EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DO RISCO
GRAVÍDICO PRÉ-NATAL E INTERCONCEPCIONAL

①

NELLY MARTINS FERREIRA ^{we} CANDEIAS

Tese de doutoramento apresenta
da à Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo, De
partamento de Prática de Saúde
Pública, para obtenção do tí-
tulo de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. RUTH SANDOVAL MARCONDES

São Paulo
1979

A meu marido,

José Alberto

Alguém me disse, há alguns anos, que o principal objetivo de uma comunidade acadêmica é a mútua ajuda, o estímulo e a crítica construtiva que seus membros podem trocar na busca do conhecimento científico. Entretanto, é preciso chegar-se a uma situação real para compreender a magnitude e o significado dessa observação. No meu caso, a ocasião concretizou-se durante a elaboração desta tese.

Como ocorre nessas circunstâncias, é difícil dizer quem não contribuiu para o aperfeiçoamento do presente estudo. Observações ocasionais, idéias geradas pelo trabalho de outros, conversas aparentemente não relacionadas com o tema em estudo podem ter um profundo efeito no desenvolvimento de uma pesquisa desta natureza. Faço, por isso, meus agradecimentos com a esperança, não a certeza, de mencionar todos que se interessaram pelo assunto e contribuíram com sugestões no período que antecedeu à apresentação final do presente estudo.

Sinto-me especialmente grata:

À PROFESSORA RUTH SANDOVAL MARCONDES, responsável pela Disciplina Educação em Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pela orientação e interesse contínuos e generosa disponibilidade, apesar de seu expediente sobrecarregado por atividades didáticas e administrativas e assessorias dentro e fora do País.

AO PROFESSOR JOSÉ ALBERTO NEVES CANDEIAS, pela valiosa ajuda e incentivo contínuo durante a realização do presente trabalho.

AO PROFESSOR WALTER SIDNEY PEREIRA LESER, pelo tempo inestimável que dedicou a este trabalho e pelo muito que tem contribuído para minha formação acadêmica e profissional.

À FUNDAÇÃO FORD pelo auxílio financeiro concedido.

Aos PROFESSORES PEDRO AUGUSTO MARCONDES DE ALMEIDA e DOMINGOS DELASCIO, pelas condições que me proporcionaram junto ao Serviço de Obstetrícia do Hospital São Paulo, na Escola Paulista de Medicina.

Ao PROFESSOR MAGID IUNES, pelas facilidades que sempre pôs à minha disposição e pelo estímulo constante à minha vida profissional.

Ao PROFESSOR RUY LAURENTI, pelo tempo que dedicou à leitura do original e pelas oportunas sugestões que apresentou.

Ao DOUTOR ELIAS RODRIGUES PAIVA, pelo tratamento estatístico dos dados e pela cuidadosa revisão do original.

Ao PROFESSOR RUBENS MURILLO MARQUES, pelo tempo dispensado à discussão de alguns aspectos deste trabalho.

Às DOUTORAS MARIA HELENA PRADO DE MELLO JORGE e ROSA ROSEMBERG KRAUSZ e aos PROFESSORES CYRO CIARI JUNIOR e JOÃO YUNES por sugestões durante a elaboração do formulário.

Aos PROFESSORES JOSÉ MARIA PACHECO DE SOUZA e EUNICE PINHO DE CASTRO SILVA por sugestões referentes ao tamanho da amostra.

A LIAO FU FONG e a SIANG WUNG SONG, pela solicitude demonstrada na elaboração e execução dos programas de processamento de dados.

Às DOUTORAS NEUSA MARIA VIGORITO e PRESCILLA CHOW pelo cuidado com que realizaram o levantamento dos dados clínicos.

Ao DOUTOR FÁBIO FERNANDO DE ARAÚJO, pelos contínuos esclarecimentos e pelo interesse que sempre demonstrou por este trabalho.

À SUZANA KALKMAN e à CRISTINA LEOPOLDO E SILVA, auxiliares técnicas da pesquisa.

Às DOUTORAS MYRTA NAGY e EDNA SBRISSA, pela coleta de dados.

Ao DOUTOR ALBERTO CARVALHO DA SILVA, da Fundação FORD do Brasil, pela atenção dispensada durante o desenvolvimento deste trabalho.

Ao DOUTOR CARLOS GAMBOA, da Biblioteca Regional de Medicina da Organização Panamericana de Saúde, pela obtenção de artigos científicos.

A VICTOR FREYRE DE CARVALHO, pelo entusiasmo com que participou em trabalhos de pesquisa bibliográfica.

À DAISY PIRES NORONHA, pelo levantamento e revisão da bibliografia.

A ANTONIO ALVES ANDRADE, CORNÉLIA PROTA FERREIRA, ELIZABETE GARCIA DE SOUZA e ELIZABETE MARTA GOMES, pela realização de trabalhos de datilografia.

As QUATROCENTOS E QUATRO MULHERES que pacientemente responderam às perguntas formuladas pelas entrevistadoras.

Í N D I C E

	<u>Pág</u>
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	8
2.1. Risco Gravídico.....	9
2.1.1. Variáveis Relacionadas com o Risco Gravídico.....	9
2.1.2. Conceito de Risco Gravídico.....	22
2.1.3. Identificação do Risco Gravídico.....	24
2.1.4. Critérios para Avaliação do Risco Gravídico.....	26
2.1.5. Prevenção do Risco Gravídico.....	33
3. OBJETIVOS.....	45
4. METODOLOGIA.....	48
4.1. Método Utilizado na Coleta de Dados: Survey.....	49
4.1.1. Definição.....	49
4.1.2. Classificação.....	51
4.1.3. Conteúdos Estudados	53
4.2. Técnica Utilizada na Coleta - de Dados:	
Entrevista Estruturada.....	54
4.2.1. Vantagens e Desvantagens da Entrevista Estruturada.....	55
4.3. Elaboração do Formulário.....	58
4.3.1. Seleção de Palavras.....	58
4.3.2. Perguntas Abertas e Fechadas.....	59
4.3.3. Enfoque Indireto Para Perguntas Embaraçosas.....	61
4.3.4. Número de Palavras Incluídas nas Perguntas.....	61

	<u>Pág</u>
4.3.5. Verificação do Conhecimento.....	62
4.3.6. Respostas Dirigidas.....	62
4.3.7. Tamanho do Formulário.....	64
4.4. Variáveis Seleccionadas.....	65
4.4.1. Variáveis Dependentes.....	65
4.4.2. Variáveis Independentes.....	65
4.5. Hipóteses.....	67
4.6. Fase Preliminar da Pesquisa.....	75
4.7. Amostra.....	77
4.8. Coleta de Dados.....	77
4.9. Revisão Crítica.....	77
4.10. Codificação.....	78
4.11. Perfuração e Processamento de Dados.....	78
4.12. Análise Estatística.....	78
4.13. Utilização e Apresentação dos Dados Levantados.....	79
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	80
5.1. Caracterização Sócio-Econômica da População Amostral.....	81
5.1.1. Componentes do Modelo.....	81
5.1.2. Nível Sócio-Econômico.....	89
5.1.3. Renda Mensal Per Capita.....	90
5.1.4. Caracterização do Domicílio.....	91
5.1.5. O Fenômeno Sociolinguístico.....	98
5.2. Outras Características da População Amostral.....	102
5.2.1. Local de Procedência.....	102
5.2.2. Idade.....	104
5.2.3. Paridade.....	106
5.2.4. Idade na Primeira Relação Se- xual e na Primeira Gravidez.....	110

	<u>Pág</u>
5.2.5. Opinião sobre a Idade Ideal para ter o Primeiro Filho.....	113
5.2.6. Número desejado de filhos.....	115
5.2.7. História Obstétrica.....	118
5.2.8. Intervalo.....	119
5.2.9. Condições Sociais; Salário e Escolaridade.....	120
5.2.10. Resultado da Gravidez e Tipo de Ocorrência.....	123 ✓
5.2.11. Idade Gestacional e Peso ao Nascer.....	126
5.2.12. Filhos Vivos e Perda Reprodutiva.....	129 ✓
5.3. Risco Gravídico.....	131
5.4. Assistência Pré-Natal.....	137
5.4.1. Trimestre da Gestação em que a Assistência Pré-Natal teve Início e Mulheres sem Assistência Pré-Natal.....	137
5.4.2. Atitudes e Práticas na Área da Assistência Pré-Natal.....	138
5.4.3. Barreiras que Prejudicam a Assistência Pré-Natal.....	143
5.4.4. Número de Visitas a Serviços de Assistência Pré-Natal.....	147
5.4.5. Expectativas em Relação à Assistência Pré-Natal, Tempo Despendido da Residência à Clínica e Tempo de Espera.....	148
5.4.6. Preferência pelo Sexo do Médico.....	151
5.4.7. Trimestre da Gestação em que a Assistência Pré-Natal Teve Início e Risco Gravídico	153
5.4.8. Trimestre da Gestação em que a Assistência Pré-Natal teve início e Variáveis Incluídas no Sistema de Avaliação de PERKIN	156
5.4.9. Outros Fatores de Risco: Local de Procedência, Estado Civil e Atitudes em Relação à Gravidez	175

	<u>Pág</u>
6. EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA	196
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES.....	209
8. RECOMENDAÇÕES.....	222
9. RESUMOS	226
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	231
11. ANEXOS (VOLUME À PARTE)	
I. FORMULÁRIO	
II. MANUAL DE INSTRUÇÕES	
III. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA PARA GESTANTES E PUÉRPERAS.	

ÍNDICE DE QUADROS

<u>Nº</u>	<u>Pág.</u>
1 - NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO	89
2 - RENDA PER CAPITA MENSAL (SALÁRIO MÍNIMO).....	90
3 - CARACTERÍSTICAS RELATIVAS À POSSE DA RESIDÊNCIA	92
4 - MULHERES ENTREVISTADAS SEGUNDO INDIVÍ- DUO MENCIONADO COMO CHEFE DO DOMICÍLIO.....	93
5 - NÚMERO DE CÔMODOS UTILIZADOS COMO DOR- MITÓRIO.....	94
6 - NÚMERO MÉDIO DE PESSOAS POR CÔMODO.....	95
7 - TIPO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA DOMICI- LIAR	96
8 - INSTALAÇÃO SANITÁRIA	97
9 - DESTINAÇÃO DE DEJETOS DOMICILIARES.....	98
10 - LOCAL DE PROCEDÊNCIA.....	103
11 - ESTADO CIVIL	104
12 - IDADE	105
13 - MULHERES COM MENOS DE 20 ANOS.....	106
14 - PARIDADE	108
15 - IDADE DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL.....	110
16 - IDADE DA PRIMEIRA GRAVIDEZ.....	111

A análise das perguntas não respondidas parece indicar que as entrevistadas não tenham tido acesso a um mínimo de informações necessárias, evidenciando isto uma séria barreira à tomada de decisões racionais, em prejuízo da saúde materno-infantil do grupo em estudo.

6.3 Tempo Disponível Para Fazer Perguntas

Houve interesse em saber até que ponto se considerou suficiente o tempo disponível para fazer perguntas. Para fins de análise estatística agruparam-se os dados conforme quadro a seguir.

QUADRO 84 - ASSOCIAÇÃO ENTRE OPINIÃO A RESPEITO DO TEMPO DISPONÍVEL PARA PERGUNTAS E ESCOLARIDADE

ESCOLARIDADE	TEMPO PARA PERGUNTAS		TOTAL	PROPORÇÃO DE TEMPO SUFICIENTE
	SUFICIENTE	INSUFICIENTE		
Primário Incompleto	124	64	188	0,659574
Primário Completo	99	17	115	0,852173
TOTAL	222	81	303	0,732673

Qui-quadrado calculado = 13,51*

A proporção de mulheres que consideram suficiente o tempo disponível para perguntas é significativamente menor no grupo de mulheres com primário incompleto: como se ob-

<u>nº</u>	<u>Pág</u>
31 - RISCO GRAVÍDICO E IDADE.....	136
32 - RISCO GRAVÍDICO DE MULHERES PRIMÍPARAS E NÃO PRIMÍPARAS.....	136
33 - TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSIS - TÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO.....	137
34 - RAZÕES QUE IMPEDIRAM O INÍCIO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL (APN) NO PRIMEI- RO TRIMESTRE DA GESTAÇÃO.....	144
35 - RAZÕES QUE IMPEDIRAM O COMPARECIMENTO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL (APN).....	145
36 - RAZÕES QUE IMPEDIRAM O COMPARECIMENTO A SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL , SEGUNDO RISCO GRAVÍDICO.....	146
37 - VISITAS A SERVIÇOS DE ASSISTENCIA PRÉ -NATAL	147
38 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE MULHERES COM QUEIXAS E SEM QUEIXAS MÉDICAS EM RELAÇÃO ÀS EXPECTATIVAS QUANTO À AS - SISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	149
39 - TEMPO DESPENDIDO PARA CHEGAR À CLÍNI- CA (MINUTOS).....	150
40 - TEMPO DE ESPERA ANTES DA CONSUL TA PRÉ-NATAL	150
41 - TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSIS- TÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E RISCO GRAVÍDICO (PERKIN).....	154
42 - TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSIS TÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E RISCO GRAVÍDICO.....	154

<u>nº</u>	<u>Pág</u>
43 - RELAÇÃO ENTRE RISCO GRAVÍDICO E TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO.....	155
44 - TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E IDADE.....	157
45 - RELAÇÃO ENTRE IDADE E TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO.....	158
46 - TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E PARIDADE.....	160
47 - RELAÇÃO ENTRE PARIDADE E TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO.....	161
48 - TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E DOENÇAS INTERCORRENTES.....	162
49 - ASSOCIAÇÃO ENTRE DOENÇAS INTERCORRENTES E TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO.....	163
50 - NÚMERO DE VISITAS REALIZADAS POR MULHERES COM E SEM DOENÇAS INTERCORRENTES.....	164
51 - TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E ÓBITOS FETAIS	166
52 - ASSOCIAÇÃO ENTRE TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E ÓBITOS FETAIS.....	166
53 - TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO, SEGUNDO HISTÓRICO COM CASOS DE CRIANÇAS COM DEFEITOS CONGÊNITOS E ÓBITOS INFANTIS.....	167

<u>nº</u>	<u>Pág</u>
54 - ASSOCIAÇÃO ENTRE TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO, SEGUNDO HISTÓRICO COM CASOS DE CRIANÇAS COM DEFEITOS CON- GENITOS E ÓBITOS INFANTIS.....	168
55 - TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A AS - SISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E INTERVALO (MESES).....	169
56 - RELAÇÃO ENTRE INTERVALO E TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ -NATAL TEVE INÍCIO.....	169
57 - ASSOCIAÇÃO ENTRE INTERVALO E TRIMES- TRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊN - CIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO.....	170
58 - ASSOCIAÇÃO ENTRE INTERVALO E TRIMES- TRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊN - CIA PRÉ- NATAL TEVE INÍCIO.....	170
59 - TRIMESTRE EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ- NATAL TEVE INÍCIO E RENDA PER CAPITA MENSAL (SALÁRIO MÍNIMO).....	172
60 - ASSOCIAÇÃO ENTRE RENDA PER CAPITA MEN SAL (SALÁRIO MÍNIMO) E TRIMESTRE DE GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NA- TAL TEVE INÍCIO.....	173
61 - TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSIS- TÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E ESCOLA RIDADE (PRIMÁRIO COMPLETO E INCOMPLETO).....	174
62 - ASSOCIAÇÃO ENTRE ESCOLARIDADE E ASSIS TÊNCIA PRÉ-NATAL	174
63 - TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSIS- TÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO, SEGUNDO LOCAL DE PROCEDÊNCIA	176
64 - RELAÇÃO ENTRE LOCAL DE PROCEDÊNCIA E TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSIS- TÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO.....	177

<u>nº</u>	<u>Pág</u>
65 - TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSIS- TÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E ESTA- DO CIVIL.....	178
66 - ASSOCIAÇÃO ENTRE TRIMESTRE EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E ESTADO CIVIL.....	179
67 - ASSOCIAÇÃO ENTRE ESTADO CIVIL E ATI- TUDES EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ.....	181
68 - ASSOCIAÇÃO ENTRE MULHERES COM MENOS DE 21 ANOS, DE ACORDO COM ESTADO CI- VIL E ATITUDES EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ.....	182
69 - ASSOCIAÇÃO ENTRE MULHERES COM 21 A 29 ANOS, DE ACORDO COM ESTADO CIVIL E ATITUDES EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ.....	183
70 - RELAÇÃO ENTRE PARIDADE E ATITUDES EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ DE MULHERES CA- SADAS.....	184
71 - ASSOCIAÇÃO ENTRE PARIDADE E ATITU- DES EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ DE MULHE- RES CASADAS.....	185
72 - ASSOCIAÇÃO ENTRE PARIDADE E ATITU- DES EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ DE MU- LHERES CASADAS.....	185
73 - RELAÇÃO ENTRE PARIDADE E ATITUDES EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ DE MULHERES COM 21 A 29 ANOS DE IDADE.....	186
74 - RELAÇÃO ENTRE PARIDADE E ATITUDES EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ DE MULHERES COM 21 A 29 ANOS.....	187
75 - ASSOCIAÇÃO ENTRE PARIDADE E ATITUDES EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ DE MULHERES COM 21 A 29 ANOS.....	187

76 -	RELAÇÃO ENTRE PARIDADE E ATITUDES EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ DE MULHERES COM 30 ANOS OU MAIS.....	188
77 -	ASSOCIAÇÃO ENTRE ATITUDES EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ DE MULHERES CASADAS E RISCO GRAVÍDICO (PERKIN).....	189
78 -	ASSOCIAÇÃO ENTRE ATITUDES DOS MARI- DOS EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ E RISCO GRAVÍDICO (PERKIN) DAS MULHERES.....	190
79 -	ASSOCIAÇÃO ENTRE ATITUDES EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ DE MULHERES SOLTEIRAS E RISCO GRAVÍDICO (PERKIN).....	191
80 -	ASSOCIAÇÃO ENTRE ATITUDES DOS COM PANHEIROS DAS MULHERES SOLTEIRAS EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ E RISCO GRAVÍDICO (PERKIN).....	191
81 -	ASSOCIAÇÃO ENTRE TRIMESTRE DA GESTA- ÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E ATITUDES DE MULHERES CA- SADAS EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ.....	193
82 -	ASSOCIAÇÃO ENTRE TRIMESTRE DA GESTA- ÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E ATITUDES DE MULHERES SOLTEIRAS EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ.....	194
83 -	ASSOCIAÇÃO ENTRE TRIMESTRE DA GESTA- ÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ - NATAL DE MULHERES CASADAS TEVE INÍCIO E ATITUDES DOS MARIDOS OU COMPANHEIROS EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ.....	195

- É a primeira vez que a senhora vem ao pré-natal?
- Desta vez é.
- Em que mês a senhora está?
- Sexto, acho.
- Quantos filhos a senhora tem?
- Este é o nove.
- A senhora queria este nenê?
- Não queria não... É muita coisa.
- Por quê? Dá trabalho?
- Se dá. Estou ficando velha. Ainda bem que a minha mãe ficou com quatro, lá no norte. Os meus dois últimos foram com fórceps. Em dezembro fiz uma operação. Vida dura. A senhora sabe... vagina... "perina"... Fiquei doze dias no hospital, três depois da operação. Vida dura. E agora esperando outra vez. Não é hora. Mas Deus quis. Vamos ver o que sai.

(Diálogo em um Serviço Pré-Natal, maio de 1974)

1. INTRODUÇÃO

A meta da Obstetrícia e da Pediatria é alcançar o máximo de qualidade de vida fetal, neonatal e infantil com vistas a garantir a cada indivíduo que se concebe "completo bem-estar físico, mental e social". Esta meta está se tornando cada vez mais importante e problemática. A vida não começa com o nascimento, mas com a gestação e a saúde do feto e da criança dependem muito mais da saúde interconcepcional da mãe do que se pensava até recentemente.

Apesar de a criatividade e o trabalho de muitos médicos ter-se concentrado na área da Saúde Materno-Infantil, dentro de uma perspectiva de Saúde Pública e do ponto de vista da Medicina Preventiva, os resultados têm-se mostrado, algumas vezes, pouco satisfatórios.

Três enfoques poderiam utilizar-se na abordagem desse problema:

- a - disponibilidade de serviços de saúde;
- b - higiene ambiental;
- c - educação em saúde.

Dos enfoques que visam à prevenção, talvez seja a educação em saúde o mais complexo, por não se referir apenas à informação em saúde mas, mais do que isso, à mudança do comportamento humano. O que tem revelado a pesquisa na área do comportamento de mulheres em idade fértil nos períodos pré-natal e interconcepcional? Que na elevação dos níveis de saúde deste grupo há sempre um elemento condicional: se as mães comparecessem ao pré-natal no primeiro trimestre da ges-

tação, se comparecessem regularmente às consultas médicas, se adotassem a orientação recebida durante o período interconcepcional, e assim sucessivamente. Este "se" prende-se ao conceito de prevenção, representando um típico problema de Educação em Saúde.

A obtenção de níveis elevados de saúde relaciona-se intimamente ao nível sócio-econômico da população a quem os programas se dirigem. Quanto mais elevado o nível de um grupo, maior probabilidade terá o mesmo de seguir recomendações médicas e de adotar comportamentos de natureza preventiva. Mesmo nos casos em que se removem ou minimizam custos, a renda continua a associar-se com o comportamento preventivo. Porém, afirmar que, uma vez eliminado o custo, se eliminariam também problemas de saúde de origem comportamental, seria uma afirmação teoricamente simplista⁸⁰. Estudos realizados em grupos com alta renda evidenciaram que 37% não adotavam as ações recomendadas com vistas à prevenção do câncer e que 40% não escovavam os dentes após uma ou mais refeições^{62, 76}. SHAPIRO e colaboradores¹⁴⁹ observaram que, mesmo quando se reduzia o custo do atendimento médico, continuavam a existir variações entre os grupos étnicos no que se refere à assistência pré-natal. A mesma displicência ocorre, na área da imunização, onde, apesar de haver mecanismos seguros para eliminar doenças infecciosas, milhares de crianças continuam a não ser vacinadas. Fenômeno análogo observa-se na área da Nutrição, onde são frequentes doenças por excesso de consumo⁹².

Embora a pobreza seja um fator de risco, o ato do indivíduo submeter-se ou não a recomendações médicas inde-

pende de barreiras financeiras. Mesmo que estas fossem eliminadas, nem por isso se chegaria aos resultados desejados⁸⁰. Significa isto que, atrás daquele "se" comprometedor, há todo um conjunto de elementos interdependentes, decorrentes dos sistemas de valor, da personalidade individual e do bom senso que, afinal, condicionam o comportamento de modo tão variável e imprevisível.

A aceitação da idéia de que a doença pode ser prevenida depende de diversos fatores. Em primeiro lugar, da capacidade de perceber a existência de uma relação causa-efeito associada com o fenómeno doença. Indivíduos com pouca experiência e baixa escolaridade necessitam "ver para crer", tornando-se difícil aceitar o fato de que certos elementos invisíveis ocasionem doenças. Em segundo lugar, compreendida a relação de causalidade, torna-se necessário acreditar que o homem pode controlar o agente etiológico. Em populações de baixo nível sócio-econômico, tal constatação abalaria as convicções de indivíduos fatalistas que acreditam no destino e na incapacidade humana de controlá-lo⁸². Em terceiro lugar, o conceito de prevenção torna-se complexo na medida em que a ação faz com que algo não ocorra. Assim, nem sempre é possível demonstrar o êxito em Medicina Preventiva; se algo deixou de ocorrer em virtude da aplicação da medida preventiva, nem por isso se pode garantir que não ocorreria sem sua interferência⁸². A situação agrava-se na medida em que indivíduos educados interpretam estatísticas com uma lógica que não se estende a camadas populacionais menos privilegiadas⁸⁰. Finalmente, é sempre problemático solicitar que se faça algo no presente para evitar doenças no futuro. Em relação a camadas

desprivilegiadas, resta saber até que ponto seria desejável submeterem-se a práticas incômodas, no presente, com vistas a evitar possíveis consequências no futuro¹³².

Tal problemática reflete-se claramente na área da Saúde Materno-Infantil, no que respeita à assistência médica nos períodos pré-natal e interconcepcional. É preciso que mulheres em idade fértil adotem medidas que permitam evitar ou controlar os riscos inerentes à gestação. Há sempre um risco na saúde da mãe que não pode ser totalmente eliminado mas, a par desse irredutível mínimo, há riscos que podem e devem ser controlados durante a assistência pré-natal e, em seguida, no período interconcepcional. A prevenção desse tipo de risco apresenta, como referido, um contingente de natureza comportamental. Cabe à Educação em Saúde levar as gestantes a iniciar a assistência pré-natal no primeiro trimestre, a fazer visitas regulares durante a gravidez e a seguir a orientação recebida. É preciso que elas procurem a assistência pré-natal tão logo se apercebam da gravidez a fim de que se submetam a um exame completo, recebendo o tratamento adequado. Tal preocupação assume particular importância em gestações de alto-risco. Tem-se então a possibilidade de orientar a futura mãe sobre cuidados a tomar durante a gravidez, de prepará-la para o parto, dissipando inquietações e reduzindo riscos que contribuem para aumentar a morbimortalidade infantil. Igualmente significativo é o papel da Educação em Saúde durante o período interconcepcional. É preciso que as mulheres com risco gravídico compareçam regularmente a serviços de atendimento médico, a fim de que, fatores capazes de prejudicar a gravidez subsequente,

sejam oportunamente controlados.

Mostra a experiência, entretanto, que, mesmo em países onde existem bons serviços de atendimento médico, são justamente as mulheres mais necessitadas de tratamento e orientação as que menos comparecem, problema este do âmbito da Educação em Saúde¹⁰⁹.

Em São Paulo, nem todas as unidades de assistência materno-infantil oficiais possuem serviços de assistência pré-natal. Naquelas que os possuem, o atendimento está, não raramente, a cargo de médicos não especializados. Por outro lado, é ainda significativo o déficit de leitos hospitalares destinados à maternidade no Estado, particularmente no interior, embora sejam os mesmos suficientes para o atendimento da população da Capital. A assistência deficitária proporcionada a mulher no ciclo gravídico-puerperal, soma-se a ignorância das gestantes que, muitas vezes, só utilizam os serviços disponíveis no período final da gestação. O número de comparecimento das gestantes para consulta médica é, em geral, muito reduzido, oscilando de 2 a 4 visitas antes da ocorrência do parto¹⁴⁶.

Dados apresentados no XI Congresso de Ginecologia e Obstetrícia, em 1975, confirmam estas considerações. No Brasil, a maioria das gestantes ainda morre em consequência de problemas evitáveis, como hemorragia, infecções e toxemia. Comprova isto que, com acesso a uma assistência médica nem sempre eficiente e sem ter um nível cultural que lhes permita reconhecer a validade da assistência pré-natal, as

gestantes, em grande parte previdenciárias do INPS, representam um dos pontos mais vulneráveis do setor saúde⁵²

Tais considerações justificam o interesse dispensado ao presente estudo que, basicamente, representa uma contribuição da Educação em Saúde para a prevenção do risco gravídico pré-natal e interconcepcional. Esperamos que o mesmo permita aos órgãos de planejamento da Secretaria da Saúde adotar uma política mais sistemática no que concerne à Educação em Saúde de mulheres em idade fértil.

2. CONSIDERAÇÕES GERAIS

2.1 Risco Gravídico

2.1.1 Variáveis Relacionadas com o Risco Gravídico

2.1.1.1 Idade e Paridade

A utilização do método de investigação epidemiológica em países de diferentes níveis de desenvolvimento sócio-econômico tem permitido o acúmulo sistemático de dados que evidenciam claramente o relacionamento entre idade e paridade da mãe e morbimortalidade materno-infantil.

Existe uma associação entre estas duas variáveis e perda reprodutiva, definida como 'perda de vida desde a fecundação do óvulo até o quinto ano de idade'¹⁵⁹. Em geral, tem-se focalizado o efeito da idade e paridade em termos dos seguintes fatores: mortalidade e complicações maternas; mortalidade perinatal e mortalidade infantil; defeitos congênitos, desenvolvimento mental e comportamento anormais durante a infância; finalmente, características psicológicas que afetam o comportamento.

Ao realizar revisão crítica de estudos desenvolvidos na área, relata NORTMAN¹⁶⁵ que, em relação à idade, não admira não ser o risco accidental, visto que envelhecimento e reprodução representam processos biologicamente relacionados. Isto não significa ser sempre perigo

so ter filhos fora da faixa etária ideal, 20 a 29 anos, já que o risco gravídico varia no espaço e no tempo de acordo com o nível sócio-econômico, comprovando, mais uma vez, que fatores sócio-econômicos e culturais determinam, em grande parte, o grau de risco absoluto, mesmo quando não se considera a idade materna. A par disto, é preciso ter-se presente, no entanto, que as curvas de risco por idade em forma de U ou de J, persistem em todos os níveis de risco absoluto, evidenciando que os processos biológicos são, de fato, os principais determinantes do fator idade no risco da reprodução.

A Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância, pesquisa realizada em colaboração e coordenada pela Organização Panamericana da Saúde em escala continental, deixou claro que, além das múltiplas causas de mortalidade infantil, a idade e paridade da mãe se associam a taxas de mortalidade infantil. Nos projetos realizados no Brasil, Chile, El Salvador, México e Estados Unidos, observou-se uma característica constante na relação entre mortalidade neonatal devida a causas perinatais e idade da mãe, sendo mais elevadas as taxas de mortalidade neonatal entre mães com menos de 20 anos. Mostraram os dados, também, que mães com 20 a 24 e 25 a 29 anos acusavam taxas menos elevadas de mortalidade neonatal, aumentan

do a mesma, significativamente, à medida que aumentava a idade da mãe. Da mesma forma, verificou-se haver uma característica constante entre a mortalidade neonatal devida à imaturidade como causa básica ou ~~associada~~ e à idade da mãe. Nos projetos que incluíram dados sobre a idade materna, as taxas de imaturidade foram invariavelmente maiores entre mães com menos de 20 anos ou com mais de 35 anos, localizando-se as taxas mais favoráveis entre mães com idade intermediária. Observou-se, igualmente, que o risco de morrer no período neonatal em consequência de agravos maternos era menor entre crianças nascidas de mães entre 20 e 29 anos, aumentando à medida em que a idade se afasta para menos ou para mais destes limites. O mesmo ocorreu em relação a complicações de gravidez e parto e em relação à anóxia e hipóxia: a mortalidade mostrou-se invariavelmente mais elevada entre os recém-nascidos do grupo de mães mais jovens, aumentando ligeiramente entre recém-nascidos de mães mais idosas¹²⁹.

Dados sobre paridade, obtidos em três dos projetos realizados em determinadas áreas geográficas do Chile, México e Estados Unidos, evidenciam também que as taxas de mortalidade neonatal aumentam rapidamente após o primeiro nascimento, no Chile e nos Estados Unidos, e depois do terceiro nascimento, no México. Crian

ças ocupando o quinto lugar ou outro subsequente, na ordem de nascimento, apresentaram maior probabilidade de morrer por causas perinatais durante o período neonatal. Relação ainda mais estreita observou-se, nos três projetos, entre ordem de nascimento e mortalidade neonatal por imaturidade¹²⁹.

Complementando a ampla documentação levantada pela Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância, outros estudos chamam a atenção para os efeitos da idade e paridade na morbimortalidade materno-infantil. Em São Paulo, verificou-se ser maior a ocorrência de perdas fetais tardias entre mulheres com menos de 20 anos do que entre mulheres com 20 a 29 anos, aumentando a mesma com o crescer da idade para atingir seu valor máximo depois dos 40 anos¹⁵¹. O mesmo ocorreu em relação à mortalidade perinatal, onde o mais baixo valor do coeficiente se observou no grupo de mães com idade entre 20 a 29 anos⁸². Pesquisa realizada nos Estados Unidos mostrou que a taxa de mortalidade associada à gravidez e parto sofria um acréscimo de 10 a 12% por ano, após trinta anos de idade¹³. A incidência de complicações de gravidez e parto, particularmente de hemorragias, toxemia e parto prolongado, foi cerca de três vezes maior entre mulheres com mais de 35 anos do que entre mulheres entre 20 e 30 anos

de idade^{117, 131}. Ao rever estudos que consideram idade e paridade da mãe, menciona ILLSLEY⁶⁹ dados levantados por WOODBURY¹⁶⁷ e YERUSHALMY¹⁷⁰ nos Estados Unidos, confirmando resultados de estudos realizados na Grã-Bretanha a nível local e nacional^{9-16, 23, 63}. Igualmente significativos são os dados levantados pela Pesquisa Britânica de Mortalidade Perinatal que permitiram observar um acentuado aumento da mortalidade infantil à medida que aumentava a idade materna, sendo àquela 54% mais elevada após o quinto parto²⁴.

Pesquisa realizada por LOEB⁸⁶, nos Estados Unidos, acusou maior porcentagem de baixo peso ao nascer entre recém-nascidos de mães com menos de 20 anos do que entre mães com 20 a 24 anos, aumentando a freqüência à medida que a paridade aumentava. Referido por OMRAN¹⁰⁷, o estudo de CHASE mostrou ser maior a freqüência de baixo peso ao nascer, igual ou inferior a 1500 gramas, entre mães com menos de 20 anos do que entre mães com 20 a 29 anos; além disto, mães com idade inferior a 20 anos ou com 20 a 24 anos tinham maior número de crianças com 2501-3000 gramas ao nascer do que mães com 25 a 29 anos.

Torna-se necessário considerar, por outro lado, os efeitos que a paridade parece ter

sobre o atraso mental das crianças. Mais recente e menos documentada, esta associação tem sido explorada por vários pesquisadores. Afirma OMRAN¹⁰⁷ que, quanto a isto, poucos são os estudos significativos entre muitos com generalizações discutíveis. Menciona o autor pesquisa realizada na França⁶⁴ em 1943-44, incluindo aproximadamente 2% dos escolares de 6 a 12 anos, num total de 95.237 crianças, oriundas de 20 regiões do país. Segundo esse estudo, a aplicação do teste de inteligência de René Gilles acusou uma queda na contagem média de crianças com vários irmãos, sendo a idade mental de filhos únicos cerca de dois anos superior à idade mental de crianças com sete ou mais irmãos. Esta associação mostrou-se mais evidente entre filhos de fazendeiros, trabalhadores manuais e pessoal de escritório, sendo menos aparente entre filhos de indivíduos com nível universitário. RECORD e colaboradores¹³³ estudaram 50172 crianças em Birmingham, mencionando a existência de um decréscimo de habilidade verbal em famílias com número maior de filhos. Ao incluir-se a variável nível sócio-econômico na análise, verificou-se aumentar a contagem nos grupos provenientes de estratificações sociais mais elevadas; contudo, o efeito da paridade fez-se sentir já que, em todas as classes sociais, à maior paridade correspondeu, sempre, menor habilidade verbal. Mais recente, o

estudo realizado por REED e REED¹³⁴ mostrou que o QI médio decresce sensivelmente a partir da sexta criança. Mencionados por CLAUSEN e CLAUSEN³⁰, os estudos de DOUGLAS, ELDER e ROSEN sugerem que o declínio de QI associado ao maior número de filhos explica o rendimento acadêmico inferior, pois, em geral, crianças oriundas de famílias menores demonstram maior realização e maior motivação acadêmica do que crianças oriundas de famílias com prole mais numerosa.

Há, portanto, fatores bem identificados de risco inerentes à idade e paridade da mãe. Em relação à idade, afirma BERELSON²⁰ que representaria grande benefício para a humanidade se a reprodução humana se realizasse entre 18 e 35 anos de idade e não entre 15 e 45 anos. Deste modo, o período de reprodução passaria a ter a duração de 17 anos em vez dos 30 anos que correspondem ao período biologicamente natural. Chama o autor a atenção para o benefício potencial que tal redução representaria não só para as crianças como para a sociedade global, se nenhuma mulher desse à luz antes dos 18 ou depois dos 35 anos. Com isto, diminuiria a incidência de mortalidade materna, de abortamentos espontâneos, de complicações da gravidez e, também, de mortalidade perinatal, neonatal e infantil. Além disto, reduzir-se-iam problemas relativos à normalidade da criança, também relacio-

nados à idade materna: prematuridade e baixo peso ao nascer, com distúrbios como epilepsia, atraso mental, surdez e gagueira ocorrem mais freqüentemente entre grupos de mães jovens e mães mais velhas.

2.1.1.2 Intervalo Intergestacional

Não são recentes os estudos sobre os efeitos, para a saúde materno-infantil, do intervalo decorrido entre duas gestações. Em 1923, pesquisa realizada pelo Children's Bureau em oito cidades americanas, durante um período de cinco anos, mostrou ser mais elevado o coeficiente de mortalidade infantil em mulheres com intervalos curtos entre duas gestações, decrescendo o mesmo quando o intervalo ultrapassava um período equivalente a três anos⁶⁸. YERUSHALMY¹⁷¹ verificou, ao levantar dados de cerca de 7 milhões de crianças nativas e natimortas nos Estados Unidos que, a intervalos relativamente curtos e relativamente longos, se associavam coeficientes de prematuridade e de natimortalidade mais elevados do que os coeficientes de prematuridade correspondentes a intervalos mais moderados.

Do mesmo autor, estudo focalizando a história reprodutiva de mulheres com menos de 50 anos, com intervalos conhecidos entre o término de uma gravidez e o início da gravidez subsequen

te, evidenciou, entre outras coisas, o efeito negativo de intervalos excessivamente curtos ou excessivamente longos no que respeita à mortalidade fetal tardia¹⁷².

HOLLEY e colaboradores⁶⁷ realizaram um dos mais completos estudos sobre problemas infantis em 14 centros americanos, analisando dados de 58.000 pacientes. O estudo comparou crianças nascidas com 36 semanas ou mais, depois de decorrido um ano após a gestação anterior, com crianças com a mesma idade gestacional, nascidas após um intervalo de 2 a 5 anos após a gestação anterior. Ao agrupar os pares, consideraram-se os seguintes fatores: hospital onde nasceram, sexo, raça e nível sócio-econômico. Sempre que dois ou mais possíveis controles preenchiam estes requisitos, elegiam-se, também, grupos com idade materna e ordem de nascimento semelhantes. Selecionaram-se, assim, 251 pares, com vistas a estudar as seguintes variáveis: peso ao nascer, idade gestacional, pontuação na escala mental e motora de BAILEY, C.I. STANFORD BINET e exame neurológico anormal ou suspeito durante o primeiro ano de vida. Mostraram os resultados que crianças nascidas após o intervalo de um ano, apresentavam menor peso ao nascer, menores pontuações nas provas de BAILEY aos 8 meses de idade e menor quociente intelectual aos 4 anos

de idade, segundo testes de BINET, do que crianças nascidas após um intervalo de 2 e 5 anos. Em relação à idade gestacional, não se encontrou nenhuma diferença significativa. Tais resultados levaram os autores a afirmar que a rápida sucessão de gestações pode exercer um efeito sobre o feto in utero, mesmo quando se controlam fatores relativos a baixo nível sócio-econômico. Em relação a baixo peso ao nascer, confirmaram os dados de HOLLEY e colaboradores⁶⁷ os resultados do estudo realizado por BISHOP e mencionado por WALLACE¹⁶². Neste, a frequência de baixo peso ao nascer foi de 7,8% para intervalos maiores de 23 meses, 10,3% para intervalos de 12 a 23 meses, alcançando o valor de 18% em intervalos menores de 12 meses.

Ao analisar 13.000 nascimentos, em estudo de âmbito nacional realizado na Grã-Bretanha durante uma semana, DOUGLAS⁴³ notou maior porcentagem de prematuros entre crianças nascidas após um intervalo igual ou menor do que um ano, decrescendo aquela entre crianças nascidas após intervalos de 2 a 6 anos. Complementando estes achados, mostra o estudo de WISHIK¹⁶⁶ que, quanto mais curto for o intervalo entre as gestações, maior será o risco de mortalidade materno-infantil. Afirma o autor que casos com boa nutrição, atendimento médico adequado e idade e paridade ótimas sofrem, não obstante, o impacto

negativo de intervalos menores de dois anos.

2.1.1.3 História Obstétrica

Um insucesso no final da gravidez anterior, assim como a presença de uma condição desfavorável durante o ciclo gravídico, contribuem para aumentar o risco geral de uma ges-tação^{37, 46, 109, 111, 123, 150}.

O estudo britânico sobre mortalidade perinatal mostrou que mulheres com histórias pregressas incluindo partos prematuros, natimortos ou óbitos neonatais apresentavam maior incidência de óbitos durante o período perinatal²⁴. A alta taxa de desperdício periódico na reprodução humana leva, assim, a identificação de mulheres com maior probabilidade de resultados desfavoráveis da gravidez.¹²⁹

Da mesma forma, complicações obstétricas como distócia, hemorragia, placenta prévia, deslocamento prematuro da placenta, rotura uterina, toxemia, moléstia hipertensiva da gravi-dez e hiperemese gravídica apresentam estreita relação com a morbimortalidade perinatal^{24, 37, 148}.

Finalmente, doenças cardiovasculares ou renais, diabetes, anemia, colagenose e psicose, entre outras, comprometem a gravidez, contri-

buindo, também, para o aumento do risco materno-infantil²⁴.

Estudos dos efeitos destas três ordens de problemas justificam, sem dúvida, sua inclusão em sistemas de avaliação de risco gravídico.

2.1.1.4 Fatores Sócio-Econômicos

Inegavelmente, cabe aos grupos de baixa renda maior incidência de morbimortalidade materno-infantil. O relacionamento entre nível sócio-econômico e saúde tem sido amplamente registrado na literatura epidemiológica^{19, 21, 23, 115}

Há muito tem se observado que a eficiência reprodutiva difere de acordo com nível sócio-econômico dos grupos em estudo. Segundo ILLSLEY⁶⁹, fundamentam-se os argumentos na análise de associações existentes entre indicadores de nível sócio-econômico, tais como escolaridade, renda familiar, ocupação e características domiciliares e resultados desfavoráveis da gravidez.

Estudo realizado por BUTLER e BONHAM²⁴ evidenciou a associação entre nível sócio-econômico e mortalidade perinatal, fato este igualmente registrado por RIDER e colaboradores.¹³⁹

KLEIN e KARTEN^{7 8} verificaram que 72% dos óbitos maternos, correspondiam a mulheres de baixo nível sócio-econômico, observação que coincide com os resultados de estudo realizado por CIARI Jr. e ALMEIDA^{2 6}, em São Paulo.

Após cuidadosa revisão de dados, OSOFSKY e KENDAL^{11 5} verificaram haver maior proporção de mulheres com risco gravídico nos grupos de baixo nível sócio-econômico, onde são mais frequentes complicações de gravidez e casos de mortalidade perinatal e infantil. Recomendam os autores a realização de estudos sobre os efeitos de vários tipos de carência ambiental não só durante o ciclo gravídico, mas também durante o desenvolvimento infantil subsequente.

No que respeita às características da reprodução de mulheres de baixa renda, referem-se BIRCH e GUSSOW²¹, a: "mulheres demasiadamente novas ou velhas e com gestações muito frequentes", padrão típico das estratificações mais carentes da pirâmide social.

Não admira, pois, que o relacionamento entre renda e saúde tenha sido abordado, cada vez com mais frequência, em estudos de caráter epidemiológico. Ao se considerarem os efeitos da pobreza na saúde materno-infantil, sugere-

se que a eliminação daquela deve constituir meta prioritária, pois disto dependerá a elevação dos níveis de saúde de amplos segmentos populacionais, particularmente nos países em desenvolvimento.

2.1.2 Conceito de Risco Gravídico

A associação existente entre as variáveis independentes, idade, paridade, intervalo intergestacional, história obstétrica e condições sócio-econômicas da mãe, e variáveis relativas à morbimortalidade materno-infantil levou ao reconhecimento de que, do ponto de vista preventivo, importante parte da supervisão assistencial deveria concentrar-se na previsão e proteção da eficiência reprodutiva dos grupos mais vulneráveis da população. Para denominá-los, passaram a surgir na literatura médico-sanitária expressões como "risco gravídico", "mulheres de alto risco", "fetos de risco", exigindo subsequente esclarecimento de termos.

Observa GOLD⁵⁴ que, considerando-se "alto" como sinônimo de grave ou sério e "risco" como perigosa chance de agravo, pode-se interpretar a expressão alto risco como a séria e grave oportunidade de agravo, perda ou perigo. Aplicando-se a definição de alto risco à prática em Saúde Materno-Infantil, entende-se por alto risco a séria e alta probabilidade de morbimortalidade do feto, da criança e da mãe. Para

GOODWIN e colaboradores⁵⁸, denomina-se grávidez de risco àquela cujas características do ambiente materno ou de desempenho reprodutivo anterior representem um risco substancial para o bem-estar do feto. Para ALMEIDA e colaboradores¹, entende-se por risco gravídico a oportunidade de ocorrerem agravos físicos, psíquicos e sociais na gestante e no feto. PINOTTI e colaboradores¹²⁸ denominam de gravidez de alto risco a gestação que aumenta a probabilidade de morte do feto antes ou depois de parto. Pode-se ainda definir o conceito de risco gravídico como o estado resultante de fatores sócio-biológicos que determinem, em mulheres de idade fértil e em seus produtos, maior probabilidade de óbito. Risco gravídico refere-se, assim a: a) risco reprodutivo durante os períodos pré-concepcional e intergestacional, b) risco obstétrico, isto é, risco materno-fetal, risco perinatal e obstétrico durante a gravidez, parto e pós-parto e, finalmente, c) risco pediátrico⁵.

O conceito de "risco gravídico" que, subseqüentemente, deu origem ao termo "mulher de alto risco" ou "feto de risco" tem vindo a atrair, cada vez mais, a atenção de especialistas responsáveis pela saúde materno-infantil. Com isto pretendeu-se obter resultados que, a curto, médio e longo prazo e particularmente em relação ao grupo mais vulnerável da população, permitam melhorar a qualidade do produto da gestação, objetivo este comum à moderna Obstetrícia e Pediatria, dentro de um ponto de vista médico-preventivo^{31, 36, 56, 72, 102}.

2.1.3 Identificação do Risco Gravídico

"Alguns indivíduos e grupos correm maior risco de perdas fetais e neonatais do que outros mais favorecidos. Se fosse possível identificar as mães com maior risco, concentrando sobre elas os recursos disponíveis, poder-se-ia provocar maior impacto no problema global. Em termos de Saúde Pública, isto diz respeito à necessidade de estabelecer prioridades nos serviços de atendimento médico, com vistas a alcançar maior eficiência nos programas que procuram reduzir a mortalidade perinatal. Tal responsabilidade diz respeito à comunidade global, pois, em função da limitação de profissionais e de recursos disponíveis, torna-se necessário fazer uma escolha, seja como resultado da avaliação científica do problema, seja como resultado de pressões sociais quanto à utilização dos recursos comunitários". Com estas palavras, SCHLESINGER e NESBITT¹⁴³, preocupados com a mortalidade perinatal, apontaram, pela primeira vez, a importância de identificar a população de alto risco dentro de uma perspectiva da Saúde Pública.

As referências, cada vez mais frequentes, ao "risco gravídico" e a "mulheres e fetos de alto risco" passaram, entretanto, a exigir métodos práticos para sua identificação. Em 1965, a Comissão Materno-Infantil para Redução da Mortalidade Infantil, nos Estados Unidos, recomendou oficialmente que se identificassem mulheres e recém-nascidos de risco⁵⁴. Nes

se mesmo ano, a Secretaria da Saúde de New York publicou, pela primeira vez, os critérios para identificação de pacientes com ou sem risco⁹³.

Fundamentadas em dados científicos e na própria experiência médica, surgiram pacientes hipotéticas que passaram a localizar-se nos extremos de um contínuo de risco: de um lado, mulheres sem risco, ou seja, com baixa paridade, espaçamento razoável entre uma e outra gravidez, capacidade reprodutiva normal, comparecimento regular ao pré-natal e sem complicações ou intercorrências; do outro lado, pacientes com risco, isto é, com alta paridade, espaçamento curto entre uma e outra gravidez, capacidade reprodutiva deficiente, perdas perinatais anteriores, complicações e intercorrências e assistência pré-natal deficiente. Analisadas isoladamente e com algumas variações estas características permitiram classificar o grupo em foco em dicotomia do tipo "com risco - sem risco", sem qualquer graduação intermediária.

Os critérios para identificação de pacientes, segundo a Secretaria da Saúde de New York, foram utilizados por MARMOL e colaboradores⁹⁴ em estudo sobre mortalidade materna. Como hipótese, afirmava-se que, se as mães de risco pudessem ser identificadas antes da concepção e incluídas em programas de planejamento familiar com vistas a impedir, temporária ou definitivamente, nova gravidez, se reduziria a

mortalidade materna. Os critérios selecionados permitiram identificar 28 mulheres de alto-risco entre as 40 que morreram sendo que, destas, 25 não haviam desejado a gravidez que lhes tirara a vida.

Em 1967, BEASLEY e PARRISH¹⁸ utilizaram critérios análogos para dividir a população obstétrica em "grupos com risco" e "grupos sem risco".

Em 1969, GOODWIN e colaboradores⁵⁸ referiram-se à necessidade de selecionar gestações de risco com vistas a reconhecer o risco fetal. Nesse mesmo ano, GOLD⁵⁴ apresentou resultados práticos de um programa realizado na Faculdade de Medicina de New York, programa este que aplicou critérios específicos para identificação de gestações de alto risco.

Divulgara-se, assim, o conceito de risco gravídico e, com ele, as normas que permitiriam identificar os grupos mais vulneráveis da população.

2.1.4 Critérios para Avaliação do Risco Gravídico

Alguns desses investigadores preocuparam-se, não apenas com as normas para a identificação de mulheres com características desfavoráveis, mas com a elaboração de índices de avaliação do risco gravídico, isto é, com sistemas de pontuação capazes de considerar conjuntamente aquelas características. Esta disposição fundamentava-se no pressuposto de que

sua interdependência deveria ser considerada, ao avaliar-se o grupo de mulheres de idade fértil. Tal esforço representava um passo adiante no diagnóstico médico, por procurar controlar a fabilidade e a subjetividade do julgamento clínico, criando condições para o desenvolvimento de estudos comparativos e longitudinais sobre a população de risco.

Em 1968, PERKIN^{1 2 3} apresentou um índice de avaliação de risco gravídico, fundamentado nas variáveis idade, paridade, intervalo entre gravidezes, história obstétrica e condições sociais de mulheres de idade fértil. Variando de 0 a 10 pontos, este sistema de pontuação, cujo mérito reside em sua simplicidade, permite classificar a população-alvo em três diferentes grupos: baixo risco (0 - 2 pontos), médio risco (3 - 4 pontos) e alto risco (5 ou mais pontos). A aplicação deste índice, em puérperas internadas em hospitais, permite a imediata avaliação de mulheres de alto risco e, portanto, com maior probabilidade de contribuir para a morbimortalidade materno-infantil. Uma vez identificadas, deveria este grupo receber orientação especial em planejamento familiar, sendo submetido, em seguida, a maior número de consultas, de entrevistas e visitas domiciliares. Tais medidas visam a prolongar o período interconcepcional de mulheres de alto risco, até que estas usufruam de saúde suficiente para garantir melhores resultados em gestações subsequentes. Sugere o autor que este mesmo índice seja aplicado pelo pessoal de saúde

na comunidade, observando que, tal como salientam BEASLEY e PARRISH¹⁰, serviços de planejamento familiar poderiam reduzir significativamente a morbimortalidade materno-infantil. Segundo PERKIN¹²³, antes de adotar-se um sistema de pontuação na mensuração do risco gravídico em mulheres não grávidas, torna-se necessário conhecer as limitações e desvantagens potenciais do mesmo, já que nenhum sistema de pontuação permite selecionar todas as mulheres de alto risco. É preciso ter presente, portanto, que o sistema proposto, servindo para alertar médicos e pessoal de saúde sobre os fatores que contribuem significativamente para o risco reprodutivo, pode, não obstante, excluir pacientes com histórias raras do grupo de alto risco, exigindo isto a intervenção regular do julgamento clínico. Para PERKIN¹²⁴ a rígida aderência a qualquer sistema de pontuação limita sua utilidade clínica.

Em 1969, após significativa experiência na área da mortalidade perinatal, AUBRY e NESBITT⁶ chamaram a atenção, mais uma vez, para as vantagens de identificar prospectivamente o grupo de pacientes de alto risco, afirmando que se a estas fosse proporcionado atendimento individualizado, talvez se pudesse reduzir a mortalidade perinatal. Observaram também que, apesar das referências ao conceito de alto risco, poucos estudos existiam na época a respeito de critérios prospectivos para reconhecimento dessas pacientes, assim como a respeito de aspectos

relativos a seu tratamento ou aos resultados desse tratamento. Mais tarde, estes mesmos autores apresentaram um índice para avaliação do risco gravídico de mulheres de idade fértil, descrevendo dois anos de experiência prática a respeito da seleção, tratamento e resultado dos tratamentos de mulheres de alto risco gravídico¹⁰³. O índice de Assistência em Saúde Materno-Infantil (ASMI), apresentado por AUBRY e NESBITT⁶, atribui pontos negativos a características desvantajosas das pacientes. De caráter arbitrário, estes pontos consideram a importância relativa de cada um dos fatores na morbimortalidade perinatal, distribuindo-se os mesmos em oito grupos: idade materna, raça e estado civil, paridade, antecedentes obstétricos, problemas médico-obstétricos e de nutrição, problema do aparelho reprodutivo, condições emocionais e condições sócio-econômicas. Somando-se a pontuação total correspondente à variação de cada um dos fatores e subtraindo-a do valor numérico 100, pode-se dividir as pacientes em três grupos: pacientes com menos de 70 pontos, representando o grupo de alto risco; pacientes com 70 a 84 pontos, correspondendo ao grupo de médio risco e pacientes de baixo risco, com 85 pontos.

Em 1973, AUBRY e PENNINGTON⁷ publicaram um trabalho sobre a experiência adquirida com a aplicação do índice ASMI em 1000 pacientes da população obstétrica, incluindo a análise subsequente de

cada uma das gestações. Segundo este relato, o enfoque não se mostrou totalmente satisfatório por ter sido aplicado a uma população obstétrica com maior risco do que a população obstétrica atendida normalmente por clínicas particulares e, também, por ignorar eventos ocorridos durante gestação e parto. Tal constatação levou à análise consecutiva de 450 pa-cientes de clínicas particulares e públicas, acrescentando-se ao formulário original o Índice de Parto. Desenvolvidos sistematicamente, evidenciaram estes estudos que 20 a 30% da população obstétrica dera origem a 70 a 80% da morbimortalidade perinatal. Tais resultados evidenciam, sem dúvida, a importância de se identificar a população de risco dentro de uma perspectiva médico-preventiva. HOBEL e colaboradores⁶⁵, em estudo realizado junto a 738 mulheres, afirmam ser provável prever-se a morbimortalidade perinatal graças à aplicação de um sistema de avaliação de risco gravídico, fundamentado numa análise de fatores relativos ao pré-natal, parto e período neonatal. O sistema proposto por estes autores permitiu dividir a população em grupos de alto risco, com enfoque igual ou superior a 10 pontos e grupos de baixo risco com contagem inferior a 10 pontos. Observa-se que a identificação do risco no período pré-natal e no parto possibilita um melhor conhecimento do contínuo de risco no período perinatal.

Recusando-se a considerar cada uma das catego

rias como entidades isoladas que afetam o feto ou recém-nascido e afirmando que o risco perinatal aumenta, de modo cumulativo, pela coexistência de condições sobrepostas, GOODWIN e colaboradores⁵⁰ imaginaram um sistema simples de pontuação facilmente utilizável durante o treinamento de residentes. Tendo como pressuposto o sinergismo dos fatores de risco fetal, fundamentaram esse sistema em três ordens de categorias: condições da mulher no início da gravidez, complicações durante a gravidez e idade gestacional do feto ao tempo de aplicação do sistema. Neste, atribui-se o valor 0 a pacientes com condições favoráveis e o valor máximo 10 às aquelas com condições precárias. Ao comparar mortes perinatais com crianças que sobreviveram, observaram os autores que aquelas jamais ocorreram em mulheres com valor 0, assim como nenhuma das crianças sobreviventes nasceu de mulheres com contagem superior a 6 pontos. Consideraram os autores que uma técnica simples se mostrava de real valor para o treinamento de residentes obstetras, salientando serem óbvias as desvantagens de sistemas complexos de pontuação, em vista dos numerosos parâmetros a considerar e do tempo e pessoal necessários para realizar a coleta de dados. Salientam que a perda de precisão decorrente da aplicação de uma técnica simples é compensada pelos benefícios de sua fácil aplicação.

Mencionado por MINKOWSKI⁵⁵, o coeficiente de risco de parto prematuro (CRAP), elaborado por PA-

PIERNIK, reúne um conjunto de fatores que predis põem ao parto prematuro: neste sistema, valores superiores a 10 pontos acusam uma gravidez de risco.

ALMEIDA e colaboradores¹ elaboraram um sistema de pontuação para avaliação do risco gravídico, que considera quatro grupos de fatores clínicos. No primeiro grupo, reúnem-se fatores que, uma vez presentes, definem o alto risco permanente: atribui-se o valor 0 às gestantes sem eles e o valor 1 às aquelas que, por apresentarem qualquer um deles, se classificam como pacientes de alto risco permanente. Tais fatores devem ser considerados na primeira consulta pré-natal ou em qualquer outra época do ciclo gravídico puerperal. No segundo grupo, encontram-se fatores familiares e pessoais de risco clínico a serem considerados na primeira consulta. Permite a soma total, que corresponde a variações ocorridas em cada caso, classificar a população obstétrica em três grupos: de baixo risco, mulheres com 70 pontos; de médio risco, mulheres com 65 e 50 pontos, e de "menos alto risco", mulheres com 45 pontos. No terceiro grupo situam-se os fatores evolutivos a serem considerados durante o pré-natal, obedecendo a contagem total ao esquema do grupo anterior. No quarto grupo, finalmente, encontram-se fatores a considerar naquelas gestantes que, comparecendo ao pré-natal, já se tenham submetido aos requisitos dos grupos anteriores e que apresentam intercorrências agudas clínicas, cirúrgicas ou obstétricas durante o trabalho do parto.

Como no caso do primeiro grupo, tais variáveis não necessitam ser quantificadas por serem, sempre, determinantes de condições de alto risco.

Não permitindo quaisquer dúvidas a respeito do valor de sua aplicação, os trabalhos mencionados evidenciam, de modo cabal, o valor e a utilidade dos índices de avaliação do risco gravídico para a saúde materno-infantil, assim como sua importância prática no atendimento médico durante os períodos pré-natal e interconcepcional.

2.1.5 Prevenção do Risco Gravídico

2.1.5.1 Assistência Pré-Natal

Tem-se definido o pré-natal como um programa de exame, avaliação, observação, tratamento e educação de mulheres grávidas para que a gestação, o parto e o nascimento se transformem em um processo normal e sem perigo para mães e crianças¹⁶³. Sem dúvida, a assistência pré-natal pode alcançar este objetivo mas, para isto, é preciso que a gestante procure o atendimento médico tão logo se aperceba de sua gravidez.

A assistência pré-natal oferece oportunidade única para observar e tratar a gestante por um período que pode ir além de seis meses. Supervisionar e manter a normalidade de gestação, evitar e controlar riscos, dar apoio e edu

car as pacientes representam os alicerces da boa assistência pré-natal.

A primeira visita é particularmente importante pois, a partir dela, pode o médico avaliar o risco gravídico, antes mesmo de ter acesso a resultados de exames laboratoriais. Para proteger a saúde materno-infantil é preciso que a gestante saiba o que está ocorrendo consigo própria e com o feto, quais as medidas a tomar e o significado destas. Nesse período, o programa de Educação em Saúde adquire especial relevância: torna-se necessário que, após a primeira visita, a gestante possa reconhecer sintomas perigosos, que exigem pronto atendimento no período inicial da gestação. Os mesmos cuidados médico-educativos devem estender-se a visitas subseqüentes para que aquela usufrua dos benefícios de uma gestação devidamente controlada. Depende isto, entretanto, do atendimento médico no primeiro trimestre da gravidez e do comparecimento regular a visitas marcadas nos trimestres subseqüentes.

Não é isto que ocorre, em geral. Ao contrário, é comum o espetáculo quotidiano de mulheres que chegam à maternidade com riscos "in extremis". No decorrer dos anos tem-se observado uma inesgotável negligência no^{que} respeita à assistência pré-natal^{41 45}.

O estudo do comportamento das gestantes em relação à assistência pré-natal assume particular significado para a prática da Educação em Saúde pois, a par de outros fatores, a prevenção do risco materno-infantil depende diretamente do comportamento da mãe, de sua prontidão em recorrer à assistência pré-natal e de sua obediência à orientação médica. A importância do atendimento pré-natal justifica breve revisão de algumas publicações a respeito.

Estudo realizado por FIUMARA¹⁹, em Boston, no ano de 1951, mostrou a associação existente entre a incidência de sífilis congênita e a inadequação do atendimento pré-natal. Evidenciaram os dados que 16,8% das puérperas internadas no Hospital de Boston, durante um período de quatro meses, não haviam recebido nenhuma atenção médica naquele hospital ou em clínicas particulares. Em média, compareceram ao serviço pré-natal na 26a. semana, sendo que 51% compareceram apenas a partir do terceiro trimestres da gestação.

Também em 1951, BAUMGARTER e colaboradores¹⁷, ao estudarem certificados de nascimento na cidade de Nova York, chamaram a atenção para a disparidade existente entre grupos de diferentes estratificações sociais. Não se verificou, entretanto, nenhuma influência de raça, idade e gru

po étnico nos grupos sem assistência pré-natal ou com início tardio.

O objetivo do estudo realizado por ROSENFELD e DONABEDIAN¹⁴⁰ foi medir o impacto de um conjunto de fatores no comportamento relativo à assistência médica e à obediência à orientação médica. Observou-se haver uma associação entre frequência ao pré-natal e componentes do nível sócio-econômico, tais como renda, educação e ocupação. Verificou-se, também, que mulheres de maior paridade não reconheciam a importância de iniciar a assistência pré-natal no primeiro trimestre da gestação. Os dados coletados permitiram aos autores elaborar padrões para classificar a adequação de vários aspectos da assistência pré-natal com base em formulações aceitas por especialistas em Obstetrícia.

YANKAUER e colaboradores¹⁴⁹ analisaram conhecimentos, atitudes e práticas de primíparas durante os períodos pré e pós-natal. Revelou o estudo que mulheres que haviam participado de programas de planejamento familiar comparavam ao pré-natal no primeiro trimestre da gravidez, frequentando aulas para gestantes.

Em 1958, a Secretaria da Saúde da cida

de de Los Angeles realizou uma investigação sobre as características do comparecimento a serviços de assistência pré-natal de gestantes que deram à luz em Hospitais Municipais. A finalidade deste estudo foi descrever o número de visitas ao pré-natal, a qualidade destas, as características das pacientes que deram à luz nesses hospitais e os fatores que impediram as gestantes de usufruir de uma assistência pré-natal mais adequada. Mostraram os dados que: mulheres de origem mexicana recebiam, em geral, menos assistência pré-natal; primíparas apresentavam maiores índices de atendimento do que as multíparas; mulheres solteiras frequentavam menos esse serviço do que casadas. Observou-se que o problema só poderia ser controlado através de atividades que visassem a informar, educar e motivar mulheres de idade fértil¹⁵⁷.

Dados de pesquisa realizada em San Jose, na Califórnia, mostraram que mulheres sem requisitos para admissão ao hospital foram internadas subsequentemente em estado grave. Verificou-se, também, que muitas ignoravam estar grávidas e que outras não compareceram por não ter com quem deixar os filhos ou por problemas de caráter financeiro¹⁵⁸.

ROSENFELD e DONABEDIAN¹⁵⁹ e mais tarde

DONABEDIAN e ROSENFELD^{4,1} reexaminando dados anteriores, observaram que, apesar da melhor qualidade do atendimento médico dispensado a mães nos Estados Unidos, se estava longe de oferecer a devida proteção a gestantes de vários segmentos da população.

PAKTER¹¹⁸ estudou o parto das mães solteiras, observando ser o comparecimento ao pré-natal deste grupo bastante mais precário do que o das mulheres casadas.

O estudo de GADALLA⁵¹ mostrou o relacionamento entre comportamento na assistência pré-natal e prontidão psicológica das mães: concluiu-se que mães com níveis mais elevados de prontidão psicológica procuravam a assistência pré-natal no início da gestação, sendo menos significativos os demais fatores.

Estudo realizado por WATKINS¹⁶⁴, em Boston, em 1966, revelou que as mulheres que procuravam o atendimento pré-natal no período inicial da gravidez, apresentavam maior incidência de mortalidade fetal, prematuridade e mortalidade infantil no período anterior à última gestação. Verificou-se, também, que se considerava o pré-natal como um serviço a ser procurado apenas em casos graves ou quando surgissem sintomas agudos.

COLLVER e colaboradores¹⁴ mostraram que o comparecimento a serviços de assistência pré-natal, pós-natal e a clínicas de planejamento familiar associa-se a fatores como idade, escolaridade e número de filhos, entre outros. Também se demonstrou que a distância entre local de residência e clínicas tem particular importância. Ao comparar-se dados relativos à utilização dos três tipos de serviços, verificou-se que certas características se associavam diversamente ao grau de utilização dos mesmos, sendo mais elevada a utilização de serviços de assistência pré-natal e pós-natal entre mulheres com baixa paridade, enquanto que serviços de planejamento familiar eram mais utilizados por mulheres com paridade elevada. Este estudo teve implicações práticas por constatar-se o efeito do fator distância na utilização dos serviços, sugerindo-se, por isso, melhor estratégia na localização de clínicas, utilização de unidades móveis e transportes regulares unindo os serviços às zonas mais afastadas.

Dados apresentados por TOKUHATA e colaboradores¹⁶⁰, na Pennsylvania, levaram à afirmação de que a assistência pré-natal no início da gravidez diminui o risco de anormalidades obstétricas. Segundo estes autores, quanto mais cedo tiver início a assistência pré-natal, melhor o resultado final da gravidez. Observou-se ser me

nor a morbimortalidade infantil e a prematuridade no grupo de mulheres com frequência adequada ao pré-natal. Tal afirmação não coincide, entretanto, com dados apresentados por TERRIS e GOLD¹⁵⁹.

Apesar da importância prática de dados desta natureza, no Brasil poucos são os estudos desenvolvidos na área do atendimento pré-natal. CIARI e colaboradores²⁹ realizaram pesquisa sobre avaliação quantitativa de serviços pré-natal, apresentando indicadores de atividades médicas e do grau de proteção oferecida à gestante. Os resultados evidenciaram baixa produtividade na maioria dos serviços observados e excessivo número de horas ociosas, chamando a atenção para circunstâncias ligadas ao trimestre da gestação em que se procurou o atendimento médico. ALVARENGA², IUNES⁷¹ e SAMPAIO¹⁴² também se preocuparam com aspectos relativos ao período da gestação em que se realizou a primeira visita ao pré-natal.

Contudo, até à presente data, nenhum estudo analisou, de modo mais global, conhecimentos, atitudes e práticas de gestantes em relação à assistência pré-natal. Dados dessa natureza assumem particular significado quando se tem como esquema de referência o risco gravídico, pois só através do imediato comparecimento

a serviços de assistência pré-natal pode o mesmo ser reduzido ou mesmo eliminado.

2.1.5.2 Assistência Interconcepcional

A assistência interconcepcional, na prevenção do risco gravídico, é fator de maior prioridade, mesmo quando se inclui na avaliação a assistência pré-natal.

Tendo em vista aspectos da saúde materno-infantil, dentro de uma perspectiva mais ampla que vise à melhoria da reprodução humana, é preciso dar ênfase à orientação e à terapêutica durante o período interconcepcional. A saúde da criança começa antes da gestação, dependendo muito mais da saúde pré-concepcional da mãe do que se pensava até recentemente. Daí a óbvia relevância da assistência interconcepcional, ou seja, de todo um conjunto de práticas específicas de saúde materno-infantil, que aplicam o princípio de exames periódicos no decorrer do ciclo completo da reprodução humana⁵⁵.⁵⁶. A saúde da mulher não grávida assume um significado superior à saúde da gestante, por ser esta uma consequência daquela. Sendo assim, sempre que a mãe trazer seu filho para visitas de rotina, devem o obstetra e a nutricionista examiná-la, ao mesmo tempo em que o pediatra examina a criança⁵⁵.

A assistência interconcepcional assume particular significado no grupo de mulheres com risco gravídico, pois ainda antes da gravidez podem estabelecer-se normas, cuja função é a de evitar perdas de vida e grave morbidade materno-infantil⁵⁵. ¹⁰¹ Durante as visitas interconcepcionais deve-se avaliar, reabilitar e, sobretudo, educar a futura gestante, ajudando-a a alcançar um nível de saúde favorável ao desenvolvimento de uma gestação normal e com maior probabilidade, portanto, de um resultado feliz.

Neste contexto, a orientação na área do planejamento familiar representa fator primordial. Para fins de complementação, cumpre definir Planejamento Familiar como "um modo de pensar e de viver, adotado por indivíduos e casais, voluntariamente, a partir de conhecimentos, atitudes e decisões responsáveis com vistas a promover a saúde e o bem-estar da família, contribuindo assim eficientemente para o desenvolvimento social de um país¹¹⁹.

Conforme a resolução da 21a. Assembléia Mundial da Saúde, "para muitos estados membros representa o planejamento familiar importante elemento nas atividades dos serviços sanitários básicos, particularmente na área da saúde materno-infantil... Todas as famílias devem ter

oportunidade de receber informações e aconselhamento sobre os problemas de Planejamento Familiar, incluindo-se problemas de fecundidade e esterilidade". Por isso, a definição da Organização Mundial da Saúde, segundo a qual saúde é um completo bem-estar físico, mental e social inclui entre outros ~~direitos~~, de igual relevância, os direitos relacionados à família no que se refere ao casamento: homens e mulheres adultos, sem quaisquer limitações de raça, nacionalidade ou religião, têm o direito de casar e de constituir uma família, devendo realizar-se o casamento a partir do consentimento livre dos futuros cônjuges... Reconhece o documento da Organização Mundial da Saúde, fundamentando-se na resolução 18 do Congresso Internacional sobre Direitos Humanos, realizado no Teheran, em 1968, o direito que os casais têm de decidir com liberdade e responsabilidade o número de filhos, o espaçamento entre um e outro nascimento, assim como o direito de receber informação e educação adequadas em Planejamento Familiar^{110, 113, 114}. No trabalho de POLTS¹²⁷ estes aspectos do problema são claramente definidos.

No Brasil, transparecem esses direitos no Plano Nacional de Desenvolvimento II, nas Diretrizes Gerais para a Política Estadual de Promoção, Proteção e Recu

peração de Saúde Materno-Infantil e no Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil^{97, 126, 174}

Considerando os benefícios que a prevenção e o controle do risco gravídico trazem para a saúde materno-infantil, o direito de receber orientação em planejamento familiar representa uma premissa básica na área da Saúde Pública. As vantagens que traz para o grupo de mulheres de idade fértil têm sido ampla e pormenorizadamente divulgadas em estudos de caráter revisório, concordando-se em considerar o planejamento familiar como poderosa medida preventiva, capaz de reduzir o risco e, assim, promover a saúde do grupo materno-infantil^{19, 77, 106, 107, 165, 168}.

Tendo como esquema de referência estas observações, do ponto de vista da prevenção do risco e no que concerne à Educação em Saúde, não se pode dissociar o período interconcepcional do período pré-natal, pois ambos têm igual significado no que concerne à prevenção do risco materno-infantil.

3. OBJETIVOS

Os programas de Educação em Saúde para mulheres de idade fértil devem conter um mínimo de unidades temáticas que correspondam a seus problemas, necessidades e interesses mais representativos. É difícil, entretanto, estabelecer prioridades em relação às unidades temáticas de programas de saúde materno-infantil por falta de pesquisas desenvolvidas com tal finalidade. Os objetivos deste estudo foram formulados com vistas preencher tal lacuna.

3.1 Objetivos

Este estudo teve por objetivo propor unidades temáticas a serem incluídas em programas de Educação em Saúde Materno-Infantil.

Especificamente pretendemos:

1. Descrever características sócio-demográficas da população amostral.
2. Comparar mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro e segundo trimestres com mulheres que iniciaram o pré-natal no terceiro trimestre ou que não tiveram nenhuma assistência pré-natal.
3. Detectar inconsistências entre atitudes e práticas no que respeita ao comparecimento a serviços de assistência pré-natal.
4. Conhecer as causas que levaram as pacientes a não procurar serviços de assistência pré-natal ou a fazê-lo apenas a partir do segundo ou terceiro trimestres.

5. Conhecer o trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início, em pacientes classificadas segundo o sistema de avaliação de risco gravídico de PERKIN.
6. Estudar a associação entre as variáveis incluídas no sistema de avaliação de PERKIN e o trimestre de gestação em que as pacientes iniciaram a assistência pré-natal.
7. Estudar a associação entre as variáveis estado civil e migração e o trimestre da gestação em que as pacientes iniciaram a assistência pré-natal.
8. Estudar a associação entre atitudes em relação à gravidez e estado civil, idade e paridade das pacientes.
9. Estudar a associação entre atitudes em relação à gravidez e grau de risco gravídico das pacientes.
10. Estudar a associação entre atitudes dos maridos (ou companheiros) em relação à gravidez e grau de risco gravídico das pacientes.
11. Estudar a associação entre atitudes das pacientes em relação à gravidez e trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início.
12. Estudar a associação entre atitudes dos maridos ou companheiros em relação à gravidez e trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início.
13. Verificar até que ponto as expectativas das pacientes foram atendidas no que concerne a esclarecimentos sobre suas próprias condições e sobre as condições de seus filhos através do levantamento de perguntas feitas após a alta médica.

4. METODOLOGIA

4.1 Método Utilizado na Coleta de Dados: "Survey"

4.1.1 Definição

Muitos problemas de pesquisa exigem a coleta sistemática de dados de população ou de amostras de populações. Denomina-se "survey" a este tipo de estudo, que pressupõe o contato direto com os indivíduos cujas características se deseja conhecer, afastando-se, portanto, de estudos realizados em bibliotecas ou arquivos com a finalidade de analisar dados coletados anteriormente com outros objetivos²⁴.

Para MOSER e KALTON²⁵ não há nenhuma definição satisfatória do que seja o "survey", já que os métodos a ele associados se aplicam a estudos sobre pobreza, pesquisas de opinião, planejamento urbano, pesquisas de mercado, assim como a investigações patrocinadas por institutos de pesquisa e universidades ou por entidades governamentais.

CAMPBELL e KATONA²⁵, DENZIN²⁶, WARWICK e LININGER¹⁶³, definem o "survey" como a técnica metodológica que exige a coleta sistemática de dados de populações ou de amostras de populações por meio de entrevistas ou de questionários auto-preenchidos. Para CARPENTER²⁶, o "survey", em seu sentido mais amplo, é a investigação, análise e coordenação de aspectos sócio-econômicos de um grupo ou de uma comunidade.

DENZIN³⁸ e SIMON¹⁵³ caracterizam o "survey" com parando-o ao método experimental. Observa SIMON¹⁵³ que no método experimental o pesquisador manipula intencionalmente uma ou mais variáveis independentes, expondo os grupos a diferentes variáveis para observar, em seguida, mudanças ocorridas nas variáveis dependentes. No "survey", ao contrário, coletam-se os dados das variáveis, tais como surgem na realidade, sem tentar manipulá-las. Aponta DENZIN³⁸ o fato de serem as observações coletadas em dado momento, sem observações prévias e sem controle sobre variáveis experimentais, não se trabalhando, portanto, com grupos de controle. Não significa isto que o pesquisador não procure simular o método experimental, uma vez que, coletadas as observações, divide-se a amostra em subgrupos com diferentes variáveis ou processos a serem analisados. Para ilustrar tal afirmação menciona que um estudo sobre relações sexuais no casamento poderia dividir a amostra em três grupos, por exemplo: o grupo de solteiros, o grupo dos casados e o grupo dos viúvos e divorciados. Tal agrupamento assemelhar-se-ia ao método experimental com dois grupos experimentais e um grupo de controle. Os grupos constituídos por indivíduos casados, prévia ou atualmente, representariam indivíduos expostos à variável experimental, sendo o grupo de controle representado por indivíduos solteiros. Salaria o autor que esta estratégia - a subdivisão da amostra em grupos experimentais e de controle - evidencia o compromisso do "survey" ao modelo experimental de pesquisa e de análise.

Estas considerações representam, de um modo geral, as definições do "survey" como método de coleta de dados.

Tendo em vista as observações de CAMPBELL e KATONA²⁵, DENZIN³⁸ e WARWICK e LININGER¹⁶³ utilizou-se o método de "survey" no presente estudo, por exigir o mesmo a coleta sistemática de dados de uma amostra de população por meio de entrevistas estruturadas.

4.1.2 Classificação

Costuma-se classificar os "surveys" dentro de dois grandes grupos: descritivo e explicativo.

Para OPPENHEIM¹⁰⁸ a finalidade do "survey" descritivo é meramente contar. Não sendo possível contar o todo, conta-se uma amostra representativa para, a seguir, inferir-se sobre a população global. Menciona o autor a importância dos "surveys" descritivos, como o censo e as pesquisas de opinião e de mercado, cuja finalidade é fornecer ao governo, a empresários e economistas, informações necessárias à formulação de políticas de ação. Com esta afirmação concordam MOSER e KALTON⁹⁹ e CARPENTER²⁶, para quem o objetivo de muitos "surveys" é prestar informações a diferentes entidades, situação esta em que se evidencia seu caráter meramente descritivo.

O "survey" pode ainda adquirir caráter analíti-

co, devendo-se considerar, neste caso, o referido compromisso com o método experimental. CARPENTER²⁶ e MOSER e KALTON²⁹ referem-se a seu caráter ora teórico - verificando hipóteses relacionadas a teoria sociológica - ora prático como, por exemplo, ao avaliar a influência de diferentes fatores sobre um fenômeno que afeta a opinião pública. Em qualquer dos casos, a finalidade do estudo passa a ser a análise das relações entre as variáveis. Comenta OPPENHEIM¹⁸⁸ que, planejado para explorar esta conexão, preocupa-se o "survey" analítico menos com a frequência de dado fenômeno e mais com sua etilogia, voltando-se por isso para a verificação de hipóteses.

COLEMAN³³ e DENZIN³⁴ tomam posição peculiar frente à disposição de classificar o "survey" a partir de sua natureza descritiva ou analítica. Para DENZIN³⁴, "survey" e experimento representam estratégias que visam sempre à descoberta de relações causais. A diferença reside no fato de que, enquanto o "survey" conduz a investigação para um ambiente natural, fundamentando-se em uma única observação de dado fenômeno, o experimento, ao contrário, estuda-o em dois momentos subsequentes e em condições controladas pelo investigador. A afirmação de que ambos os métodos visam a causalidade encontra apoio em COLEMAN³³ que, ao interpretar os dois tipos de "survey" de modo sequencial, nega a concomitância sugerida pelos demais autores.

Traçando o histórico sobre o método, assinala duas e etapas bem definidas: a primeira, corresponde à etapa do levantamento de opiniões, preocupando-se apenas com o tipo de respostas dadas a determinada pergunta; segue-se a etapa analítica, que visa a busca de conexões causais entre os fenômenos selecionados. Segundo o autor, foi na etapa analítica, quando o estudo deixou de ser meramente descritivo, que o método do "survey" adquiriu maior significado na área das Ciências Sociais.

Tendo como esquema de referência estas considerações e adotando-se a interpretação sequencial dos dois tipos de "survey", classifica-se o presente estudo como constituindo um ~~um~~ "survey" analítico, de caráter prático, não voltado, portanto, para a verificação de teorias sociológicas, porém visando à análise etiológica dos fenômenos a partir de hipóteses previamente elaboradas³³.

4.1.3 Conteúdo Estudado

CAMPBELL e KATONA²⁵ apontam que a versatilidade do "survey" se prende não só à variedade de populações às quais pode aplicar-se mas, também, à ampla gama de dados que permite levantar. Propõem estes autores a classificação das perguntas formuladas em quatro áreas de conteúdo: dados pessoais, ambientais, comportamentais e psicológicos, incluindo-se nestes o nível de informação, atitudes, opiniões, motivos e

expectativas da população em estudo. MOSER e KALTON²⁴ apresentam classificação semelhante, categorizando os dados, como CAMPBELL e KATONA²⁵, em quatro grupos de conteúdo. A propósito da forma de análise, observa-se que, quanto mais áreas de conteúdo o "survey" abran - ger, mais produtivo será o mesmo²⁵.

O presente estudo aborda as áreas de conteúdo referidas, tendo em vista seu futuro aproveitamento di dático, assim como seu significado para o diagnóstico e a análise do componente educativo de programas de saúde materno-infantil.

4.2 Técnica Utilizada na Coleta de Dados: Entrevistas Es - truturada

Define-se entrevista como um intercâmbio verbal, face a face, no qual um indivíduo, o entrevistador, tenta ex - trair informações, opiniões ou crenças de outro ou de ou - tros indivíduos⁵⁷. Considerando-se o grau de estruturação das entrevistas, é possível classificá-las dentro de duas categorias: entrevistas estruturadas e entrevistas não es - truturadas.

A entrevista não estruturada proporciona mais liberda - de e iniciativa ao entrevistador e ao informante durante uma conversa, cuja principal característica reside na au - sência de padronização formal³. Tem como objetivo identi - ficar os componentes de um problema, descrever cuidadosamen - te um fenômeno ou explorar aspectos surgidos inesperadamen -

te durante o estudo. Aponta RICHARDSON¹³⁶ que "pouco se ganharia em buscar a mesma informação, já que cada informante pode fazer uma contribuição diferente, dependendo de sua posição em termos do problema estudado". MACCOBY e MACCOBY⁸ salientam que a entrevista não estruturada se adapta melhor a estudos exploratórios, enquanto a entrevista estruturada responde melhor a estudos que visam a verificar hipóteses e a apresentar rigorosa quantificação de resultados. Acrescente-se a isto o fato de que, ao lidar-se com amostras grandes, se torna obviamente impossível utilizar outro tipo de entrevista que não a entrevista estruturada.¹³⁶

Tendo em vista o caráter analítico do presente estudo, selecionou-se a entrevista estruturada como técnica utilizada no levantamento de dados definindo-se entrevista estruturada como o interrogatório que se fundamenta em um formulário com perguntas, cujas respostas são anotadas pelo entrevistador frente ao informante⁵⁷. Nos formulários, a redação e a sequência das questões são exatamente iguais, partindo-se do pressuposto de que os informantes possuem um vocabulário comum, permitindo a formulação de perguntas que tenham igual significado para todos¹³⁸.

4.2.1 Vantagens e Desvantagens da Entrevista Estruturada

Ao selecionar-se esta técnica, ponderaram-se vantagens e desvantagens de sua utilização. Entre as vantagens, consideraram-se os seguintes fatores:

- a) por serem as informantes de baixo nível sócio-econômico e, portanto, de baixa escolaridade, a utilização de questionários auto-preenchidos mostrou-se obviamente inadequada;
- b) o contato direto faculta melhor exploração das perguntas abertas e o registro de informações "in verbatim";
- c) graças ao contato direto com as informantes, permite a entrevista observar, por um lado, emoções sentidas durante a aplicação do formulário e, por outro, o controle de aspectos positivos e negativos da motivação.

Em relação ao item c, considerou-se a possibilidade de as entrevistadoras controlarem situações que geralmente aumentam ou diminuem a motivação das informantes. Entre os fatores que contribuem para diminuir a motivação, considerou-se o desejo de terminar rapidamente a entrevista para sair do hospital, vergonha da própria ignorância, desagrado em relação ao conteúdo das perguntas, medo de dar opinião e, finalmente, desconfiança no que concerne ao ato da entrevista.

Entre os fatores que aumentam a motivação, ponderou-se o estímulo ocasionado pela curiosidade, o entusiasmo por fornecer informações valiosas e a simpatia pelo papel da entrevistadora. Durante o treinamento prévio das entrevistadoras, mencionaram-se es-

tes fatores, a fim de que estivessem as mesmas preparadas para equilibrar as forças por eles provocadas pois, como referem MOSER e KALTON³⁹, uma resposta distorcida é pior do que não responder.

A par de circunstâncias ligadas à motivação das informantes, consideram-se também outras desvantagens inerentes a entrevistas estruturadas: dificuldade de penetrar no mecanismo de simbolização e linguagem do grupo e resistência deliberada contra o ato da entrevista³.

Em relação à linguagem, o problema tornou-se evidente durante a aplicação do pré-teste, na fase exploratória deste estudo, quando se detectaram dificuldades decorrentes de diferença de vocabulário de entrevistadoras e entrevistadas. Tal fato exigiu a análise terminológica do grupo em estudo, com vistas a ajustar o vocabulário utilizado durante a entrevista. O problema subsistiu durante o levantamento de dados, exigindo a reunião periódica das entrevistadoras com vistas a uniformizar procedimentos e a diminuir a distância social provocada pela localização dos grupos em diferentes estratos sociais.

A par disto, sentiram-se, como referem ANDEREGG³ e RICHARDSON¹³⁸, problemas decorrentes da resistência deliberada contra as entrevistadoras, chegando-se a interromper e a anular algumas entrevistas não só durante o pré-teste, mas também duran-

te a aplicação do formulário final.

Contudo, pesadas vantagens e desvantagens, justificou-se a seleção da entrevista com aplicação de formulário, tendo em vista sua maior flexibilidade e as características do grupo em estudo.

4.3 Elaboração do Formulário

Na elaboração do formulário torna-se necessário considerar a escolha das palavras a utilizar, a seleção de perguntas abertas e fechadas, o enfoque indireto para a formulação de perguntas embaraçosas, o número de palavras incluídas nas perguntas, a verificação de conhecimentos e, finalmente, o número de perguntas do formulário. A importância de controlar problemas decorrentes destes fatores justifica os cuidados dispensados à sua análise.

4.3.1 Seleção de Palavras

Para KAHN e CAMPBELL⁷⁵, ao se elaborar um formulário deve-se considerar vocabulário e sintaxe, já que destes depende a completa e precisa comunicação de idéias entre entrevistadores e informantes. "Mais simplesmente formulada, a linguagem da entrevista deve representar um vocabulário compartilhado entre entrevistador e informante. A idéia de 'vocabulário compartilhado' não significa que o entrevistador precise utilizar o mesmo coloquialismo, nem se expressar com inflexão semelhante à do informante. Significa

que a linguagem do entrevistador precisa ser compreendida pelo informante, mesmo que este possa ter expressado a mesma idéia de modo diferente".

Tais considerações levam MOSER e KALTON⁹⁹ a afirmar que a linguagem do formulário não deve perder de vista a população estudada, pois perguntas que, em termos de vocabulário e sintaxe, se afastarem do campo de compreensão do informante, levarão a problemas de comunicação e, conseqüentemente, à perda de motivação.

4.3.2 Perguntas Abertas e Fechadas

Outro ponto a considerar durante a elaboração do formulário, prende-se ao grau de liberdade a conceder às informantes, liberdade esta que vai depender da utilização de perguntas abertas e fechadas.

WARWICK e LININGER¹⁶³ apontam três tipos de respostas à disposição do entrevistador: resposta livre sem nenhuma classificação, resposta livre a ser classificada pelo entrevistador e resposta fechada ou estruturada, dependendo a seleção do tipo de resposta que se pretende obter. Muitas vezes é desejável que as informantes respondam às questões com suas próprias palavras. Em outras, pode ser preferível converter as respostas em categorias pré-fixadas ou classificadas. Chamam-se de perguntas abertas às perguntas dos dois primeiros tipos e de perguntas fechadas às

perguntas do terceiro tipo^{3, 75, 130, 163}.

Para OPPENHEIM^{1,08} a vantagem das perguntas abertas prende-se à liberdade concedida ao informante que, compreendida a questão, pode se expressar livremente. Adverte, entretanto, que perguntas abertas são fáceis de perguntar, difíceis de responder e mais difíceis ainda de analisar por exigirem um processo de classificação "a posteriori" que requer tempo e pessoal especializado. Informações "in verbatim" só podem ser estatisticamente analisadas após serem classificadas. Por outro lado, as perguntas abertas apresentam a vantagem de despertar maior interesse por parte dos informantes, quebrando a monotonia de pesquisas de estrutura essencialmente quantitativas. Além disto, deve-se considerar o fato de facultarem melhor relacionamento durante a entrevista, permitindo coletar informações com a graça de expressão individual.

As perguntas fechadas, por outro lado, apresentam a vantagem de economizar tempo, visto permitirem o registro e a codificação das respostas em uma única operação. Contudo, corre-se o risco de localizar as respostas em alternativas a que realmente não pertencem.

Ponderadas as vantagens e desvantagens de perguntas abertas e fechadas, optou-se pela utilização de ambos os tipos, de acordo com a intenção relativa

à exploração subsequente das informações obtidas.

4.3.3 Enfoque Indireto Para Perguntas Embaraçosas

MOSER e KALTON⁹⁹ observam que assuntos não discutidos habitualmente podem levantar problemas para quem elabora o formulário, principalmente quando afetam o sistema de valor dos indivíduos. Quando isto ocorre, passam os informantes a sentir-se ameaçados, recusando-se a responder ou, então, distorcendo respostas. Para reduzir a natureza ameaçadora deste tipo de questões, sugere o autor que se indague não o ponto de vista do informante, mas o ponto de vista de outros indivíduos. Adotou-se este critério em relação a algumas perguntas ~~como~~, por exemplo: " Alguns casais fazem alguma coisa para não ganhar nenê, pois eles não querem ter um nenê atrás do outro. Você e seu marido acham isso certo ou acham isso errado?"

Pretendeu-se com isto criar condições para que as informantes expressassem livremente seu ponto de vista a respeito da utilização de anticoncepcionais.

4.3.4 Número de Palavras Incluídas nas Perguntas

Para OPPENHEIM¹⁰⁸ é preferível redigir perguntas curtas, se possível com menos de vinte palavras. MOSER e KALTON⁹⁹, ao contrário, afirmam que nem sempre as perguntas curtas são necessariamente as melhores, havendo evidência empírica de que, muitas vezes,

quanto mais a entrevistadora fala, melhor responde a informante. O presente estudo parece confirmar esta afirmação na medida em que as informantes tenderam a responder melhor a perguntas mais extensas, conforme se verificou durante a aplicação dos formulários.

4.3.5 Verificação do Conhecimento

Representa um lapso comum na elaboração de formulário, pressupor que a informante compreenda o significado dos termos incluídos na estrutura das perguntas. Na fase exploratória do presente estudo, verificou-se que muitas mães ignoravam, por exemplo, o significado da expressão "pré-natal", comprometendo, assim, respostas a perguntas subseqüentes. Desta constatação surgiu a pergunta: "Você sabe o que é pré-natal?", cujo objetivo foi verificar o conhecimento da informante a respeito do termo. Tal como classifica PAYNE^{1 2 2}, esta é uma pergunta de abertura ou introdutória e, portanto, de tipo livre. A finalidade deste tipo de pergunta é preparar a entrevistada para o assunto que se deseja explorar, utilizando-se respostas desestruturadas com a finalidade de criar clima propício às respostas de perguntas subseqüentes.

4.3.6 Respostas Dirigidas

É muito freqüente a informante tentar adivinhar a resposta considerada correta, levando isto à distorção da informação recebida. Para evitar tal vício,

deve-se apresentar a pergunta com duas respostas possíveis, a fim de que decresça a chance de a informante distorcer sua resposta¹³⁰. MACCOBY e MACCOBY¹³⁷ mencionam também o perigo de elaborar perguntas que sugiram a resposta esperada, vize este que se denomina, em geral, de "pergunta dirigida". Observam que não se deve jamais influenciar a direção da resposta. Igual preocupação transparece em OPPENHEIM¹³⁸ ao definir pergunta dirigida como o tipo de pergunta cuja redação, não neutra, pressupõe uma resposta que coincida com o ponto de vista do pesquisador. Há, portanto, duas situações a evitar: a) a informante procurando sentir o ponto de vista da entrevistadora e b) a entrevistadora forçando a resposta da informante.

A pergunta, a seguir, reflete esta preocupação: "Algumas mães acham que há comidas que não devem comer durante os meses que estão "dando o peito" ao nenê. Outras mães acham que elas podem comer de tudo durante os meses em que elas estão dando o peito ao nenê. O que você acha: há comidas que não devem ser comidas pelas mães ou as mães podem comer de tudo quando elas estão dando o peito ao nenê?"

A propósito da estruturação desta pergunta, salienta-se a intenção de evitar respostas dirigidas, o tamanho da pergunta procurando facilitar o diálogo e, finalmente, o cuidado de afirmar-se algo a respeito da opinião de outras mães e não da mulher entrevistada.

4.3.7 Tamanho do Formulário

O tamanho do formulário afeta o processo da entrevista e, indiretamente, a qualidade de suas res - postas. MOSER e KALTON⁹⁹ apontam a dificuldade de se desenvolverem princípios gerais: "talvez a única certeza resida na constatação de que quanto mais curto for o formulário, melhor será a entrevista e maior a satisfação da informante, o que equivale a dizer que quanto maior for a amostra, mais valiosos serão os resultados. Nenhuma destas afirmações leva, entretanto, a um guia de ação: uma amostra grande pode ser dese - jável, mas financeiramente impossível; o formulário curto pode ser conveniente à informante, mas não aos objetivos da pesquisa. Isto ~~não~~ quer dizer que neces - sariamente agrade à informante; o formulário muito curto propicia pouca oportunidade de criar uma rela - ção harmoniosa e de garantir uma colaboração total".

Discutem-se, também, problemas relativos ao ta - manho do formulário, observando que a fadiga da in - formante começa a manifestar-se após 15 a 25 minu - tos, problema típico, quando se utiliza uma longa lista de itens^{57, 99}. No presente estudo, ponderadas as desvantagens inerentes de um formulário longo, op - tou-se, não obstante, por este. Ao fazer tal opção, considerou-se a dificuldade de se levantar dados jun - to a pacientes dessa natureza e o valor dos mesmos para a elaboração de análises subseqüentes. Durante o treinamento das entrevistadoras, chamou-se a aten -

ção para o problema referido, estimulando-as para que desenvolvessem a capacidade de criar uma relação harmoniosa, garantindo, assim, uma colaboração total.

4.4 Variáveis Seleccionadas

4.4.1 Variáveis Dependentes

Consideraram-se como variáveis dependentes o trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início e a atitude em relação à gravidez.

Em relação à assistência pré-natal, dividiu-se a população amostral em dois grandes grupos: mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro e segundo trimestres da gravidez e ~~mulheres~~ que iniciaram o pré-natal no terceiro trimestre conjuntamente com mulheres sem nenhum atendimento médico.

Em relação a atitudes, dividiu-se a população amostral em: mulheres com atitudes positivas e mulheres com atitudes negativas em relação à gravidez; maridos (ou companheiros) com atitudes positivas e maridos (ou companheiros) com atitudes negativas em relação à gravidez.

4.4.2 Variáveis Independentes

Na seleção das variáveis independentes, consideraram-se os seguintes critérios:

1. variáveis incluídas no sistema de avaliação de risco gravídico de PERKIN;
2. variáveis que, tendo em vista informações existentes na literatura, pudessem ser consideradas, também, como variáveis de risco.

4.4.2.1 Variáveis Relacionadas ao Sistema de PERKIN

Consideraram-se como independentes, as variáveis idade, paridade e intervalo entre o término de uma gestação e o nascimento do último filho.

Em relação à ~~história~~ obstétrica, consideraram-se os fatores:

- a) óbitos infantis e doenças congênitas anteriores;
- b) abortamentos anteriores à última gestação;
- c) doenças intercorrentes.

Quanto a condições sociais, por serem as categorias propostas por PERKIN^{1 2 3} pouco discriminatórias e tendo em vista a análise estatística, utilizaram-se as variáveis renda per capita em salário mínimo e escolaridade, separando-se os grupos com primário incompleto e com primário completo ou mais.

4.4.2.2 Outras Variáveis de Risco

Afora variáveis incluídas no sistema de avaliação de risco gravídico de PERKIN, também se consideraram como variáveis independentes a naturalidade e o estado civil.

Nos casos em que a análise abordava aspectos relacionados ao trimestre da gestação em que o pré-natal teve início, a atitude em relação à gravidez passou a ser considerada como variável independente.

4.5 Hipóteses

Apresentam-se, a seguir as questões e hipóteses alternativas que estruturaram o presente estudo com vistas a esclarecer a natureza do comportamento responsável pela decisão de iniciar a assistência pré-natal.

As questões, assim como as hipóteses a que deram origem, envolveram a comparação dos seguintes subgrupos: subgrupo que iniciou a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres com subgrupo que a iniciou no terceiro trimestre ou que não teve nenhum atendimento médico: subgrupo com atitudes positivas em relação à gravidez com subgrupo com atitudes negativas em relação à gravidez.

Q U E S T Ã O *	HIPÓTESE
1. Será que o grau de <u>ris</u> co gravídico influen - cia o comportamento da gestante no que concer <u>ne</u> à decisão de ini- ciar a assistência pré -natal?	A proporção de mulheres com alto risco gravídi - co, que iniciam o pré- <u>natal</u> no primeiro e se - gundo trimestres, é maior do <u>que</u> a proporção de mu- lheres, com <u>médio</u> e bai- xo risco gravídico, que iniciam o pré-natal no primeiro e segundo tri - mestres.
2. Qual o peso do risco etário no que concerne com à decisão de iniciar a assistência pré-natal?	A pronorção de mulheres com 20 anos ou menos e com 30 anos ou mais, que iniciam o pré-natal no primeiro e segundo tri - mestres, é maior do que a pronorção de mulheres cô <u>m</u> 20 a 29 anos que ini- ciam o pré-natal no pri- meiro e segundo trimes - tres.
3. Será que a paridade in- fluencia o comportamen <u>to</u> da gestante no que respeita a decisão de	A pronorção de mulheres com paridade igual ou maior que cinco, que ini- ciam o pré-natal no pri-

* As questões numeradas de 1 a 9 relacionam-se ao sistema de avaliação de risco gravídico de PERKIN.

Q U E S T Ã O	HIPÓTESE
iniciar a assistência pré-natal?	meio e segundo trimestres, é menor do que a proporção de mulheres com paridade um, dois, três e quatro, que iniciam o pré-natal no primeiro e segundo trimestres.
4. Será que o fato de as mulheres apresentarem doenças intercorrentes no ciclo gravídico influencia o comportamento relativo à decisão de iniciar a assistência pré-natal?	A proporção de mulheres com doenças intercorrentes, que iniciam o pré-natal no primeiro e segundo trimestres, é maior do que a proporção de mulheres sem doenças intercorrentes, que iniciam o pré-natal no primeiro e segundo trimestres.
5. Até que ponto ocorências negativas, como óbitos infantis e crianças com defeitos congênitos, influenciam o comportamento da gestante no que concerne à decisão de iniciar a assistência	A proporção de mulheres com histórico acusando óbitos infantis e/ou com crianças com defeitos congênitos, que iniciam o pré-natal no primeiro e segundo trimestres, é maior do que a proporção de mulheres com histórico

Q U E S T Ã O

HIPÓTESE

pré-natal?

sem óbitos infantis e/ou sem crianças com defeitos congênitos, que iniciam o pré-natal no primeiro e segundo trimestres.

6. Até que ponto o impacto de abortamentos anteriores influencia o comportamento da gestante no que respeita à decisão de iniciar a assistência pré-natal?

A proporção de mulheres com abortamento anteriores, que iniciam o pré-natal no primeiro e segundo trimestres, é maior do que a proporção de mulheres sem abortamentos anteriores, que iniciam o pré-natal no primeiro e segundo trimestres.

7. Será que o intervalo entre uma e outra gestação influencia o comportamento da gestante no que concerne à decisão de iniciar a assistência pré-natal?

A proporção de mulheres com intervalo menor ou igual a 12 meses, que iniciam o pré-natal no primeiro e segundo trimestres, é menor do que a proporção de mulheres com intervalo de 13 a 24 meses ou com intervalo maior ou igual a 25 me-

Q U E S T Ã O	H I P Ó T E S E
8. Será que a renda per capita influencia o comportamento da <u>ges</u> tante no que respeita à decisão de iniciar a assistência pré-natal?	ses, que iniciam o pré-natal no primeiro e <u>se</u> gundo trimestres.
9. Até que ponto o ní - vel de instrução das gestantes influencia o comportamento no que respeita à decisão de iniciar a assistência pré-natal?	A <u>proporção</u> de mulheres com renda per capita maior do que um <u>salário</u> mínimo, que iniciam o pré-natal no primeiro e <u>segundo</u> trimestres, é maior do que a proporção de mulheres com renda per capita igual ou menor do que um salário mínimo, que iniciam o pré-natal no primeiro e segundo <u>tri</u> mestres.
	A proporção de mulheres com primário completo, que iniciam o pré-natal no primeiro e segundo <u>tri</u> mestres, é maior do que a proporção de mulheres com primário incompleto, que iniciam o pré-natal no primeiro e segundo <u>tri</u> mestres.

Q U E S T Ã O	HIPÓTESE
10. O fator migração influencia o comportamento referente a decisão de iniciar a assistência pré-natal?	A proporção de mulheres migrantes, que iniciam o pré-natal no primeiro e segundo trimestres, é menor do que a proporção de mulheres não migrantes, que iniciam o pré-natal no primeiro e segundo trimestres.
11. Qual a contribuição do estado civil no que concerne ao comportamento relativo à decisão de iniciar a assistência pré-natal?	A proporção de mulheres solteiras, que iniciam o pré-natal no primeiro e segundo trimestres, é menor do que a proporção de mulheres casadas, que iniciam o pré-natal no primeiro e segundo trimestres.
12. Será que as atitudes em relação à gravidez diferem segundo o estado civil?	A proporção de mulheres casadas com atitudes positivas em relação à gravidez é maior do que a proporção de mulheres solteiras com atitudes positivas em relação à gravidez.

Q U E S T Ã O	HIPÓTESE
13. Será que as atitudes em relação à gravidez diferem segundo a idade?	A proporção de mulheres com atitudes positivas em relação à gravidez, nos grupos com menos de 30 anos, é maior do que a proporção de mulheres com atitudes positivas em relação à gravidez nos grupos com 30 anos ou mais.
14. Até que ponto a paridade influencia as atitudes em relação à gravidez?	A proporção de mulheres com atitudes positivas em relação à gravidez, nos grupos com menor paridade, é maior do que a proporção de mulheres com atitudes positivas nos grupos com paridade maior.
15. Até que ponto o risco gravídico influencia as atitudes das mulheres em relação à gravidez?	A proporção de mulheres com atitudes positivas em relação à gravidez, nos grupos com baixo e médio risco gravídico, é maior do que a proporção de mulheres

Q U E S T Ã O	HIPÓTESE
16. Até que ponto o risco gravídico das mulheres influencia as atitudes dos maridos (ou companheiros) em relação à gravidez?	com atitudes positivas em relação à gravidez, no grupo com alto risco gravídico.
17. Até que ponto as atitudes das mulheres em relação à gravidez influenciam o comportamento relativo à decisão de iniciar a assistência pré-natal?	A proporção de maridos (ou companheiros) de mulheres com baixo e médio risco, com atitudes positivas em relação à gravidez, é maior do que a proporção de maridos (ou companheiros) de mulheres com alto risco gravídico, com atitudes positivas em relação à gravidez. A proporção de mulheres com atitudes positivas em relação à gravidez, que iniciam o pré-natal no primeiro e segundo trimestres, é maior do que a proporção de mulheres, com atitudes positivas, que iniciam o pré-natal no terceiro trimestre ou

Q U E S T Ã O

HIPÓTESE

sem assistência pré-natal.

18. Até que ponto as atitudes dos maridos (ou com panheiros) em relação à gravidez influenciam o comportamento das mulheres no que respeita à decisão de iniciar a assistência pré-natal?

A proporção de mulheres com maridos ou companheiros com atitudes positivas em relação à gravidez, que iniciam o pré-natal no primeiro e segundo trimestres, é maior do que a proporção de mulheres com maridos ou companheiros com atitudes positivas, que iniciam o pré-natal no terceiro trimestre ou sem assistência pré-natal.

4.6 Fase Preliminar da Pesquisa

A fase preliminar do presente estudo dividiu-se em três etapas. Os objetivos da primeira etapa foram os seguintes: trocar idéias com obstetras, nutricionistas e educadores de Saúde Pública a respeito das variáveis e analisar, determinando-se, assim, a prioridade dos assuntos a estudar; conhecer o local onde se processaria a coleta de dados, procurando ajustar as atividades das entrevistado -

ras à rotina do Serviço de Obstetrícia do Hospital São Paulo; familiarizar o pessoal do Serviço com as atividades exigidas pela pesquisa, garantindo sua colaboração; por último, estudar o universo vocabular das informantes, a fim de evitar problemas de comunicação.

Na segunda etapa realizou-se o pré-teste do formulário, procurando-se analisar sua eficiência no que respeita aos objetivos do presente estudo. Este primeiro formulário foi aplicado em 20 mulheres, internadas no Serviço de Obstetrícia do Hospital São Paulo. A seguir, estudou-se a estrutura de cada questão com vistas a verificar se poderiam as mesmas ser reformuladas de modo a melhorar a comunicação entre entrevistadoras e informantes. Em seguida, alteraram-se algumas palavras e expressões, construindo-se um segundo formulário que, aplicado em seis mulheres, mostrou nada haver a modificar. Foi considerado, portanto, o instrumento definitivo para coleta de dados. O modelo do formulário encontra-se no Anexo I deste trabalho.

Na terceira etapa realizou-se o treinamento das três entrevistadoras a quem coube a aplicação dos formulários; duas eram alunas do sexto ano da Escola Paulista de Medicina e uma era graduada em Biologia, com grande experiência na área de pesquisa. Coube a esta, além de aplicar os formulários, dirigir o trabalho de campo. Afora o treinamento que se fundamentou nas premissas de MOSER e KALTON³³, dispuseram as entrevistadoras de um Manual de Instruções (Anexo II).

4.7 Amostra

A população deste estudo foi constituída por 404 mulheres internadas no Serviço de Obstetrícia do Hospital São Paulo, da Escola Paulista de Medicina. Estas mulheres foram entrevistadas consecutivamente após receberem alta médica, dando origem à informação básica utilizada no presente estudo.

Definida como amostra de uma população hipotética, esta população não favoreceu nem desfavoreceu a manifestação dos fenômenos em estudo, constituindo, portanto, uma amostra casual.

4.8 Coleta de Dados

A coleta de dados realizou-se de abril a setembro de 1975. Após a entrevista, foram os formulários suplementados com informações registradas por dois médicos residentes a partir dos prontuários médicos.

4.9 Revisão Crítica

A revisão dos formulários foi realizada pela chefe de trabalho de campo. Esta revisão incluía, por um lado, a identificação de erros decorrentes da falta de atenção das entrevistadoras que assinalavam erroneamente os códigos correspondentes às perguntas fechadas e, por outro, confronto entre respostas, com vistas a detectar inconsistência entre as mesmas. Reuniões periódicas permitiram di

minuir gradativamente a ocorrência de tais erros.

4.10 Codificação

Terminada a fase de crítica, deu-se início à codificação. Os dados dos formulários foram transcritos para folhas de codificação, apropriadas para a perfuração dos dados em cartões, passando-se, então, à operação de perfuração e processamento de dados

4.11 Perfuração e Processamento de Dados

A perfuração e o processamento de dados realizaram-se no Centro de Computação Eletrônica da Universidade de São Paulo, utilizando-se, para tanto, um equipamento de computação B-6700 da Burroughs.

A partir das folhas de codificação, perfuraram-se os dados em cartões, cada formulário dando origem a três cartões. A seguir, procedeu-se à crítica dos cartões perfurados, visando a detectar eventuais erros de perfuração, inconsistências visíveis e ocorrências de códigos inválidos. Estes foram listados para, posteriormente, identificar os cartões onde ocorreram. Fez-se, então, a correção dos erros, procedendo-se à perfuração de novos cartões que, após conferência mecânica, foram incluídos entre cartões corretos em substituição aos que apresentavam erros.

4.12 Análise Estatística

Tendo em vista a natureza do presente estudo, optou-

se pela aplicação de um teste não paramétrico. Utilizou-se o teste do Qui-quadrado em quadros de associação e a decomposição do Qui-quadrado em quadros de contingência, de acordo com os moldes preconizados por COCKRAN³². Para isto recorreu-se ao Sistema SPSS (Scientific Package for Social Sciences).

Os testes estatísticos individuais ou globais realizaram-se a nível de significância de 5%. Sendo assim, todo o resultado dito significante, - significa estatisticamente significante a nível de 5%. Os valores estatisticamente significantes aparecem com um asterisco (*) ao lado do valor observado.

4.13 Utilização e Apresentação dos Dados Levantados

A discussão e os resultados apresentados no presente estudo referem-se à parte dos dados levantados. Dados referentes à nutrição e reprodução humana, entre outros, farão parte de estudos subseqüentes. Foram levantados, de início, com esta intenção.

Os resultados referem-se a um total de 404 mulheres, contudo, nem sempre correspondem os mesmos a este total geral. Ocorre isto por algumas perguntas comportarem alternativas do tipo "não responde", "não se aplica" e "outros".

Os quadros que se referem a achados da pesquisa terão o seu título simplificado omitindo-se, propositadamente, "mulheres entrevistadas no Serviço de Obstetrícia do Hospital São Paulo de abril a setembro de 1975".

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização Sócio-Econômica da População Amostral

5.1.1 Componentes do Modelo

Para medir o nível sócio-econômico da população amostral aplicou-se, na fase exploratória do presente estudo, a escala de indicadores de GUIDI e DUARTE⁶¹, escala esta que se fundamenta nos seguintes indicadores:

- a. nível ocupacional do marido;
- b. nível de instrução do marido;
- c. nível de instrução da mulher;
- d. área residencial;
- e. características físicas da moradia;
- f. conforto doméstico.

Atribuindo pontos que variam de 1 a 6 pontos, conforme características hierarquizadas de cada indicador, este modelo permite localizar o indivíduo dentro das seguintes classes sociais: baixa inferior, baixa superior, média inferior, média superior e alta.

Além da extrema simplicidade de sua aplicação e da imediata avaliação do nível sócio-econômico da população amostral, dispensa esta escala dados referentes à renda per capita familiar, exclusão vantajosa já referida na literatura^{60, 61}. A experiência adquirida durante o pré-teste do formulário, na fase exploratória, tornou evidente a precariedade desse tipo de informação, agravada, no caso, pela baixa escolarida-

de da população em estudo.

A aplicação da escala de GUIDI e DUARTE⁶ à análise dos resultados na fase preliminar do estudo levaram à decisão de excluir os indicadores "área residencial" e "conforto doméstico" e de simplificar itens relativos a características físicas da moradia. Ao optar-se por esta simplificação, ponderou-se o fato de estar em pauta um modelo destinado a uma população amostral visivelmente homogênea, cujos dados apresentariam, na maioria dos casos, pouco poder discriminatório.

Elaborou-se, assim, um modelo simplificado, incluindo apenas as informações mais fidedignas e, portanto, menos equívocas. Apresenta-se, a seguir, a pontuação relativa às referidas classes sociais.

<u>Número de Pontos</u>			<u>Classes Sociais</u>
4	a	6	Baixa inferior
7	a	10	Baixa superior
11	a	14	Média inferior
15	a	18	Média superior
19	a	20	Alta

Seguem-se, os critérios utilizados na caracterização de cada um dos indicadores.

5.1.1.1 Nível Ocupacional do Marido

A classificação das ocupações dos maridos obedeceu ao seguinte critério:

- PESO 1 Ocupações não qualificadas - ocupações braçais que não exigem experiência profissional prévia ou níveis mínimos de instrução formal; ocupações não especializadas com níveis de remuneração muito próximos do salário mínimo local.
- PESO 2 Ocupações de nível inferior de qualificação - ocupações cujo desempenho não exige esforço braçal ou que só podem ser exercidas com um nível mínimo de instrução formal ou treinamento profissional específico.
- PESO 3 Ocupações de nível médio - ocupações para cujo exercício é desejável o curso ginásial completo ou o curso médio completo; pertencem a esse nível indivíduos com 9 a 12 anos de escolaridade, formação profissional especializada de duração mais longa que a fornecida aos operários qualificados da categoria precedente e com níveis de remuneração que vão de duas a quatro vezes o salário mínimo local.

PESO 4 Ocupações superiores - ocupações que exigem nível mais elevado de instrução (profissionais liberais), cargos técnico-científicos ou cargos que se caracterizam pela chefia de gerência de empresas comerciais ou industriais de porte médio; agrupam-se nesse nível, postos militares inferiores do oficialato e donos de propriedades rurais de tamanho médio.

PESO 5 Ocupações de alta renda - altos cargos de chefia ou gerência em grandes organizações, grandes proprietários rurais, capitalistas, altos postos militares, deputados e senadores, ocupantes de altos postos administrativos no serviço público, diplomatas, donos de cartório, pecuaristas.

A descrição pormenorizada das ocupações distribuídas por categorias, incluída no estudo de GUIDI e DUARTE⁶¹ e complementada, quando necessário, com a escala de GOUVEIA⁵⁹, facilitou esta classificação, eliminando possíveis equívocos.

A Figura 1 permite observar a distribuição percentual das ocupações segundo as categorias referidas. Como se observa, 55,2% da popu-

lação masculina enquadram-se dentro do grupo de ocupações não qualificadas, sendo imediatamente seguidos por 39,3% de indivíduos com nível inferior de qualificação.

5.1.1.2 Nível de Instrução

A par da situação ocupacional, o grau de instrução dos indivíduos constitui valioso indicador na análise do nível sócio-econômico de grupos populacionais.

Para medir o nível de instrução utilizou-se a seguinte pontuação:

- PESO 1 Analfabeto ~~(a)~~: curso primário incompleto (menos de 4 anos) ou apenas alfabetizado(a).
- PESO 2 Curso primário completo ou curso ginasial incompleto.
- PESO 3 Curso ginasial completo ou curso colegial incompleto.
- PESO 4 Curso colegial completo ou curso superior incompleto.
- PESO 5 Curso superior completo.

LEGENDA:

- I ☐ Não Qualificada
 II ☐ Nível Inferior de Qualificação
 III ☐ Nível Médio de Qualificação
 IV ☐ Nível Superior de Qualificação
 V ☐ Desempregado
 VI ☐ Aposentado

Figura 1 - Ocupação dos Maridos

Figura 2 - Nível de Instrução

Os dados da Figura 2 descrevem o nível de instrução das mulheres casadas e de seus maridos. Como se observa, é elevada a porcentagem de homens e de mulheres sem nenhuma escolaridade ou com curso primário incompleto: 58,1% entre os homens e 62,4% entre as mulheres; 32,2% de homens e 32,7% de mulheres colocam-se no grupo com primário completo ou ginásio incompleto, sendo relativamente reduzidos os grupos com ginásio completo/colegial incompleto, colegial completo/superior incompleto e superior completo.

5.1.1.3 Número de Cômodos da Moradia

Ao considerar o número de cômodos do domicílio, omitiram-se partes da residência como cozinha, banheiro, área e varanda, incluindo-se apenas quartos e salas:

PESO 1 Um ou dois cômodos.

PESO 2 Três cômodos.

PESO 3 Quatro cômodos.

PESO 4 Cinco cômodos.

PESO 5 Seis ou mais cômodos.

O quadro relativo a número de cômodos aparece sob o tópico condições de moradia, tendo em vista considerações subseqüentes.

5.1.2 Nível Sócio-Econômico

A somatória dos pontos atribuídos às características de cada indicador, respectivamente, ocupação do marido, nível de instrução do marido e da mulher e número de cômodos do domicílio, permitiu localizar a população amostral dentro de três níveis sócio-econômicos.

QUADRO 1 - NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO

NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO	MULHERES ENTREVISTADAS	
	Nº	%
Baixo-Inferior	227	73,7
Baixo-Superior	72	23,4
Médio-Inferior	9	2,9
TOTAL	308	100,0

Como pode observar-se no Quadro 1, há uma maior proporção de mulheres (73,7%) localizadas na faixa relativa ao nível sócio-econômico baixo inferior, sendo imediatamente seguidas por mulheres (23,4%) com nível baixo-superior. Apenas 2,9% da população amostral situam-se na faixa médio-inferior, eviden -

ciando isto a precariedade das condições de vida desse grupo social.

5.1.3 Renda Mensal Per Capita

Visando a complementar os dados incluídos nos indicadores referidos e sem perder de vista a precariedade desse tipo de informação, procurou-se obter a renda per capita mensal a partir da soma dos ingressos percebidos por mês pelos residentes do domicílio, descontando-se, quando fosse o caso, quantias destinadas a amortizações e pagamentos de aluguéis e dividindo-se, a seguir, a soma total pelo número de moradores do domicílio.

QUADRO - 2 - RENDA PER CAPITA MENSAL (SALÁRIO MÍNIMO)*

RENDA (SALÁRIO MÍNIMO)	MULHERES ENTREVISTADAS	
	Nº	%
0 — 0,25	77	20,6
0,25 — 0,50	150	40,1
0,50 — 0,75	66	17,6
0,75 — 1,00	42	11,2
1,00 — 1,25	7	1,9
1,25 — 1,50	16	4,3
1,50 ou +	16	4,3
TOTAL	374	100,0

* Salário mínimo igual a Cr\$ 532,80

Pelos dados apresentados no Quadro 2 pode calcular-se que 60,7% das mulheres entrevistadas apresentam renda mensal inferior a meio salário mínimo. Tal fato assume particular significado quando interpretado à luz de dados levantados na área da Nutrição. Estudo realizado nessa área mostrou de crescer a prevalência da desnutrição, desaparecendo a desnutrição de 2º e 3º graus nos casos em que a renda per capita mensal alcançava o limite de um e meio salários mínimos.²¹ Torna-se procedente inferir, portanto, que a quase totalidade da população em estudo deva apresentar sérios problemas de caráter nutricional. Do ponto de vista da Educação em Saúde, recomendar-se-ia uma especial ênfase em conteúdos programáticos ~~que visem~~, a curto prazo, a educar a população, facultando-lhe o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis em programas de suplementação alimentar. Considere-se isto, no entanto, medida de caráter emergencial que perderia seu valor ético-social se não fosse acompanhada pela concomitante maturação de transformações que conduzam a uma melhor distribuição da renda per capita populacional.

5.1.4. Caracterização do Domicílio

5.1.4.1. Condição de Posse da Residência

O Quadro 3 permite observar características referentes à posse da residência.

QUADRO 3 - CARACTERÍSTICAS RELATIVAS À POSSE DA
RESIDÊNCIA

POSSE DA RESIDÊNCIA	MULHERES ENTREVISTADAS	
	Nº	
Residência alugada	207	56,7
Residência própria	112	30,7
Residência cedida	31	8,5
Barraco	15	4,1
TOTAL	365	100,0

Apenas 30,7% das mulheres afirmam possuir casa própria. A grande maioria, 56,7%, vive em casas alugadas, 8,5% em casas cedidas e 4,1% em barracos.

Em relação ao indivíduo mencionado como chefe do domicílio, 73,7% referem-se aos maridos, distribuindo-se as restantes, 26,3%, entre parentes, amigos, patrões e as próprias entrevistadas, tal como mostra o Quadro 4.

QUADRO 4 - MULHERES ENTREVISTADAS SEGUNDO INDIVÍDUO MENCIONADO COMO CHEFE DE DOMICÍLIO

CHEFIA DA CASA	MULHERES ENTREVISTADAS	
	Nº	%
Marido	298	73,7
Parente	60	14,9
Amigo	2	0,5
Patrões	33	8,2
Própria	11	2,7
TOTAL	404	100,0

5.1.4.2 Número de Cômodos Utilizados como Dormitório e Número Médio de Indivíduos por Cômodo

A par do acesso a serviços de assistência médica, a apreciação sobre as condições da moradia, observadas através das características internas do domicílio, fornece elementos indispensáveis à avaliação da qualidade de vida de uma população. A influência que estes fatores exercem sobre a família, considerando-se particularmente aspectos relacionados à saúde física, mental e social, justifica plenamente a inclusão de dados desta natureza.

O Quadro 5 relaciona a proporção de domicílios com o número de cômodos utilizados como dormitório.

QUADRO 5 - NÚMERO DE CÔMODOS UTILIZADOS COMO DORMITÓRIO

CÔMODOS UTILIZADOS COMO DORMITÓRIO	MULHERES ENTREVISTADAS	
	Nº	%
1	231	62,6
2	112	30,4
3	21	5,7
4	4	1,1
5	1	0,2
TOTAL	369	100,0

Note-se que 62,6% da população amostral possui apenas um dormitório em seus domicílios.

A situação agrava-se quando se relaciona a proporção de indivíduos com o número de dormitórios do domicílio, o que é apresentado no Quadro 6.

QUADRO 6 - NÚMERO MÉDIO DE PESSOAS POR CÔMODO

NÚMERO MÉDIO DE PESSOAS POR CÔMODO	MULHERES ENTREVISTADAS	
	Nº	%
2	38	10,3
3	123	33,2
4	98	26,5
5	53	14,3
6	25	6,8
7	33	8,9
TOTAL	370	100,0

Como se observa, 56,5% das entrevistadas mencionam um número igual ou superior a quatro pessoas por dormitório, deixando transparecer as baixas condições de qualidade de vida do grupo em estudo. Torna-se oportuno lembrar que a alta densidade habitacional, ou seja, o espaço físico disponível por indivíduo na casa que habita, tem significativa importância na saúde física, mental e social da família, apresentando graves consequências para o desenvolvimento físico e intelectual de crianças²².

5.1.4.3 Abastecimento de Água, Localização da Instalação Sanitária e Destinação de Dejetos

Os Quadros 7, 8 e 9 permitem observar os serviços de infra-estrutura, elementos estes imprescindíveis à valorização do nível sanitário de uma população.

Quanto ao abastecimento de água, referido no Quadro 7, 51,5% das mulheres entrevistadas residem em domicílio que dispõe de rede de abastecimento de água, 22,1% utilizam água encanada de poço e 26,4% contam apenas com água de poço não canalizada.

QUADRO 7 - TIPO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA DOMICILIAR

ABASTECIMENTO DE ÁGUA DOMICILIAR	MULHERES ENTREVISTADAS	
	Nº	%
Domicílios ligados à rede pública	193	51,5
Domicílios com água canalizada	83	22,1
Domicílios com água não canalizada	99	26,4
TOTAL	375	100,0

O Quadro 8 permite observar que 72,2% da população amostral têm acesso a instalações sanitárias privativas, ao passo que 24,8% as compartilham com outras famílias da vizinhança; 3% referem não possuir qualquer instalação sanitária, presumindo-se corresponder esta minoria à parcela que reside em barracos, utilizando o solo para deposição de dejetos.

QUADRO 8 - INSTALAÇÃO SANITÁRIA

INSTALAÇÃO SANITÁRIA	MULHERES ENTREVISTADAS	
	Nº	%
Interna privativa	182	45,2
Interna coletiva	9	2,2
Externa privativa	109	27,0
Externa coletiva	91	22,6
Nenhuma	12	3,0
TOTAL	403	100,0

No que se refere à destinação de dejetos, o Quadro 9 mostra que apenas 50,5% da população em estudo ocupam domicílios ligados à rede geral de esgotos; 46,9% utilizam-se de fossas sépticas, negras e secas e 2,6% referem o solo como local para deposição de dejetos.

QUADRO 9 - DESTINAÇÃO DE DEJETOS DOMICILIARES

DESTINAÇÃO DE DEJETOS	MULHERES ENTREVISTADAS	
	Nº	%
Rede de esgoto	195	50,5
Fossa séptica	6	1,6
Fossa negra	7	1,8
Fossa seca	3	0,8
Fossa não especificada	165	42,7
Solo	10	2,6
TOTAL	386	100,0

A partir do exposto, configura-se a imagem de uma população com condições ambientais pouco favoráveis e mais vulnerável, portanto, à desnutrição e doença.

5.1.5 O Fenômeno Sociolingüístico

Dados relativos ao perfil sócio-econômico da população cujo comportamento se pretende alterar são extremamente importantes para os Educadores de Saúde Pública. De fato, dele deriva o caráter social da língua, entendida aqui como um sistema de signos convencionais por meio dos quais os indivíduos se comunicam.

Se a mudança de comportamento dos indivíduos pressupõe o entendimento entre grupos que procedem de diferentes estratos da pirâmide social e se, no presente estudo, representa a equipe de saúde o estrato médio e a população o estrato da base daquela pirâmide, obviamente torna-se necessário chamar a atenção para as características da comunicação que vincula o componente educativo, seja esta de natureza verbal, não verbal ou impressa em material escrito.

Ao definir norma como o nivelamento da língua de uma comunidade, observa PRETI¹²⁸ que, ao lado da norma culta, veículo de um complexo cultural, científico ou artístico, coexistem normas regionais, ou seja, usos específicos de comunidades menores afastadas dos grandes centros civilizados. A variedade/uniformidade linguística permite, por isso, o estudo de níveis de comunicação sociolinguística sob vários aspectos, sendo particularmente significativos para a Educação em Saúde os aspectos sociológicos e situacionais.

Em relação aos "fatores sociológicos" que afetam a comunicação intergrupar, devem-se considerar diferenças relativas à escolaridade, profissão e características do local em que vivem os grupos comprometidos no processo de comunicação, visto que esta localização estratificada transmite influências decisivas sobre a língua que falam. Os "fatores

situacionais", entendendo-se por isto a análise das condições extraverbais que cercam o diálogo intergrupal no ato de sua realização, devem igualmente ser considerados. A presença física do ambiente com signos específicos alheios aos hábitos da população que se pretende educar pode dificultar, ainda mais, a absorção adequada das recomendações transmitidas¹²⁰.

Uma das maiores barreiras da Educação em Saúde reside talvez na incapacidade que têm os profissionais com responsabilidade educativa de compreender as características do nível sociolinguístico dos educandos, dos pontos de vista "sociológico" e "situacional". Esta problemática evidenciou-se na fase exploratória do presente estudo. A inadequação do processo educativo refletiu-se no nível de fala utilizado em palestra proferida para mulheres internadas no Serviço de Obstetrícia de um Hospital de São Paulo sobre tema relativo ao preparo de mamadeira. Sem se considerar a impropriedade do assunto selecionado em termos de prioridade que se deveria atribuir ao aleitamento natural, registraram-se palavras totalmente alheias ao universo sócio cultural das educandas. Com prova isto o despreparo dos manipuladores da mensagem educativa não só no que respeita às necessidades dos educandos, mas também no que se refere a implicações decorrentes dos fatores sociológicos nos níveis de fala da equipe de saúde e população-alvo. Mencionam-se, a seguir, algumas das palavras utilizadas durante a referida palestra: substância, proteína, pré

-digestão, imunização, contaminação, organismo, testar, resistência, resíduo, acessório, obstrução, lâmina, detalhe, carência, excesso, prejudicial, jato, pressão, expelir, reconstituição. Como a análi-se terminológica revelou durante a aplicação do pré-teste do formulário do presente estudo, tais termos jamais poderiam ser compreendidos pela popula-ção a eles submetida.

Complementando a problemática representada pela desinformação relativa aos níveis de fala, é preciso não esquecer o impacto de fatores situacionais igualmente inadequados pãra o processo educativo. Como referido, prendem-se estes a condições extraver-bais que cercam o diálogo no ato de sua realização. É freqüente submeter-se as pacientes à comunicação visual alheia à sua própria cultura, expondo-as, por exemplo, a cartazes com figuras de mães e crianças de diferentes etnias ou com hábitos característicos de outros estratos sociais. Não admira, pois, que barreiras psicológicas comprometam, ainda mais, o processo educativo.

A constatação destes fatos tem levado os Edu-cadores de Saúde Pública a sugerir, como estratégia para a Educação em Saúde, a participação dos usuá-rios ou consumidores nos processos de planejamento e execução de parte das atividades desenvolvidas nas unidades de Saúde. Com isto pretende-se reduzir a distância social ocasionada pela localização de edu

cadadores e educandos em diferentes estratos sociais^{120, 156, 161}. Tal disposição reflete-se no título de livro recentemente publicado pela Organização Mundial da Saúde, "Health by the People", ao recomendar a organização de serviços de atendimento médico capazes de refletir a cultura dos usuários e não a cultura da equipe de saúde¹⁰⁴.

5.2 Outras Características da População Amostral.

Ao agregarem-se dados relativos a outras características da população amostral, pretende-se reunir o máximo de informações que permitam o melhor conhecimento da intensidade, peculiaridade e tendências gerais dos fenômenos em estudo.

5.2.1 Local de Procedência

Ao agrupar-se a população amostral, segundo naturalidade, considerou-se a seguinte divisão: Norte do Brasil (Amazonas, Pará, Acre, Roraima, Amapá, Rondonia); Nordeste do Brasil (Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia); Sudeste (Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Guanabara); Sul (Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul); São Paulo Capital; outros locais do Estado de São Paulo; Centro Oeste (Mato Grosso, Goiás, Distrito Federal). O Quadro 10 permite observar a naturalidade das mulheres entrevistadas, segundo esta divisão. Inclui-se, também, mulheres procedentes de outros países.

QUADRO 10 - LOCAL DE PROCEDÊNCIA

LOCAL DE PROCEDÊNCIA	MULHERES ENTREVISTADAS	
	Nº	%
Região Norte	1	0,2
Região Nordeste	147	36,4
Região Sudeste	96	23,8
Região Sul	18	4,5
São Paulo - Capital	50	12,3
São Paulo - Outros	79	19,6
Região Centro-Oeste	6	1,5
Outros Países	7	1,7
TOTAL	404	100,0

De acordo com o Quadro 10, apenas 12,3% das mulheres entrevistadas nasceram no Município de São Paulo. Chama a atenção a elevada proporção de migrantes, alcançando o valor de 87,7% das pacientes atendidas; destas, o maior número, 36,4%, nasceu na Região Nordeste, sendo imediatamente seguido por 23,8% de migrantes da Região Sudeste.

Quanto ao estado civil, o Quadro 11 mostra que 19,2% das mulheres são solteiras, viúvas ou separadas, situação esta que, a par das dificuldades financeiras já referidas, contribui certamente para o agravamento das condições psico-sociais da idade mãe-criança.

QUADRO 11 - ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	MULHERES ENTREVISTADAS	
	Nº	%
Casadas	323	80,8
Solteiras	66	16,5
Viuvas	2	0,5
Separadas	9	2,2
TOTAL	400	100,0

5.2.2 Idade

A idade da população amostral variou de 15 a 49 anos.

De acordo com o Sistema de PERKIN, conforme o Quadro 12, apenas 52,2% de mulheres situam-se na faixa etária considerada ideal para a reprodução, faixa esta referente à idade entre 21 e 29 anos; 33,9%, correspondendo a 137 mulheres, receberam dois pontos por características ligadas à idade - mulheres com 20 anos ou menos e mulheres com 35 anos ou mais; 13,9%, correspondendo a 56 mulheres, receberam um ponto por terem 30 a 34 anos de idade.

QUADRO 12 - IDADE

IDADE	PONTUAÇÃO (PERKIN)	MULHERES ENTREVISTADAS	
		Nº	%
15 — 20	2	75	18,6
21 — 24	0	107	26,4
25 — 29	0	104	25,8
30 — 34	1	56	13,9
35 — 39	2	40	9,9
40 ou +	2	22	5,4
TOTAL		404	100,0

O Quadro 13 permite ~~observar~~ observar a distribuição etária das adolescentes, denominadas "teen-agers" no idioma inglês. Verificou-se, em São Paulo, que mães com menos de 20 anos respondem por uma proporção mais elevada de mortes infantis do que de nascimentos vivos, evidenciando-se, assim, a maior contribuição deste grupo etário no que concerne a mortes infantis¹². Justifica-se, por isso, classificar o grupo de adolescentes, como constituindo um grupo de alto risco, classificação esta que só se pode entender quando se agrega a dimensão social ao esquema de referência biológica.

QUADRO 13 - MULHERES COM MENOS DE 20 ANOS

I D A D E (ANOS)	MULHERES ENTREVISTADAS	
	Nº	%
15 anos	6	10,7
16 anos	6	10,7
17 anos	10	17,9
18 anos	12	21,4
19 anos	22	39,3
TOTAL	56	100,0

A Figura 3 complementa as informações relativas à idade do grupo em estudo, mostrando contingentes de 22,3%, para os indivíduos do sexo masculino e de 18,6%, para os de sexo feminino, no grupo etário de 20 anos ou menos. Considerando-se a baixa escolaridade, já referida, aliada à vida sexual ativa, importante se torna incluir programas de educação sexual em escolas do 1º Grau⁹⁰.

5.2.3 Paridade

Para REZENDE¹³⁶, entende-se por parto, tanto o que se realiza a termo, depois de completada a vida intrauterina, como o parto prematuro, ou seja, aquele que ocorre entre a 28a. e 37a. semana de gestação. Antes desse limite a expulsão do concepto constitui caso de abortamento. O termo paridade refere-

Figura 3 - Idade das mulheres e dos maridos

se, assim, a gravidezes que atingiram no mínimo vinte e oito semanas de duração.

O Quadro 14 descreve a paridade do grupo em estudo, correspondendo a mesma ao número total de crianças vivas, de nascidos vivos que morreram e de natimortos, ou seja, conceptos expulsos após a 28a. semana de gestação.

QUADRO 14 - PARIDADE

PARIDADE	PONTUAÇÃO (PERKIN)	MULHERES ENTREVISTADAS	
		Nº	%
0	0	10	2,4
1	0	133	32,9
2	0	74	18,4
3	1	58	14,3
4	1	36	8,9
5	2	26	6,5
6	2	22	5,5
7	2	13	3,3
8	2	12	2,9
9	2	20	4,9
TOTAL		404	100,0

Como se observa, o grupo de primíparas representa 32,9% do total, correspondendo a 133 mulheres.

De acordo com o sistema de PERKIN, 23,2%, ou seja, 94 mulheres receberam um ponto em consequência do fator paridade e 23,1%. 93 mulheres, receberam dois pontos por esse mesmo motivo. No total, 46,3% das mulheres pertencentes ao grupo de estudo receberam pontos em função da paridade.

Para efeito de complementação, cumpre mencionar que no grupo de adolescentes, constituído por 56 mulheres, 81,8% deram à luz o primeiro filho, 9,1% o segundo filho e 9,1% o terceiro. Em relação a este grupo, levantam-se duas ordens de problemas no que respeita a risco gravídico: por um lado; o fato de que a primiparidade representa por si só um fator de risco^{9,3}; por outro, o fato de ter-se demonstrado haver uma categoria de adolescentes para quem o risco da prematuridade ultrapassa de longe o risco observado em outras - trata-se daquelas que já tiveram outras gestações. Em mulheres com menos de 20 anos, o risco da prematuridade aumenta com a repetição de gestações, ao passo que, em idades subseqüentes, o risco aumenta no primeiro nascimento, decrescendo a seguir. Em New Haven, Connecticut, JEKEL e colaboradores^{7,3}, ao estudar um grupo de jovens com menos de 18 anos, seguidas regularmente por consultas obstétricas, encontraram um coeficiente de prematuridade de 11,0% entre primogênitos, de 27,0% entre segundos filhos e de 43,0% no grupo de terceiros filhos.

5.2.4 Idade na Primeira Relação Sexual e na Primeira Gravidez

Houve interesse em conhecer a idade das entrevistadas no momento em que iniciaram a vida sexual e em que tiveram a primeira gravidez.

QUADRO 15 - IDADE DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL

IDADE (ANDS)	MULHERES ENTREVISTADAS		
	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA	FREQUÊNCIA ACUMULADA
11	1	0,3	0,3
12	3	0,7	1,0
13	9	2,2	3,2
14	19	4,8	8,0
15	34	8,5	16,5
16	33	8,2	24,7
17	51	12,7	37,4
18	53	13,2	50,6
19	37	9,3	59,9
20	39	9,7	69,6
21	27	6,7	76,3
22	24	6,0	82,3
23	20	5,0	87,3
24	11	2,7	90,0
25	12	3,0	93,0
26	10	2,5	95,5
27	4	1,0	96,5
28	4	1,0	97,5
29	3	0,8	98,3
30	2	0,5	98,8
31	1	0,2	99,0
32	-	-	-
33	1	0,3	99,3
34	2	0,5	99,8
35	-	-	-
36	1	0,2	100,0
<hr/>			
TOTAL	401	100,0	100,0

Média = 19,1
 Mediana = 18,4
 Moda = 18,0

O Quadro 15 mostra que a vida sexual do grupo em estudo teve início bastante cedo: 240 mulheres, correspondendo a 59,9% do total, iniciaram a vida sexual com 19 anos ou menos, ao passo que 99, correspondendo a 24,7% tiveram a primeira relação com 16 anos ou menos.

O Quadro 16 permite observar a idade em que estas tiveram a primeira gravidez.

QUADRO 16 - IDADE DA PRIMEIRA GRAVIDEZ

IDADE (ANOS)	MULHERES ENTREVISTADAS		
	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA RELATIVA	FREQUENCIA ACUMULADA
13	3	0,8	0,8
14	11	2,7	3,5
15	20	5,0	8,5
16	29	7,2	15,7
17	41	10,2	25,9
18	44	10,9	36,8
19	46	11,4	48,2
20	36	9,0	57,2
21	36	9,0	66,2
22	30	7,5	73,7
23	24	6,0	79,7
24	16	4,0	83,7
25	14	3,5	87,2
26	16	4,0	91,2
27	8	2,0	93,2
28	7	1,7	94,9
29	6	1,5	96,4
30	6	1,5	97,9
31	1	0,2	98,1
32	3	0,7	98,8
33	1	0,2	99,0
34	1	0,3	99,3
35	-	-	-
36	1	0,2	99,5
37	2	0,5	100,0
TOTAL	402	100,0	100,0

Média = 20,4
 Mediana = 19,6
 Moda = 19,0

Correspondendo a 48,2% do total, 194 mulheres ficaram grávidas pela primeira vez com 19 anos ou menos; destas, 63 (15,7%) engravidaram com 16 anos ou menos. Tal fato evidencia o risco reprodutivo que caracteriza este grupo, quando ~~se~~ considera apenas o fator idade do início da vida sexual e da primeira gravidez. Segundo PINOTTI^{1,2} a incidência da mortalidade perinatal mostra-se mais elevada entre o grupo de adolescentes com menos de 16 anos.

Para DESCHAMPS^{3,9}, não se pode entender a gravidez adolescente como "gravidez problema" apenas em termos biológicos. A gravidez adolescente é uma gravidez de risco em consequência de um conjunto de fatores de vulnerabilidade, ~~que~~ contribuem para diminuir a probabilidade de um nascimento normal: a pouca idade da mãe, o fato de se tratar de uma primeira gravidez, a maior incidência de ilegitimidade e o ambiente social desfavorável. Este último fator assume particular importância, ao considerar-se que adolescentes de nível econômico mais elevado correm menos risco de engravidar ou dar à luz do que adolescentes de famílias pobres. Acrescente-se a isto problemas de caráter nutricional, pois às necessidades alimentares da adolescente juntam-se as necessidades do feto em desenvolvimento. Este conjunto clássico de fatores adversos aumenta o risco do feto, afetando seu cérebro e comprometendo, portanto, a potencialidade mental do indivíduo. Afora isto, também o organismo materno corre o risco de pagar

um preço excessivamente elevado por estar o feto competendo com o potencial da mãe, fazendo com que ambos os organismos deixem de alcançar aquilo de que mais necessitam.

5.2.5 Opinião Sobre a Idade Ideal para Ter o Primeiro e o Último Filho

Coincidindo com dados apresentados por YUNES,¹⁷ os resultados mostram um valor modal de 20 anos referente à idade ideal para ter o primeiro filho; quanto à idade ideal para ter o último filho, o valor modal corresponde à idade de 30 anos. Estes valores se obtêm dos dados apresentados nos Quadros 17 e 18.

QUADRO 17 - OPINIÃO SOBRE IDADE IDEAL PARA TER O PRIMEIRO FILHO

IDADE IDEAL (ANOS)	MULHERES ENTREVISTADAS		
	FREQUENCIA	FREQUENCIA	FREQUENCIA
	ABSOLUTA	RELATIVA	ACUMULADA
15	6	1,6	1,6
16	5	1,3	2,9
17	14	3,7	6,6
18	76	19,9	26,5
19	32	8,4	34,9
20	174	45,5	80,4
21	12	3,1	83,5
22	25	6,5	90,0
23	11	2,9	92,9
24	2	0,5	93,4
25	20	5,2	98,6
26	1	0,3	98,9
27	2	0,5	99,4
28	1	0,3	99,7
29	-	-	-
30	1	0,3	100,0
<hr/>			
TOTAL	382	100,0	100,0

Média = 19,9
 Mediana = 19,8
 Moda = 20,0

QUADRO 18 - OPINIÃO SOBRE IDADE IDEAL PARA TER O ÚLTIMO FILHO

IDADE IDEAL (ANOS)	MULHERES ENTREVISTADAS		
	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA RELATIVA	FREQUENCIA ACUMULADA
19	1	0,3	0,3
20	4	1,1	1,4
21	-	-	-
22	3	0,8	2,2
23	6	1,6	3,8
24	4	1,1	4,9
25	34	9,0	13,9
26	9	2,4	16,3
27	8	2,1	18,4
28	21	5,6	24,0
29	12	3,2	27,2
30	142	37,8	65,0
31	3	0,8	65,8
32	10	2,7	68,5
33	6	1,6	70,1
34	2	0,5	70,6
35	61	16,2	86,8
36	3	0,8	87,6
37	2	0,5	88,1
38	8	2,1	90,2
39	2	0,5	90,7
40	28	7,4	98,1
41	-	-	-
42	-	-	-
43	-	-	-
44	-	-	-
45	4	1,1	99,2
46	-	-	-
47	-	-	-
48	1	0,3	99,5
49	-	-	-
50	2	0,5	100,0
<hr/>			
TOTAL	376	100,0	100,0

Média = 31,1

Mediana = 30,1

Moda = 30,0

É curioso observar que, embora intuitivamente, se considera ser ideal a idade cientificamente aceita como representando a melhor época para iniciar e terminar o período de reprodução humana.

A partir dos dados relativos à primeira gravidez e supondo-se, para efeito de comparação, que o primeiro filho nasceu quando a mãe tinha essa mesma idade, elaborou-se a Figura 4. Como se evidencia, apesar de 63,8% considerarem como idade ideal para ter o primeiro filho a idade compreendida entre 20 e 25 anos, apenas 39,0% o tiveram. A mesma discrepância entre idade ideal e real caracteriza os demais grupos etários.

5.2.6 Número Desejado de Filhos

Houve interesse em conhecer o número desejado de filhos, selecionando-se, para tanto, apenas casais com mulheres de paridade 1 ou 2. A Figura 5 permite observar o percentual das respostas obtidas: 62,9% de mulheres e 60,3% de maridos referem-se a dois filhos como constituindo o tamanho ideal da família. Ao agregarem-se as respostas relativas a apenas um filho, nota-se que 81,0% das mulheres desejam famílias com um ou dois filhos, correspondendo a porcentagem dos maridos, nesse mesmo nível, a 75,8% do total.

Figura 4 - Idade ideal para ter o primeiro filho e idade da primeira gravidez

LEGENDA:

Figura 5 - Número de filhos desejados

5.2.7 História Obstétrica

Observa-se a seguir a distribuição das mulheres de acordo com as três ordens de fenômenos sugeridas por PERKIN¹²³ ao propor seu índice de avaliação de risco gravídico:

- a) óbitos infantis , defeitos congênitos nascimento prematuro;
- b) complicações obstétricas, tais como aborto, distócia, hemorragia (placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, rotura uterina), toxemia e hiperemese gravídica;
- c) diabete, doenças cardiovasculares ou renais, collagenoses, epilepsia, anemia, entre outras

QUADRO 19 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS COM OU SEM CONDIÇÕES AGRAVANTES NA HISTÓRIA OBSTÉTRICA

HISTÓRICO	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
a) Óbitos infantis etc.	178	44,1	226	55,9	404	100,0
b) Complicações Obstétricas	233	57,6	171	42,4	404	100,0
c) Doenças Inter-correntes	106	26,2	298	73,8	404	100,0

Atribuindo-se, segundo PERKIN, um ponto a cada uma das três condições, nota-se no Quadro 19 que 44,1% receberam um ponto por características tipo a, 57,6% por características tipo b e 26,2% por características tipo c.

5.2.8 Intervalo

Cumprе esclarecer que, no presente estudo, o termo intervalo refere-se ao tempo decorrido entre o término de uma gravidez, qualquer que seja seu desenlace, e o nascimento deste último filho.

O Quadro 20 permite observar que 57,0% das mulheres entrevistadas tiveram um intervalo igual ou inferior a dois anos, período que, como referido, tem sido considerado excessivamente curto tendo em vista a saúde materno-infantil^{162, 166}. Segundo o sistema de PERKIN, 147 mulheres, correspondendo àquela porcentagem, receberam um ponto em decorrência do fator intervalo.

QUADRO 20 - INTERVALO (MESES) DECORRIDO ENTRE O DESENLAÇE ANTERIOR E O ATUAL

INTERVALO (MESES)	PONTUAÇÃO (PERKIN)	MULHERES ENTREVISTADAS	
		Nº	%
< 12	1	29	11,2
12 — 24	1	118	45,8
25 — 37	0	51	19,8
38 ou +	0	60	23,2
TOTAL		258	100,0

Procurou-se comparar o período considerado ideal entre um e outro nascimento e o período real entre os dois eventos. Como ilustra a Figura 6, houve uma significativa diferença entre o que se desejou e o que ocorreu na vida real: apesar de 18,6% considerarem ideal um intervalo igual ou menor do que 18 meses, 40,4% tiveram um filho dentro desse período; da mesma forma, apesar de 37,6% considerarem ideal um período de 19 a 24 meses, apenas 16,6% alcançaram o referido período.

5.2.9 Condições Sociais: Salário e Escolaridade

No que se refere a condições sociais, atribuiu-se um ponto de risco a mulheres cuja renda mensal fosse igual ou inferior a dois salários mínimos. Pretendeu-se, com isto, refletir, de modo realista, as condições de vida da grande faixa carente da população, que representa 62,4% de famílias brasileiras; tal decisão decorreu das formulações do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição - PRONAN⁷⁰. Recomenda o enfoque ortodoxo da suplementação alimentar que esta se dirija aos grupos populacionais mais suscetíveis do ponto de vista médico-biológico: gestantes, nutrizes e crianças até seis anos de idade. A filosofia eminentemente preventiva do grupo de técnicos responsáveis pelo planejamento e execução do programa levou o PRONAN a incluir, em suas premissas básicas, um critério de risco social que ultrapassa os grupos de risco médico-biológico, alcançando famílias brasileiras com renda situadas no estreito intervalo de 0 a 2 salários mínimos com proble-

Figura 6 - Intervalo entre um e outro nascimento

mas imediatos de pobreza e, conseqüentemente, com problemas derivados da nutrição. Através deste mecanismo, passou o PRONAN a ampliar seu raio de ação, através de subprogramas que pretendem atingir, além dos grupos vulneráveis clássicos, grupos de escolares do 1º Grau e de trabalhadores com ocupações não qualificadas. Ao se aplicar o critério de risco social do PRONAN, verificou-se que 43,5% da população amostral, correspondendo a 164 mulheres, receberam um ponto em decorrência do fator renda, enquanto que 56,5%, 210 mulheres, não receberam nenhuma pontuação por terem referido uma renda mensal superior a dois salários mínimos (Cr\$ 1.065,00).

O Quadro 21 mostra o nível de escolaridade das entrevistadas, medido em termos de anos de frequência à escola.

QUADRO 21 - ESCOLARIDADE

ESCOLARIDADE (ANOS)	PONTUAÇÃO (PERKIN)	MULHERES ENTREVISTADAS		
		FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA	FREQUÊNCIA ACUMULADA
0	1	88	21,8	21,8
1	1	32	7,9	29,7
2	1	49	12,1	41,8
3	0	76	18,8	60,6
4	0	93	23,0	83,6
5	0	12	3,0	86,6
6	0	14	3,5	90,1
7	0	20	5,0	95,1
8	0	13	3,2	98,3
9	0	7	1,7	100,0
TOTAL		404	100,0	100,0

De acordo com o sistema de PERKIN, note-se que 41,8% da população amostral, 169 mulheres, receberam um ponto em decorrência do nível de escolaridade, medido em anos de frequência à escola. Note-se, também, o sério problema educativo representado pelo elevado número de mulheres analfabetas, 88 (21,8%), que, ao saírem do Serviço de Obstetrícia, receberam, como as demais, um folheto com instruções por escrito. Mostram estes dados a necessidade de aplicar princípios de teste prévio no processo educativo, entendendo-se por teste prévio a "avaliação realizada para melhorar materiais educativos, enquanto ainda no processo de elaboração". Como sugere MARCONDES⁸⁹, estar-se-ia, com isto, detectando incompreensões, falsas interpretações, assim como demais problemas que dificultam a apreensão da mensagem.

5.2.10 Resultado da Gravidez e Tipo de Ocorrência

De 400 mulheres entrevistadas, tal como se apresenta no Quadro 22, 35 abortaram e 16 deram à luz a natimortos; dos 353 nativos, 4 faleceram durante o internamento das mães.

QUADRO 22 - RESULTADOS DA PRESENTE GRAVIDEZ

RESULTADOS DA GRAVIDEZ	MULHERES ENTREVISTADAS	
	Nº	%
Abortos	35	8,8
Natimortos	16	4,0
Nativos	349	87,2
TOTAL	400	100,0

O Quadro 23 fornece algumas informações no que respeita a óbitos fetais.

QUADRO 23 - ÓBITOS FETAIS SEGUNDO IDADE GESTACIONAL

IDADE GESTACIONAL (SEMANAS)	Nº	
≤ 20 semanas	30	58,8
21 — 28 semanas	5	9,8
29 — 40 semanas	16	31,4
TOTAL	51	100,0

Conforme se pode verificar, o valor modal, 58,8%, recai sobre os óbitos fetais com 20 semanas ou menos, sendo imediatamente seguido por 31,4% referente ao grupo com 29 a 40 semanas de gestação, decrescendo a porcentagem para 9,8% no grupo com 21 a 28 semanas.

Quanto ao tipo de intervenção, conforme o Quadro 24, 46,8% tiveram parto normal, 24,3% foram cesariadas, 20,3% submetidas a forceps; 7,9% foram submetidas a curetagem.

QUADRO 24 - MULHERES ENTREVISTADAS SEGUNDO TIPO DE OCORRÊNCIA

TIPO DE OCORRÊNCIA	MULHERES ENTREVISTADAS	
	Nº	%
Parto normal	189	46,8
Cesária	98	24,3
Forceps	82	20,3
Curetagem	32	7,8
Outros	3	0,7
TOTAL	404	100,0

Em relação ao total de cesárias surpreende o fato de mostrar-se esta porcentagem mais elevada do que os limites de incidência descritos por REZENDE!³⁶ em diferentes períodos, em diversas maternidades do Rio de Janeiro.

Em relação às mulheres cesariadas na última gravidez, conforme refere o Quadro 25, nota-se que 61 (62,2%), não tiveram qualquer orientação a respeito da utilização de métodos anticoncepcionais. Do ponto de vista educativo, transparece aqui uma necessidade sentida por este sub-grupo da população obstétrica, necessidade esta expressa, claramente, não só durante a fase exploratória do presente estudo, como durante a realização do mesmo.

QUADRO 25 - ORIENTAÇÃO SOBRE UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS
ANTICONCEPCIONAIS (MAC) PARA MULHERES
COM OPERAÇÃO CESARIANA

ORIENTAÇÃO SOBRE MAC	MULHERES COM OPERAÇÃO CESARIANA	
	Nº	%
Orientadas pelo médico	14	14,3
Orientadas por outros	23	23,5
Sem orientação	61	62,2
TOTAL	98	100,0

5.2.11 Idade Gestacional e Peso ao Nascer

Pode-se agrupar os recém-nascidos de risco em diferentes categorias:

- prematuros- crianças que nascem antes de terminar o período normal da gravidez;
- hipotróficos- crianças de termo, mas com baixo peso;
- crianças pós-termo- nascidas após decorrido o período normal de gravidez; e
- crianças nascidas com alguma doença.

Houve interesse em verificar a distribuição dos recém-nascidos segundo prematuridade e hipotro-

fia. O prematuro, ou criança pré-termo, define-se de modo quase matemático, considerando-se aquilo que se denomina geralmente de idade gestacional. Cumpre esclarecer que prematuridade não diz respeito a peso mas à idade, mais especificamente, à idade provável em que a criança foi concebida. Denomina-se de prematuro a criança nascida com menos de 37 semanas, contadas a partir do primeiro dia da última menstruação. Note-se que dados relativos à idade gestacional fundamentam-se em informações prestadas pela mãe, sendo muitas vezes imprecisos, por não ser a mesma capaz de fornecer dados corretos. Esta deficiência é controlável, visto que, pelo exame das funções da criança, se pode avaliar sua idade gestacional a partir da análise de determinadas funções⁹⁵.

Como se observa no Quadro 26, do total de 349 nativos, 51 nasceram com idade gestacional igual ou inferior a 37 semanas, correspondendo a 14,6% do total. Tal achado ilustra a alta incidência de recém-nascidos de risco, visto que uma taxa de prematuridade razoável deve ser da ordem de 6%, em um hospital moderno⁶.

QUADRO 26 - IDADE GESTACIONAL DO RECÉM-NASCIDO

IDADE GESTACIONAL (SEMANAS)	Nº	%
21 — 37	51	14,6
38 ou +	298	85,4
TOTAL	349	100,0

Uma criança de baixo peso ao nascer, ou seja, com peso igual ou inferior a 2500 gramas, pode não ser um prematuro. De fato, 20 a 25% de crianças com este peso não são prematuras, mas crianças hipotróficas⁹⁵. Tal hipotrofia deriva de causas diversas como, por exemplo, anomalias genéticas ou malformações congênitas provocadas, muitas vezes, por vírus, como no caso da rubéola. Em geral, a toxemia gravídica representa causa das mais importantes no atraso do crescimento. Nos países em desenvolvimento, crianças de baixo peso nascem, em geral, de mães desnutridas.

O peso destas crianças pode alcançar valores extremamente baixos, variando de 2200 a 2500 gramas até 1000 gramas ou menos. O Quadro 27 permite apreciar a distribuição dos recém-nascidos, segundo peso ao nascer, no presente estudo.

QUADRO 27 - PESO DO RECÉM-NASCIDO

PESO AO NASCER (GRAMAS)	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA	FREQUÊNCIA ACUMULADA
≤ 1000	1	0,3	0,3
1001 — 1500	1	0,3	0,6
1501 — 2000	5	1,5	2,1
2001 — 2500	39	11,3	13,4
2501 — 3000	94	27,3	40,7
3001 — 3500	139	40,4	81,1
3501 — 4000	56	16,3	97,4
4001 ou +	9	2,6	100,0
TOTAL	344	100,0	100,0

PUFFER e SERRANO¹³⁰ referem-se a dois indicadores de problemas de saúde na infância: a) crianças com baixo peso ao nascer (2500 gramas ou menos) e b) crianças com peso deficiente ao nascer (2501 - 3000 gramas). Tendo em vista esta classificação, observa-se que, na população estudada, 13,4% dos recém-nascidos são de baixo peso e 27,3% apresentam peso deficiente ao nascer. O Quadro 28 permite comparar os dados do presente estudo com os dados mencionados por aqueles autores.

5.2.12 Filhos Vivos e Perda Reprodutiva

Houve interesse em levantar dados a respeito do número de filhos vivos e perda reprodutiva da população amostral, isto é, perda da vida a partir da fecundação do óvulo até o quinto ano de idade¹⁵⁹.

Verificou-se que a população amostral apresentava um total de 1082 filhos vivos, 132 filhos mortos, 260 abortamentos e 71 natimortos, alcançando a perda reprodutiva do grupo em estudo o elevado valor de 29,9%. O Quadro 29 permite apreciar o percentual de mulheres com casos de abortos e de natimortos no período anterior ao presente estudo.

QUADRO 28 - DISTRIBUIÇÃO DE NASCIDOS VIVOS POR PESO AO NASCER EM DOIS HOSPITAIS E EM DOIS PROJETOS DA INVESTIGAÇÃO INTERAMERICANA DE MORTALIDADE NA INFÂNCIA E NO HOSPITAL SÃO PAULO

PESO AO NASCER EM GRAMAS	4 CONDADOS DA CALIFORNIA		PROJETO DE RIBEIRÃO PRETO		HOSPITAL DE MÉXICO, D.F.		HOSPITAL DE SAN SALVADOR		HOSPITAL SÃO PAULO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	47.613	100,0	15.192	100,0	2.113	100,0	1.320	100,0	344	100,0
1000 ou menos	213	0,4	52	0,3	5	0,2	8	0,6	1	0,3
1001 — 1500	294	0,6	112	0,7	12	0,6	13	1,0	1	0,3
1501 — 2000	706	1,5	257	1,7	46	2,2	28	2,1	5	1,5
2001 — 2500	2.417	5,1	905	6,0	185	8,8	141	10,7	39	11,3
=====										
2500 ou menos	3.630	7,6	1.326	8,7	248	11,7	190	14,4	46	13,4

2501 — 3000	9.099	19,1	3.561	23,4	717	33,9	519	39,3	94	27,3
3001 — 3500	18.790	39,5	6.091	40,1	822	38,9	482	36,5	139	49,4
3501 — 4000	12.369	26,0	3.352	22,1	281	13,3	112	8,5	56	16,3
4001 e mais	3.725	7,8	862	5,7	45	2,1	17	1,3	9	2,6

QUADRO 20 - ABORTOS E NATIMORTOS

OCORRÊNCIA	MULHERES ENTREVISTADAS					
	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Abortos	144	35,6	260	64,4	404	100,0
Natimortos	55	13,6	349	86,4	404	100,0

5.3 Risco Gravídico

No estudo "Características de la mortalidade en la niñez"¹²⁹ apontam-se os benefícios decorrentes da aplicação de um sistema de avaliação de ~~risco~~ risco gravídico no período interconcepcional de mulheres em idade fértil: "Aun antes del embarazo se puede determinar la presencia de un elevado riesgo de la reproducción utilizando varias medidas, ta les como la edad y paridad de la madre, su estado general de salud y su estatura, los antecedentes en cuanto a la salud y supervivencia de los productos anteriores de la concepción, las condiciones socioeconomicas de la fami lia, asi como otros factores. Un sistema de puntuación co mo el que sugiere PERKIN podria servir de ayuda para esta blecer normas que podrian utilizarse como base para preve nir perdidas de vida y una grave morbilidad maternoinfantil".

De fato, a aplicação de um sistema de avaliação dessa natureza assume especial significado na área da Saúde

Pública, particularmente do ponto de vista da medicina preventiva^{31, 36, 54, 56, 72, 102, 125, 143}.

Do ponto de vista médico é importante separar da população o grupo de mulheres de alto risco gravídico, a fim de lhes conceder especial atenção. É preciso ter presente que a redução dos riscos associados à reprodução humana constitui expressão clara do direito à saúde¹¹⁶.

A seleção de casos de alto risco gravídico, dentre a massa de gestações normais, pode revelar-se método essencial ao decréscimo da morbimortalidade perinatal³¹. Com isto estar-se-ia assistindo, de forma intensiva, a cerca de 20% ou 30% da população de gestantes, responsáveis potencialmente por 80% a 90% dos problemas perinatais^{37, 125}. Torna-se necessário considerar, também, efeitos etiológicamente relacionados àqueles, efeitos estes que se refletem no indivíduo, na família e na sociedade. O atraso mental é mais freqüente entre os filhos de mulheres de alto risco gravídico. Em relação a isto, refere-se GOLD⁵⁴ à lei assinada pelo Presidente Kennedy, em 1963, denominada "Maternal and Child Health and Mental Retardation Planning Amendment of 1963", lei esta que levou à concessão de verbas especiais a programas dirigidos a mães prospectivas, cujas condições de gravidez aumentam o risco materno e/ou quando pertençam a famílias de baixo nível sócio-econômico. No relatório elaborado pelo "Painel do Presidente sobre Atraso Mental" afirma-se que o decréscimo da incidência de problemas, nesta área, depende do ataque global a fatores relacionados ao crescimento da criança e ao desenvolvimento hu

mano. Esclarece-se, ainda, que o atraso mental, assim como outros agravos, se mostram mais freqüentes entre grupos com atendimento materno-infantil mais precário^{54, 56}. Tal constatação leva a propor a localização geográfica de áreas de alto-risco e, nestas, a identificação de mulheres com risco mais elevado, sugerindo-se para isto metodologia apropriada⁴.

Do ponto de vista da Educação em Saúde, a seleção de casos de alto-risco gravídico da massa de gestações normais é igualmente importante, por pressupor a concentração dos esforços sobre a população mais vulnerável. Refere o mesmo relatório que, para que haja uma redução significativa na ocorrência do atraso mental, não basta o acesso a medidas preventivas assistenciais, tornando-se também necessário um considerável investimento da Educação em Saúde na área da motivação individual com vistas à aceitação e utilização das mesmas⁵⁴.

Sem dúvida, o controle do risco gravídico, assim como o de suas consequências a curto, médio ou longo prazo, prende-se à educação das naciescentes³¹. É preciso que estas adquiram conhecimentos corretos, desenvolvendo atitudes e adotando práticas que as levem a comparecer regularmente a serviços de atendimento médico, não só durante a gestação e no período pós-natal mas, principalmente, no período interconcepcional⁵⁶. Sabe-se, no entanto, que são justamente as puérperas de médio e alto risco gravídico aquelas que menos comparecem à revisão pós-natal para a qual são solicitadas. Tal constatação evidencia a importância

de se desenvolver programas de Educação em Saúde em áreas particularmente comprometidas por tabus e tradições culturais¹²⁴.

Do ponto de vista administrativo, a avaliação sistemática do risco gravídico e a subsequente elaboração de programas de saúde materno-infantil dirigidos a grupos, de acordo com sua especificidade, representam valiosa estratégia para a racionalização da ação administrativa. A nível local, sugere-se a centralização multiprofissional, melhor aproveitamento de recursos e utilização de tecnologia mais sofisticada⁶. É frequente afirmar-se que, em geral, não se aplicam os recursos humanos de acordo com o grau de necessidade da população, nem se dispõem recursos materiais onde se encontra o problema maior ou a população mais vulnerável.

Do ponto de vista médico, educativo e administrativo, a avaliação do risco gravídico de mulheres em idade fértil mostra-se, assim, instrumento imprescindível ao bom atendimento médico e essencial à prática da Saúde Pública. Apesar de constituir indicador de grande valor na mensuração do risco materno-infantil e ser útil, portanto, à promoção da saúde e proteção específica, assim como ao diagnóstico precoce e tratamento imediato, a avaliação do risco gravídico é tema recente e ainda pouco explorado no Brasil. Atentando para a sugestão expressa no estudo "Características de la mortalidade en la niñez" houve interesse em classificar a população amostral segundo o sistema de avaliação do risco gravídico de PERKIN¹²⁵.

O Quadro 30 permite observar a classificação do grupo em estudo de acordo com este sistema que, como assinalado anteriormente, atribui pontos a variações relativas à idade (0 a 2 pontos); paridade (0 a 2 pontos), história obstétrica (0 a 3 pontos), intervalo entre nascimentos (1 ponto) e condições sociais (0 a 2 pontos).

QUADRO 30 - RISCO GRAVÍDICO (PERKIN)

RISCO GRAVÍDICO (PERKIN)	MULHERES ENTREVISTADAS	
	Nº	%
Baixo risco	16	4,0
Médio risco	123	30,4
Alto risco	265	65,6
TOTAL	404	100,0

Como se observa, 65,6% das mulheres entrevistadas classificam-se dentro da categoria de alto risco, 30,4% pertencendo ao grupo de médio risco e 4,0% ao grupo de baixo risco. Cabe esclarecer que, por terem sido entrevistadas logo após o término de uma gravidez, receberam todas elas, segundo o sistema de PERKIN, um ponto decorrente do fator intervalo, ponto este que poderá ou não permanecer em futuro próximo.

No Quadro 31 distribuiu-se o grau de risco gravídico segundo a idade.

QUADRO 31 - RISCO GRAVÍDICO E IDADE

RISCO GRAVÍDICO	I D A D E (ANOS)							
	≤ 20		21-24		25-29		≥ 30	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baixo risco	0	0,0	11	10,3	4	3,8	1	0,8
Médio risco	15	20,0	56	52,3	44	42,4	8	6,8
Alto risco	60	80,0	40	37,4	56	53,8	109	92,4
TOTAL	75	100,0	107	100,0	104	100,0	118	100,0

No que se refere ao grupo com idade igual ou superior a 30 anos, a porcentagem de mulheres de alto risco alcança o valor de 92,4%. Igualmente alta é a porcentagem de mulheres com 20 anos ou menos (80%), fato este que, sem dúvida, justifica também uma prioridade educativa dirigida para o referido grupo.

O Quadro 32 ilustra o grau de risco gravídico de mulheres primíparas e não primíparas.

QUADRO 32 - RISCO GRAVÍDICO DE MULHERES PRIMÍPARAS E NÃO PRIMÍPARAS

RISCO GRAVÍDICO (PERKIN)	MULHERES ENTREVISTADAS			
	PRIMÍPARAS		NÃO PRIMÍPARAS	
	Nº	%	Nº	%
Baixo risco	4	3,0	12	4,6
Médio risco	61	45,9	56	21,5
Alto risco	68	51,1	193	73,9
TOTAL	133	100,0	261	100,0

No grupo de primíparas, 51,1% são de alto risco e 45,9% de médio risco; apenas 3,0% não apresentam risco gravídico. Em relação a mulheres não primíparas, a porcentagem de alto risco alcança o elevado valor de 73,9%. Tais dados evidenciam a necessidade de se desenvolverem programas de Educação em Saúde com conteúdo orientado, especificamente, para a área de controle e prevenção do risco gravídico.

5.4 Assistência Pré-Natal

5.4.1 Trimestre da Gestação em que a Assistência Pré-Natal Teve Início e Mulheres sem Assistência Pré-Natal

O trimestre da gestação em que a assistência pré-natal tem início, assim como a média de consultas por gestante, representam importantes critérios a considerar na avaliação quantitativa do atendimento recebido.⁷ O Quadro 33 apresenta a distribuição da população amostral segundo trimestre da primeira visita à assistência pré-natal.

QUADRO 33 - TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO*

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	MULHERES ENTREVISTADAS	
	Nº	%
Sem assistência	79	19,8
1º trimestre	169	42,2
2º trimestre	123	30,8
3º trimestre	29	7,2
TOTAL	400	100,0

*Quadros que se referem a mulheres de acordo com o trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início e a mulheres sem assistência pré-natal terão seu título simplificado no sentido de omitir-se "e mulheres sem assistência pré-natal".

De acordo com o Quadro 33, apenas 42,2% das mulheres procuraram atendimento médico no primeiro trimestre da gestação, sendo que 30,8% o fizeram a partir do segundo trimestre e 7,2% apenas a partir do terceiro trimestre. Uma proporção relativamente elevada de mulheres, 19,8%, não recebeu qualquer tipo de assistência pré-natal, evidenciando-se assim a necessidade de dinamizar o processo educativo junto às gestantes com vistas a aumentar a cobertura desse tipo de serviço.

A título de comparação, torna-se oportuno mencionar os dados sobre assistência pré-natal da Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância¹². A porcentagem de mães com assistência pré-natal no primeiro trimestre da gestação variou de 86,7% em Sherbrooke e 66,0% na Califórnia a 2,6% em Viacha, na Bolívia. A porcentagem das mães que receberam aten-ção médica em qualquer período da gestação variou consideravelmente nas distintas áreas dos 15 projetos. Mais de 80% das gestantes receberam assistência pré-natal em nove áreas, enquanto que, nas outras cinco, atendeu-se a menos da metade.

5.4.2 Atitudes e Práticas na Área da Assistência Pré-Natal

O estudo das atitudes e práticas de uma população, ou seja, do que a mesma acha e faz quanto ao comparecimento a serviços de atendimento médico, as-

sume particular relevância na área da Educação em Saúde, levando à seguinte indagação: se os indivíduos não comparecem devida e regularmente a esses serviços, em que contexto se deve conduzir o processo educativo e que métodos deverão ser utilizados?

As figuras a seguir visam a ilustrar inconsistências nas atitudes (o que acha?) e práticas (o que faz?) da população em estudo no que respeita ao início da assistência pré-natal. Para fins de análise, dividiu-se a amostra em três grupos: primíparas (N = 142), não primíparas (N = 258) e adolescentes (N = 50); este último grupo foi selecionado dentre as primíparas e não primíparas.

A Figura 7 permite observar a defasagem entre atitudes e práticas de mães primíparas. Note-se que apesar de 86,3% mencionarem o primeiro trimestre da gestação como o período ideal para iniciar a assistência pré-natal, apenas 35,2% o fizeram na prática. Cumpre assinalar, também, que apesar de 100% das gestantes terem mencionado o primeiro e segundo trimestres como período ideal para iniciar o pré-natal, 29,6% compareceram apenas no terceiro trimestre ou jamais tiveram assistência pré-natal, evidenciando - se, assim, a inconsistência entre as atitudes e práticas do grupo em estudo.

Quanto ao grupo de mães não primíparas, seria de esperar que a experiência reprodutiva as levasse

Figura 7 - Atitudes e práticas de mães primíparas quanto ao início da assistência pré-natal

Figura 8 - Atitudes e práticas de mães não primíparas quanto ao início da assistência pré-natal

Figura 2 - Atitudes e práticas de mães adolescentes, primíparas e não primíparas, quanto ao início da assistência pré-natal

a iniciar a assistência pré-natal no primeiro trimestre da gestação em decorrência da educação adquirida em contato com a equipe de saúde. No entanto, como se observa na Figura 8, é profunda a defasagem entre atitudes e práticas das mães: 84,9% mencionaram o primeiro trimestre como representando o período ideal para iniciar a assistência pré-natal; na prática, apenas 46,1% procuraram o pré-natal nesse período.

Se considerarmos, separadamente, a opinião das adolescentes, grupo de particular risco, Figura 9, 82,0% consideram o primeiro trimestre como período ideal, no entanto, apenas 27,3% iniciaram a assistência médica neste período.

5.4.3 Barreiras que Prejudicam a Assistência Pré-Natal

O que leva algumas mulheres a não procurarem a assistência pré-natal no primeiro trimestre da gestação? Por que outras jamais compareceram à assistência pré-natal? Os Quadros a seguir visam a esclarecer estas indagações.

Como se observa no Quadro 34, as razões mais frequentemente mencionadas para não comparecer ao pré-natal no primeiro trimestre foram: "por não achar necessário" e "por ignorar que estavam grávidas", respostas particularmente importantes do ponto de vista educativo.

QUADRO 34 - RAZÕES QUE IMPEDIRAM O INÍCIO DA ASSISTÊN
CIA PRÉ-NATAL (APN) NO PRIMEIRO TRIMESTRE
DA GESTAÇÃO

RAZÕES QUE IMPEDIRAM O INÍCIO DA APN	MULHERES QUE COMPARECERAM APÓS O PRIMEIRO TRIMESTRE	
	Nº	%
Não acharam necessário	40	29,2
Não sabiam que estavam grávidas	22	16,1
Recém-chegadas a São Paulo	22	16,1
Trabalho impediu	18	13,1
Serviços de APN não aceitaram	12	8,8
Encaminhadas a outros serviços	10	7,3
Mães solteiras <u>ocultando</u> a gravidez	7	5,1
Não tinham com quem deixar as crianças	4	2,9
Não sabiam que existia a APN	1	0,7
Problemas financeiros	1	0,7
TOTAL	137	100,0

O Quadro 35 permite observar as razões que levaram as mulheres a não procurar, em qualquer momento, a assistência pré-natal.

QUADRO 35 - RAZÕES QUE IMPEDIRAM O COMPARECIMENTO À
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL (APN)

RAZÕES QUE IMPEDIRAM O COMPARECIMENTO À APN	MULHERES SE ASSIS TÊNCIA PRÉ-NATAL	
	Nº	%
Abortaram	24	30,7
Não achavam necessário	15	18,2
Recém-chegadas a São Paulo	9	11,5
Trabalho impediu	8	10,3
Não tinham com quem deixar as crianças	5	6,4
Serviços de APN não acei- taram (não tinham direito)	5	6,4
Mãe solteira ocultando a gravidez	5	6,4
Sentiam-se mal	3	3,3
Moravam longe	2	2,6
Tencionavam dar à luz em casa	2	2,6
TOTAL	78	100,0

As respostas mais frequentes foram, neste segundo caso: "porque abortaram", e "porque não achavam necessário", notando-se chamar a atenção, mais uma vez, para o quanto estas respostas representam deficiências educativas no grupo em estudo.

Em relação a mulheres que jamais procuraram serviços de atendimento pré-natal houve interesse em conhecer as razões pelas quais isso ocorreu, considerando-se o risco gravídico do grupo; o Quadro 36 discrimina os resultados obtidos.

QUADRO 36 - RAZÕES QUE IMPEDIRAM O COMPARECIMENTO A
SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL SEGUNDO
RISCO GRAVÍDICO

RAZÕES QUE IMPE- DIRAM O COMPARE- CIMENTO À APN	RISCO GRAVÍDICO					
	BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO	TOTAL		
	Nº	Nº	Nº	Nº	%	
Trabalho	2	3	2	7	13,2	
Recém-chegadas a São Paulo	-	-	6	6	11,3	
Não achavam ne- cessário	-	1	8	9	16,9	
Moravam longe	-	1	-	1	1,9	
Abortaram	-	5	15	20	37,8	
Sentiam-se mal	-	-	2	2	3,8	
Não tinham com quem deixar as crianças	-	-	5	5	9,4	
Deficiência da APN	1	1	1	3	5,7	
TOTAL	3 (5,6%)	11 (20,8%)	39 (73,6%)	53	100,0	

De acordo com o Quadro 36, das 53 mulheres que não compareceram à assistência pré-natal, 73,6% pertenciam ao grupo de alto-risco, 20,8% ao de médio risco e apenas 5,6% ao de baixo risco.

Quanto à razão mais mencionada, recaiu o valor modal sobre a resposta "porque abortaram", seguindo-se, em ordem de importância, "porque não achavam necessário" e "porque o trabalho impediu".

Do ponto de vista educativo, estes dados têm importantes implicações. Em primeiro lugar, deve salientar-se o fato de a maioria das mulheres sem assistência pré-natal e que abortaram, 37,8%, pertecerem ao grupo de alto risco, o que leva às seguintes indagações: Teria o aborto sido induzido, ou abortaram espontaneamente? E, neste caso, teriam abortado mesmo se tivessem recebido a devida atenção? Tais questões levantam problemas que escapam ao âmbito do presente estudo, sugerindo, entretanto, estudo subsequente a respeito. Em segundo lugar, deve considerar-se o fato de 16,9% terem respondido "por não achar necessário", o que por si só dispensa quaisquer comentários.

5.4.4 Número de Visitas a Serviços de Assistência Pré-Natal

O Quadro 37 permite observar o número de visitas efetuadas a serviços de assistência pré-natal.

QUADRO 37 - VISITAS A SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL*

NÚMERO DE VISITAS	MULHERES ENTREVISTADAS	
	Nº	%
0	55	19,0
1	10	3,5
2	13	4,5
3	24	8,3
4	28	9,7
5	21	7,3
6	32	11,0
7	25	8,7
8	32	11,0
9	30	10,4
10	9	3,1
11	6	2,1
12	2	0,7
13	2	0,7
TOTAL	289	100,0

*Excluem-se mulheres com abortamentos

Como se observa, 52,3% fizeram menos do que seis visitas ao pré-natal, número mínimo recomendado pela Organização Mundial da Saúde¹¹²; 19,7% alcançaram o a 7 visitas, distribuindo-se os restantes percentuais entre 8 e 13 visitas. O número modal, 19,0%, recaiu sobre mulheres sem nenhuma assistência pré-natal, sendo imediatamente seguido por valores bimodais, 11,0% referentes a mulheres com 6 e 8 visitas.

A porcentagem relativamente baixa de mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação, 42,2% (Quadro 33), conjuntamente com o número reduzido de visitas, constituem situações altamente desfavoráveis que afetam a saúde materno-fetal, aumentando o risco gravídico do grupo em estudo.

5.4.5 Expectativas em Relação à Assistência Pré-Natal, Tempo Despendido da Residência à Clínica e Tempo de Espera

O Quadro 38, a seguir, mostra as expectativas de mulheres com queixas e sem queixas quanto à assistência pré-natal.*

*As respostas à pergunta 37, na página 19 do formulário, "Quando você veio ao pré-natal, pela primeira vez, como você estava se sentindo?", permitiram a classificação de mulheres com e sem queixas médicas.

QUADRO 38 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE MULHERES COM QUEIXAS E SEM QUEIXAS MÉDICAS EM RELAÇÃO AS EXPECTATIVAS QUANTO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

EXPECTATIVAS	CONDIÇÕES DE SAÚDE	
	COM QUEIXAS MÉDICAS	SEM QUEIXAS MÉDICAS
	%	%
Saber se está grávida	9,8	7,5
Garantir vaga no hospital	11,6	14,0
Proteger sua saúde e a da criança	16,6	14,1
Proteger a saúde da criança	23,9	37,6
Ter atendimento médico	17,8	6,7
Possibilidade de aborto	1,8	3,1
Outros	7,3	7,4
Sem resposta, não sabe*	11,0	6,7
TOTAL	100,0 (163)	100,0 (162)

Em ambos os grupos, a expectativa mais mencionada foi "proteger a saúde da criança": 23,9% no grupo com queixas médicas e 37,6% no grupo sem queixas médicas.

O Quadro 39 descreve o tempo despendido pelas mulheres para se deslocarem da residência à clínica .

* A porcentagem referente a "sem resposta, não sabe", é particularmente significativa no caso em pauta, por isso foi mantida.

QUADRO 39 - TEMPO DESPENDIDO PARA CHEGAR À CLÍNICA
(MINUTOS)

TEMPO (MINUTOS)	MULHERES ENTREVISTADAS	
	Nº	%
0 — 29	124	38,7
30 — 59	80	24,9
60 — 89	76	23,7
90 — 119	9	2,8
120 ou +	32	9,9
TOTAL	321	100,0

Com o Quadro 40 tem-se uma idéia do tempo de espera antes da consulta pré-natal.

QUADRO 40 - TEMPO DE ESPERA ANTES DA CONSULTA PRÉ-NATAL (MINUTOS)

TEMPO (MINUTOS)	MULHERES ENTREVISTADAS	
	Nº	%
0 — 29	51	15,8
30 — 59	41	12,8
60 — 89	49	15,3
90 — 119	22	6,9
120 ou +	158	49,2
TOTAL	321	100,0

Talvez represente este um dos maiores problemas na área da assistência pré-natal. Cerca de 56,1% das pacientes afirmaram ter esperado uma hora e meia ou mais antes de serem atendidas. Considerando-se o fato de que muitas residem relativamente longe da clínica, é fácil compreender uma das queixas registradas no presente estudo: "a gente espera a vida inteira e no fim mandam a gente embora depois de alguns minutos". O problema da espera tem sido relacionado como uma "falta de interesse pelo indivíduo, prejudicando esforços subsequentes do médico e do pessoal no que respeita a apoio emocional"¹⁴⁴

5.4.6 Preferência pelo Sexo do Médico

O tema pudor tem sido regularmente explorado pela literatura sociológica e antropológica, não só na América Latina, mas também em outros países^{50, 109, 145}. Partindo do pressuposto de que representa problema particularmente grave entre mulheres de baixo nível sócio-econômico, houve interesse em indagar qual a preferência da população amostral no que concerne ao sexo do médico. A Figura 10 ilustra a resposta de 171 mulheres que responderam à questão em pauta.

Embora as diferenças não tenham sido estatisticamente significantes, vale a pena observar a alta proporção de jovens com idade igual ou menor do que 20 anos, que afirmaram preferir o atendimento por médicas e não por médicos.

Figura 10 - Preferência pelo sexo do médico de acordo com a idade

Apresentam-se a seguir algumas das razões apresentadas pelas pacientes para justificar suas preferências.

Em relação a médicos:

- "São mais inteligentes".
- "Sabem mais".
- "É mais seguro".
- "Tenho mais fé em homem".
- "Tenho medo de mulher".

Em relação a médicas:

- "Mulher é igual à gente".
- "Cuidam melhor da gente".
- "São mais delicadas".
- "A gente conversa ~~mais~~ à vontade".
- "Com médica a gente não tem vergonha".
- "É mais fácil conversar. Ela vê os problemas com mais paciência".
- "Dão mais atenção às palavras das mulheres".
- "A gente pode fazer pergunta".
- "Entende mais da gente".

5.4.7 Trimestre da Gestação em que a Assistência Pré-Natal Teve Início e Risco Gravídico

Os Quadros a seguir fornecem uma descrição das diferenças existentes em relação à assistência médica, mediante análise comparativa das proporções de mulheres segundo o período em que iniciaram a assistência pré-natal e o grau de risco gravídico (PERKIN).

QUADRO 41 - TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA
PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E RISCO GRAVÍDICO
(PERKIN)

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	RISCO GRAVÍDICO (PERKIN)					
	BAIXO RISCO		MÉDIO RISCO		ALTO RISCO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem assistência	3	18,8	22	18,0	54	20,6
1º trimestre	6	37,5	54	44,3	109	41,6
2º trimestre	5	31,2	37	30,3	81	30,9
3º trimestre	2	12,5	9	7,4	18	6,9
TOTAL	16	100,0	122	100,0	262	100,0

De acordo com o Quadro 41, 20,6% de mulheres com alto risco jamais procuraram a assistência médica, sendo este valor imediatamente seguido por 18,8% no grupo de baixo risco e 18,0% no grupo de médio risco.

O Quadro 42 complementa estas informações.

QUADRO 42 - TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA
PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E RISCO GRAVÍDICO
(PERKIN)

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	RISCO GRAVÍDICO (PERKIN)							
	BAIXO RISCO		MÉDIO RISCO		ALTO RISCO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem Assis- tência	3	3,8	22	27,8	54	68,4	79	100,0
1º trimestre	6	3,6	54	31,9	109	64,5	169	100,0
2º trimestre	5	4,1	37	30,1	81	65,8	123	100,0
3º trimestre	2	6,9	9	31,0	18	62,1	29	100,0
TOTAL	16	4,0	122	30,5	262	65,5	400	100,0

De acordo com o Quadro 42, 68,4% de mulheres sem assistência pré-natal pertenciam ao grupo com alto-risco, decrescendo a porcentagem para 27,8% no grupo com médio risco e para 3,8% no grupo sem risco gravídico.

Para fins de análise estatística e com vistas a verificar hipótese segundo a qual "a proporção de mulheres com alto risco gravídico é maior no grupo que inicia a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres", agruparam-se os dados conforme o quadro a seguir.

QUADRO 43 - RELAÇÃO ENTRE RISCO GRAVÍDICO E TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO

RISCO GRA- VÍDICO (PERKIN)	ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL			PROPORÇÃO DE 1º E 2º TRIMESTRES
	1º E 2º TRIMESTRES	3º TRIMESTRE SEM ASSISTÊNCIA	E TOTAL	
Baixo risco	11	5	16	0,687500
Médio risco	91	31	122	0,745901
Alto risco	190	72	262	0,725190
TOTAL	292	108	400	0,730000

Qui-quadrado calculado = 0,33

Ao contrário das expectativas, os dois grupos não diferiram significativamente, quando analisados em

termos do grau de risco gravídico, não se confirmando, portanto, a referida hipótese. Mesmo assim, cabe reiterar que, de acordo com o Quadro 41, um número significativo de mulheres com alto-risco gravídico, 54(20,6%), jamais procuraram a assistência pré-natal, representando estas, conforme o Quadro 42, 68,4% do total de mulheres sem atendimento médico. Este é, sem dúvida, um problema típico da área da Educação em Saúde.

5.4.8 Trimestre da Gestação em que a Assistência Pre-Natal Teve Início e Variáveis Incluídas no Sistema de Avaliação de PERKIN

Houve interesse em analisar a relação funcional das variáveis incluídas no sistema de PERKIN, a fim de verificar sua sensibilidade em detectar o fenômeno relacionado ao trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início. Com isto pretendeu-se determinar o papel desempenhado pelas variáveis, idade, paridade, histórico, intervalo entre um e outro nascimento e condição social no comportamento referente à assistência pré-natal.

5.4.8.1 Idade

O Quadro 44 mostra a distribuição das mulheres entrevistadas segundo trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início e idade*.

*No agrupamento de mulheres segundo idade respeitou-se a divisão proposta por PERKIN.

QUADRO 44 - TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA
PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E IDADE

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	I D A D E							
	≤ 20		21 - 29		30 - 34		≥ 35	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem assistência	20	26,7	37	17,7	6	10,7	16	26,7
1º trimestre	23	30,7	91	43,5	26	46,4	29	48,3
2º trimestre	25	33,3	65	31,1	21	37,5	12	20,0
3º trimestre	7	9,3	16	7,7	3	5,4	3	5,0
TOTAL	75	100,0	209	100,0	56	100,0	60	100,0

No que se refere ao grupo sem assistência pré-natal, 26,7% tinham idade igual ou inferior a 20 anos, 17,7% pertenciam ao grupo com 21 a 29 anos, 10,7% ao grupo com 30 e 34 anos, enquanto que 26,7% tinham idade igual ou superior a 35 anos.

Quando se agruparam os dados conforme o Quadro 45, verificou-se haver uma maior proporção de mulheres que iniciaram o pré-natal no 1º e 2º trimestres (83,9%) no grupo com idade entre 30 e 34 anos, sendo seguido em importância (74,6%) pelo grupo de mulheres com idade de 21 a 29 anos. Contudo, a diferença não foi estatisticamente significativa.

QUADRO 45 - RELAÇÃO ENTRE IDADE E TRIMESTRE DA GESTAÇÃO
EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO

IDADE (ANOS)	ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL		TOTAL	PROPORÇÃO DE 1º E 2º TRIMESTRES
	1º E 2º TRIMESTRES	3º TRIMESTRE E SEM ASSISTÊNCIA		
≤ 20	48	27	75	0,640000
21 — 29	156	53	209	0,746411
30 — 34	47	9	56	0,839285
35 ou +	41	19	60	0,683333
TOTAL	292	108	400	0,730000

Qui-quadrado calculado = 7,42

Apesar de as diferenças não serem estatisticamente significantes, do ponto de vista educativo, vale a pena voltar a mencionar a alta porcentagem de jovens com 20 anos ou menos, 26,7%, sem nenhuma assistência pré-natal, ou que compareceram apenas no terceiro trimestre, 9,3% (Quadro 44), alcançando um valor conjunto de 36,0% do total desse grupo.

Como refere DESCHAMPS³⁹, a gravidade frequentemente observada em gestações juvenis deve-se menos à especificidade psico-fisiológica da adolescente do que à precariedade da assistência médica no período pré-natal. Tal fato assume particular relevância no que respeita ao resultado

final da gestação da mãe adolescente, cujo recém-nascido é, não raramente, uma criança frágil. Segundo ERKAN⁴⁷ e LEROY e colaboradores⁴⁸, o coeficiente de prematuridade mostra-se mais elevado entre mães muito jovens. Decresce, em gestações devidamente vigiadas, chegando a aproximar-se dos valores encontrados no grupo de mulheres mais idosas.

Reportando-se, ainda, ao Quadro 44, em relação ao grupo com idade igual ou superior a 35 anos, a porcentagem de mulheres sem assistência pré-natal alcançou o valor de 26,7% evidenciando-se, assim, séria lacuna educativa no decorrer da idade reprodutiva. Tais considerações sugerem um particular cuidado no que concerne à ação educativa junto a grupos de maior risco etário, ou seja, mulheres com 20 anos ou menos e com 35 anos ou mais.

5.4.8.2 Paridade

O Quadro 46 mostra a distribuição percentual das mulheres segundo trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início e paridade, incluindo-se, também, o grupo de mulheres nulíparas.

QUADRO 46 - TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA
PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E PARIDADE

	P A R I D A D E									
	0		1		2		3 - 4		≥ 5	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem as- sistência	6	60,0	23	19,0	11	14,9	20	21,5	17	18,7
1º trimes- tre	4	40,0	42	34,7	41	55,4	38	40,9	40	43,8
2º trimes- tre	0	0,0	47	38,8	17	22,9	27	29,0	29	31,9
3º trimes- tre	0	0,0	9	7,4	5	6,6	8	8,6	5	5,5
TOTAL	10	100,0	121	100,0	74	100,0	93	100,0	91	100,0

Do ponto de vista educativo, seria de esperar que, ao aumentar a paridade, decrescesse o número de mulheres sem assistência pré-natal, o que não ocorreu na prática. Como se observa no Quadro 46, a porcentagem de mulheres sem assistência pré-natal e com paridade 3 ou 4 (21,5%) e com paridade igual ou superior a 5 (18,7%) é superior à porcentagem de mulheres com paridade 2 (14,9%). Estes achados, tal como ocorreu em relação à variável idade, evidenciam, mais uma vez, a desinformação de mulheres em idade fértil no que concerne aos benefícios da assistência pré-natal.

Para fins de análise estatística agruparam-se os dados conforme o quadro a seguir.

QUADRO 47 - RELAÇÃO ENTRE PARIDADE E TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO

PARIDADE	ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL			TOTAL	PROPORÇÃO DE	
	1º E 2º TRIMESTRES	3º TRIMESTRE	SEM ASSISTÊNCIA		1º E 2º TRIMESTRES	
1	89	32		121	0,735538	
2	58	16		74	0,783784	
3 — 4	65	28		93	0,698925	
5 ou +	69	22		91	0,758241	
TOTAL	281	98		379	0,731888	

Qui-quadrado calculado = 0,46

No que se refere à paridade, a diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa, tal como se deduz dos dados apresentados no Quadro 47. A hipótese segundo a qual a medida que aumentasse a paridade diminuiria o número de mulheres que iniciaria o pré-natal no 1º e 2º trimestres não se confirmou.

5.4.8.3 Histórico

Em relação ao histórico, houve interes-

se em analisar especificamente os seguintes fatores: doenças intercorrentes durante o ciclo gravídico, óbitos fetais e infantis.

De acordo com o Quadro 48, 10,6% de mulheres com doenças intercorrentes e 22,9% sem doenças intercorrentes não receberam nenhuma assistência pré-natal; por outro lado, 53,8% de mulheres com doenças intercorrentes compareceram à assistência pré-natal no primeiro trimestre da gestação, decrescendo a porcentagem para 38,2% no grupo de mulheres sem doenças intercorrentes.

QUADRO 48 - TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E DOENÇAS INTERCORRENTES

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	HISTÓRICO			
	SEM DOENÇAS INTERCORRENTES		COM DOENÇAS INTERCORRENTES	
	Nº	%	Nº	%
Sem assistência	68	22,9	11	10,6
1º trimestre	113	38,2	56	53,8
2º trimestre	93	31,5	30	28,8
3º trimestre	22	7,4	7	6,8
TOTAL	296	100,0	104	100,0

A análise da associação estatística entre mulheres com ou sem doenças intercorrentes no ciclo gravídico e trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início mostrou que as proporções foram significativamente diferentes, conforme Quadro 49.

QUADRO 49 - ASSOCIAÇÃO ENTRE DOENÇAS INTERCORRENTES E TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO

DOENÇAS INTERCORRENTES	ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL			PROPORÇÃO DE 1º E 2º TRIMESTRES
	1º E 2º TRIMESTRES	3º TRIMESTRE OU SEM ASSISTÊNCIA	TOTAL	
Sem doenças intercorrentes	206	50	296	0,695945
Com doenças intercorrentes	86	18	104	0,826923
TOTAL	292	108	400	0,730000

Qui-quadrado calculado = 6,70 *

De acordo com o Quadro 49, o fator "doenças intercorrentes" mostrou-se relevante na análise do comportamento em relação ao início da assistência pré-natal. Cerca de 82,7% das mulheres que a iniciaram no 1º e 2º trimestres da gestação apresentavam doenças intercorrentes, decrescendo a proporção para 69,6% em mulheres sem as mesmas. Tais dados confirmam a hipótese

segundo a qual mulheres com doenças intercorren-
tes apresentam maior motivação para iniciar o
pré-natal nos dois primeiros trimestres da ges-
tação do que mulheres sem doenças intercorren-
tes. Sem dúvida, estes achados deixam transpare-
cer maior percepção no que respeita à medicina
curativa em detrimento da medicina preventiva,
com óbvia desvantagem para a proteção da saúde
materno-infantil.

Para fins de complementação, inclui-se
quadro referente ao número de visitas realiza-
das por mulheres com e sem doenças intercorren-
tes.

QUADRO 50 - NÚMERO DE VISITAS REALIZADAS POR MULHERES
COM E SEM DOENÇAS INTERCORRENTES

NÚMERO DE VISITAS AO PRÉ-NATAL	HISTÓRICO			
	SEM DOENÇAS INTERCORRENTES		COM DOENÇAS INTERCORRENTES	
	Nº	%	Nº	%
Nenhuma visita	68	28,9	11	13,3
1 — 3	37	15,7	14	16,9
4 — 6	61	25,9	21	25,3
7 — 9	60	25,6	27	32,5
10 — 12	8	3,5	9	10,8
13 ou +	1	0,4	1	1,2
TOTAL	235	100,0	83	100,0

Como seria de esperar, 44,5% de mulheres com doenças intercorrentes fizeram mais de seis visitas ao pré-natal, decrescendo a porcentagem para 29,5% no grupo de mulheres sem doenças intercorrentes, resultados estes obtidos do Quadro 50.

De acordo com as hipóteses formuladas (hipóteses 5 e 6), ocorrências negativas anteriores, tais como crianças com defeitos congênitos e casos de óbitos fetais e infantis, poderiam eventualmente influenciar o comportamento das gestantes, alertando-as em relação a um determinado risco de saúde materno-infantil e levando-as, por isso, a ~~comparecer~~ ao pré-natal no primeiro e segundo trimestres da gestação. Com vistas a verificar tal afirmação, elaboraram-se os quadros que se apresentam a seguir.

O Quadro 51 mostra a distribuição das mulheres segundo o trimestre em que a assistência pré-natal teve início e óbitos fetais anteriores à presente gestação.

QUADRO 51 - TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA
PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E ÓBITOS FETAIS

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	H I S T Ó R I C O			
	COM ÓBITOS FETAIS		SEM ÓBITOS FETAIS	
	Nº	%	Nº	%
Sem assistência pré-natal	35	21,9	13	13,3
1º trimestre	75	46,9	44	44,9
2º trimestre	39	24,3	34	34,7
3º trimestre	11	6,9	7	7,1
TOTAL	160	100,0	98	100,0

A análise estatística não revelou associação sig-
nificante entre o trimestre em que a assistência pré-
natal teve início e o fato de as mulheres terem ou não
um histórico registrando óbitos fetais, conforme dados
do Quadro 52.

QUADRO 52 - ASSOCIAÇÃO ENTRE TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM
QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E
ÓBITOS FETAIS

ÓBITOS FETAIS	ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL			
	3º TRIMESTRE			PROPORÇÃO DE
	1º E 2º TRIMESTRES	E SEM ASSISTÊNCIA	TOTAL	
Sem óbitos fetais	78	20	98	0,795918
Com óbitos fetais	114	46	160	0,712500
TOTAL	192	66	258	0,744186

Qui-quadrado calculado = 1,80

Os Quadros 53 e 54 abordam aspectos relativos a mulheres, cujos históricos registram casos de crianças com defeitos congênitos e óbitos infantis, considerados aqui como eventos capazes de alertar as gestantes para os aspectos preventivos do atendimento médico.

QUADRO 53 - TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO, SEGUNDO HISTÓRICO COM CASOS DE CRIANÇAS COM DEFEITOS CONGÊNTOS E ÓBITOS INFANTIS

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	HISTÓRICO			
	COM CASOS DE CRIANÇAS COM DEFEITOS CONGÊNTOS E ÓBITOS INFANTIS		SEM CASOS DE CRIANÇAS COM DEFEITOS CONGÊNTOS E ÓBITOS INFANTIS	
	Nº	%	Nº	%
Sem assistência pré-natal	39	17,3	39	22,9
1º trimestre	100	44,3	67	39,4
2º trimestre	70	30,9	52	30,6
3º trimestre	17	7,5	12	7,1
TOTAL	226	100,0	170	100,0

Uma proporção mais elevada de mulheres com casos de mortalidade infantil e defeitos congênitos registrados na história obstétrica anterior à presente gestação, iniciaram a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres

da gestação. Porém, como se observa no Quadro 54, as diferenças entre os dois grupos não foram estatisticamente significantes.

QUADRO 54 - ASSOCIAÇÃO ENTRE TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO, SEGUNDO HISTÓRICO COM CASOS DE CRIANÇAS COM DEFEITOS CONGÊNITOS E ÓBITOS INFANTIS

ÓBITOS INFANTIS E DEFEITOS CONGÊNITOS	ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL		TOTAL	PROPORÇÃO DE 1º E 2º TRIMESTRES
	1º E 2º TRIMESTRES	3º TRIMESTRE E SEM ASSISTÊNCIA		
Com óbitos e defeitos congênitos	120	56	226	0,752212
Sem óbitos e defeitos congênitos	119	51	170	0,700000
TOTAL	289	107	396	0,729797

Qui-quadrado calculado = 1,09

5.4.8.4 Intervalo

O Quadro 55 refere-se à distribuição das mulheres segundo o trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início e intervalo, considerado aqui como o tempo decorrido entre o término da gestação anterior e o nascimento deste último filho.

QUADRO 55 - TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA
PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E INTERVALO (MESES)

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	INTERVALO (MESES)					
	≤ 12 MESES		13-14 MESES		≥ 25 MESES	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem assistência	21	32,3	14	14,4	18	15,3
1º trimestre	23	35,4	44	45,4	62	52,5
2º trimestre	16	24,6	31	32,0	33	28,0
3º trimestre	5	7,7	8	8,2	5	4,2
TOTAL	65	100,0	97	100,0	118	100,0

Utilizando-se a decomposição aditiva do Qui-quadrado, para fins de análise estatística, agruparam-se as mulheres com intervalo menor ou igual a 12 meses, com 13 a 24 meses e com 25 meses ou mais, conforme Quadros 56, 57 e 58.

QUADRO 56 - RELAÇÃO ENTRE INTERVALO E TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO

INTERVALO	ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL			TOTAL	PROPORÇÃO DE	
	3º TRIMESTRE				1º	2º
	1º E 2º	E	SEM			
	TRIMESTRES	ASSISTÊNCIA			TRIMESTRES	
≤ 12 meses	39		26	65	0,619047	
13 — 24 meses	75		22	97	0,773195	
24 ou +	95		23	118	0,805084	
TOTAL	209		71	280	0,746428	

Qui-quadrado calculado = 9,87*

QUADRO 57 - ASSOCIAÇÃO ENTRE INTERVALO E TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO

INTERVALO (MESES)	ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL		TOTAL	PROPORÇÃO DE 1º E 2º TRIMESTRES
	1º E 2º TRIMESTRES	3º TRIMESTRE E SEM ASSISTÊNCIA		
< 12 meses				
≥ 25 meses	134	49	183	0,732240
13 — 24 meses	75	22	97	0,773195
TOTAL	209	71	280	0,746428

Qui-quadrado calculado = 0,25

QUADRO 58 - ASSOCIAÇÃO ENTRE INTERVALO E TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO

INTERVALO (MESES)	ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL		TOTAL	PROPORÇÃO DE 1º e 2º TRIMESTRES
	1º E 2º TRIMESTRES	3º TRIMESTRE E SEM ASSISTÊNCIA		
< 12 meses	39	26	65	0,619047
≥ 25 meses	95	23	118	0,805084
TOTAL	134	49	183	0,732240

Qui-quadrado calculado = 9,13*

A proporção de mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro e segundo trimestres foi significativamente diferente nos grupos considerados. No que se refere à proporção de mulheres com intervalo menor ou igual a 12 meses a intervalo igual ou superior a 25 meses e mulheres com intervalo entre 13 e 24 meses, a diferença quanto ao início da assistência pré-natal não foi estatisticamente significativa (Quadro 57). Foi significativa, entretanto, a diferença encontrada entre o grupo com intervalo menor ou igual a 12 meses e o grupo com intervalo igual ou superior a 25 meses: 38,09% das mulheres que haviam iniciado a assistência pré-natal no terceiro trimestre ou que não tiveram nenhum atendimento médico haviam tido um filho num período igual ou inferior a 12 meses, enquanto que apenas 19,49% de mulheres estavam em igual situação no grupo com intervalo igual ou maior a 25 meses (Quadro 58). Estes achados parecem fundamentar a teoria de DEUTSCH⁴⁰, segundo a qual a demora em procurar a assistência pré-natal pode ser interpretada como uma manifestação de protesto contra exigências relativas a uma identificação emocional positiva com o feto.

5.4.8.5 Condições Sociais: Renda e Escolaridade

Tendo em vista a análise estatística e por considerar-se a classificação de PERKIN com

baixo poder discriminatório no que respeita às variáveis renda e escolaridade, adotaram-se os seguintes critérios: em relação à renda, distribuíram-se os grupos segundo renda per capita em salário mínimo; em relação à escolaridade, em grupos com primário incompleto e primário completo.

O Quadro 59 permite observar a distribuição das mulheres segundo assistência pré-natal e renda per capita em salário mínimo.

QUADRO 59 - TRIMESTRE EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E RENDA PER CAPITA MENSAL (SALÁRIO MÍNIMO)

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	RENDA PER CAPITA EM SALÁRIO MÍNIMO					
	0 — 0,5		0,5 — 1,0		> 1,0	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem assistência	32	14,3	35	32,4	7	17,9
1º trimestre	95	42,5	43	39,9	21	53,9
2º trimestre	77	34,3	25	23,0	10	25,7
3º trimestre	20	8,9	5	4,7	1	2,5
TOTAL	224	100,0	108	100,0	39	100,0

Quando se compararam os dois grupos segundo início da assistência pré-natal e renda per capita em salário mínimo, verificou-se ha-

ver maior proporção de mulheres que iniciaram o atendimento médico no grupo com renda superior a um salário mínimo (79,4%). Apesar disto e no que se refere à renda, a diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa, como se verifica no Quadro 60.

QUADRO 60 - ASSOCIAÇÃO ENTRE RENDA PER CAPITA MENSAL (SALÁRIO MÍNIMO) E TRIMESTRE DE GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO

RENDA PER CAPITA (SALÁRIO MÍNIMO)	ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL			TOTAL	PROPORÇÃO DE 1º E 2º TRIMESTRES
	1º E 2º TRIMESTRES	3º TRIMESTRE E SEM ASSISTÊNCIA			
≤ 1,0	240	92		332	0,722891
> 1,0	31	8		39	0,794871
TOTAL	271	100		371	0,730458

Qui-quadrado calculado = 0,59

O Quadro 61 mostra a distribuição das mulheres segundo assistência pré-natal e escolaridade.

QUADRO 61 - TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E ESCOLARIDADE (PRIMÁRIO COMPLETO E INCOMPLETO)

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	E S C O L A R I D A D E			
	PRIMÁRIO COMPLETO		PRIMÁRIO INCOMPLETO	
	Nº	%	Nº	%
Sem assistência	29	19,5	49	19,8
1º trimestre	71	47,7	96	38,9
2º trimestre	34	22,8	88	35,6
3º trimestre	15	10,0	14	5,7
TOTAL	149	100,0	247	100,0

De acordo com o Quadro 62, a diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa.

QUADRO 62 - ASSOCIAÇÃO ENTRE ESCOLARIDADE E ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

ESCOLARIDADE	ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL			TOTAL	PROPORÇÃO DE	
	1º E 2º TRIMESTRES		3º TRIMESTRE		1º E 2º TRIMESTRES	
			E SEM ASSISTÊNCIA			
Primário completo	105		44	149	0,704697	
Primário incompleto	184		63	247	0,744939	
TOTAL	289		107	396	0,729797	

Qui-quadrado calculado = 0,57

5.4.9 Outros Fatores de Risco: Local de Procedência, Estado Civil e Atitudes em Relação à Gravidez

5.4.9.1 Local de Procedência

Houve interesse em observar o comportamento das entrevistadas segundo local de procedência, já que a investigação das possíveis causas de displicência no que concerne a busca de atendimento médico envolve, inexoravelmente, um conjunto de fatores. Entre aquelas, a problemática das "migrações internas", também denominada de mobilidade espacial, apresenta particular interesse dos pontos de vista sócio-econômico e sanitário. Sabe-se que o movimento migratório do campo para a cidade tem sido acompanhado por uma série de problemas de adaptação ao ambiente urbano-industrial, problemas estes que não podem deixar de se refletir na Saúde Pública^{74, 137}

O Quadro 63 fornece uma descrição das diferenças existentes em relação à assistência médica, mediante análise comparativa das proporções de mulheres de acordo com o trimestre da gestação em que iniciaram o pré-natal ou sem nenhuma atenção médica e considerando-se o local de procedência. No que concerne à proporção de mulheres sem assistência pré-natal, o Nordeste mostra-se amplamente majoritário, apresentando um valor igual a 41,8%. O mesmo

QUADRO 63 - TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO, SEGUNDO LOCAL DE PROCE-
DÊNCIA

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	LOCAL DE PROCEDÊNCIA															
	NORTE		NOROESTE		SUDESTE		SUL		SÃO PAULO CAPITAL		SÃO PAULO OUTROS		CENTRO OESTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem assistência	0	0,0	33	41,8	17	21,5	5	6,3	8	10,1	16	20,3	0	0,0	79	100,0
1º trimestre	0	0,0	52	31,9	42	25,8	7	4,3	23	14,1	38	23,3	1	0,6	163	100,0
2º trimestre	1	0,8	50	41,0	32	26,2	5	4,1	12	9,8	20	16,4	2	1,6	122	100,0
3º trimestre	0	0,0	11	37,9	4	13,8	1	3,4	5	17,2	5	17,2	3	10,3	29	100,0
TOTAL	1	0,3	146	37,2	95	24,2	18	4,6	48	12,2	79	20,1	6	1,5	393	100,0

ocorre em relação a mulheres cuja atenção médica teve início apenas no terceiro trimestre do período gestacional: a maior porcentagem, 37,9%, refere-se igualmente a mulheres nordestinas.

Para fins de análise estatística, agruparam-se as mulheres conforme procedência e trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início (Quadro 64)

QUADRO 64 - RELAÇÃO ENTRE LOCAL DE PROCEDÊNCIA E TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO

LOCAL DE PROCEDÊNCIA	ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL		TOTAL	PROPORÇÃO DE
	1º E 2º TRIMESTRES	3º TRIMESTRE OU SEM ASSISTÊNCIA		1º E 2º TRIMESTRES
Nordeste	102	44	146	0,698630
São Paulo Capital	35	13	48	0,729166
São Paulo Outros	58	21	79	0,734177
TOTAL	195	78	273	0,714285

Qui-quadrado calculado = 0,38

No que se refere à migração, a diferença entre os grupos não foi significativa.

5.4.9.2 Estado Civil

Em relação ao estado civil, a proporção de mulheres sem assistência pré-natal ou que a iniciaram apenas no terceiro trimestre da gestação é significativamente maior entre as mulheres solteiras do que entre as casadas.

No Quadro 65 observa-se a distribuição das mulheres segundo trimestre da gestação em que iniciaram a assistência pré-natal e estado civil.

QUADRO 65 - TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E ESTADO CIVIL

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	ESTADO CIVIL			
	CASADAS		SOLTEIRAS	
	Nº	%	Nº	%
Sem assistência	55	17,0	21	31,8
1º trimestre	153	47,3	13	19,7
2º trimestre	99	30,7	20	30,3
3º trimestre	16	5,0	12	18,2
TOTAL	323	100,0	66	100,0

O Quadro 66 permite observar a associação entre o trimestre da gestação em que o pré-natal teve início e o estado civil das mulheres em estudo. A análise das diferenças percentuais

da prevalência de não comparecimento e comparecimento no terceiro trimestre mostra que as frequências entre mulheres casadas e solteiras são estatisticamente significantes, havendo maior proporção de mulheres casadas que iniciaram a assistência pré-natal no primeiro ou segundo trimestres, 78,0%, do que entre mulheres solteiras, 50,0%. Tais resultados deixam evidente o risco da ilegitimidade no que concerne à saúde materno-infantil, fato este frequentemente referido na literatura^{34, 103, 135, 160}.

QUADRO 66 - ASSOCIAÇÃO ENTRE TRIMESTRE EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL		TOTAL	PROPORÇÃO DE 1º E 2º TRIMESTRES
	1º E 2º TRIMESTRES	3º TRIMESTRE E SEM ASSISTÊNCIA		
Casadas	252	71	323	0,780185
Solteiras	33	33	66	0,500000
TOTAL	285	104	389	0,732647

Qui-quadrado calculado = 20,56*

5.4.9.3 Atitudes em Relação à Gravidez

A inércia em comparecer a serviços de assistência pré-natal tem sido relacionada ao fato de não serem as gestações desejadas^{8, 40}. Por ou-

tro lado, as reações emocionais das mulheres em idade fértil afetam de tal modo a gestação que justificam sua inclusão como um dos fatores a considerar nos sistemas de avaliação de risco gravídico^{60, 103}.

Cabe, assim, no presente estudo, fazer uma análise da variável atitude em relação à gravidez como algo capaz de interferir na decisão de iniciar ou não a assistência pré-natal.

5.4.9.3.1 Estado Civil e Atitudes em Relação à Gravidez

Os dados relativos à atitude em relação a gravidez foram obtidos a partir das respostas à pergunta 44, na página 22 do formulário: "No momento em que você percebeu que estava esperando nenê, como você se sentiu: você ficou contente ou você não ficou contente? E seu marido (ou o pai da criança)?"

Verificou-se que 69,6% das mulheres casadas demonstravam atitudes positivas em relação a esta gravidez, decrescendo a porcentagem para 40,9% no grupo de mulheres solteiras. Como se observa no Quadro 67, a diferença entre os grupos foi estatisticamente significativa.

QUADRO 67 - ASSOCIAÇÃO ENTRE ESTADO CIVIL E ATITUDES EM
RELACÃO À GRAVIDEZ

ESTADO CIVIL	ATITUDES		TOTAL	PROPORÇÃO DE ATITUDES POSITIVAS
	POSITIVAS	NEGATIVAS		
Casadas	218	95	313	0,696485
Solteiras	25	36	61	0,409836
TOTAL	243	131	374	0,649732

Qui-quadrado calculado = 18,43*

De acordo com o Quadro 67, a hi
pótese segue a qual haveria maior pro-
porção de ~~mulheres~~ solteiras do que de mu
lheres casadas com atitudes negativas em
relação à ~~gravidéz~~ foi confirmada.

5.4.9.3.2 Estado Civil, Idade e Atitudes
em Relação à Gravidez

Incluindo a variável idade, os
quadros a seguir visam a complementar a
análise sobre estado civil e atitudes em
relação à gravidez.

QUADRO 68 - ASSOCIAÇÃO ENTRE MULHERES COM MENOS DE 21 ANOS, DE ACORDO COM ESTADO CIVIL E ATITUDES EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ

ESTADO CIVIL	ATITUDES		TOTAL	PROPORÇÃO DE ATITUDES POSITIVAS
	POSITIVAS	NEGATIVAS		
Casadas	40	9	49	0,816326
Solteiras	7	12	19	0,368421
TOTAL	47	21	68	0,691176

Qui-quadrado calculado = 10,85*

Há associação entre estado civil e atitude em relação à gravidez no grupo de mulheres com menos de 21 anos. É significativamente maior a proporção de mulheres casadas com atitudes positivas, 81,6%, decrescendo o valor para 36,8% no grupo de mulheres solteiras (Quadro 68).

O mesmo ocorre em relação ao grupo de mulheres com 21 a 29 anos de idade.

QUADRO 69 - ASSOCIAÇÃO ENTRE MULHERES COM 21 a 29 ANOS,
DE ACORDO COM ESTADO CIVIL E ATITUDES EM
RELAÇÃO À GRAVIDEZ

ESTADO CIVIL	ATITUDES		TOTAL	PROPORÇÃO ATITUDES DE POSITIVAS
	POSITIVAS	NEGATIVAS		
Casadas	120	49	169	0,710059
Solteiras	15	19	34	0,441176
TOTAL	135	68	203	0,665024

Qui-quadrado calculado = 8,01*

Conforme o Quadro 69, há associação entre estado civil e atitude em relação à gravidez no grupo de mulheres com 21 a 29 anos de idade. Entre as casadas, 71,0% mostraram uma atitude positiva em relação à gravidez, reduzindo-se a porcentagem para 44,1% no grupo de mulheres solteiras.

O tamanho da amostra não permitiu que a análise se estendesse a mulheres com idade igual ou superior a 30 anos.

5.4.9.3.3 Estado Civil, Paridade e Atitudes em Relação à Gravidez

Segundo hipótese do presente estudo "quanto maior a paridade, menor a satisfação em relação à gravidez". Com vistas na análise estatística e utilizando-se a decomposição aditiva do qui-quadrado, agruparam-se mulheres com paridade igual ou menor do que um, com paridade 2 - 3 e com paridade igual ou maior do que 4. Os Quadros 70, 71 e 72 apresentam os resultados da análise estatística.

QUADRO 70 - RELAÇÃO ENTRE PARIDADE E ATITUDES EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ DE MULHERES CASADAS

PARIDADE	ATITUDES		TOTAL	PROPORÇÃO DE ATITUDES POSITIVAS
	POSITIVAS	NEGATIVAS		
0 — 1	74	18	92	0,804348
2 — 3	89	27	116	0,767241
4 ou +	55	50	105	0,523810
TOTAL	218	95	313	0,696486

Qui-quadrado calculado = 22,62*

QUADRO 71 - ASSOCIAÇÃO ENTRE PARIDADE E ATITUDES EM RE
LAÇÃO À GRAVIDEZ DE MULHERES CASADAS

PARIDADE	ATITUDES		TOTAL	PROPORÇÃO DE ATITUDES POSITIVAS
	POSITIVAS	NEGATIVAS		
0 — 1				
2 — 3	163	45	208	0,783854
4 ou +	55	50	105	0,523810
TOTAL	218	95	313	0.696486

Qui-quadrado calculado = 22,28*

QUADRO 72 - ASSOCIAÇÃO ENTRE PARIDADE E ATITUDES EM RE
LAÇÃO À GRAVIDEZ DE MULHERES CASADAS

PARIDADE	ATITUDES		TOTAL	PROPORÇÃO DE ATITUDES POSITIVAS
	POSITIVAS	NEGATIVAS		
0 — 1	74	18	92	0,804348
2 — 3	89	27	116	0,787241
TOTAL	163	45	208	0.783854

Qui-quadrado calculado = 0,33

A proporção de mulheres com atitudes positivas é significativamente maior nos grupos com paridade menor. No que se refere à proporção de mulheres com

paridade 0 - 1 e 2 - 3, a diferença não foi significativa (Quadro 72). Foi significativa, entretanto, a diferença encontrada entre o grupo 0 - 1 + 2 - 3 e o grupo com paridade igual ou maior do que 4 (Quadro 71).

A amostra não permitiu estender a análise ao grupo de mulheres solteiras.

5.4.9.3.4 Idade, Paridade e Atitudes em Relação à Gravidez

Apresentam-se, a seguir, quadros relativos à idade, paridade e atitudes em relação à gravidez. Quanto a isto, utilizou-se a decomposição do qui-quadrado de acordo com os moldes preconizados por COCHRAN³². O tamanho da amostra não permitiu que a análise incluísse mulheres com menos de 21 anos.

QUADRO 73 - RELAÇÃO ENTRE PARIDADE E ATITUDES EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ DE MULHERES COM 21 A 29 ANOS DE IDADE

PARIDADE	ATITUDES		TOTAL	PROPORÇÃO DE ATITUDES POSITIVAS
	POSITIVAS	NEGATIVAS		
0 — 1	52	20	72	0,722222
2 — 3	63	27	90	0,700000
3 ou +	20	23	43	0,465116
TOTAL	135	70	205	0.658536

Qui-quadrado calculado = 9,14*

QUADRO 74 - RELAÇÃO ENTRE PARIDADE E ATITUDES EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ DE MULHERES COM 21 A 29 ANOS

PARIDADE	ATITUDES		TOTAL	PROPORÇÃO DE ATITUDES POSITIVAS
	POSITIVAS	NEGATIVAS		
0 — 1 e				
2 — 3	115	47	162	0,709877
4 ou +	20	23	43	0,465116
TOTAL	135	70	205	0,658537

Qui-quadrado calculado = 9,05

QUADRO 75 - ASSOCIAÇÃO ENTRE PARIDADE E ATITUDES EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ DE MULHERES COM 21 A 29 ANOS

PARIDADE	ATITUDES		TOTAL	PROPORÇÃO DE ATITUDES POSITIVAS
	POSITIVAS	NEGATIVAS		
0 — 1	52	20	72	0,722222
2 — 3	63	27	90	0,700000
TOTAL	115	47	162	0,709877

Qui-quadrado calculado = 0,08

Como se observa no Quadro 74, a proporção de mulheres com atitudes positivas é significantemente menor no

grupo de mulheres com paridade igual ou maior do que 4 e com idade entre 21 a 29 anos. A diferença não foi significativa, no entanto, nos grupos de mulheres com paridade zero e um e paridade 2 e 3 (Quadro 75).

Em relação a mulheres com 30 anos ou mais, há uma menor proporção de atitudes positivas entre mulheres com paridade igual ou maior de que 4, porém as diferenças entre os três níveis de paridade não foram estatisticamente significantes (Quadro 76).

QUADRO 76 - RELAÇÃO ENTRE PARIDADE E ATITUDES EM RELAÇÃO A GRAVIDEZ DE MULHERES COM 30 ANOS OU MAIS

PARIDADE	ATITUDES		TOTAL	PROPORÇÃO DE ATITUDES POSITIVAS
	POSITIVAS	NEGATIVAS		
0 — 1	10	5	15	0,666666
2 — 3	14	7	21	0,666666
4 ou +	43	30	73	0,589041
TOTAL	67	42	109	0,614678

Qui-quadrado calculado = 0,61

5.4.9.3.5 Atitudes em Relação à Gravidez e Risco Gravídico

Os quadros a seguir fornecem uma descrição das diferenças existentes em termos de atitudes em relação à gravidez mediante análise comparativa das proporções de mulheres segundo grau de risco gravídico.

QUADRO 77 - ASSOCIAÇÃO ENTRE ATITUDES EM RELAÇÃO A GRAVIDEZ DE MULHERES CASADAS E RISCO GRAVÍDICO (PERKIN)

PARIDADE	ATITUDES		TOTAL	PROPORÇÃO DE ATITUDES POSITIVAS
	POSITIVAS	NEGATIVAS		
Baixo + médio	83	21	104	0,798076
Alto	135	74	209	0,645933
TOTAL	218	95	313	0,696485

Qui-quadrado calculado = 6,90*

Como se observa no Quadro 77, a proporção de mulheres casadas com atitudes positivas em relação à gravidez foi significativamente diferente nos grupos considerados. A análise das diferenças percentuais acusa maior proporção de mulheres casadas com atitudes positivas

em relação à gravidez no grupo com baixo e médio risco, 79,8%, do que no grupo de mulheres com alto risco, onde o valor de cresce para 64,5%.

Fenômeno análogo ocorre em relação às atitudes dos maridos (Quadro 78).

QUADRO 78 - ASSOCIAÇÃO ENTRE ATITUDES DOS MARIDOS EM
RELAÇÃO À GRAVIDEZ E RISCO GRAVÍDICO (PER-
KIN) DAS MULHERES.

RISCO GRAVÍDICO (PERKIN)	ATITUDES		TOTAL	PROPORÇÃO DE ATITUDES POSITIVAS
	POSITIVAS	NEGATIVAS		
Baixo + médio	92	12	104	0,884615
Alto	163	46	209	0,779904
TOTAL	255	58	313	0,814696

Qui-quadrado calculado = 4,37*

A proporção de maridos com atitudes positivas, 77,9%, é significante -
mente menor no grupo de mulheres com al-
to risco, aumentando o valor para 88,4%
no grupo de mulheres com baixo e médio
risco.

Houve interesse em verificar, também, a associação existente entre as atitudes das mulheres solteiras e de seus companheiros e risco gravídico.

QUADRO 79 - ASSOCIAÇÃO ENTRE ATITUDES EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ DE MULHERES SOLTEIRAS E RISCO GRAVÍDICO (PERKIN)

RISCO GRAVÍDICO (PERKIN)	ATITUDES		TOTAL	PROPORÇÃO DE ATITUDES POSITIVAS
	POSITIVAS	NEGATIVAS		
Baixo + médio	14	16	30	0,466666
Alto	11	20	31	0,354838
TOTAL	25	36	61	0,409836

Qui-quadrado calculado = 0,39

QUADRO 80 - ASSOCIAÇÃO ENTRE ATITUDES DOS COMPANHEIROS DAS MULHERES SOLTEIRAS EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ E RISCO GRAVÍDICO (PERKIN)

RISCO GRAVÍDICO (PERKIN)	ATITUDES		TOTAL	PROPORÇÃO DE ATITUDES POSITIVAS
	POSITIVAS	NEGATIVAS		
Baixo + médio	12	15	27	0,444444
Alto	12	12	24	0,500000
TOTAL	24	27	51	0,470588

Qui-quadrado calculado = 0,47

No que se refere às atitudes das mulheres solteiras e seus companheiros, a diferença entre os grupos não foi significativa, conforme os dados apresentados nos Quadros 79 e 80.

Pelo contrário, em relação ao grupo de mulheres casadas, como mostram os Quadros 77 e 78, verifica-se que quanto mais elevado o risco gravídico menor o nível de satisfação expresso pelas mulheres e pelos maridos, confirmando-se assim a hipótese segundo a qual há associação entre atitudes e risco gravídico (hipóteses 15 e 16).

5.4.9.3.6 Trimestre da Gestação em que a Assistência Pré-Natal Teve Início e Atitudes em Relação à Gravidez

Com vistas a verificar hipótese segundo a qual há maior proporção de mulheres com atitudes positivas no grupo de mulheres que compareceram à assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres, agruparam-se os dados conforme os quadros a seguir.

QUADRO 81 - ASSOCIAÇÃO ENTRE TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E ATITUDES DE MULHERES CASADAS EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	ATITUDES		TOTAL	PROPORÇÃO DE ATITUDES POSITIVAS
	POSITIVAS	NEGATIVAS		
1º e 2º Trimestres	178	66	244	0,729508
3º trimestre e sem assistência	38	28	66	0,575757
TOTAL	216	94	310	0,696774

Qui-quadrado calculado = 6,56*

No que se refere ao grupo que iniciou a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres, a proporção de mulheres casadas com atitudes positivas, 72,9%, é significativamente maior do que a do grupo de mulheres cujo pré-natal teve início no terceiro trimestre e sem assistência pré-natal, 57,5% (Quadro 81). Comprova-se assim a hipótese referida, porém apenas no que concerne ao grupo de mulheres casadas, uma vez que no grupo de mulheres solteiras, a análise estatística não revelou associação significativa (Quadro 82).

QUADRO 82 - ASSOCIAÇÃO ENTRE TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E ATITUDES DE MULHERES SOLTEIRAS EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	ATITUDES		TOTAL	PROPORÇÃO DE ATITUDES POSITIVAS
	POSITIVAS	NEGATIVAS		
1º e 2º Trimestres	12	19	31	0,387096
3º trimestre e sem assistência	13	16	29	0,448275
TOTAL	25	35	60	0,416666

Qui-quadrado calculado = 0,23

5.4.9.3.7 Trimestre da Gestação em que a Assistência Pré-Natal Teve Início e Atitudes dos Maridos (ou Companheiros) em Relação à Gravidez

Com vistas a verificar hipótese que afirma haver associação entre o trimestre em que teve início a assistência pré-natal e atitudes dos maridos ou companheiros em relação à gravidez, elaborou-se o quadro que a seguir se apresenta.

QUADRO 83 - ASSOCIAÇÃO ENTRE TRIMESTRE DA GESTAÇÃO EM QUE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL TEVE INÍCIO E ATITUDES DOS MARIDOS OU COMPANHEIROS EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	ATITUDES DOS MARIDOS OU COMPANHEIROS		TOTAL	PROPORÇÃO DE ATITUDES POSITIVAS
	POSITIVAS	NEGATIVAS		
1º e 2º Trimestres	217	30	247	0,878542
3º trimestre e sem assistência	63	57	120	0,525000
TOTAL	280	87	367	0,762942

Qui-quadrado calculado = 55,81*

De acordo com o Quadro 83, é estatisticamente significativa a diferença entre as proporções encontradas, confirmando-se, assim, a hipótese referida (hipótese 18)..

6 . EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

— Você sabe o que é colostro?

— Sei sim. A moça falou...

É mingau... mingau de maizena.

Com a alteração dos padrões atuais do atendimento médico, a interação com os pacientes tem-se limitado a encontros fortuítos, fato que tem dado margem à insatisfação e críticas crescentes no que concerne à atmosfera do ambiente clínico. Após rápida entrevista, o cliente perde seu médico de vista, submetendo-se a uma série de exames, em contato com profissionais apressados, que pouco ou nada se preocupam com as condições físicas ou emocionais do indivíduo⁸¹. Tal constatação levou à realização de estudos, cujos achados são de particular importância para a ~~área da~~ Educação em Saúde.

O estudo do processo da interação médico-paciente, de seu conteúdo e das características individuais dos pacientes tem contribuído para a elaboração de quadros analíticos que permitem avaliar a influência de vários fatores no processo educativo em ambiente clínico^{44, 141}. Na área da Sociologia, contribuindo para a taxonomia da ação social, PARSONS¹²¹ classifica dois tipos de funções médicas: a) funções instrumentais, quando abordam aspectos técnicos, e b) funções expressivas, quando se referem a aspectos sociais. Tendo como esquema de referência tal classificação, KORSCH e colaboradores⁷⁹ chamam a atenção para o papel desempenhado por funções expressivas, identificando, como barreiras na comunicação médico-paciente, falta de calor humano por parte do médico, incapacidade de interpretar interesses e expectativas do pacien

te, falta de clareza nas explicações e utilização de jargão técnico. A análise das expectativas dos pacientes permite observar que estas se referem menos às funções instrumentais do que às funções expressivas do médico, de quem se espera compreensão e apoio emocional¹³². Muitos pacientes aguardam explicações a respeito da doença e de sua gravidade, enquanto outros esperam que os médicos os aliviem de angústias e tensões emocionais^{27, 94}. Estes achados prendem-se à área da Educação em Saúde, já que a compreensão do paciente a respeito de suas condições físicas afeta não só o processo de comunicação com o médico, mas, também, a resposta à orientação recebida^{45, 53, 66, 147}.

Para LESER⁸⁵, todas as ações desenvolvidas em programas de atendimento direto à população devem prever conteúdo educativo, fato este que ~~assume~~ ~~assumes~~ particular importância na área da Saúde Materno-Infantil no Brasil, tendo em vista a magnitude dos coeficientes de mortalidade materna e, especialmente, infantil. No campo de Saúde Pública, a atuação no setor materno-infantil ocupa, no país, alta prioridade, comparilhada apenas pela prioridade atribuída às doenças transmissíveis, onde se incluem as grandes endemias. Como se observa, é nos serviços pré-natais e de nuericultura que se encontram as condições mais favoráveis de receptividade por parte das educandas.

No Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, faz-se referência ao significado da Educação em Saúde, reconhecendo ser a mesma essencial a consecução dos objetivos e devendo, por isso, ser incluída nas diferentes fases do programa. Afirma-se que todo o pessoal de saúde, no exercício de

sua profissão, deve realizar atividades educativas, seja na condição de médico, enfermeira, obstetriz ou pessoal auxiliar, entre outros¹⁷⁴.

Tendo em vista estas considerações e visando a detectar até que ponto as expectativas das pacientes foram atendidas no que concerne a esclarecimento sobre suas próprias condições e sobre as condições de seus filhos, elaborou-se a seguinte pergunta: "Há alguma coisa que você gostaria de perguntar sobre você ou sobre o nenê (se for o caso) antes de sair do hospital?"

Enumeram-se a seguir algumas perguntas levantadas pelas pacientes após a alta médica e antes de deixar o hospital.

6.1 Perguntas Não Respondidas

6.1.1 Saúde da Mãe

1. Estou curada da sífilis?
2. Eu sou diabética?
3. O meu sangue é normal?
4. O que eu tenho na circulação?
5. Quando vou operar as varizes?
6. Quando vou operar a bexiga?
7. Quando vou operar o mioma?
8. Os exames que fiz no pré-natal foram positivos ou negativos?
9. Preciso fazer logo os exames que o médico mandou?

10. Por que tenho uma dor de cabeça tão forte?
11. Por que tenho dor nas costas e na barriga e por que sou tão nervosa?
12. Eu tenho alguma coisa dentro da cabeça? Vejo umas coisas bestas!
13. Por que é que quando fico nervosa descontro nas crianças e bato nelas sem parar? Preciso tratar os nervos (Observação: paridade 9 e dois abortamentos).
14. Por que inchei ~~tanto~~ e por que tive tanta dor de cabeça?

6.1.2 Abortamento

15. Por que perdi meu filho?
16. Por que abortei ~~se não~~ fiz nada?
17. Furei meu útero, ainda posso ter filhos?
18. Posso ter relações depois deste aborto?
19. Por que perdi tanto sangue?
20. Por que abortei duas vezes em seguida?
21. A próxima vez que engravidar, vou abortar de novo?
22. Por que a gente aborta depois da mola? O mêdico disse que a gente aborta depois da mola, mas não disse porquê.

6.1.3 Parto

23. O meu parto foi normal?
24. Por que foi forceps?
25. Eu fiz cesária, posso ter mais filhos?

- 26. O nenê nasceu por baixo. Por que deram anes
tesia geral e por que judiaram tanto de mim?
- 27. Por que o nenê nasceu de pé e por que nas-
ceu com os pés roxos?

6.1.4 Pós-Parto

- 28. Posso tomar banho e lavar a cabeça?
- 29. Quanto tempo fica descendo?
- 30. Posso começar a trabalhar?
- 31. Fiz cesária, posso começar a trabalhar?
- 32. Será que amarraram as trompas? O médico dis
se que era para amarrar as trompas.
- 33. Os pontos caem sozinhos?
- 34. O que passo nos pontos?
- 35. Eu preciso voltar por causa dos pontos?

6.1.5 Sexologia

- 36. Por que não sinto nada com o meu marido
tenho vontade de sair correndo?
- 37. Por que me sinto mal durante a relação?

6.1.6 Planejamento Familiar

- 38. Como faço para não ganhar outro nenê? Fico
nervosa.
- 39. Quero saber de comprimidos para não ganhar
nenê.
- 40. Eu tenho varizes. Posso tomar comprimidos?

41. Posso amarrar as trompas?
42. Não quero ganhar outro nenê. Fico doente.
43. Fiz cesária, posso ter relação? E se eu ganhar outro nenê?
44. Como faço para não ganhar mais nenê? (Observação: paridade 13, 11 filhos vivos e 2 mortos; um filho com lábio leporino e dois com fenda palatina).

6.1.7 Mortalidade Perinatal

45. Por que o nenê nasceu antes do tempo e por que estava tão machucado?
46. Por que meu filho morreu?
47. Do que meu filho morreu?

6.1.8 Crianças Sem Alta

48. O nenê vai viver? (Observação: recém-nascido com 750 gramas).
49. Será que o nenê ainda está vivo?
50. Quantos dias o nenê vai ficar no "isolante"?
51. Por que o nenê não saiu comigo?
52. Por que estou saindo sem nunca ter visto o nenê?
53. O nenê está bem de peso?
54. Quero saber mais sobre o nenê: disseram que ele está passando mal. (Observação: recém-nascido com 2.280 gramas).

6.1.9 Crianças Prematuras, com Insuficiência Ponderal e com Defeitos Congênitos

55. Como vou tratar do nenê? (Observação: recém-nascido com 2.450 gramas).
56. Por que o nenê é tão magro e como vou tratar dele?
57. Ele é prematuro. Quero saber mais.
58. É para marcar consulta para o nenê? (Observação: recém-nascido com 2.330 gramas).
59. Quais os defeitos do nenê, como vou tratar dele?

6.1.10 Fatores Sociais

60. Não sou casada. Como vou registrar ela?
61. Eu tenho RH e preciso tomar uma injeção que custa Cr\$ 650,00. Como vou fazer?
62. Vou dar ela. Como faço?
63. Como faço para ganhar o salário do nenê?
64. Preciso trabalhar. Não posso dar o peito. Como se faz a mamadeira?

6.1.11 Saúde do Nenê

65. O que é icterícia?
66. O nenê também pegou sífilis?
67. Por que ficou com os olhos tapados? Ele é cego?
68. Por que tem uma "grosseira" na pele? O que é isso?

- 69. O nenê pegou sífilis no sangue?
- 70. Por que o nenê tomou sôro quando estava no berçário?
- 71. Por que o nenê não abre os olhos?
- 72. Por que o nenê suspira tanto?

6.1.12 Problemas de Comunicação

- 73. Me deram um papel mas não entendi nada.
- 74. Que leite vou dar para o nenê? A ênfermeira do berçário falou, mas não entendi nada.

6.1.13 Aleitamento

- 75. Como eu faço para aumentar o leite?
- 76. Como dar mamadeira em vez do peito?
- 77. Por que o leite seca depois do parto?
- 78. Não sei nada, água, leite...
- 79. É para dar o peito ou a mamadeira?
- 80. Como se faz a mamadeira?
- 81. Que leite vai mamar se não consegue pegar o bico?

6.1.14 Puericultura

- 82. Posso ter o mesmo costume do mato?
- 83. Como tratar o nenê? A gente não sabe.
- 84. Que chazinho dou?
- 85. Posso dar banho no nenê?
- 86. Como cuidar do umbigo do nenê?

87. É para trazer todos os meses ao médico?

88. Fico com medo quando o nenê chora.

89. É para marcar consulta para o nenê. Como é?

6.2 Necessidade de Receber Informações

Do ponto de vista dos pacientes, um dos aspectos mais importantes do atendimento médico prende-se à comunicação com médicos, enfermeiras e demais pessoal da saúde. MUMFORD e SKIPPER¹⁰⁰ consideram as falhas no processo de comunicação como uma das queixas mais graves dos pacientes hospitalizados na sociedade ocidental. São duas as razões que levam os pacientes a procurar se comunicar: em primeiro lugar, o desejo de receber informações técnicas (funções instrumentais), em segundo, a necessidade de manter contato interpessoal (funções expressivas). Os dois níveis de comunicação são importantes para a saúde do indivíduo. Indivíduos em ambientes estranhos ou experimentando situações novas sentem-se tensos e apreensivos, pois o desconhecido e a incapacidade de controlar situações provocam sensações atemorizantes. Quando se torna impossível controlar fatores negativos, surge, então, a necessidade de conhecer exatamente o que ocorre e de adaptar o comportamento às circunstâncias para, com isto, diminuir o grau de tensão sentida. Os pacientes buscam, por isso, obter informações sobre a natureza e a extensão de um problema, tratamento indicado, o que vai acontecer e em que ocasião e, finalmente, informações a respeito da infraestrutura do atendimento médico¹⁵⁴.

A análise das perguntas não respondidas parece indicar que as entrevistadas não tenham tido acesso a um mínimo de informações necessárias, evidenciando isto uma séria barreira à tomada de decisões racionais, em prejuízo da saúde materno-infantil do grupo em estudo.

6.3 Tempo Disponível Para Fazer Perguntas

Houve interesse em saber até que ponto se considerou suficiente o tempo disponível para fazer perguntas. Para fins de análise estatística agruparam-se os dados conforme quadro a seguir.

QUADRO 84 - ASSOCIAÇÃO ENTRE OPINIÃO A RESPEITO DO TEMPO DISPONÍVEL PARA PERGUNTAS E ESCOLARIDADE

ESCOLARIDADE	TEMPO PARA PERGUNTAS		TOTAL	PROPORÇÃO DE TEMPO SUFICIENTE
	SUFICIENTE	INSUFICIENTE		
Primário Incompleto	124	64	188	0,659574
Primário Completo	98	17	115	0,852173
TOTAL	222	81	303	0,732673

Qui-quadrado calculado = 13,51*

A proporção de mulheres que consideram suficiente o tempo disponível para perguntas é significativamente menor no grupo de mulheres com primário incompleto: como se ob-

serva no Quadro 84, quanto menor a escolaridade, mais se considera insuficiente o tempo disponível para fazer perguntas. O mesmo ocorre quando se considera o nível sócio-econômico da população em estudo, tal como se mostra no Quadro 85.

QUADRO 85 - ASSOCIAÇÃO ENTRE OPINIÃO A RESPEITO DO TEMPO DISPONÍVEL PARA PERGUNTAS E NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO

NÍVEL SÓCIO- ECONÔMICO	TEMPO PARA PERGUNTAS		TOTAL	PROPORÇÃO DE TEMPO SUFICIENTE
	SUFICIENTE	INSUFICIENTE		
Baixo Inferior	121	51	172	0,703488
Baixo Superior	53	7	60	0,883333
TOTAL	174	58	232	0,750000

Qui-quadrado calculado = 7,67*

A par dos problemas terminológicos decorrentes do trecho de "socioletos" no ambiente clínico, evidencia-se outra barreira que impede a aquisição de conhecimentos na área de saúde, comprometendo a prevenção no grupo materno-infantil: tempo insuficiente para responder às perguntas.

Tudo leva a crer, no presente estudo, que o processo educativo tenha sido seriamente negligenciado pela equipe médica e paramédica, para quem não representa ainda parte

integrante da Medicina Preventiva e Curativa.

É preciso aceitar a premissa que a paciente tem o direito inalienável de conhecer suas condições de saúde (Eu sou diabética?), a natureza de seus problemas (Por que meu filho morreu?), os recursos comunitários à sua disposição (Vou dar ela, como faço?) e à disposição de seus familiares (É para marcar consulta para o nenê? Como é?) e como proceder, quando possível, para evitar agravos futuros ³⁵ (Fiz cesária, posso ter relação? E se eu ganhar outro nenê?).

O controle do risco gravídico pré natal e interconcepcional de mulheres em idade fértil exige:

- 1) apoio e compromisso por parte da cúpula administrativa;
- 2) equipe multiprofissional devidamente treinada na área da educação;
- 3) especialistas em Educação em Saúde para planejar, executar e, sobretudo, avaliar constantemente o componente educativo de programas de saúde materno-infantil; e
- 4) "last but not the least", recursos financeiros para ativar tal processo.

Sem isto, a prevenção do risco gravídico permanecerá assunto de interesse meramente acadêmico e a saúde do grupo materno-infantil, lamentavelmente, uma questão de chance.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES

O estudo descritivo dos fenômenos abordados revelou aspectos de especial interesse para educadores de saúde pública. No que respeita ao comparecimento à assistência pré-natal, avaliado no presente estudo a partir do trimestre da gestação em que se realizou a primeira visita, pode-se apreciar a magnitude do problema através das considerações que se apresentam a seguir.

Verificou-se que 19,8% das entrevistadas não receberam assistência pré-natal e que 7,1% fizeram a primeira visita apenas no terceiro trimestre da gestação. No grupo de adolescentes, 25,4% não tiveram nenhuma assistência pré-natal. Das gestantes sem assistência pré-natal, 68,4% pertenciam ao grupo com alto risco gravídico. Detectou-se uma profunda inconsistência entre atitudes e práticas: apesar de 86,3% das entrevistadas considerarem o primeiro trimestre da gestação como período ideal para iniciar a assistência pré-natal, apenas 35,2% compareceram nesse trimestre. Das mulheres que iniciaram o pré-natal após o primeiro trimestre da gestação, 29,2% (valor modal) declararam que atuaram assim "por não achar necessário" e 16,1% "porque haviam abortado". Das gestantes que não compareceram à assistência pré-natal, 30,8% (valor modal) afirmaram que isso ocorreu "porque haviam abortado"... e 17,2% "porque não achavam necessário".

Foi relativamente reduzido o número de mulheres que estabeleceram uma relação de causa-efeito entre assistência pré-natal e saúde materna, saúde infantil ou saúde-materno-infantil: das gestantes sem queixas médicas durante o período gravídico, 14,1% reconheceram a importância da assistência pré-natal para proteção da saúde materno-infantil, enquanto 37,6%

referiram-se apenas à saúde infantil; das gestantes com queixas médicas durante o período gravídico, 16,6% declararam que a assistência pré-natal era importante para proteção da saúde materno-infantil e 23,9% para a proteção da saúde infantil; 8,7% de mulheres sem queixas médicas e 11,0% com queixas médicas não souberam definir as próprias expectativas em relação a serviços de assistência pré-natal. Estas ocorrências assumem particular significado em termos de uma amostra populacional, cuja perda reprodutiva atingiu o elevado valor de 39,7%.

Seria desejável que o tempo despendido no corredor de espera, antes da consulta pré-natal e, em seguida, na enfermaria, durante o internamento pós-parto fosse aproveitado para educar gestantes e puérperas. Representaria isto valioso ponto de partida para a reformulação de hábitos e eliminação de conhecimentos, atitudes e práticas incorretos, responsáveis, tão frequentemente, pela ocorrência de complicações em gestantes, puérperas e recém-nascidos. Cumpre acrescentar que, das mulheres entrevistadas, 56,1% afirmaram ter esperado mais de 90 minutos antes de serem atendidas na consulta pré-natal, configurando-se, assim, uma disponibilidade de tempo que poderia ser utilizado em atividades educativas. O mesmo poderia ocorrer no serviço hospitalar; no presente estudo, a maioria das mulheres deixaram o hospital sem obter resposta a perguntas fundamentais para a profilaxia de problemas de saúde materno-infantil, evitáveis durante o período interconcepcional.

No que concerne ao período interconcepcional, cabem aqui algumas considerações a respeito das necessidades sentidas pela amostra populacional. Apesar de 81,4% das entrevistadas referirem como intervalo ideal, entre um e outro nascimento,

um período de 19 a 24 meses, apenas 33,4% alcançaram esse intervalo, sendo que 11,0% tiveram um filho antes de decorridos 12 meses após o término da última gravidez. Tendo em vista o fato de que a rápida sucessão de gestações afeta a mãe física e emocionalmente, podendo exercer um efeito negativo sobre o feto, mesmo quando se controlam variáveis relativas ao nível sócio-econômico, seria desejável que as puérperas recebessem uma orientação idônea sobre Planejamento Familiar. Com a divulgação mais ampla e democrática de métodos anticoncepcionais, poder-se-ia reduzir parte das tensões dos casais através do prolongamento do período interconcepcional: isto lhes permitiria alcançar, por um lado, o intervalo desejado entre uma e outra gravidez e, por outro, planejar o tamanho da família de acordo com suas próprias convicções. Cumpre lembrar que, no presente estudo, 62,9% das mulheres com paridade 1 e 2 se referiram a dois filhos como constituindo o tamanho ideal de família.

A orientação em Planejamento Familiar, com vistas a prolongar o período interconcepcional, beneficiaria igualmente mulheres submetidas à cesária: 62,2% de mulheres submetidas à operação cesária deixaram o hospital sem receber nenhuma orientação a respeito da utilização correta de métodos anticoncepcionais, sendo procedente prever, em futuro próximo, um risco potencial para a saúde materno-infantil. Cumpre ainda ressaltar que 65,6% das mulheres entrevistadas pertenciam ao grupo com alto risco grávidico, fato este que por si só exige um programa especial de educação em saúde com vistas à prevenção e controle do risco materno-infantil.

Resta ainda referir que, da amostra populacional estudada, 62,4% pertenciam ao grupo sem escolaridade ou com cur

so primário incompleto, sendo que 87,7% haviam nascido fora do Município de São Paulo. Em decorrência da inexistência de diagnóstico, desenvolvimento e avaliação das atividades educativas, foram as mesmas submetidas a uma terminologia técnica totalmente alheia ao universo sócio-cultural a que pertenciam, ocorrência esta agravada pelo fato de 88 mulheres analfabetas terem recebido orientação por escrito, após a alta médica.

O estudo analítico dos fenômenos abordados evidenciou pontos de igual significado para a área da Educação em Saúde. Comparando-se o grupo que iniciou o pré-natal no primeiro e segundo trimestres de gestação com o grupo que o iniciou no terceiro trimestre ou sem assistência médica, verificou-se que o início do pré-natal estava significativamente relacionado com as seguintes variáveis: doenças intercorrentes durante o ciclo gravídico, intervalo entre gestações, estado civil e atitudes das mulheres e dos maridos ou companheiros em relação à gravidez.

Ao contrário das expectativas, verificou-se que o início do pré-natal não estava significativamente relacionado ao grau de risco gravídico e à idade, paridade, abortamentos anteriores, histórico com mortalidade infantil e/ou crianças com defeitos congênitos, renda per capita mensal, escolaridade e migração.

A análise estatística permitiu observar uma proporção mais elevada de mulheres com doenças intercorrentes no ciclo gravídico entre as mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro e segundo trimestres. Já se referiu que indivíduos com pouca experiência e baixa escolaridade necessitam "ver para

crer", sendo mais fácil compreender, por isso, a finalidade de serviços de natureza curativa do que de serviços de natureza preventiva. O fato de "ver" a doença através da manifestação de seus sintomas mais agudos parece, no caso, ter levado maior número de gestantes a comparecer ao pré-natal no primeiro e segundo trimestres.

O fato de não se ter detectado uma associação entre, por um lado, início da assistência pré-natal e, por outro, grau de risco gravídico, ôbitos infantis, e/ou crianças com defeitos congênitos e abortamentos na história obstétrica pregressa, eventos estes físico e emocionalmente contundentes, pode ser explicado, também, em função das características culturais dos grupos de baixo nível sócio-econômico. O ato de recorrer a serviços preventivos depende da capacidade que o indivíduo tem de perceber uma relação de causa e efeito entre duas ou mais ordens de fenômenos e de acreditar na possibilidade que cada ser humano tem de controlar o próprio destino. Estudos comparativos realizados na área da estratificação social têm demonstrado que estas características raramente se encontram nos grupos menos privilegiados da população. Em termos de comportamento preventivo, acrescenta-se não estarem os mesmos habituados a pensar e, portanto, a planejar em função de curtos períodos de tempo. Torna-se procedente imaginar, portanto, que fenômenos relativamente distantes no tempo, e talvez no espaço, se diluem no presente, dificultando o estabelecimento de relações de causa-efeito entre dois ou mais eventos, no caso, a assistência pré-natal e fatores ligados ao risco materno-infantil.

Verificou-se, também, que intervalos excessivamente curtos entre uma e outra gestação influem no processo decisó

rio que leva a iniciar a assistência pré-natal: a proporção de mulheres com intervalo igual ou maior do que 25 meses que iniciaram o pré-natal no primeiro e segundo trimestres foi significativamente maior do que a proporção de mulheres com intervalo igual ou menor do que 12 meses. Portanto, pode-se considerar intervalos excessivamente curtos como um fator de risco, não apenas do ponto de vista psico-fisiológico, como é em geral referido, mas pelo efeito que tem no retardo da assistência pré-natal. Também se verificou que atitudes negativas em relação à gravidez aumentam a probabilidade de iniciar o pré-natal no terceiro trimestre da gestação ou de não procurar a assistência médica; a proporção de mulheres casadas com atitudes positivas que iniciaram o pré-natal no primeiro e segundo trimestres foi significativamente maior do que a proporção de mulheres que o iniciaram no terceiro trimestre e sem assistência médica. Fenômeno idêntico registrou-se no grupo de mulheres cujos maridos ou companheiros demonstraram atitudes positivas em relação à gravidez: a proporção de mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro e segundo trimestres foi significativamente maior no grupo de mulheres cujos maridos ou companheiros demonstravam atitudes positivas em relação à gravidez.

Analisadas em termos de seus efeitos na busca do atendimento médico, as duas variáveis, intervalo curto e atitudes negativas em relação à gravidez, justificam a inclusão de informações a respeito de métodos anticoncepcionais nos serviços de atendimento médico para mulheres em idade fértil.

O início do pré-natal mostrou-se significativamente relacionado com o estado civil da gestante, deixando transparecer o risco da mãe solteira que se inclina, em geral, a re

tardar o início da assistência pré-natal e, em casos mais extremos, a não procurar o atendimento médico.

Comparando-se o grupo com atitudes positivas com o grupo com atitudes negativas em relação à gravidez, observou-se uma associação significativa entre atitudes e estado civil, idade, paridade e risco gravídico.

A análise estatística permitiu observar uma proporção significativamente mais elevada de mulheres solteiras com atitudes negativas em relação à gravidez. Verificou-se também haver maior proporção de atitudes positivas entre as mulheres casadas com menos de 21 anos e com idade compreendida entre 21 e 29 anos, do que entre mulheres solteiras da mesma idade, não permitindo o tamanho da amostra estender a análise a mulheres com idade igual ou superior a 30 anos. Em relação à paridade, observou-se maior proporção de atitudes positivas nos grupos com idade entre 21 e 29 anos e com paridade 0 a 3, do que nos grupos com paridade igual ou maior que quatro. Em relação a mulheres com 30 anos ou mais a diferença entre as proporções não foi significativa.

No que se refere a risco gravídico, detectou-se uma proporção significativamente maior de mulheres com atitudes positivas nos grupos com baixo e médio risco gravídico; também foi significativamente maior a proporção de maridos com atitudes positivas nos grupos com baixo e médio risco gravídico.

Quanto às mulheres solteiras, não houve associação entre atitudes e risco gravídico, o mesmo ocorrendo com as atitudes de seus companheiros.

No que concerne ao tempo disponível para fazer perguntas, observou-se ser significativamente menor a proporção de mulheres que consideraram suficiente o tempo disponível no grupo com primário incompleto. Fenômeno análogo ocorreu quando se considerou o nível sócio-econômico da população amostral: quanto mais baixo o nível sócio-econômico, mais se considerou insuficiente o tempo disponível para fazer perguntas.

Feitas estas considerações, enumeram-se, a seguir, as conclusões do presente estudo:

1. A proporção de mulheres com médio e alto risco gravídico, que iniciaram a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres da gravidez, foi maior do que a proporção de mulheres com baixo risco gravídico que iniciaram a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres da gravidez, porém a diferença entre as proporções não foi estatisticamente significativa (Hipótese 1).
2. Houve uma tendência à associação entre idade e início da assistência pré-natal: quanto menor a idade, maior o risco de não iniciar a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres, porém a diferença entre as proporções não foi estatisticamente significativa (Hipótese 2).
3. Não houve associação entre paridade e trimestre da gravidez em que a assistência pré-natal teve início (Hipótese 3).

4. A proporção de mulheres com doenças intercorrentes, que iniciaram a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres da gravidez, foi significativamente maior do que a proporção de mulheres sem doenças intercorrentes (Hipótese 4).
5. Não houve associação entre ocorrências negativas anteriores, como óbitos infantis e/ou crianças com defeitos congênitos e trimestre da gravidez em que a assistência pré-natal teve início (Hipótese 5).
6. Não houve associação entre ocorrências negativas anteriores, como abortamentos, e trimestre da gravidez em que a assistência pré-natal teve início (Hipótese 6).
7. A proporção de mulheres com intervalo igual ou menor do que 12 meses, que iniciaram a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres da gravidez foi significativamente menor do que a proporção de mulheres com intervalo maior ou igual a 25 meses e que iniciaram a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres da gravidez (Hipótese 7).
8. Não houve associação entre renda per capita e trimestre da gravidez em que a assistência pré-natal teve início (Hipótese 8).

9. Não houve associação entre escolaridade e trimestre da gravidez em que a assistência pré-natal teve início (Hipótese 9).
10. Não houve associação entre migração e trimestre da gravidez em que a assistência pré-na - tal teve início (Hipótese 10).
11. A proporção de mulheres solteiras que inicia-ram a assistência pré-natal no primeiro e se-gundo trimestres da gravidez foi significantemente menor do que a proporção de mulheres ca-sadas que iniciaram a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres da gravidez (Hipótese 11).
12. A proporção de mulheres casadas com atitudes positivas em relação à gravidez foi signifi - cantemente maior do que a proporção de mulhe-res solteiras com atitudes positivas em rela-ção à gravidez; a proporção de mulheres casa-das com menos de 21 anos e com atitudes posi-tivas em relação à gravidez foi significante-mente maior do que a proporção de mulheres solteiras com menos de 21 anos e com atitudes positivas em relação à gravidez; o mesmo ocorreu com os grupos de mulheres casadas e sol - teiras com 21 a 29 anos (Hipóteses 12 e 13).
13. A proporção de mulheres casadas com paridade igual ou menor do que 3 e com atitudes positi

vas em relação à gravidez foi significantemen-
te maior do que a proporção de mulheres casa-
das com paridade igual ou maior do que 4 e
com atitudes positivas em relação à gravidez;
a proporção de mulheres casadas, com 21 a 29
anos, paridade igual ou menor do que 3 e atitu-
des positivas em relação à gravidez foi signi-
ficantemente maior do que a proporção de mu-
lheres casadas, com 21 a 29 anos, paridade
igual ou maior do que 4 e atitudes positivas
em relação à gravidez; em relação a mulheres
com 30 anos ou mais a diferença entre as pro-
porções não foi estatisticamente significativa
(Hipóteses 12, 13 e 14).

14. A proporção de ~~mulheres~~ casadas com alto ris-
co grávidico e com atitudes positivas em rela-
ção à gravidez foi significantemente menor do
que a proporção de mulheres casadas com baixo
e médio risco grávidico e com atitudes posi-
tivas em relação à gravidez. No que concerne
a mulheres solteiras, não houve associação en-
tre risco grávidico e atitudes em relação à
gravidez (Hipótese 15).

15. A proporção de maridos com atitudes positivas
em relação à gravidez de suas mulheres foi
significantemente maior no grupo de mulheres
com baixo e médio risco grávidico do que no
grupo com alto risco grávidico. Não houve as-
sociação entre atitudes em relação à gravidez

dos companheiros das mulheres solteiras e ris
co grávidico das mesmas (Hipótese 16).

16. A proporção de mulheres casadas com atitudes positivas em relação à gravidez que iniciaram a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres da gravidez foi significativamente maior do que a proporção de mulheres casadas com atitudes positivas em relação à gravidez que iniciaram a assistência pré-natal no terceiro trimestre da gravidez ou sem assistência pré-natal (Hipótese 17).

17. A proporção de mulheres cujos maridos ou ~~companheiros~~ ^{companheiros} demonstraram atitudes positivas em relação à gravidez e que iniciaram a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres foi significativamente maior do que a proporção de mulheres cujos maridos ou ^{companheiros} demonstraram atitudes positivas em relação à gravidez e que iniciaram a assistência pré-natal no terceiro trimestre ou sem assistência pré-natal (Hipótese 18).

8. RECOMENDAÇÕES

Do ponto de vista da Educação em Saúde, o conteúdo programático e as atividades desenvolvidas em programas de saúde devem partir sempre das necessidades e aspirações sentidas pelo grupo que se pretende educar. A análise dos resultados do presente estudo, assim como a experiência adquirida durante a longa realização do mesmo, permitem apresentar algumas sugestões que, sob a forma de atividades, podem ser integradas a programas de saúde de agências que atendam grupos cujas características sócio-econômicas e culturais sejam semelhantes. Acredito que, ao estabelecer prioridades na seleção das atividades e ao propor o conteúdo programático das sessões educativas, nada mais faço do que expressar fiel e fidedignamente as esperanças e expectativas de 404 mulheres.

Atividade Nº 1 - Desenvolvimento de um "Programa de Educação em Saúde para Gestantes e Puérperas" (Anexo III).

Esta atividade pressupõe a apresentação de conhecimentos úteis e de interesse imediato para pequenos grupos de gestantes e de puérperas. Verificou-se, na fase exploratória do presente estudo, que a maioria das gestantes permanecem no corredor de espera durante aproximadamente duas horas antes de serem atendidas. Durante esse período, acabam por conversar umas com as outras, sendo os temores da gestação e os problemas da saúde materno-infantil os assuntos, em geral, focalizados. Depois disso, são chamadas para consultas, cuja duração se limita apenas a alguns minutos. Como referido, as "funções expressivas" da equipe de saúde têm adquirido particular significado em estudos que analisam a interação equipe de saúde-paciente.

Tendo em vista estas considerações, sugere-se que o tempo de espera seja melhor aproveitado, apresentando-se assuntos de interesse imediato para as gestantes e proporcionando-lhes ocasião para responder às suas indagações: Em cada uma das sessões, seis no total, seriam distribuídos folhetos tecnicamente bem elaborados e de diferentes cores. A cor dos folhetos ajudaria os responsáveis pelo processo educativo a controlar as sessões assistidas ou não pelas gestantes, entregando-se um certificado, como elemento motivador, àquelas que tivessem assistido a todas as sessões.

Processo idêntico poderia ser utilizado em enfermarias, junto a puérperas, momento este em que se desenvolveriam quatro sessões, distribuindo-se folhetos com cores diferentes e com informações de interesse imediato. Poder-se-ia, igualmente, distribuir certificados, como elementos motivadores.

O programa a ser desenvolvido deve fundamentar-se em objetivos instrucionais^{88, 155}, sugerindo-se que as unidades a serem incluídas no conteúdo programático sejam as seguintes:

Período Pré-Natal

1. Como reconhecer a gravidez
2. O que fazer ao suspeitar da gravidez
3. Comportamentos corretos durante a gravidez
4. O papel da alimentação durante a gravidez
5. Sintomas de complicações da gravidez
6. Sinais do parto.

Período Pós-Natal

1. Técnicas de aleitamento natural
2. Técnicas de aleitamento artificial
3. Por que as crianças choram e o que fazer
4. Prevenção do risco gravídico no período interconcepcional.

Atividade Nº 2 - Distribuição de folhetos tecnicamente bem elaborados, com informações relativas às unidades temáticas incluídas no Programa de Educação em Saúde para gestantes e puérperas.

Atividade Nº 3 - Utilização de um profissional (ou estudante) para responder às perguntas das puérperas antes de as mesmas receberem alta médica.

9. RESUMOS

Este trabalho discute alguns aspectos de particular interesse para Educadores de Saúde Pública com o objetivo de aperfeiçoar o componente educativo de programas de saúde materno-infantil.

Com vistas no diagnóstico educativo e para fins de análise estatística, dividiu-se a população amostral, constituída por 404 mulheres internadas no Serviço de Obstetrícia de um Hospital em São Paulo, Brasil, a partir dos seguintes critérios: mulheres que iniciaram a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres da gravidez e mulheres que a iniciaram no terceiro trimestre da gravidez ou sem assistência pré-natal; mulheres com atitudes positivas e mulheres com atitudes negativas em relação à gravidez; mulheres cujos maridos ou companheiros demonstraram atitudes positivas e mulheres cujos maridos ou companheiros demonstraram atitudes negativas em relação à gravidez.

Ao analisar as sub-amostras, procurou a Autora verificar se a proporção de mulheres que iniciaram a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres da gravidez diferia significativamente da proporção de mulheres que iniciaram a assistência pré-natal no terceiro trimestre ou que não receberam assistência pré-natal. Nesta comparação consideraram-se as seguintes variáveis: idade, paridade, histórico, intervalo entre as gestações, renda per capita familiar, escolaridade, naturalidade, estado civil, risco gravídico e atitudes em relação à gravidez. Para avaliação do risco gravídico da população amostral, recorreu-se ao sistema de avaliação de Perkin.

A análise estatística permitiu verificar que, no que concerne às variáveis doenças intercorrentes, intervalo entre gestações, estado civil e atitudes em relação à gravidez de mulheres casadas e de seus maridos, as diferenças nas proporções entre o grupo de mulheres que iniciaram a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres da gravidez e o grupo de mulheres que iniciaram a assistência pré-natal no terceiro trimestre da gravidez ou que não receberam assistência pré-natal foram estatisticamente significantes.

Compararam-se também mulheres com atitudes positivas e mulheres com atitudes negativas em relação à gravidez em termos das variáveis estado civil, idade, paridade e risco gravídico, tendo-se observado, nos dois grupos, diferenças de proporções estatisticamente significantes. Igualmente significativa foi a diferença de proporções entre maridos com atitudes positivas e maridos com atitudes negativas em relação à gravidez de suas mulheres de acordo com o risco gravídico das mesmas. Não foi significativa, entretanto, a diferença de proporção entre atitudes em relação à gravidez dos companheiros de mulheres solteiras e risco gravídico das mesmas.

A Autora apresenta um Programa de Educação em Saúde a ser aplicado durante a assistência pré-natal e durante a internação, no período pós-parto. O conteúdo educativo do programa visa ao controle do risco gravídico no período pré-natal e interconcepcional.

This paper discusses some aspects of particular interest for Health Educators with the objectif of strenthening the educational component of maternal and child health programmes.

With the purpose of educational diagnosis and statistical analysis, the study sample composed of 404 women hospitalized at the Obstetric Ward of a general Hospital in São Paulo, Brazil, was divided in the following subsamples: women who began prenatal care in the first and second trimesters of pregnancy and women who began in the last trimester of pregnancy along with women without prenatal care; women with positive attitudes and women with negative attitudes towards pregnancy: women whose husbands or "companions" showed positive attitudes and women whose husbands or "companions" showed negative attitudes.

In analysing the subsamples, the Author tried to verify if the proportion of women that began the prenatal care in the first and second trimesters differed significantly from the proportion of women that began the prenatal care in the last trimester as well as with women without prenatal care. In this comparison the following variables were considered: age, parity, medical history, birth interval, family income, schooling, place of birth, marital status, reproductive risk and attitudes towards pregnancy. To assess the reproductive risk of the study group, Perkin's system of evaluation for identifying reproductive risk was used.

Statistical analysis showed that there was a significant difference between proportions corresponding to women who began prenatal care in the first and second trimesters of pregnancy and those corresponding to women who began in the last trimester or received no attention at all in terms of the following variables: pathologic conditions, birth interval, marital status and attitudes towards pregnancy.

Women with positive attitudes and those with negative attitudes towards pregnancy were compared in terms of marital status, age, parity and pregnancy risk. It was observed that there were statistically significant differences of proportions between the two groups. Equally significant was the difference of proportions between husbands with positive attitudes and husbands with negative attitudes towards the reproductive risk of their wives' pregnancies. However, the differences between proportions corresponding to attitudes towards pregnancy were not statistically significant regarding "companions" of unmarried women and the reproductive risk of such women.

A Health Education Programme to be applied during prenatal care and during hospitalization after child birth is presented. The educational content of the programme is centered around prevention and control of reproductive risk in the prenatal and interconceptional periods.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, P.A.M. de et al. - Identificação e avaliação dos fatores clínicos da gestação de alto risco. Rev.Saúde públ., S. Paulo, 9: 417-25, 1975.
2. ALVARENGA, A.T. - Contribuição ao estudo das relações entre status sócio-econômico familiar e saúde materna. São Paulo, 1978. |Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública USP|
3. ANDER-EGG, E. - Introducción a las técnicas de investigación social. Buenos Aires, Editorial Humanitas, 1969.
4. ANDERSON, U.M. et al. - High-risk groups - definition and identification. New Engl.J.Med., 273: 308-13, 1965.
5. ASSISTÊNCIA À GESTANTE NO BRASIL: conclusões do tema oficial de Obstetrícia do XI Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro. Femina, S. Paulo, 3: 347-51, 1975.
6. AUBRY, B.H. & NESBITT Jr., B.E.L. - High-risk obstetrics. I. Perinatal outcome in a broadened approach to obstetric care for patients at special risk. Amer.J.Obstet. Gynec., 105: 241-7, 1961.
7. AUBRY, B.H. & PENNINGTON, J.C. - Identification and evaluation of high-risk pregnancy. The perinatal concept. Clin.Obstet.Gynec., 16: 3-27, 1973.
8. BABSON, C.G. & BENSON, R.C. - Primer on prematurity and high-risk pregnancy. St. Louis, MD., Mosby, 1966. |fotocópia|

9. BAIRD, D. - Cesarean section: its use in difficult labour in primigravidae. Brit.med.J., 2: 1159-1163, 1955.
10. BAIRD, D. - The evalution of modern obstetrics. Lancet, 2: 557-64; 609-14, 1960.
11. BAIRD, D. - The influence of social and economic factors on stillbirths and neonatal deaths. J.Obstet.Gynec. Brit.Emp., 52: 217-34; 339-66, 1945.
12. BAIRD, D. - Preventive medicine in obstetrics. New Engl.J. Med., 246: 561-8, 1952.
13. BAIRD, D. - Social class and foetal maturity. Lancet, 2: 531-5, 1947.
14. BAIRD, D. Social factors in obstetrics. Lancet, 1: 1079-83, 1949.
15. BAIRD, D. - Variation in reproductive patterns according to social class. Lancet, 2: 41-4, 1946.
16. BAIRD, D. et al. - A classification of deaths by clinical cause; The effect of age, parity and lenght of gestation an death rates by cause. J.Obstet.Gynec.Brit.Emp., 61: 433-48, 1954.
17. BAUMGARTER, I. et al. - Prenatal care in New York City. Publ.Hlth Ren., 69: 937-44, 1954.
18. BEASLEY, J. & PARRISH, V.W. - A progress report on a southern

- rural family planning research program conducted in Lincoln Parish. Louisiana. Adv.plann.Parenth., 3: 29-36, 1968.
19. BEDGER, J.E. et al. - Socioeconomic characteristics in relation to maternal and child health. Publ.Hlth Rep., 81: 829-33, 1966.
 20. BERELSON, B. - 18-35 in place of 15-45? Report Population Council. New York, p. 19-27, 1971.
 21. BIRCH, H.G. & GUSSOW, J.D. - Disadvantaged children: health, nutrition and failure. New York, Harcourt, Brace & World, 1970.
 22. BOOTH, A. & JOHNSON, D.B. - The effect of crowding on child health and development. Amer.behav.Scient., 18: 736-49, 1975.
 23. BURNS, C.M. - Infant and maternal mortality in relation to size of family and rapidity of breeding. Durham, University of Durham, 1942.
 24. BUTLER, N.R. & BONHAM, D.G. - Perinatal mortality. Edinburg, E.S Livingstone, 1963.
 25. CAMPBELL, A.A. & KATONA, G. - The sample survey: a technique for social science research. In: FESTINGER, L. & KATZ, D. - Research method in the behavioral sciences. New York, Holt, Rinehart and Wniston, 1966. p. 15-55.

26. CARPENTER, N. - Social surveys. In: ENCYCLOPEDIA of the social sciences. New York, Macmillan, 1963. v. 14 p. 163.
27. CHARNEY, E. et al. - How well do patients take oral penicillin? A collaborative study in private practice. Pediatrics, 40: 188-95, 1967.
28. CIARI Jr., C. & ALMEIDA, P.A.M. de - Elementos de avaliação do "risco gravídico". Rev. Saúde públ., S. Paulo, 6: 57-78, 1972.
29. CIARI Jr., C. et al. - Avaliação quantitativa de serviços de pré-natal. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 6: 361-70, 1972.
30. CLAUSEN, J. & CLAUSEN, S.R. - The effects of family size on parents and children. [mimeografado]
31. CLIFFORD, S.H. - High-risk pregnancy. I. Prevention of prematurity the sine qua non for reduction in mental retardation and other neurologic disorders. New Engl.J.Med., 271: 243-9, 1964.
32. COCHRAN, W.G. - Some methods for strengthening the common χ^2 test. Biometrics, 10: 417-51, 1954.
33. COLEMAN, J.S. - Relational analysis: a study of social organization with survey methods. In: DENZIN, N.K., ed. Sociological methods: a sourcebook. Chicago, Aldine Publ., 1970. p. 115-126.
34. COLLVER, A. et al. - Factors influencing the use of maternal

health services. Soc.Sci. & Med., 1: 293-308, 1967.

35. COMMITTEE on Health Education. Task force on Patient Education. The concept of planned, hospital-based patient education programs. Hlth Educ.Monogr., 2: 1-10, 1974.
36. COMMITTEE on Maternal and Child Care. Reducing infant mortality: suggested approaches. J.Amer.med.Ass., 193: 310-19, 1965.
37. COSLOVSKY, S. - Conceituação clínica de risco. Femina, 3: 719-22, 1975.
38. DENZIN, M.K. - The research act: a theoretical introduction to sociological methods. Chicago, Aldine Publ., 1970.
39. DESCHAMPS, J.P.- Grossesse et maternité. Paris, Édition du Centurion, 1976.
40. DEUTSCH, H. - The psychology of women: motherhood. New York, Grune and Stratton, 1945. v. 2.
41. DONABEDIAN, A. & ROSENFELD, L. - Some factors influencing prenatal care. New Engl.J.Med., 265: 1-6, 1961.
42. D'ONOFRIO, C.N. - Reaching our "hard to reach". S.l.p., California Department of Public Health, s.d. (71183-450, 5-66 IM).
43. DOUGLAS, J.W.B. - Some factors associated with prematurity: the results of a national survey. J.Obstet.Gynec.Brit.

Emp., 57: 143-70, 1950.

44. DYE, M.C. - Clarifying patients' communications. Amer.J.Nurs.
63(8): 56-9, 1963.
45. ELLING, R. et al. - Patient participation in a pediatric program. J.Hlth Hum.Behav., 1: 183-81, 1960.
46. ERIKSON, M.T. - Risk factors associated with complications of pregnancy, labor and delivery. Amer.J.Obstet.Gynec.,
3: 658-62, 1971.
47. ERKAN, K.A. - Juvenile pregnancy: role of physiologic maturity. Maryland Med.J., 20: 50-2, 1971.
48. FERRANTE, V.L.S. et al. - Um modelo de análise sócio-econômica: construção e resultados obtidos. Rev.Saúde públ., S. Paulo, 10: 191-207, 1976.
49. FIUMARA, N. - Congenital syphilis in Massachusetts. New Engl. J.Med., 245: 634-40, 1951.
50. FOSTER , G.M. Traditional cultures and the impact of technological change. New York, Harper and Row, 1962.
51. GADALLA, F. - A study of motivational factors and barriers related to the utilization of prenatal care by mothers delivered at alameda County Hospital. Berkeley, 1961.
|Ph.D. Dissertation - University of California|
52. GESTANTES ainda morrem por causas secundárias. O Estado de

São Paulo, 7 set. 1975.

53. GLASSER, M.A. - A study of the public's acceptance of the salk vaccine program. Amer.J.publ.Hlth, 48: 141-6, 1958.
54. GOLD, E.M. - Identification of the high-risk fetus. Clin. Obstet.Gynec., 2: 1069-80, 1968.
55. GOLD, E.M. - Interconceptional nutrition. J.Amer.diet.Ass., 55: 27-30, 1969.
56. GOLD, E.M. & STONE, M.L. - Total maternal and infant care: a realistic appraisal. Amer.J.publ.Hlth, 58: 1219-29, 1968.
57. GOODE, W.J. & HATT, P.K. - Métodos em pesquisa social. 2a. ed. São Paulo, Ed. Nacional, 1968.
58. GOODWIN, J.W. et al. - Antepartum identification of the fetus at risk. Can.med.Ass.j., 101: 458-64, 1969.
59. GOUVEIA, A.J. - Professoras de amanhã: um estudo de escolha ocupacional. 2a. ed. São Paulo, Livraria Pioneira, 1970.
60. GRIMM, E.R. & VENET, W.R. - The relationship of emotional adjustment and attitudes to the course and outcome of pregnancy. Psychosom.Med., 28: 34-48, 1966.
61. GUIDI, M.L.M. & DUARTE, S.G. - Um esquema de caracterização sócio-econômica. Rev.bras.Estud.pedag., 52(115): 65-81, 1969.

62. HAEFNER et al. - Prevention actions in dental dislase, tuberculosis and cancer. Publ.Hlth Rep., 82: 451-60, 1967.
63. HEADY, J.A. et al. - Social and biological factors in infant mortality. II. Variations of mortality with mothers' age and parity. Lancet, 1: 395-7, 1958.
64. HEUYER, G. et al. - Le niveau intelectual des enfants d'âge scolaire: une enquête national dans l'enseignement primaire. Inst.Nat.d'Etudes Demographiques, travaux et Documents. Cahier 13, p. 283, 1950 apud OMRAN¹⁰⁷
65. HOBEL, C.J. et al. - Prenatal and intrapartum high-risk screening. Amer.J.Obstet.Gynec., 117: 1-9, 1973.
66. HOLLENDER, M.H. - The psychology of medical practice. Philadelphia, W. B. Saunders, 1958.
67. HOLLEY, W.L. et al. - Effect of rapid succession of pregnancy in perinatal factors affecting human development. Washington, D.C., Pan American Health Organization, 1969. p. 41-4. (PAHO - Scient.publ., 185).
68. HUGHES, E. - Infant mortality, results of a field study in Gary, Indiana, based on births in one year. Child.Bureau Publ., 112: 44-5, 1923.
69. ILLSLEY, R. - The sociological study of reproduction and its outcome. In: GRIMM, E.R. et al., ed. Chilbearing:its social and psychological aspects. Baltimore, Williams & Wlkins, 1967. p. 75-141.

70. INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. Programa Nacional de Alimentação e Nutrição: PRONAN, 1976-1979. Brasília, 1976. (Documento técnico INAN: 06/76).
71. IUNES, M., coord. O estado nutricional de crianças de 6 a 60 meses no município de São Paulo: análise dos dados. São Paulo, Ministério de Educação e Cultura, Escola Paulista de Medicina, 1975.
72. JACOBSON, H.M. & DUNCAN, E.R. - High-risk pregnancy. II. a pattern of comprehensive maternal and child care. New Engl.J.Med., 271: 302-8, 1964.
73. JEKEL, J.F. et al. - A comparison of the health of index and subsequent babies born to school age mothers. Amer. J. publ.Hlth, 65: 370-4, 1975.
74. JOHNSON, G. - Health conditions in rural and urban areas of developing countries. Pop.Stud., 17: 293-309, 1964.
75. KAHN, R.L. & CANNELL, C.F. - The dynamics of interviewing theory, technique and cases. New York, John Wiley, 1957.
76. KEGELES, S.S. et al. - Survey of beliefs about cancer detection and taking Papanicolaou tests. Publ.Hlth Rep., 80: 815-24, 1965.
77. KESSLER, A. & KESSLER, S. - Health aspects of family planning; presented at the fifteenth Nobel Symposium, Stockholm, 1970. Geneva, World Health Organization, 1970.

78. KLEIN, M.D. & KARTEN, I. - Maternal deaths; a health and socioeconomic challenge. Amer.J.Obstet.Gynec., 110: 298-303, 1971.
79. KORSCH, B.M: et al. - Gaps in doctor and patient communication. Pediatrics, 42: 855-71, 1968.
80. KOSA, J. et al. - Poverty and health, a sociological analysis. Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1969.
81. LACAZ, C. da S. - Humanização da medicina. O Estado de São Paulo, 18 abr. 1976.
82. LAURENTI, R. et al. - Mortalidade perinatal em São Paulo, Brasil. Rev.Saúde públ., S. Paulo, 9: 115-24, 1975.
83. LERNER, M. - Social differences in physical health. In: KOSA, J. et al. ed., Poverty and health: a sociological analysis. Cambridge, Mass., Harvard University Press. 1969. p. 69-112.
84. LEROY, J.L. et al. - La gravido-puerpéralité chez les adolescents. Gaz.med.France., 81: 2427-36, 1974.
85. LESER, W. - Planejamento familiar baseia-se em razões de saúde pretendendo afastar riscos ligados às gestações. Saúde, S. Paulo, 1(10): 1-3, 1977.
86. LOEB, J. - Weight at birth and survival of newborn, by age of mother and total-birth order: United States, early 1950. Vital Hlth Stat., 21(5) 1965.

87. MACCOBY, E. & MACCOBY, N. - The Interview: a tool of social science. In: LINDSEY, G., ed. Handbook of social psychology. Combridge, Mass., Addison-Wesley, 1954, v.1, 449-87.
88. MAGER, R.F. - Preparing objectives for programmed instruction. San Francisco, Feason Publishers, 1961.
89. MARCONDES, R.S. - Teste prévio em educação sanitária. Arq. Fac.Hig.S.Paulo, 18(1/2): 75-84, 1964.
90. MARCONDES, R.S. et al. coord. Ensino da saúde no primeiro grau. São Paulo, A.R. Editora, 1973.
91. MARMOL, J.G. et al. - Maternal death and high-risk pregnancy: an analysis of 40 maternal death in the collaborative project. Obstet.and Gynec., 30: 816-20, 1967.
92. MARTINS, I.S. - Relação entre consumo alimentar e renda familiar na cidade de Iguape, S. Paulo (Brasil). Rev.Saúde públ., S. Paulo. 11: 27-38, 1977.
93. MATERNAL and Infant Care Project, New York City apud MARMOL, J.G. et al.⁹¹
94. MECHANIC, D. - Role expectations and communication in the therapist patient relationship. J.Hlth hum.Behav., 2: 190-8, 1961.
95. MINKOWSKI, A. - Pour un nouveau-né sans risque. 2^{ème} ed. Paris, Editions Stock, 1976.

96. MONAHAN, H.B. & SPENCER, E.C. - Deterrents to prenatal care. Children, 9: 114-9, 1962.

97. MONETTI, V. et al. - Diretrizes gerais para a política estadual de promoção, proteção e recuperação de saúde materno-infantil. São Paulo, Instituto de Saúde, 1973. (Inst. Saúde, publ. 19).

98. MOORE, M.L. - The role of hostility and militancy in indigenous community health advisory groups. Amer.J.publ. Hlth, 61: 922-9, 1971.

99. MOSER, C.A. & KALTON, G. - Survey methods in social investigation. 2nd ed. New York, Basic Books Publ., 1972.

100. MUNFORD, E. & SKIPPER Jr., J.K. - Sociology in hospital care. New York, Harper and Row, 1967.

101. NEME, B. - Assistência médico-sanitária e médico-hospitalar à mulher. Aspectos da situação atual no Estado de São Paulo. Matern. e Inf., S. Paulo, 32(4): V-XIX, 1973.

102. NESBITT Jr., B.E.L. - Identification of the fetus at risk. Clin.Perinatal, 9: 417-25, 1974.

103. NESBITT Jr., B.E.L. & AUBRY, B.H. - High-risk obstetrics. value of semiobjective grading system in identifying the vulnerable groups. Amer.J.Obstet.Gynecol., 103: 972-85, 1969.

104. NEWELL, K.M., ed. La salud por el pueblo. Ginebra, Organi-

zación Mundial de la Salud, 1975.

105. NORTMAN, D. - Parental age as a factor in pregnancy outcome and child development. Report on Population/Family Planning, New York, (16) 1974.
106. OMRAN, A.R. - The family theme in family planning. Chapel Hill, Caroline Population Center. University of North Caroline, 1971.
107. OMRAN, A.R. - Health benefits of family planning. Geneva World Health Organization, 1971. (WHO-MCH/71.7).
108. OPPENHEIM, A.N. - Questionnaire design and attitude measurement. New York, Basic Books Publ., 1966.
109. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos en Higiene Maternoinfantil, Ginebra, 1960. La insuficiencia ponderal del recién nacido desde el punto de vista sanitario; tercer informe. Ginebra, 1961. (Ser.Inf.tecn., 217).
110. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comité de Expertos sobre Planificación de la Familia en la Acción Sanitária, Ginebra, 1970. Informe. Ginebra, 1971. (Ser.Inf.técn., 476).
111. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comité de Expertos sobre Prevención de la Mortalidad y la Morbilidad Perinatales, Ginebra, 1969. Informe. Ginebra, 1970. (Ser.Inf.técn., 457).

112. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comité d'Experts de la Maternité, Genève, 1951. Premier rapport, étude préliminaire. Genève, 1952. (Ser.rapp.tech., 51).
113. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Manual de resoluciones y decisiones. 11a. ed. Geneva, 1971. p. 22.
114. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Paper for United Nations Symposium Population and human rights, Amsterdam, 1974. Geneva, 1974. (FH/74.1).
115. OSOFSKI, H.J. & KENDALL, N. - Poverty as a criterion of risk. Clin.Obstet.Gynec., 16: 103-9, 1973.
116. OSUNA, L.J. - La reproducción y el desperdicio de recursos humanos. Rev.int.Educ.Salud., 13(1): 13-8, 1975.
117. OXORN, H. - Hazards of grand multiparity. Obstet.and Gynec. 5: 150-6, 1955.
118. PAKTER, J. et al. - Out-of-wedlock births in New York City: sociological aspects. Amer.J.publ.Hlth, 51: 683-96, 1961.
119. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Draft guide for the review and appraisal of the educational component of family planning. Washington, D.C., 1973. (Doc. HP/HE/1).
120. PARKER, A.W. - The consumer as policy-maker - issues of training. Amer.J.publ.Hlth, 60: 2139-53, 1970.

121. PARSONS, T. & BALES, R.F. - Family socialization and interaction process. Glencoe, Ill., The Free Press, 1955.
122. PAYNE, S.L. - The art of asking questions. Princeton, NJ, Princeton University Press, 1951.
123. PERKIN, C. - Assessment of reproductive risk in non-pregnant women. Amer.J.Obstet.Gynec., 101: 709-17, 1968.
124. PINOTTI, J.A. - O ponto de vista do obstetra na organização e planejamento da assistência perinatal. Femina, 3: 522-7, 1975.
125. PINOTTI, J.A. et al. - O que é gravidez de alto risco? Femina, 2: 329-35, 1974.
126. PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO: 2º (1976-1979). Brasília, 1974.
127. POLTS, M. - The basic human right to the means of controlling fertility. In: SYMPOSIUM ON HUMAN RIGHTS IN HEALTH, London, 1973. p. 205-25. (Ciba Foundation Symposium 23 - new series) |fotocópias|
128. PRETI, D. - Sociolinguística, os níveis de fala - um estudo sociolinguístico do diálogo literário. São Paulo, Edit. Nacional, 1975.
129. PUFFER, R. & SERRANO, C.V. - Características de la mortalidad en la niñez. Washington, D.C., Organizacion Panamericana de la Salud, 1973. (PAHO-Scient.publ., 262).

130. PUFFER, R. & SERRANO, C.V. - Birthweight, maternal age and birth order: three important determinants of infant mortality. Washington, D.C., Pan American Health Organization, 1975. (PAHO-Scient.publ., 294).
131. RADOVIC, P. - Frequent and high parity as a medical and social problem. Amer.J.Obstet.Gynec., 94: 583-5, 1966.
132. READER, G.G. et al. - What patients expect from their doctors. Mod.Hosp., 89: 88-94, 1957.
133. RECORD, R.G. et al. - The relation of measured intelligence to birth order and maternal age. Ann.hum.Genet., 33: 61-79, 1969.
134. REED, E.W. & REED, S.C. - Mental retardation: a family study. Philadelphia, W.B. Saunder, 1965.
135. REEDER, S.R. & REEDER, L.G. - Some correlates of prenatal care among low income wed and unwed women. Amer.J.Obstet.Gynec., 90: 1304-14, 1964.
136. REZENDE, J. - Obstetrícia. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 1969.
137. RIBEIRO, A.S. - Diferenças sócio-econômicas entre migrantes e não migrantes no Município de São Paulo. São Paulo, 1973. |Dissertação de Mestrado - Faculdade de Economia e Administração da USP|
138. RICHARDSON, S. et al. - Interviewing: its forms and func-

tions. 5th ed. New York, Basic Books Publ., 1965.

139. RIDER, R.V. et al. - Associations between prematurity birth and socioeconomic status. Amer.J.publ.Hlth, 45: 1022-8, 1955.
140. ROSENFELD, L.S. & DONABEDIAN, A. - Prenatal care in metropolitan Boston. Amer.J.publ.Hlth, 48: 1115-24, 1958.
141. SAMORA, J. et al. - Knowledge about specific diseases in selected samples. J.Hlth hum.Behav., 3: 176-85, 1962.
142. SAMPAIO, F.C. de M. - Alguns aspectos da prematuridade de importância para a saúde pública. São Paulo, 1972. [Tese Faculdade de Saúde Pública da USP]
143. SCHLESINGER, E.R. & NESBITT Jr., R.E.L. - Public Health viewpoint: scope and perspective. Clin.Obstet.Gynec., 4: 317-25, 1961.
144. SCHLESINGER, R.H. et al. - Out-patient care - the influence of interrelated needs. Amer.J.publ.Hlth, 52: 1844-52, 1962.
145. SCRIMSHAW, S.C. - Lo de nosotras: pudor y actitudes acerca de las clinicas de la planificación familiar em una ciudad sudamericana. New York, Instituto Internacional para El Estudio de la Reproduccion Humana. Universidade de Columbia, 1973.
146. SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. Instituto de Saúde, Fundamen

- tos da assistência pré-natal. São Paulo, 1971. (Publ. nº 12, série D, nº 4).
147. SELIGMANN, A.W. et al. - Level of medical information among clinic patients. J.chron.Dis., 6: 497-509, 1957.
148. SHAPIRO, S.A. & ABAMOWICZ, M. - Pregnancy outcome correlates identified through medical recordbased information. Amer.J.publ.Hlth, 59: 1629-50, 1969.
149. SHAPIRO, S. et al. - Comparison of prematurity and perinatal mortality in general population and in population of prepaid group practice, medical care plan. Amer.J.publ.Hlth, 48: 170-87, 1958.
150. SHAPIRO, S. et al. - Relationship of selected factors to pregnancy outcome and congenital anomalies. Amer.J.publ.Hlth, 55: 268-82, 1965.
151. SILVEIRA, M.H. - Perdas fetais do distrito de São Paulo. 1974. |Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP|
152. SIMMONS, D.G. - Implication of social class for Public Health. Hum.Org., 16(3): 7-10, 1957.
153. SIMON, J.L. - Basic research methods in social science; the art of empirical investigation. New York, Random House, 1963.
154. SKIPPER Jr., J.K. - Communication and the hospitalized pa-

- tient. In: SKIPPER, J.K. & LEONORD, R.C., ed. Social interaction and patient care. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1965. p. 61-82.
155. SOSSAI, J.A. - Determinação de objetivos educativos. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 8: 437-42, 1974.
156. SPARER, G. et al. - Consumers participation in DEO - assisted neighborhood health centers. Amer.J.publ.Hlth, 60: 1091-1102, 1970.
157. SWAYNE, J.B. et al. - Prenatal care of patients delivered at Los Angeles County Hospital's. California Hlth, 18: 1-3, 1960.
158. TERRIS, M. & GOLD, E.M. - An epidemiologic study of prematurity. II. Relation to prenatal care, birth interval, residential history and outcome of previous pregnancies. Amer.J.Obstet.Gynec., 103: 371-9, 1969.
159. THOMLINSON, R. - Population dynamics. New York, Random House. 1965.
160. TOKUHATA, G.K. et al. - Prenatal care and obstetric abnormalities. J.chron.Dis., 26: 163-85, 1973.
161. VERTINSKY, I.B. et al. - Measuring consumer desire to participation in clinical decision making. Hlth Serv.Res., 9: 121-33, 1974.
162. WALLACE, H.M. - Factors associated with perinatal mortality

and morbidity. Clin.Obstet.Gynec., 13: 13-43, 1970.

163. WARWICK, D.P. & LININGER, C.A. - The sample survey: theory and practice. New York, McGraw Hill Book, 1975.

164. WATKINS, E.L. - Low-income negro mothers - their decision to seek prenatal care. Amer.J.publ.Hlth, 58: 655-67, 1968.

165. WILLSON, J.R. et al. - Obstetrics and gynecology. 4th ed. St. Louis, C.V. Mosby, 1971.

166. WISHIK, S.M. & LICHTBAUM, N.S. - The physical development of breastfed young children as related to close birth spacing, high parity and maternal undernutrition. San Francisco, American Academy of Pediatrics, 1974.

167. WOODBURY, R.M. - Causal factors in infant mortality: a statistical study based on investigations in eight cities. Washington, D.C., Government Printing Office, 1925.

168. WRAY, J.D. - Population pressure on families: family size and child spacing. |mimeografado|

169. YANKAUER, et al. - An evaluation of prenatal care and its relationship to social class and social disorganization. Amer.J.publ.Hlth, 43: 1001-10, 1953.

170. YERUSHALMY, J. - Neonatal mortality by order of birth and age parents. Amer.J.Hyg., 28: 244-70, 1938.

171. YERUSHALMY, J. - On the interval between successive births and its effect on survival of infant. I. An indirect method of study. Hum.Biol., 17: 65-106, 1945.
172. YERUSHALMY, J. et al. - Longitudinal studies of pregnancy on the islands of Kauai. Territory of Hawaii. I. Analysis of previous reproductive history. Amer.J.Obstet. Gynec., 71: 80-96, 1956.
173. YUNES, J. - Principais características médico-sociais do recém-nascido de baixo peso. São Paulo, 1975. |Tese de Livre Docência - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo|
174. YUNES, J. - Programa nacional de saúde materno-infantil. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5a., Brasília, 1975. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1975. p. 44-134.

DOAÇÃO

De: *CPG*

Em: *29.3.79.*

Documentação

Documentos

11. ANEXOS

^{de}
Candeias, Nelly Martins Ferreira

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DO RISCO
GRAVÍDICO PRÉ-NATAL E INTERCONCEPCIONAL**

A N E X O I

FORMULÁRIO

**BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

20043/79

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA
DISCIPLINA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

PESQUISA: EDUCAÇÃO EM SAÚDE MATERNA

FORMULÁRIO

Nº

--	--	--

NOME DA PACIENTE

DOMÍLIO

ENDEREÇO:

BAIRRO:

DATA EM QUE SE REALIZOU A ENTREVISTA:

dia mês ano

HORA DO INÍCIO DA ENTREVISTA:

HORA DO TÉRMINO DA ENTREVISTA:

DURAÇÃO (TOTAL EM MINUTOS).

NOME DO ENTREVISTADOR:

SITUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

--

CODIFICAÇÃO

--

CONTROLE

chefe de campo

IEM - 1

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
	<p>Número do Cartão</p> <p>1. IEM - 1</p> <p>2. IEM - 2</p>	<p>1</p> <p>1</p>
	<p>Identificação do Formulário</p>	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;"> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> <p>2 3 4</p>
1	<p>Estado Civil</p> <p>1. Casada (de fato ou de direito)</p> <p>2. Solteira</p> <p>3. Viuva</p> <p>4. Separada</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>5</p>
2	<p>(Residente)</p> <p>Paridade</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9 ou mais</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>6</p>

IBM - 1

Número da pergunta	Perguntas e Código das Alternativas das Respostas	Código Coluna
3	(Residente) Idade da Gestação Atual: (número de semanas) 1. 1 - 4 semanas 2. 5 - 8 semanas 3. 9 - 12 semanas 4. 13 - 16 semanas 5. 17 - 20 semanas 6. 21 - 24 semanas 7. 25 - 28 semanas 8. 29 - 32 semanas 9. 33 - 37 semanas 0. 38 ou mais semanas	<input data-bbox="1173 856 1218 902" type="checkbox"/> 7
4	(Residente) Vitalidade Fetal 1. Aborto 2. natimorto 3. neomorto 4. nativivo	<input data-bbox="1173 1265 1218 1311" type="checkbox"/> 8
5	(Residente) História : Morte infantil prévia - defeito congênito - nascimento prematuro 1. não 2. sim	<input data-bbox="1173 1568 1218 1614" type="checkbox"/> 9
6	(Residente) Complicações obstétricas - aborto 1. não 2. sim	<input data-bbox="1173 1836 1218 1882" type="checkbox"/> 10
7	(Residente) Diabetes, doenças cardiovasculares, doenças renais ou outras condições médicas aumentando o risco da gravidez para a mãe ou para o feto. 1. não 2. sim	<input data-bbox="1173 2098 1218 2144" type="checkbox"/> 11

IBM - 1

Número da pergunta	Perguntas e Código das Alternativas das Respostas	Códigos Colunas
8	(Residente) Tipo de parto: 1. normal 2. cesária 3. forceps 4. outros (especificar)	☐ 12
8A	(Residente) Nº de visitas ao Pré-Natal _____	<input type="text"/> <input type="text"/> 13 - 14
9	(Residente) Recem-nascido . vitalidade (apgar) peso da criança ao nascer (em quilogramas) _____, _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 15-16-17
10	Onde você nasceu? 1. Norte do Brasil (Amazonas, Pará, Acre, Roraima, Amapá, Rondonia) 2. Nordeste do Brasil (Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia) 3. Sudeste (Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Guanabara) 4. Sul (Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul) 5. São Paulo capital 6. Outros locais do Estado de São Paulo 7. Centro Oeste (Mato Grosso, Goiás, Distr. Federal) 8. Outro país 9. Não responde	☐ 18

IBM - 1

Número da pergunta	Perguntas e Código das Alternativas das Respostas	Código Coluna
11	Há quanto tempo você mora na cidade de São Paulo? (em anos)	<div data-bbox="1190 383 1279 427"><input type="text"/></div> <div data-bbox="1190 439 1279 472">19-20</div>
12	Quantos anos você tem?	<div data-bbox="1190 595 1279 640"><input type="text"/></div> <div data-bbox="1190 651 1279 685">21-22</div>
12A	Quantos anos seu marido tem?	<div data-bbox="1190 819 1279 864"><input type="text"/></div> <div data-bbox="1190 875 1279 909">23-24</div>
13	Com que idade você teve relações sexuais pela primeira vez?	<div data-bbox="1190 1077 1279 1122"><input type="text"/></div> <div data-bbox="1190 1133 1279 1167">25-26</div>
14	Quantos anos você tinha quando você ficou grávida pela primeira vez?	<div data-bbox="1190 1346 1279 1391"><input type="text"/></div> <div data-bbox="1190 1402 1279 1435">27-28</div>
15	Até que ano você chegou na escola? 1. analfabeta 2. primário incompleto 3. primário completo 4. ginásio incompleto 5. ginásio completo 6. outros (especificar)	<div data-bbox="1190 1850 1279 1895"><input type="text"/></div> <div data-bbox="1190 1906 1279 1939">29</div>
15A	Durante quantos anos (completos) você foi a escola?	<div data-bbox="1190 2018 1279 2063"><input type="text"/></div> <div data-bbox="1190 2074 1279 2107">30</div>

Número da pergunta	Perguntas e Código das Alternativas das Respostas	Código Coluna
16	<p>Até que ano da escola seu marido chegou?</p> <ol style="list-style-type: none">1. analfabeto2. primário incompleto3. primário completo4. ginásio incompleto5. ginásio completo6. outros (especificar)7. não responde8. não se aplica	<div data-bbox="1194 684 1249 769">☐ 31</div>
17	<p>O que seu marido faz? <u>(não codificar)</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Ocupações não qualificadas2. Ocupações de nível inferior de qualificação3. Ocupações de nível médio4. Ocupações superiores5. Esta desempregado6. Não responde7. Não se aplica	<div data-bbox="1194 1389 1249 1474">☐ 32</div>
18	<p>A casa onde voce mora é?</p> <ol style="list-style-type: none">1. alugada - preço: _____2. própria - amortização: _____3. cedida4. outros (especificar)5. não responde	<div data-bbox="1194 1809 1249 1894">☐ 33</div>
18A	<p>Quanto voces gastam por mês? (Esta cifra deve compreender todos os gastos de alimentação, transporte, vestuário, escola, aluguel e <u>ou</u> tras despesas da família)</p>	

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna																																																
18B	<p>Quantas pessoas vivem com essa quantia?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="281 289 767 356">NOME</th> <th data-bbox="767 289 972 356">Relação com a informante</th> <th data-bbox="972 289 1082 356">Idade</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15.</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Nº Total de Pessoas Morando no Domicílio _____</p>	NOME	Relação com a informante	Idade	1.			2.			3.			4.			5.			6.			7.			8.			9.			10.			11.			12.			13.			14.			15.			
NOME	Relação com a informante	Idade																																																
1.																																																		
2.																																																		
3.																																																		
4.																																																		
5.																																																		
6.																																																		
7.																																																		
8.																																																		
9.																																																		
10.																																																		
11.																																																		
12.																																																		
13.																																																		
14.																																																		
15.																																																		
18C	<p>Quem é a pessoa mais importante em sua casa quem é o chefe da casa?</p> <p>1. marido é o chefe da casa</p> <p>2. parente é o chefe da casa</p> <p>3. amigo é o chefe da casa</p> <p>4. outros (especificar) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<div data-bbox="1177 1986 1233 2037" style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 23px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1177 2043 1215 2074" style="text-align: center;">34</div>																																																

IBM - 1

Número da pergunta	Perguntas e Codigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
18D	Renda familiar mensal em cruzeiros (não perguntar)	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 35-36-37-38
19	Quantos cômodos a sua casa tem? <hr/> Número de cômodos <hr/> Tipo <hr/> Nº de camas <hr/> Nº de indi- víduos por cama q = quarto s = sala c = cosinh x = único por valente	
19A	Número total de pessoas na família a partir da pergunta 18B (não perguntar)	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 39-40
19B	Número de cômodos utilizados como dormitórios (<u>não perguntar</u>) 1 um comodo 2 dois cômodos 3 tres cômodos 4 quatro comodo 5 cinco ou mais cômodos	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 41

IBM - 1

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
19C	<p>Número médio de pessoas por comodo (<u>não perguntar</u>)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. até 2 pessoas 2. 3 pessoas 3. 4 pessoas 4. 5 pessoas 5. 6 pessoas 6. 7 ou mais pessoas 7. não responde 	<div data-bbox="1182 625 1232 670" style="border: 1px solid black; width: 35px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1189 681 1225 714" style="text-align: center;">42</div>
19D	<p>A água de sua casa é:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. canalizada (Serviço Público) 2. canalizada (Poço) 3. não canalizada (Poço) 4. torneira pública 5. outros (especificar) _____ 6. não responde 	<div data-bbox="1172 1245 1222 1289" style="border: 1px solid black; width: 35px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1179 1300 1215 1333" style="text-align: center;">43</div>
19E	<p>Na sua casa tem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. rede de esgoto 2. fossa séptica 3. fossa negra 4. fossa seca 5. fossa (não sabe especificar) 6. solo 7. outros (especificar) _____ 8. não responde 	<div data-bbox="1175 1875 1225 1920" style="border: 1px solid black; width: 35px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1182 1931 1218 1964" style="text-align: center;">44</div>

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
19F	<p>A sua casa tem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. banheiro interno privativo 2. banheiro interno coletivo 3. banheiro externo privativo 4. banheiro externo coletivo 5. não tem banheiro 6. outros (especificar) 	<div data-bbox="1228 560 1285 606" style="border: 1px solid black; width: 38px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">45</p>
20	<p>Quantos filhos vivos voce tem? (incluir o recém-nascido)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nome Data do Nascimento Idade 2. Nome Data do Nascimento Idade 3. Nome Data do Nascimento Idade 4. Nome Data do Nascimento Idade 5. Nome Data do Nascimento Idade 6. Nome Data do Nascimento Idade 7. Nome Data do Nascimento Idade 8. Nome Data do Nascimento Idade 9. Nome Data do Nascimento Idade 10. Nome Data do Nascimento Idade <p>(Obs. pergunta 20 cont.fls.10)</p>	

IBM - 1

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
20	<p>Quantos filhos vivos voce tem? (incluir o recém-nascido)</p> <p>11. Nome Data do Nascimento Idade</p> <p>12. Nome Data do Nascimento Idade</p> <p>13. Nome Data do Nascimento Idade</p> <p>14. Nome Data do Nascimento Idade</p> <p>15. Nome Data do Nascimento Idade</p> <p>16. Não responde</p>	<div data-bbox="1228 1207 1329 1258"> <div></div> <div></div> </div> <p>46-47</p>

- TOTAL DE FILHOS VIVOS _____

IBM - 1

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
21	<p>Voce teve filhos que nasceram vivos e depois morreram (incluir o recém-nascido)</p> <p>1. Data do nascimento Data do óbito Idade ao morrer Causa mortis : sabe: _____ : não sabe _____</p> <p>2. Data do nascimento Data do óbito Idade ao morrer Causa mortis: sabe _____ : não sabe _____</p> <p>3. Data do nascimento Data do óbito Idade ao morrer Causa mortis : sabe: _____ . não sabe _____</p> <p>4. Data do nascimento Data do óbito Idade ao morrer Causa mortis : sabe _____ . não sabe _____</p> <p>5. Data do nascimento Data do óbito Idade a morrer Causa mortis : sabe _____ não sa e _____</p> <p>6. Data do nascimento Data do óbito Idade ao morrer Causa mort's : sabe: _____ não sabe _____</p> <p>7. Data do nascimen o Data do óbito Idade ao morrer Causa mortis : sabe: _____ não sabe _____</p>	

IBM - 1

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
21	<p>8. Data do nascimento _____</p> <p>Data do Óbito _____</p> <p>Idade ao morrer _____</p> <p>Causa mortis: sabe: _____</p> <p>_____</p> <p>não sabe</p> <p>1. Nº TOTAL DE FILHOS QUE MORRERAM _____</p> <p>2. COM MENOS DE UMA SEMANA _____</p> <p>3. COM MAIS DE UMA SEMANA E MENOS DE UM MÊS _____</p> <p>4. COM MAIS DE UM MÊS DE MENOS DE UM ANO _____</p> <p>5. ENTRE 1 - 5 ANOS _____</p> <p>6. COM 5 ANOS OU MAIS _____</p>	<p><input type="text"/></p> <p>48</p> <p><input type="text"/></p> <p>49</p> <p><input type="text"/></p> <p>50</p> <p><input type="text"/></p> <p>51</p> <p><input type="text"/></p> <p>52</p> <p><input type="text"/></p> <p>53</p>
22	<p>Voce acha que os pais podem fazer alguma coisa para os filhos não ficarem doentes ou isso acontece porque é destino e não adianta fazer nada?</p> <p>1. ação dos pais é importante (1)</p> <p>2. é destino (0)</p> <p>3. ambos (0)</p> <p>4. não responde (0)</p>	
22A	<p>Voce acha que é bom os pais fazerem planos (pensarem no futuro) para o futuro ou é melhor deixar que o destino resolva as coisas à medida que elas forem aparecendo?</p> <p>1. fazer planos para o futuro (1)</p> <p>2. deixar que o destino resolva (0)</p> <p>3. ambos (0)</p> <p>4 não responde (0)</p>	

IBM - 1

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
22B	(Não perguntar) Índice de Fatalismo (0-2) 1. 0 2. 1 3. 2	<div data-bbox="1273 560 1326 606" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 54
23	Muitas mulheres perdem seus nenês depois de completar o sexto mes da gravidez. Voce já perdeu algum nenê depois de completar o sexto mes da gravidez? 1. não, nunca 2. sim, um nenê 3. sim, dois nenês 4. sim, tres nenês 5. sim, quatro nenês 6. sim, cinco nenês 7. sim, seis nenês 8. sim, sete ou mais nenês 9. não responde	<div data-bbox="1273 1262 1326 1308" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 55
24	Muitas mulheres perdem seus nenês antes de completar o sexto mes da gravidez (abortos). Voce já perdeu algum nenê antes de completar o sexto mes da gravidez (aborto)? 1. sim, um nenê 2. sim, dois nenês 3. sim, tres nenês 4. sim, quatro nenês 5. sim, cinco nenês 6. sim, seis nenês 7. sim, sete ou mais nenês 8. não, nunca 9. não responde	<div data-bbox="1273 2025 1326 2070" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 56

IBM - 1

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
25	<p>Muitas mulheres fazem alguma coisa para não "ganhar nenê", por isso elas perdem o nenê antes do sexto mês da gravidez. Voce fez alguma coisa para perder esse(s) nenê(s) ou voce perdeu sem ter feito nada para que isso acontecesse?</p> <p>1. sim, fez algo 2. não, não fez algo 3. não responde 4. <u>não se aplica</u> (respondeu <u>não</u>, <u>nunca</u> na pergunta anterior)</p>	<div data-bbox="1228 675 1273 720" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 57
25A	<p>O que?</p> <p>8. não responde 9. <u>não se aplica</u> (respondeu não, nunca na pergunta 24)</p>	<div data-bbox="1228 1249 1273 1294" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 58
26	<p>Voce pode me dizer quanto tempo passou entre seu filho anterior e este que nasceu agora? (em meses)</p>	<div data-bbox="1205 1570 1291 1616" style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 59-60

IBM - 1

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
27	<p>Em relação a seus outros partos, voce teve algum problema como:</p> <p>a. <u>cesária</u> nã _____ sim _____ TOTAL: _____</p> <p>b. <u>posição anormal</u> (sentada ou de cabeça, posição "transversa") nã _____ sim _____ TOTAL: _____</p> <p>c. <u>dificuldade para respirar</u> (o recém-nascido precisou de balão de oxigênio) nã _____ sim _____ TOTAL: _____</p> <p>d. <u>defeito congênito:</u> nã _____ sim _____ TOTAL: _____</p> <p>e. <u>crianças nascidas com menos de 2 500 gramas:</u> nã _____ sim _____ TOTAL: _____</p> <p>1. sim, teve alguma complicação 2. não, nunca teve complicações 3. <u>não se aplica</u> (não teve outros partos)</p>	☐ 61
28	<p>Depois da cesária voce fez alguma coisa para não ganhar nenê?</p> <p>1. sim, fez 2. não, não fez 3. não responde 4. <u>não se aplica</u> (nunca fez cesária)</p>	☐ 62

IBM - 1

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
28A	<p>Alguem disse a voce que seria bom não "ganhar nenê" logo em seguida à cesária? Se a resposta for sim, quem?</p> <p>1. sim, o médico disse</p> <p>2. sim, a enfermeira disse</p> <p>3. sim, outros disseram (especificar) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>4. não, ninguém disse</p> <p>5. não responde</p> <p>6. <u>não se aplica</u> (nunca fez cesária)</p>	<div data-bbox="1209 838 1258 883" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1218 883 1251 909" style="text-align: center;">63</div>
29	<p>Voce acha que a mulher que faz cesária pode dar o peito (amamentar) ao nenê ou não pode dar o peito ao nenê?</p> <p>1. sim, pode</p> <p>2. não, não pode</p> <p>3. não sabe</p> <p>4. não responde</p>	<div data-bbox="1199 1308 1248 1354" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1206 1354 1239 1379" style="text-align: center;">64</div>
30	<p>O que é pré-natal?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

IBM - 1

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
31	<p>Voce veio ao pré-natal durante esta gravidez?</p> <p>1. sim, no Ambulatório EPM</p> <p>2. sim, no Centro de Saúde</p> <p>3. sim, na Faculdade de Saúde Pública</p> <p>4. sim, em outros locais (especificar)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>5. não, não compareceu ao pré-natal</p> <p>6. não responde</p>	<div data-bbox="1297 787 1347 856" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center; line-height: 20px;">65</div>
31A	<p>Por que voce não veio ao pré-natal?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>8. não responde</p> <p>9. <u>não se aplica</u> (frequentou o pré-natal)</p>	<div data-bbox="1297 1338 1347 1407" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center; line-height: 20px;">66</div>
32	<p>Voce foi ao pré-natal durante a gravidez do seu último filho? (excluindo esta gravidez)</p> <p>1. sim, no Ambulatório EPM</p> <p>2. sim, no Centro de Saúde</p> <p>3. sim, em outros locais (especificar)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>4. não, não foi</p> <p>5. não responde</p> <p>6. <u>não se aplica</u> (não tem outros filhos)</p>	<div data-bbox="1297 2038 1347 2107" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center; line-height: 20px;">67</div>

IBM - 1

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
33	<p>Nesta gravidez, em que mes voce estava quando veio ao pré-natal pela primeira vez?</p>	<div data-bbox="1224 431 1273 477" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1224 477 1273 512" style="text-align: center;">68</div>
34	<p>Por que voce só veio ao pré-natal depois do quarto mes?</p> <p>8. não responde</p> <p>9. <u>não se aplica</u> (a mãe veio ao pré-natal antes do 4º mes)</p>	<div data-bbox="1224 966 1273 1012" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1224 1012 1273 1046" style="text-align: center;">69</div>
35	<p>Quando voce veio ao pré-natal pela primeira vez, o que voce mais queria (o que era mais importante para voce)?</p> <p>8. não responde</p> <p>9. <u>não se aplica</u> (não frequentou o pré-natal)</p>	<div data-bbox="1224 1460 1273 1506" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1224 1506 1273 1540" style="text-align: center;">70</div>
36	<p>Se a mãe estiver se sentindo bem no começo da gravidez, voce acha que ela precisa ir ao pré-natal nos tres primeiros meses (1-2-3 meses) ou ela pode ir ao pré-natal depois do quarto mês?</p> <p>1. no primeiro trimestre</p> <p>2. no segundo trimestre</p> <p>3. não responde</p> <p>4. outros (especificar) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<div data-bbox="1224 2061 1273 2107" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1224 2107 1273 2142" style="text-align: center;">71</div>

IBM - 1

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
37	<p>Quando voce veio ao pré-natal pela primeira vez, <u>co</u>mo voce estava se sentindo?</p> <p>8. não responde</p> <p>9. <u>não se aplica</u> (nunca frequentou o pré-natal)</p>	☐ 72
38	<p>O que a mãe mais deseja quando vem ao pré-natal <u>pe</u>la primeira vez?</p> <p>9. não responde</p>	☐ 73
39	<p>Em que mes da gravidez voce acha que a mãe deve <u>pro</u>curar o pré-natal?</p>	☐ 74
40	<p>Durante suas consultas ao pré-natal deu tempo pa- ra voce perguntar ao médico tudo o que voce que- ria saber sobre sua saúde e sobre seu tratamento ou não deu tempo para perguntar tudo o que voce queria saber?</p> <p>0. sim, deu tempo para perguntar</p> <p>1. não, não deu tempo para perguntar</p> <p>2 não responde</p> <p>3. outros (especificar) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>4. <u>não se aplica</u>(não frequentou o pré-natal)</p>	☐ 75

IBM - 1

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
40A	O que voce gostaria de ter perguntado?	<input data-bbox="1188 583 1240 622" type="checkbox"/> 76
41	<p>Hã mães que gostam de ser atendidas por médicos. Outras mães gostam de ser atendidas por médicas. Do que você gostaria mais: de ser atendidas por médico ou de ser atendida por médica?</p> <p>1. médico 2. médica 3. tanto faz 4. não responde</p>	<input data-bbox="1188 1065 1240 1104" type="checkbox"/> 77
42	<p>Por que voce prefere médico (ou médica)?</p> <p>8. não responde 9. <u>não se aplica</u> (não respondeu ou respondeu "tanto faz" na pergunta anterior)</p>	<input data-bbox="1188 1517 1240 1556" type="checkbox"/> 78
43	<p>Quanto tempo levava para voce vir de sua casa até aqui?</p> <p>1. 0 - 29 minutos 2. 30 - 59 minutos 3. 60 - 99 minutos 4. 100 -119 minutos 5. 120 ou mais minutos 6. não responde 7. <u>não se aplica</u> (não frequentou o pré-natal)</p>	<input data-bbox="1188 2061 1240 2100" type="checkbox"/> 79

IBM - 1

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
43A	<p data-bbox="301 316 1114 385">Em geral, quanto tempo voce esperava até ser atendida pelo médico?</p> <ol data-bbox="301 408 1032 741" style="list-style-type: none"><li data-bbox="301 408 642 443">1. 0 - 29 minutos<li data-bbox="301 454 642 489">2. 30 - 59 minutos<li data-bbox="301 500 642 534">3. 60 - 89 minutos<li data-bbox="301 546 642 580">4. 90 - 119 minutos<li data-bbox="301 592 642 626">5. 120 - 149 minutos<li data-bbox="301 638 546 672">6. não responde<li data-bbox="301 684 1032 741">7. <u>não se aplica</u> (não frequentou o pré-natal)	80

IBM - 2

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
	<p>Número do Cartão</p> <p>1. IBM - 1</p> <p>2. IBM - 2</p> <p>Identificação do Formulário</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>☐ ☐ ☐</p> <p>2-3-4</p>
43B	<p>O fato de voce esperar pelo médico foi um problema para voce?</p> <p>1. sim, foi um problema</p> <p>2. não, não foi um problema</p> <p>3. não responde</p> <p>4. <u>não se aplica</u> (não frequentou o pré-natal)</p>	<p>☐</p> <p>5</p>
43C	<p>Por que esperar foi um problema para voce?</p> <p>8. não responde</p> <p>9. não se aplica (não frequentou o pré-natal)</p>	<p>☐</p> <p>6</p>
44	<p>No momento em que voce percebeu que estava esperando do nenê como voce se sentiu: voce ficou contente ou voce não ficou contente?</p> <p>E seu marido (ou o pai da criança)?</p> <p>1. ela contente, ele contente</p> <p>2. ela descontente, ele descontente</p> <p>3. ela contente, ele descontente</p> <p>4. ela descontente, ele contente</p> <p>5. não responde</p> <p>6. outros (especificar) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>☐</p> <p>7</p>

IBM - 2

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
44B	<p>Antes de voce ficar grávida, voce fez alguma coisa para não "ganhar este nenê"?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sim, fez 2. não, não fez 3. não responde 	<div data-bbox="1248 610 1297 679" style="text-align: center;"> ☐ 12 </div>
44C	<p>0 que? (a casela será preenchida posteriormente)</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. não responde 9. <u>não se aplica</u> (nunca fez nada para não "ganhar o nenê") 	<div data-bbox="1248 1237 1297 1306" style="text-align: center;"> ☐ 13 </div>
45	<p>Sempre que as mães vêm ao pré-natal há alguns exames que precisam ser feitos : tirar a pressão, examinar a urina, controlar o peso, examinar o sangue e fazer o toque.</p> <p>O médico disse a voce por que fazem isto? E a enfermeira?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. enfermeira sim/ médico sim 2. enfermeira não/ médico não 3. enfermeira não/ médico sim 4. enfermeira sim/ médico não 5. não responde 6. <u>não se aplica</u> (não frequentou o pré-natal) 	<div data-bbox="1248 1919 1297 1988" style="text-align: center;"> ☐ 14 </div>

IBM - 2

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
45A	<p>Por que você acha que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pesam voce: 2. examinam seu sangue. 3. examinam sua urina: 4. tiram a pressão: 5. fazem toque: 	
45B	<p>Há alguma coisa que voce gostaria de perguntar sobre voce ou sobre o nenê (se for o caso) <u>an</u> tes de sair do hospital?</p> <p>sobre ela</p> <p>sobre o nenê.</p>	
46	<p>Voce fuma? (Se a resposta for sim). Voce continuou fumando o mesmo número de cigarros durante a gravidez?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não fuma 2. fuma mas parou durante a gravidez 3. fuma e continuou durante a gravidez 4. fuma e diminuiu durante a gravidez 5. fuma e aumentou durante a gravidez 6. não responde 	<div data-bbox="1205 1956 1264 2002" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">15</p>

IBM - 2

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
46A	<p>Algumas pessoas dizem que fumar durante a gravidez faz mal para a saúde da mãe e do nenê. Outras pessoas dizem que fumar durante a gravidez não faz mal nem para a saúde da mãe e nem para a saúde do nenê. O que voce acha: fumar faz mal ou não faz para a saúde da mãe? E para a saúde do nenê?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Faz mal para a mãe/faz mal para o nenê 2. Faz mal para a mãe/não faz mal para o nenê 3. Não faz mal para a mãe/faz mal para o nenê 4. Não faz mal para a mãe/não faz mal para o nenê 5. Não responde 	<div data-bbox="1240 766 1292 812" style="text-align: center;"> ☐ </div> <div data-bbox="1240 812 1277 847" style="text-align: center;">16</div>
46B	<p>Alguém disse a voce para não fumar ou para fumar <u>me</u> nos durante a gravidez? (Se for o caso) Quem?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, ninguém disse 2. sim, o médico disse 3. sim, a enfermeira disse 4. sim, parentes disseram 5. sim, outros disseram(especificar): _____ 6. não responde 7. <u>não se aplica</u> (não fuma) 	<div data-bbox="1240 1373 1292 1418" style="text-align: center;"> ☐ </div> <div data-bbox="1240 1418 1277 1453" style="text-align: center;">17</div>
47	<p>Algumas pessoas dizem que quando a mulher fica esperando nenê precisa comer mais (comer por dois) do que ela come normalmente. Outras pessoas dizem que quando a mulher fica esperando nenê não precisa comer mais do que aquilo que ela come normalmente. O que voce acha: a mulher quando fica esperando nenê precisa comer mais (comer por dois) ou não precisa comer mais do que ela come normalmente?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. precisa comer mais 2. não precisa comer mais 3. não responde 	<div data-bbox="1240 2006 1292 2052" style="text-align: center;"> ☐ </div> <div data-bbox="1240 2052 1277 2087" style="text-align: center;">18</div>

IBM - 2

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
47A	<p>Quando é que a mulher grávida deve comer mais, no começo da gravidez (1-2-3 meses), no meio da gravidez (4-5-6 meses) ou no fim da gravidez (7-8-9 meses)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. primeiro trimestre 2. segundo trimestre 3. terceiro trimestre 4. não responde 5. <u>não se aplica</u> (respondeu "não precisa comer mais" ou não respondeu a pergunta anterior) 	<div data-bbox="1210 723 1259 799" style="text-align: center;"> ☐ 19 </div>
47B	<p>Que alimentos, (comidas) fazem bem para a mulher, quando ela esta esperando nenê? (registrar a resposta, sem preencher a casela)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. um grupo 2. dois grupos 3. tres grupos 4. quatro grupos 5. cinco grupos 6. seis grupos 7. não responde 	<div data-bbox="1210 1545 1259 1620" style="text-align: center;"> ☐ 20 </div>
47C	<p>Que alimentos, (comidas) fazem mal para a mulher, quando ela esta esperando nenê? (registrar a resposta, sem preencher a casela)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. um grupo 2. dois grupos 3. tres grupos 4. quatro grupos 5. cinco grupos 6. seis grupos 7. não responde 	<div data-bbox="1210 2130 1259 2206" style="text-align: center;"> ☐ 21 </div>

IBM - 2

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
47D	<p>Algumas pessoas dizem que a saúde do nenê antes de nascer depende do que a mãe come. Outras pessoas dizem que a saúde do nenê antes de nascer não depende do que a mãe come. O que voce acha: a saúde do nenê depende ou a saúde do nenê não depende do que a mãe come?</p> <p>1. depende 2. não depende 3. não responde</p>	<div data-bbox="1189 669 1239 739" style="text-align: center;"> ☐ 22 </div>
47E	<p>Que comidas fazem bem para a mãe no resguardo, depois que ela deu a luz e voltou para casa?</p>	
47F	<p>Que comidas fazem mal para a mãe no resguardo, depois que ela deu a luz e voltou para casa?</p>	
48	<p>Quando a mãe tem pouco leite, voce acha que ela pode fazer alguma coisa para ter mais leite ou voce acha que ela não pode fazer nada para aumentar o leite que tem?</p> <p>1. pode fazer algo 2. não pode fazer algo 3. não responde</p>	<div data-bbox="1189 2017 1239 2086" style="text-align: center;"> ☐ 23 </div>

IBM - 2

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
48A	<p>O que a mãe pode fazer para aumentar o leite do peito?</p> <p>9. não responde</p>	<input data-bbox="1219 606 1268 652" type="checkbox"/> 24
48B	<p>Quando a mãe tem pouco leite, o que deve fazer: "dar o peito" ao nenê mais vezes por dia ou "dar o peito" ao nenê menos vezes por dia?</p> <p>1. mais vezes</p> <p>2. menos vezes</p> <p>3. outros (especificar) _____</p> <p>4. não responde</p>	<input data-bbox="1219 1051 1268 1097" type="checkbox"/> 25
48C	<p>Algumas pessoas acham que quando a mãe esta "dando o peito" ao nenê precisa comer mais do que aquilo que ela come normalmente. O que voce acha: a mãe que dá o peito ao nenê precisa comer mais ou não precisa comer mais do que aquilo que ela come normalmente?</p> <p>1. precisa comer mais</p> <p>2. não precisa comer mais</p> <p>3. não responde</p>	<input data-bbox="1219 1501 1268 1547" type="checkbox"/> 26
49	<p>Durante quanto tempo voce acha que o nenê deve "receber" leite do peito?</p> <p>1. 1 mês</p> <p>2. 2 meses</p> <p>3. 3 meses</p> <p>4. 4 meses</p> <p>5. 5 meses</p> <p>6. 6 meses</p> <p>7. 7 meses</p> <p>8. 8 meses ou mais</p> <p>9. não responde</p>	<input data-bbox="1219 2098 1268 2144" type="checkbox"/> 27

IBM - 2

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
49A	<p>Voce amamentou seu último filho (excluindo o recém-nascido)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não 2. sim 3. não responde 4. <u>não se aplica</u> (não tem outros filhos) 	<div style="text-align: center;"> ☐ 28 </div>
49B	<p>Até que idade voce amamentou seu último filho (excluindo o recém-nascido)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 0 - 2 meses 2. 3 - 4 meses 3. 5 - 6 meses 4. 7 - 8 meses 5. 9 - 10 meses 6. 11 - 12 meses 7. 13 ou mais meses 8. não responde 9. <u>não se aplica</u> (a mãe é primípara) 	<div style="text-align: center;"> ☐ 29 </div>
49C	<p>Por que parou de amamentar?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nova gestação 2. leite fraco (ou pouco leite) 3. secou o leite 4. trabalho fora de casa 5. recomendação médica 6. preferiu outro tipo de leite 7. outros 8. não responde 9. <u>não se aplica</u> (a mãe é primípara) 	<div style="text-align: center;"> ☐ 30 </div>
49D	<p>(Se respondeu "leite fraco") O que voce entende por leite fraco?</p>	

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
49E	<p>Quando a mãe esta "dando o peito" para o filho (amamentando o filho) e fica esperando outro nenê, o que é melhor: continuar a "dar o peito" (amamentar o nenê) para seu filho ou não dar mais o <u>pei</u>to porque está esperando outro nenê?</p> <p>1. continuar amamentando 2. interromper a amamentação 3. não responde</p>	<div data-bbox="1205 569 1253 615" style="text-align: center;"> ☐ </div> <div data-bbox="1212 619 1246 649" style="text-align: center;">31</div>
50	<p>Algumas mães acham que há comidas que não devem co- mer durante os meses em que estão "dando o peito" ao nenê. Outras mães acham que elas podem comer de tudo durante os meses em que elas estão dando o peito ao nenê. O que voce acha: há comidas que não devem ser comidas pelas mães ou a mãe pode co- mer de tudo quando ela esta dando o peito ao nenê?</p> <p>1. não, a mãe pode comer de tudo 2. sim, há comidas que a mãe não deve comer 3. não responde</p>	<div data-bbox="1205 1051 1253 1097" style="text-align: center;"> ☐ </div> <div data-bbox="1212 1102 1246 1131" style="text-align: center;">32</div>
50A	<p>(Se respondeu <u>sim</u> na pergunta 50) Quais as comidas que a mãe não deve comer?</p>	
51	<p>Gostaria que voce me dissesse se a mãe pode conti- nuar amamentando o nenê ou se ela deve parar de amamentar o nenê quando ela tem as seguintes "doen- ças" ;</p> <p>a. doença no seio sim não não responde</p> <p>b. febre sim não não responde</p> <p>(OBS. a pergunta 51 segue nas fls. 32)</p>	

IEM - 2

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
	<p>c. resfriado sim não não responde</p> <p>d. verme sim não não responde</p> <p>e. corrimento sim não não responde</p> <p>1. nenhum acerto 2. um acerto 3. dois acertos 4. tres acertos 5. quatro acertos 6. cinco acertos 7. não responde</p>	☐ 33
52	<p>Com que idade seu último filho começou a comer a comida normal da família?</p> <p>1. 3 - 4 meses 2. 5 - 6 meses 3. 7 - 8 meses 4. 9 - 10 meses 5. 11 - 12 meses 6. 13 - 14 meses 7. 15 ou mais meses 8. não responde 9. <u>não se aplica</u> (a mãe é primípara)</p>	☐ 34

IEM - 2

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna												
53	<p>Qual a pessoa de sua família que voce acha que <u>de</u> ve receber a comida mais forte?</p> <p>A. B. C. D. E. F. G.</p> <p>1. adultos 2. crianças 3. todos iguais 4. não responde</p>	<div>☐</div> <div>35</div>												
53A	Por que?													
54	<p>Que leite voce acha melhor para a Saúde do nenê: o leite da mãe, o leite de vaca ou o leite em pó? E depois desse, qual voce acha melhor?</p> <table><tr><td>leite da mãe</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>leite de vaca</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>leite em pó</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr></table> <p>1. leite da mãe em primeiro lugar 2. leite de vaca em primeiro lugar 3. leite em pó em primeiro lugar 4. não responde</p>	leite da mãe	1	2	3	leite de vaca	1	2	3	leite em pó	1	2	3	<div>☐</div> <div>36</div>
leite da mãe	1	2	3											
leite de vaca	1	2	3											
leite em pó	1	2	3											

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
54A	1. leite materno em segundo lugar 2. leite de vaca em segundo lugar 3. leite em pó em segundo lugar	<input data-bbox="1225 385 1272 431" type="checkbox"/> 37
54B	1. leite materno em terceiro lugar 2. leite de vaca em terceiro lugar 3. leite em pó em terceiro lugar	<input data-bbox="1225 668 1272 714" type="checkbox"/> 38
54C	<p>Por que voce acha o leite materno o melhor (ou o leite de vaca ou o leite em pó, conforme for o caso)?</p> <p>leite materno:</p> <p>leite de vaca:</p> <p>leite em pó:</p>	
55	<p>Voce acha que se deve dar água ou chá ao nenê todos os dias? (Se a resposta for sim) Quantas vezes?</p> 1. não, não é preciso 2. sim, uma vez 3. sim, duas vezes 4. sim, tres vezes 5. sim, quatro vezes 6. sim, cinco vezes 7. sim, seis vezes 8. sim, sete vezes ou mais 9. não responde	<input data-bbox="1225 2103 1272 2149" type="checkbox"/> 39

IBM - 2

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
56	<p>Como se deve preparar a mamadeira (chuquinha) de chá ou de água do nenê? (deixar que a mãe <u>des</u>creva)</p> <p>a. esterilização da mamadeira certo (1) errado (0)</p> <p>b. fervura da água certo (1) errado (0)</p> <p>Índice (0 a 2)</p> <p>1. 0</p> <p>2. 1</p> <p>3. 2</p> <p>4. não responde</p>	<div data-bbox="1220 925 1278 966" style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 18px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1239 978 1272 1005" style="text-align: center;">40</div>
57	<p>Voce sabe o que é colostro?</p> <p>1. não sabe</p> <p>2. sabe</p> <p>3. não responde</p>	<div data-bbox="1220 1281 1278 1322" style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 18px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1239 1333 1272 1361" style="text-align: center;">41</div>
58	<p>Enquanto voce esteve aqui no hospital alguém <u>en</u>sinou a voce como a mãe deve fazer para aumentar o leite do peito? E como fazer a mamadeira?</p> <p>1. aumentar o leite do peito (não) fazer a mamadeira (não)</p> <p>2. aumentar o leite do peito (não) fazer a mamadeira (sim)</p> <p>3. aumentar o leite do peito (sim) fazer a mamadeira (não)</p> <p>4. aumentar o leite do peito (sim) fazer a mamadeira (sim)</p> <p>5. não responde</p>	<div data-bbox="1203 2011 1260 2052" style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 18px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1222 2066 1256 2093" style="text-align: center;">43</div>

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
59	<p>Quando voce acha que o nenê deve começar a comer gema de ovo?</p> <ol style="list-style-type: none">1. 1 mes2. 2 meses3. 3 meses4. 4 meses5. 5 meses6. 6 meses7. 7 ou mais meses8. não responde	<div data-bbox="1200 840 1260 909">☐ 44</div>
60	<p>Quando voce acha que o nenê deve começar a receber suco de frutas?</p> <ol style="list-style-type: none">1. 1 mes2. 2 meses3. 3 meses4. 4 meses5. 5 meses6. 6 meses7. 7 meses8. 8 meses ou mais9. não responde	<div data-bbox="1200 1471 1260 1552">☐ 45</div>
61	<p>Alguns de seus filhos já tiveram diarreia?</p> <ol style="list-style-type: none">1. não, nunca teve (ou tiveram)2. sim, já teve (ou tiveram)3. <u>não se aplica</u> (não tem outros filhos)	<div data-bbox="1200 1758 1260 1827">☐ 46</div>
61A	<p>Quando a criança tem diarreia (intestino solto) o que a mãe deve fazer?</p>	<div data-bbox="1200 2103 1260 2183">☐ 47</div>

IBM - 2

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
61B	<p>Quando a criança tem diarreia o que a mãe deve fazer : continuar alimentando a criança <u>ou</u> não continuar alimentando a criança?</p> <p>1. continuar alimentando a criança (=0) 2. não ^{ou} continuar alimentando a criança (=1) 3. não responde (=0)</p>	<div data-bbox="1162 592 1219 652" style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">48</div>
61C	<p>Quando a criança tem diarreia, o que a mãe deve fazer : dar mais água ou chá à criança <u>ou</u> dar menos água <u>ou</u> chá à criança?</p> <p>1. dar mais água ou chá à criança (= 1) <u>ou</u> 2. dar menos água ou chá à criança (= 0) 3. não responde (= 0)</p>	<div data-bbox="1162 978 1219 1037" style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">49</div>
61D	<p>Quando a criança tem diarreia o que a mãe deve fazer : dar água com sal à criança <u>ou</u> dar água com açúcar à criança?</p> <p>1. dar água com sal (= 1) 2. dar água com açúcar (= 0) 3. não responde (= 0)</p>	<div data-bbox="1162 1333 1219 1393" style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">50</div>
61E	<p>(Apenas para o entrevistador)</p> <p>Índice - 0 a 3</p> <p>1. 0 2. 1 acerto 3. 2 acertos 4. 3 acertos</p>	<div data-bbox="1162 1701 1219 1761" style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">51</div>
62	<p>Voce sabe o que é sarampo?</p> <p>1. não, não sabe 2. sim, sabe 3. não responde</p>	<div data-bbox="1162 1960 1219 2020" style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">52</div>

IBM - 2

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
62A	<p>A mãe pode fazer alguma coisa para o filho não ter sarampo ou o filho tem sarampo porque é destino e não adianta fazer nada?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. a mãe pode fazer algo 2. é destino 3. não responde 	<div data-bbox="1186 569 1243 622" style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 23px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1205 633 1239 661" style="text-align: center;">53</div>
62B	<p>O que a mãe pode fazer para o filho não ter sarampo?</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. certo (vacinar) 2. errado 3. não responde 	<div data-bbox="1186 1108 1243 1161" style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 23px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1205 1150 1239 1177" style="text-align: center;">54</div>
63	<p>Quanto tempo voce acha que deveria passar entre o nascimento de um nenê e o nascimento do outro?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. um ano 2. um ano e meio 3. dois anos 4. dois anos e meio 5. tres anos 6. tres anos e meio 7. quatro anos 8. quatro anos e meio 9. não responde 	<div data-bbox="1186 1717 1243 1770" style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 23px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1205 1758 1239 1786" style="text-align: center;">55</div>
63A	<p>Voce e seu marido (ou companheiro) já conversaram alguma vez a respeito de quantos filhos voces gostariam de ter ao todo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, nunca conversaram 2. sim, já conversaram 3. não responde 4. <u>não se aplica</u> (mãe solteira) 	<div data-bbox="1186 2107 1243 2160" style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 23px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1205 2149 1239 2176" style="text-align: center;">56</div>

IBM - 2

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna																								
63B	<p>Quantos filhos voces gostariam de ter ao todo?</p> <table><thead><tr><th>MARIDO (A)</th><th>MULHER (B)</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. 0</td><td>1. 0</td></tr><tr><td>2. 1</td><td>2. 1</td></tr><tr><td>3. 2</td><td>3. 2</td></tr><tr><td>4. 3</td><td>4. 3</td></tr><tr><td>5. 4</td><td>5. 4</td></tr><tr><td>6. 5</td><td>6. 5</td></tr><tr><td>7. 6 ou mais</td><td>7. 6 ou mais</td></tr><tr><td>8. não responde</td><td>8. não responde</td></tr></tbody></table>	MARIDO (A)	MULHER (B)	1. 0	1. 0	2. 1	2. 1	3. 2	3. 2	4. 3	4. 3	5. 4	5. 4	6. 5	6. 5	7. 6 ou mais	7. 6 ou mais	8. não responde	8. não responde	<table><thead><tr><th>A</th><th>B</th></tr></thead><tbody><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>57</td><td>58</td></tr></tbody></table>	A	B	☐	☐	57	58
MARIDO (A)	MULHER (B)																									
1. 0	1. 0																									
2. 1	2. 1																									
3. 2	3. 2																									
4. 3	4. 3																									
5. 4	5. 4																									
6. 5	6. 5																									
7. 6 ou mais	7. 6 ou mais																									
8. não responde	8. não responde																									
A	B																									
☐	☐																									
57	58																									
63C	<p>(Se respondeu tres filhos, por exemplo)</p> <p>Se voce pudesse escolher entre ter dois filhos ou ter quatro filhos, o que voce acharia melhor?</p> <p>1. menos do que o tamanho ideal</p> <p>2. mais do que o tamanho ideal</p> <p>3. tanto faz</p> <p>4. não responde</p>	<table><tbody><tr><td>☐</td></tr><tr><td>59</td></tr></tbody></table>	☐	59																						
☐																										
59																										
64	<p>Com quantos anos voce acha que é bom a mulher ganhar o primeiro nenê?</p>	<table><tbody><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td colspan="2">60 - 61</td></tr></tbody></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	60 - 61																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
60 - 61																										
64A	<p>Com quantos anos voce acha que é bom a mulher ganhar o último nenê?</p>	<table><tbody><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td colspan="2">62 - 63</td></tr></tbody></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	62 - 63																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
62 - 63																										

IBM - 2

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
66	<p>Alguns casais fazem alguma coisa para não ganhar nene, pois eles não querem ter um nenê atras do outro. Você e seu marido (ou companheiro) acham isso certo ou vocês acham isso errado?</p> <p>0. ambos acham certo 1. ambos acham errado 2. ela certo, ele errado 3. ela errado, ele certo 4. ela certo, não tem marido (ou companheiro) 5. ela errado, não tem marido 6. não responde</p>	<div data-bbox="1227 812 1285 858" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1243 867 1278 895" style="text-align: center;">64</div>
65A	<p>Por que você acha isso certo (ou errado) certo</p> <p>errado</p>	<div data-bbox="1209 1356 1268 1402" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1292 1356 1351 1402" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1228 1409 1345 1437" style="text-align: center;">65 - 66</div>
66	<p>Vou dizer algumas coisas que os casais fazem para não ter nene. Gostaria de saber se você já ouviu falar nisso e se já usou alguma dessas coisas</p> <p>A. condom (preservativo)</p> <p>1. não conhece 2. conhece e usou 3. conhece e não usou 4. não responde</p>	<div data-bbox="1246 1868 1304 1914" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <div data-bbox="1263 1924 1301 1951" style="text-align: center;">67</div>

(OBS.: a pergunta 66 continua na pág. 41)

IBM - 2

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
	B. diafragma 1. não conhece 2. conhece e usou 3. conhece e não usou 4. não responde	<div data-bbox="1205 553 1263 615" style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 68
	C. geléias ou cremes 1. não conhece 2. conhece e usou 3. conhece e não usou 4. não responde	<div data-bbox="1191 856 1263 913" style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 69
	D. interrupção do ato 1. não conhece 2. conhece e usou 3. conhece e não usou 4. não responde	<div data-bbox="1205 1177 1263 1235" style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 70
	E. lavagem 1. não conhece 2. conhece e usou 3. conhece e não usou 4. não responde	<div data-bbox="1205 1476 1263 1533" style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 71
	F. ritmo (tabelinha) 1. não conhece 2. conhece e usou 3. conhece e não usou 4. não responde	<div data-bbox="1205 1797 1263 1855" style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 72
	G. Pílula 1. não conhece 2. conhece e usou 3. conhece e não usou 4. não responde	<div data-bbox="1205 2050 1263 2107" style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 73

IBM - 2

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
	H. ligadura de trompa 1. não sabe o que é 2. sabe o que é	<input data-bbox="1168 427 1229 466" type="checkbox"/> 74
	I. dispositivo intrauterino(feixinho) 1. não conhece 2. conhece e usou 3. conhece e não usou 4. não responde	<input data-bbox="1168 748 1229 787" type="checkbox"/> 75
	J. chás 1. não conhece 2. conhece e usou 3. conhece e não usou 4. não responde	<input data-bbox="1168 1058 1229 1097" type="checkbox"/> 76
	L. curativo 1. não conhece 2. conhece e usou 3. conhece e não usou 4. não responde	<input data-bbox="1168 1391 1229 1430" type="checkbox"/> 77

IBM - 2

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Código Coluna
66A	<p>(Apenas para as mães que afirmaram conhecer o método do ritmo)</p> <p>Voce pode me dizer como a mãe faz para não "ganhar nenê" através do método do ritmo ou tabelinha?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>1. não sabe</p> <p>2. sabe</p>	<div data-bbox="1200 1058 1258 1127" style="text-align: center;"> ☐ 78 </div>
66B	<p>Voce gostaria de saber mais coisas a respeito de como os casais podem fazer para não "ganhar nenê" ou isto não interessa a voce?</p> <p>1. sim, gostaria</p> <p>2. não, não gostaria</p> <p>3. não responde</p>	<div data-bbox="1200 1414 1258 1494" style="text-align: center;"> ☐ 79 </div>
67	<p><u>Colaboração:</u></p> <p>1. muito boa</p> <p>2. boa</p> <p>3. regular</p> <p>4. má</p>	<div data-bbox="1200 1827 1258 1919" style="text-align: center;"> ☐ 80 </div>

IBM - 2

Número da pergunta	Perguntas e Códigos das Alternativas das Respostas	Coluna Código
67A	<u>Precisão das Respostas:</u> 1. totalmente confiável 2. parcialmente confiável 3. não confiável	
67B	<u>Entrevistadores:</u> 1. Nelly 2. Suzana 3. Edna 4. Myrtha 5. outros	

Hora do término da Entrevista: _____

Duração da Entrevista: _____

Data ____ / ____ / ____

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DO RISCO
GRAVÍDICO PRÉ-NATAL E INTERCONCEPCIONAL

A N E X O I I
MANUAL DE INSTRUÇÕES

1. PRINCIPIOS GERAIS

- (a) É preciso que o entrevistador reconheça a importância da pesquisa acredite nos benefícios que esta trará para a saúde materno-infantil.
- (b) Deve sentir que seu relacionamento com a informante será interessante.
- (c) Deve estar consciente das barreiras que põem em risco a boa comunicação, tais como medo, desconfiança, preconceito e distância social.
- (d) Deve compreender bem o significado de cada uma das perguntas do formulário.

2. ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES

O modo de estabelecer melhores relações é através de identificação imediata e da justificação da sua presença no Serviço de Obstetrícia do Hospital São Paulo e, em seguida, de convencer a informante da importância de sua colaboração.

O modo mais fácil de voce se identificar é dizer o seu nome, onde voce trabalha e o que voce faz. Para que a informante concorde em colaborar é preciso que voce diga algo a respeito do conteúdo da pesquisa. Por exemplo:

- Um grupo de médicos acha que é preciso saber um pouco mais a respeito das mães que passam por este Hospital. Eles querem saber os problemas que as mães têm e como eles poderiam ajudar as mães a resolverem esses problemas. Esses médicos acham que só as mães podem contar o que eles precisam saber para melhorar o modo como atendem as mães antes e depois do parto. Voce é uma das mães que vai responder às nossas perguntas. Tudo o que voce disser é muito importante para nós.

3. PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

O formulário que voce vai preencher durante a entrevista parece tão simples a ponto de não merecer maiores considerações. Contudo, para que voce não tenha quaisquer dúvidas ou hesite durante a aplicação do mesmo, achamos útil fazer alguns comentários a respeito do tipo de perguntas e de como proceder, a fim de não fazer erros.

3.1. Regras a Considerar Durante a Aplicação do Formulário

O que sempre se deve fazer

- A. Fazer as perguntas exatamente como aparecem no formulário. Se alguma delas não for interpretada corretamente ou não for claramente entendida pela informante, repita-a tantas vezes quanto julgar necessário.
- B. A resposta deve ser escrita exatamente como foi dada, a não ser que seja longa demais. Neste caso, resuma os fatos que lhe pareçam fundamentais.
- C. As perguntas devem ser feitas exatamente na ordem em que aparecem. Não as altere, nem omita nenhuma.
- D. Nas perguntas fechadas marque o código à esquerda, ou seja, abaixo da própria pergunta e, em seguida, na(s) casela(s) à direita da folha. Nas perguntas abertas escreva a resposta no espaço em branco reservado para isto ou, se for o caso, faça um círculo ao redor das alternativas "não responde" ou "não se aplica".
- E. Antes de se retirar, verifique se todas as perguntas foram feitas e se as respostas correspondentes foram anotadas. Deve-se sempre anotar algo em relação a cada uma das perguntas.

O que nunca se deve fazer:

- A. Deixar um espaço em branco. Posteriormente, você não se lembrará se fez realmente a pergunta ou se não registrou a resposta.
- B. Sugerir a resposta. Faça a pergunta e aguarde a resposta. Se achar que a resposta foi vaga, pergunte outra vez, alterando uma ou outra palavra ou utilizando um ou outro sinônimo. O formulário passou por um período de pré-teste, durante o qual se fez um cuidadoso estudo terminológico que levou à eliminação de palavras desconhecidas ou de sentido duvidoso para as informantes. O pré-teste deixou claro ser esta uma população de vocabulário muito reduzido, o que levou a sugerir certa flexibilidade no modo de formular as questões. Contudo, jamais sugira a resposta.

C. Alterar a sequência. A ordem das perguntas foi cuidadosamente estudada durante a elaboração do formulário e a aplicação do pré-teste. Não deve ser modificada.

D. Completar o formulário na ausência da informante. Antes de se retirar, verifique o mesmo na presença da informante. Não procure se lembrar de algo posteriormente. Prefere-se a falta de um dado do que o risco de se apresentar uma informação errada.

4. TIPOS DE PERGUNTAS QUE APARECEM NO FORMULÁRIO E SIGNIFICADO DAS ALTERNATIVAS "NÃO RESPONDE", "NÃO SE APLICA" E "OUTROS (ESPECIFICAR)"

4.1. Perguntas Fechadas

Neste tipo de perguntas a entrevistadora precisa classificar a resposta de acordo com as alternativas oferecidas, colocando o número correspondente na(s) casela(s). Exemplos de perguntas fechadas:

Há mães que gostam de ser atendidas por médicos. Outras mães gostam de ser atendidas por médicas. Do que voce gostaria mais: de ser atendida por médico ou de ser atendida por médica?

1. médico

②, médica (suponha-se que foi esta a resposta)

3. tanto faz

4. não responde

2

Quando é que a mulher grávida deve comer mais, no começo da gravidez (1-2-3 meses), no meio da gravidez (4-5-6 meses) ou no fim da gravidez (7-8-9 meses)?

① primeiro trimestre (suponha-se que a resposta foi esta)

2. segundo trimestre

3. terceiro trimestre

4. não responde

1

4.2. Perguntas Abertas

Neste tipo de perguntas não se oferecem alternativas. Torna-se necessário anotar cuidadosamente a resposta da informante. Após o término

da pesquisa, será realizado um estudo do código qualitativo, ou seja, será utilizada uma técnica para classificar com precisão os dados aos quais o investigador não atribuiu, previamente, uma ordem.

Exemplos de perguntas abertas:

Quando voce veio ao pré-natal pela primeira vez, o que voce mais queria?
Por que esperar foi um problema para voce?

4.3. Significado da Alternativa "Não Responde":

A alternativa "não responde" pode ser utilizada em dois casos. No primeiro, a entrevistadora fez uma pergunta e não obteve nenhuma resposta. Tornou a fazer a pergunta mas, novamente, não obteve nenhuma resposta. No segundo, a entrevistadora fez uma pergunta e a informante simplesmente respondeu "não sei". Em qualquer um destes dois casos, utilize a alternativa "não responde", visto ter sido este o critério adotado nesta pesquisa.

4.4. Significado da Alternativa "Não se Aplica":

Algumas perguntas dizem respeito apenas a um sub-grupo de informantes. Por exemplo, o sub-grupo das mulheres que frequentaram o pré-natal, o sub-grupo das multíparas, o sub-grupo das fumantes. Reserva-se a alternativa "não se aplica" para as informantes que não se incluem em tais sub-grupos.

Exemplos dos casos "não se aplica":

Depois da cesária voce fez alguma coisa para não "ganhar nenê"?

1. sim, fez
2. não, não fez
3. não responde

④ não se aplica (nunca fez cesária)

Com que idade seu último filho começou a comer a comida normal da família?

1. 3 - 4 meses
2. 5 - 6 meses
3. 7 - 8 meses
4. 9 - 10 meses
5. 11 - 12 meses
6. 13 - 14 meses
7. 15 ou mais meses
8. não responde
- ⑨ não se aplica (a informante é primípara)

Para que a entrevistadora não se confunda em relação a essas perguntas, grifou-se a alternativa "não se aplica", explicando a seguir cada um dos casos.

4.5. Significado da Alternativa "outros (especificar)"

Muitas vezes, apesar da atenção dispendida durante a fase do pré-teste e do planejamento do formulário, podem aparecer casos ou respostas raros que não se enquadram em nenhuma das alternativas propostas. Para estes casos reserva-se a alternativa "outros" (especificar). Pede-se à entrevistadora que descreva o ocorrido a fim de facilitar o estudo posterior das respostas obtidas.

5. INSTRUÇÕES RELATIVAS A PERGUNTAS ESPECÍFICAS

Pergunta 1

Deve-se considerar como solteira apenas a mulher que não viva no mesmo domicílio com o pai da criança. A mulher que viva com o pai da criança mesmo que não seja casada no civil ou no religioso deverá ser considerada casada.

Pergunta 2

Para efeito desta pesquisa, considera-se paridade como o número de filhos nascidos com 28 semanas ou mais.

Perguntas 3-4-5-6-7-8-8A-9

Estas informações serão dadas pelo médico residente. As entrevistadoras deverão ter o cuidado de não devolver o formulário sem que nele constem estes dados.

Pergunta 17

Na pergunta "o que seu marido faz", deve a entrevistadora transcrever cuidadosamente tudo o que a informante disser sobre as atividades do marido. O código qualitativo será elaborado posteriormente.

Pergunta 18

Se a casa for própria mas ainda não estiver totalmente paga, torna-se necessário registrar a amortização da mesma, ou seja, quanto a família gasta por mês com o pagamento da casa.

Pergunta 18D

Soma total das quantias referidas na pergunta 18B.

Pergunta 19

Nas caselas relativas ao tipo de comodo deve a entrevistadora colocar as iniciais q, s, c, x, conforme for o caso.

Exemplo: a informante respondeu que a sua casa tem um quarto e uma cozinha, portanto, dois comodos.

Número de comodos	1	2	3	4	5
Tipo		2 q			

Pergunta 19E

Ler a apostila com informações a este respeito.

Pergunta 22B

Somar os valores atribuídos às respostas das perguntas 22 e 22A e indicar o código.

Pergunta 56

Deixar que a mãe descreva este procedimento e verificar se mencionou a esterilização da mamadeira e a fervura da água.

Pergunta 63C

Outro exemplo: se a mãe responder cinco filhos, perguntar, se voce pudesse escolher entre ter quatro filhos ou seis filhos, o que voce acharia melhor?

6. SISTEMAS DE CONTROLE

O formulário será considerado completo quando o Chefe de Campo considerar perfeitamente preenchidos todos os seus requisitos. A ordem de pagamento de cada questionário estará subordinada à sua aprovação.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DO RISCO
GRAVÍDICO PRÉ-NATAL E INTERCONCEPCIONAL

A N E X O I I I

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
PARA GESTANTES E PUÉRPERAS

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
PARA GESTANTES E PUÉRPERAS

PERÍODO PRÉ-NATAL

- SESSÃO 1 - COMO RECONHECER A GRAVIDEZ
- SESSÃO 2 - O QUE FAZER AO SUSPEITAR DA GRAVIDEZ
- SESSÃO 3 - COMPORTAMENTOS CORRETOS DURANTE A GRAVIDEZ
- SESSÃO 4 - O PAPEL DA ALIMENTAÇÃO NA GRAVIDEZ
- SESSÃO 5 - SINTOMAS DE COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ
- SESSÃO 6 - SINAIS DO PARTO

PERÍODO PÓS-NATAL

- SESSÃO 1 - TÉCNICAS DE ALEITAMENTO NATURAL
- SESSÃO 2 - TÉCNICAS DE ALEITAMENTO ARTIFICIAL
- SESSÃO 3 - PORQUE AS CRIANÇAS CHORAM E O QUE FAZER
- SESSÃO 4 - PREVENÇÃO DO RISCO GRAVÍDICO NO PERÍODO
INTERCONCEPCIONAL

PERÍODO PRÉ-NATAL

SESSÃO 1

COMO RECONHECER A GRAVIDEZ

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA GESTANTES

SESSÃO 1 - COMO RECONHECER A GRAVIDEZ

LOCAL: Corredor de Espera
DURAÇÃO: 30 minutos

RESPONSÁVEL: Enfermeira ou
Voluntária

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
A gestante deverá reconhecer os primeiros sinais da gravidez.	<p>A-Interrupção da Menstruação.</p> <p>Na idade fértil, o atraso da menstruação significa, quase sempre, que a mulher está grávida.</p> <p>Às vezes, emoções e trans-tornos físicos podem ocasionar um atraso que, nesses casos, não ultrapassa o período de alguns dias, a não ser que haja vários problemas traumáticos.</p>	<p>A-Discussão de grupo a respeito dos primeiros sinais da gravidez.</p> <p>B-Palestra sobre os primeiros sinais da gravidez.</p>	<p>A-Dada uma lista com possíveis sinais da gravidez, a gestante deverá marcar os sinais corretos da gravidez, com 100% de acerto.</p>	<p>-Folha (cor de rosa) com a enumeração de vários tipos de sinais.</p> <p>-Lápis</p>

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>B-Alteração nos seios.</p> <p>Em consequência do preparo para o nascimento, há um aumento da quantidade de sangue nos seios.</p> <p>Os vasos sanguíneos dos seios tornam-se mais aparentes. Quando a mulher engravida, pequenas glândulas ao redor do bico aumentam de volume. Essas glândulas começam a evidenciar-se por volta da oitava semana.</p> <p>C-Aumento da Micção.</p> <p>No início da gravidez, a mulher urina maior número de vezes.</p>	<p>C-Folheto (cor de rosa)</p> <p>com a enumeração dos primeiros sinais da gravidez.</p>		

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>D-Náusea e Vômito.</p> <p>Algumas mulheres sofrem de náusea e vômito. Em geral, a náusea e o vômito surgem a partir da segunda semana da concepção, desaparecendo após 4 a 6 semanas.</p> <p>E-Fadiga.</p> <p>Durante as primeiras semanas da gravidez, a gestante tem a impressão que não descansa suficientemente. Esta sensação desaparece 3 a 4 semanas após a concepção.</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>F-Alteração na Pele.</p> <p>A partir do momento da concepção, a pele da gestante passa a sofrer alterações de pigmentação. O escurecimento dos pigmentos pode atingir a pele toda; isto ocorre mais frequentemente no rosto e nas mãos. Desaparece, em geral, após o parto.</p>			

PERÍODO PRÉ-NATAL

SESSÃO 2

O QUE FAZER AO SUSPEITAR
DA GRAVIDEZ

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA GESTANTES

SESSÃO 2 - O QUE FAZER AO SUSPEITAR DA GRAVIDEZ

LOCAL: Corredor de Espera

DURAÇÃO: 30 minutos

RESPONSÁVEL: Enfermeira ou
Voluntária

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
A gestante deverá reconhecer a importância da assistência pré-natal.	A-Pergunta: O que fazer ao suspeitar que está grávida? Resposta: Procurar o médico imediatamente.	Sessão com perguntas e respostas. Folheto (cor azul) com texto relativo aos benefícios da assistência pré-natal e às vantagens de ingerir dois copos de Gestal durante todo o período da gravidez.	Ao ser inquirida, a gestante deverá mencionar os dois comportamentos que podem reduzir os riscos da gravidez: procurar o pré-natal no primeiro trimestre da gravidez e tomar o produto Gestal durante todo o período da gestação.	
A gestante deverá dizer quantos copos de Gestal é preciso ingerir, por dia, durante o período da gestação.	B-Pergunta: Por que se deve ir ao pré natal no primeiro trimestre da gravidez? Resposta: Porque há fatores ambientais que prejudicam a saúde das mães.			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>Por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) falta de assistência pré-natal durante a gestação; b) falta de atendimento médico; c) alimentação incorreta; d) falta de higiene; e) falta de educação em saúde. <p>C-Pergunta: O que a gestante pode fazer para reduzir os riscos da gravidez?</p> <p>Resposta: Ir ao pré-natal no primeiro trimestre da gravidez e tomar o produto Gestal durante todo o período da gestação.</p>		<p>Ao ser inquirida sobre quantos copos de Gestal a gestante deve tomar por dia, a gestante deverá responder "2 copos por dia".</p>	

PERÍODO PRÉ-NATAL

SESSÃO 3

COMPORTAMENTOS CORRETOS

DURANTE A GRAVIDEZ

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA GESTANTES

SESSÃO 3 - COMPORTAMENTOS CORRETOS DURANTE A GRAVIDEZ

LOCAL: Corredor de Espera

DURAÇÃO: 30 minutos

RESPONSÁVEL: Enfermeira ou
Voluntária

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
A gestante deverá apreender os comportamentos corretos durante a gravidez.	<p>A-Comportamento Físico.</p> <p>1. É importante andar e apanhar sol durante a gravidez: a gestante deve andar cerca de uma hora por dia.</p> <p>Atividades domésticas como cozinhar, arrumar a casa, lavar e passar a roupa, podem substituir o ato de andar. No período final da gravidez, contudo, deve-se reduzir o exercício.</p>	<p>Aula com utilização de álbum seriado com ilustrações a respeito dos vários tipos de comportamentos possíveis durante a gravidez.</p> <p>Folheto (amarelo) com a enumeração dos comporta-</p>	Utilizando-se de um álbum seriado, a gestante deverá apontar comportamentos corretos durante a gravidez com 100% de acerto.	Álbum seriado

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>2. Mulheres que desempenham diversas atividades em casa não necessitam de outros tipos de exercício. É preciso lembrar que a gestante não deve levantar ou carregar objetos pesados durante a gravidez.</p> <p>3. A quantidade de exercício, que se deve fazer durante a gravidez, depende da quantidade de exercício feito pela mulher antes da gravidez. É preciso lembrar que a gestante não deve nunca se sentir exausta.</p>	<p>mentos corretos durante o período da gestação.</p>		

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>4. As mulheres que trabalham fora de casa podem continuar a fazê-lo, desde que o médico não aconselhe a interromper o trabalho por questões de natureza médica.</p> <p>5. É preciso dormir no mínimo oito horas por dia.</p> <p>6. Durante a gravidez, a gestante pode dormir sobre o abdômen; isso não prejudica o feto.</p> <p>7. Não se deve permanecer na mesma posição por muito tempo.</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>8. Não se deve fumar durante a gravidez. O fumo prejudica muito a gestante e o feto.</p> <p>9. Devem-se tomar certas precauções em relação à higiene. É preciso manter os genitais sempre limpos (esfregando-se de frente para trás e nunca de trás para frente).</p> <p>Deve-se tomar banho todos os dias, lavando os seios cuidadosamente com água e sabão e secando-os bem com uma toalha.</p> <p>10. Dieta adequada - é importante que a alimentação</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>seja equilibrada (seis grupos básicos de alimentos).</p> <p>Ingerir o produto Gestal durante o período da gravidez é fundamental para o crescimento e desenvolvimento do feto.</p> <p>11. A vestimenta deve ser sempre muito confortável: soutien folgado, saltos baixos, roupas largas.</p> <p>12. Deve-se dar especial atenção à bexiga, bebendo-se maior quantidade de líquidos.</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>13. Comportamento sócio-emocional:</p> <p>1. As mães precisam ajustar-se a mudanças re-lativas:</p> <p>a) a elas próprias - náusea, vômito, crescimento do abdômen;</p> <p>b) à vida familiar espaço, trabalho, preocupações financeiras.</p> <p>2. Pode acontecer que a mãe apresente sentimentos negativos em relação à gravidez, particularmente nos primeiros meses da</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>gravidez.</p> <p>3. Também o pai pode ter sentimentos negativos em relação à gravidez (fatores econômicos entre outros).</p> <p>4. Os outros filhos podem sentir ciúmes.</p> <p>5. É preciso que todos respeitem e amem a criança que vai nascer. A criança precisa do amor de seus pais e irmãos. A criança que não for amada, nunca será feliz.</p>			

PERÍODO PRÉ-NATAL

SESSÃO 4

O PAPEL DA ALIMENTAÇÃO
NA GRAVIDEZ

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA GESTANTES

SESSÃO 4 - O PAPEL DA ALIMENTAÇÃO NA GRAVIDEZ

LOCAL: Corredor de Espera

DURAÇÃO: 30 minutos

RESPONSÁVEL: Enfermeira ou
Voluntária

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
A gestante deverá compreender a importância da alimentação correta durante a gravidez.	A-Benefícios que a alimentação correta proporciona à gestante:	Palestra sobre os benefícios que a alimentação correta proporciona à gestante e à criança.	Ao ser inquirida, a gestante deverá mencionar no mínimo dois benefícios que a alimentação correta proporciona a mãe.	
	1. A gestante sente-se melhor durante a gravidez.			
	2. Há menor número de complicações.		Ao ser inquirida, a gestante deverá mencionar no mínimo dois benefícios que a alimentação correta proporciona à criança.	
	3. A puérpera sente-se melhor no período do pós-parto.	Aula com utilização de álbum seriado contendo ilustrações sobre os seis grupos básicos		
	4. Aumenta a probabilidade de ter leite para amamentar a criança.			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>B-Benefícios que a alimentação correta proporciona à criança:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melhor crescimento e desenvolvimento. 2. Menor número de prematuros e natimortos. 3. Melhores condições no parto. 4. Melhor crescimento e desenvolvimento durante a infância e melhor desempenho na vida adulta. <p>C-Nutrientes essenciais a saúde:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Carboidratos 	<p>de alimentos e dietas equilibradas.</p> <p>Folheto (cor verde) com a enumeração dos benefícios que a nutrição proporciona a gestante e à criança; com informações a respeito do Gestal; com ilustrações a respeito dos 6 grupos básicos de alimentos e exemplos de dietas equilibradas.</p>	Utilizando-se de um álbum seriado, a gestante deverá apontar os seis grupos básicos de alimentos e selecionar dietas equilibradas, com 100% de acerto.	Álbum seriado

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>2. Proteínas</p> <p>3. Gorduras</p> <p>4. Minerais:</p> <p> Cálcio</p> <p> Ferro</p> <p> Outros</p> <p>5. Vitaminas:</p> <p> Vitamina A</p> <p> Tiamina</p> <p> Niacina</p> <p> Ácido ascórbico</p> <p> Vitamina D</p> <p> Riboflavina</p> <p>6. Celulose</p> <p>7. Água</p> <p>D-Calorias</p>			
	<p>1. As calorias servem para medir a quantidade de energia que o organismo gasta e que os alimentos</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p data-bbox="268 1386 297 1632">proporcionam.</p> <p data-bbox="361 1152 589 1731">E-Binômio mãe-criança - consequências negativas, decorrentes da falta de consumo de alimentos que veiculam nutrientes essenciais.</p> <ol data-bbox="658 1152 1316 1694" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="658 1152 982 1694">1. Carboidratos - diminuição do aproveitamento das proteínas; redução do crescimento da criança; falta de calorias para satisfazer às necessidades do organismo. <li data-bbox="1053 1152 1182 1694">2. Gorduras - problemas de pele, crescimento deficiente e eczema. <li data-bbox="1246 1152 1316 1694">3. Proteínas - crescimento e desenvolvimento lentos e 			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>menor resistência a infecções.</p> <p>4. Cálcio - problemas de ossificação e dentição; raquitismo.</p> <p>5. Ferro - anemia ferropriva.</p> <p>6. Vitamina A - atraso no crescimento.</p> <p>7. Tiamina - atraso no crescimento.</p> <p>8. Niacina - problemas no sistema nervoso.</p> <p>9. Ácido ascórbico - menor resistência a infecções.</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>10. Vitamina D - raquitismo, atraso no crescimento, desenvolvimento anormal da ossatura e formação anormal dos dentes.</p> <p>11. Riboflavina - atraso no crescimento, problemas visuais e dermatológicos.</p> <p>F-Fontes alimentares de calo - rias e nutrientes:</p> <p>1. Calorias - açúcares, pão, massas, arroz, manteiga, margarina, óleos.</p> <p>2. Proteínas - feijão, leite, ovos, carnes, queijos.</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>3. Cálcio - leite, queijo, coalhada, iogurte, brócolo, repolho, couve-flor.</p> <p>4. Ferro - feijão, fígado, carne de vaca, gema de ovo, verduras de folha.</p> <p>5. Vitamina A - leite, batata doce, brócolo, gema de ovo, manteiga, margarina, cenoura, couve, abóbora, agrião, manga.</p> <p>6. Tiamina - soja, feijão, fígado, carne de porco, verduras de folha.</p> <p>7. Niacina - cereais, frango, carnes magras em geral, vísceras, peixe, feijão, ervilha, lentilha, verdura -</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>ras de folha.</p> <p>8. Ácido ascórbico - frutas cítricas, mamão, goiaba, pimentão, verduras de folha servidas cruas (saladas).</p> <p>9. Vitamina D - leite, gema de ovo, manteiga, fígado.</p> <p>10. Riboflavina - queijo, leite, fígado, rim, coração.</p> <p>11. Celulose - frutas, legumes e verduras de folha.</p> <p>G-Quantidades recomendadas de nutrientes:</p> <p>1. Calorias - 2.800 (+ 200 na gestação).</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>2. Proteínas - 65 g</p> <p>3. Cálcio - 0,8 g (+ 0,4 g na gestação).</p> <p>4. Ferro - 18 mg</p> <p>5. Vitamina A - 6.000 Unidades Internacionais.</p> <p>6. Tiamina - 1,4 mg (+ 0,1 na gestação).</p> <p>7. Niacina - 15 mg</p> <p>H-O excesso de peso prejudica o funcionamento do organismo.</p> <p>Há uma série de problemas que podem surgir e que se agravam quando a gestante aumenta</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>ta excessivamente de peso:</p> <ol style="list-style-type: none">1. toxemia (eclampsia);2. distócia; dificuldades durante o parto;3. maior número de óbitos no período neonatal;4. maior número de natimortos.			

PERÍODO PRÉ-NATAL

SESSÃO 5

SINTOMAS DE COMPLICAÇÕES

DA GRAVIDEZ

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA GESTANTES

SESSÃO 5 - SINTOMAS DE COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ

LOCAL: Corredor de Espera

DURAÇÃO: 30 minutos

RESPONSÁVEL: Enfermeira ou
Voluntária

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
A gestante deverá identificar os sintomas de complicações da gravidez.	<p>A-Hiperemese gravídica (vômito excessivo).</p> <p>O enjôo e o vômito ocorrem, geralmente, nos primeiros meses da gravidez.</p> <p>1. Sintomas:</p> <p>a) Neste período, a gestante sente um enjôo matinal que pode se transformar em hiperemese gravídica - enjôo excessivo com duração de 4 a 8 semanas.</p>	<p>Discussão de grupo.</p> <p>Palestra.</p> <p>Folheto (corbranca) com a enumeração dos 10 principais sintomas de complicações da gravidez.</p>	Dada uma lista com vários sintomas de doenças, a gestante deverá marcar os sintomas de complicações de gravidez, com 100% de acerto.	Cartaz com enumeração de diferentes sintomas.

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>B-Hemorragias</p> <p>1. Sintomas:</p> <p>a) Sangramento vaginal com ou sem dor intermitente.</p> <p>C-Hipertensão (pressão alta).</p> <p>É um distúrbio que aparece, em geral, na fase final da gravidez.</p> <p>1. Manifestação clínica:</p> <p>a) Os sinais típicos são: hipertensão, excesso de peso e inchaço.</p> <p>b) Entre os sintomas perigosos estão: dores de cabeça fortes e contínuas.</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>nuas, tonturas, sonolência, distúrbios visuais, dores no abdômen, hipertensão acentuada e edema generalizado.</p> <p>c) Além desses sintomas, a eclampsia caracteriza-se também por convulsões e coma.</p> <p>G-Dez sinais que devem levar a gestante a procurar imediatamente o médico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dor abdominal; 2. suor nas mãos, tonturas e transtornos de visão; 3. dores de cabeça; 			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>4. dor no estômago, nas costas e nas pernas;</p> <p>5. arrepios e/ou febre;</p> <p>6. aumento repentino de peso;</p> <p>7. corrimentos ou sangramentos;</p> <p>8. vômitos diários;</p> <p>9. dor ou sensação de ardor quando urinar ou dificuldade de urinar;</p> <p>10. perda de água pela vagina.</p> <p>H-A gestante deve ir para o hospital imediatamente se:</p> <p>1. sangrar;</p>			

PERÍODO PRÉ-NATAL

SESSÃO 6

SINAIS DO PARTO

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA GESTANTES

SESSÃO 6 - SINAIS DO PARTO

LOCAL: Corredor de Espera
DURAÇÃO: 30 minutos

RESPONSÁVEL: Enfermeira ou
Voluntária

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
A gestante deverá identificar os sinais do parto.	<p>A-Queda do ventre.</p> <p>A queda do ventre é mais frequente na primeira gravidez. Corresponde a uma mudança de posição do feto, que ocorre uma ou duas semanas antes do parto. Às vezes, faz parte do próprio processo do parto. Quando isto acontece, a gestante respira mais facilmente, notando-se uma redução na saliência abdominal.</p> <p>B-Dores de parto.</p>	<p>Discussão de grupo.</p> <p>Palestra.</p> <p>Folheto (cor laranja) com a enumeração dos sinais do parto.</p>	Dado um cartaz com os possíveis sinais do parto, a gestante deverá apontar os sinais corretos do parto, com 100% de acerto.	Cartaz com a enumeração dos sinais do parto.

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>No início pode sentir dores lombares com intervalos de 15 a 20 minutos. Essas dores progredem regularmente, passando a centralizar-se no abdômen.</p> <p>C-Sinal de parto (rolha de Schröder).</p> <p>Há a expulsão de uma pequena quantidade de muco da vagina. Este muco procede do cervix, podendo conter, muitas vezes, manchas de sangue.</p> <p>D-Rotura da bolsa d'água.</p> <p>A rotura da bolsa d'água <u>ca</u> racteriza-se por uma golfada</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	de fluido claro que sai da vagina. Se isto ocorrer, a paciente deve se dirigir imediatamente para o hospital.			

PERÍODO PÓS-NATAL

SESSÃO 1

**TÉCNICAS DO ALEITAMENTO
NATURAL**

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PUÉRPERAS
SESSÃO 1 - TÉCNICAS DO ALEITAMENTO NATURAL

LOCAL: Enfermaria

DURAÇÃO: 30 minutos

RESPONSÁVEL: Enfermeira ou
Voluntária

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
A puérpera deverá mencionar as vantagens do aleitamento natural e aprender as técnicas de aleitamento natural.	A-Vantagens do leite materno. 1. Por causa de sua composição, o leite materno é o leite mais adequado para a criança.	Discussão de grupo Aula com utilização de álbum seriado com ilustrações a respeito de procedimentos corretos e incorretos durante o aleitamento natural.	Ao ser inquirida, a puérpera deverá citar no mínimo três vantagens do leite materno (item A, 1 a 5).	Álbum seriado Cadeira Boneca tipo nenê
A puérpera deverá dizer quantos copos de Gestal deve ingerir durante o período de aleitamento natural.	2. A criança amamentada pela mãe sente o amor e o carinho materno, assim como uma sensação de bem-estar e de segurança importantes para seu crescimento e desenvolvimento físicos.		Ao ser inquirida sobre quantos copos de Gestal a nutriz deve tomar por dia, a puérpera deverá responder "3 copos por dia".	

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>3. É menor o perigo de diarreia e de eczema.</p> <p>4. O leite da mãe está sempre pronto e na temperatura certa.</p> <p>5. O leite da mãe é mais econômico.</p> <p>B-Características do leite inicial:</p> <p>1. Nos primeiros dias o leite é grosso e amarelo (colostró).</p> <p>Esse leite grosso e amarelo (colostró) é um alimento muito rico: contém proteínas, minerais e vitaminas A.</p>	<p>Demonstração.</p> <p>Folheto (cor rosa) com texto relativo às vantagens do leite materno, à técnicas sobre o aleitamento natural e informações sobre o produto Gestal.</p>	<p>Ao ser inquirida a puérpera deverá dizer o que é colostro, com 100% de acerto (item B, 1).</p> <p>Ao ser inquirida, a puérpera deverá enumerar três vantagens do colostro (item B, 1 a 3).</p>	

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>2. Por ser de fácil digestão, o colostro é um alimento ideal para a criança.</p> <p>3. Uma das importantes funções do colostro é a de permitir a expulsão do mecônio do intestino da criança. O mecônio é um resíduo que se forma no intestino da criança durante o período da gestação.</p> <p>C-Preparo dos seios.</p> <p>1. Banho diário com água e sabão, secando bem os seios com a toalha e massageando-os.</p> <p>2. Uso de soutien confortável de preferência de dia e de noite.</p>		<p>Ao ser inquirida, a puérpera deverá mencionar os três procedimentos relativos ao preparo dos seios (item C, 1 a 3).</p> <p>Utilizando-se da cadeira e da boneca, a puérpera deverá ser capaz de demonstrar as técnicas de amamentação, com 100% de acerto (item D, 1 e 2).</p> <p>Ao ser inquirida, a puérpera deverá dizer o que a criança precisa fazer para que saia maior quantidade de leite do</p>	

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>3. Verificar se não tem leite seco nos seios - lavar bem os seios antes e depois da amamentação.</p> <p>D-Técnicas corretas de aleitamento natural.</p> <p>1. Lavar as mãos e verificar se as unhas estão limpas.</p> <p>2. Colocar a cabeça da criança enfrente ao seio.</p> <p>3. Inclinar-se para a frente até que os lábios da criança entrem em contato com o seio; comprimir o seio com dois dedos, a fim de que o bebê possa respirar livremente.</p>		seio da mãe, com 100% de acerto (item D, 4).	

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>4. A criança costuma debater-se contra o seio da mãe até encontrar o bico e a auréola.</p> <p>5. Para que saia maior quantidade de leite é preciso que a criança coloque na boca o bico e a maior parte da auréola do seio da mãe.</p> <p>6. É preciso que a mãe encontre uma posição confortável, que permita dar o devido apoio a criança.</p> <p>7. O relaxamento é importante tanto para a mãe quanto para a criança.</p> <p>8. Antes de retirar o seio, é preciso verificar se o bebê interrompeu a sucção.</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>9. Deve-se sempre oferecer o seio que se deu por último na mamada anterior.</p> <p>10. A criança deve mamar cerca de 15 a 20 minutos em cada seio.</p> <p>E-Vantagens de tomar Gestal.</p> <p>1. Gestal ajuda a mãe a ter mais leite para amamentar o filho.</p> <p>2. A mãe deve tomar 3 copos de Gestal por dia.</p> <p>3. As crianças amamentadas pela mãe são mais fortes e saudáveis.</p>		<p>Ao ser inquirida sobre qual é a vantagem de tomar Gestal durante o período de aleitamento natural, a mãe deverá responder "Gestal ajuda a mãe a ter mais leite" e "as crianças amamentadas pela mãe são mais fortes e saudáveis".</p>	

PERÍODO PÓS-NATAL

SESSÃO 2

TÉCNICAS DE ALEITAMENTO
ARTIFICIAL

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PUÉRPERAS

SESSÃO 2 TÉCNICAS DO ALEITAMENTO ARTIFICIAL

LOCAL: Enfermaria

DURAÇÃO: 30 minutos

RESPONSÁVEL: Enfermeira ou
Voluntária

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
A-A puérpera deverá mencionar as desvantagens do leite em pó e aprender as técnicas do aleitamento artificial.	<p>A-Desvantagens do leite em pó.</p> <p>1. As crianças alimentadas com leite em pó são menos saudáveis e fortes do que as crianças alimentadas com leite materno.</p> <p>2. O leite em pó pode estragar-se com o calor e a umidade, mesmo quando guardado em latas fechadas.</p> <p>3. Só se deve utilizar o leite em pó quando for totalmente impossível amamentar a criança ao seio.</p>	<p>Discussão de grupo.</p> <p>Demonstração.</p> <p>Folheto (cor azul) com texto relativo às desvantagens do leite em pó e às técnicas de alimentação artificial.</p>	<p>Ao ser inquirida, a puérpera deverá citar duas desvantagens relacionadas ao leite em pó (item A 1 e 2).</p> <p>Utilizando-se dos utensílios necessários, a puérpera deverá preparar uma mamadeira, com 100% de acerto (item 1 - a, b, c, d, e, f, h, i).</p>	<p>Mamadeira (bico, anel protetor)</p> <p>Panela com água</p> <p>Espiriteira</p> <p>Álcool</p> <p>Caixa de fósforo</p> <p>Lata de leite em pó</p> <p>Medida do leite</p> <p>Relógio</p> <p>Rolha</p> <p>Agulha</p> <p>Boneca</p> <p>Bacia</p> <p>Sabão</p> <p>Cabo de madeira</p>

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
B-A puérpera deverá preparar a mamadeira.	B-Técnicas para preparação da mamadeira. 1. Preparação da mamadeira a) Lavar bem as mãos com água e sabão. b) Lavar bem todo o material a ser usado: mamadeira, bico, anel protetor, colher de sopa, garfo, medidor de leite. c) Colocar dentro de uma panela grande. d) Cobrir com água e ferver por 5 minutos. e) Introduzir a quantidade necessária de água fervida na mamadeira.			Pano Colher de sopa
C-A puérpera deverá mostrar como furar o bico da mamadeira.				

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>f) Medir o leite em pó na quantidade recomendada, colocando-o na mamadeira; nunca se deve jogar a água sobre o leite.</p> <p>g) Repetir: primeiro por a água fervida na mamadeira e, em seguida, introduzir o leite.</p> <p>h) Fechar a mamadeira, agitando-a até que água e leite se misturem.</p> <p>i) Jogar algumas gotas de leite nas costas das mãos para verificar se a temperatura está boa (morna).</p> <p>j) Não se deve misturar farinha ou açúcar na mamadeira a não ser com indicação médica.</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>2. Como furar o bico da mamadeira.</p> <p>a) Aproximar do fogo a ponta de uma agulha grossa, espetada numa rolha.</p> <p>b) Deixar que a ponta da agulha fique em brasa e, em seguida, espetá-la rapidamente no centro do bico da mamadeira.</p> <p>c) Fazer dois ou três furos no bico.</p> <p>d) Para verificar se o bico está bem furado, observar se o leite sai em esguicho e, em seguida, gota por gota.</p>		<p>Utilizando-se os utensílios necessários, a puérpera deverá furar o bico da mamadeira, com 100% de acerto (item a, b, c, d).</p>	

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>C-Como dar a mamadeira.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegar a criança no colo (nunca deixá-la deitada). 2. Ter o cuidado de manter a mamadeira inclinada, de modo que o bico esteja sempre cheio de leite. Se não se fizer isso, a criança engole ar que irá provocar cólicas. 3. O apetite das crianças varia - a criança deve tomar a quantidade de leite que quiser, sem ser forçada. <p>D-0 que fazer com a criança depois da mamada.</p>		<p>Utilizando-se de uma boneca e de uma mamadeira, a puérpera deverá pegar a boneca no colo e simular dar a mamadeira, com 100% de acerto (item C-1 e 2).</p> <p>Utilizando-se de uma boneca e de uma mamadeira, a puérpera deverá mostrar o que fazer com a criança após a mamada, com 100% de acerto (item D - 1, 2 e 3).</p>	

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Depois da mamada deve-se esperar que a criança <u>arrote</u>; para isto levantar a criança e colocar sua cabeça no ombro da mãe. 2. Ao colocar a criança na <u>cama</u>, deve-se deitá-la de <u>lado</u>. Nunca se deve deitá-la de costas, pois pode <u>regurgitar</u> e se engasgar. 3. Se a <u>mãe</u> não tiver <u>geladeira</u>, deve preparar a <u>quantidade</u> suficiente de <u>leite</u> para uma <u>única</u> mamada. 4. O <u>leite</u> que <u>sobra</u> na <u>mamadeira</u> não deve ser <u>utilizado</u> novamente para a <u>alimentação</u> da criança. 		<p>Utilizando-se dos <u>utilitários</u> necessários, a <u>puérpera</u> <u>demonstrará</u> o <u>que</u> <u>fazer</u> com a <u>mamadeira</u> <u>depois</u> da <u>mamada</u>, com <u>100%</u> de <u>acerto</u> (item E, 1 e 2).</p>	

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>E-Como proceder entre uma e outra mamada.</p> <p>1. É importante lavar a mamadeira (bico e anel protetor) com água fervida.</p> <p>Muitas crianças morrem por causa de mamadeiras e bicos mal lavados e por causa de mamadeiras mal preparadas.</p> <p>2. Depois de lavados com água fervida, os utensílios (frasco, bico, anel protetor, colher de sopa, garfo, medidor de leite) devem ser cobertos com um pano bem limpo.</p>			

PERÍODO PÓS-NATAL

SESSÃO 3

PORQUE AS CRIANÇAS CHORAM

E O QUE FAZER

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PUÉRPERAS

SESSÃO 3 - PORQUE AS CRIANÇAS CHORAM E O QUE FAZER

LOCAL: Enfermaria

DURAÇÃO: 30 minutos

RESPONSÁVEL: Enfermeira ou
Voluntária

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
A puérpera deverá dizer porque as crianças choram.	<p>A-Porque as crianças choram.</p> <p>1. Fome:</p> <p>a) Quer esteja sendo alimentada em horário regular, quer de acordo com o seu desejo, a mãe percebe logo quando a criança quer comer mais.</p> <p>Utilizando-se de sua experiência, pode verificar se o choro é ou não produto da fome.</p>	<p>Palestra.</p> <p>Discussão de grupo.</p> <p>Folheto (cor verde) com a enumeração das oito condições que fazem a criança chorar e o que fazer em relação a cada uma delas;</p>	<p>Ao ser inquirida, a puérpera deverá mencionar no mínimo cinco causas que fazem as crianças chorar. (itens 1 a 8).</p> <p>Ao ser inquirida, a puérpera deverá mencionar cinco procedimentos para evitar a diarreia (item 4,b).</p>	

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>b) Quando a criança mama menos do que a quantidade considerada normal, pode acordar mais cedo e chorar, porque sente fome.</p> <p>c) Se a mãe suspeitar que a causa do choro é a fome, deve alimentá-la outra vez.</p> <p>2. Cansaço:</p> <p>a) Às vezes a criança chora por sentir-se cansada. Se ficou acordada mais tempo do que costuma ou se foi muito estimulada, a causa do choro pode ser o cansaço.</p>	<p>Como evitar a diarreia e o que fazer quando a criança está com diarreia.</p>	<p>Ao ser inquirida, a puérpera deverá dizer o que fazer quando a criança tem diarreia, com 100% de acerto (item 4, C).</p> <p>Ao ser inquirida, a puérpera deverá dizer que procedimentos contribuem para que as crianças parem de chorar, com 75% de acerto (item 6, c).</p>	

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>b) É comum a criança chorar antes de ir dormir. O cansaço causa uma tensão que é aliviada nelo choro.</p> <p>c) Se a criança chorar depois de ter sido alimentada e depois de ter estado acordada durante muito tempo, deve-se pô-la na cama. Às vezes leva de 15 a 20 minutos para dormir. É bom balançá-la delicadamente ou deixá-la no colo até dormir. A criança precisa sentir o amor da mãe.</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>3. Funcionamento dos intestinos e bexiga.</p> <p>a) Em geral, as crianças não se irritam com isso, porém é sempre melhor trocar as fraldas.</p> <p>4. Doenças</p> <p>a) A diarréia é uma doença muito comum entre as crianças.</p> <p>b) Para se evitar a diarréia é preciso:</p> <p>- lavar os frascos e os bicos das mamadeiras com muito cuidado.</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>do, utilizando-se água fervida;</p> <ul style="list-style-type: none"> - mantê-los protegidos da poeira e moscas, cobrindo-os com um pano limpo; - evitar moscas em casa, não deixando que estas poussem nos alimentos ou nos objetos que a criança possa levar à boca; - preparar a mamadeira no momento da mamada; se a mãe esnerar meia hora, a mamadeira noderá já não estar boa para ser dada à criança; 			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>- a criança precisa tomar água entre as mamadas; é preciso ter muito cuidado com a água que lhe é dada, assim como com a água que se usa para fazer a mamadeira;</p> <p>- antes de alimentar a criança, a mãe deverá lavar bem as mãos, com água e sabão, verificando se as unhas estão curtas e limpas.</p> <p>c) O que fazer se a criança tiver diarreia:</p> <p>- não dar nada para comer durante seis horas;</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>- dar água fervida com um pouco de sal, água de arroz ou cenouras cozidas.</p> <p><u>Água de arroz</u></p> <p>3 colheres de sopa de arroz</p> <p>1 litro de água</p> <p>Deixar cozinhar o arroz durante meia hora e depois passá-lo pela peneira.</p> <p><u>Cenouras cozidas</u></p> <p>1/2 quilo de cenouras</p> <p>1 litro de água</p> <p>Sal</p> <p>Deixar cozinhar as cenouras durante uma hora e depois esmagá-las.</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p data-bbox="327 1134 458 1560">Dar 2 ou 3 colheres de sopa, de 15 em 15 minutos.</p> <p data-bbox="516 1134 706 1621">d) Se a diarreia não passar, deve-se levar a criança ao médico imediatamente.</p> <p data-bbox="764 1424 793 1673">5. Alfinetes:</p> <p data-bbox="859 1134 997 1621">a) Verificar sempre se o alfinete não está machucando a criança.</p> <p data-bbox="1055 1424 1084 1673">6. Irritação:</p> <p data-bbox="1150 1134 1383 1621">a) É comum as crianças chorarem a qualquer hora do dia e da noite. Isso ocorre mais frequentemente nas primeiras</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>semanas de vida.</p> <p>b) Algumas crianças são excessivamente irritadas. Isso não tem importância; passa com o tempo.</p> <p>c) Muitas coisas podem fazer com que a criança pare de chorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - chupeta; - envolver a criança num chale aconchegante; - fazer a criança dormir em espaços pequenos como, por exemplo, dentro de uma cesta; - música de rádio em tom baixo. 			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>7. Cólica:</p> <p>a) A cólica aparece quando a criança tem duas a quatro semanas de idade, desaparecendo, em geral, quando a criança completa três meses. A criança chora porque sente dores intestinais e gases. Quando isso acontece, chora muito e dobra as pernas, podendo soltar gases.</p> <p>b) Ao contrário do choro por fome, que ocorre antes da mamada, o choro por cólica dá-se logo após a mamada.</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>c) O choro em consequência da cólica é comum e não prejudica a criança. A maioria das crianças não precisam de nenhum tratamento. Em geral, crianças com cólicas sentem-se melhor em ambientes calmos e silenciosos. Nesses casos, é aconselhável negar a criança no colo, sem fazer barulho e sem deixar que outras pessoas entrem no quarto. A criança precisa do carinho e da atenção dos pais.</p> <p>d) Verifique sempre se a criança arrotou depois da mamada.</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>e) Se a criança arrotou e soltou gases e apesar disso continua chorando, leve-a ao médico.</p> <p>8. Choro por irritação:</p> <p>a) Quando a criança chora continuamente sem apresentar sinais de dor ou de gases, o choro deve-se à irritação.</p> <p>b) A irritação pode estar relacionada com a cólica: o choro por irritação começa no mesmo momento e tem a mesma duração do choro da cólica. Há situações em que a criança chora por</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>causa da cólica e por causa da irritação.</p> <p>c) Chorar por irritação não tem importância. As técnicas referidas (pegar a criança no colo sem fazer barulho e sem deixar outras pessoas entrarem no quarto) 'noder ajudar.</p> <p>B Sempre que a criança chorar, a mãe deve:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ler o folheto (cor verde) e determinar porque a criança está chorando. 2. Verificar o que se deve fazer para que a criança pare de chorar. 			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	3. Levar a criança ao médico se perceber que a criança não para de chorar.			

PERÍODO PÓS-NATAL

SESSÃO 4

PREVENÇÃO DO RISCO GRAVÍDICO
NO PERÍODO INTERCONCEPCIONAL

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PUÉRPERAS

SESSÃO 4 - PREVENÇÃO DO RISCO GRAVÍDICO NO PERÍODO INTERCONCEPCIONAL

LOCAL: Enfermaria

DURAÇÃO: 50 minutos

RESPONSÁVEL: Enfermeira ou
Voluntária

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
1. A puérpera deverá dizer porque é importante comparar a consulta pós-parto.	A-Vantagens do controle no período puerperal. Pergunta: Por que a consulta pós-parto é importante?	Palestra sobre a importância de comparecer a consulta pós-parto.	Ao ser inquirida, a puérpera deverá citar as vantagens do controle no período puerperal, com 100% de acerto (item A).	
2. A puérpera deverá dizer porque é importante fazer o exame de prevenção do câncer ginecológico.	Resposta: 1. Porque durante a consulta pós-parto o médico supervisiona a saúde da mãe. 2. Porque durante a consulta pós-parto pode-se fazer o exame para prevenção do câncer ginecológico.	Folheto (cor laranja) com texto sobre o exame de prevenção do câncer ginecológico, planejamento familiar e características		

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
3. A puérpera deverá mencionar as características de mulheres com alto risco gravídico.	3. Porque a mãe pode aprender muita coisa sobre higiene, alimentação correta e planejamento familiar.	Características de mulheres com risco gravídico.	Ao ser inquirida, a puérpera deverá mencionar as três situações que tornam recomendável a utilização de métodos anticoncepcionais (item B).	
4. A puérpera deverá mencionar o que devem fazer as mulheres com risco gravídico, que fizeram cesárea e que não desejam outra gravidez.	B-Há três situações que tornam recomendável a utilização de métodos anticoncepcionais: <ul style="list-style-type: none"> - Falta de saúde (risco gravídico); - Cesária; - Gravidez não desejada. 1. Risco gravídico: <p>Antes de sair do hospital, o médico deverá dizer às mães se estas são mulheres com risco ou sem risco gravídico. Para isso vai considerar os seguintes itens:</p>	Album seriado com ilustrações relativas a mulheres com risco gravídico.	Ao ser inquirida sobre o que é gravidez com risco, a puérpera deverá dar exemplos de mulheres com risco gravídico (item 1.a).	
5. A puérpera deverá reconhecer os perigos relacionados ao abortamento provocado.				

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<ul style="list-style-type: none"> - idade; - paridade; - intervalo entre o nascimento de um filho e outro; - história obstétrica. <p>a) Mulheres com risco</p> <p>Em decorrência de uma série de fatores relacionados a seu passado, algumas mulheres serão classificadas como <u>sen</u>do mulheres com risco. São mulheres com risco: mulheres muito jovens (adolescentes), mulheres mais velhas (com 35 anos ou mais),</p>		<p>Ao ser inquirida sobre o que uma mulher de risco deve fazer, a puérpera deverá responder "não faltar à consulta pós-parto e frequentar regularmente Serviços de Planejamento Familiar". (item 1 - b).</p> <p>Ao ser inquirida sobre o que a mulher que se submeter a uma cesária deve fazer, a puérpera deverá responder "não faltar à consulta pós-parto e frequentar regularmente Serviços de Planejamento Familiar" (item 2).</p>	

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>mulheres com muitos filhos (5 ou mais) e mulheres com doenças crônicas ou passageiras; ter uma criança logo em seguida a outra também pode prejudicar a mãe, motivo este que leva os médicos a recomendar um período de cerca de dois anos entre um e outro nascimento.</p> <p>Muitas condições que os médicos consideram perigosas, são condições passageiras, que podem ser controladas pelo médico na consulta pós-parto.</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>Se o médico achar que a mulher apresenta <u>ris</u>co <u>gravídico</u> é aconselhável que esta passe a utilizar anticoncepcionais (planejamento familiar) para que não torne a ficar <u>grávida</u> até que suas condições de saúde melhorem. Deve então freqüentar <u>Serviços de Planejamento</u> <u>Familiar</u>. Nunca se devem utilizar métodos anticoncepcionais a não ser sob orientação médica.</p> <p>É preciso que as mães compareçam sempre às <u>consultas</u> <u>marcadas</u>, para que o médico possa <u>vigiá-las</u> <u>melhor</u>.</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>Apenas o médico pode dizer se a mãe pode ou não usar métodos anticoncepcionais e qual o anticoncepcional indicado para cada caso.</p> <p>A mulher deve sempre trocar idéias com seu marido a respeito do uso de anticoncepção - nais. Cabe ao casal, e não apenas à mulher, tomar uma decisão quanto a isto.</p> <p>Se as mulheres com risco gravídico engravidarem, é preciso que procurem imediatamente o pré-natal para que o médico as vigie desde o início da gravidez.</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>Mulheres com risco podem dar à luz a crianças saudáveis, mas, para isso, é preciso que compareçam ao pré-natal no primeiro trimestre da gestação, não perdendo nenhuma das consultas marcadas.</p> <p>b) Mulheres sem risco.</p> <p>Se o médico disser que a puérpera não tem risco, isso significa que, no momento, tudo está bem com sua saúde. Não quer dizer, entretanto, que, se engravidar, não precise ir ao pré-natal imediatamente. Uma mulher sem risco pode transformar-se, de um momento para outro, numa</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p data-bbox="357 1158 533 1605">mulher com risco. Por isso é importante ir ao pré-natal logo no início da gravidez.</p> <p data-bbox="596 1515 628 1719">2. Cesária:</p> <p data-bbox="699 1158 1267 1664">As mulheres que fizeram cesária, devem evitar nova gravidez pelo menos durante um período de dois anos. Para isso, é aconselhável utilizar métodos anticoncepcionais. Devem frequentar serviços de planejamento familiar, pois só se deve utilizar métodos anticoncepcionais com orientação médica.</p> <p data-bbox="1331 1242 1362 1719">3. Gravidez não desejada:</p>		<p data-bbox="357 485 826 879">Ao perguntar-se por que as crianças só devem nascer quando desejadas pelo casal, a puérpera deverá responder "porque as crianças desejadas são mais amadas e, portanto, mais felizes" (item 3).</p>	

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>Muitas vezes, mesmo gozando de boa saúde, as mulheres não querem ficar grávidas. Os maridos também não desejam, muitas vezes, que elas tenham um filho atrás do outro. Quando isso acontecer, o casal deve usar anticoncepcionais.</p> <p>A criança só deve nascer quando os pais desejarem. Chama-se a isso "Paternidade Responsável". Quando uma criança vem ao mundo, o pai e a mãe devem fazer tudo para que ela tenha saúde, cresça e se desenvolva bem. Crianças que nascem sem serem desejadas, não são amadas e quem não for amado não será feliz.</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>4. Como proceder nesses três casos: falta de saúde (risco gravídico), cesária e gravidez não desejada:</p> <p>a) Deve-se procurar um Serviço de Planejamento Familiar; médicos especializados vão atender e orientar as mulheres interessadas.</p> <p>5. Muitas mulheres ficam grávidas e depois vão a comadres ou parteiras para tirar o feto. Isso é muito perigoso. Muitas mulheres morrem por causa disso. É preferível procurar um Serviço de Planejamento Familiar.</p>		<p>Ao perguntar-se porque não se deve promover o aborto, as puérperas deverão responder "porque muitas mulheres morrem por causa disto" (item 5).</p>	

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>6. Benefícios do Planejamento Familiar</p> <p>a) O Planejamento Familiar protege a saúde da mãe: ao espaçar o nascimento das crianças, a mãe recupera as forças desperdidas durante a gestação. Ao descansar física e mentalmente, passa a ter mais tempo para cuidar de si própria e de seus filhos. Quanto mais se cuidar das crianças, mais saudáveis serão elas.</p> <p>b) O Planejamento Familiar contribui para o bem-estar familiar: os pais que planejam o tamanho de suas famílias</p>		<p>Ao perguntar-se quais são os benefícios do Planejamento Familiar a puérpera deverá mencionar, no mínimo, dois (item 6).</p>	

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p>lias são mais felizes do que os que não o planejam pois, para aqueles, cada criança que nasce é uma criança desejada e portanto amada. A criança amada será mais feliz.</p> <p>c) Ajustamento conjugal: o casal que faz planejamento familiar sente maior segurança durante o ato sexual, o que também contribui para a fidelidade do casal.</p> <p>7. Problemas do Planejamento Familiar:</p> <p>A utilização de métodos an</p>			

Objetivos	Conteúdo	Métodos	Avaliação	Material para Avaliação
	<p> ticoncepcionais pode afetar a saúde da mulher (dores de cabeça, tontura, mal-estar). Há mulheres que não sentem nada e outras que se sentem mal. Depende das condições de cada uma. Por isso é importante comparecer à consulta médica. Ninguém deve usar métodos anticoncepcionais sem estar sob constante orientação médica. </p>		<p> Ao perguntar-se quais são os problemas que o uso dos anticoncepcionais acarretam, a puérpera deverá responder que "podem afetar a saúde da mulher" (item 7). </p>	