

Saúde da mulher e da criança: necessidades, comportamentos e atitudes

ODETE ALVES
DENISA MENDONÇA
ALCINDO MACIEL-BARBOSA

O presente estudo, de tipo coorte, teve como objectivo identificar necessidades não satisfeitas em saúde da mulher e da criança no distrito de Viana do Castelo e os factores que lhes estão associados e conhecer as atitudes e comportamentos da mulher face à sua saúde e à da criança. Foi considerada uma amostra aleatória, representativa do distrito de Viana do Castelo, estratificada por concelho, englobando um total de 448 mulheres e 453 crianças. Utilizou-se para recolha de dados (i) a consulta dos suportes informativos referentes à saúde materna (SM) e revisão do puerpério (RP), planeamento familiar (PF) e saúde infantil (SI) existentes nos respectivos centros de saúde, (ii) uma entrevista realizada às mulheres na comunidade. A cobertura por actividade de vigilância de saúde apresenta valores bastante elevados (SM, 98,7%; RP, 80,8%; PF, 88,7%;

SI, 99,8%). A análise da qualidade destes cuidados faz baixar estes valores para SM, 68,4%, RP, 51,6%, PF, 19,0%, e SI, 78,9%. Um esquema de *vigilância adequada* em SI está associado negativamente a uma elevada *paridade* (*paridade* ≥ 3 , quando comparada com *paridade* = 1: *odds ratio ajustado de vigilância inadequada* (OR) = 5,06; IC 95%, 2,49-10,31). Pertencer a um *grupo etário superior* (*grupo etário* ≥ 35 anos, quando comparado com *grupo etário* = 20-34 anos: OR = 3,93; IC 95%, 1,16-13,25) e ter uma profissão de *operário especializado/semiespecializado* (quando comparada com o *quadro superior/médio*: OR = 2,78; IC 95%, 1,25-6,17) constituem factores de risco de uma baixa cobertura em PF. A não *marcação* pelo profissional de saúde da próxima consulta de RP e de SI induz um risco superior de não comparecer àquelas consultas (respectivamente OR = 4,89, IC 95%, 3,11-7,71, e OR = 2,41, IC 95%, 1,16-5,03) quando comparado com o das mulheres/crianças a quem foi marcada. Os profissionais de saúde devem conhecer e valorizar os vários factores determinantes associados às características da mulher (*idade, paridade, escolaridade, actividade profissional*) que ainda se apresentam como factores de risco de *vigilância inadequada*, bem como preocupar-se com a *marcação da próxima consulta* e a efectivação da consulta de PF no mesmo dia da consulta de SI, já que com estas simples medidas organizativas poderão contribuir para uma maior adesão ao cumprimento destes programas de saúde.

Palavras-chave: saúde da mulher; saúde da criança; saúde materna; planeamento familiar; saúde infantil; vigilância adequada; necessidades em saúde; atitudes; comportamentos.

□

Odete Alves é enfermeira especialista em enfermagem na comunidade e assistente da Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo.

Denisa Mendonça é professora associada do Departamento de Estudos de Populações, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Alcindo Maciel-Barbosa é chefe de serviço de saúde pública e coordenador do Serviço de Saúde Pública do Alto Minho.

Submetido à apreciação: 12 de Abril de 2004.

Aceite para publicação: 28 de Maio de 2004.

1. Introdução

As reduções das taxas de mortalidade materna e perinatal são consideradas indicadores de saúde da população, mas também a expressão da melhoria do nível sócio-económico e da qualidade dos cuidados de saúde obstétricos de um país (Portugal. Direcção-Geral da Saúde, 2002). Nos países da União Europeia (UE) tem-se verificado, nos últimos trinta anos, um padrão de descida sustentada nos valores das mortalidades perinatal, neonatal e infantil, com uma estabilidade nos anos mais recentes. Portugal, partindo de valores mais elevados, vivenciou um declínio mais rápido em todos estes indicadores, tendo atingido valores próximos dos dos outros países europeus (União Europeia. Comissão das Comunidades Europeias, 1997).

Na UE é reconhecido que a saúde reprodutiva constitui uma prioridade para os serviços de saúde e que ainda há espaço para melhorias nos cuidados de saúde dirigidos à mulher e à criança (Portugal. Direcção-Geral da Saúde, 2002; Ferrinho e Miguel, 2001). As políticas e os programas eficazes em matéria de saúde dependem cada vez mais de avaliações objectivas e regulares para descreverem o estado e as variações de saúde das populações (União Europeia. Comissão das Comunidades Europeias, 1997; WHO, 2001).

A partir dos anos 80, em Portugal inicia-se um processo de dinamização das actividades relacionadas com a saúde das mulheres e das crianças que se reflecte a nível dos cuidados de saúde, nomeadamente com a criação da Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil (Despacho n.º 8/89) (actualmente designada de Saúde da Mulher e da Criança — Despacho do ministro da Saúde de 31-5-1994) e das unidades coordenadoras funcionais (UCF) para a saúde materna e infantil (Despacho n.º 6/91 e Despacho n.º 12 917/98), que têm pugnado pela articulação, coordenação funcional e interligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares.

Igualmente, a Direcção-Geral da Saúde, seja através de circulares informativas, normativas ou por acções de formação, estimulou e induziu uma melhoria contínua dos cuidados prestados à mulher e à criança. A avaliação contínua e a análise, sob diferentes perspectivas, das acções inerentes aos programas de saúde dirigidos à mulher grávida e ao recém-nascido no distrito de Viana do Castelo têm sido também uma preocupação destes serviços de saúde ao longo destas últimas décadas, de forma a permitirem a melhoria da qualidade da organização e da prestação dos cuidados de saúde (Mendonça e Silva, 1980; Mendonça, 1987; Portugal. Direcção-Geral dos Cuidados de

Saúde Primários, 1988, 1990 e 1991; Portugal. Direcção-Geral da Saúde, 1994 e 2000; Mendonça, Alves e Maciel-Barbosa, 2000; Portugal. Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo, 2001; Alves, 2002; Portugal. Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo, 2003).

No distrito de Viana do Castelo «verificou-se uma evolução muito positiva desde 1980 de todos os indicadores relativos à saúde das mulheres e das crianças» (Mendonça, Alves e Maciel-Barbosa, 2000). Contudo, apesar destes ganhos observados, os valores da mortalidade perinatal e da mortalidade infantil ainda são elevados quando comparados com os melhores resultados da UE (WHO, 2000), ainda existem gravidezes não vigiadas ou inadequadamente vigiadas, ocorrem gravidezes em adolescentes e em grandes múltiparas e ainda se constata uma baixa adesão à consulta de revisão do puerpério (RP) (Mendonça, Alves e Maciel-Barbosa, 2000).

Para se dispor de informação relativa ao planeamento familiar (PF) e à saúde infantil (SI) com qualidade e pormenor idênticos à dos estudos atrás citados relativos à saúde materna (SM) foi sentida a necessidade de realizar o presente estudo na comunidade que complementasse os dados disponibilizados por rotina pelos sistemas de informação dos serviços.

O presente estudo teve como objectivos:

- Identificar necessidades não satisfeitas em saúde da mulher e da criança no distrito de Viana do Castelo e os factores que lhes estão associados;
- Conhecer as atitudes e comportamentos da mulher face à sua saúde e à da criança.

2. Metodologia

Em 1997-1998 decorreu no distrito um estudo (Portugal. Direcção-Geral da Saúde, 2000) promovido pela Direcção-Geral de Saúde sobre as necessidades não satisfeitas em saúde materna e revisão do puerpério. Nesse estudo foi utilizada uma amostra aleatória, estratificada por concelho, representativa da população de mulheres grávidas do distrito de Viana do Castelo, constituída por 80% de todos os partos ocorridos nos meses de Junho, Julho e Agosto de 1997, tendo cada concelho uma representatividade proporcional ao número de nascimentos. Os dados relativos à SM e ao pós-parto imediato foram obtidos através de um questionário efectuado na comunidade (realizado por enfermeiros dos centros de saúde) entre três e seis meses após o parto.

No presente estudo utilizou-se a mesma coorte para conhecer as necessidades não satisfeitas em planeamento familiar e saúde infantil, bem como conhecer

os comportamentos e atitudes das mulheres face à sua saúde e à dos seus filhos ao longo de um período de observação de três anos.

A recolha de dados foi efectuada em 2001, de modo que permitisse que todas as crianças já tivessem tido a oportunidade de realizarem a consulta de vigilância dos 2 anos, utilizando-se a seguinte metodologia:

- Consulta directa de todos os suportes de informação existentes nos centros de saúde — fichas individuais de SM, de PF, de SI, respectivas folhas de consulta, que constam dos processos familiares e das fichas piloto de cada uma das actividades referidas;
- Entrevista na comunidade, contactando as mulheres no seu domicílio.

Esta entrevista permitiu actualizar e/ou complementar a informação existente no boletim de saúde da grávida, no boletim de planeamento familiar, no boletim de saúde infantil e juvenil, nomeadamente para as mulheres e crianças que não foram seguidas nos centros de saúde do distrito. Toda a informação foi recolhida por uma única investigadora, o que permitiu que a recolha e registo dos dados se processasse sempre com os mesmos critérios (Alves, 2002). Este grupo de mulheres tem a especificidade de terem todas contactado com os serviços de saúde (no pré-parto, no parto, no pós-parto ou nas consultas de SI), terem pelo menos uma criança e não serem exclusivamente mulheres em idade fértil, independentemente de terem ou não efectuado vigilância nas instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Como critério de existência de vigilância pré-natal foi considerado o da Organização Mundial de Saúde (OMS), para a qual «existe vigilância quando a mulher realiza pelo menos uma consulta realizada por um profissional de saúde durante a gravidez por motivos relacionados com a gravidez» (WHO, 2001). Contudo, considerando que este critério é pouco exigente para avaliar a vigilância pré-natal, utilizaram-se neste estudo os critérios de «vigilância adequada» definidos pela UCF da Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo (SRSVC) para os diferentes tipos de consultas de vigilância:

- Saúde materna — efectuar seis ou mais consultas ao longo da gravidez e a primeira consulta ocorrer antes da 13.ª semana;
- Revisão do puerpério — realizar a consulta de RP até aos sessenta dias pós-parto;
- Planeamento familiar — realizar a consulta de revisão de puerpério adequadamente, e pelo menos uma consulta em cada ano subsequente;

- Saúde infantil — realizar a primeira consulta até aos 30 dias de vida, aos 2, 4, 6, 9, 12 e 15 meses e entre os 18 e os 23 meses, de acordo com o esquema preconizado pela DGS para o Programa de Saúde Infantil e Juvenil (Portugal. Direcção-Geral da Saúde, 1993 e 2002).

3. Análise estatística

Com o intuito de estudar os factores associados à *vigilância adequada* em termos de características maternas, na primeira fase do estudo analisaram-se que factores se encontravam individual e significativamente associados à *vigilância adequada*. Esta análise foi efectuada comparando a proporção de *vigilância adequada* em cada tipo de consulta de vigilância (SM, RP, PF, SI), analisando cada factor individualmente e usando o teste do qui-quadrado. Tendo em conta a possível associação entre estas diversas características maternas e a gravidez desejada, a vigilância pré-natal e a marcação de consultas, numa segunda fase utilizou-se uma análise multifactorial, aplicando-se modelos de regressão logística. Nestes modelos, sendo a variável dependente a proporção *vigilância inadequada* (*logit*), o efeito de cada factor foi obtido controlando para os restantes incluídos no modelo. Os factores que não se revelaram estatisticamente significativos, ajustando para os restantes, foram excluídos do modelo final. Os resultados são apresentados indicando-se os valores de *odds ratio* (OR) de *vigilância inadequada* e os respectivos intervalos de confiança (IC) a 95%, ajustados para as variáveis consideradas no modelo que se revelaram estatisticamente significativas. Nestes testes foi considerado o nível de significância $\alpha = 0,05$.

4. Resultados

Neste estudo foi englobado um total de 448 mulheres e 453 crianças.

Embora a cobertura em vigilância pré-natal, segundo o critério da OMS, seja elevada (apenas 1,3% não efectuaram qualquer consulta), a percentagem de mulheres com *vigilância adequada* segundo os parâmetros definidos pela UCF da SRSVC reduz-se para 68,4% (*Quadro I*).

De realçar que 19,2% destas mães não efectuaram consulta de RP e que apenas cerca de metade realizaram essa consulta com a precocidade adequada (*Quadro I*).

A vigilância em PF só foi considerada *adequada* para 19,0% das mulheres e 11,3% não efectuaram qual-

quer consulta de PF no período em estudo (*Quadro I*).

Pode constatar-se que, na sua quase totalidade, as crianças foram seguidas em consultas de SI (apenas uma não efectuou qualquer consulta); porém, a percentagem com *vigilância adequada* em SI é de apenas de 78,9% (*Quadro I*).

As características maternas e a vigilância adequada em saúde

A utilização dos cuidados de saúde foi analisada segundo as características maternas: *grupo etário*, *paridade*, nível de *escolaridade* e tipo de *actividade profissional*. No *Quadro II* estuda-se cada caracterís-

Quadro I
Percentagem de mulheres com *vigilância adequada e inadequada* por tipo de actividade

Vigilância em	Adequada	Inadequada	
	Percentagem (n) (IC a 95%)	<i>Esquema incompleto</i> % (n)	<i>Sem consultas</i> % (n)
Saúde materna (SM) (a)	68,4% (305) (64,05-72,72)	30,3% (135)	1,3% (6)
Revisão do puerpério (RP)	51,6% (231) (46,92-56,21)	29,2% (131)	19,2% (86)
Planeamento familiar (PF) (b)	19,0% (84) (15,3-22,68)	69,7% (308)	11,3% (50)
Saúde infantil (SI) (c)	78,9% (345) (75,11-82,78)	20,8% (91)	0,2% (1)

(a) Desconhecidos (2).

(b) Desconhecidos (6).

(c) Excluídos: mortalidade perinatal (3); mortalidade infantil (1); desconhecidos: SI (12).

Quadro II
Distribuição de mulheres/crianças e percentagem com *vigilância adequada*

Variáveis	Número total de mulheres (SM, RP, PF)**	Vigilância adequada			Número total de crianças (SI)***	SI % (n)	
		SM % (n)	RP % (n)	PF % (n)			
Grupos etários	≤ 19 anos	23 (a)	60,9 (14)	30,4 (7)	9,1 (2)	21	71,4 (15)
	20-34 anos	383 (b)	69,6 (265)	52,2 (200)	20,9 (79)	371	81,1 (301)
	≥ 35 anos	42	61,9 (26)	57,1 (24)	7,1 (3)	45	64,4 (29)
Escolaridade*	≤ 1.º ciclo	85 (a)	65,9 (56)	41,2 (35)	21,4 (18)	82	75,6 (62)
	2.º e 3.º ciclo	244 (c)	63,2 (153)	48,4 (118)	16,1 (39)	238	79,8 (190)
	≥ secundário	116	81,0 (94)	65,5 (76)	23,3 (27)	115	79,1 (91)
Actividade profissional*	Quadro superior/médio	44	88,6 (39)	81,8 (36)	29,5 (13)	44	68,2 (30)
	Pessoal administrativo	30	73,3 (22)	63,3 (19)	26,7 (8)	29	86,2 (25)
	Op. esp./semiespecial.	191 (d)	67,2 (127)	47,1 (90)	12,6 (24)	189	79,9 (151)
	Operário não especial.	36 (a)	58,3 (21)	58,3 (21)	28,6 (10)	32	68,8 (22)
	Não activa	144 (a)	65,3 (94)	43,8 (63)	20,3 (29)	141	81,6 (115)
Paridade	1	226 (e)	68,4 (154)	50,0 (113)	17,5 (39)	219	86,3 (189)
	2	168 (f)	71,4 (120)	58,3 (98)	23,6 (39)	170	76,5 (130)
	≥ 3	54 (g)	58,5 (31)	37,0 (20)	11,1 (6)	48	54,2 (26)

Para o cálculo das percentagens, o denominador não é comum aos vários tipos de consultas de vigilância (SM, RP, PF e SI), dado existirem valores desconhecidos e excluídos.

* Desconhecidos: escolaridade (3); actividade profissional (3).

** Desconhecidos: (a) PF(1); (b) SM(2), PF(5); (c) SM(2), PF(2); (d) SM(2), PF(1); (e) SM(1), PF(3); (f) PF(3); (g) SM(1).

*** Excluídos: mortalidade perinatal (3); mortalidade infantil (1); desconhecidos: SI (12).

tica individualmente, indicando-se para cada sub-grupo o número total de mulheres/crianças em estudo, a percentagem e o número com *vigilância adequada*, por tipo de consulta.

Analisando as diferenças nas proporções de *vigilância inadequada*, tendo em consideração a associação com as diversas características maternas, apresentam-se nos Quadros III a V e VII os valores de OR ajustados de *vigilância inadequada* e respectivos IC a 95% para as variáveis que se revelaram estatisticamente significativas nos modelos de regressão logística.

Foram encontradas variações na utilização de cuidados em termos das características maternas. Embora o padrão de características das mulheres que tiveram *vigilância inadequada* varie com o tipo de cuidados, a influência de factores como *idade*, *paridade*, nível de *escolaridade* e *actividade profissional* é evidente.

Vigilância em saúde materna (SM)

O nível de *escolaridade* da mulher (Quadro II) foi um dos factores determinantes na utilização dos ser-

viços de vigilância pré-natal ($p < 0,003$): as mulheres com um nível de *escolaridade* mais elevado foram as que apresentaram uma maior percentagem de *vigilância adequada* (81,0%). Variações significativas nestas percentagens foram também encontradas ao considerar a *actividade profissional* ($p < 0,03$): a maior percentagem com *vigilância adequada* refere-se a mulheres pertencentes ao grupo *quadro superior/médio* (88,6%), enquanto a menor se verifica nas mulheres do grupo de *operários não especializados* (58,3%). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas em termos de *grupos etários* ($p > 0,44$) e *paridade* ($p > 0,21$) (Quadro II).

No Quadro III apresentam-se os valores de OR ajustados de *vigilância inadequada* em SM e respectivos IC a 95%, em termos das variáveis que, após ajustar para as restantes, se mantiveram estatisticamente significativas: grau de *escolaridade* e gravidez planeada. As mulheres com *escolaridade* mais baixa têm aproximadamente um risco duas vezes maior de *vigilância inadequada* do que as que têm uma *escolaridade* \geq secundário (OR ajustado: 1,98), resultados estes que se mantêm significativos após ajustar para a *idade* e *paridade*. Mulheres que afirmaram não ter

Quadro III
Odds ratios ajustados de vigilância inadequada em SM (b)

Variável	OR	IC a 95%	p
Escolaridade			< 0,002
(\geq secundário) (a)	1	—	
\leq 1.º ciclo	1,98	1,03-3,81	
2.º e 3.º ciclo	2,42	1,42-4,15	
Gravidez planeada			< 0,005
(Sim) (a)	1	—	
Não	1,95	1,27-3,00	

(a) Classe de referência.

(b) Resultado do modelo de regressão logística.

Quadro IV
Odds ratios ajustados de vigilância inadequada em RP (b)

Variável	OR	IC a 95%	p
Escolaridade			< 0,003
(\geq secundário) (a)	1	—	
\leq 1.º ciclo	2,70	1,46-5,01	
2.º e 3.º ciclo	2,01	1,23-3,27	
Marcação da consulta			< 0,001
(Sim) (a)	1	—	
Não	4,89	3,11-7,71	

(a) Classe de referência.

(b) Resultado do modelo de regressão logística.

sido esta gravidez planeada apresentam também um risco sensivelmente duplo de terem *vigilância inadequada* (OR ajustado: 1,95).

Vigilância em revisão de puerpério

Verificaram-se diferenças significativas na procura adequada da consulta de RP (*Quadro II*) em termos de *paridade* ($p < 0,02$), *escolaridade* ($p < 0,001$) e *actividade profissional* ($p < 0,001$). Verificou-se igualmente haver uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) na percentagem com consulta de RP adequada entre o grupo de mulheres a quem tinha sido marcada esta consulta durante as consultas de vigilância de SM (76,0%) em relação às restantes mulheres a quem não tinha sido marcada a consulta (40,3%). Ajustando para o facto de ter sido marcada a consulta (*Quadro IV*), continuam a ser as mulheres com *escolaridade* mais elevada as que recorrem à consulta em maior percentagem. As mulheres sem consulta de RP marcada mantêm, após controlar para a *escolaridade*, um risco superior de não recorrerem à consulta de RP (OR = 4,89). Contudo, as diferenças em termos de *paridade* reduzem-se, não sendo estatisticamente significativas após a inclusão no modelo dos factores *escolaridade* e *marcação de consulta*.

Vigilância em planeamento familiar (PF)

A análise do tipo de vigilância em PF (*Quadro II*) por *grupos etários* revela diferenças estatisticamente significativas entre as proporções de *vigilância ade-*

quada ($p < 0,047$). Salienta-se que a percentagem com *vigilância adequada* foi superior no grupo dos 20-34 anos (20,9%). Considerando os grupos apresentados no *Quadro II*, foram as mulheres mais jovens que apresentaram a percentagem mais elevada «sem nenhuma consulta» (27,3%). Igualmente, ao analisar a *actividade profissional* da mulher, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,021$): a percentagem superior de *vigilância adequada*, 29,5%, corresponde a mulheres com profissão de *quadro superior/médio*; em contraste, verifica-se uma percentagem de 12,6% nas mulheres com a profissão de *operário especializado/semi-especializado*. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas na proporção de mulheres com *vigilância adequada* em termos de *escolaridade* ($p > 0,22$) e de *paridade* ($p > 0,09$).

Analisando o tipo de vigilância realizado pelas mulheres durante a gravidez, verifica-se que as mulheres que fizeram o esquema *adequado* em SM fizeram *vigilância adequada* em PF numa proporção (22,2%) significativamente mais elevada ($p < 0,009$) do que as que fizeram um esquema *inadequado* durante a gravidez (12,3%).

No *Quadro V* apresentam-se os valores de OR *ajustados* de *vigilância inadequada* em PF e respectivos IC a 95% em termos das variáveis que se revelaram estatisticamente significativas: *idade*, *actividade profissional* e *vigilância pré-natal*. Controlando para *idade* e *actividade profissional*, as mulheres com *vigilância pré-natal inadequada* apresentam um risco aproximadamente duplo de *vigilância inadequada* em PF (OR = 1,89) relativamente às que tiveram *vigilância pré-natal adequada*. Controlando para

Quadro V
Odds ratios ajustados de vigilância inadequada em PF (b)

Variável	OR	IC a 95%	p
Vigilância pré-natal			< 0,03
(<i>Adequada</i>) (a)	1	–	
Inadequada	1,89	1,05-3,41	
Actividade profissional			< 0,02
(<i>Quadro superior/médio</i>) (a)	1	–	
Pessoal administrativo	1,14	0,39-3,28	
Operário especializado/semiespecializado	2,78	1,25-6,17	
Operário não especializado	0,89	0,33-2,48	
Não activa	1,5	0,68-3,28	
Idade			< 0,02
(20-34 anos) (a)	1	–	
≤ 19 anos	2,22	0,49-10,06	
≥ 35 anos	3,93	1,16-13,25	

(a) Classe de referência.

(b) Resultado do modelo de regressão logística.

as restantes variáveis do modelo, verifica-se que as mulheres com ≥ 35 anos têm aproximadamente um risco quatro vezes superior em relação às do grupo dos 20-34 anos de *vigilância inadequada* em PF (OR = 3,9). As mulheres com uma profissão de *operário especializado/semiespecializado* têm um risco aproximadamente triplo de não cumprirem o esquema preconizado para a sua vigilância de saúde em PF comparativamente com as do grupo *quadro superior/médio* (OR = 2,78). Os factores *escolaridade* e *paridade* não se mostraram estatisticamente significativos após a inclusão das restantes variáveis no modelo.

Motivo de realização de vigilância inadequada de planeamento familiar (PF)

Os motivos apresentados para a não inscrição na consulta ou para a não realização de um esquema recomendado em PF parecem estar relacionados com o desconhecimento ou a não valorização da consulta (*Quadro VI*). A justificação que a mulher apontou com mais frequência está relacionada com uma desvalorização da consulta traduzida pela mulher por «desleixo», «sentia-se bem», «sentia-se bem e ocupada profissionalmente». O *desconhecimento da existência da consulta* de PF aparece como segundo motivo. Estas mulheres foram questionadas sobre as soluções que apresentariam para efectuarem um esquema ade-

quado de consultas de PF (*Quadro VI*). Mais de metade (58,0%) das mulheres que não efectuaram consultas não sugeriram qualquer alternativa, enquanto 18,0% referiram a «necessidade da marcação da consulta» e 12,0% o simples facto de «decidirem-se a ir». Do total das mulheres com esquema incompleto em PF, destaca-se a elevada percentagem (96,4%) das que «não têm opinião/não deram sugestões». Referiram a necessidade da *marcação da consulta* para «não deixarem passar a altura» cerca de 1,9% no grupo das que efectuaram esquema incompleto.

Início e continuidade do método contraceptivo (MC)

Analisando o comportamento das mulheres face à utilização de métodos contraceptivos (MC) após o parto (*Figura 1*), verifica-se que a grande maioria das mulheres (96,9%) utilizaram um MC, tendo 91,2% iniciado nos primeiros 60 dias pós-parto. Das 14 mulheres que não iniciaram um MC no pós-parto, 85,7% (12) assumiram uma atitude que podemos considerar coerente com conhecimentos correctos em contracepção.

Como foi recolhida a mesma informação em dois períodos, no pós-parto e decorridos dois anos, é possível conhecer a evolução das opções das mulheres (*Figura 1*) ao longo do tempo. Constatou-se que

Quadro VI
Motivos de não cumprimento de esquema adequado de vigilância em PF e sugestões apresentadas para cumprir a vigilância adequada

	Esquema incompleto (n = 308)		Sem consulta (n = 50)	
	n	%	n	%
Motivos				
Desvalorização da consulta	202	65,6	41	82,0
Desconhecimento da existência da consulta	53	17,2	6	12,0
Gravidez ou desejo de engravidar	10	3,2	1	2,0
Indisponibilidade dos profissionais	8	2,6	2	4,0
Factor económico ou dificuldade de transportes	1	0,3	–	–
Consulta de RP tardiamente	34	11,0	–	–
Sugestões				
Não emitiu opinião/não deu sugestões	297	96,4	29	58,0
Necessidade de marcação da consulta	6	1,9	9	18,0
Decidir-se a ir	1	0,3	6	12,0
Mudar dia da consulta ou flexibilidade de horários	–	–	3	6,0
Melhor atendimento ou cumprimento de horários	2	0,6	2	4,0
Facilitar a escolha de médica	1	0,3	1	2,0
Mais médicos	1	0,3	–	–

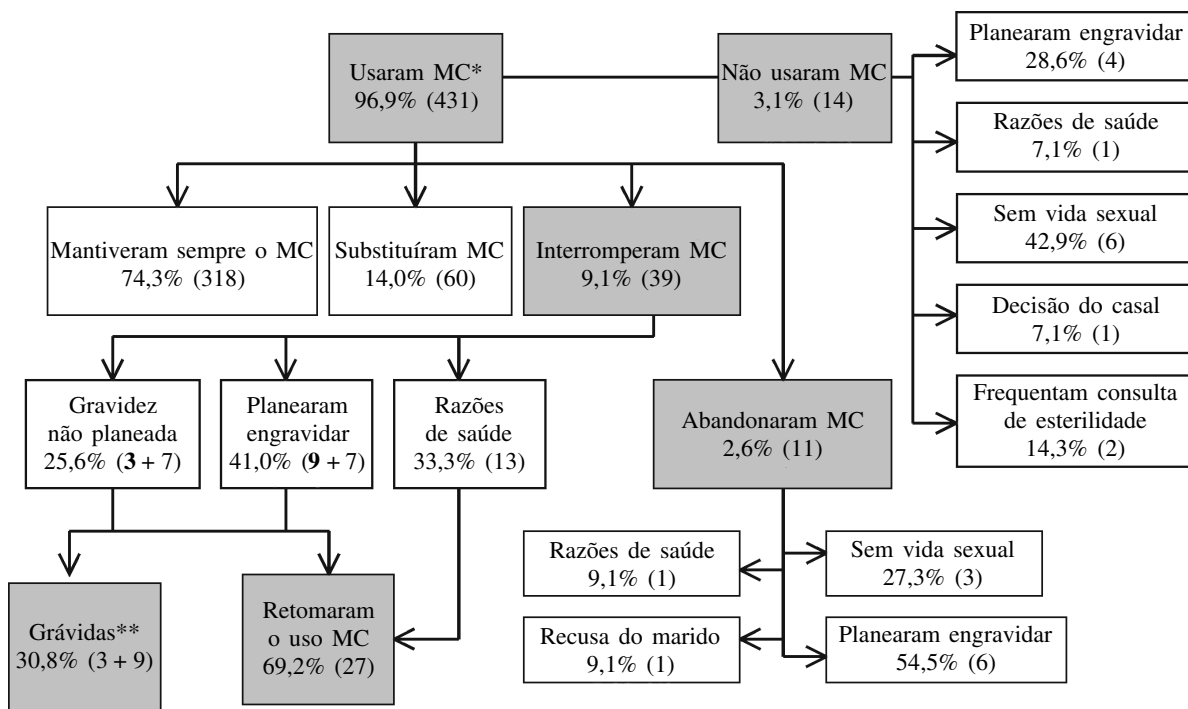
96,9% utilizaram os MC e que 74,3% permanecem com o MC que escolheram inicialmente. A *pílula* foi o método mais utilizado (80,3%), tendo-se verificado que 89,0% das que iniciaram com este método fizeram-no antes dos 60 dias; porém, 80,7% das mulheres que fazem contraceptivos orais não têm uma vigilância médica adequada.

Vigilância em saúde infantil (SI)

A análise do tipo de vigilância em SI que as crianças praticaram ao longo do período em estudo revela a existência de diferenças estatisticamente significativas na proporção de *vigilância adequada* e no *grupo etário* materno ($p < 0,024$). Salienta-se que a percentagem com *vigilância adequada* foi inferior para crianças de mães mais jovens (≤ 19 anos) e no grupo dos ≥ 35 anos, respectivamente 71,4% e 64,4% (*Quadro II*). Igualmente existem diferenças estatisticamente significativas nas proporções de crianças

com *vigilância adequada* em termos de *paridade* das mães ($p < 0,001$). À medida que o número de filhos aumenta, diminui a percentagem de *vigilância adequada* em SI (86,3% nas primíparas, 54,2% nas mães com ≥ 3 filhos). Ao estudar a relação entre a *escolaridade* da mulher e o tipo de vigilância em SI, verifica-se que, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas ($p > 0,72$), a *vigilância adequada* é ligeiramente inferior nas crianças cuja *escolaridade* da mãe é inferior. Quando se analisa o tipo de vigilância em SI em termos de *atividade profissional* da mãe, não se encontram diferenças estatisticamente significativas na proporção de *vigilância adequada* ($p > 0,16$). Os valores mais baixos de *vigilância adequada* correspondem às mães com *quadro superior/médio* (68,2%) e *operário não especializado* (68,8%). No primeiro caso poderá reflectir o facto de este grupo profissional incluir profissionais de saúde que, por vezes, realizam as consultas às suas crianças de um modo informal, sem os correspondentes registos.

Figura 1
Esquema de utilização de MC — % (n)



* Desconhecido: 1.º MC — ausentes (3); 2.º MC — ausentes (2); faleceu (1).

** Grávidas no momento da entrevista.

Considerando o tipo de vigilância realizado pelas mulheres durante a gravidez, verifica-se que as mulheres que fizeram o esquema *adequado* em SM proporcionaram também às crianças uma SI *adequada*, em maior proporção, 82,8%, comparativamente com as que fizeram um esquema *inadequado* durante a gravidez, 70,9% ($p < 0,004$).

Analisando a influência do acto de marcar a consulta de SI, verifica-se que, quando as consultas seguintes são marcadas numa consulta anterior por profissionais de saúde, a percentagem de *vigilância adequada* é de 80,3%, enquanto, se a procurar é da iniciativa de um familiar, esta percentagem reduz-se para 68,2%. No *Quadro VII* apresentam-se os valores de OR ajustados de *vigilância inadequada* em SI e respectivos IC a 95% em termos de *paridade, vigilância pré-natal e tipo de marcação de consulta*. Ajustando para as restantes variáveis, à medida que o número de filhos aumenta, aumenta também a percentagem de crianças com *vigilância inadequada*. As grandes múltiparas tem aproximadamente um risco cinco vezes maior de proporcionarem aos filhos *vigilância inadequada* do que as primíparas (OR = 5,1). Veri-

fica-se também que as mulheres que fizeram uma *vigilância pré-natal inadequada* apresentam um risco sensivelmente duplo de fazerem a *vigilância inadequada* à criança (OR = 2,0). O risco de *vigilância inadequada* para as crianças em que a consulta de SI foi procurada pela mãe ou outro familiar é cerca de 2,5 vezes superior ao daquelas em que a consulta seguinte foi marcada por um profissional de saúde (OR = 2,4). As variáveis *idade, escolaridade e actividade profissional* não se revelaram estatisticamente significativas para explicarem as diferentes proporções de *vigilância inadequada* após se terem considerado as restantes no modelo.

Motivo do «não cumprimento» do esquema recomendado em SI

No *Quadro VIII* são apresentados os motivos invocados pelas mães para explicarem o «não cumprimento» do esquema recomendado em SI nos dois anos de vida da criança. Predominam justificações relacionadas com a não valorização da consulta,

Quadro VII

Odds ratios ajustados de *vigilância inadequada* em SI (b)

Variável	OR	IC a 95%	p
Vigilância pré-natal			< 0,008
(Adequada) (a)	1	–	
Inadequada	2,00	1,20-3,34	
Marcação das consultas seguintes			< 0,02
(Pelo profissional de saúde) (a)	1	–	
Procura da consulta pela mãe/familiar	2,41	1,16-5,03	
Paridade			< 0,001
(1) (a)	1	–	
2	1,88	1,10-3,23	
≥ 3	5,06	2,49-10,31	

(a) Classe de referência.

(b) Resultado do modelo de regressão logística.

Quadro VIII

Motivos do «não cumprimento» do esquema recomendado em SI nos dois anos de vida da criança

Motivo do «não cumprimento»	n
A criança sentia-se bem	17
Estava marcada, mas esqueceu-se	14
Doença/hospitalização da mãe	3
Mãe ocupada profissionalmente	2
Desconhecia a existência da consulta	1
Mãe considera ter efectuado o esquema recomendado, mas não existem registos	41
Dificuldades no acesso aos serviços	8
Ausente no estrangeiro (deixou passar a consulta)	6
Total	92

motivos profissionais da mãe e dificuldades no acesso aos serviços. De notar que, frequentemente, a mãe considera ter efectuado o esquema recomendado, mas não existem registos (para algumas ou a totalidade das consultas) que o comprovem. A dificuldade no acesso aos cuidados de saúde engloba as seguintes situações mencionadas pelas mães das crianças durante a entrevista: *a consulta seguinte não foi marcada*, o que a fez pensar que não seriam necessárias mais consultas de vigilância, só deveria voltar ao centro de saúde apenas quando a criança estivesse doente; *o médico faltou, não tendo sido compensada a consulta; sem marcação de consultas porque sem médico de família*.

5. Discussão

No distrito de Viana do Castelo, a cobertura nas actividades de vigilância de saúde às mulheres e crianças tem evoluído de um modo muito positivo nas últimas décadas (Mendonça, Alves e Maciel-Barbosa, 2000) e já apresenta valores bastante elevados: SM, 98,7%; RP, 80,8%; PF, 88,7%; SI, 99,8%. Contudo, ao analisar se esta *vigilância é adequada* segundo os critérios definidos pela UCF local, aqueles valores descem para: SM, 68,4%; RP, 51,6%; PF, 19,0%; SI, 78,9%.

Estes resultados permitem concluir que os serviços de saúde poderão estar a desperdiçar oportunidades para mobilizarem as mulheres a cumprirem os programas de vigilância adequados e que, por outro lado, as mulheres, e provavelmente a sociedade, ao valorizarem mais as actividades de SI e SM, é sinal de que ainda não percebem o PF e a RP como necessidades em saúde.

O estudo das variáveis que estão associadas à *vigilância adequada* nas actividades de SM, RP, PF e SI permitiu identificar alguns factores demográficos e sócio-económicos (*idade, paridade, actividade profissional e escolaridade*) que ainda constituem risco de *inadequada vigilância* de saúde das mulheres e das crianças. Consistentemente com o que tem sido encontrado em diversos trabalhos de investigação, identificando uma associação entre a educação materna e a utilização dos serviços de saúde (Mendonça, 1987; Alves, 2002; Murray *et al.*, 2003), o presente estudo revela que as mulheres com *escolaridade* mais baixa são as que têm maior risco de efectuarem uma *vigilância inadequada* à sua saúde e à dos seus filhos. Para a realização de um esquema de *vigilância adequada* em SI contribuiu desfavoravelmente o facto de a mulher ter *paridade* elevada (*paridade* ≥ 3 , quando comparada com *paridade* = 1: OR ajustado = 5,06; IC 95%, 2,49-10,31). Pertencer

a um *grupo etário* superior (*grupo etário* ≥ 35 anos, quando comparado com *grupo etário* = 20-34 anos: OR ajustado = 3,93; IC 95%, 1,16-13,25) e ter uma profissão de *operário especializado/semiespecializado* (quando comparada com o *quadro superior/médio* (OR ajustado = 2,78; IC 95%, 1,25-6,17) constituem factores de risco de uma baixa cobertura em PF.

Um valor superior para o esquema de *vigilância inadequada* em PF entre as mulheres com a profissão de *operário especializado/semiespecializado* poderá estar relacionado com o elevado número de mulheres que ingressaram no mundo do trabalho em várias zonas industriais e em fábricas que proliferaram no distrito, sendo a assiduidade e a perda de bónus, em caso de falta ao trabalho, uma limitação na procura dos serviços de saúde.

Porém, outros factores também se mostraram relevantes na procura de uma *vigilância adequada*:

- As mulheres que afirmaram que esta gravidez não foi planeada apresentam um risco sensivelmente duplo (OR = 1,9) de terem uma *vigilância inadequada* em SM face às gravidezes desejadas;
- As mulheres que fizeram uma *vigilância pré-natal inadequada* apresentam um risco superior de também terem *vigilância inadequada* em PF e em SI (OR = 1,9 e OR = 2,0, respectivamente);
- A não marcação pelo profissional de saúde da próxima consulta de RP e de SI associa-se a um risco superior de não comparecer àquelas consultas (respectivamente OR = 4,89, IC 95%, 3,11-7,71, e OR ajustado = 2,41, IC 95%, 1,16-5,03) quando comparado com o das mulheres a quem foi marcada.

Relativamente ao PF, verificou-se que 96,9% das mulheres já utilizam um MC no pós-parto e 91,2% iniciaram-no precocemente, como é aconselhado. Mas a atitude das mulheres face ao PF ainda não é a mais correcta, já que 80,7% das que tomam contraceptivos orais fazem-no sem uma vigilância médica adequada. Esta atitude poderá estar relacionada com um deficiente conceito de que o PF é só contraceção, ou porque ainda não é suficientemente valorizada esta actividade, ao ponto de uma consulta de PF justificar uma falta ao trabalho, ou porque o horário de funcionamento do centro de saúde não é desfasado do horário habitual dos empregos, o que só por si pode constituir um obstáculo a uma maior adesão à actividade de PF, pelo risco de perder um dia de trabalho quando se verifica uma grande instabilidade no emprego.

Os profissionais de saúde têm de conhecer estes factores determinantes da *vigilância inadequada* (a

idade, a paridade, a escolaridade, a actividade profissional, o facto de já terem feito a vigilância pré-natal inadequada ou o não ter sido marcada a próxima consulta) e, por conseguinte, devem agir em consonância.

Os serviços de saúde e os seus profissionais têm de encontrar soluções organizativas que permitam superar estes factores determinantes de vigilância inadequada, nomeadamente tirar partido de todos os contactos das mulheres com os centros de saúde para promoverem a adesão às consultas, para tornarem claro o interesse destas consultas, para marcarem as próximas consultas e, sempre que possível e do interesse da mulher, marcarem para o mesmo dia a consulta de SI e de PF, reduzindo o número de deslocações da mulher aos centros de saúde, de ausências ao trabalho e de hipotéticos esquecimentos.

Os motivos apresentados pelas mulheres para a não inscrição na consulta de PF e/ou SI, para a não realização do número de consultas e nas datas aconselhadas e o facto de as mulheres não apresentarem sugestões para melhorarem a vigilância adequada naquelas actividades não serão alheios ao nível de escolaridade da população estudada. Este factor determinante — a baixa escolaridade constitui, sem dúvida, o maior repto para os serviços e profissionais de saúde, que lhes exige uma permanente perspicácia e profissionalismo na procura de soluções que permitam contornar esta grande barreira no acesso a cuidados de saúde de qualidade.

6. Conclusões

Na sequência da avaliação contínua dos programas da saúde da mulher e da criança verifica-se uma progressiva melhoria nos indicadores de cobertura e de adequação dos cuidados de saúde prestados nas actividades de SM, PF e SI.

Os profissionais de saúde devem conhecer e valorizar os vários factores determinantes associados às características da mulher (*idade, paridade, escolaridade, actividade profissional*) que ainda constituem factores de risco de vigilância inadequada. Como tal, devem os serviços de saúde assumir a responsabilidade de encontrarem estratégias no sentido de sinalizarem estes casos e adequarem a prestação de cuidados de saúde.

A preocupação dos profissionais com a marcação da próxima consulta e a efectivação da consulta de PF no mesmo dia da consulta de SI poderão contribuir para uma maior adesão ao cumprimento dos referidos programas de saúde.

A discrepância de comportamentos e atitudes das mulheres face à sua saúde e aos dos seus filhos per-

mite inferir que social e culturalmente as actividades de vigilância de saúde de RP e PF ainda não são suficientemente valorizadas. Os serviços de saúde, os seus profissionais, os cidadãos e suas organizações têm de promover um processo de discussão que permita a percepção destas como necessidades em saúde e as estruturas de saúde devem encontrar soluções organizativas que não constituam barreira na acessibilidade a estes cuidados de saúde.

□ Bibliografia

ALVES, O. — Programa de saúde da mulher e da criança : necessidades não satisfeitas em planeamento familiar e saúde infantil no distrito de Viana do Castelo. Porto : Universidade do Porto, 2002. Dissertação de mestrado.

DESPACHO do Ministro da Saúde de 31-5-1994 — D. R. II Série. 154 (1994-7-6) 6647-6648.

DESPACHO do Secretário de Estado da Saúde de 7-9-1992 — D. R. II Série. 234 (1992-10-10) 9459.

DESPACHO do Secretário de Estado da Saúde de 16-3-1976 — D. R. II Série. 71 (1976-3-24) 1937.

DESPACHO n.º 12 782/98 — D. R. II Série. 169 (1998-7-24) 10 332.

DESPACHO n.º 12 917/98 — D. R. II Série. 171 (1998-7-27) 10 448-10 449.

DESPACHO n.º 6/91 — D. R. II Série. 139 (1991-6-20) 6431-6432.

DESPACHO n.º 8/89 — D. R. II Série. 64 (1989-3-17) 2804.

FERRINHO, P.; MIGUEL, J. P. — The health status in the European Union : narrowing the health gap. Lisboa : Instituto de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina de Lisboa, 2001.

MENDONÇA, D. — A study of organization and use of maternity services in Viana do Castelo district. UK : University of Exeter, 1987. PhD thesis.

MENDONÇA, D.; ALVES, O.; MACIEL-BARBOSA, A. — A saúde da mulher e da criança em Viana do Castelo de 1980 a 1997 : evolução de alguns indicadores de saúde. Viana do Castelo : SRSVC, 2000.

MENDONÇA, D.; SILVA, M. P. — Maternal and child care in the district of Viana do Castelo, Portugal, Mostar Yugoslavia, 1980. In report of the conference «Public health of rural population : yesterday, today and tomorrow».

MURRAY, L., *et al.* — Self-exclusion from health care in women at high risk for postpartum depression. *Journal of Public Health Medicine.* 25 : 2 (Jun 2003) 131-137.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde — Programa-tipo de actuação saúde infantil e juvenil. Lisboa : DGS, 1993.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes — Avaliação das actividades de planeamento familiar : resultados da colheita de dados por visitação domiciliária, 1993. Lisboa : DGS, 1994.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes — Necessidades não satisfeitas em saúde materna e planeamento familiar : relatório do estudo realizado em 1997-1998. Lisboa : DGS, 2000.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes — Saúde reprodutiva : planeamento familiar. Lisboa : DGS, 1998 (Orientações Técnicas; 9).

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes — Saúde infantil e juvenil : programa-tipo de actuação. Lisboa : DGS, 2002. (Orientações Técnicas; 12).

PORTUGAL. Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários — Avaliação das actividades de planeamento familiar : resultados da colheita de dados por visitaçao domiciliária 1985. Lisboa : DGCSP, 1988.

PORTUGAL. Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar — Avaliação das actividades de planeamento familiar : resultados da colheita de dados por visitaçao domiciliária 1986-1988. Lisboa : DGCSP, 1990.

PORTUGAL. Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar — Necessidades não satisfeitas em saúde materna e planeamento familiar : relatório do estudo realizado em 1987-1989. Lisboa : DGCSP, 1991.

PORTUGAL. Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar — Planeamento familiar. Lisboa : DGCSP, 1991. (Orientações Técnicas; 3).

PORTUGAL. Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Núcleo de Saúde Materna e Planeamento Familiar — Vigilância pré-natal e revisão do puerpério. Lisboa : DGCSP, 1989. (Orientações técnicas; 2).

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde — Ganhos de saúde em Portugal : ponto de situação. Lisboa : DGS, 2002.

PORTUGAL. Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo. Serviço de Saúde Pública do Alto Minho. Gabinete de Administração da Saúde e Epidemiologia — O risco de morrer no Alto Minho : evolução das taxas de mortalidade 1998-2000. Viana do Castelo : SRSVC, 2003.

PORTUGAL. Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo. Serviço de Saúde Pública do Alto Minho. Gabinete de Administração da Saúde e Epidemiologia — Programa da saúde da mulher, da criança e do adolescente : avaliação do seu impacto no desempenho dos serviços de saúde e na saúde da população. Lisboa : SRSVC, 2001.

UNIÃO EUROPEIA. Comissão das Comunidades Europeias — Relatório da Comissão : ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social e ao Comité das Regiões sobre o estado de saúde das mulheres na Comunidade Europeia. Bruxelas : CCE, 1997.

WHO — WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health : Reproductive Health/Pregnancy Programme. Copenhagen, Denmark : WHO Regional Office for Europe, 2001.

□ Abstract

WOMAN AND CHILD HEALTH : NEEDS, BEHAVIOURS AND ATTITUDES

The present cohort-type study aimed at identifying unmet needs in woman and child health in Viana do Castelo district, associated factors and woman's attitudes and behaviours regarding her health and her child's health. A stratified random sample, representative of the Viana do Castelo district and stratified by municipalities was considered, including a total number of 448 women and 453 children. The procedure of data collection consisted of (i) examining all the information about maternal health (MH) and post-partum follow-up (PPF), family planning (FP) and child health (CH) available at health centres and (ii) interviewing women in the community. The figures of health coverage per activity seem relatively high (MH, 98.7%; PPF, 80.8%; FP, 88.7%; CH, 99.8%). The analysis of the quality of this care brings these figures down to MH, 68.4%, PPF, 51.6%, FP, 19.0%, and CH, 78.9%. An adequate monitoring programme for CH is negatively associated with a high parity (parity ≥ 3 , when compared to a parity = 1: *inadequate care adjusted odds ratio* (OR) = 5.06, CI 95%, 2.49-10.31). Belonging to an older age group (≥ 35 year-old age group, compared to the 20-34 year-old age group: OR = 3.93, CI 95%, 1.16-13.25) and working as a skilled/semi-skilled worker (as compared to a senior/middle ranking executive position: OR = 2.78, CI 95%, 1.25-6.17) are risk factors for a low coverage in FP. Women/children who did not have their next PPF and CH appointments booked by a health professional are more likely to miss these consultations than women who had their appointments scheduled (respectively OR = 4.89, CI 95%, 3.11-7.71, and OR = 2.41, CI 95%, 1.16-5.03). Health professionals have to be aware of and value the various determinant factors related to woman's characteristics (age, parity, education, professional activity) that still appear to be risk factors for inadequate care. They also have to be careful about scheduling the next appointment and make sure the FP consultation occurs in the same day as the CH consultation as they can help to increase commitment to the implementation of these health programmes with those simple organizational measures.

Keywords: woman health; child health; maternal health; family planning; adequate care; health care needs; attitudes; behaviour.