



Data de Submissão: 24/01/2024

Data de Aprovação: 10/02/2025

ARTIGO ORIGINAL

Avaliação de conteúdos da consulta pediátrica pré-natal pela técnica Delphi

Evaluation of pediatric prenatal visit contents using the Delphi technique

Caroline Helena Vetromille Jarque¹, Renata Artimos de Oliveira Vianna², Adauto Dutra Moraes Barbosa³

Palavras-chave:

Cuidado pré-natal,
Pediatras,
Técnica Delphi.

Resumo

Objetivo: Avaliar os conteúdos necessários ao pediatra para auxílio à consulta pré-natal. **Métodos:** Estudo prospectivo, quali-quantitativo, exploratório, descritivo, com emprego da técnica Delphi, em duas rodadas, com aplicação de dois questionários *online* a um painel de pediatras/neonatoLOGISTAS. Na primeira rodada, aplicou-se um questionário para identificar o perfil sociodemográfico dos participantes e listar os conteúdos que consideravam necessários para a consulta. Os conteúdos listados inicialmente foram levados para apuração do painel na segunda rodada, em que os especialistas assinalaram o grau de concordância (escala de Likert de cinco pontos). O consenso para manter ou excluir o item da relação de conteúdos foi pré-estabelecido em 70%. Foi feita também a análise comparativa da avaliação de pediatras neonatologistas e não neonatologistas. **Resultados:** Foi obtida uma relação com 33 itens listados. Não houve diferença significativa entre as respostas de pediatras neonatologistas e não neonatologistas. **Conclusão:** Os itens finais listados corroboram as recomendações da literatura já existentes sobre a consulta e a apresentação dessa relação de conteúdos instrumentaliza o pediatra para essa atuação.

Keywords:

Prenatal care,
Pediatricians,
Delphi Technique.

Abstract

Objective: To evaluate the content needed by the pediatrician to assist with prenatal consultation. **Methods:** Prospective, quali-quantitative, exploratory, descriptive study, using the Delphi technique, in two rounds, with the application of two online questionnaires to a panel of pediatricians/neonatologists. In the first round, a questionnaire was applied to identify the sociodemographic profile of the participants and list the contents considered necessary for the consultation. The contents initially listed were taken to the panel for verification in the second round, in which the specialists indicated the degree of agreement (five-point Likert scale). The consensus to keep or delete the item from the list of contents was pre-established at 70%. A comparative analysis of the evaluation of pediatric neonatologists and non-neonatologists was also carried out. **Results:** A list of 33 items was obtained. There was no significant difference between the responses of neonatologists and non-neonatologists. **Conclusion:** The final items listed corroborate the existing literature recommendations on the consultation and the presentation of this list of contents equips the pediatrician for this action.

¹ Marinha do Brasil - Policlínica Naval de Campo Grande, Clínica de Pediatria - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil.

² Universidade Federal Fluminense - Faculdade de Medicina, Materno Infantil - Niterói - Rio de Janeiro - Brasil.

³ Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Medicina - Niterói - Rio de Janeiro - Brasil.

Endereço para correspondência:

Caroline Helena Vetromille Jarque.

Policlínica Naval de Campo Grande. Av. Brasil, nº 44878, Campo Grande, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 23078-001. E-mail: caroline.vetromille@gmail.com

INTRODUÇÃO

A consulta pediátrica realizada durante o pré-natal é oportuna para promover o início e o fortalecimento do vínculo entre o pediatra e a família do recém-nascido. Nela, os pais têm a possibilidade de acolhimento e preparo para os cuidados que desempenharão adiante, reduzindo suas ansiedades, por meio da antecipação de informações e estratégias para enfrentamento de situações do dia a dia com a criança^{1,2}.

Apesar de sua reconhecida importância, a consulta pediátrica pré-natal ainda não é difundida na rotina prática da maioria dos pediatras e obstetras¹⁻³. Isso se atribui também à escassez de informações na literatura, que limita a sua implementação pelo pediatra à sua rotina de atendimento^{1,2}.

Dessa forma, o objetivo do nosso estudo foi avaliar os conteúdos necessários ao pediatra para realização da consulta pré-natal.

OBJETIVOS

Avaliar os conteúdos necessários ao pediatra para realização da consulta pré-natal.

MÉTODOS

Estudo prospectivo, realizado no período de abril a setembro de 2021, com a participação de pediatras com atuação no Brasil, que incluíam profissionais da rede de contato dos envolvidos, além de outros cujos nomes foram selecionados aleatoriamente na internet e responderam por e-mail, WhatsApp® ou Instagram® à solicitação de participação, constituindo uma amostra de conveniência.

Os participantes (pediatras/neonatologistas) levantados foram incluídos após comprovação de possuírem residência/especialização ou título de especialista em pediatria/neonatologia.

Como critérios de exclusão, foram adotados: o não envio da resposta ao(s) questionário(s) no tempo preconizado para finalização da rodada e o envio de respostas ininteligíveis ou inadequadas ao solicitado no questionário.

Para a obtenção de uma lista consensual dos conteúdos necessários ao pediatra para realização da consulta pré-natal, empregou-se a Técnica Delphi tipo Web Delphi⁴.

Coleta de dados e Confecção dos questionários

A coleta de dados, que se iniciou a partir do envio dos questionários, foi realizada em um período de 3 meses para cada uma das duas rodadas.

A ferramenta Google Forms® foi utilizada para confecção dos questionários. Os pediatras contatados receberam um convite, sendo nele disponibilizado o *link* de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguido do 1º questionário.

Ao término de recebimento das respostas do 1º questionário, que constituiu a 1ª rodada, e após análise dos dados,

era enviado convite (*link*) para a 2ª rodada. Ao acessar o *link*, o participante tinha acesso ao resultado parcial obtido na 1ª rodada de aplicação da técnica Delphi, a lista inicial, e 2º questionário, aos moldes da 1ª rodada.

O 1º questionário consistiu em 10 perguntas fechadas para traçar o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa e de pergunta aberta única em que o pediatra deveria listar os conteúdos que julgasse necessários para a realização da consulta pediátrica pré-natal.

Do 2º questionário constaram 34 perguntas fechadas, oriundas da pergunta única aberta, cujos conteúdos tivessem sido citados pelos respondentes da 1ª rodada, os quais foram agrupados de modo que, para cada item de conhecimento da lista, o profissional pudesse atribuir uma pontuação na escala de Likert, bidirecional, com opções de 1 a 5: 1 - sem importância, 2 - pouco importante, 3 - razoavelmente importante, 4 - importante e 5 - muito importante. Também foi disponibilizado espaço aberto para observações que os participantes julgassem relevantes fazer.

Foi estabelecido como critério para que o conteúdo fizesse parte da lista de conhecimento que a pontuação obtida fosse de 4 ou 5 por mais de 70% dos participantes.

Para a análise das questões estruturadas do primeiro questionário e de todo segundo questionário foi utilizada análise estatística, com cálculo de frequência e percentual de opiniões.

Para a avaliação da distribuição dos dados em relação ao perfil sociodemográfico, de acordo com o fato de o participante ser pediatra não neonatologista ou neonatologista, foi realizado o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher.

Todos os dados foram analisados pelo *software* estatístico IBM-SPSS® v.20, sendo utilizado o nível de confiança de $p < 0,05$.

O projeto que ensejou essa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Naval Marcílio Dias, CAAE nº 50133821.4.0000.5256, sob o parecer número 5.048.618. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflito de interesse.

RESULTADOS

O perfil sociodemográfico dos participantes é mostrado na Tabela 1.

Para a 1ª rodada, o questionário enviado a 300 pediatras teve adesão de 81 (27%), que preencheram os critérios de inclusão e nenhum foi excluído do estudo. Para a 2ª rodada, o novo questionário foi enviado aos 81 pediatras da 1ª rodada e respondido por 59 (73% dos participantes). Nenhum novo conteúdo foi acrescentado à lista a partir do 2º questionário.

Considerando a 2ª rodada, 59/81 (73%), 56% dos participantes da pesquisa tinham idade entre 30 e 39 anos, eram do sexo feminino (80%), residiam no estado do Rio de Janeiro (78%). Cerca de 78% dos participantes tinham experiência somente com a pediatria e a exerciam entre 5 e 19 anos (60%).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos pediatras não neonatologistas e dos neonatologistas (2ª rodada).

	Não neonatologistas n = 46	Neonatologistas n = 13	p-valor
Idade			
Menos de 30 anos	2 (4,3)	0 (0,0)	0,187
Entre 30 e 39 anos	28 (60,9)	5 (38,5)	
Entre 40 e 49 anos	11 (23,9)	4 (30,8)	
Entre 50 e 59 anos	5 (10,9)	3 (23,1)	
Mais de 60 anos	0 (0,0)	1 (7,7)	
Sexo			
Feminino	37 (80,4)	10 (76,9)	0,716*
Masculino	9 (19,6)	3 (23,1)	
Estado			
Amazonas	2 (4,3)	0 (0,0)	0,657
Bahia	1 (2,2)	0 (0,0)	
Distrito Federal	2 (4,3)	0 (0,0)	
Mato Grosso do Sul	1 (2,2)	0 (0,0)	
Minas Gerais	0 (0,0)	1 (7,7)	
Rio de Janeiro	35 (76,1)	11 (84,6)	
Rio Grande do Sul	1 (2,2)	0 (0,0)	
Santa Catarina	1 (2,2)	0 (0,0)	
São Paulo	3 (6,5)	1 (7,7)	
Experiência na pediatria			
Menos de 5 anos	8 (17,4)	1 (7,7)	0,069
De 5 a 9 anos	17 (37,0)	4 (30,8)	
De 10 a 19 anos	13 (28,3)	1 (7,7)	
De 20 a 29 anos	7 (15,2)	5 (38,5)	
30 anos ou mais	1 (2,2)	2 (15,4)	
Experiência na neonatologia			
Menos de 5 anos	8 (17,4)	4 (30,8)	0,013**
De 5 a 9 anos	5 (10,9)	2 (15,4)	
De 10 a 19 anos	2 (4,3)	3 (23,1)	
De 20 a 29 anos	4 (8,7)	2 (15,4)	
30 anos ou mais	0 (0,0)	1 (7,7)	
Não se aplica	27 (58,7)	1 (7,7)	
Grau de formação			
Especialização	39 (84,8)	7 (53,8)	0,111
Mestrado	4 (8,7)	4 (30,8)	
Doutorado	1 (2,2)	1 (7,7)	
Pós-doutorado	2 (4,3)	1 (7,7)	
Atuação pré-natal			
Sim	18 (39,1)	5 (38,5)	0,614
Não	28 (60,9)	8 (61,5)	

Legenda: * teste exato de Fischer; **teste do χ^2 .

Entre os 22% de neonatologistas, 32% exerciam a área de atuação até 9 anos. Setenta e oito por cento dos respondentes tinham somente o grau de especialização em pediatria.

Da amostra, 61% não atuavam em consulta pré-natal. Não se observou diferença estatística no perfil de pediatras neonatologistas e não neonatologistas.

Um total de 34 conteúdos foram então listados pelos participantes na 1ª rodada (Tabela 2). Os conteúdos listados foram julgados, na 2ª rodada, item a item por cada participante e classificados quanto à relevância, conforme a escala de Likert aplicada. Desses itens, 33 alcançaram o alvo de consenso estabelecido em pelo menos 70% nas opções 4 e 5 da escala e um, “armazenamento de sangue do cordão”, foi excluído por não preencher o critério de inclusão (atingiu apenas 56% nas opções 4 e 5 da escala). Nas opções 1 e 2 nenhum item alcançou 70%.

A Tabela 2 mostra a distribuição das avaliações de cada item e o percentual nas opções 4 e 5 entre pediatras e neonatologistas.

Na comparação entre a avaliação dos itens por categoria entre os pediatras não neonatologistas e os neonatologistas, não houve diferença significativa entre os grupos (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Não há um número mínimo específico de especialistas para criação de um painel de consenso sobre determinado assunto, mas os resultados serão mais estáveis quanto maior o número de especialistas, sendo desejável um número mínimo de 6 e máximo de 12 e, se forem da mesma disciplina, há autores que consideram de 12 a 20 especialistas suficientes⁵. Niederberger e Spranger (2020)⁶, autores de uma análise de 12 revisões sistemáticas com uso da técnica Delphi nas ciências da saúde, mostraram que o número médio de participantes dos estudos avaliados foi geralmente no intervalo de baixo a médio na casa das dezenas, como, por exemplo, 17 e 40 especialistas. McMillan et al. (2016)⁷ relatam que convidar mais participantes aumenta a variedade de especialistas, mas eventualmente leva a uma diminuição do retorno. Neste estudo, apesar de 300 convidados para a primeira rodada, houve apenas 27% de retorno aos convites enviados, tornando clara essa diminuição apontada. A adesão ao estudo pode ser uma dificuldade a ser enfrentada, e no máximo metade das pessoas responde ao primeiro contato⁸. Quanto à permanência dos participantes ao longo das rodadas, Romero-Collado et al. (2021)⁵ afirmam que é difícil que todos os especialistas participem continuamente ao longo de todo o processo, variando essa permanência entre 35% e 87%, por isso é aconselhável convidar um mínimo de 30 especialistas. A permanência obtida de 73% dos participantes do presente estudo, ao longo das rodadas, vai ao encontro dessa realidade. O mais comum é a realização de duas a três rodadas no processo Delphi, e por essa razão ele costuma ser concluído, mesmo que não tenha sido atingido consenso sobre todos os itens⁹.

Cunha et al. (2015)¹⁰, em uma revisão não sistemática sobre o papel do pediatra nos primeiros mil dias de vida da criança, concluem que o profissional pode atuar na promoção de ações com enfoque no conceito, seja na sua prática profissional ou advogando por essa causa. O “Conceito DOHaD” apresentado pelo painel, com 83% das avaliações nas opções 4 e 5, aponta para a necessidade do pediatra, no pré-natal, conhecer e identificar possíveis fatores que possam contribuir na qualidade de vida, mesmo a longo prazo, para o indivíduo ainda em formação. O tema “nutrição materna”, tão essencialmente relacionado aos conceitos anteriores, cuja relevância na literatura já foi evidenciada¹¹, obteve 92% de avaliações nas duas opções de maior relevância da escala aplicada. Os conteúdos “Fisiologia da gestação” e “Embriologia” obtiveram consenso de 86% e 85%, respectivamente, nas opções 4 e 5 julgadas pelo painel. Eles são base para a compreensão dos fenômenos que saem do fisiológico para o patológico¹². Schön et al. (2007)¹³, em sua revisão, apontam sobre os aspectos da parentalidade com apego, que perpassam o entendimento do conceito de exterogestação, para promoção de uma criação com atenção e sensibilidade às necessidades emocionais e físicas inatas da criança, resultando em amamentação prolongada sob livre demanda, transporte frequente do bebê no corpo do cuidador e sono do bebê próximo dos pais. Concluem que essa abordagem para a criação de filhos fornece ao bebê humano um ambiente ideal para um crescimento ótimo do ponto de vista psicológico e fisiológico. O conceito de “exterogestação” apresentou 98% das avaliações nas opções de maior relevância.

Com relação à categoria de itens relacionados ao conhecimento do pré-natal em si (itens 7 a 11), em que todos os itens foram avaliados com mais de 90% de consenso nas opções 4 e 5 da escala aplicada, evidencia-se a necessidade de o pediatra entender o processo do pré-natal num todo. Conhecer informações da anamnese, do rastreamento pré-natal, exames e suas interpretações, assim como vacinação da gestante e de seus familiares, são temas de alta relevância para a consulta^{2,14}.

O item “doenças e agravos à saúde materna”, com 96% das avaliações nas opções 4 e 5 na escala de importância, engloba condições que configuram risco para restrição de crescimento intrauterino e aumento da morbimortalidade do feto e/ou RN, tornando a realização da consulta pediátrica pré-natal especialmente importante²⁻³.

Na categoria “fatores de risco neonatais”, incluindo itens “prematuridade”, “inadequações do peso ao nascer” e “doenças fetais e neonatais” todos os itens apresentaram, nas opções 4 e 5 da escala de Likert utilizada, 98% das suas avaliações. Griswold et al. (2010)¹⁵ ressaltam que a consulta pré-natal ideal permite que os médicos eduquem os pais sobre o parto prematuro e resultados potenciais para o bebê, ao mesmo tempo em que fornece aos pais tempo para fazer perguntas e expressar seus valores. Ratificam que a incerteza que envolve muitas decisões no tratamento e ressuscitação de bebês nascidos no limite da viabilidade cria uma situação em

Tabela 2. Avaliação de Conteúdos - Número e frequência de escolha dos itens 4 e 5 entre Pediatras (Ped) n= 46 e Neonatologistas (Neo) n = 13.

Descrição dos Itens da Lista de Conteúdos	Likert 4 - Ped	Likert 4 - Neo	p*	Likert 5 - Ped	Likert 5 - Neo	p*
Primeiros 1.000/1.100 dias de vida	8 (17,4)	3 (23,1)	0,6442	37 (80,4)	10 (76,9)	0,7838
Conceito DOHaD**	16 (34,8)	5 (38,5)	0,8706	23 (50,0)	5 (38,5)	0,4673
Nutrição materna	12 (26,1)	9 (69,2)	0,0045	29 (63,0)	4 (30,8)	0,0406
Fisiologia da gestação	20 (43,5)	8 (61,5)	0,2552	20 (43,5)	3 (23,1)	0,1868
Embriologia	21 (45,7)	6 (46,2)	0,9747	19 (41,3)	4 (30,8)	0,4968
Exterogestação	5 (10,9)	5 (38,5)	0,6375	40 (87,0)	8 (61,5)	0,0387
Pré-natal – Rotina	13 (28,3)	3 (23,1)	0,7121	30 (65,2)	10 (76,9)	0,4294
Pré-natal – Anamnese	9 (19,6)	2 (15,4)	0,7337	33 (71,7)	11 (84,6)	0,3499
Pré-natal – Exames	8 (17,4)	1 (7,7)	0,3945	36 (78,3)	11 (84,6)	0,6211
Pré-natal – Vacinação da gestante e familiares	15 (32,6)	6 (46,2)	0,3699	27 (58,7)	6 (46,2)	0,4267
Pré-natal – Gestação alto risco e risco habitual	12 (26,1)	2 (15,4)	0,4273	33 (71,7)	11 (84,6)	0,3499
Fatores risco maternos relacionados ao feto/RN	5 (10,9)	1 (7,7)	0,7385	39 (84,8)	12 (92,3)	0,4891
Prematuridade	6 (13,0)	0 (0,0)	0,1739	39 (84,8)	13 (100,0)	0,1377
Inadequações de peso ao nascer	14 (30,4)	2 (15,4)	0,2867	31 (67,4)	11 (84,6)	0,2306
Doenças fetais e neonatais	8 (17,4)	0 (0,0)	0,1087	37 (80,4)	13 (100,0)	0,0855
Fisiologia do labor e complicações	22 (47,8)	5 (38,5)	0,5557	19 (41,3)	6 (46,2)	0,7543
Assistência pediátrica na sala de parto	5 (10,9)	1 (7,7)	0,7385	40 (87,0)	11 (84,6)	0,8247
Armazenamento de sangue do cordão (excluído)	20 (43,5)	5 (38,5)	0,7494	7 (15,2)	1 (7,7)	0,4891
Alta segura da maternidade	9 (19,6)	2 (15,4)	0,7337	34 (73,9)	10 (76,9)	0,8279
Amamentação	3 (6,5)	1 (7,7)	0,8801	43 (93,5)	12 (92,3)	0,8801
Alimentação complementar	10 (21,7)	1 (7,7)	0,2562	36 (78,3)	10 (76,9)	0,9151
Cuidados com o RN – Cuidados gerais	10 (21,7)	5 (38,5)	0,2231	35 (76,1)	7 (53,8)	0,1201
Cuidados com o RN – Choro do RN	20 (43,5)	5 (38,5)	0,7494	23 (50,0)	6 (46,2)	0,8104
Cuidados com o RN – Uso de chupeta	19 (41,3)	9 (69,2)	0,0778	24 (52,2)	3 (23,1)	0,0652
Cuidados com o RN – Sono do bebê	16 (34,8)	6 (46,2)	0,4568	16 (34,8)	6 (46,2)	0,4568
Cuidados com o RN – Vacinação do RN	3 (6,5)	1 (7,7)	0,8801	43 (93,5)	12 (92,3)	0,8801
Cuidados com o RN – Triagem neonatal	3 (6,5)	0 (0,0)	0,3496	43 (93,5)	13 (100,0)	0,3496
Cuidados com o RN – Segurança do RN	5 (10,9)	3 (23,1)	0,2611	40 (87,0)	10 (76,9)	0,3749
Cuidados com o RN – Sinais de alerta	3 (6,5)	1 (7,7)	0,8801	42 (91,3)	12 (92,3)	0,9098
Cuidados com o RN – Cólica do lactente	13 (28,3)	6 (46,2)	0,2267	30 (65,2)	6 (46,2)	0,2188
Cuidados com o RN – Puericultura	5 (10,9)	4 (30,8)	0,0809	39 (84,8)	9 (69,2)	0,206
Puerpério	15 (32,6)	8 (61,5)	0,0614	23 (50,0)	5 (38,5)	0,4673
Contexto familiar e rede de apoio	10 (21,7)	6 (46,2)	0,0819	32 (69,6)	7 (53,8)	0,292
Fontes seguras e práticas de informações à gestante	17 (37,0)	9 (69,2)	0,0406	24 (52,2)	3 (23,1)	0,0652

Legenda: P* = valor calculado pelo Chi-quadrado; Conceito DOHaD** - Origens Desenvolvimentistas da Saúde e da Doença.

que é de suma importância a responsabilidade pela tomada de decisão entre pais e médicos.

Miquel-Verges et al. (2009)¹⁶ investigaram a expectativa dos pais com relação à consulta pré-natal com o neonatologista perante um diagnóstico de anomalia congênita no pré-natal. Cita que “as mães perceberam que a consulta que incluiu uma visita à unidade de terapia intensiva neonatal, as preparou para o período perinatal, “pois os pais querem informações médicas realistas”, específicas para sua situação, fornecidas de forma empática e esperando o melhor desfecho”.

Conhecimentos relacionados à “fisiologia do labor e suas complicações”¹², “assistência pediátrica na sala de parto”¹², “armazenamento de sangue do cordão”¹⁷ e “alta segura da maternidade”¹⁸, apresentaram maior variação no julgamento dos participantes do painel quanto à relevância dos itens, mas ainda fica muito evidente na literatura a importância desses temas. A SBP ressalta que o tipo de parto deve ser discutido com o obstetra e com o casal, de forma a buscar o melhor para o binômio mãe-filho². Publicado em 2018, também pela SBP, o documento “Nascimento seguro” ressalta que na consulta

pré-natal o pediatra deve informar aos pais a importância de sua presença na sala de parto, sobre sua habilidade nos preceitos da reanimação neonatal, lembrando a necessidade de equipe competente para assistência no “Minuto de Ouro”. Ele deve informar também sobre a importância do clampeamento oportuno do cordão umbilical; do contato pele a pele, mesmo nas cesarianas, e o aleitamento materno na primeira hora de vida, que corroboram para as boas práticas na primeira hora, também conhecida como “*Golden hour*”¹⁹. Isso viabiliza ao casal reivindicar essas atitudes por parte da equipe de cuidados no local do nascimento. Conhecer também os critérios para alta segura da maternidade é importante para o pediatra no pré-natal, uma vez que a decisão quanto ao melhor momento da alta hospitalar do binômio é uma construção feita ao longo da permanência hospitalar, por toda a equipe que assiste o binômio mãe-filho, compartilhada com a família inicialmente desde o pré-natal, quando o pediatra tem a oportunidade de avaliar riscos¹⁸.

Com 100% das avaliações nas opções 4 e 5 da escala Likert, o item “amamentação” vai ao encontro do preconizado pela literatura²⁰, que aponta a consulta pediátrica pré-natal como um valioso instrumento para otimizar a amamentação e desmitificar diversos conceitos que dificultam o aleitamento. Se o uso de fórmula infantil é uma escolha dos pais, eles devem ser apoiados em sua decisão e aconselhados sobre o tipo de fórmula a ser utilizada, modo de preparo e meio de oferta adequado³.

Os itens “vacinação do recém-nascido” e “triagem neonatal” também obtiveram 100% de consenso nas opções 4 e 5 da escala aplicada. Vannice et al. (2011)²¹ publicaram um estudo que pretendia avaliar se o fornecimento de materiais informativos sobre vacinas antes da vacinação de 2 meses para mães preocupadas quanto à segurança das vacinas mudaria positivamente suas atitudes e crenças sobre a vacinação infantil. Neste estudo, em todos os grupos houve um impacto positivo em receber o material educativo sobre imunização, mas não houve diferença estatisticamente significativa quanto ao momento de receber essa informação.

Araia et al. (2012)²² apontaram que promover a compreensão das mães e atender suas expectativas com relação à educação sobre a triagem neonatal pode exigir maior envolvimento dos profissionais do pré-natal. Informar os pais sobre a finalidade, benefícios, processo e os possíveis resultados da triagem pode facilitar o acompanhamento após um resultado inicial positivo e mitigar possíveis danos psicossociais, segundo esses mesmos autores. Todos os demais itens da categoria “cuidados com o RN” se apresentaram com percentual acima de 90% nas opções de maior relevância, portanto, reconhecidos pelos participantes como importantes para o pediatra que realiza a consulta pré-natal. Cuidados de higiene, orientações sobre o padrão de sono, cólicas, choro do recém-nascido, noções de segurança do RN, com preparo dos pais para identificação de sinais de alerta são citados na literatura como enfoques da consulta pré-natal e vão ao encontro do

objetivo de tornar os pais cuidadores eficientes de seus filhos². Além disso, a consulta pré-natal é um momento propício para ressaltar a importância da puericultura e promoção de saúde da criança e adolescente².

Outros itens da lista de conteúdos obtida, tais como “puerpério”, “contexto familiar e rede de apoio” e “fontes seguras e práticas de informação à gestante”, também são relevantes²². É importante que se reconheça no puerpério quadros tais como depressão pós-parto e de forma apropriada eduque as mães sobre o tema, além de encaminhá-las para avaliação e tratamento sempre que necessário^{23,24}. Embora França (2018)¹ aponte que o pediatra também deve se utilizar da consulta pré-natal para “discutir a repercussão familiar do nascimento da criança, o impacto sobre os irmãos e os fatores sociais e emocionais que possam interferir na estabilidade emocional dos pais”, no presente estudo essas respostas não foram obtidas claramente como resultados. Esta discussão, no entanto, poderá ser viabilizada uma vez que seja abordado o contexto familiar e rede de apoio da gestante apontados no presente estudo, e se tornará um importante instrumento para auxiliar no enfrentamento dos desafios familiares após o nascimento de uma criança, possibilitando a identificação de riscos potenciais para esta, nos quais possa intervir positivamente.

Os itens da lista final de conteúdos corroboram, mas não esgotam as recomendações da literatura já existentes a respeito da consulta pediátrica pré-natal. A avaliação dos conteúdos necessários ao pediatra para auxílio à consulta pré-natal realizada neste estudo poderá contribuir no melhor direcionamento e *performance* do pediatra geral ao participar do atendimento pré-natal.

REFERÊNCIAS

1. França NP. A Consulta Pediátrica Pré-natal: Um Guia para Antecipar Condições Preventivas. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018.
2. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial (2019-2021). A Consulta Pediátrica Pré-Natal. SBP [Internet]. 2020; [acesso em 2021 Jul 10]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22375c-ManOrient_-_ConsultaPediatrica_PreNatal.pdf.
3. Yogman M, Lavin A, Cohen G. The Prenatal Visit. Pediatrics. 2018; [cited 2021 Jul 10]; 142(1):e20181218. Available from: https://publications.aap.org/pediatrics/article/142/1/e20181218/37445/The-Prenatal-Visit?auto_logincheck=redirected.
4. Vergara SV. Métodos de coleta de dados no Campo. 2. ed. São Paulo: Ed Atlas; 2012. 112p.
5. Romero-Collado A. Essential elements to elaborate a study with the (e) Delphi method. Enferm Intensiva. 2012; [cited 2021 Jul 10]; 32(2):100-4. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239920300936?via%3Dihub>.
6. Niederberger M, Spranger J. Delphi Technique in Health Sciences: A Map. Front Public Health. 2020; [cited 2021 Jul 10]; 8:457. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2020.00457/full>.
7. Mcmillan SS, King M, Tully MP. How to use the nominal group and Delphi techniques. Int J Clin Pharm. 2016; [cited 2021 Jul 10]; 38(3):655-62. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11096-016-0257-x>.

8. Marques JB, Freitas DE. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Pro-Posições*. 2018;29(2):389-415. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>.
9. Niederberger M, Köberich S. Coming to consensus: the Delphi technique. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2021;20(7):692-5. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab059>.
10. Cunha AJ, Leite AJ, Almeida IS. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. *J Pediatr*. 2015;91(6 Suppl 1):S44-S51. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.07.002>.
11. Hwang J, Shin D, Kim H, Kwon O. Association of maternal dietary patterns during pregnancy with small-for-gestational-age infants: Korean Mothers and Children's Environmental Health (MOCEH) study. *Am J Clin Nutr*. 2022;115(2):471-81. DOI: <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqab340>.
12. Polin R, Abman SH, Rowitch DH, Benitz W. *Fetal and Neonatal Physiology*, 2-Volume Set. 6th Ed. N. York: Elsevier; 2022. 2040p.
13. Schön RA, Silvé M. Natural parenting-back to basics in infant care. *Evolution Psychol*. 2007; [cited 2021 Jul 10]; 5(1):147470490700500110. Available from: https://www.researchgate.net/publication/228383083_Natural_Parenting_-_Back_to_Basics_in_Infant_Care.
14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de Gestão de Alto Risco*. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. [Acesso em 2023 Fev 7]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestao_alto_risco.pdf.
15. Griswold KJ, Fanaroff JM. An evidence-based overview of prenatal consultation with a focus on infants born at the limits of viability. *Pediatrics*. 2010;125(4):e931-7. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1473>.
16. Miquel-Verges F, Woods SL, Aucott SW, Boss RD, Sulpar LJ, Donohue PK. Prenatal consultation with a neonatologist for congenital anomalies: parental perceptions. *Pediatrics*. 2009;124(4):e573-9. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2865>.
17. Batista GS, Alferes APN, Moreira LBC, Moreira SV, de Souza TFP. Armazenamento de sangue de cordão: recomendações da Academia Americana de Pediatria. *Resid Pediatr*. 2018; [cited 2021 Jul 10]; 8(1):60. Disponível em: <http://residenciapediatria.com.br/detalhes/317>.
18. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento Científico de Neonatologia (2019-2021). *Recomendações para alta hospitalar do Recém-Nascido Termo Potencialmente Saudável*. SBP [Internet]. 2020b; [cited em 2023 Jan 5]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22649c-DC_-_Recom_Alta_hospitalar_RN_TermoPotenc_Saudavel.pdf.
19. Sharma D. Golden hour of neonatal life: Need of the hour. *Matern Health Neonatol Perinatol*. 2017; [cited 2023 Jan 5]; 3:16. Available from: <https://mhnpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40748-017-0057-x>.
20. Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Association of family and health care provider opinion on infant feeding with mother's breastfeeding decision. *J Acad Nutr Diet*. 2014; [cited 2023 Jan 5]; 114(8):1203-7. Available from: [https://www.jandonline.org/article/S2212-2672\(13\)01289-6/abstract](https://www.jandonline.org/article/S2212-2672(13)01289-6/abstract).
21. Vannice KS, Salmon DA, Omer ISSB, Kissner J, Edwards KM, Sparks R, et al. Attitudes and beliefs of parents concerned about vaccines: impact of timing of immunization information. *Pediatrics*. 2011;127(Suppl 1):S120-6. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1722R>.
22. Araia MH, Wilson BJ, Chakraborty P, Gall K, Honeywell C, Milburn J, et al. Factors associated with knowledge of and satisfaction with newborn screening education: a survey of mothers. *Genet Med*. 2012;14(12):963-70. DOI: <https://doi.org/10.1038/gim.2012.87>.
23. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada-manual técnico*. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2005. [Acesso em 2023 Fev 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf.
24. Chaudron LH. Postpartum depression: what pediatricians need to know. *Pediatr Rev*. 2003;24(5):154-61. DOI: <https://doi.org/10.1542/pir.24-5-154>.