UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CAROLINE ALVES SERBONCHINI

A importância atribuída aos conteúdos abordados na 'Ficha de acompanhamento dos cuidados para promoção da saúde da criança' na consulta de pré-natal, na Zona Leste de São Paulo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cuidado em Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre.

**SÃO PAULO
2012**

CAROLINE ALVES SERBONCHINI

A importância atribuída aos conteúdos abordados na 'Ficha de acompanhamento dos cuidados para promoção da saúde da criança' na consulta de pré-natal, na Zona Leste de São Paulo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cuidado em Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre.

Área de concentração:
Cuidado em Saúde

Orientadora:
Profa. Dra. Maria de Lá Ó Ramallo
Veríssimo

SÃO PAULO
2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Serbonchini, Caroline Alves

Importância atribuída, aos conteúdos abordados na
Ficha de acompanhamento dos cuidados para promoção da
saúde da criança na consulta de pré-natal, na Zona Leste de São
Paulo / Caroline Alves

Serbonchini. -- São Paulo, 2012.

95 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria de Lá Ó Ramalho Veríssimo
Área de concentração: Cuidado em saúde

1. Cuidado pré-natal 2. Promoção da saúde 3. Gravidez
I. Título.

Nome: Caroline Alves Serbonchini

Título:

A importância atribuída aos conteúdos abordados na 'Ficha de acompanhamento dos cuidados para promoção da saúde da criança' na consulta de pré-natal, na Zona Leste de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho,

*Ao meu filhote, Lucas, razão do meu viver,
aos meus pais, Cleide e Edson,
à minha irmã, Mariana e
ao meu querido marido, Rafael.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, causa primeira de todas as coisas.

À minha família, meu porto seguro, fonte de amor, carinho, compreensão, respeito e companheirismo.

Especialmente à minha mãe e ao meu pai, que sempre acreditaram, confiaram em mim e nunca deixaram que eu desistisse quando, por vezes, o caminho se tornava mais áspero.

Ao meu filho Lucas, por sempre me receber com um sorriso maravilhoso e ser viciado em videogame, o que me deixa livre para os estudos.

Ao meu marido, por seu amor, companheirismo, apoio e incentivo constante, da sua imprescindível ajuda técnica.

À minha irmã, que é ótima escritora, por me ajudar na redação do trabalho e cuidar do Lucas sempre que preciso.

Às minhas queridas amigas: Aline, Brenda, Fer C, Fer M, Naná, Soraia e Juliana. Cada uma ao seu tempo e ao seu modo muito me auxiliam.

Especialmente à minha “nova” amiga Nat, que esteve sempre ao meu lado, em todas as horas e foi a melhor coisa que aconteceu durante esse trabalho.

À minha orientadora, professora doutora Maria de Lá Ó Ramallo Veríssimo, por seu apoio e inspiração durante o amadurecimento dos conhecimentos e conceitos que me levaram à execução e à conclusão desta dissertação.

Às professoras doutoras Ana Luiza Vilela Borges e Sonia Regina Leite de Almeida Prado, pelas contribuições dadas no Exame de Qualificação.

À Escola de Enfermagem da USP e seu corpo docente, por mais uma vez terem me acolhido.

Às alunas de graduação da EEUSP, por ajudar na coleta de dados.

A todos os funcionários da secretaria de pós-graduação e do Departamento ENS.

A todos da biblioteca, que nos recebem tão prestativos e gentis.

À gerente, às equipes de enfermagem, ACS e gestantes da UBS Dr. Thésio Ventura, porque, sem eles esse trabalho não seria possível.

Às gestantes que participaram deste estudo, pelo acolhimento e colaboração;

E a todos que fizeram parte desta caminhada, por todo apoio, meu sincero muito obrigada!

*“Jesus ilumina o caminho, mas quem tem que percorrê-lo somos nós.”
(André Luiz/Chico Xavier)*

Serbonchini CA. A importância atribuída aos conteúdos abordados na 'Ficha de acompanhamento dos cuidados para promoção da saúde da criança' na consulta de pré-natal, na Zona Leste de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

Objetivos. Caracterizar um grupo de mulheres gestantes quanto a cuidados da gestação, tendo como foco a promoção do desenvolvimento infantil, e identificar a importância atribuída à inserção desses cuidados como temas das consultas de pré-natal. **Método:** estudo quantitativo, descritivo e exploratório, realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), na Zona Leste da cidade de São Paulo. Participaram do estudo 96 gestantes, sorteadas dentre as matriculadas na UBS. A coleta de dados se deu por entrevistas, com instrumento baseado na *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança*. Parte das gestantes respondeu a perguntas abertas adicionais, justificando suas respostas. Realizou-se análise descritiva dos dados mediante frequências absolutas e relativas. As respostas às perguntas abertas foram submetidas à análise temática de conteúdo, obtendo-se categorias empíricas. **Resultados:** as gestantes tinham idade entre 18 e 42 anos, com maioria abaixo de 25 anos; 66,7% tinham Ensino Médio completo e 30,2% o Ensino Fundamental; 57,3% não exerciam atividade remunerada; 56,2% viviam com um companheiro. Quanto às características reprodutivas, 45,8% estavam na primeira gestação, sendo quatro o maior número de filhos vivos e sete o maior número de gestações. Quanto ao seguimento de pré-natal, houve ausência em gestações anteriores (4,2%) e na atual (1%); 49% participaram de atividades educativas sobre a gestação e 20,8% sobre o desenvolvimento infantil. Quanto aos cuidados com a gestação, houve respostas positivas abaixo de 70% para os seguintes tópicos: gravidez planejada; evitar esforços excessivos; considerar dor de cabeça forte e inchaço como risco. Entre 70 e 85% das participantes responderam positivamente em relação a alimentar-se, tomar vacinas e evitar contato com substâncias perigosas. Os seguintes itens tiveram respostas positivas em mais de 85% dos casos: realização do seguimento pré-natal; participação do pai na gestação; fazer tratamentos conforme orientações da equipe de saúde; evitar quedas, acidentes, fumar,

exames radiológicos, ingestão de álcool, drogas e medicamentos sem receita; identificar perda de líquido, sangramento vaginal e parada dos movimentos do bebê como sinais de risco. Quanto à importância atribuída à inserção de cada tema na consulta de pré-natal, somente o item “A gestante sente-se ajudada pela família?” resultou em menos de 70 % de respostas positivas. Mais de 85% das entrevistadas concordaram quanto à importância de inclusão dessas questões na consulta. A maior parte das justificativas favoráveis a questionar os temas de cuidado nas consultas considerou a necessidade de o profissional obter informações para nortear sua conduta e de tratar-se de cuidados relacionados ao bom desenvolvimento da gestação e do feto. Quanto às respostas negativas, foram justificadas pela impossibilidade do profissional atuar e também pela experiência relatada pelas gestantes de nunca terem sido abordadas a respeito do assunto nas consultas de saúde. **Conclusão:** Embora grande parte das gestantes afirme realizar os cuidados necessários para a promoção da saúde e desenvolvimento do feto, alguns baixos índices de respostas positivas indicam situações que demandam maior atenção do serviço de saúde no acompanhamento pré-natal, especialmente para as gestantes que não conseguem garantir todos os cuidados necessários.

Palavras-chave: cuidado pré-natal, promoção da saúde, gravidez.

Serbonchini CA. The importance attached to the content covered in the 'Formulary of attendance of the child health promotion care' in prenatal consultation in the East Zone of São Paulo [thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

ABSTRACT

Objectives: to characterize a group of pregnant women about pregnancy care, focusing on the promotion of the child development, and identify the importance attributed to the insertion of such care as issues of prenatal consultations. **Method:** quantitative, descriptive and exploratory, performed in a public Health Unit (in Portuguese, *Unidade Básica de Saúde – UBS*), at the East Zone of the city São Paulo. The study included 96 pregnant women randomly selected among those enrolled at the UBS. The information collection occurred through interviews with instrument based on the Formulary of attendance of the child health promotion care (in Portuguese, *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança*) with a number of women answering additional open questions, and justifying their answers. We conducted a descriptive analysis of the material by absolute and relative frequencies. The answers to open questions were submitted to thematic analysis by the contents, obtaining empirical categories. **Results:** patients were between 18 and 42 years old, most under 25, 66.7% had completed high school and 30.2% had only primary education, 57.3% were not waged, 56.2% lived with a partner. In respect to reproductive traits, 45.8% were in the first pregnancy, being four the largest number of living children and seven the largest number of pregnancies. About the prenatal permanence, it did not happen in previous pregnancies (4.2%) and current (1%), 49% participated in educational activities about the pregnancy and 20.8% about child development. For the matter of pregnancy care, positive answers were below 70% for the following topics: unplanned pregnancy; avoid overexertion; considered severe headache and swelling as a risk. Between 70 and 85% of participants responded positively with regard to feeding, vaccinations and avoid contact with dangerous substances. The following items had positive responses in more than 85% of cases: permanence in prenatal consultations, parent involvement during pregnancy, to follow treatment guidelines of the health team; prevent falls, accidents, to avoid smoking, X ray exams, alcohol intake, nonprescription drugs, to identify loss of fluid, vaginal bleeding and stop the baby's movements as signs of risk. As regards the importance attributed to the insertion of each topic in the pre-natal consultations, only the item "Does the patient feel supported by the family?" resulted in less than 70% of positive responses. With values between 70 and 85% were: avoiding falls, accidents and contact with dangerous substances; to consider severe headache and swelling as signs of risk for pregnancy, and avoid radiological examinations. Over 85% of respondents agreed on the importance of including these questions in the consultation. The most favorable reasons to question the issues of care in the consultations considered the need of information for the professional, to guide their conduct and care. For the matter of negative responses, were

justified by the inability of the professional work, and also the experience reported by pregnant women who have never been approached on the subject in health consultations. **Conclusion:** Although most of the women claim to make the necessary care to health promotion and fetus development, some low rates of positive responses indicate situations that require greater attention from health care in prenatal care, especially for pregnant women who cannot ensure all the necessary precautions.

Keywords: prenatal care, health promotion, pregnancy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de gestantes segundo características etárias, escolaridade, exercício de atividade remunerada, estado civil e cor da pele.	39
Tabela 2 - Distribuição das gestantes segundo número de filhos vivos e número de gestações.....	40
Tabela 3 - Distribuição das gestantes segundo ocorrência de aborto e morte de algum filho.....	41
Tabela 4 - Distribuição das gestantes segundo seguimento de pré-natal nas gestações anteriores e atual.....	42
Tabela 5 - Distribuição das gestantes segundo número de consultas de pré-natal por período gestacional.....	42
Tabela 6 - Distribuição das gestantes segundo experiência de participação de atividade educativa relativa à gestação e desenvolvimento infantil (DI).....	43
Tabela 7 - Distribuição das gestantes segundo o local em que participou de atividade educativa relativa à gestação e desenvolvimento infantil.....	43
Tabela 8 - Distribuição das gestantes segundo o tipo e condições de moradia e aglomeração no domicílio.....	44
Tabela 9 - Distribuição das gestantes que têm hábito de leitura segundo a frequência e tipo de literatura.....	45
Tabela 10 - Número de moradores no mesmo domicílio da gestante, segundo faixa etária.....	46
Tabela 11 - Distribuição dos chefes de família segundo idade e escolaridade.....	47

Tabela 12 - Distribuição das gestantes segundo respostas à aplicação da ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança.....48

Tabela 13 - Distribuição das gestantes segundo respostas “sim” na aplicação das questões da Ficha de acompanhamento dos cuidados para promoção da saúde da criança, referentes ao período da gestação.....49

Tabela 14 - Distribuição das gestantes segundo atribuição de importância às questões sobre planejamento da gravidez, participação do pai, ajuda familiar e realização de consultas de pré-natal.....50

Tabela 15 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância de perguntar sobre o planejamento da gestação na consulta de pré-natal.....51

Tabela 16 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância de perguntar sobre a participação do pai durante a gestação na consulta de pré-natal.....52

Tabela 17 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre sentir-se ajudada pela família na gestação.....53

Tabela 18 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância de perguntar sobre realização do pré-natal, durante a consulta de pré-natal.....53

Tabela 19 - Distribuição das gestantes segundo atribuição de importância às questões sobre alimentação, vacinação e orientações conforme equipe de saúde.....54

Tabela 20 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre a alimentação da gestante.....55

Tabela 21 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre realização da vacinação.....55

Tabela 22 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre seguir o tratamento conforme orientação médica.....56

Tabela 23 - Distribuição das gestantes segundo importância da inclusão das questões sobre evitar esforços excessivos, quedas, acidentes e contato com substâncias perigosas.....57

Tabela 24 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre esforço excessivo durante a gestação.....57

Tabela 25 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre quedas durante a gestação.....58

Tabela 26 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre acidentes durante a gestação.....59

Tabela 27 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre contato com substâncias perigosas.....60

Tabela 28 - Distribuição das gestantes segundo importância da inclusão das questões sobre considerar esses sinais: perda de líquido, sangramento vaginal, dor de cabeça forte, inchaços e parada dos movimentos do bebê, perigosos para gravidez.....61

Tabela 29 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre o sinal de risco: perda de líquido.....61

Tabela 30 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre o sinal de risco: sangramento vaginal.....62

Tabela 31 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre o sinal de risco: dor de cabeça forte.....62

Tabela 32 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre o sinal de risco: inchaço.....62

Tabela 33 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre o sinal de risco: parada dos movimentos do bebê.....64

Tabela 34 - Distribuição das gestantes segundo importância da inclusão das questões sobre evitar: tomar remédios sem receita; fazer exame de raio-X; fumar; tomar bebidas alcoólicas, e usar drogas, na consulta de pré-natal.....64

Tabela 35 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre evitar tomar remédios sem receita médica.....65

Tabela 36 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre evitar exame de raio-X.....66

Tabela 37 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre evitar fumar.....66

Tabela 38 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre evitar tomar bebida alcoólica.....67

Tabela 39 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre evitar usar drogas..68

LISTA DE SIGLAS

AAS	Ácido acetilsalicílico
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças da Infância
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Assistência de Saúde da Família
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	21
1.1 A Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança do projeto Nossas crianças: janelas de oportunidades.....	21
1.2 A promoção da saúde e o desenvolvimento Infantil	24
1.3 A gestação e o desenvolvimento infantil	26
1.4 Relação entre a gestação e o desenvolvimento infantil	31
2 OBJETIVOS.....	35
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	36
3.1 População em estudo.....	38
3.2 Critério de inclusão e exclusão	38
3.3 Coleta de dados.....	39
3.4 Procedimentos éticos	41
3.5 Sistematização e análise dos dados.....	41
4 Resultados.....	42
5 DISCUSSÃO	72
6 Considerações Finais.....	78
Referências.....	80
APÊNDICE 1	87
ANEXO 1.....	91
ANEXO 2	95
ANEXO 3	96
ANEXO 4.....	97

1. INTRODUÇÃO

1.1 *A Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança do projeto Nossas crianças: janelas de oportunidades*

A proposta de avaliar a ficha de acompanhamento dos cuidados para promoção da saúde da criança no período pré-natal faz parte de um projeto maior que visa à “Avaliação de nova tecnologia para promoção do desenvolvimento infantil na atenção primária de saúde”.

Essa nova tecnologia refere-se aos instrumentos do projeto “Nossas crianças: janelas de oportunidades” (*Janelas*), elaborado pela equipe responsável pela implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), do município de São Paulo, com o propósito de desenvolver tecnologias de apoio ao trabalho das equipes de saúde.

Em julho de 2001, a Coordenação do Programa de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) firmou um convênio com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Associação Comunitária Monte Azul para o desenvolvimento de um projeto de cooperação técnica para a formulação de tecnologias adequadas à atuação com famílias, na perspectiva de fortalecer aspectos da promoção da saúde infantil (Chiesa et al., 2003), criando o projeto *Janelas*.

O projeto *Janelas* tem por objetivo fortalecer as ações de promoção do desenvolvimento infantil de crianças de zero a seis anos de idade, incluindo o período gestacional, por meio da qualificação dos cuidados familiares, envolvendo as equipes de Saúde da Família (Zilioli et al., 2008), mediante uma estrutura sistemática de promoção de saúde e acompanhamento dos cuidados oferecidos às crianças, desde a gestação.

Seus instrumentos foram produzidos no ano de 2003, por profissionais da área de saúde: médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta, com a colaboração da Pastoral da Criança, que ofereceu oficinas de trabalho com profissionais da rede de atenção primária de saúde. Os instrumentos lançados foram: a cartilha; o manual *Toda hora é*

hora de cuidar; a Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança (ANEXO 1), bem como um manual para orientação do seu preenchimento

A cartilha foi elaborada para ser utilizada com as famílias que tenham gestantes e/ou criança com até seis anos de idade e aborda temas diversificados sobre o desenvolvimento infantil, em linguagem simples e com apoio de ilustrações. Seus conteúdos versam sobre alimentação, higiene, prevenção de acidentes, amor e segurança, brincadeira, direitos e participação (SMS, 2002).

O manual de apoio foi desenvolvido para auxiliar o trabalho das equipes de saúde. Contém um material teórico para o aprofundamento do atendimento, segundo os tópicos da cartilha, e outro prático, com orientações sobre como trabalhar com as famílias (SMS, 2002).

A ficha busca sistematizar o acompanhamento dos cuidados oferecidos às crianças, mediante registro das avaliações e ações realizadas pela equipe de saúde no cuidado da criança, enfocando tópicos que orientam uma análise sistematizada em cada área abordada. Foi elaborada para ser utilizada pelos médicos e enfermeiros da equipe de saúde da família nos contatos com as crianças (Veríssimo, Chiesa, 2009).

Os objetivos específicos da ficha são: possibilitar acompanhamento e registro das observações e condutas da equipe de saúde em relação às oportunidades que a família oferece para as crianças (da gestação até os 6 anos); orientar o profissional da saúde quanto a pontos-chave dos cuidados e obter parâmetros para continuidade do trabalho, e servir como recurso para reflexão em grupo com os pais.

Esse acompanhamento permite reconhecer aspectos do cuidado que devem ser reforçados por serem favoráveis ao desenvolvimento infantil, e/ou por identificarem fatores vulneráveis que necessitariam de um olhar mais aprofundado para promover melhores ações.

Com uma linguagem de fácil compreensão, e utilizando de temas complexos, a ficha organiza-se em um roteiro de orientação para o diálogo do profissional com o paciente, e deve ser preenchida por profissionais de nível superior. Dessa forma, avaliam-se os principais fatores que influenciam

no desenvolvimento infantil e propõe-se desenvolver ações correspondentes (SMS, 2002). Essa ficha foi subdividida em três conjuntos de tópicos: 1. Períodos pré-natal, nascimento e pós-natal; 2. Cuidados à criança; 3. Registros das visitas dos agentes comunitários de saúde.

A primeira parte, que compreende o período pré-natal, apresenta questões que se referem aos cuidados da mulher com a gestação que possam interferir no desenvolvimento infantil (SMS, 2002). Questões como essas podem ser trabalhadas na forma de conversa, e não em um questionário corrido, assim, o profissional pode identificar tanto os cuidados que a gestante está tendo com a própria gestação e, indiretamente, com a saúde do bebê, quanto a aceitação e participação familiar nesse período de gestação.

À medida que o profissional aplica o questionário, anota na coluna correspondente à data de avaliação, S (sim), N (não) e NA (não se aplica). É desejável que sua aplicação seja realizada o mais precocemente possível, para que as intervenções que se fizerem necessárias possam ser realizadas (SMS, 2002).

Respostas “sim” correspondem à realização do cuidado desejável, e, portanto, à presença de fatores de proteção. Já as respostas “não” mostram ausência do cuidado e risco para a gestação e o bebê, indicando necessidade de intervenção junto à gestante e à família (SMS, 2002).

O projeto piloto de implantação do *Janelas* aconteceu no período de agosto a outubro de 2003, com cursos de formação de profissionais da área da saúde. Foram selecionadas regiões do município de São Paulo de acordo com os seguintes critérios: maior concentração de famílias com renda inferior a cinco salários mínimos; maior incidência de partos prematuros; maior número de partos em mulheres menores de 20 anos, e maior taxa de mortalidade infantil. As áreas selecionadas foram: M'Boi Mirim; Parelheiros; Cidade Ademar e Grajaú, na Região Sul; Brasilândia e Sé, na Região Centro-Norte; São Miguel Paulista; Itaquera e Cidade Tiradentes, na Região Leste.

Com base nos estudos de avaliação da implantação do Projeto, ocorridos nos anos de 2004 a 2006, pode-se dizer que, de maneira geral, as

ações propostas pelo programa foram bem aceitas, tanto pelas equipes de saúde quanto pela população, e que a cartilha e o manual são importantes e adequados para a equipe de saúde na promoção do desenvolvimento infantil, pois são instrumentos que sistematizam as ações de promoção de desenvolvimento infantil desde a gestação. Contudo, as avaliações referentes à ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde infantil foram restritas, não incluindo a população usuária dos serviços, apenas profissionais e estudantes de graduação em enfermagem (Chiesa et al., 2009).

Considerando que o Projeto *Janelas* prevê o cuidado como um dos determinantes do desenvolvimento infantil, e sendo o referencial de promoção da saúde um de seus pilares, faz-se apropriado apresentar os conceitos de promoção da saúde e do desenvolvimento infantil.

1.2 A promoção da saúde e o desenvolvimento Infantil

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos. (MS, 2010)

Em cada período histórico houve inúmeras transformações nas diretrizes das políticas de saúde, principalmente, as voltadas à população infantil. Essas diretrizes enfocam um importante indicador, a mortalidade infantil, o qual reflete não apenas o nível de saúde, mas a qualidade de vida da população (UNICEF, 2006).

Assim sendo, a atenção à saúde da criança vem sendo alvo de preocupação de profissionais da saúde, gestores e políticos, representando uma área de investimentos prioritária, inserida nos cuidados à saúde da população (Trapé, Fujimori, 2009).

Desde a década de 1980, tem-se criado estratégias que visam a ações de promoção à saúde infantil, sendo que a promoção da saúde não

está apenas vinculada ao processo de saúde-doença, mas aos determinantes desse processo (Trapé, Fujimori, 2009).

Em 1984, foi lançado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), com o objetivo de reduzir a morbi-mortalidade na faixa etária de zero a cinco anos. Foi considerada uma política de universalidade das ações, porque visava a alcançar e beneficiar toda população infantil brasileira, concentrando-se no desenvolvimento de cinco ações básicas de saúde, capazes de responder aos problemas comuns da infância e de uma forma integrada: incentivo ao aleitamento materno; assistência e controle das infecções respiratórias e diarreicas; controle das doenças preveníveis por imunização e acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil (MS, 1984).

O objetivo do Ministério da Saúde (MS) era mudar o enfoque de uma assistência médico-curativa, centrada na atenção à demanda espontânea às crianças doentes, para garantir a integralidade na assistência prestada pelos serviços de saúde às crianças.

No entanto, embora os programas assistenciais à criança tivessem uma ideologia de atenção integral, esta ainda estava longe de ser alcançada, devido a fragilidades e fragmentação das ações oferecidas pelos profissionais da rede de serviços (MS, 1984).

Em 1994, com o objetivo de reorientação do modelo assistencial – sabendo que é no núcleo familiar que o indivíduo apresenta suas relações mais significativas, e que também são os principais responsáveis pela presença ou ausência de saúde –, criou-se o Programa de Saúde da Família (PSF), que atualmente recebe o nome de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF busca, por meio da figura do agente comunitário e da articulação com os profissionais (enfermeiro, médico e auxiliar de enfermagem) atuar de forma integral, observando o indivíduo ao longo do seu ciclo vital. Logo, encontramos programas baseados na atenção à saúde da criança, da mulher (do período reprodutivo ao climatério), do adulto e do idoso. Considerando que tais programas possibilitam a incorporação de

novas estratégias, dentre elas, por exemplo, a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI).

A estratégia AIDPI foi introduzida no Brasil em 1996, com o principal objetivo de reduzir a morbi-mortalidade nos casos de infecções respiratórias agudas, diarreias e desnutrição, por meio de ações adequadas de prevenção ou de tratamento e aplicação de tecnologias apropriadas (MS, 2003).

No contexto da atenção básica à saúde, o MS realizou, em 2002, uma revisão do Caderno de Atenção Básica – Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, adotando normas para crescimento e desenvolvimento infantil saudável, na perspectiva de garantir o direito da população (MS, 2002; Figueiredo, 2007).

Em 2004, o MS lançou a Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Esse documento foi criado com a finalidade de reorganizar a assistência infantil e facilitar para gestores e profissionais a visualização das ações prioritárias à saúde da criança. Enfatiza o cuidado integral, as necessidades e direitos da criança como indivíduo, preconizando assistência qualificada e humanizada (MS, 2004).

O material também assegura os princípios norteadores do cuidado à saúde da criança, que são: acesso universal; acolhimento; assistência integral e resolutiva; equidade; desenvolvimento de ações para a promoção da saúde infantil; participação da família e avaliações permanentes da assistência prestada (MS, 2004; Figueiredo, 2007).

Percebe-se o intuito de estimular uma atenção integrada de tratamento e de prevenção de doenças prevalentes na infância – ampliando a noção de desenvolvimento infantil – e a consideração sobre a qualidade de vida e o bem-estar da criança e de sua família. Logo, a atenção à gestação e ao parto também se faz fundamental, uma vez que esses momentos são igualmente decisivos na configuração da saúde da criança.

1.3 A gestação e o desenvolvimento infantil

Considerando a relação mútua entre os cuidados na gestação e o desenvolvimento infantil, o acompanhamento pré-natal torna-se um dos focos de atenção prioritária.

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher e as pessoas significativas para ela, visando à prevenção e/ou identificação, e/ou correção das anormalidades maternas ou fetais. Objetiva-se, quando possível, o bem-estar do binômio, cabendo também a instrução da gestante a respeito do período gestacional e puerperal e a promoção de suporte adequado para que esse período possa ser bem-sucedido (MS, 2005).

Para garantir atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada, o Ministério da Saúde (2005) preconiza algumas ações, como:

- Primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação;
- No mínimo seis consultas de pré-natal (uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre);
- Uma consulta puerperal, até 42 dias após o parto;
- Atividades educativas (um grupo no primeiro trimestre, outro no segundo trimestre e finalmente um no terceiro trimestre);
- Classificação de risco gestacional em todas as consultas.

A identificação de um fator de risco gestacional já é suficiente para classificar a gestação quanto ao risco, devendo ser acompanhada por unidades especializadas em alto risco, além da continuidade do acompanhamento na UBS de referência (MS, 2005).

As ações educativas, também preconizadas, são formas de trocar informações sobre as experiências entre as mulheres e os profissionais, e é considerada a melhor forma de promover a compreensão sobre o processo de gestação. Essas ações devem ser estendidas aos companheiros, assim promovendo o envolvimento nas discussões e nas questões sexuais e reprodutivas. Dentre as orientações preconizadas para o cuidado da gestação/gestante, pelo MS (2005), três estão relacionadas ao desenvolvimento infantil:

- Importância da participação do pai na gestação e do estabelecimento do vínculo pai-filho para o desenvolvimento saudável da criança;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

O acompanhamento pré-natal deve englobar aspectos físicos e biológicos, além dos aspectos emocionais e psicológicos que envolvem uma gestação, como as experiências anteriores, sentimentos, ansiedades, medos e mudanças nos vínculos afetivos (MS, 2005).

Na primeira consulta de pré-natal, o profissional, por meio de uma relação de confiança e respeito, deve amparar e apoiar a gestante, ouvindo suas angústias e dúvidas frente ao seu novo papel na sociedade; reconhecendo a rede de apoio, os vínculos emocionais e afetivos dela e suas vulnerabilidades físicas e psíquicas. Cabe ao profissional favorecer a participação do acompanhante nas consultas ou atividades educativas para que ele também participe desse período (MS, 2005).

É também na primeira consulta de pré-natal que deve ser realizada a anamnese, que aborda dados de aspectos epidemiológicos, antecedentes familiares e pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual (ANEXO 2 e 3).

Com a progressão da gestação, mudanças tanto físicas quanto psicológicas ocorrem em todos os trimestres, a saber: no primeiro - oscilações do humor, náuseas, sonolência e cansaço; no segundo - passividade e introspecção, alteração do desejo sexual, alterações da estrutura corpórea; no terceiro - ansiedade pela proximidade do parto, medo da dor e da morte durante o parto e aumento das queixas físicas (MS, 2005).

Durante o puerpério, a chegada do bebê pode gerar ansiedade, sintomas depressivos e prorrogação das necessidades da puérpera em função das do bebê, o que pode gerar maior vulnerabilidade ao binômio, sendo imprescindível a atenção profissional às questões psíquicas, pois se

entende que atividades como alimentação, higiene, conforto e carinho são essenciais ao bebê (MS, 2005).

Segundo o Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (2010) as competências das UBS são: início precoce do pré-natal, rastreamento de todas as gestantes, agendamento em curto prazo, garantia de consulta de puerpério entre sete a dez dias após o parto; consultas mensais até a 32ª semana, quinzenais entre 32 e 36 semanas; e semanais no último mês.

Os fatores de risco gestacional devem ser identificados, pois assim pode-se reduzir a mortalidade e a morbidade materna e do recém-nascido. Os fatores de risco podem ser divididos em:

- 1) Fatores de risco de maior incidência: Síndrome hipertensiva ou hemorrágica em gestação anterior; aborto, hipertensão arterial crônica, cardiopatia, diabetes, doenças sexualmente transmissíveis (Síndrome da imunodeficiência adquirida); gemelaridade, infecção do trato urinário, multiparidade, idade menor que 16 anos e maior que 35 anos; dependência de drogas; tabagismo, peso corpóreo.
- 2) Fatores de risco com maior recorrência: morte perinatal; recém-nascido de baixo peso (menor que 2.500 g); recém-nascido prematuro (menos de 37 semanas); recém-nascido com más-formações, abortos de repetição, situação de violência.

Faz-se necessário discorrer também sobre problemas nutricionais, infecção urinária, síndrome hemorrágica da gestação; e descrever a fisiopatologia, conceito, diagnóstico e conduta.

Implantado em 2006, pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, o programa Mãe Paulistana tem por objetivo desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à gestante, desde as consultas de pré-natal, parto e puerpério, até o primeiro ano de vida do bebê.

A gestante é cadastrada no programa e passa a receber os seguintes benefícios: acompanhamento da consulta de pré-natal; realização de todos os exames necessários para acompanhamento da gestação; garantia de referência para um hospital da região onde mora; visita à maternidade onde

será realizado o parto; transporte municipal gratuito para realizar consultas e exames durante a gravidez e primeiro ano de vida da criança; consultas e exames para a criança, e enxoval básico para o bebê.

Faz parte do programa uma Central de Regulação Obstétrica e Neonatal que, após o cadastro da gestante na UBS, faz o acompanhamento ao longo da gravidez, podendo resgatar aquelas que faltam às consultas. Esse órgão também acompanha as gestantes que são encaminhadas aos serviços de alta complexidade.

Após o parto, o agendamento da primeira consulta, tanto para puérpera quanto do recém-nascido, será marcada o mais próximo de sua casa, antes de sua alta hospitalar. O programa também oferece orientação para o planejamento familiar.

Existe também o Protocolo de Pactuação Técnica do Projeto Mãe Paulistana (2007) que se refere aos seguintes problemas gestacionais: diabetes mellitus gestacional, gestação prolongada, pré-eclâmpsia, hipertensão arterial crônica, gestação em mulheres maiores de 40 anos, gestantes Rhesus (Rh) negativo, doenças da tireoide, gestações múltiplas, hepatites e toxoplasmose, cujos conceitos, diagnósticos e condutas estão representados de forma didática em árvores decisórias.

Há, ainda, nota técnica sobre o uso de ácido acetilsalicílico (AAS) em baixas doses na prevenção secundária de pré-eclâmpsia, e sobre o uso de corticosteroide no pré-natal para redução da mortalidade neonatal, prevenção da doença de membrana hialina e prevenção de hemorragia intracraniana.

Em todos esses programas, sendo eles de âmbito nacional ou municipal, podemos verificar grande preocupação com a atenção materno-infantil, principalmente na redução das taxas de mortalidade e na garantia do crescimento e desenvolvimento infantil saudáveis/adequados.

A ficha do Programa Mãe Paulistana é composta por dados da usuária: nome; idade; local de nascimento; endereço; escolaridade; situação familiar – com quem vive; estado civil; ocupação; realização de esforço físico; contato com produtos químicos; informações sobre a gestação atual – data da última menstruação, data provável do parto, idade gestacional,

gestações anteriores, filhos vivos, condições prévias de saúde, fumo, álcool, drogas, condição vacinal; dados do atendimento – peso, estatura, índice de massa corpórea, pressão arterial; exames solicitados; avaliação de riscos gravídicos potenciais – idade < 16 e > 40 anos, estatura < 145 cm, peso < 45 e > 90 Kg, grande múltipara, abortos, natimorto, diabética, hipertensa, tabagista, consumo álcool/drogas, baixa renda familiar e escolaridade, ocupação que oferece risco.

Apesar de algumas semelhanças entre a ficha do projeto Janelas e a do Programa Mãe Paulistana, esta última não contempla as questões referentes ao planejamento familiar, participação e apoio do pai da criança e família, prevenção de quedas e acidentes e identificação de sinais de risco pela gestante – perda de líquido, sangramento vaginal, dor de cabeça forte, inchaço e parada dos movimentos do bebê, evitar tomar medicação sem receita médica e realizar exames radiológicos.

Comparando os conteúdos já descritos, pertinentes a cada estratégia, a Ficha de acompanhamento dos cuidados para promoção da saúde da criança, apresenta de modo claro os conteúdos preconizados pelo MS, porém, estes são abordados em forma de questões, o que garante qualidade no atendimento e identificação de situações de risco.

1.4 Relação entre a gestação e o desenvolvimento infantil

O desenvolvimento infantil tem início na gestação e pode ser definido pelo entrelaçamento dos seguintes aspectos: crescimento físico e maturação dos sistemas neurológico, cognitivo, social e afetivo, cujo produto final é uma criança capaz de responder às suas necessidades e às do meio em que vive, considerando seu contexto de vida (OPAS, 2005).

Assim, não é necessário esperar o nascimento do bebê para iniciar os cuidados de promoção ao seu desenvolvimento, pois a ligação afetiva se inicia antes do nascimento, ou seja, na gestação, onde gradualmente a mulher desenvolve a ligação com o feto (Brazelton et al., 1992; Bowlby, 2002) .

O mais primitivo vínculo humano acontece dentro da barriga da mãe. Desde a implantação do óvulo, com a sustentação da gestação, transmite ao bebê os primeiros registros celulares de aceitação, conexão e sobrevivência (Reicher, 2009).

O apego é definido como uma variação do vínculo afetivo no qual existe a necessidade da presença do outro e um acréscimo na sensação de segurança na presença deste. No apego, o outro é visto como uma base segura, a partir da qual o indivíduo pode explorar o mundo e experimentar outras relações (Bowlby, 2002).

O sentimento do bebê em relação a seus pais é um apego, na medida em que ele sente nos pais a base segura para explorar e conhecer o mundo. Entretanto, o sentimento dos pais em relação ao filho é mais corretamente descrito por vínculo afetivo, já que os pais não experimentam um aumento em seu senso de segurança na presença do filho, e tampouco o filho tem para com os pais a característica de base segura. Essa relação de afeto e de apego é imprescindível para um desenvolvimento infantil adequado (Bowlby, 2002; Rios, 2007).

Estudo realizado por Siddiqui e Hägglöf (2000), com o intuito de verificar a possível associação entre a vinculação do pré-natal materno, no terceiro trimestre de gravidez, e interação mãe-bebê na 12ª semana após o nascimento, verificou que há possíveis associações entre apego maternal pré-natal e pós-natal para comportamento infantil, e que existe uma associação significativa entre pontuação total do apego maternal pré-natal e comportamento pós-natal, ou seja, as mães que apresentavam mais apego pré-natal também foram mais envolvidas durante a interação pós-natal.

Esse estudo mostrou, ainda, que as mães que apresentaram maior carinho e fantasias (sonhos) com seu bebês durante a gravidez, apresentaram maior interação com seus eles, sendo mais ativas em estimular seus filhos. Além disso, as mães que apresentaram menor vínculo emocional com o feto desenvolveram um relacionamento de distância, desde o nascimento, mantendo-se baixo até dois meses de vida.

Os autores concluíram que as mulheres que apresentam maior interação com seus bebês mantêm o relacionamento iniciado na gravidez.

As experiências maternas de afeto vividas durante o pré-natal estão associadas à interação mãe-bebê pós-natal.

Os autores concluíram que as mulheres que apresentam maior interação com seus bebês mantêm o relacionamento iniciado na gravidez. As experiências maternas de afeto vividas durante o pré-natal estão associadas à interação mãe-bebê pós-natal. É por isso que se deve promover a ligação pré-natal na esperança de melhorar o apego pós-natal. (Müller, 1996).

Além da importância da relação entre o apego pré e pós-natal, há outro estudo que relaciona as práticas de saúde na gestação com o apego pré-natal.

Esse estudo mostra que o apego materno fetal está positivamente associado a práticas de saúde pré-natal (Callister, 2002), ou seja, níveis altos de apego materno-fetal são associados com melhores práticas de saúde (Lindgre, 2001).

Como as práticas de saúde são importantes para os resultados maternos e dos bebês, torna-se importante identificar os fatores que influenciam as práticas de saúde, além de sugerir que o reconhecimento das gestantes com baixos níveis de apego materno fetal pode prever que tenham práticas de saúde pobres (Lindgre, 2001).

A Ficha de acompanhamento dos cuidados para promoção da saúde da criança no período pré-natal identifica as práticas de cuidados que a gestante tem durante o período pré-natal. As questões abordadas na ficha podem identificar se as gestantes estão ou não realizando boas práticas de saúde, favorecendo assim o desenvolvimento infantil pré e pós-natal, além de direcionar o profissional da saúde durante orientação e conduta.

Apesar de a ficha já ter sido avaliada por peritos (enfermeiros, médicos, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, coordenadora de pastoral da criança), sua aplicação ainda não foi testada sistematicamente e nem houve apreciação de seu conteúdo pelos usuários do serviço. Portanto, propõe-se no presente estudo caracterizar os cuidados com a gestação contidos na ficha e identificar a importância deles para as gestantes. Entende-se que dar voz à população é importante, porque

fornece subsídios para a construção de parcerias entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. Os resultados deste estudo podem ainda contribuir para redefinir prioridades e ações para atendimento no período pré-natal.

Dessa forma, são perguntas da pesquisa:

Os cuidados referentes ao período pré-natal, propostos na *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança* são realizados pelas gestantes?

As gestantes consideram importante que o profissional de saúde aborde os cuidados referentes ao período gestacional da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança* nas consultas de pré-natal?

2 OBJETIVOS

Caracterizar a população de mulheres gestantes quanto a aspectos de cuidados da gestação, mediante aplicação da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança*.

Identificar a importância atribuída por mulheres gestantes à inserção dos conteúdos referentes ao período gestacional da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança* nas consultas de pré-natal.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo tem abordagem quantitativa, descritiva, exploratória. Para conhecer a importância atribuída aos conteúdos sobre a gestação da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança*, desenhou-se um inquérito a partir do conteúdo da ficha. Buscando maior compreensão das opiniões das participantes, ampliou-se o inquérito para cerca de 15% delas, explorando as suas justificativas para as respostas.

Estudos quantitativos buscam descrever significados a situações de forma objetiva e têm como característica permitir uma abordagem focalizada e estruturada, com a utilização de dados quantitativos (Polit, 2004).

A descrição na abordagem quantitativa tem por finalidade descrever os dados, relatando os fenômenos conforme sua predominância, incidência, tamanho e atributos mensuráveis (Polit, 2004).

O local do estudo foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de São Paulo, selecionada dentre as unidades que participaram anteriormente da implantação do projeto *Nossas Crianças: janelas de oportunidade*. Para isso foi realizado um levantamento entre todas as UBS participantes, identificando dentre elas, duas que afirmaram contar com profissionais egressos do projeto e manifestaram interesse prévio em permitir a realização da pesquisa. Porém, só houve possibilidade de efetivar o estudo em uma das UBS, devido a dificuldades de organização na outra unidade.

Assim, realizou-se a pesquisa na UBS Dr. Thércio Ventura, pertencente à coordenadoria de Saúde de São Miguel Paulista (Região Leste) e ao distrito administrativo São Miguel Paulista. Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de novembro de 2010, a UBS tinha uma população estimada de 28.000 pessoas, sendo 23.837 cadastradas (85%), num total de 6.465 famílias, com 11.269 homens e 12.568 mulheres.

O primeiro contato foi estabelecido, por telefone, com a enfermeira que havia participado da capacitação do projeto *Nossas Crianças: janelas de oportunidades*. Após apresentação, conversou-se de forma breve sobre o projeto Janelas e sobre o projeto do mestrado. Como houve interesse, foi agendada uma visita à UBS.

No primeiro momento da visita, a conversa foi sobre o projeto *Janelas de Oportunidades*. Ouvimos como o projeto deixou “marcas” positivas e que, mesmo não sendo mais utilizadas suas ferramentas específicas, os conteúdos até hoje são utilizados nas consultas e grupos. Em seguida, conversamos sobre a nossa pesquisa e explicamos a proposta principal do projeto. Após isso, fomos apresentadas à gerente da UBS, solicitando a permissão para realizarmos a pesquisa, e entregando a ela uma cópia da aprovação do Comitê de Ética. A seguir, realizamos um reconhecimento de campo da Unidade.

A UBS é bem estruturada, de fácil acesso, perto de uma avenida principal da região e do metrô. É composta por uma área administrativa, copa e banheiros para os funcionários e usuários, recepção, onde ficam arquivados os prontuários e computadores para agendamento de consulta, sala própria para Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sala de reuniões da equipe, onde também são realizados os grupos, sala e antessala da odontologia, sala de medicações, sala de inalação, sala de procedimentos, sala para coleta de Papanicolau, expurgo, almoxarifados, uma área com cadeiras destinada à espera, banheiros e bebedouros para os usuários, sala de vacinação, farmácia, sala do Núcleo de Assistência de Saúde da Família (NASF), que conta com os seguintes especialistas: assistente social; psicóloga; nutricionista e fonoaudióloga. Os 16 consultórios para realização de consultas médicas e de enfermagem são equipados com maca de exames, mesa, cadeiras e balanças adulto e infantil.

As equipes de saúde da família são sete, nomeadas por número: 211; 212; 213; 214; 215; 216, e 374 – cada uma delas atende a cinco micro-áreas.

3.1 População em estudo

Em agosto de 2010, conforme dados do SIAB, havia uma população total de 149 gestantes, acima de 18 anos.

Para calcular o tamanho da amostra necessário para estimar a proporção de gestantes que consideram importantes os conteúdos da ficha de acompanhamento na consulta de puericultura, foi utilizada a seguinte equação:

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{m^2}$$

Arbitrando uma confiança de 95%, margem de erro (m) de 10% e um estimador para p de 50% (valor que maximiza o tamanho da amostra) o tamanho da amostra é:

$$n = \frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5}{0,10^2} \sim 96$$

$$\text{com } q = 1 - p$$

Para a escolha da amostra, com a ajuda das ACS e da gerente da UBS, foi confeccionada uma listagem contendo os nomes de todas as gestantes ($n=149$). Em seguida, tais nomes foram substituídos por uma sequência crescente de números ordinais. A partir dessa sequência numérica, por meio de programa estatístico (Minitab®) foi então sorteada uma amostra de forma aleatória, de 96 gestantes.

3.2 Critério de inclusão e exclusão

Foi considerado como critério de inclusão a mulher ser gestante, maior de 18 anos e realizar pré-natal na UBS Dr. Thersio Ventura. E como

critério de exclusão, ser gestante menor de 18 anos de idade, devido a aspectos éticos e de caracterização diferenciada dos adolescentes.

3.3 Coleta de dados

O conteúdo avaliado pelas gestantes referia-se às questões do período pré-natal da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança*. Foi então construído um instrumento (ANEXO 4), com as questões da ficha referentes aos cuidados da gestante no período pré-natal que influenciam o desenvolvimento do feto, adicionadas de questões de caracterização da população em estudo.

Os dados de caracterização socioeconômica incluíram idade, escolaridade, profissão, atividade remunerada, estado civil, etnia, número de filhos, participação em atividade educativa sobre cuidado e desenvolvimento da criança, condições de moradia, tipo de construção, número de cômodos, número de pessoas por cômodo, suprimento de água, esgoto, avaliação pessoal das condições de moradia, hábitos de leitura e composição familiar. As perguntas referentes aos dados obstétricos da caracterização foram: número de gestações: pré-natal nas outras gestações; aborto; morte de filho; pré-natal atual; idade gestacional, e participação em grupo de gestante.

Quanto às questões oriundas da ficha de acompanhamento, encontramos: planejamento da gravidez; participação do pai da criança e da família; realização do pré-natal; se a mesma conseguia se alimentar, vacinar e realizar tratamentos conforme orientações da equipe de saúde; se no trabalho/em casa consegue evitar esforços excessivos, quedas, acidentes, contato com substâncias perigosas; se reconhecia como sinais de perigo à gestação: perda de líquido, sangramento vaginal, dor de cabeça forte, inchaços, parada dos movimentos do bebê; e finalmente, se conseguia evitar tomar remédios sem receita, fazer exames de raio X, fumar, tomar bebidas alcoólicas e usar drogas.

O instrumento foi pré-testado com seis gestantes não usuárias do serviço de saúde, tanto pela pesquisadora, como por estudantes de graduação envolvidas na pesquisa com atividades de iniciação científica. Isso gerou algumas mudanças no instrumento inicialmente desenhado.

Posteriormente, foi realizado um teste simulado em reunião conjunta com uma gestante aluna de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), que também colaborou com sugestões quanto à forma de perguntar e possibilitou a observação e discussão conjunta de todas as entrevistadoras, tendo em vista minimizar vieses na aplicação do questionário.

Com esse mesmo objetivo, foi elaborado um roteiro, para orientação e treinamento dos entrevistadores: quatro alunas da graduação e duas de pós-graduação.

As gestantes sorteadas foram contatadas a partir do agendamento de rotina da consulta de pré-natal: as que iam à consulta eram convidadas para participar da pesquisa, antes ou após o procedimento, com profissional da UBS; e para as faltosas, era realizada busca ativa com apoio do ACS e visita domiciliar, quando do aceite.

Na UBS, ficou à disposição uma sala/consultório para que a entrevista ocorresse em local reservado, sem barulhos externos, facilitando também as gravações. Além disso, para proporcionar-lhes certo conforto, eram oferecidos suco, bolacha e barra de cereal às gestantes, considerando que muitas vezes elas ficavam um longo tempo na UBS, aguardando a consulta ou o grupo.

Durante a entrevista, aplicou-se o instrumento de pesquisa caracterizando-se o cuidado relativo à gestação. A seguir das questões relativas ao cuidado da gestação, perguntou-se à gestante se ela considerava importante inclusão de seu conteúdo nas consultas de pré-natal.

As respostas foram registradas manualmente pelas entrevistadoras no instrumento de coleta de dados. As primeiras 15 entrevistas realizadas por cada entrevistador foram gravadas em gravador de voz digital, pois

incluiram as justificativas das gestantes. Porém, houve a perda de duas entrevistas por problemas técnicos com o gravador.

3.4 Procedimentos éticos

Todas as diretrizes éticas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram contempladas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (ANEXO 4) e, conforme recomendado pela resolução, antes da coleta de dados os participantes convidados a integrarem a pesquisa foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo, a coleta de dados e a participação voluntária. Para aqueles que concordaram em participar, foi apresentado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo participante (ANEXO 5).

3.5 Sistematização e análise dos dados

Os dados obtidos por meio do instrumento de coleta foram armazenados no banco de dados utilizando o aplicativo da Microsoft Office, *Excell 2007*. Todos os dados armazenados, organizados, categorizados e codificados foram analisados com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*.

Para análise descritiva, os dados foram processados por meio de frequências absolutas e relativas.

Em seguida, foram submetidas à análise temática de conteúdo (BARDIN, 2011) que permitiu sistematizar as justificativas das participantes em categorias empíricas.

Para tanto, durante as leituras das transcrições das entrevistas, foram surgindo as primeiras impressões a respeito dos depoimentos. Nessa etapa, para melhor entendimento das respostas, algumas palavras complementares de ligação foram inseridas nas falas, separadas por parênteses, conferindo-lhes o sentido em relação à gravação.

Dessa forma, foi possível manter-se os dados de forma sistematizada e organizada para realização dos recortes dos trechos principais para codificação da fase seguintes.

A codificação dos dados foi realizada manualmente e a organização e reorganização da análise geraram as categorias. O tratamento dos dados obtidos e interpretação teve como apoio a literatura sobre o tema.

4 Resultados

Participaram da pesquisa 96 gestantes matriculadas na UBS, selecionadas mediante sorteio amostral. De acordo com a **tabela 1**, tinham entre 18 e 42 anos; a maioria tinha menos de 25 anos, pouco abaixo da média de 25,75 anos. A grande maioria tinha Ensino Médio completo, mas uma parcela expressiva, 30,2 %, cumpriu apenas o Ensino Fundamental. Uma parte significativa não exercia atividade remunerada (57,3 %) e vivia com um companheiro (56,2 %). Grande parte era de cor parda (49 %), seguida de branca (40 %).

Tabela 1 - Distribuição de gestantes segundo características etárias, escolaridade, exercício de atividade remunerada, estado civil e cor da pele. São Paulo, 2010.

Características	N	(%)
Idade (anos)		
<20	13	(13,5)
20 - 25	33	(34,4)
25 -30	28	(29,2)
30 -35	12	(12,5)
≥35	10	(10,4)
Escolaridade		
0 - 4	02	(2,1)
4 -8	27	(28,1)
8 -11	65	(67,7)

Continua

Tabela 1 - Distribuição de gestantes segundo características etárias, escolaridade, exercício de atividade remunerada, estado civil e cor da pele. São Paulo, 2010.

≥11	02	(2,1)
Atividade remunerada		
Não	55	(57,3)
Sim	41	(42,7)
Nível de prestação de serviços	38	(92,7)
Nível superior	03	(7,3)
Estado civil		
Casada	41	(42,7)
Solteira	42	(43,8)
Mora junto (outros)	13	(13,5)
Etnia		
Branca	40	(41,7)
Preta	08	(8,3)
Parda	47	(49,0)
Indígena	01	(1,0)

Fonte: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

Quanto às características reprodutivas, conforme a **Tabela 2**, quase metade estava na primeira gestação (45,8 %), sendo que o número total de gestações é superior ao de filhos vivos, devido a mortes e abortos ocorridos (**Tabela 3**).

Tabela 2 - Distribuição das gestantes segundo número de filhos vivos e número de gestações. São Paulo, 2010

Número de filhos vivos	N (%)
-	47 (49,0)
01	28 (29,2)
02	13 (13,5)
03	05 (5,2)

Continua

Tabela 2 - Distribuição das gestantes segundo número de filhos vivos e número de gestações. São Paulo, 2010

04	03 (3,1)
Total	96 (100,0)
Número de Gestações*	N (%)
01	44 (45,8)
02	25 (26,0)
03	16 (16,7)
04	07 (7,3)
05	03 (3,1)
07	01 (1,0)
Total	96 (100,0)

Fonte: UBS Dr. Thérso Ventura, São Paulo.

*inclui a gestação atual

Tabela 3 - Distribuição das gestantes segundo ocorrência de aborto e morte de algum filho. São Paulo, 2010

Teve algum aborto?	N (%)	Teve morte de algum filho?	N (%)
Não	76 (79,2)	Não	65 (67,7)
Sim	20 (20,8)	Sim	04 (4,2)
-	-	Não se aplica (1ª gestação)	27 (28,1)
Total	96 (100,0)	Total	96 (100,0)

Fonte: UBS Dr. Thérso Ventura, São Paulo.

No que diz respeito ao seguimento e controle de pré-natal, ainda que em pequeno número, foi encontrada ausência de controle em gestações anteriores (4,2 %) e na atual (1 %).

Tabela 4 - Distribuição das gestantes segundo seguimento de pré-natal nas gestações anteriores e atual. São Paulo, 2010

	Nas gestações anteriores	Na gestação atual
Seguimento de Pré-natal	N (%)	N (%)
Não	04 (4,2)	01 (1,0)
Sim	51 (53,1)	95 (99,0)
Não se aplica	41 (42,7)	-
Total	96 (100,0)	96 (100,0)

Fonte: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

Como pode ser observado na **Tabela 5**, 17 entrevistadas encontravam-se no primeiro trimestre gestacional, 39 no segundo e 40 no terceiro. O número de consultas de pré-natal já realizadas variou de zero, com apenas uma gestante de primeiro trimestre, a 20, uma gestante de terceiro trimestre.

Tabela 5 - Distribuição das gestantes segundo número de consultas de pré-natal por período gestacional. São Paulo, 2010

Idade gestacional	Número de consultas de pré-natal realizadas													Total (%)	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	10	11	12	20		
1 ° trim	2	7	7	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	17	(17,7)
2 ° trim	0	5	4	10	8	7	3	1	1	0	0	0	0	39	(40,6)
3 ° trim	0	1	1	0	4	6	7	7	9	2	1	1	1	40	(41,7)
Total	2	13	12	10	12	13	11	8	10	2	1	1	1	96	(100)

Fonte: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

A **Tabela 6** mostra que cerca de metade das gestantes já participou de atividades educativas sobre a gestação e 1/5 do total teve participação em atividades relacionadas ao desenvolvimento infantil.

Tabela 6 - Distribuição das gestantes segundo experiência de participação de atividade educativa relativa à gestação e desenvolvimento infantil (DI). São Paulo, 2010

Participação em atividade educativa de saúde	Sim N (%)	Não N (%)
Em grupo de gestantes	47 (49,0)	49 (51,0)
Grupo/atividade sobre DI	20 (20,8)	76 (79,2)
Total	96 (100,0)	96 (100,0)

Fonte: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

Em relação ao local das atividades educativas, a maioria refere à própria UBS e uma pequena parcela refere outros serviços, como convênio de saúde (**Tabela 7**).

Tabela 7 - Distribuição das gestantes segundo o local em que participou de atividade educativa relativa à gestação e desenvolvimento infantil. São Paulo, 2010

Local da atividade educativa	UBS N (%)	Outro local N (%)	Total N (%)
Grupo de gestantes	41 (89,1)	05 (10,9)	46 (100,0)
Grupo/atividade sobre DI	14 (70,0)	06 (30,0)	20 (100,0)

Fonte: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

No que diz respeito às condições de moradia, observa-se na **Tabela 8** que a maioria é construída em alvenaria, possui entre um e dois dormitórios e é considerada em boas condições, mas uma porcentagem expressiva considera em condição regular ou ruim (19,8 %). Quanto à aglomeração no domicílio, embora a maioria se refira a uma e duas pessoas por dormitório,

uma parcela importante, 43,7 %, relata três ou mais moradores dormindo no mesmo cômodo.

Tabela 8 - Distribuição das gestantes segundo o tipo e condições de moradia e aglomeração no domicílio. São Paulo, 2010

Tipo de construção da moradia	N (%)
Em alvenaria	85 (88,5)
Outro material	11 (11,5)
Total	96 (100,0)
Número de dormitórios*	
01	40 (41,7)
02	48 (50,0)
03	08 (8,3)
Total	96 (100,0)
Número de pessoas por dormitório**	
1	05 (5,3)
2	49 (51,0)
3	27 (28,1)
4	13 (13,5)
5	02 (2,1)
Total	96 (100,0)
Percepção sobre as condições da moradia	N (%)
Ótima	05 (05,2)
Boa	72 (75,0)
Regular	14 (14,6)
Ruim	05 (05,2)
Total	96 (100,0)

Fonte: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

*cômodos utilizados para dormir;

**considerou-se o maior número de pessoas por cômodo

Conforme a **Tabela 9**, o hábito de leitura aparece como presente para a maioria das respondentes (76 %). Dentre estas, contudo, a maior parte se refere a leituras esporádicas, sendo que as leituras frequentes aparecem em 28,8 % para livros, 20,6% para revistas variadas e 10% para jornais.

Tabela 9 - Distribuição das gestantes que têm hábito de leitura segundo a frequência e tipo de literatura. São Paulo, 2010

Tipo de literatura	Jornal	Revistas (Época, Veja)	Revistas (outras)	Livros
Frequência de leitura				
Nunca	33 (45,2)	33 (45,2)	29 (39,7)	16 (21,9)
Esporadicamente	30 (41,1)	28 (38,4)	29 (39,7)	36 (49,3)
Frequentemente	10 (13,7)	12 (16,4)	15 (20,6)	21 (28,8)
Total	73 (100,0)	73 (100,0)	73 (100,0)	73 (100,0)

Fonte: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

Quanto ao conteúdo dos livros, dentre as 62 que mencionaram lê-los, a maioria (46 respondentes, ou 74,2%) se referiu a literatura geral, sete (11,3%) citaram livros sobre gestação ou desenvolvimento infantil, e nove (14,5%) não se lembravam do conteúdo do último livro que leram. A época em que foi realizada a leitura mais recente de um livro correspondeu a menos de seis meses para 43 (69,4 %), entre seis meses e um ano para cinco delas (8 %), mais de um ano para quatro delas (6,5 %) e nove participantes (14,5 %) não se lembravam. Foram ainda citados como outros tipos de leitura livros religiosos, por 20 gestantes, e Internet por quatro.

Em relação às características dos moradores no mesmo domicílio da gestante, a **Tabela 10** mostra que quase metade (45,8 %) dos domicílios não tinha crianças, pouco mais de um terço deles (34,4 %) tinha uma e o restante (19,8 %) tinha entre duas e quatro crianças; a maioria (79,2 %) não tinha adolescente. Destaca-se que uma das gestantes era a única moradora com mais de 18 anos, e vivia com outros filhos.

Tabela 10 - Número de moradores no mesmo domicílio da gestante, segundo faixa etária. São Paulo, 2010

Número de pessoas no domicílio*	Adulto (acima de 18 anos)	Adolescente (12 a 18 anos)	Criança (menor de 12 anos)
0	01 (01,0)	76 (79,2)	44 (45,8)
1	67 (69,8)	14 (14,6)	33 (34,4)
2	08 (08,3)	06 (06,3)	14 (14,6)
3	12 (12,5)	-	04 (04,2)
4	06 (06,3)	-	01(01,0)
5	02 (2,1)	-	-
Total	96 (100,0)	96 (100,0)	96 (100,0)

Fonte: UBS Dr. Thérésio Ventura, São Paulo.

*excluindo a gestante

No que diz respeito à posição de chefe da família, a maioria (49, ou 51 %) refere ser o marido ou companheiro, 27 citam outras pessoas, como a mãe (7, ou 7,3 %), o pai (8, ou 8,3 %) ou, ainda, outros familiares (12, ou 12,5 %), 9 (9,4 %) consideram a si próprias e igual número refere-se à chefia compartilhada entre ela mesma e o companheiro. Houve ainda duas que não souberam se referir a quem seria o chefe da família.

Houve grande variabilidade na idade do chefe da família, conforme apresentado na **Tabela 11**. Observa-se uma grande parte de jovens, 39,7 % com idade abaixo de 30 anos e maioria (58,4 %), abaixo de 35 anos. A maioria (49 ou 51%) tinha o Ensino Médio completo, mas um grande número tinha o Ensino Fundamental completo (30, ou 31,3 %) ou incompleto (15, ou 15,6 %).

Tabela 11 - Distribuição dos chefes de família segundo idade e escolaridade. São Paulo, 2010

Idade do chefe da família	N	(%)
18 a 20	3	(3,2)
20 a 25	16	(16,7)
26 a 30	19	(19,8)
31 a 35	18	(18,7)
36 a 40	11	(11,5)
40 a 45	8	(8,3)
46 a 50	6	(6,2)
51 a 60	9	(9,3)
Acima de 60	3	(3,2)
Não sabe	3	(3,1)
Total	96	(100,0)

Escolaridade do chefe da família	N	(%)
Menos de 4 anos de estudo	15	(15,6)
Ensino fundamental completo	30	(31,3)
Ensino médio completo	49	(51,0)
Ensino superior	1	(1,0)
Total	96	(100,0)

Fonte: UBS Dr. Thérésio Ventura, São Paulo.

Quanto à ocupação, a grande maioria dos chefes de família realizava atividades de prestação de serviços (79, ou 82,3 %) e possuía rendimento (81, ou 84,4 %). Havia ainda dois aposentados, duas donas de casa e três desempregados.

A seguir, apresenta-se os resultados referentes à realização dos cuidados contidos na ficha de acompanhamento pelas gestantes, bem como suas considerações acerca da importância de incluí-los como tema nas consultas de pré-natal.

A **Tabela 12** mostra a distribuição das gestantes segundo suas respostas a cada item do instrumento, destacando-se o baixo número de respostas positivas (abaixo de 70 %) para os tópicos: gravidez planejada; evitar esforços excessivos, e considerar dor de cabeça forte e inchaço como risco. Com um número intermediário (entre 70 e 85 %), responderam positivamente a conseguir alimentar-se, tomar vacinas e seguir tratamentos recomendados, bem como evitar acidentes e contatos com substâncias perigosas.

Tabela 12 - Distribuição das gestantes segundo respostas à aplicação da ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança. São Paulo, 2010

Questão	Sim		Não	
	N	(%)	N	(%)
A sua gravidez foi planejada?	34	(35,4)	62	(64,6)
O pai da criança participa da gravidez?	89	(92,7)	07	(7,3)
A senhora se sente ajudada por sua família?	81	(84,4)	15	(15,6)
A senhora está fazendo consultas de pré-natal?	95	(99,0)	01	(1,0)
A senhora tem conseguido realizar estas atividades normalmente?				
Se alimentar	76	(79,2)	20	(20,8)
Tomar vacinas	72	(75,0)	24	(25,0)
Fazer tratamentos conforme orientações da equipe de saúde.	84	(87,5)	12	(12,5)
No trabalho/ em casa a senhora consegue evitar:				
Esforços excessivos	61	(63,5)	35	(36,5)
Quedas	85	(88,5)	11	(11,5)
Acidentes	84	(87,5)	12	(12,5)
Contato com substâncias perigosas	79	(82,3)	17	(17,7)
A Sra. considera sinais como esses perigosos para a gravidez?				
Perda de líquido	87	(90,6)	09	(9,4)
Sangramento vaginal	95	(99,0)	01	(1,0)
Dor de cabeça forte	53	(55,2)	43	(44,8)
Inchaços	38	(39,6)	58	(60,4)
Parada dos movimentos do bebê	90	(93,8)	06	(6,3)
Durante a gravidez, a senhora consegue evitar:				
Tomar remédios sem receita médica	87	(90,6)	09	(9,4)
Fazer exame de raio X	91	(94,8)	05	(5,2)
Fumar	89	(92,7)	07	(7,3)

Continua

Tabela 12 - Distribuição das gestantes segundo respostas à aplicação da ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança. São Paulo, 2010

Tomar bebidas alcoólicas	91 (94,8)	05 (5,2)
Usar drogas	94 (97,9)	02 (2,1)

Fonte: UBS Dr. Thérso Ventura, São Paulo.

Observa-se assim que as gestantes não conseguem garantir todos os cuidados necessários para a promoção da saúde e desenvolvimento do feto, que compõem a ficha de acompanhamento, ainda que estejam fazendo o seguimento de pré-natal.

A **tabela 13** mostra o número de respostas Sim na aplicação da ficha, lembrando que maior número de respostas Sim indica melhores condições protetoras da gestação. Observa-se a ocorrência de grande número de gestantes com baixos índices de respostas positivas, indicando situações que demandam maior atenção do serviço de saúde no acompanhamento pré-natal.

Tabela 13 - Distribuição das gestantes segundo respostas Sim na aplicação das questões da Ficha de Acompanhamento dos Cuidados para Promoção da Saúde da Criança, referentes ao período da gestação. São Paulo, 2010

Número de respostas Sim na aplicação da ficha	Gestantes	
	N	(%)
10	01	01,0
12	01	01,0
13	01	01,0
14	06	06,3
15	10	10,4
16	13	13,5
17	14	14,6
18	24	25,0

Continua

Tabela 13 - Distribuição das gestantes segundo respostas Sim na aplicação das questões da Ficha de Acompanhamento dos Cuidados para Promoção da Saúde da Criança, referentes ao período da gestação. São Paulo, 2010

19	14	14,6
20	10	10,4
21	02	02,1
Total	96	100,0

Fonte: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

Apresentam-se a seguir os resultados referentes à importância atribuída a cada conteúdo da ficha de acompanhamento nas consultas de pré-natal.

A **Tabela 14** mostra que a maioria das gestantes considera importante que o profissional de saúde investigue, durante as consultas, aspectos referentes ao planejamento da gestação, apoio recebido do pai do bebê e da família e a frequência da mulher às consultas de pré-natal. Contudo, houve manifestações contrárias a todas as questões, destacando-se as referentes à participação da família e do pai durante a gestação. Nas **Tabelas 15, 16, 17 e 18** constam as justificativas das respostas, informadas por uma parte das gestantes.

Tabela 14 - Distribuição das gestantes segundo atribuição de importância às questões sobre planejamento da gravidez, participação do pai, ajuda familiar e realização de consultas de pré-natal. São Paulo, 2010

Questão	Importância da inclusão da questão na consulta de pré-natal		
	Sim N (%)	Não N (%)	Não sabe N (%)
A sua gravidez foi planejada?	86 (89,6)	09 (9,4)	01 (1,0)
O pai da criança participa da gravidez?	80 (70,8)	16 (16,7)	-
A gestante se sente ajudada por sua família?	68 (70,8)	26 (27,1)	01 (1,0)
A gestante está fazendo consultas de pré-natal?	92 (95,8)	03 (3,1)	01 (1,0)

Fonte: UBS Dr. Thésio Ventura, São Paulo.

Embora a maioria das gestantes não tivesse planejado sua atual gestação (62,4 %, **Tabela 12**), a inserção dessa questão numa consulta de pré-natal é considerada importante para cerca de 90% delas (**Tabela 14**).

Nas justificativas obtidas de 13 gestantes (**Tabela 15**), a maioria julga importante para o profissional conhecer essa informação, a fim de poder nortear sua conduta. Elas explicam que o profissional tem que conhecer a situação da gestante para planejar suas ações, que muitas mulheres não planejam a gestação e que o não planejamento pode gerar riscos, como a não aceitação da gravidez, intenção de aborto e desentendimentos entre o casal.

Apenas duas (15,3 %) gestantes consideram desnecessário perguntar sobre o planejamento da gestação, relatando que “independentemente da resposta, não há o que fazer”.

Tabela 15 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância de perguntar sobre o planejamento da gestação na consulta de pré-natal. São Paulo, 2010

Categorias e Justificativas	N (%) *
Categoria - É importante perguntar, para o profissional poder nortear sua conduta	12 (85,7)
A gestação pode não ser aceita quando não é planejada	
O profissional precisa conhecer a situação da gestante	
Pode haver intenção de aborto provocado	
Porque a maioria não faz planejamento	
Categoria - Não é importante perguntar, porque o profissional nada pode fazer	02 (14,3)
Total	14 (100,0)

Fonte: UBS Dr. Thésio Ventura, São Paulo.

* Houve gestantes que apontaram mais de uma razão em sua resposta

No que diz respeito à participação do pai durante a gestação, 89 (92,7 %, **Tabela 12**) contavam com esse apoio e 80 (70,8 %, **Tabela 14**) consideraram importante investigar essa informação durante o pré-natal.

Das 13 gestantes que justificaram suas respostas (**Tabela 16**), 12 afirmaram ser o tema importante por tratar-se de um dever, além de representar a aceitação, o apoio e a assunção de responsabilidade para com

a gestante e a gestação. Apenas uma mulher respondeu não ser importante perguntar sobre o tema durante as consultas, considerando sua experiência de nunca ter sido questionada sobre isso.

Mais de 80 % considerou importante perguntar, porque entende o pai como parte da gestação, tanto no apoio quanto nas responsabilidades, e 7,6 % refere que ter o pai ao lado é sinal de aceitação da gestação, o que traz, como consequência, benefícios tanto para gestante quanto para o bebê.

Tabela 16 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância de perguntar sobre a participação do pai durante a gestação na consulta de pré-natal. São Paulo, 2010

Categorias e Justificativas	N	(%)
Categoria - É importante perguntar, porque é dever do pai participar	12	(92,3)
O pai é parte da gestação, tanto no apoio quanto nas responsabilidades.		
A participação do pai mostra a aceitação da gravidez		
Categoria - Não é importante perguntar, porque nunca lhe perguntaram	01	(7,7)
Total	13	(100,0)

Fonte: UBS Dr. Thésio Ventura, São Paulo.

Quanto a sentir-se ajudada pela família, mais de 80 % responderam que sim, e 70,8 % consideram ser importante perguntar sobre esse tema na consulta.

Mais da metade das gestantes entrevistadas (60,1 %, **Tabela 17**) justificou a importância da família para o profissional poder nortear sua conduta, pois o profissional precisa conhecer a situação da gestante e saber se ela tem apoio familiar. Houve ainda gestantes que, apesar de considerarem essa questão importante, não souberam indicar uma razão (13,3 %). Na categoria “Não é importante perguntar”, as gestantes responderam que não deveria ser importante, pois nunca lhe haviam feito essa pergunta ou mesmo porque nem todas as pessoas possuem família.

Tabela 17 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre sentir-se ajudada pela família na gestação. São Paulo, 2010

Categorias e Justificativas	N	(%)*
Categoria - É importante perguntar, para o profissional poder nortear sua conduta	09	(60,1)
A gestante precisa de apoio familiar		
O profissional precisa conhecer a situação da gestante		
Categoria - É importante perguntar, mas não sabe porquê	02	(13,3)
Categoria - Não é importante perguntar, porque ninguém pergunta	02	(13,3)
Categoria - Não é importante perguntar, porque a gestante pode não ter família	02	(13,3)
Total	15	(100,0)

Fonte: UBS Dr Thésio Ventura, São Paulo.

* Houve gestantes que apontaram mais de uma razão em sua resposta

Praticamente todas as gestantes estavam realizando consultas de pré-natal (**Tabela 12**), e 95,8 % consideram importante o profissional da saúde perguntar se a gestante está realizando pré-natal.

Segundo **Tabela 18**, para 93,8 % das gestantes é importante a informação sobre a realização do pré-natal, pois o profissional deve acompanhar as gestantes, orientá-las e, caso haja algo diferente do esperado, planejar a conduta adequada, além do pré-natal ser importante para o bebê.

Apenas uma (7,6 %) gestante não soube explicar o porquê, mas considera importante.

Tabela 18 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância de perguntar sobre realização do pré-natal, durante a consulta de pré-natal. São Paulo, 2010

Categorias e Justificativas	N	(%)*
Categoria - É importante perguntar para o profissional poder nortear sua conduta	15	(93,8)
O profissional precisa conhecer a situação da gestante		
A gestante tem que fazer pré-natal		
O pré-natal é importante para o desenvolvimento do bebê		
Categoria - É importante perguntar, mas não sabe porquê	01	(06,2)
Total	16	(100,0)

Fonte: UBS Dr. Thésio Ventura, São Paulo.

* Houve gestantes que apontaram mais de uma razão em sua resposta

As atividades importantes para gestação, como alimentação, vacina e seguir tratamento conforme orientação médica foram observadas por acima de 75 % (**Tabela 12**) das gestantes. A **Tabela 19** mostra que 95 % das gestantes afirmam ser importante perguntar sobre a alimentação, vacinação e sobre seguir tratamento conforme orientação médica. Apesar de ser minoria, houve manifestações contrárias a todas as questões. Nas **Tabelas 20, 21 e 22** constam as justificativas das respostas, informadas por uma parte das gestantes.

Tabela 19 - Distribuição das gestantes segundo atribuição de importância às questões sobre alimentação, vacinação e orientações conforme equipe de saúde. São Paulo, 2010

A senhora tem conseguido realizar estas atividades normalmente?	Importância da inclusão da questão na consulta de pré-natal		
	Sim N (%)	Não N (%)	Não sabe N (%)
Se alimentar	95 (99,0)	01 (1,0)	-
Tomar vacinas	93 (96,9)	02 (2,1)	01 (1,0)
Fazer tratamentos conforme orientações da equipe de saúde.	91 (94,8)	03 (3,1)	02 (2,1)

Fonte: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo, 2010

Quanto às justificativas, na **Tabela 20**, sobre a inclusão da pergunta sobre alimentação, metade das gestantes respondeu positivamente, pois ter boa alimentação é importante tanto para a gestante quanto para o bebê.

Parte considerável (35,8 %) respondeu que o profissional de saúde precisa saber sobre a alimentação da gestante. Apenas uma (7,1 %) não soube responder o porquê, apesar de considerar importante. Além de 7,1 % não considerar importante, pois não têm problema relacionado à alimentação.

Tabela 20 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre a alimentação da gestante. São Paulo, 2010

Categorias e Justificativas	N	(%)*
Categoria - É importante perguntar, para o profissional poder nortear sua conduta		
O profissional precisa ter controle, saber se está tudo bem com a alimentação da gestante	05	(35,8)
Categoria - É importante perguntar, porque a alimentação é parte do cuidado da gestante e do bebê		
Ter boa alimentação é importante tanto para a gestante quanto para o bebê	07	(50,0)
Categoria - É importante, mas não sabe o porque	01	(07,1)
Categoria - Não é importante perguntar, porque não tem problemas com a alimentação	01	(07,1)
Total	14	(100,0)

Fonte: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

*Houve gestantes que apontaram mais de uma razão em sua resposta

Pode-se dizer que praticamente todas as gestantes realizaram vacinação (**Tabela 12**), assim como consideram importante incluir essa questão (**Tabela 19**). Segundo as justificativas das gestantes, perguntar sobre vacinação (**Tabela 21**) colabora para nortear a conduta do profissional, pois, para elas, a vacinação faz parte do acompanhamento do pré-natal e pode acontecer algo, caso a gestante tome ou não a vacina. Apenas duas gestantes (15,4 %) consideram importante porque faz parte do cuidado da gestante e do bebê.

Tabela 21 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre realização da vacinação. São Paulo, 2010

Categorias e Justificativas	N	(%)
Categoria - É importante perguntar, para o profissional poder nortear sua conduta		
Faz parte do acompanhamento pré-natal	11	(84,6)
Pode não tomar ou tomar e acontecer algo		
Categoria - É importante perguntar, porque a vacinação é parte do cuidado da gestante e do bebê	02	(15,4)
Total	13	(100,0)

Fonte: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

Em relação a seguir o tratamento conforme orientações da equipe de saúde, as gestantes (84,6 %, **Tabela 19**) consideram importante a inclusão

da pergunta e a justificativa, segundo **tabela 22**, pois o profissional precisa saber se a gestante está realizando os cuidados e verificar se ela está correspondendo ao investimento profissional. Caso não esteja realizando alguma conduta, o profissional pode oferecer outro método de cuidado. Somente duas (15,4 %) justificaram que seguir as orientações faz parte do cuidado do bebê.

Tabela 22 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre seguir do tratamento conforme orientação médica. São Paulo, 2010

Categorias e Justificativas	N	(%)
Categoria - É importante perguntar para o profissional poder nortear sua conduta	11	(84,6)
O profissional precisa saber se a gestante está realizando os cuidados		
Verificar se a gestante está correspondendo ao investimento do profissional		
Caso não esteja realizando alguma conduta pode oferecer outro método de cuidado		
Categoria – É importante perguntar, porque seguir a orientação médica faz parte do cuidado do bebê	02	(15,4)
Total	13	(100,0)

Fonte: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

A **Tabela 23** mostra que acima de 75 % das gestantes consideraram importante que o profissional de saúde questione, durante as consultas, aspectos referentes a evitar esforços, quedas, acidentes e contato com substâncias perigosas. Houve consideráveis manifestações contrárias a todas as questões, destacando-se aquelas referentes a acidentes e contato com substâncias perigosas, porém algumas gestantes não souberam responder nos temas quedas, acidentes e contato com substâncias perigosas. Nas **Tabelas 24, 25, 26 e 27** constam as justificativas das respostas, informadas por uma parte das gestantes.

Tabela 23 - Distribuição das gestantes segundo importância da inclusão das questões sobre evitar esforços excessivos, quedas, acidentes, contato com substâncias perigosas. São Paulo, 2010

No trabalho/ em casa a senhora consegue evitar:	Importância da inclusão da questão na consulta de pré-natal		
	Sim N (%)	Não N (%)	Não sabe N (%)
Esforços excessivos	90 (93,7)	06 (06,3)	-
Quedas	78 (81,3)	14 (14,5)	04 (04,2)
Acidentes	72 (75,0)	19 (19,8)	05 (05,2)
Contato com substâncias perigosas	77 (80,2)	17 (17,7)	02 (02,1)

Fonte: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

De acordo com a **Tabela 12**, apenas 63,5 % das gestantes têm conseguido evitar esforços, apesar de 93,7 % considerarem importante incluir a questão na consulta de pré-natal. Na **Tabela 24**, a importância atribuída para inclusão da questão foi justificada por mais da metade das gestantes (61,5 %) visto que pode ser prejudicial ao bebê e gestante. Além disso, o profissional precisa saber do dia a dia da gestante para nortear sua conduta. Somente uma (7,7 %) gestante não soube responder o porquê.

Tabela 24 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre esforço excessivo durante a gestação. São Paulo, 2010

Categorias e Justificativas	N (%)
Categoria - É importante perguntar para o profissional poder nortear sua conduta O profissional precisa saber do dia a dia da gestante para orientar	08 (61,5)
Categoria – É importante, pois pode ser prejudicial ao bebê e gestante	04 (30,8)
Categoria – É importante, mas não sabe o porque	01 (07,7)
Total	13 (100,0)

Fonte: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

Quanto a evitar quedas, acima de 80 % das gestantes se referem a conseguir evitar (**Tabela 12**) e também consideram importante a questão (**Tabela 19**).

A **Tabela 25**, sobre a importância de incluir a questão sobre quedas na consulta de pré-natal, foi justificada por mais da metade das gestantes

(53,8 %), pois pode ser prejudicial ao bebê e à gestante. Além disso, o profissional precisa saber do dia a dia da gestante para nortear sua conduta. Somente uma gestante (7,7 %) disse ser importante perguntar, não soube responder o porquê. Além disso, uma gestante não considerou importante perguntar, pois não há como evitar e depende do cuidado da gestante.

Tabela 25 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre quedas durante a gestação. São Paulo, 2010

Categorias e Justificativas	N	(%)
Categoria - É importante perguntar, para o profissional poder nortear sua conduta	07	(53,8)
O profissional precisa conhecer do dia-dia da gestante para orientar		
Categoria – É importante perguntar, pois pode ser prejudicial ao bebê e gestante	03	(23,1)
Categoria – É importante perguntar, mas não sabe o porque	02	(15,4)
Categoria - Não é importante perguntar, porque depende do cuidado da mãe (não tem como evitar)	01	(07,7)
Total	13	(100,0)

Fonte: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

Apesar de quase 90 % (**Tabela 12**) das gestantes conseguirem evitar acidentes, apenas 75 % se referiram à importância da inclusão da pergunta sobre acidentes, na consulta de pré-natal.

Na **Tabela 26**, que demonstra os dados referentes às justificativas sobre a importância da inclusão da pergunta sobre acidentes durante a gestação, cinco gestantes (38,4 %) concordaram, por ser prejudicial à saúde do bebê e da gestante. Apenas três das gestantes (23,1 %) disseram que o profissional precisa conhecer o dia a dia da gestante para nortear sua conduta. Somente uma gestante (7,7 %) disse ser importante perguntar, mas não sou responder o porquê. Além disso, três (23,1%) gestantes não consideraram importante perguntar, pois não há como evitar acidentes e uma (7,7 %) disse que nunca haviam perguntado isso a ela, por isso não era importante.

Tabela 26 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre acidentes durante a gestação. São Paulo, 2010

Categorias e Justificativas	N	(%)
Categoria - É importante perguntar, para o profissional poder nortear sua conduta O profissional precisa conhecer do dia-dia da gestante	05	(38,4)
Categoria – É importante perguntar, pois pode ser prejudicial ao bebê e gestante	03	(23,1)
Categoria – É importante perguntar, mas não sabe o porque	01	(07,7)
Categoria - Não é importante perguntar, porque não há como evitar acidentes	03	(23,1)
Categoria - Não é importante perguntar, porque nunca lhe perguntaram	01	(07,7)
Total	13	(100,0)

Fonte: UBS Dr. Thésio Ventura, São Paulo.

Em relação a evitar contato com substâncias perigosas e considerar importante a inclusão dessa pergunta, houve acima de 80 % de respostas “sim” (**Tabelas 12 e 19**).

A **Tabela 27**, referente às justificativas das gestantes quanto à importância da inclusão da pergunta sobre substâncias perigosas na consulta de pré-natal, foi justificada por cinco gestantes (38,4 %) pois o profissional precisa conhecer o dia a dia da gestante para nortear sua conduta. Outras cinco (38,4 %) gestantes se referiram ao prejuízo à saúde do bebê e da gestante. Somente uma gestante (7,7 %) disse ser importante perguntar, mas não soube responder o porquê. Uma (7,7 %) gestante relatou já teve um acidente em casa com suas outras filhas, por isso a importância de perguntar e se manter em local seguro. Na categoria não é importante perguntar, foi apontado por uma gestante (7,7 %) que não há como evitar, pois a dona de casa acaba mexendo de um jeito ou de outro com substâncias perigosas, outra gestante (7,7 %) não vê relação entre o contato com substâncias perigosas e a gestação.

Tabela 27 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre contato com substâncias perigosas, segundo número e porcentagem. São Paulo, 2010

Categorias e Justificativas	N	(%)
Categoria - É importante perguntar para o profissional poder nortear sua conduta		
O profissional precisa conhecer do dia-dia da gestante	05	(38,4)
Categoria - É importante perguntar, pois pode ser prejudicial ao bebê e gestante	05	(38,4)
Categoria - É importante perguntar, porque pode evitar acidente doméstico	01	(07,7)
Categoria - Não é importante perguntar, porque não tem como evitar (dona de casa)	01	(07,7)
Categoria - Não é importante perguntar, porque não vê relação com a gestação	01	(07,7)
Total	13	(100,0)

Fonte: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

Em relação à identificação de sinais de perigo para a gravidez (**Tabela 12**), acima de 90 % das gestantes responderam positivamente à perda de líquido, sangramento vaginal e parada dos movimentos do bebê. Já para os temas dor de cabeça forte e inchaços, obteve-se 55,2 % e 39,6 % de respostas positivas.

Na **Tabela 28**, que mostra a percepção das gestantes quanto à importância da inclusão dessas perguntas sobre o reconhecimento de sinais de risco, obteve acima de 90 % os temas perda de líquido, sangramento vaginal e parada dos movimentos do bebê; os temas dor de cabeça forte e inchaços foram respectivamente referidos como importantes por 79,1 % e 75 %, indicando que um número considerável de gestantes pode menosprezar esses sinais, tal como foi observado nos dados da **Tabela 12**.

Nas **Tabelas 29 a 33** constam as justificativas das respostas, informadas por uma parte das gestantes.

Tabela 28 - Distribuição das gestantes segundo importância da inclusão das questões sobre considerar esses sinais: perda de líquido, sangramento vaginal, dor de cabeça forte, inchaços e parada dos movimentos do bebê, perigosos para gravidez. São Paulo, 2010

A senhora considera esses sinais perigosos para a gravidez?	Importância da inclusão da questão na consulta de pré-natal		
	Sim N (%)	Não N (%)	Não sabe N (%)
Perda de líquido	91 (94,8)	04 (04,2)	01 (01,0)
Sangramento vaginal	93 (96,9)	03 (03,1)	-
Dor de cabeça forte	76 (79,1)	16 (16,7)	04 (04,2)
Inchaços	72 (75,0)	20 (20,8)	04 (04,2)
Parada dos movimentos do bebê	90 (93,8)	01 (1,0)	05 (05,2)

Fonte: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

Quanto à inclusão da pergunta sobre o sinal de risco perda de líquido (**Tabela 29**), foi possível verificar que as justificativas relacionadas à categoria *é importante perguntar para o profissional poder nortear sua conduta*, obteve mesmo número de respostas que a categoria *é importante perguntar, pois pode ser prejudicial ao bebê*. Para outras duas (12,6 %) gestantes é importante perguntar, mas não souberam responder o porquê.

Tabela 29 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre o sinal de risco: perda de líquido. São Paulo, 2010

Categorias e Justificativas	N	(%)*
Categoria - É importante perguntar para o profissional poder nortear sua conduta	07	(43,7)
O profissional precisa saber para orientar		
Pode ser rompimento da bolsa/perda de líquido amniótico		
Categoria - É importante perguntar, pois pode ser prejudicial ao bebê	07	(43,7)
Categoria - É importante perguntar, mas não soube responder qual o motivo da perda de líquido	02	(12,6)
Total	16	(100,0)

Fonte: UBS Dr Thersio Ventura, São Paulo.

* Houve gestantes que apontaram mais de uma razão em sua resposta

Segundo a **Tabela 30**, referente à inclusão da pergunta sobre sinal de risco sangramento vaginal, é importante perguntar para o profissional conhecer as gestantes e poder nortear sua conduta, pois o sangramento

vaginal pode significar rompimento da placenta e provocar aborto. As gestantes também apontaram ser importante, pois pode ser prejudicial ao bebê.

Tabela 30 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre o sinal de risco: sangramento vaginal. São Paulo, 2010

Categorias e Justificativas	N (%) *
Categoria - É importante perguntar para o profissional poder nortear sua conduta	09 (60,0)
O profissional precisa conhecer para orientar	
Pode provocar aborto	
Pode ser rompimento da placenta	
Categoria - É importante perguntar, pois pode ser prejudicial ao bebê	06 (40,0)
Total	15 (100,0)

Fonte: UBS Dr. Thésio Ventura, São Paulo.

* Houve gestantes que apontaram mais de uma razão em sua resposta

A maioria das gestantes refere ser importante a inclusão da pergunta sobre sinal de risco dor de cabeça forte, para o profissional poder nortear sua conduta, pois pode ser dor de cabeça forte ou aumento da pressão arterial, conseqüentemente perigoso e pode colocar em risco a gestação. Mas duas gestantes (15,4 %) apesar de acharem importante perguntar, não souberam responder o porquê.

Tabela 31 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre sinal de risco dor de cabeça forte. São Paulo, 2010

Categorias e Justificativas	N (%)
Categoria - É importante perguntar para o profissional poder nortear sua conduta	09 (69,2)
Sabem que é perigoso e que tem riscos para gestação	
Pode ser aumento da pressão arterial	
Receber orientação e medicação se necessário	
Categoria - É importante, porém é normal sentir dor de cabeça	02 (15,4)
Categoria - É importante perguntar, mas não sabe o porque	02 (15,4)
Total	13 (100,0)

Fonte: UBS Dr. Thésio Ventura, São Paulo.

Na **Tabela 32**, 75 % das gestantes consideraram importante perguntar sobre o sinal de inchaço para o profissional nortear sua conduta,

pois é preciso investigar se o inchaço é normal, pois pode ser aumento da pressão arterial, retenção de líquido ou a gestante pode estar ingerindo muito sal, além de orientar cuidados de prevenção e medicar se necessário. Duas (7,6 %) gestantes não souberam responder o porquê, apesar de considerarem importante. Apenas uma (8,5 %) não considera importante perguntar, pois é comum na gestação.

Tabela 32 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre sinal de risco inchaço. São Paulo, 2010

Categorias e Justificativas	N	(%)
Categoria - É importante o profissional perguntar para poder nortear sua conduta	09	(75,0)
Precisa investigar, saber se o inchaço é normal		
Pode ser aumento da pressão arterial e perigoso		
Pode ser retenção de líquido		
A gestante pode estar ingerindo muito sal		
Para orientar cuidados de prevenção e medicar		
Categoria - É importante, mas não sabe responder o porque	02	(16,7)
Categoria - Não é importante perguntar, porque é comum na gestação	01	(08,3)
Total	12*	(100,0)

Fonte: UBS Dr. Thésio Ventura, São Paulo.

* Houve perda de dado.

Sobre a parada dos movimentos do bebê, segundo as justificativas obtidas pelas gestantes (**Tabela 33**), a maioria entende ser importante, pois pode significar um sinal de risco. E três gestantes (23,1 %) referem ser importante para o profissional nortear sua conduta, justificando que ele deve conhecer a situação da gestante para planejar suas ações, que é preciso procurar esse profissional, e receber orientação sobre o tema. Uma (7,7 %) gestante referiu ser importante perguntar, pois os bebês nem sempre se movimentam com frequência principalmente no final da gestação e outra gestante não soube responder o porquê.

Tabela 33 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre sinal de risco parada dos movimentos do bebê. São Paulo, 2010

Categorias e Justificativas	N	(%)
Categoria - É importante perguntar para o profissional poder nortear sua conduta	08	(61,5)
Precisa procurar profissional	03	(23,1)
Receber orientação		
Categoria - É importante perguntar, pois é um sinal de risco para o bebê		
Categoria - É importante perguntar, pois os bebês nem sempre se movimentam com frequência principalmente no final da gestação	01	(07,7)
Categoria - É importante, mas não sabe responder o porquê	01	(07,7)
Total	13	(100,0)

Fonte: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

Para mais de 90% das gestantes desta pesquisa conseguiram evitar tomar remédios sem receita, realização de exame de raio-X, fumar, tomar bebidas alcoólicas e usar drogas durante a gestação e atribuem mesmo valor à importância da inclusão das perguntas na consulta de pré-natal (**Tabela 34**).

A **Tabela 34** mostra que a maioria das gestantes considera importante que o profissional de saúde explore nas consultas de pré-natal aspectos referentes a tomar remédios sem receita, realização de exame de raio-X, fumar, tomar bebidas alcoólicas e usar drogas. Entretanto, houve manifestações contrárias a todas as questões, destacando-se a referente fazer exame de raio-X. Nas **Tabelas 35 a 39** constam as justificativas das respostas, informadas por uma parte das gestantes.

Tabela 34 - Distribuição das gestantes segundo importância da inclusão às questões sobre evitando tomar remédios sem receita, fazer exame de raio-X, fumar, tomar bebidas alcoólicas e usar drogas, na consulta de pré-natal. São Paulo, 2010

	Importância da inclusão da questão na consulta de pré-natal		
	Sim N (%)	Não N (%)	Não sabe N (%)
Durante a gravidez, a senhora consegue evitar:			
Tomar remédios sem receita médica	94 (97,9)	02 (02,1)	-

Continua

Tabela 34 - Distribuição das gestantes segundo importância da inclusão às questões sobre evitando tomar remédios sem receita, fazer exame de raio-X, fumar, tomar bebidas alcoólicas e usar drogas, na consulta de pré-natal. São Paulo, 2010

Fazer exame de raio-X	78 (81,3)	15 (15,6)	02 (02,1)
Fumar	93 (96,9)	03 (03,1)	-
Tomar bebidas alcoólicas	90 (93,8)	06 (06,3)	-
Usar drogas	94 (97,9)	02 (02,1)	-

Fonte: UBS Dr. Thésio Ventura, São Paulo.

Mais da metade das gestantes (53,8 %) consideram importante a inclusão da questão sobre tomar remédios sem receita médica (**Tabela 35**), porque acreditam que o mesmo nunca deve ser feito. Além de relatarem ser prejudicial ao bebê (31,8 %). Apenas duas (15,4 %) disseram que, para o profissional nortear sua conduta, é necessário que o mesmo realize essa questão.

Tabela 35 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre evitar tomar remédios sem receita médica. São Paulo, 2010

Categorias e Justificativas	N	(%)*
Categoria - É importante perguntar, para o profissional poder nortear sua conduta	07	(53,8)
O profissional precisa saber para orientar	04	(31,8)
Categoria - É importante perguntar, pois é prejudicial ao bebê		
Categoria - É importante perguntar, pois não pode tomar remédios sem receita médica	02	(15,4)
Total	13	(100,0)

Fonte: UBS Dr. Thésio Ventura, São Paulo.

* Houve gestantes que apontaram mais de uma razão em sua resposta

Sobre a importância da inclusão da pergunta, na consulta de pré-natal, sobre realização exame de raio-X durante a gravidez, ao longo das explicações foi possível verificar o quanto elas estão diversificadas e ao mesmo tempo contraditórias, pois houve um grupo (23,1 %) que justificou ser importante a pergunta, mas em nenhuma situação deve ser realizado, e outras (23,1 %) disseram que, em caso de emergência, poderia ser realizado. Apenas uma gestante referiu ser importante a inclusão para o profissional saber e nortear conduta. Além disso, houve gestantes que não

consideram importante a inclusão, pois caso seja uma situação de emergência, o profissional nada pode fazer e o exame deverá ser realizado. Somente para uma (7,7 %) gestante essa pergunta já faz parte da rotina de orientações do profissional, por isso não haveria necessidade de incluí-la.

Tabela 36 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre evitar exame de raio X. São Paulo, 2010

Categorias e Justificativas	N	(%)
Categoria - É importante perguntar para o profissional poder nortear sua conduta	03	(23,1)
O profissional precisa saber para orientar	03	(23,1)
Categoria - É importante perguntar, mas pode ser prejudicial ao bebê	03	(23,1)
Categoria - É importante perguntar, mas em nenhuma situação pode ser realizado		
Categoria - É importante perguntar, mas caso seja uma situação de emergência será realizado	01	(07,7)
Categoria - Não é importante perguntar, porque o profissional nada pode fazer		
Não é importante perguntar, pois se for emergência deverá ser realizado	02	(23,1)
Categoria - Não é importante perguntar, pois o profissional da saúde orienta no início do pré-natal o que pode ou não fazer	01	(07,7)
Total	13	(100,0)

Fonte: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

Bem mais da metade (69,2 %) das gestantes, segundo **Tabela 37**, justificaram a importância de incluir a questão sobre o ato de fumar, explicando ser prejudicial ao bebê. Todavia, apenas três (23,1%) referiram a importância para o profissional conhecer a situação da gestante e consequentemente nortear sua conduta. Entretanto, uma (7,7 %) gestante, apesar de considerar importante a pergunta, disse que depende da consciência da mãe.

Tabela 37 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre evitar fumar. São Paulo, 2010

Categorias e Justificativas	N	(%)
Categoria - É importante perguntar para o profissional poder nortear sua conduta	09	(69,2)
O profissional precisa conhecer a situação da gestante		

Continua

Tabela 37 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre evitar fumar. São Paulo, 2010

Categoria - É importante perguntar, mas pode ser prejudicial ao bebê	03	(23,1)
Categoria - É importante perguntar, mas depende da consciência da mãe	01	(07,7)
Total	13	(100,0)

Fonte: UBS Dr Thésio Ventura, São Paulo.

Comparativamente, obtiveram-se as mesmas respostas para inclusão da pergunta sobre evitar tomar bebida alcoólica (**Tabela 37**) e para a pergunta sobre o ato de fumar (**Tabela 38**). Mais da metade (69,2 %) das gestantes também justificaram a importância de incluir a questão sobre o ato de fumar, explicando ser prejudicial ao bebê. Assim como apenas três (23,1 %) referiram a importância para o profissional conhecer a situação da gestante e conseqüentemente nortear sua conduta. Por conseguinte, uma (7,7 %) gestante, apesar de considerar importante a pergunta, disse que depende da consciência da mãe.

Tabela 38 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre evitar tomar bebida alcoólica. São Paulo, 2010

Categorias e Justificativas	N	(%)
Categoria - É importante perguntar para o profissional poder nortear sua conduta	09	(69,2)
O profissional precisa conhecer a gestante		
Categoria - É importante perguntar, pois pode ser prejudicial a saúde da mãe e do bebê	03	(23,1)
Categoria - Não é importante perguntar, porque o profissional nada pode fazer		
Não é importante perguntar, pois depende da pessoa	01	(07,7)
Total	13	(100,0)

Fonte: UBS Dr. Thésio Ventura, São Paulo.

A **Tabela 39** apresenta as justificativas das gestantes referentes à importância da inclusão da pergunta sobre evitar o uso de drogas, sendo assim, dez (76,7%) gestantes relataram que a importância se dá devido ao uso de drogas ser prejudicial à saúde de mãe e do bebê, e o restante afirmou que profissional precisa conhecer essa gestante para nortear conduta.

Tabela 39 - Distribuição das justificativas das gestantes segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre evitar usar drogas. São Paulo, 2010

Categorias e Justificativas	N (%)
Categoria - É importante perguntar, pois pode ser prejudicial a saúde da mãe e do bebê	10 (76,9)
Categoria - É importante perguntar para o profissional poder nortear sua conduta	
O profissional precisa conhecer a gestante	03 (23,1)
Total	13 (100,0)

Fonte: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

Mesmo que seja a opinião de poucas gestantes, vale ressaltar os temas em que elas consideraram importante a inclusão das questões na consulta de pré-natal, mas não souberam justificar o porquê. São eles:

- ajuda familiar durante a gestação;
- realização do pré-natal;
- alimentação;
- evitação de esforço excessivo e acidentes;
- reconhecimento da parada dos movimentos do bebê e dor de cabeça forte como sinal de risco para a gestação.

Igualmente se faz necessário demonstrar as questões em que as gestantes realmente não consideraram importante perguntar:

- planejamento da gravidez;
- participação do pai e da família durante a gestação;
- alimentação;
- evitação de quedas, acidentes e contato com substâncias perigosas;
- reconhecimento do inchaço como sinal de risco para gestação;
- evitação de realização de exame de raio-x e de tomar bebidas alcoólicas.

5 DISCUSSÃO

Este trabalho buscou caracterizar a população de mulheres gestantes quanto a aspectos de cuidados da gestação, mediante aplicação da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança* e quanto à importância atribuída por elas à inserção dos conteúdos referentes ao período gestacional nas consultas de pré-natal.

De acordo com o delineamento do instrumento utilizado, também foi caracterizada a população segundo critérios socioeconômicos e obstétricos. Os dados foram coletados com o intuito de apenas conhecer a população que seria estudada e não como objetos de estudo.

Em linhas gerais, a população estudada tinha em média 25 anos, média bastante semelhante a encontrada por Pembe et al., 2010; Sanfelice, 2011, que encontram média de 27 anos. Quanto ao estado civil, 56,2 % viviam com companheiro, e 43,8 % não residiam no mesmo domicílio, valores abaixo dos encontrados os estudos de Pembe et al., 2010; Sanfelice, 2011, que estavam acima de 75 %.

Sanfelice (2011) apresenta uma população de apenas 37,5 % com Ensino Médio completo, em nosso estudo essa população é de 67,7 %. Embora o grupo estudado seja da periferia da cidade de São Paulo, os dados são aproximados com os do Estado de São Paulo, 68,8 % (taxa líquida de escolarização), segundo o IBGE (2009).

Quase metade das entrevistadas estava na primeira gestação, número bem acima do encontrado por Sanfelice (2011), que foi 18,75 % e de Pembe (2010), que foi de 20 %.

Considerando a recomendação do Ministério da Saúde (Brasil, 2005), a maioria das gestantes realizou o número mínimo de consultas, muitas superando bastante as seis preconizadas para todo o período gestacional, dados municipais demonstram que apenas 77,15 % das gestantes tiveram sete ou mais consultas de pré-natal (IBGE 2010), mas algumas não tinham cumprido o mínimo de uma consulta no primeiro trimestre e duas no segundo trimestre, tendo em vista haver gestantes de último trimestre que somente tinham realizado uma ou duas consultas. Assim, observa-se um

risco no acompanhamento e é possível que algumas gestantes finalizem sua gestação sem cumprir o número mínimo de consultas.

De modo geral, a maioria das gestantes não havia planejado a gravidez, muito embora praticamente todas estavam realizando pré-natal e atribuíram importância às questões, relatando que é relevante o profissional conhecer cada gestante e saber se houve ou não planejamento da gestação, e mais do que isso saber se essa gestação foi aceita, pois a aceitação ou não da gravidez pode levar a diversas ocorrências, entre elas o aborto provocado.

O planejamento da gravidez e o planejamento familiar são assuntos que devem ser discutidos com as gestantes, tanto no pré-natal quanto no pós-natal, pois a falta de orientação em relação à contracepção e ao planejamento familiar são fatores responsáveis por gravidez indesejada (Spindola, Penna, 2006; MS, 2006).

Consequentemente, o planejamento da gravidez está diretamente relacionado à assistência ao pré-natal, assim sendo, uma gravidez não planejada pode levar a uma inadequada assistência pré-natal, além do que, segundo Bassani et al. (2009), é mais importante a aceitação da gravidez do que propriamente o planejamento da mesma.

Em concordância com nossos achados, o estudo de Sanfelice (2011) mostrou que as gestantes consideram importante a realização de consultas de pré-natal, pois estas possibilitam o acompanhamento do desenvolvimento do bebê; saber que está tudo bem com ele, através de exames, principalmente do ultrassom, além de receber orientações dos profissionais, orientações que ajudam em seu dia a dia, e avaliando alterações esperadas do quadro gestacional e dando maior ênfase nas que sugerem algum risco.

A grande maioria das gestantes referiu que o pai e a família eram participativos e ajudavam durante o pré-natal, e a importância à questão foi atribuída pela identificação de que o pai assim como a família oferecem apoio, suporte, a gestante não se sente sozinha, e o pai ainda tem a responsabilidade, o dever de acompanhar a mulher e seu filho.

A inserção da família como participante do processo de cuidado contribui para o fortalecimento e capacidade de lidar com seus próprios problemas (Reberte, Hoga, 2010).

Nesta pesquisa não foi verificado se os pais e/ou familiares acompanham as gestantes durante as consultas de pré-natal, mas apenas se eles participam de gestação como um todo. Mas vale a pena ressaltar que, apesar da preconização do MS (2005), alguns estudos demonstraram que existe uma redução na participação do pai durante as consultas de pré-natal, por diversas causas, desde a não inclusão dele pelos profissionais, até por causa do trabalho. E as falas das gestantes são parecidas com a deste estudo: a participação do pai serve de apoio e demonstra interesse pela companheira e pelo filho que está para nascer, aumentando o vínculo familiar. Por outro lado, a não participação do pai no período pré-natal, pode afastá-lo tanto da mãe como do filho, prolongando-se após o nascimento. (Pesamosca et al., 2008; Oliveira et al., 2009; Oliva et al., 2010; Tweheyo, 2010).

Para o homem, participar e ser incluído na gravidez, o faz sentir parte desse processo, melhorando o relacionamento entre o casal e diminuindo os conflitos (Freitas et al., 2007). Com o conhecimento adquirido nas consultas de pré-natal ou nos grupos de gestantes, das questões fisiológicas e emocionais, favorece-se a cumplicidade entre o casal e a melhor compreensão das necessidades da gestante (Reberte, 2010).

Com a aplicação do instrumento, também foi possível verificar que as gestantes estavam se alimentando, se vacinando e seguindo tratamento conforme as orientações de equipe de saúde, assim como deram a atribuição de importância a todos esses conteúdos. As gestantes referiram que tanto a alimentação quanto a vacinação são cuidados presentes na rotina do pré-natal e são necessários para a saúde da gestante e do bebê, além da importância do profissional avaliar se a gestante tem conseguido seguir as orientações, e, em caso negativo, realizar novas condutas.

As orientações quanto à alimentação estão previstas no Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada (2006). Entretanto, não basta perguntar às gestantes se elas estão se alimentando

corretamente, é preciso verificar essa alimentação, intervir quando necessário ou orientar sobre como seria uma dieta saudável, completa e variada.

Foi verificado por Santos (2006), que as orientações alimentares recebidas são fragmentadas, sem aprofundamento teórico e algumas vezes não existe orientação e nem estímulo sobre o assunto, e a suplementação de sulfato ferroso, preconizado pelo MS, nem sempre ocorre.

Com a utilização da pirâmide dos alimentos do MS (2006) podemos demonstrar à população de uma forma simples o que é preconizado como uma alimentação equilibrada e adequada, principalmente no período gestacional, evitando complicações para a mulher e para saúde do bebê.

Em um estudo que avaliou o conhecimento sobre pré-natal, foi perguntado às gestantes sobre o número de doses da vacina dupla do tipo adulto, e poucas gestantes souberam responder (Mendonza, 2007).

Dentre os cuidados que a gestante deve realizar no período pré-natal, existem alguns que devem ser evitados, como: esforço excessivo; quedas; acidentes e contatos com substâncias perigosas; tomar remédios sem receita médica; fazer exame de raio X; fumar; tomar bebidas alcoólicas; usar drogas, pois podem interferir no desenvolvimento do feto (Mendonza, 2007).

Neste estudo, podemos afirmar que as mulheres conseguem evitar fatores que possam interromper ou prejudicar a progressão da gestação, e também atribuem importância às questões na consulta de pré-natal. A única questão que teve maior discordância foi sobre evitar acidentes, pois como inerente ao próprio significado da palavra, é um fato involuntário, mas não inevitável.

No trabalho, todos os cuidados contidos na ficha do projeto Janelas foram considerados importantes, alguns mais, outro menos. No estudo de Sanfalice (2011), os principais cuidados referidos por gestantes e descritos por elas foram: realização do pré-natal; alimentação; repouso; evitar esforço físico; desgastes emocionais, e uso de álcool, cigarro e drogas.

Para as questões: esforço excessivo e contato com substâncias perigosas, essas gestantes referem que não têm como não trabalhar ou realizar as atividades do lar, e realmente elas não precisam deixar de fazê-

los, apenas diminuir os esforços e repousar já são suficientes (Sanfelice, 2011).

É unânime entre as gestantes desse estudo e as do estudo de Sanfelice (2001) que, quando questionadas sobre tomar remédio sem receita, o uso de drogas, álcool e cigarro na gestação, relatam ser perigoso e prejudicial para a saúde da mãe e para o do bebê. Essas substâncias aumentam o risco de doenças perinatais, como prematuridade, má-formações, retardo do crescimento intrauterino, sofrimento fetal e infecções (Grinfeld, 2009).

Houve controvérsias entre a realização ou não exame de raio X, pois algumas gestantes disseram que, caso houvesse necessidade, o exame deveria ser realizado e outra parte disse que nunca deveria ser realizado. Para Vadachia et al. (2008), a grande maioria das gestantes não deram valor aos riscos reais que o bebê pode ter ao ser exposto ao raio X pelo exame, mas diz que existe um conhecimento fraco sobre o assunto, necessitando de maiores informações.

No instrumento deste estudo foi referido como sinal de risco para gestação: perda de líquido; sangramento vaginal; dor de cabeça forte; inchaço, e parada dos movimentos do bebê, porém, quando questionadas sobre esses sinais, metade das entrevistadas não consideram como sinal de risco para gestação dor de cabeça forte e inchaço.

Entretanto, uma grande parte das gestantes considerou importante o profissional perguntar sobre os sinais de risco, apesar de haver um número menor de respostas para dor de cabeça forte e inchaço. Em suas justificativas, elas conseguem relacionar esses sinais como risco, principalmente, para o bebê.

O estudo de Mendonza et al. (2007) relatou que sangramento vaginal, dor abdominal intensa ou contrações forte eram motivos para procurar médico imediatamente; para menos da metade era entendido que ruptura da bolsa indicava sinal de gravidade; e uma pequena porção citou que a perda do líquido amniótico e hipertensão arterial sistêmica necessitava de atendimento médico imediatos; e apenas uma gestante disse que a parada de movimentos do bebê referia a gravidade no período gestacional.

Poucas gestantes relataram a dor de cabeça forte e o inchaço como sinais de doença hipertensiva na gestação, e em nenhuma das entrevistas foi mencionado pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, dado semelhante ao estudo de Sousa (2007).

Essa conformidade de dados, entre esses dois estudos, sugere que as informações sobre os sinais de pré-eclâmpsia não estão sendo passadas para as gestantes de uma forma clara e objetiva, levando à não realização de medidas profiláticas e acarretando em hospitalização e parto prematuro (Sousa et al., 2007).

6 Considerações Finais

Ao finalizar esse estudo, foi percebida a complexidade que se dá à assistência ao pré-natal, visto que o cuidado necessário para garantir o curso da gestação, sem intercorrências até o final, abrange diversos fatores, assim como os abordados pela *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança*, no período pré-natal.

Relembrando que um dos objetivos deste estudo foi a caracterização da população de mulheres gestantes quanto a aspectos de cuidados da gestação, mediante aplicação da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança*, pode-se concluir que as gestantes envolvidas no estudo estavam realizando os cuidados propostos pela ficha, ainda sim, foram identificados alguns riscos para cuidados, são eles: planejamento da gravidez, evitar esforço excessivo, e o reconhecimento de dor de cabeça forte e inchaço como sinal de perigo para gravidez.

O outro objetivo era a identificação da importância atribuída por mulheres gestantes à inserção dos conteúdos de cuidado referentes ao período gestacional nas consultas de pré-natal, podemos afirmar que a maioria das gestantes considera importante a inclusão de todas as perguntas da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança*. Entretanto, uma parcela expressiva respondeu não ser importante a inclusão das questões: participação do pai e família; evitar quedas, acidentes, contato com substâncias perigosas; reconhecimento de dor de cabeça forte e inchaço como sinal de perigoso para gravidez e realização exame de raio X. Além de uma parcela, mesmo que pequena, não ter sabido responder se era ou não importante a inclusão das questões: evitar quedas e acidentes; reconhecimento de dor de cabeça forte, inchaço e parada dos movimentos do bebê, como sinal de perigo para gravidez.

Mesmo com poucas gestantes respondendo às justificativas para inclusão das questões da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança* na consulta de pré-natal, de um modo geral,

as respostas estavam associadas ao profissional conhecer melhor a gestante, o seu dia a dia, e, a partir dos dados colhidos, fazer as orientações devidas, o que indica o reconhecimento das ações profissionais no âmbito da promoção de tais cuidados. Além disso, destacaram como importantes alguns cuidados para a saúde do bebê e delas próprias.

Consequentemente, conversar e respeitar os saberes e práticas de saúde das gestantes e de seus familiares, juntos, construirão ações adequadas e identificar-se-ão quais podem ser prejudiciais.

Muito embora os resultados encontrados indiquem a necessidade de ampliar a abordagem dos cuidados, uma vez que as gestantes passam a valorizar aquilo que conhecem melhor, este estudo busca colaborar com as práticas já existentes, no planejamento e organização das consultas de pré-natal, reconhecendo o uso de instrumentos como norteadores de cuidado, e não como mais uma folha a ser preenchida.

Referências

Almeida, EZ; Fracoli, LA, Chiesa, AM. Implantação do projeto “Nossas crianças: janelas de oportunidades” na equipe de Saúde da Família: relato de experiência. São Paulo: Revista Paulista de Enfermagem, 2008; 27(2): 121-7.

Bardin, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

Bassani, DG, Surkan, PJ, Olinto, MTA. Inadequate Use of Prenatal Services Among Brazilian Women: The Role of Maternal Characteristics. International Perspective on Sexual and Reproductive Health: 2009 Março; 35 (1), 15-20.

Brasil, Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Criança: Ações básicas. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

Brasil, Ministério da Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil, Ministério da Saúde. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília, 2004.

Brasil, Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção a Saúde – textos básicos de saúde. Brasília, 2010. [Acesso em jul/2011]. Disponível

em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>

Brazelton, TB, Cramer, BG. As primeiras relações. 1.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

Bowlby, J. Apego – A natureza do vínculo. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

Callister, LC. Comments: Relationships among maternal fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. American Journal of Maternal/Child Nursing, 2002; 27 - 59.

Chiesa, AM, Solymos G, Fracolli, LA, Veríssimo MLÓR. Avaliação da implantação de novos instrumentos para o fortalecimento das ações de promoção do desenvolvimento infantil, na área de atuação do Programa Saúde da família do Município de São Paulo. [Projeto de pesquisa], 2003.

Chiesa, AM, Fracolli, LA, Zoboli, ELCP. Promoção da Saúde da Criança a experiência do projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidade. 1.ed. São Paulo, 2009.

Freitas, WMF, Coelho, EAC, Silva, ATMC. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2007 Jan; 23(1):137-145.

Figueiredo, GLA, Mello, DF. Atenção a saúde da criança no Brasil: aspectos de vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. Rev. Latino-am Enfermagem, 2007; nov-dez; 15 (6).

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Crianças de até 6 anos: o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento. Brasília: UNICEF

(BR), 2006. [acesso em jul/2011]. Disponível em :
<http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10167.htm>

Grinfeld, H. Consumo nocivo de álcool durante a gravidez. In: Andrade, AG de; Anthony, JC. (Ed). Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. Barueri: Minha Editora, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. 2010.

Lindgre, K. Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 2001; Jun: 24 (3), 203 – 17.

Mendonza-Sassi, RA; Cesar, JA; Ulmi, EF; Mano, PS; Dall'agnol, MM; Neumann, NA. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:2157-66.

Müller, ME. Prenatal and postnatal attachment: a modest correlation. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1996 Jul-Aug; 25(6): 464.

Oliva, TA; Nascimento, ER; Santo, FRE. Percepções e experiências de homens relativas ao pré-natal e parto de suas parceiras. *Rev enferm UERJ*. 2010;18(3):435-40.

Oliveira, S.C.; Ferreira, J.G.; Silva, P.M.P.; Ferreira, J.M., Seabra, R.A.; Fernando, VCN. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal. *Cogitare Enferm*. [Internet] 2009; 4(1) [acesso em

mar/2012].

Disponível

em:

<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/14118/9489>

Organização Mundial Da Saúde (OMS). AIDPI: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1. Brasília, 2003.

Pembe, AB, Carlstedt, A, Urassa, DP, Lindmark, G, Nyström, L, Darj, E. Quality of antenatal care in rural Tanzania: counselling on pregnancy danger signs. BMC Pregnancy & Childbirth, 2010, 10:35.

Pesamosca, JG, Fonseca, AD, Gomes, VLO. Percepção das gestantes acerca da importância paterna nas consultas pré-natal: um olhar de gênero. Revista Mineira de Enfermagem, 2008 abr-jun; 12(2): 182-188.

Polit, DF, Hungler, BP. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

Reberte, LM, Hoga, LAK. A experiência de pais participantes de um grupo de educação para saúde no pré-natal. CIENCIA Y ENFERMERIA XVI, 2010(1); 105-114.

Reicher, E. A. As idades preciosas e sensíveis da infância - Período de sustentação. In: Reicher, E. A. Infância a Idade Sagrada: anos sensíveis em que nascem as virtudes e os vícios humanos. 2.ed. Porto Alegre: Vale do Ser, 2009. p. 97 – 143

Rios, CTF, Vieira, NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciência & Saúde Coletiva; 2007 mar-abr; 12(2): 477-486.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington, 2005.

Sanfelice, C. Tem que se cuidar: saberes e práticas de gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde de Santa Maria/RS. [Dissertação]. 2011. 148p.

Santos, L A dos, Mamede, FV, Clapis, M J, Bernardi, JVB. Orientação nutricional no pré-natal em serviços públicos de saúde no município de Ribeirão Preto: o discurso e a prática assistencial. Rev. Latino-Am. Enfermagem; 2006; 14(5): 688-694. [Acesso em 2012 Abril]. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000500008&lng=en>

São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde. Atenção à gestante e puerpera no SUS – manual técnico. São Paulo: SES/SP; 2010.

São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo de Pré-Natal de Baixo Risco. São Paulo. [acesso em 2011 julho]. Disponível em:
<http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/mulher/0013/Prot_pr_enatal_baixo_risco.pdf>

São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo de Pactuação Técnica– Mãe Paulistana. São Paulo. [acesso em 2011 julho]. Disponível em:
<http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/crsleste/regulacao/protocolos-arquivos/sms-saude-da-mulher/SMS_Protocolo_Assistencia_Pre-natal.pdf>

Siddiqui, A, Hägglöf, B. Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? Elsevier, 2000; 59: 13-25.

SMS; PSF, (org.). Toda hora é hora de cuidar. [Manual de apoio do Projeto “Nossas crianças: Janelas de oportunidades”]. São Paulo:

Secretaria Municipal da Saúde e Programa da Saúde da Família, 2002. Disponível online em <www.unicef.org/brazil/manual.pdf> (02 out 2009)

SMS; PSF, (org.) Toda hora é hora de cuidar. [Cartilha do Projeto “Nossas crianças: Janelas de oportunidades”]. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde e Programa da Saúde da Família; 2002. Disponível online em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/todahoracartilha.pdf>> (02 out 2009)

SMS, PSF, organizadores. Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança. Disponível *online* em <<http://www.ee.usp.br/pesquisa/grupromo>> (02 out 2009)

SMS; PSF, (org.) Toda hora é hora de cuidar. [Manual da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança*]. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde e Programa da Saúde da Família; 2002. Disponível online em <www.unicef.org/brazil/manual.pdf> (02 out 2009)

Sousa, NL, Araújo, ACPF, Azevedo, GD, Jerônimo, SLB, Barbosa LM, Sousa, NML. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclâmpsia. Rev. Saúde Pública 2007; 41(5): 704-10.

Spindola, T, Penna, LHG, Progiante, JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(3):381-8.

Trapé, CA, Fujimori, E, Bertolozzi, MR. O Sistema Único de Saúde e as Políticas de Atenção à Saúde da Criança. In: Fujimori, E, Ohara, CVS. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. 1ª edição. São Paulo: Manole, 2009. p. 25-43.

Tweheyo, R, Konde-lule, J, Tmweigye, N, Sekandi, J. Male partner attendance of skilled antenatal care in peri-urban Gulu district, Northern Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010; 10: 53.

Vadachia, Y, Els, H, Andronikou, S. Accuracy of patients' self-reporting of pregnancy and awareness of risks to the fetus from X-ray radiation. *SAMJ*: 2008, 98 (11).

Veríssimo, MLO, Chiesa, AM. A promoção do desenvolvimento infantil: instrumento para o acompanhamento dos cuidados familiares In: Fujimori, E, Ohara, CVS. *Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica*. 1.ed. São Paulo: Manole, 2009; 328 – 353.

APÊNDICE 1 - Instrumento de coleta de dados

1. Codinome: _____
2. Idade: _____
3. Escolaridade: _____
4. Profissão: _____
5. Exerce atividade remunerada? ☐ Sim ☐ Não
6. (Se respondeu sim) Qual: _____
7. Estado civil: _____
8. Etnia (como classifica a sua cor ou origem?): _____
9. Quantos filhos vivos a senhora tem? _____
10. Quantas gestações a senhora já teve (incluindo a atual)?

11. (se teve outras gestações) Fez pré-natal nessas outras gestações? ☐ Sim ☐ Não
12. Teve algum aborto: ☐ Sim ☐ Não
13. Teve morte de algum filho? ☐ Sim ☐ Não
14. (Se respondeu sim) Causa do óbito: _____
15. Faz pré-natal: ☐ Sim ☐ Não
16. (Se respondeu sim) Quantas consultas de pré-natal fez até o momento? _____
17. Onde faz o pré-natal? _____
18. Idade gestacional: _____
19. Participou de grupo de gestante: ☐ Sim ☐ Não
20. (Se respondeu sim) local _____
21. Já participou de alguma atividade educativa sobre cuidado e desenvolvimento da criança?
☐ Sim ☐ Não
22. (Se respondeu sim) Qual atividade e local:

23. Construção: () Alvenaria com acabamento () Alvenaria sem acabamento ()outra _____

25. N° de pessoas que dormem por cômodo (/ /)

27. Esgoto: () Rede () córrego () Outro: _____

Que tipo de leitura a senhora faz e qual a frequência? (preencher o quadro)

Quem vive com a senhora?

[illegible]

--	--	--	--	--

Assinalar o chefe da família, segundo referido pela gestante.

	Aplicação		Pesquisa*			Por que?	Observações
	Sim	Não	Sim	Não	Não sabe		
1) A sua gravidez foi planejada?	S	N	S	N	NS		
2) O pai da criança participa da gravidez?	S	N	S	N	NS		
3) A senhora se sente ajudada por sua família?	S	N	S	N	NS		
4) A senhora está fazendo consultas de pré-natal?	S	N	S	N	NS		
A senhora tem conseguido realizar estas atividades normalmente?							
5) se alimentar	S	N	S	N	NS		
6) tomar vacinas	S	N	S	N	NS		
7) fazer tratamentos conforme orientações da equipe de saúde.	S	N	S	N	NS		
No trabalho/ em casa a senhora consegue evitar:							
8) esforços excessivos	S	N	S	N	NS		
9) Quedas	S	N	S	N	NS		
10) acidentes	S	N	S	N	NS		
11) contato com substancias perigosas	S	N	S	N	NS		
A sra considera sinais como esses perigosos para a gravidez?							
12) perda de líquido	S	N	S	N	NS		
13) sangramento vaginal	S	N	S	N	NS		
14) dor de cabeça forte	S	N	S	N	NS		
15) inchaços	S	N	S	N	NS		
16) parada dos movimentos do bebê	S	N	S	N	NS		
Durante a gravidez, a senhora consegue evitar:							
17) tomar remédios sem receita médica	S	N	S	N	NS		
18) fazer exame de raio	S	N	S	N	NS		
19) fumar	S	N	S	N	NS		
20) tomar bebidas alcoólicas	S	N	S	N	NS		
21) usar drogas	S	N	S	N	NS		

ANEXO 1 - A Ficha de Acompanhamento dos Cuidados para Promoção da Saúde da Criança

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DOS CUIDADOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA

Período pré-natal

Nome da mãe _____

Nome do pai _____

Assinalar para cada item S (sim) ou N (não) ou NA (não se aplica)

Data					Síntese e condutas
Semanas de gestação					
Perguntar: Conte-me como está a gravidez (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)					
A gravidez foi planejada?					
O pai participa da gravidez?					
A gestante sente-se ajudada por sua família?					
A gestante está fazendo consultas de pré-natal?					
A gestante tem conseguido se alimentar, tomar vacinas e fazer tratamentos conforme as orientações da equipe de saúde?					
A gestante consegue, no seu trabalho, evitar esforços excessivos, quedas, acidentes ou contato com substâncias perigosas?					
A gestante reconhece sinais de perigo para a gravidez (perda de líquido ou sangramento vaginal, dor de cabeça forte, edema, parada dos movimentos do bebê)?					
A gestante evita tomar remédios sem receita médica, fazer raio X, fumar, tomar bebidas alcoólicas e usar drogas?					

Informações sobre o nascimento e período pós-natal

Nome da criança _____

Responsável: _____

Como foi a chegada da criança na vida da família? _____

Quantas consultas fez no pré-natal? _____

Nasceu de 9 meses? () sim () não _____ semanas de gestação

Houve problemas no parto ou nos primeiros dias após o nascimento? () sim () não Quais? _____

Tem registro de nascimento? () sim () não Conduta: _____

Fez teste do pezinho? () sim () não Resultado (verificar) _____

A criança tem algum problema que precise de atenção especial? () não () sim Qual? _____

Quem percebeu ou falou sobre esse problema da criança: () profissional da saúde () família () conhecido

Principais acontecimentos na vida da criança (entrada na creche, internação, perda de alguém da família)

Mês/ano	Acontecimento

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DOS CUIDADOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA

Nome da criança _____
Data de nascimento _____. Registro/ matrícula _____.

Iniciar a conversa perguntando " Vocês têm alguma preocupação especial com <nome da criança>?"

A seguir, perguntar como é o dia-a-dia da criança, procurando esclarecer os tópicos abaixo

		Assinalar para cada item S (sim) ou N (não) ou NA (não se aplica)				
	Data					
	Idade da criança					
Síntese e condutas						
Alimentação. Perguntar: Conte-me como é a alimentação de <nome da criança> (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)						
Nos primeiros 6 meses o bebê recebe somente leite do peito, pelo menos 8 vezes por dia?						
A família aproveita o momento da mamada para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê?						
Após os 6 meses, além do leite, a criança recebe suco ou papa de frutas e papa salgada, em horários regulares?						
A criança maior de 1 ano está recebendo diariamente duas refeições iguais a da família (almoço e jantar) num prato só para ela, leite 3 vezes ao dia e frutas nos horários de lanche?						
A família aproveita os momentos da refeição para incentivar a participação e independência da criança, tendo paciência com ela?						
A família procura fazer das refeições um momento agradável de contato e conversa?						
Higiene. Perguntar: Conte-me como vocês cuidam da higiene de <nome da criança> (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)						
A família procura manter hábitos de higiene pessoal (banho diário, lavagem das mãos, escovação de dentes, cuidados com cabelos e roupas)?						
A família cuida da higiene da criança, diariamente, incentivando sua participação até que consiga realizar essas atividades sozinha?						
A criança tem oportunidades para aprender a controlar as micções e as evacuações?						
Saúde. Perguntar: Conte-me como vocês cuidam da saúde de <nome da criança> (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)						
A família leva a criança para as consultas marcadas nos serviços de saúde?						
As vacinas da criança estão em dia? (verificar o cartão da criança)						
A família reconhece quando a criança precisa de tratamento (tem tosse ou dificuldade para respirar, diarreia, febre prolongada,) e a leva para os serviços de saúde?						
A família consegue garantir os tratamentos indicados pelo serviço de saúde?						
A família utiliza preparações caseiras para tratamento de problemas de saúde da criança?						
Brincadeira. Perguntar: Conte-me o que <nome da criança> faz durante o dia? (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)						
O bebê tem oportunidade de ficar em diferentes locais (colo, berço, chão) e posições (deitado, de bruços, sentado)?						
A família oferece diferentes objetos: coloridos, de pano, plástico, papel, borracha, madeira (que não ofereçam perigo) para o bebê?						
A família aproveita a hora da alimentação, do banho ou da troca de roupas da criança, como oportunidades para brincar e conversar com ela?						

A família passa algum tempo com a criança, diariamente, participando de suas brincadeiras, conversando, contando histórias ou cantando?							
A criança tem oportunidades de brincar com brinquedos, livros, revistas, papel e lápis, material de sucata, para ler, desenhar, pintar, brincar, inventar, montar?							
A família favorece que a criança conheça e brinque com outras crianças?							
A família favorece a participação da criança em atividades na comunidade (fora de casa) como jogos, esportes, festas, passeios, reuniões religiosas?							
Prevenção de acidentes. Perguntar: Conte-me como vocês evitam acidentes com <nome da criança> (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)							
O bebê dorme em lugar e posição sem perigo de sufocar-se (fios/ cordão de chupeta/ panos) ou de ter contato com insetos ou animais que possam feri-lo?							
A família deixa fora do alcance da criança coisas que possam queimar, envenenar ou machucar, como: panelas quentes, ferro de passar roupa, remédios, produtos de limpeza, faca, tesoura, copos de vidro, fios e tomadas?							
A criança tem lugares onde pode ficar e brincar, dentro e fora de casa, sem perigo de quedas, atropelamento, afogamento, violência?							
A família ensina para a criança formas seguras de usar tesoura (sem ponta)/ garfo / faca, brincar com animais domésticos, atravessar a rua?							
Amor e segurança. Perguntar: Conte-me como a família e <nome da criança> se relacionam no dia-a-dia (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)							
A família mostra afeto pela criança conversando, aconchegando-a no colo, tocando-a com carinho, brincando com ela, mesmo quando ela não está chorando?							
O dia-a-dia da criança é organizado em relação aos horários e pessoas conhecidas para seu cuidado?							
A família dá limites à criança, conversando e explicando o que considera errado, sem precisar bater nem dar castigos violentos?							
A família procura saber o que a criança fez no dia, o que aprendeu de novo, se ela tem alguma preocupação ou precisa de ajuda?							
A família combina com a criança sua participação nas atividades domésticas, levando em conta sua idade e suas capacidades?							
A família evita que a criança entre em contato com situações de brigas, violência e uso de drogas ou álcool?							
Além da família e da casa, a criança tem outros lugares onde possa ficar e ser cuidada por pessoas de confiança, com atenção a sua saúde, higiene, alimentação e estimulação?							
Pergunta para o profissional de saúde: a família tem as condições necessárias para garantir os cuidados à criança?							
NOME DO PROFISSIONAL QUE FEZ A AVALIAÇÃO							

[illegible][illegible]

ANEXO 2

Anamnese, segundo manual de Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada, do Ministério da Saúde, 2005

1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:
 - Idade menor que 15 anos e maior que 35 anos;
 - Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes químicos e biológicos, estresse;
 - Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez
 - Situação conjugal insegura;
 - Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular)
 - Condições ambientais desfavoráveis
 - Dependência de drogas lícitas e ilícitas.
2. História reprodutiva anterior
 - Morte perinatal explicada ou inexplicada;
 - Recém-nascido pré-termo ou malformado;
 - Abortamento habitual;
 - Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
 - Nuliparidade ou multiparidade;
 - Macrossomia fetal
3. Intercorrências clínicas crônicas
4. Doença obstétrica na gravidez atual

ANEXO 3

Roteiro para anamnese, segundo manual de Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada, do Ministério da Saúde, 2005

I. História clínica

- identificação: nome, idade, cor, naturalidade, procedência, endereço atual, unidade de referencia
- dados socioeconômicos
- grau de instrução
- profissão/ocupação
- estado civil/união
- número e idade de dependentes (avaliar sobrecarga de trabalho doméstico)
- renda familiar
- pessoas da família com renda
- condições de moradia (tipo, no de cômodos)
- condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo)
- antecedentes familiares
- antecedentes pessoais
- antecedentes ginecológicos
- sexualidade
- antecedentes obstétricos (número de gestações, de parto, abortamentos, filhos vivos, morte de filho)
- gestação atual (DUM, sinais e sintomas, hábitos alimentares, medicamentos, hábitos – fumo, álcool e drogas ilícitas; ocupação atual, aceitação ou não da gravidez.

II. Exame físico

- Geral
- Específico (gineco-obstétrico)
- Exames complementares

ANEXO 4

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

1

São Paulo, 10 de dezembro de 2009.
PARECER Nº 488/09 – CEP/SMS
CAAE: 0240.0.162.000-09

Ilma Sra
Maria De La Ó Ramallo Veríssimo

- **Projeto de Pesquisa:** Avaliação da implementação de nova tecnologia para promoção do desenvolvimento infantil na atenção primária de saúde
- **Pesquisador Responsável:** Maria De La Ó Ramallo Veríssimo
- **Instituição:** não informada
- **Local onde os dados serão coletados:** UBSs das Coordenadorias Sul, Leste, Centro-Oeste e Norte.

I – Sumário Geral do Protocolo

O projeto "Nossas Crianças: janelas de oportunidades" (Janelas) foi desenvolvido para apoiar e instrumentalizar as equipes de saúde nas ações de promoção do desenvolvimento infantil. O projeto piloto de sua implantação foi levado a cabo em várias unidades de saúde no município de São Paulo e avaliado mediante investigação durante os anos de 2004 a 2006, com apoio do CNPq. Os resultados demonstraram, de maneira geral, que as ações propostas no programa foram bem aceitas pela equipe de saúde assim como pela população. Entretanto, sua efetividade não pôde ser verificada, em função de inúmeros fatores relativos às mudanças de ordem política e administrativa ocorridas no período. Com isto, faz-se necessário desenvolver novas experiências que possibilitem sua implementação e avaliação permanente, de forma a identificar suas potencialidades e limites.

A pesquisa de avaliação terá como **objetivo geral** avaliar a implementação das ações de promoção de saúde infantil do projeto Nossas crianças: janelas de oportunidades em unidades que deram seguimento à sua implantação desde 2006, e como **objetivos específicos**:

- Descrever a implementação do projeto na UBS, caracterizando as ações e os agentes que as realizam.
- Detalhar os indicadores e as categorias de análise, a partir dos dados obtidos.
- Analisar as ações do projeto segundo categorias do cuidado integral em saúde.

A investigação será realizada em unidades de saúde da família do município de São Paulo onde o projeto 'Janelas' foi implantado em 2003 e que mantiveram ações relacionadas ao mesmo. A lista de unidades de saúde que participaram da etapa inicial da implantação e, portanto, compõem a população do estudo está no anexo 1. Prevê-se a participação de pelo menos uma UBS de cada região da cidade (Centro-oeste, Norte, Sul e Leste), nas quais as ações estejam amplamente ativas.

Serão coletadas informações a respeito das percepções dos profissionais sobre a utilização dos materiais do 'Janelas', bem como as percepções de gestantes e dos pais ou responsáveis sobre a atenção de saúde apoiada pelos instrumentos do 'Janelas', mediante entrevistas individuais ou em grupo, de acordo com as práticas já efetivas nas unidades de saúde.

Serão entrevistados individualmente médicos, enfermeiras e agentes comunitários de saúde, além de gestantes e pais ou responsáveis de crianças atendidas. Para a entrevista, serão utilizadas perguntas norteadoras, e, para os pais, haverá a ajuda de um instrumento (anexo 2).

Os resultados serão comparados identificando-se similaridades e diferenças de acordo com as características demográficas, nível de escolaridade e exposição prévia a atividades de educação em saúde. A análise comparativa será realizada mediante testes apropriados; dados qualitativos serão analisados mediante uso da técnica de análise temática de conteúdo. Propõem-se como categorias de análise elementos constitutivos do cuidado, segundo descrito por Ayres.

O número de participantes será definido após determinação das unidades de saúde e da população de profissionais e de crianças correspondente (estão previstos 100 na folha de rosto).

II – Considerações.

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, o currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa.

ANEXO 5

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Gestantes

Meu nome é _____. Sou aluna de _____ da Escola de Enfermagem da USP. A Professora Maria De Lá Ó Ramallo Veríssimo e eu estamos realizando uma pesquisa sobre um questionário para ser usado na consulta de acompanhamento da saúde infantil. A pesquisa tem como objetivo avaliar a opinião dos responsáveis pelas crianças sobre o conteúdo do questionário. A finalidade é melhorar o atendimento nas consultas para promover o desenvolvimento infantil. A coleta de dados será feita somente com o pai, mãe ou responsável que aceitar participar. Caso o(a) sr.(a) aceite, vou pedir-lhe que participe de uma entrevista, que levará perto de 30 minutos. O(a) sr(a) pode aceitar ou recusar e isso não vai causar qualquer mudança no atendimento que é feito aqui na unidade de saúde. A sua participação na pesquisa não oferece custo, risco, prejuízo ou desconforto e nenhum tipo de pagamento ou gratificação. Ela também não é obrigatória e, caso não deseje participar, o(a) senhor(a) não terá nenhum prejuízo. Acredito que a participação oferece ao voluntário a oportunidade de dar sua opinião sobre o questionário e contribuir para a melhoria das consultas de saúde da criança. Os resultados do estudo serão apresentados em relatório de pesquisa e em artigos científicos. Todas as informações serão escritas em fichas e gravadas, sem colocar o seu nome, para manter em segredo de quem são as informações. Assim, quando for feito o relatório da pesquisa, não haverá dados que possam identificar diretamente a pessoa nem a família. Cada um dos participantes tem total liberdade de recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isso implique em penalização. Para isso, cada ficha de registro e cada participante terão apenas um número de identificação que fica no termo de aceitação, guardado separado dos dados da pesquisa.

Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos da pesquisa, o(a) sr(a) poderá entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Rua General Jardim, 36 - 2º. Andar- tel: 3218-4043, e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br

Caso sinta necessidade de falar comigo, poderá fazer isto pelo telefone _____. No final do trabalho, os resultados serão apresentados aqui na unidade para os funcionários e será divulgado o dia da apresentação para a comunidade e ainda serão escritos trabalhos para revistas científicas.

Ciente destas informações, o(a) sr(a) concorda em participar do estudo?

Concordo em participar como informante na coleta de dados para essa investigação.

Assinatura: _____

Pesquisadora: _____ São Paulo, de _____ de 20____.