians. *J Fam Pract* 1981; 13(7):1007-12.
23. Green M. Health Supervision: goals and content. In: Green M, Haggerty F, editors. *Ambulatory Pediatric*; 1999; p.69-70.
24. Bradford BJ, Benedum KJ, Heald PA. The prenatal pediatric visit and pediatric residency training. *Clin Pediatr (Phila)* 1994; 33(11):688-90.
25. Sprunger LW. An analysis of physician-parent communication in pediatric prenatal interviews. *Clin Pediatr (Phila)* 1983; 22(8):553-8.
26. Serwint JR, Wilson MH, Duggan AK, Mellits ED, Baumgardner RA, DeAngelis C. Do postpartum nursery visits by the primary care provider make a difference? *Pediatrics* 1991;88(3):444-9.
27. Brandt CFT. Cuidados básicos ao RN normal. In: *Pediatric SBd*, editor. *Anais do 51º Curso Nestlé de Atualização em Pediatria*, Blumenau/SC, Brazil; 1994. p. 39.

28. Tavares AM, Santos EKA, Tobias LT, Júnior RF, Coelho RCHA. *Capital Criança: um projeto bem sucedido*. In: I Congresso Internacional de Bancos de Leite Humano e I Encontro Nacional de Hospitais Amigo da Criança; Natal, Brasil; 2000.
29. Serwint JR, Wilson ME, Vogelhut JW, Repke JT, Seidel HM. A randomized controlled trial of prenatal pediatric visits for urban, low-income families. *Pediatrics* 1996; 98(6 Pt 1): 1069-75.
30. Dershewitz R. Prenatal anticipatory guidance. *Clin Perinatol* 1985; 12(2):343-53.
31. Hagan JF, Jr., Coleman WL, Foy JM, Goldson E, Navarro A, Tanner JL, et al. The prenatal visit. *Pediatrics* 2001; 107(6):1456-8.
32. Kogan MD, Alexander GR, Jack BW, Allen MC. The association between adequacy of prenatal care utilization and subsequent pediatric care utilization in the United States. *Pediatrics* 1998;102(1 Pt 1):25-30.
33. Berger LR, Rose E. The prenatal pediatric visit revisited. *Clin Pediatr (Phila)* 1983; 22(4): 287-9.
34. Sprunger LW, Preece EW. Characteristics of prenatal interviews provided by pediatricians. *Clin Pediatr (Phila)* 1981; 20(12):778-82.
35. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.251 de 05/08/97. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://www.cesph.ufsc.br>.
36. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10/10/96. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. DOU 1996 Out 16, n.201. seção 1:21082-85.
37. Roselli CAM, Segre CAM. Avaliação da idade gestacional. Classificação do recém-nascido. In: Segre CAM, editor. *Perinatologia: fundamentos e práticas*. 1. ed. São Paulo: Sarvier; 2002; p.374-83.
38. Gil AC. Estratégias de ensino e aprendizado. In: Gil AC, editor. *Metodologia do ensino superior*. 3 ed. São Paulo: Atlas; 1997; p.58-68.
39. IBGE. Resultados do universo. In: *Censo Demográfico 2000*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>
40. Notícias UNESCO. A educação dez anos depois de Jomtien. Outubro, 1999. Disponível em: <http://www.unesco.org.br/noticias/un999/un999b.html>.
41. Lei de diretrizes e bases nº 9.394, Brasil (20 de dezembro de 1996).

42. Ray M, Muir TM, Murray GD, Kennedy R, Girdwood RW, Donaldson MD. Audit of screening programme for congenital hypothyroidism in Scotland 1979-93. *Arch Dis Child* 1997; 76(5):411-5.
43. Fisher DA. Clinical review 19: management of congenital hypothyroidism. *J Clin Endocrinol Metab* 1991;72(3):523-9.
44. Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde. Calendário básico de vacinação 2001-2003. Disponível em <http://www.funasa.gov.br/imu/imu02.htm>
45. Pires MMS, Tobias LT. Caderneta de saúde. In: Florianópolis; 2001. p. 36-9.
46. Ramos AG. A nova ciência das organizações: uma reconceitualização de riqueza das nações. 1 ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1989.
47. Guedes MLS, Guedes JS. Inferências sobre proporções. In: Guedes MLS, Guedes JS, editors. *Bioestatística para profissionais de saúde*. 1 ed. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico; 1988; p.151-79.
48. Vieira S. Intervalo de confiança. In: Vieira S, editor. *Introdução à bioestatística*. Rio de Janeiro: Campus; 1981; p.165-78.
49. Fletcher RH, Fletcher SW. Tratamento. In: Fletcher RH, Fletcher SW, editors. *Epidemiologia Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989; p.173-205.
50. Pereira MG. Métodos empregados em epidemiologia. In: Pereira MG, editor. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995; p.269-88.
51. Guedes MLS, Guedes JS. Variação amostral de médias. In: Guedes MLS, Guedes JS, editors. *Bioestatística para profissionais de saúde*. 1 ed. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico; 1988; p.89-99.
52. Carrol JD, Green PE, Schaffer CM. Interpoint distance comparisons in correspondence analysis. *J Marketing Res* 1986;23:271-80.
53. Grenacre MJ, Hastie T. The geometric interpretation of correspondence analysis. *J Am Stat Assoc* 1987; 82:437-47.
54. Johnson RA, Wichern DW. Clustering, distance methods and ordination. In: *Applied multivariate statistical analysis*. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1998; p.726-99.
55. Gardner MJ, Altman DG. Confidence intervals rather than P values: estimation rather than hypothesis testing. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986; 292(6522):746-50.
56. Gordis L. Measuring the occurrence of disease. In: Gordis L, editor. *Epidemiology*. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1996; p.141-54.

57. Gordis L. More on risk: estimating the potential for prevention. In: Gordis L, editor. *Epidemiology*. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1996; p.155-62.
58. Gordis L. More on casual inferences: bias confounding and interaction. In: Gordis L, editor. *Epidemiology*. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1996; p.183-95.
59. Belsky J. The determinants of parenting: a process model. *Child Dev* 1984;55(1):83-96.
60. Grant CC, Duggan AK, Andrews JS, Serwint JR. The father's role during infancy: factors that influence maternal expectations. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151(7):705-11.
61. Gonçalves SCM, Saldanha AAW, Mendonça D. Aspectos relevantes do atendimento psicológico no ciclo grávido-puerperal. *Jornal Brasileiro de Ginecologia* 1998; 108(7):223-29.
62. Scholz HS, Haas J, Petru E. Do primiparas aged 40 years or older carry an increased obstetric risk? *Prev Med* 1999; 29(4):263-6.
63. Hibbs ED, Hamburger SD, Kruesi MI, Lenane M. Factors affecting expressed emotion in parents of ill and normal children. *Am J Orthopsychiatry* 1993;63(1):103-12.
64. Harris ES, Weston DR, Lieberman AF. Quality of mother-infant attachment and pediatrics health care. *Pediatrics* 1989;84(2):248-54.
65. Ezra Y, McParland P, Farine D. High delivery intervention rates in nulliparous women over age 35. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995;62(2):203-7.
66. Araújo DAC, Zimmermann JB, Oliveira LCN, Andrade ATL. Gestação de alto-risco: prevalência de patologias e complicações materno-infantis. *Jornal Brasileiro de Ginecologia* 1996;106(8):315-20.
67. Luz TP, Reis AFF, Costa TP. Abordagem de risco em obstetrícia. In: Benzecry R, Oliveira HC, Lemgruber I, editors. Rio de Janeiro: Revinter; 2000; p.138-42.
68. Cecatti JG, Faúndes A, Surita FGC, Aquino MMA. O impacto da idade materna avançada sobre os resultados da gravidez. *Jornal Brasileiro de Ginecologia* 1998;20(7):389-94.
69. Wong SF, Ho LC. Labour outcome of low-risk multiparas of 40 years and older. A case-control study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1998;38(4):388-90.
70. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública* 2001;17(1):131-9.

71. Grossman LK, Humbert AJ, Powell M. Continuity of care between obstetrical and pediatric preventive care: indicators of nonattendance at the first well-child appointment. *Clin Pediatr (Phila)* 1996; 35(11):563-9.
72. Guillaumon MR, Segre CAM. Mortalidade Perinatal. In: Segre CAM, editor. *Perinatologia: fundamentos e práticas*. São Paulo: Sarvier; 2002; p.329-31.
73. Schenato A, Louzada BA, Caetano C, Salerno M, Teitelbaum RMP. O que as mães sabem sobre primeiro ano de vida da criança. *R Med PUCRS* 1998;8(1):29-34.
74. Sánchez-Pérez HJ, López HO, García-Gil MDM, Martín-Mateo M. Bienestar social y servicios de salud en la Región Fraylesca de Chiapas: el uso de servicios de atención prenatal. *Salud Pública Méx* 1997;39(6):530-8.
75. Costa JSD, Victora CG, Barros FC, Halpern R, Horta BL, Manzolli P. Assistência médica materno-infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cad Saúde Pública* 1996;12(1):59-66.
76. Maranhão AGK, Joaquim MMC, Siu C. A mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. In: Ministério da Saúde. *Manual do Ministério da Saúde*. Brasília; 1998. p. 16-7.
77. Neifert MR. Clinical aspects of lactation: promoting breastfeeding success. *Clin Perinatol* 1999; 26(2): 281-306.
78. Clemons RM. Issues in newborn care. *Prim Care* 2000;27(1):251-67.
79. Ball TM, Bennett DM. The economic impact of breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48(1):253-62.
80. Howard CR, Howard FM, Weitzman M, Lawrence R. Antenatal formula advertising: another potential threat to breast-feeding. *Pediatrics* 1994; 94(1): 102-4.
81. Levin A. Humane neonatal care initiative. *Acta Paediatr* 1999; 88(4):353-5.
82. Berens PD. Prenatal, intrapartum, and postpartum support of the lactating mother. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48(2):365-75.
83. Fergusson DM, Woodward LJ. Breast feeding and later psychosocial adjustment. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1999;13(2):144-57.
84. Toma TS. Iniciativa hospital amigo da criança. In: *Violando a norma 1996: relatório nacional das violações à Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes*. São Paulo; 1996. p. 5.
85. UNICEF. Normas e rotinas para o incentivo ao aleitamento materno. In: Brasília; 1983.

86. Toma TS. Situação do aleitamento materno no Brasil. In: Violando a norma 1996: relatório nacional das violações à Norma Brasileira para Comercialização de alimentos para Lactentes. São Paulo; 1996. p. 4.
87. North K, Fleming P, Golding J. Pacifier use and morbidity in the first six months of life. *Pediatrics* 1999;103(3):E34.
88. Niemela M, Pihakari O, Pokka T, Uhari M. Pacifier as a risk factor for acute otitis media: A randomized, controlled trial of parental counseling. *Pediatrics* 2000;106(3):483-8.
89. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, et al. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. *Jama* 2001;286(3):322-6.
90. Weiderpass E, Béria JU, Barros FC. Epidemiologia do consumo de medicamentos no primeiro trimestre de vida em centro urbano do Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1998;32(4):335-44.
91. UNICEF. A nutrição em foco. In: Situação Mundial da Infância 1998. Brasília, 1998.
92. American Academy of Pediatrics. Committee on Pediatric Research. Race/ethnicity, gender, socioeconomic status-research exploring their effects on child health: a subject review. *Pediatrics* 2000;105(6):1349-51.
93. Gornick ME. The association of race/socioeconomic status and use of medicare services: a little-known failure in access to care. *Ann N Y Acad Sci* 1999;896:497-500.
94. Ronsaville DS, Hakim RB. Well child care in the United States: racial differences in compliance with guidelines. *Am J Public Health* 2000;90(9):1436-43.
95. Laws MB. Race and ethnicity in biomedical and health services research. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155(8):972-3.
96. Thomas SB. The color line: race matters in the elimination of health disparities. *Am J Public Health* 2001;91(7):1046-8.
97. Friedman DJ, Cohen BB, Averbach AR, Norton JM. Race/ethnicity and OMB Directive 15: implications for state public health practice. *Am J Public Health* 2000;90(11):1714-9.
98. IBGE. Características sociais e econômicas. In: Tendências demográficas: uma análise dos censos demográficos e da contagem da população de 1996. Rio de Janeiro; 1999. p. 28.

99. Benzecry R, Arkader J. Mortalidade Materna. In: Benzecry R, Oliveira HC, Lemgruber I, editors. *Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO*. Rio de Janeiro: Revinter; 2000; p.159-63.
100. Eiden RD, Teti DM, Corns KM. Maternal working models of attachment, marital adjustment, and the parent-child relationship. *Child Dev* 1995;66(5):1504-18.
101. Axinn WG, Thornton A. The influence of parents' marital dissolutions on children's attitudes toward family formation. *Demography* 1996;33(1):66-81.
102. Kitzmann KM. Effects of marital conflict on subsequent triadic family interactions and parenting. *Dev Psychol* 2000;36(1):3-13.
103. Belsky J. Experimenting with the family in the newborn period. *Child Dev* 1985;56(2):407-14.
104. Solomon M. The fruits of their labors: a longitudinal exploration of parent personality and adjustment in their adult children. *J Pers* 2000;68(2):281-308.
105. Erel O, Burman B. Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 1995;118(1):108-32.
106. Graham MV. Parental sensitivity to infant cues: similarities and differences between mothers and fathers. *J Pediatr Nurs* 1993;8(6):376-84.
107. Benzie KM, Harrison MJ, Magill-Evans J. Impact of marital quality and parent-infant interaction on preschool behavior problems. *Public Health Nurs* 1998;15(1):35-43.
108. Floyd FJ, Gilliom LA, Costigan CL. Marriage and the parenting alliance: longitudinal prediction of change in parenting perceptions and behaviors. *Child Dev* 1998;69(5):1461-79.
109. Shaw DS, Vondra JI, Hommerding KD, Keenan K, Dunn M. Chronic family adversity and early child behavior problems: a longitudinal study of low income families. *J Child Psychol Psychiatry* 1994;35(6):1109-22.
110. Teti DM, Gelfand DM. Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child Dev* 1991;62(5):918-29.
111. Barlow J, Coren E. Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2001;2.
112. Erel O, Margolin G, John RS. Observed sibling interaction: links with the marital and the mother- child relationship. *Dev Psychol* 1998;34(2):288-98.

113. Fewell RR, Casal SG, Glick MP, Wheeden CA, Spiker D. Maternal education and maternal responsiveness as predictors of play competence in low birth weight, premature infants: a preliminary report. *J Dev Behav Pediatr* 1996;17(2):100-4.
114. Uchudi JM. Covariates of child mortality in Mali: does the health-seeking behaviour of the mother matter? *J Biosoc Sci* 2001;33(1):33-54.
115. Impicciatore P, Bosetti C, Schiavio S, Pandolfini C, Bonati M. Mothers as active partners in the prevention of childhood diseases: maternal factors related to immunization status of preschool children in Italy. *Prev Med* 2000;31(1):49-55.
116. Scochi CG, Lima RA, Delácio LB, Morais GR. O conhecimento de puerperas sobre o cuidado com o recém-nascido: avaliação da influência da internação em uma maternidade de um hospital-escola. *R Bras Enferm* 1992;45(1):36-43.
117. Hemminki E, Gissler M. Quantity and targeting of antenatal care in Finland. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72(1):24-30.
118. Rodrigues CS, Ladeira RM, Magalhães HM, Laudares S. Sistema de informação sobre nascidos vivos - SINASC: a experiência de Belo Horizonte. *Rev Méd Minas Gerais* 1994;4(4):2-7.
119. Guyer B, Hughart N, Strobino D, Jones A, Scharfstein D. Assessing the impact of pediatric-based development services on infants, families, and clinicians: challenges to evaluating the Health Steps Program. *Pediatrics* 2000;105(3):E33.
120. Brody GH, Flor DL. Maternal resources, parenting practices, and child competence in rural, single-parent African American families. *Child Dev* 1998;69(3):803-16.
121. Barnard KE, Magyary D, Sumner G, Booth CL, Mitchell SK, Spieker S. Prevention of parenting alterations for women with low social support. *Psychiatry* 1988;51(3):248-53.
122. Parsons ML. Health promoting organizations: a systems model for advanced practice. *Holist Nurs Pract* 1999;13(4):80-9.
123. Pridham K, Lin CY, Brown R. Mothers' evaluation of their caregiving for premature and full-term infants through the first year: contributing factors. *Res Nurs Health* 2001;24(3):157-69.
124. Pinto LM, Vitolo MR, Grotta MB. Estudo comparativo entre diferentes abordagens educativas no sistema de alojamento conjunto. *Rev Ciênc Méd* 1998;7(3):95-102.
125. Miller SJ. Prenatal nursing assessment of the expectant family. *Nurse Pract* 1986;11(5):40, 5, 9-52.

126. Kitoko PM, Réa MF, Venancio SI, Vasconceles ACCP, Santos EKA, Monteiro CA. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. *Cad Saúde Pública* 2000;16(4):1111-9.
127. Silva LM, Tobias LT, Ribeiro MAF, Araújo E, Sant'Ana RL, Pereira NDV, et al. Aleitamento materno: uso e abandono da população florianopolitana. In: XXI Congresso Brasileiro de Pediatria, 1979; Brasília (DF).
128. Pare DA. Culture and meaning: expanding the metaphorical repertoire of family therapy. *Fam Process* 1996;35(1):21-42.
129. North Stone K, Fleming P, Golding J. Socio-demographic associations with digit and pacifier sucking at 15 months of age and possible associations with infant infection. The ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. *Early Hum Dev* 2000;60(2):137-48.
130. Schalka MMS, Rodrigues CRMD. A importância do médico pediatra na promoção a saúde bucal. *Rev Saúde Pública* 1996;30(2):179-86.
131. Darela AC, Longhinoti LB, Peres AS, Fortes LC, Guimarães MR, Romano AR, et al. Hábitos e comportamentos familiares e a promoção da saúde bucal. *Rev Paul Pediatría* 1999;17(2):68-73.
132. Tomasi E, Victora CG, Post PR, Olinto MTA, Béhague D. Uso de chupeta em crianças: contaminação fecal e associação com diarreia. *Rev Saúde Pública* 1994;28(5):373-9.
133. Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annu Rev Psychol* 2001;52:1-26.
134. Lawrance L, McLeroy KR. Self-efficacy and health education. *J Sch Health* 1986;56(8):317-21.
135. Bahn D. Social learning theory: its application in the context of nurse education. *Nurse Educ Today* 2001;21(2):110-7.
136. Wendland-Carro J, Piccinini CA, Millar WS. The role of an early intervention on enhancing the quality of mother- infant interaction. *Child Dev* 1999;70(3):713-21.
137. Freitag MK, Belsky J, Grossmann K, Grossmann KE, Scheuerer-Englisch H. Continuity in parent-child relationships from infancy to middle childhood and relations with friendship competence. *Child Dev* 1996;67(4):1437-54.

138. Belsky J, Friedman SL, Hsieh KH. Testing a core emotion-regulation prediction: does early attentional persistence moderate the effect of infant negative emotionality on later development? *Child Dev* 2001;72(1):123-33.

8 NORMAS ADOTADAS

Ficha catalográfica (descritores)

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de informações em Ciências da Saúde.
DeCs – Descritores em ciência da saúde: lista alfabética 2. ed. Rev. Amp. São Paulo:
BIREME, 1992. 111p.

Relatório:

Normas para elaboração de Dissertação do Curso de Mestrado em Ciências Médicas.
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado em Ciências
Médicas. Florianópolis-SC, 2001.

Referências:

Normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Vancouver)
International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts
submitted to biomedical journals. *Ann Inter Med* 1997; 126:36-47.
d'Acampora AJ. *Investigação Experimental – do planejamento à redação final*. 1a.ed.
Florianópolis: Papa-Livro; 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Modelo proposto de consulta pediátrica pré-natal

Plano de execução da consulta proposto pela pesquisa, ou seja, a consulta pediátrica pré-natal fundamentada na consulta pré-natal breve recomendada pela Academia Americana de Pediatria desde 1984.

Tipo de Procedimento	Objetivo	Divulgação da consulta pediátrica pré-natal	Conteúdo Programático da Consulta	Duração da Consulta	Estratégias de ensino usadas na abordagem das gestantes	Material didático	Avaliação
Consulta pediátrica pré-natal realizada entre 28-40 semanas de gestação	Descrever e aplicar um modelo de consulta pediátrica pré-natal para mulheres no terceiro trimestre de gestação, bem como verificar a adesão destas aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido	<ul style="list-style-type: none"> - divulgar a consulta através de cartazes e curso de gestantes - agendar a partir de 25 semanas de gestação - realizar a consulta entre 28-40 semanas de gestação com a gestante ou gestante parceiro - apresentar envolvidos médico/gestante - explicar sobre importância e objetivos da consulta - desenvolver conteúdo programático - esclarecer dúvidas da gestante ou gestante parceiro - fixar conteúdo exposto - entregar folheto educativo sobre cuidados de promoção e proteção em saúde do recém-nascido 	<ul style="list-style-type: none"> - realização de seis ou mais consultas pré-natais - Incentivo ao aleitamento materno; - técnicas de pega - cuidados com as mamas - Orientações sobre imunizações; - Vacinação materna contra tétano - Vacinação BCG e contra hepatite B do recém-nascido - Orientações sobre a realização do teste do pezinho até 5 dias de vida do recém-nascido; - Orientações sobre o não uso da chupeta; - Orientações sobre o uso de medicação do recém-nascido, com receita médica 	<p>Tempo integral de 45 minutos:</p> <p>30 minutos para exposição teórico-prática</p> <p>15 minutos para esclarecer dúvidas</p>	Colóquio alternado com discussão e técnicas de anamnese	Folheto educativo, cartazes e boneca	Protocolo de pesquisa para avaliar os resultados obtidos

APÊNDICE 2

Folheto Educativo sobre os cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido propostos pela consulta pediátrica pré-natal

MENSAGEM AOS FUTUROS PAIS

A consulta pediátrica pré-natal é um novo tipo de consulta que os pais devem realizá-la antes da criança nascer.

É um dever dos pais e um direito da criança participar desta consulta.

Leia e guarde com atenção estas orientações sobre saúde e as realize quando seu filho nascer.

Parabéns por ter participado desta consulta! Você contribuiu para saúde do seu futuro filho.

Retornos

Retornar ao Centro de Saúde Agronômica entre 7-9º dia de vida do recém-nascido e entre 28-30º dia.

Consultar com Dra. Leonice Tobias, 2ª feira ou 5ª feira, das 13-17 horas.

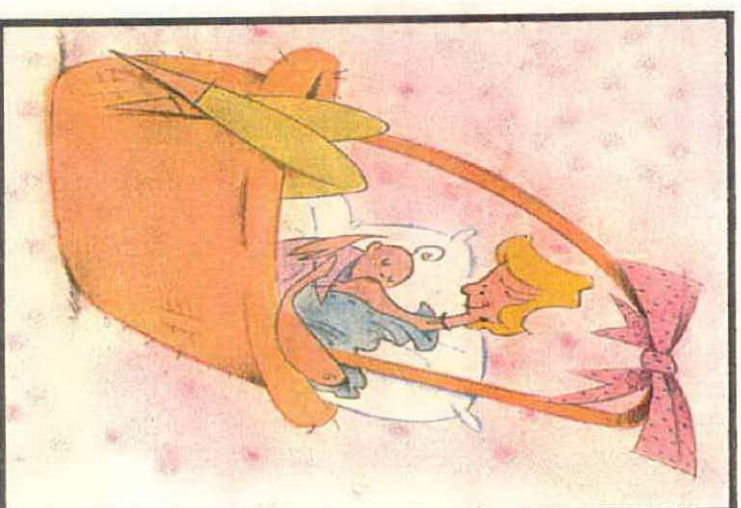
Traga seu filho, isto é muito importante para que ele tenha saúde.

Dra: Leonice Tobias

Orientador: Carlos Alberto Justo e Silva
Centro de Saúde Agronômica
Prefeitura Municipal de Florianópolis

Centro de Saúde Agronômica
Prefeitura Municipal de Florianópolis

CONSULTA PEDIÁTRICA PRÉ-NATAL



**Orientação sobre a saúde de
seu filho.**

**Consulta pediátrica é dever da
mãe e direito da criança.**



1 Acredite que não existe leite fraco



5 Retire o leite quando for necessário (Ordenha)

9. Dê medicamentos para seu bebê apenas por ordem médica.



2 Quando mais o bebê mamar, mais leite você produz



6 Conheça os direitos da mãe trabalhadora.



10. Leve seu para emergência só em casos graves. Evite levá-lo por gripe, choro, problemas de pele



3 Coloque o bebê na posição correta para mamar.



7 Nunca use bicos, chupetas, chupinhas ou mamadeiras.

11 Faça pré-natal, no mínimo 6 consultas



4 Cuide adequadamente das mamas.



8. Faça o teste do pezinho até o 5º dia de vida



12 Vacinar seu filho significa prevenir doenças. **VACINE!!!**



APÊNDICE 3

Cartaz de divulgação da consulta pediátrica pré-natal

CONSULTA PEDIÁTRICA PRÉ-NATAL



**MARQUE UM ENCONTRO COM
O PEDIATRA DO POSTO
AGRONÔMICA ENTRE 28 E 40
SEMANAS DE GESTAÇÃO E
DISCUTA SOBRE SAÚDE DE
SEU FUTURO FILHO.
AVISE ESTA NOVIDADE AOS
OUTROS FUTUROS PAIS.**

**CENTRO DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS**

APÊNDICE 4

Termo de consentimento pós-informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta é uma entrevista feita com a mãe após o nascimento do bebê. A entrevista é feita quando a criança tem entre 7º e 9º e entre 28º e 30º dias de vida. Essa entrevista faz parte de um estudo que avalia os cuidados de saúde que a mãe faz para a criança desde a sua gravidez até 28 dias de idade.

Consentimento

Eu recebi uma cópia e li as informações acima ditas. Foram explicados para mim a maneira como é feita a entrevista e para que serve este estudo. Compreendo exatamente o que acontecerá a mim e sei que não há riscos em fornecer estas informações.

Nome completo da puérpera: _____

Assinatura: _____

Local: _____ **Data:** ____ / ____ / ____

Nome do médico responsável: _____

Assinatura: _____

Local: _____ **Data:** ____ / ____ / ____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A consulta pediátrica pré-natal é um novo tipo de consulta feita pelo pediatra em consultório, que os pais podem realiza-la antes da criança nascer. O objetivo é buscar saúde para o seu filho; ainda dentro do útero. Esta consulta é realizada em torno do 7º ao 9º mês de gravidez, com duração de 45 minutos. O pediatra orienta os pais sobre os cuidados com o recém-nascido e os meios de evitar as doenças e fala sobre vantagens do aleitamento materno, vacinas, teste do pezinho, não uso de chupeta, uso de medicação sem receita médica, vacinação da mãe contra o tétano e realização de seis ou mais consultas pré-natais.

Esta consulta é um direito da criança e um dever dos pais realizá-la. Fazendo esta consulta, a criança só terá benefícios.

Consentimento

Eu recebi uma cópia e li as informações acima ditas. Foram explicados para mim a maneira como é feita a entrevista e para que serve este estudo. Compreendo exatamente o que acontecerá a mim e sei que não há riscos em fornecer estas informações.

Nome completo da puérpera: _____

Assinatura: _____

Local: _____ **Data:** ____ / ____ / ____

Nome do médico responsável: _____

Assinatura: _____

Local: _____ **Data:** ____ / ____ / ____

APÊNDICE 5

Protocolo de Pesquisa

Dissertação do Mestrado de Ciências Médica da Universidade Federal de Santa Catarina.

PROTOCOLO DE PESQUISA

Consulta pediátrica pré-natal na promoção e proteção de saúde do recém nascido.

O protocolo de pesquisa foi aplicado em mulheres, no Centro de Saúde Agrônômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, pela entrevistadora contratada, tanto no grupo controle quanto no grupo pesquisa, entre o 7º e o 9º dia e entre o 28º e o 30º dia de puerpério para pesquisar cuidados de saúde realizados em seus respectivos recém-nascidos.

Grupo Pesquisa ()

Grupo Controle ()

CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DAS MULHERES

Número do questionário: _____

Data primeira entrevista: __/__/____

Data segunda entrevista: __/__/____

Nome: _____

Endereço: _____

Raça ou cor: 1 - branca () 2 - preta () 3 - parda () 4 - indígena () 5 - amarela ()

Data de nascimento da puérpera: __/__/____

Profissão: _____

Renda individual: _____

Contra hepatite B em até 5 dias: Sim () Não () Número de dias : _____

Teste do pezinho em até 5 dias de vida do RN:
Sim () Não () Número de dias : _____

Uso de chupeta: Sim () Não ()

Vacinação materna contra o tétano: Sim () Não ()

Número de consultas pré-natal: 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 ou mais ()

Sabia sobre a importância do cuidado com recém-nascido e fez o cuidado de saúde:

Consultas de pré-natal em nº de 6 ou mais ()

Vacinação materna ()

Aleitamento materno ()

Teste do pezinho em até 5 dias ()

Vacinação do recém-nascido BCG em até 5 dias()

Vacinação do recém-nascido hepatite B em até 5 dias ()

Não uso de chupeta ()

Uso de remédio para recém nascido com receita médica ()

Sabia sobre a importância do cuidado com recém-nascido mas não fez o cuidado de saúde:

Consultas de pré-natal em nº de 6 ou mais ()

Vacinação materna ()

Aleitamento materno ()

Teste do pezinho em até 5 dias ()

Vacinação do recém-nascido BCG em até 5 dias()

Vacinação do recém-nascido hepatite B em até 5 dias ()

Não uso de chupeta ()

Uso de remédio para recém nascido com receita médica ()

Não sabia sobre a importância do cuidado com recém-nascido mas fez o cuidado de saúde:

Consultas de pré-natal em nº de 6 ou mais ()

Vacinação materna ()

Aleitamento materno ()

Teste do pezinho em até 5 dias ()

Vacinação do recém-nascido BCG em até 5 dias()

Vacinação do recém-nascido hepatite B em até 5 dias ()

Não uso de chupeta ()

Uso de remédio para recém nascido com receita médica ()

Não sabia sobre a importância do cuidado com recém-nascido e não fez o cuidado de saúde:

Consultas de pré-natal em nº de 6 ou mais ()

Vacinação materna ()

Aleitamento materno ()

Teste do pezinho em até 5 dias ()

Vacinação do recém-nascido BCG em até 5 dias ()

Vacinação do recém-nascido hepatite B em até 5 dias ()

Não uso de chupeta ()

Uso de remédio para recém nascido com receita médica ()

Teve contato com alguma mãe que fez a consulta pediátrica pré-natal:

Sim ()

Não ()

Peso do recém-nascido ao nascer: _____ g.

Apgar do recém-nascido ao nascer 5º minuto: _____

Ausência de mal formações: Sim () Não ()

Participou de grupo de gestante: Sim () Não ()

Participação do parceiro no pré-natal: Sim () Não ()

Participação do parceiro na consulta pediátrica pré-natal:

Sim ()

Não ()

Aprendizado prévio:

Familiares: Mãe () Pai () Avó ()

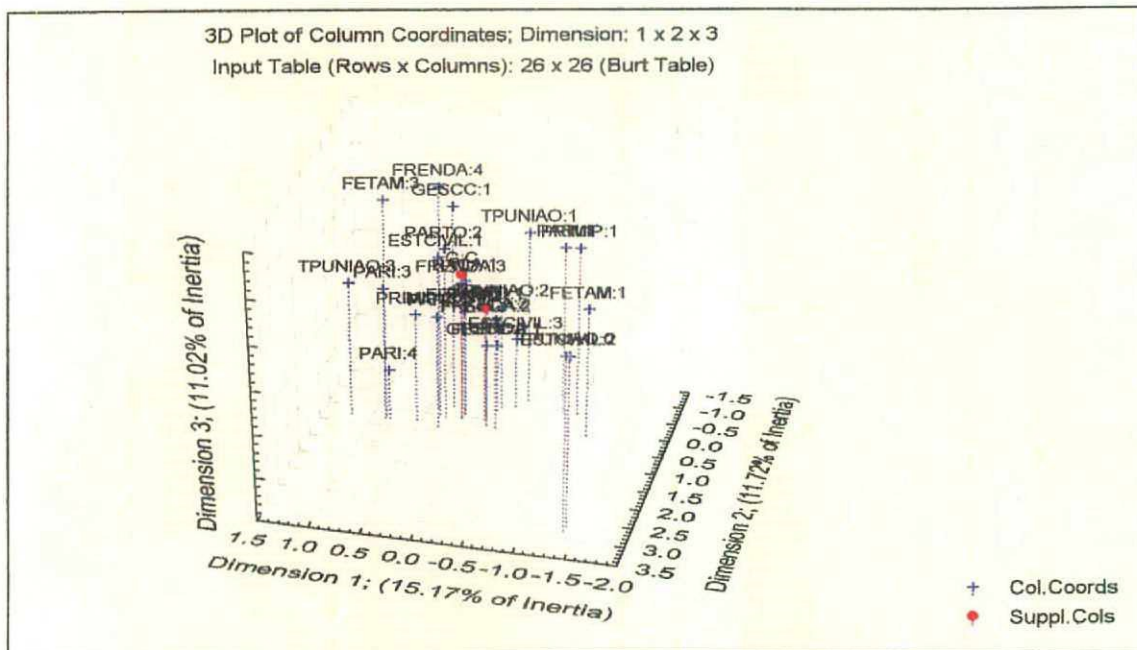
Meios de Comunicação: Livro () TV ()

Profissionais de Saúde: Agente de Saúde () Enfermeiro () Médico ()

Outros: Vizinha () Amigo () Sogra () Outros ()

APÊNDICE 6

Análise de Correspondência Múltipla para variáveis: escolaridade, faixa etária, renda familiar, tempo de união, estado civil, paridade e adesão aos cuidados de saúde do recém-nascido grupo controle e pesquisa



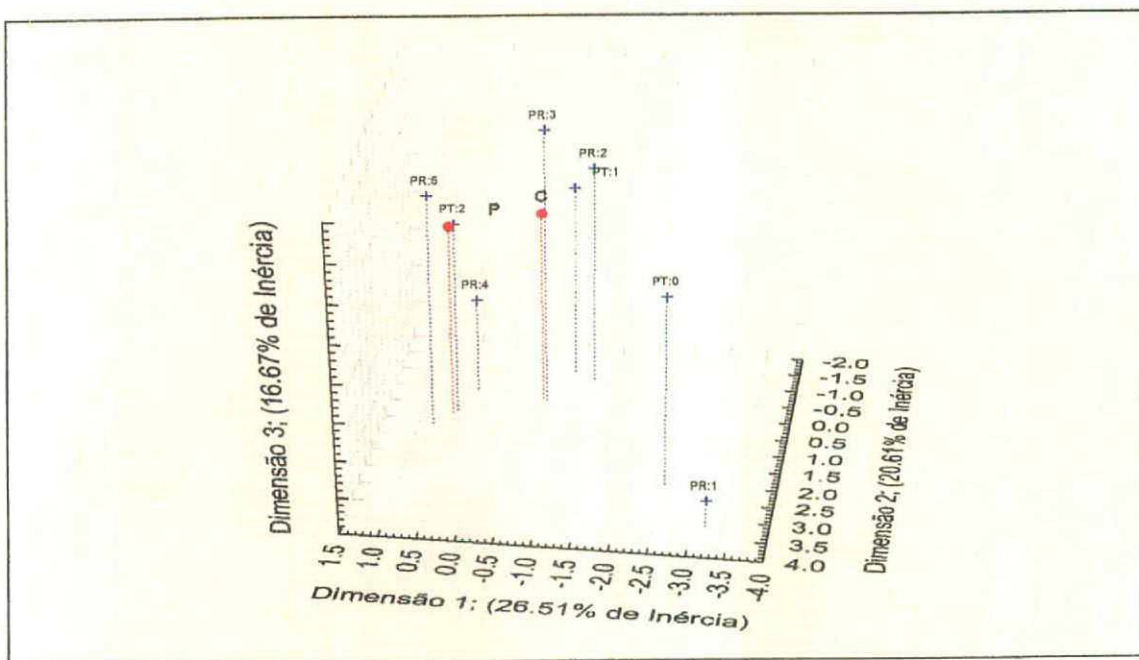
Apêndice 6 – Análise de Correspondência Múltipla para variáveis: escolaridade, faixa etária, renda familiar, tempo de união, estado civil, paridade e adesão aos cuidados de saúde do recém-nascido grupo controle e pesquisa.

LEGENDA:

A:0	Grupo pesquisa
A:1	Grupo controle
GESCC:1	Escolaridade \geq 11 anos de estudo
GESCC:2	Escolaridade \leq 11 anos de estudo
FETAM:1	18 a 20 anos
FETAM:2	\geq 20 a 29 anos
FETAM:3	\geq 29 a 35 anos
FRENDA:1	Renda familiar de 1 salário mínimo
FRENDA:2	Renda familiar de 2 salários mínimos
FRENDA:3	Renda familiar de 3 salários mínimos
FRENDA:4	Renda familiar de 4 salários mínimos
PARI:1	Um filho
PARI:2	Dois filhos
PARI:3	Três filhos
PARI:4	Quatro filhos
ESTCIVIL:1	Solteiras
ESTCIVIL:2	Casadas
ESTCIVIL:3	União consensual
TPUNIAO:0	Solteiras
TPUNIAO:1	Até um ano
TPUNIAO:2	De um a cinco anos
PRIMI	Uma gestação
MULTI	Mais de uma gestação
P:0	Ausência do parceiro no pré-natal
P:1	Presença do parceiro no pré-natal

APÊNDICE 7

Análise de Correspondência Múltipla para variáveis renda, tipo de parto e adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido



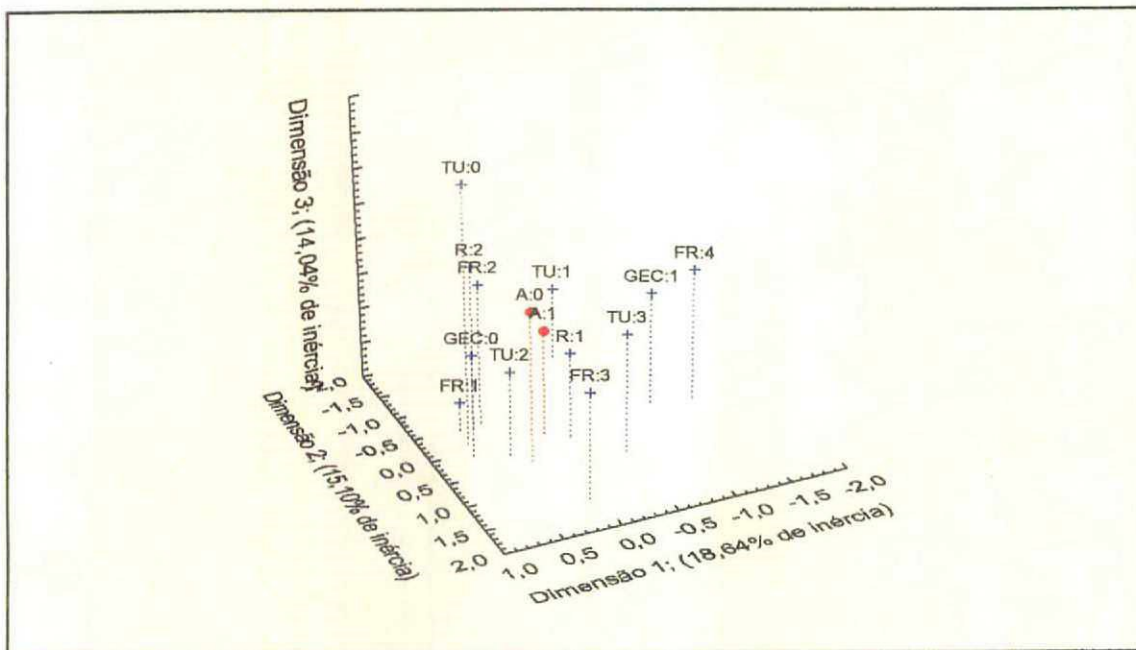
Apêndice 7 – Análise de Correspondência Múltipla para variáveis renda, tipo de parto e adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde para o recém-nascido.

LEGENDA:

- P Grupo pesquisa
- C Grupo controle
- TP:1 Parto vaginal
- TP:2 Parto cesáreo
- FR:1 Renda familiar de 1 salário mínimo
- FR:2 Renda familiar de 2 salários mínimos
- FR:3 Renda familiar de 3 salários mínimos
- FR:4 Renda familiar de 4 salários mínimos

APÊNDICE 8

**Análise de Correspondência Múltipla para variáveis categóricas:
raça, escolaridade, renda familiar, tempo de união do casal e
adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do
recém-nascido nos grupos controle e pesquisa**



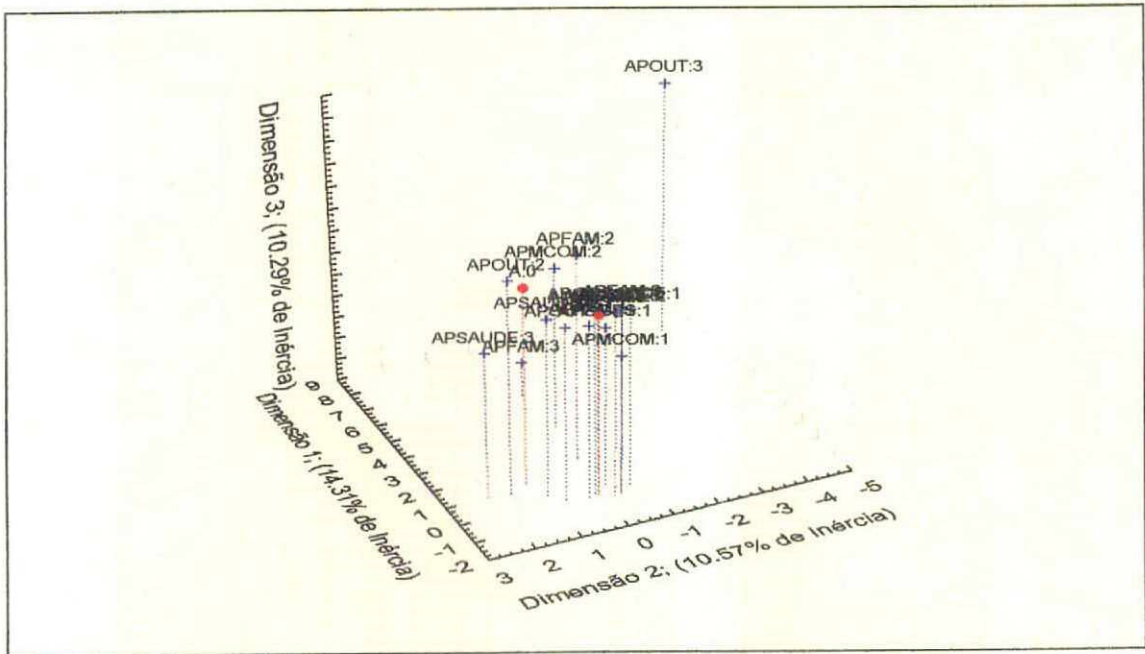
Apêndice 8 – Análise de Correspondência Múltipla para variáveis categóricas: raça, escolaridade, renda familiar, tempo de união do casal e adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido nos grupos controle e pesquisa.

LEGENDA:

- A:0 Grupo pesquisa
- A:1 Grupo controle
- R:1 Raça ou cor branca
- R:2 Raça ou cor preta
- GEC:0 ≥ 11 anos de escolaridade
- GEC:1 ≤ 11 anos de escolaridade
- FR:1 Renda familiar de 1 salário mínimo
- FR:2 Renda familiar de 2 salários mínimos
- FR:3 Renda familiar de 3 salários mínimos
- FR:4 Renda familiar de 4 salários mínimos
- TU:0 Solteiras
- TU:1 Tempo de união do casal até um ano
- TU:2 Tempo de união do casal de um a cinco anos
- TU:3 Tempo de união do casal mais de cinco anos

APÊNDICE 9

Análise de Correspondência Múltipla. Variável exposição prévia às orientações sobre cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido e adesão a estes cuidados



Apêndice 9 – Análise de Correspondência Múltipla. Variável exposição prévia às orientações sobre cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido e adesão a estes cuidados.

LEGENDA:

- APFAM:1 Orientações recebidas de familiares (pais)
- APFAM:2 Orientações recebidas de familiares (avós)
- APFAM:3 Orientações recebidas de familiares (irmãos)
- APCOM:1 Orientações recebidas de meios de comunicação (televisão)
- APCOM:2 Orientações recebidas de meios de comunicação (jornal)
- APCOM:3 Orientações recebidas de meios de comunicação (rádio)
- APG Orientações recebidas em grupo de gestantes
- APOUT:1 Orientações recebidas de outros (vizinhos)
- APOUT:2 Orientações recebidas de outros (sogros)
- APOUT:3 Orientações recebidas de outros (outros)

APÊNDICE 10

Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agrônômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo a adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido

APÊNDICE 10 - Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agronômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo a adesão aos cuidados de promoção e proteção de saúde do recém-nascido

Adesão aos cuidados de promoção e proteção em saúde do recém-nascido	Grupo controle		Grupo pesquisa	
	n	%	n	%
Adesão	7	8,14	47	54,65
Não adesão	79	91,86	39	45,35
Total	86	100,00	86	100,00

FONTE: Centro de Saúde Agronômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001

APÊNDICE 11

Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agronômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo contato com mulheres que já tivessem realizado a consulta pediátrica pré-natal

APÊNDICE 11 – Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agrônômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo contato com mulheres que já tivessem realizado a consulta pediátrica pré-natal

Contato com puérpera que já havia realizado a consulta	Grupo controle		Grupo pesquisa	
	n	%	n	%
Sim	0	0,00	0	0,00
Não	86	100,00	86	100,00
Total	86	100,00	86	100,00

FONTE: Centro de Saúde Agrônômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001.

APÊNDICE 12

Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agrônômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo a participação em grupo de gestante

APÊNDICE 12 – Distribuição das mulheres dos grupos controle e pesquisa do Centro de Saúde Agrônômica, no período de 2 de janeiro a 31 de outubro de 2001, segundo a participação em grupo de gestante

Participação em grupos de gestantes	Grupo controle		Grupo pesquisa	
	n	%	n	%
Sim	42	48,84	49	56,98
Não	44	51,16	37	43,02
Total	86	100,00	86	100,00

FONTE: Centro de Saúde Agrônômica/Secretaria de Saúde de Florianópolis, janeiro a outubro/2001.

APÊNDICE 13

Tabela de Burt – Resultados das frequências e suas respectivas categorias após análise de correspondência múltipla, segundo variáveis bio-sociodemográficas dos grupos controle e pesquisa. Centro de Saúde Agrônômica, período de 02 de janeiro a 31 de outubro de 2001.

Tabela de Burt – Resultados das frequências e suas respectivas categorias após análise de correspondência múltipla, segundo variáveis bio-sociodemográficas dos grupos controle e pesquisa. Centro de Saúde Agrônômica, no período de 02 de janeiro a 31 de outubro de 2001.

	FETAM	FETAM	FETAM	RACA	RACA	FRENDA	FRENDA	FRENDA	FRENDA	FRENDA	FRENDA	FRENDA	FRENDA	GESCC	GESCC	PARI	PARI	PARI	PARI	PARI	PARI	PRIMP	PRIMP
	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
FETAM:1	33	0	0	25	8	8	15	7	23	4	24	9	23	9	23	8	2	3	0	20	13		
FETAM:2	0	108	0	78	30	28	37	23	40	20	70	38	40	38	40	27	21	20	20	36	72		
FETAM:3	0	0	31	23	8	8	8	6	9	14	10	21	9	21	8	8	8	8	6	5	26		
RACA:1	25	78	23	126	0	28	40	28	30	30	74	52	50	35	50	35	24	17	42	84			
RACA:2	8	30	8	0	46	11	20	8	22	7	30	16	22	16	22	8	7	7	9	19	27		
FRENDA:1	8	28	3	28	11	39	0	0	16	10	31	8	16	8	23	16	10	6	7	14	25		
FRENDA:2	15	37	8	40	20	0	60	0	23	0	41	19	23	19	23	17	11	11	9	19	41		
FRENDA:3	7	23	6	28	8	0	0	0	36	0	22	14	15	14	18	9	6	6	4	15	21		
FRENDA:4	3	20	14	30	7	0	0	0	37	0	10	27	18	27	7	7	8	8	4	13	24		
GESCC:0	24	70	10	74	30	31	41	22	40	10	104	0	40	68	40	32	19	14	23	36	68		
GESCC:1	9	38	21	52	16	8	19	14	27	0	0	0	32	32	72	0	0	0	3	25	43		
PARI:1	23	40	9	50	22	16	23	15	18	18	40	32	12	40	43	0	0	0	0	61	11		
PARI:2	8	27	8	35	8	10	17	6	7	8	24	19	0	19	0	0	0	0	0	0	0	43	
PARI:3	2	21	8	24	7	6	11	6	8	8	17	14	0	14	0	0	31	0	0	0	0	31	
PARI:4	0	20	6	17	9	7	9	6	4	4	23	3	0	3	0	0	0	0	26	0	26		
PRIMP:1	20	36	5	42	19	14	19	15	13	13	36	25	61	25	0	0	0	0	0	61	0		
PRIMP:2	13	72	26	84	27	25	41	21	24	24	68	43	11	49	43	31	26	31	26	0	111		
ESTCIVIL:1	11	68	25	80	24	18	33	27	26	26	55	49	41	55	26	22	22	22	15	34	70		
ESTCIVIL:2	7	7	2	9	7	2	7	3	4	4	13	3	8	3	5	2	1	2	1	8	8		
ESTCIVIL:3	15	33	4	37	15	19	20	6	23	12	36	16	7	16	12	7	7	7	10	19	33		
TPUNIAO:1	7	6	2	9	6	2	6	3	7	4	12	3	7	3	7	5	2	2	1	7	8		
TPUNIAO:2	10	17	5	24	8	10	13	2	20	7	13	19	20	19	20	4	4	4	1	18	14		
TPUNIAO:3	16	56	9	60	21	19	29	19	14	14	55	26	42	26	22	8	8	8	15	35	46		
PARTO:1	0	29	15	33	11	8	12	12	3	12	24	20	3	43	27	9	24	24	15	1	43		
PARTO:2	7	76	16	83	35	28	43	24	23	14	75	43	52	29	20	7	7	7	11	20	34		
G-P	20	55	11	59	27	22	34	18	12	12	57	29	37	29	21	12	12	12	16	32	54		
G-C	13	53	20	67	19	17	26	18	25	47	39	35	22	47	39	35	22	19	10	29	57		
Total	330	1080	310	1260	460	390	600	360	370	1040	680	720	430	310	260	610	1110						

Legenda:

ETAM - Faixa etária

ETAM:1 = 18 < 20 anos

ETAM:2 ≥ 20a < 29 anos

ETAM:3 = ≥ 29a 35 anos

Raça = Raça: 1 = Branca

Raça: 2 = Preta

Freenda = Renda familiar

Freenda: 1 = Um salário mínimo

Freenda: 2 = Dois salários mínimos

Freenda: 3 = Três salários mínimos

Freenda: 4 = Quatro ou mais salários mínimos

GESC = Escolaridade

GESC: 0 = Escolaridade < 11 anos

GESC: 1 = Escolaridade ≥ 11 anos

Pari = Número de filhos

Pari: 1 = Um filho

Pari: 2 = Dois filhos

Pari: 3 = Três filhos

Pari: 4 = Quatro ou mais filhos

Primp = Número de gestações

Primp: 1 = Primiparas

Primp: 2 = Multiparas

Estcivil = Estado civil

Estcivil: 1 = Solteiras

Estcivil: 2 = Casadas

Estcivil: 3 = Único consensual

TPunião = Tempo de união

TPunião: 0 = Sem união

TPunião: 1 = Um ano de união

TPunião: 2 = um a cinco anos de união

TPunião: 3 = Mais de cinco anos de união

Parto = Tipo de parto

Parto: 1 = Vaginal

Parto: 2 - Cesáreo

GP = Grupo Pesquisa

GC = Grupo Controle

APÊNDICE 14

Tabela de Burt – Resultados das frequências e suas respectivas categorias após análise de correspondência múltipla, segundo a variável exposição prévia as orientações de saúde do recém-nascido nos grupos controle e pesquisa. Centro de Saúde Agrônômica, período de 02 de janeiro a 31 de outubro de 2001.

APÊNDICE 15

Tabela de Burt - Resultados das frequências e suas respectivas categorias após análise de correspondência múltipla, segundo adesão aos cuidados de saúde do recém-nascido no grupo controle e pesquisa. Centro de Saúde Agrônômica, período de 02 de janeiro a 31 de outubro de 2001.

Tabela de Burt - Resultados das freqüências e suas respectivas categorias após análise de correspondência múltipla, segundo adesão aos cuidados de saúde do recém-nascido no grupo controle e pesquisa. Centro de Saúde Agrônômica, período de 02 de janeiro a 31 de outubro de 2001.

	G	G	A	A	TP	TP	VM	VM	VRN	VRN	CH	CH	CPN	CPN	ME	ME	Total
	P	C	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	
G:P	86	0	0	86	2	84	5	81	1	85	33	53	4	82	7	79	688
G:C	0	86	3	83	28	58	28	58	28	58	30	56	63	23	38	48	688
A:0	0	3	3	0	2	1	2	1	2	1	3	0	1	2	1	2	24
A:1	86	83	0	169	28	141	31	138	27	142	60	109	66	103	44	125	1352
TP:0	2	28	2	28	30	0	11	19	29	1	11	19	22	8	12	18	240
TP:1	84	58	1	141	0	142	22	120	0	142	52	90	45	97	33	109	1136
VM:0	5	28	2	31	11	22	33	0	11	22	15	18	22	11	14	19	264
VM:1	81	58	1	138	19	120	0	139	18	121	48	91	45	94	31	108	1112
VRN:0	1	28	2	27	29	0	11	18	29	0	11	18	22	7	12	17	232
VRN:1	85	58	1	142	1	142	22	121	0	143	52	91	45	98	33	110	1144
CH:0	33	30	3	60	11	52	15	48	11	52	63	0	23	40	19	44	504
CH:1	53	56	0	109	19	90	18	91	18	91	0	109	44	65	26	83	872
CPN:0	4	63	1	66	22	45	22	45	22	45	23	44	67	0	32	35	536
CPN:1	82	23	2	103	8	97	11	94	7	98	40	65	0	105	13	92	840
ME:0	7	38	1	44	12	33	14	31	12	33	19	26	32	13	45	0	360
ME:1	79	48	2	125	18	109	19	108	17	110	44	83	35	92	0	127	1016
Total	688	688	24	1352	240	1136	264	1112	232	1144	504	872	536	840	360	1016	11008

Legenda:

GP = Grupo pesquisa

GC = Grupo controle

A:0 = Não uso do aleitamento materno

A:1 = Uso do aleitamento materno

TP:0 = Não realização do teste do pezinho até 5 dias

TP:1 = Realização do teste do pezinho até 5 dias

VM:0 = Não realização de vacinação materna contra tétano

VM:1 = Realização de vacinação materna contra tétano

VRN:0 = Não realização de vacinação do recém-nascido BCG e contra hepatite B

VRN:1 = Realização de vacinação do recém-nascido BCG e contra hepatite B

CH:0 = Não uso de chupeta

CH:1 = Uso de chupeta

CPN:0 = Não realização de seis ou mais consultas pré-natais

CPN:1 = Realização de seis ou mais consultas pré-natais

ME:0 = Não uso de medicação com receita médica

ME:1 = Uso de medicação com receita médica

ANEXOS

ANEXO 1

Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARNA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Parecer

Processo nº: 082/2000

Projeto de Pesquisa: Consulta pediátrica pré-natal como promoção de saúde do recém-nascido

Pesquisador Responsável: Carlos Alberto Justo da Silva

Instituição: UFSC

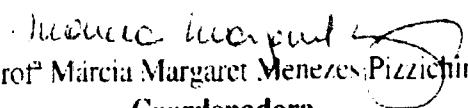
Parecer dos Relatores:

- aprovado
- reprovado
- com pendência (detalhes pendência)*
- retirado
- aprovado e encaminhado ao CONEP

Justificativa: O projeto é bem descrito e fundamentado, contendo todas as etapas necessárias; o tema é relevante; o pesquisador revela conhecimentos sobre o assunto. Inclui toda a documentação necessária e está de acordo com os termos das Resoluções 196/96 e 251/97 e que todas as pendências foram adequadamente esclarecidas pelo pesquisador responsável. O parecer é pela aprovação do presente projeto e consentimento informado. Recomendamos a entrega do orçamento detalhado.

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado, por unanimidade, em reunião deste Comitê na data de 30/10/2000.

Florianópolis, 30/10/2000.


Profª Márcia Margaret Menezes Pizzichini
Coordenadora



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Projeto de Pesquisa: CONSULTA PEDIÁTRICA PRÉ-NATAL COMO PROMOÇÃO DE SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO			
2. Área de Conhecimento (Ver relação no verso)		3. Código: 401	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 2 a 4) E
MEDICINA			
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)		6. Código(s): 9	7. Fase: (Só área temática 3) K () II () III () IV ()
9			
8. Unitermos: (3 opções) : <i>Consulta Pediátrica Pré-Natal</i>			
SUJEITOS DA PESQUISA			
9. Número de sujeitos No Centro: Total: 270		10. Grupos Especiais: <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião/Feto () Relação de Dependência (Estudantes, Militares, presidiários, etc.) () Outros (x) Não se aplica () : <i>gestantes - puérperas e seus recém-nascido</i>	
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
11. Nome: CARLOS ALBERTO JUSTO DA SILVA			
12. Identidade: IR 1043737		13. CPF.: 200289629-15	19. Endereço (Rua, n.º): Centro de Ciências da Saúde - CCS
14. Nacionalidade: Brasileira		15. Profissão: Funcionário Público / Médico	20. CEP: 88040-900
16. Maior Titulação: DOUTORADO		17. Cargo: Professor Adjunto IV	21. Cidade: Florianópolis
		22. U.F. SC	23. Fone: 331-9525
18. Instituição a que pertence: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA		24. Fax:	
		25. E-mail: paraná@ccs.ufsc.br	
Título de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima			
Data: 03/10/2000			
Assinatura			
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO			
26. Nome: Centro de Saúde Agronômica e Centro de Saúde Mont Serrat		29. Endereço (Rua, n.º): Rui Barbosa, s/n - Fpolis R: Clement Bóves, s/n	
27. Unidade/Orgão: Prefeitura Municipal de Florianópolis		30. CEP: 88.025-701 CEP: 88.000-00	31. Cidade: Florianópolis
32. U.F. SC		33. Fone: 351.9913	
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (X)		34. Fax:	
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (X) Nacional (X) Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
Título de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Nome: Manoel Américo Barros Filho		Cargo: Secretário da Saúde - Município de Florianópolis	
Data: 03/10/2000		Assinatura	
PATROCINADOR			
Não se aplica (X)			
36. Nome:		39. Endereço:	
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:
38. Cargo/Função:		42. U.F.	43. Fone:
		44. Fax:	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP			
45. Data de Entrada: 11/10/2000		46. Registro no CEP: 082/00	47. Conclusão: Aprovado (X) Data: 30/10/2000
		48. Não Aprovado () Data: / /	
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: 12/12/2001 Data: / /			
Encaminho a CONEP: 50. Os dados acima para registro ()		51. O projeto para apreciação ()	
52. Data: 01/11/2000		53. Coordenador/Nome: <i>Marcia M...</i> Prul: Marcia M... Assinatura: Marcia M... CNPq: Marcia M... CNPq: Marcia M...	
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP			
54. N° Expediente:		56. Data Recebimento:	
55. Processo:		57. Registro no CONEP:	
58. Observações:			