

**Avaliação de uma estratégia de  
visitação domiciliária por enfermeiras,  
no período após o parto.**

Ensaio com grupo controlo e aleatorização

**Guilherme Gonçalves**

**Fernando Tavares**

**Março de 2006**

Trabalho subsidiado pela

Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde

## ÍNDICE

**AGRADECIMENTOS ... 3**

**SIGLAS E ABREVIATURAS ... 4**

**I. INTRODUÇÃO ... 5-11**

**II. METODOLOGIA ... 12-16**

**III. RESULTADOS ... 17-52**

- A. COMPARAÇÃO ENTRE O GRUPO ESTUDADO E AS RECUSAS OU PERDAS POR MUDANÇA DE RESIDÊNCIA ... 17**
- B. DADOS RESULTANTES DA ENTREVISTA NA MATERNIDADE ... 18**
- C. DADOS RESULTANTES DA ALEATORIZAÇÃO ... 34**
- D. DADOS RESULTANTES DA 1ª ENTREVISTA NO DOMICÍLIO AO GRUPO DE INTERVENÇÃO ... 35**
- E. DADOS RESULTANTES DA ENTREVISTA NO DOMICÍLIO, DURANTE O 7º MÊS DE VIDA ... 40**

**IV. DISCUSSÃO ... 53-56**

**V. RECOMENDAÇÕES ... 56-58**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ... 59-60**

## **AGRADECIMENTOS**

Às mães que participaram neste estudo.

Às enfermeiras Eliana Dias, Lurdes Gonçalves e Olívia Ribeiro, pelo empenho demonstrado em todas as fases do estudo, nomeadamente na condução das entrevistas às participantes, nas maternidades e nos domicílios. À Maria Belo Quita e à Fabienne Amaral, pela dedicação e cuidado postos na informatização dos dados.

Aos Directores e restantes profissionais dos serviços de Obstetrícia dos Hospitais de S. Marcos, em Braga e Pedro Hispano, em Matosinhos, e à Dr<sup>a</sup> Ana Maria Correia, pela sua empenhada colaboração.

À Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde (CFICS), não só por ter financiado a realização deste trabalho, como pela colaboração e compreensão manifestadas dada durante a condução do mesmo.

Ao Instituto Gulbenkian de Ciência e à Administração Regional de Saúde do Norte, instituições onde trabalhámos, pelo seu apoio. Também se agradece o apoio institucional da Delegação no Porto do Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge e do Centro Regional de Saúde Pública do Norte, onde um dos autores (GG) também trabalhou, durante a execução do projecto.

A todos os colegas que nos enviaram bibliografia e fizeram comentários e sugestões sobre este estudo.

## SIGLAS E ABREVIATURAS

BCG	Vacina contra a tuberculose
BIS-RV	Boletim Individual de Saúde – Registo de Vacinações
BSG	Boletim de Saúde da Grávida
BSIJ	Boletim de Saúde Infantil e Juvenil
CFICS	Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde
CG	Clínico Geral
CS	Centro de Saúde (do Serviço Nacional de Saúde)
DGS	Direcção-Geral da Saúde
dp	Desvio padrão da média
DT	Vacina contra a difteria e o tétano (formulação pediátrica)
DTP	Vacina contra a difteria, o tétano e a <i>B. pertussis</i> (holocelular)
ECA	Ensaio com grupo controlo e aleatorização
ESP	Enfermeiras de saúde pública
EUA	Estados Unidos da América
FIV	Ficha Individual de Vacinação
GC	Grupo de comparação
GI	Grupo de intervenção
Hib	Vacina contra o <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
HPH	Hospital Pedro Hispano (Matosinhos)
HSM	Hospital de S. Marcos (Braga)
PNV	Programa Nacional de Vacinação
RU	Reino Unido
T	Vacina contra o tétano (monovalente)
TT	Toxóide tetânico
Td	Vacina contra a difteria e o tétano (formulação adulta)
VAP	Vacina contra a poliomielite (vacina viva tipo Sabin)
VAR	Vacina contra a rubéola
VASPR	Vacina contra o sarampo, a “papeira” e a rubéola
VAV	Vacina contra a varíola
VD	Visitação domiciliária
VHB	Vacina contra a hepatite B
VIH	Vírus da imunodeficiência humana

# I. INTRODUÇÃO

## 1. A literatura internacional

Para avaliar a efectividade<sup>1</sup> das intervenções em saúde pública é adequado usar ensaios com grupo controlo e aleatorização<sup>2,3</sup> (ECA; em inglês, *randomised controlled trials* ou *RCT*). Esse tipo de estudo (ECA) tem sido efectuado com a finalidade de avaliar a efectividade de programas de visitaçao domiciliária a mães e filhos, no período após o parto. Para além destes, têm sido usados outros métodos de avaliação, centrados em abordagens qualitativas da relação estabelecida entre visitador e visitado<sup>4</sup> ou na caracterização do tipo de informação que é necessário transmitir<sup>5</sup>, além de se usarem desenhos do tipo transversal<sup>6</sup> e quasi-experimental<sup>7</sup>.

No nosso estudo, usámos uma metodologia do tipo ECA para avaliar a efectividade sobre alguns parâmetros especificamente escolhidos (ver 2. Objectivos), de uma estratégia de visitaçao domiciliária por enfermeiras, após o parto. Assim, usámos a seguinte abordagem para pesquisar e rever a literatura científica aqui resumida:

- 1º) Utilizámos o serviço *PubMed* (*internet*) para identificar os artigos de revisão e/ou de meta-análise, sobre estudos experimentais (do tipo ECA) para avaliar o efeito de programas de visitaçao domiciliária por enfermeiras, no período após o parto;
- 2º) Para além da leitura de alguns artigos, incluídos nas revisões, também pesquisámos no serviço *PubMed* outros artigos relevantes sobre visitaçao domiciliária, e estudos tipo ECA de publicação recente;
- 3º) Usámos o serviço *Index*, para identificar artigos e teses de Doutoramento portugueses sobre ensaios com grupo controlo e aleatorizados para avaliar o impacto de programas de visitaçao domiciliária (VD) no período após o parto, e outros tipos de estudo sobre VD;
- 4º) Pedimos informalmente a alguns profissionais de saúde pública que nos indicassem estudos portugueses, publicados em revistas, em teses de mestrado ou na “literatura cinzenta” sobre ensaios com grupo controlo e aleatorização (ou estudos com outras metodologias) para avaliar o impacto de programas de visitaçao domiciliária no período após o parto.

Identificámos, seleccionámos e lemos 9 artigos de revisão<sup>7-15</sup>. O mais antigo, publicado em 1985<sup>7</sup>, avaliou estudos efectuados entre 1960 e 1984; todos os

estudos menos um, tinham tamanhos amostrais inferiores a 100, o que implicava a incapacidade de medir pequenos efeitos; embora tendo em conta as limitações metodológicas, concluíram que, nalgumas circunstâncias, as enfermeiras de saúde pública (ESP) podem transmitir conhecimentos a mães de “alto-risco” induzindo atitudes e comportamentos que por sua vez podem ser associados a transformações positivas na saúde e desenvolvimento infantil<sup>7</sup>.

A maior parte dos artigos analisados nas revisões, relatam intervenções em famílias socialmente desfavorecidas ou com outros factores de risco<sup>10,13</sup>. A questão da adequação da metodologia para desenhar e avaliar este tipo de intervenções é sistematicamente levantada, sendo referido que, muitos estudos revelaram importantes limitações metodológicas<sup>8,10</sup>. Um dos artigos refere claramente o que está implícito noutras revisões: “apesar do consenso generalizado sobre os seus benefícios, a prática da enfermagem de saúde pública tem tido dificuldade em demonstrar, de forma conclusiva, a efectividade da visita domiciliária materno-infantil”<sup>9</sup>. Relacionados com esta dificuldade estão aspectos metodológicos relativos à escolha, medição e validação de potenciais efeitos (*outcomes*) dos programas de visita domiciliária<sup>7-9</sup>.

Uma das revisões, usando uma técnica de meta-análise, avaliou especificamente o efeito sobre a vacinação<sup>11</sup>. Segundo os autores, embora nalguns estudos individuais se tenham observado efeitos positivos, a visita domiciliária não é efectiva como intervenção para aumentar a cobertura vacinal<sup>11</sup>. No entanto, deve referir-se que os estudos avaliados foram realizados no Reino Unido (RU), onde as coberturas vacinais já são muito elevadas<sup>11</sup>. Por outro lado, estudos realizados nos EUA, mostraram que a visita domiciliária de famílias de risco, teve impacto positivo na vacinação das crianças<sup>16,17</sup>.

Em 2000, foi realizada uma extensa avaliação sobre a efectividade das actividades de visita domiciliária de saúde, no RU<sup>12</sup>. Foram cobertos dois tipos de “alvos” bem diferentes: pais/filhos e idosos<sup>12</sup>. Foram identificados os efeitos (*outcomes*), sobre os quais a visita domiciliária (a pais e crianças) tinha impacto positivo, não tinha impacto ou para os quais a evidência era insuficiente<sup>12</sup>; por causa do “viés de vigilância” não puderam tirar conclusões sobre o efeito no abuso e negligência infantil. No quadro I.1 resumimos esses resultados. Entre as conclusões destacamos a de que a visita domiciliária tem de ser adequada às “necessidades dos clientes”, o que já tinha sido enfatizado em anteriores revisões<sup>7</sup>. Nas recomendações<sup>12</sup>, é mais uma vez expressa a necessidade de mais estudos

experimentais rigorosos, com poder estatístico adequado; os resultados de tais estudos deverão ser apresentados em detalhe suficiente para permitir o seu uso em futuras meta-análises; recomenda também a realização de estudos para comparar a efectividade entre visitas por profissionais e não profissionais; finalmente, chama a atenção para as avaliações económicas<sup>12</sup>.

Quadro I.1 – Efeito da visitação domiciliária de saúde nalguns aspectos (*outcomes*) da saúde de pais/crianças. Resultados/conclusões de uma revisão efectuada no Reino Unido<sup>12</sup>.

	<b>Descrição dos efeitos (<i>outcomes</i>)</b>
<b>Efeito positivo comprovado em:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aptidões dos pais para cuidar dos filhos</li> <li>○ Qualidade do ambiente no lar</li> <li>○ Desenvolvimento intelectual infantil, especialmente nas crianças com baixo-peso</li> <li>○ Comportamentos infantis (ex: sono)</li> <li>○ Redução na frequência de acidentes domésticos e ferimentos</li> <li>○ Detecção das situações de depressão pós-parto</li> <li>○ Apoio social às mães</li> <li>○ Aleitamento materno</li> </ul>
<b>Evidência insuficiente para demonstrar (*) efeito em:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Desenvolvimento estato-ponderal</li> <li>○ Uso de apoios informais pelas mães</li> <li>○ Dieta infantil</li> <li>○ Educação e profissão das mães</li> <li>○ Número de gravidezes posteriores</li> </ul>
<b>Efeito não foi comprovado em:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Desenvolvimento motor das crianças</li> <li>○ Cobertura vacinal</li> <li>○ Uso de serviços médicos de tipo preventivo</li> <li>○ Uso de serviços de emergência médica</li> <li>○ Hospitalizações</li> </ul>

(\*) Devido ao nº reduzido de estudos

Outra revisão de 2000<sup>13</sup>, analisando 20 estudos experimentais e quasi-experimentais sobre VD de famílias vulneráveis, verificou que os efeitos positivos nas mães, nas suas capacidades de cuidar das crianças e na relação mãe-filho, são mais frequentemente influenciados de forma positiva do que variáveis relativas ao desenvolvimento infantil, excepto nas crianças de pré-termo; além disso, os programas de visitação mais efectivos começam geralmente na gravidez. Essa revisão, abordou a questão da análise dos custos e concluiu que as enfermeiras podem usar as informações contidas no artigo, como forma de fundamentar os pedidos de financiamento de acções de visitação domiciliária a famílias vulneráveis<sup>13</sup>.

Em 2004, foram publicados dois artigos de revisão<sup>14,15</sup>. Num deles<sup>14</sup>, foram analisados 13 estudos (tipo ECA) realizados entre 1980 e 2000, nos quais era analisada a visitação por enfermeiras. As intervenções e o tipo de efeitos (*outcomes*) descritos e avaliados eram muito diversos. Em cerca de metade dos estudos a

visitação conseguiu obter os efeitos positivos desejados. No entanto, os autores da revisão levantam importantes questões metodológicas. Na maior parte dos estudos falta uma teoria explicativa que forneça orientação sobre qual a intervenção mais adequada, para que tipos específicos de problemas dos “clientes” e quais os resultados (*outcomes*) desejados com a visitação. Segundo eles, sem a descrição precisa das intervenções, a visitação domiciliária é como uma “caixa negra”, impossível de replicar, limitando assim o valor de muitos estudos experimentais como forma de influenciar a política de saúde e as práticas de visitação por enfermeiras. É chamada a atenção para a complexidade das interações humanas, neste caso entre as enfermeiras e as mães (e famílias) visitadas, e o seu potencial efeito sobre comportamentos e seu impacto na saúde, sendo referida a necessidade de realizar investigação nessa área, o que aliás foi posteriormente executado<sup>4</sup>. Outra questão metodológica importante é o possível efeito de confusão<sup>1</sup> resultante da visitação domiciliária poder ser um intervenção em si mesma ou um contexto de outras intervenções específicas de enfermagem. Como noutras revisões, as questões relativas à qualidade da medição das variáveis de resultado (*outcome*) e do tamanho amostral são indicadas como muito relevantes. Um aspecto metodológico especialmente importante resulta do facto de, a maior parte dos investigadores avaliar apenas os efeitos imediatamente após a conclusão das intervenções, sendo no entanto claro que a avaliação dos efeitos a longo prazo será relevante para os investigadores e os decisores<sup>14</sup>.

No outro artigo de revisão publicado em 2004<sup>15</sup> foi usada uma técnica de meta-análise quantificando o efeito em 10 parâmetros (*outcomes*); em 6 deles o efeito era estatisticamente significativo. Neste parágrafo referem-se algumas das conclusões mais relevantes<sup>15</sup>. Em geral, parece que os programas de VD ajudam as famílias com crianças de baixo-peso ao nascer, mas falta determinar até que ponto valem o custo necessário. Não é clara a(s) razão do sucesso dos programas de VD. Neste momento, não parece ser possível fazer uma “declaração final” sobre a utilidade dos programas de VD; entre outras razões para isso, é importante considerar que a VD não é um serviço em si mesmo mas sim uma estratégia para prestar um serviço. É necessário desenhar e conduzir programas de VD, mais especificamente centrados na avaliação<sup>15</sup>.

Destacamos finalmente três artigos<sup>18-20</sup>, por abordarem alguns aspectos específicos que gostaríamos de realçar.

Em 2005, foi publicado um artigo relatando um ECA realizado no RU<sup>18</sup>. Incluía dois grupos de intervenção e um de controlo, mas este último era constituído por mulheres que receberam o apoio domiciliário de rotina prestado no pós parto, no RU. Assim, as mulheres dos dois grupos de intervenção foram alvo de uma intervenção adicional. Não se observou impacto sobre os *outcomes* de saúde principais embora se tenham verificado efeitos positivos sobre alguns aspectos considerados secundários. Os autores entendem que o apoio social isolado (prestado por enfermeiras visitadoras ou serviços comunitários) dificilmente será capaz de contrabalançar os efeitos negativos para a saúde, resultantes de condições socio-económicas desfavoráveis, incluindo o *stress* e as dificuldades inerentes à vida das mães no RU da actualidade<sup>18</sup>. É referido que a inclusão dos resultados deste estudo em revisões e meta-análises poderá ser útil para aumentar a precisão de estimativas de efeitos<sup>18</sup>.

Um estudo canadiano, publicado em 2003, mereceu-nos especial atenção por algumas semelhanças com a metodologia usada por nós: também foi um ECA, conduzido em mulheres provenientes de dois locais de parto diferentes, que não constituíam um grupo de risco, sendo os resultados avaliados aos seis meses de idade<sup>19</sup>. As mulheres tiveram alta precoce (< 48 horas) do hospital onde o parto tinha sido assistido, e não havia um grupo de controlo mas sim dois grupos com intervenções alternativas efectuadas por enfermeiras de saúde pública (ESP): duas visitas domiciliárias nos primeiros 10 dias após alta hospitalar; telefonema no dia após a alta, sendo posteriores intervenções efectuadas em função da informação recolhida durante o telefonema. Não foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos estudados, relativamente às três variáveis de resultado (*outcomes*) consideradas: confiança materna na capacidade de cuidar da/o filha/o, problemas de saúde da criança e aleitamento materno. No entanto, a intervenção que incluía triagem telefónica da necessidade de visitar foi menos dispendiosa. Os autores concluíram que, apesar de ser importante o acesso universal ao apoio após o parto, não será necessário realizar uma visita domiciliária de rotina para avaliar a necessidade de posterior apoio<sup>19</sup>.

Finalmente, num artigo americano<sup>20</sup> publicado em 2001, é referido o êxito alcançado nos EUA, no século XX, reduzindo dramaticamente as mortalidades materna e infantil, aumentando a qualidade de vida de mulheres e crianças. Mais ainda é referido um ambicioso programa para os próximos anos, designado *Healthy People 2010*. A visitação domiciliária, foi e continuará a ser uma estratégia de

intervenção muito importante. Remata o artigo, reconhecendo o papel das enfermeiras nos êxitos obtidos no passado, exprimindo a necessidade de o continuarem a fazer no futuro, e ainda a sua efectividade como “advogados” que defendem o estabelecimento de prioridades e o adequado financiamento de programas que promovam a saúde de mães e filhos e a eliminação das desigualdades em saúde<sup>20</sup>.

## **2. Antecedentes em Portugal**

Não identificámos nenhum artigo português (ou tese de Doutoramento) sobre ensaios com grupo controlo e aleatorizados (ECA) para avaliar o impacto de programas de visitação domiciliária no período após o parto. Na pesquisa * ndex* identificámos um artigo que abordava a visita o por enfermeiras, no período após o parto, de filhos de mães infectadas pelo VIH<sup>21</sup>. A VD parece ter diminuído o abandono da consulta de seguimento<sup>21</sup>.

O  nico estudo português de que tivemos conhecimento, que tenha usado a metodologia ECA, foi relatado numa tese de mestrado em 1999<sup>22</sup>. Nos grupos em que houve “visita o com forma o” (de primíparas) observaram-se efeitos benéficos na identifica o do choro e das necessidades de água, na prepara o/administra o do biberão e no acompanhamento do banho, ou seja, houve melhoria na aptidão dos pais para ultrapassar as dificuldades surgidas no cuidar dos filhos, nos primeiros 28 dias de vida. O efeito da interven o, nas dificuldades da amamenta o, no uso das fraldas e nos cuidados com o cordão umbilical, não foi estatisticamente significativo<sup>22</sup>.

Não identificámos publica oes ou relatórios nacionais sobre as actividades de visita o domiciliária levada a cabo, em Portugal pelo Instituto Maternal e pelos Centros de Saúde nos anos 60 e 70. Ficar mos muito a gratos a quem identificasse e divulgasse tal documenta o.

Nos anos 80, no Centro de Saúde da Maia (Distrito do Porto) foi concebido um programa de visita o domiciliária por enfermeiras de saúde pública, a lactentes de risco, para diminuir a mortalidade infantil<sup>23,24</sup>. Desconhecemos relatórios de avalia o de tal programa.

### 3. Objectivos inicialmente previstos

No projecto de trabalho submetido à Comissão de Financiamento de Investigação em Cuidados de Saúde, foram propostos para o presente estudo dois tipos de objectivos, descritivos e analíticos:

#### **A. Pretende-se conhecer e tanto quanto possível quantificar:**

- 1º *Factores biológicos e uso de serviços de saúde no período pré-natal;*
- 2º *... idem ... no período peri-natal (assistência ao parto e puerpério);*
- 3º *Evolução estado-ponderal;*
- 4º *Aleitamento materno;*
- 5º *Administração de vacinas do PNV e outras;*
- 6º *Uso de serviços de saúde para seguimento de rotina;*
- 7º *Uso de serviços de saúde por motivo de doença;*
- 8º *Uso de suplementos vitamínicos e outros;*
- 9º *Uso de fármacos;*
- 10º *Evolução ponderal da mãe;*
- 11º *Outros.*

#### **B. Pretende-se por à prova as seguintes hipóteses:**

- 1ª *O programa de visitação domiciliária induz uma maior utilização de serviços preventivos e menor uso de serviços curativos;*
- 2ª *O programa de visitação domiciliária induz alterações em comportamentos e atitudes das mães com consequências para a saúde actual e futura dos seus filhos (ex.: aleitamento materno);*
- 3ª *O programa de visitação domiciliária induz um melhor desenvolvimento estado-ponderal aos seis meses de vida, com potenciais consequências futuras.*

A questão de saber até que ponto o estudo atingiu os objectivos inicialmente propostos, será abordada na “ Discussão”.

## II. METODOLOGIA

### Geral

Na condução deste estudo, foram seguidas as estratégias e as actividades previstas no protocolo inicial com algumas alterações impostas por constrangimentos logísticos: a duração global do estudo foi maior do que a inicialmente prevista; só foram recrutadas 240 das 260 mulheres que o protocolo inicial previa; o seguimento da coorte só foi efectuado no primeiro semestre e não durante todo o 1º ano de vida; sobre algumas das variáveis em estudo não foi possível recolher dados tão válidos e precisos quanto era necessário para atingir plenamente alguns dos objectivos.

O tamanho amostral tinha sido calculado de forma a permitir detectar diferenças nos uso de cuidados de saúde preventivos e curativos, assim como no aleitamento materno aos 6 meses com os valores estimados descritos no Quadro I.2, supondo um poder de 80% e um nível de confiança de 95%.

Quadro I.2 – Estimativa de tamanho amostral

Tipo de resultado ( <i>outcome</i> )	% esperada no grupo de <b>intervenção</b>	% esperada no grupo <b>de comparação</b>	<i>n</i> em cada grupo
<b>Cuidados de Saúde Preventivos</b>	98	88	121
<b>Cuidados de Saúde Curativos</b>	40	60	107
<b>Aleitamento materno aos 6 meses</b>	50	30	103

Esperando um perda de seguimento (*follow-up*) de cerca de 10%, foi decidido recrutar 130 mulheres (e seus recém-nascidos) para cada um dos grupos a estudar (de intervenção e de comparação:  $130+130=260$ ).

Foi efectuado um pequeno estudo piloto, com as enfermeiras entrevistadoras, antes de se iniciar o recrutamento. Os dados desse pequeno ensaio não foram usado na análise deste estudo.

### 1. Recrutamento das participantes no estudo

O recrutamento foi feito no Serviço de Obstetrícia do Hospital de S. Marcos (HSM), por duas enfermeiras, e no Serviço de Obstetrícia do Hospital Pedro Hispano (HPH) (por uma enfermeira). Os critérios de inclusão das puérperas, foram: parto não gemelar e residência em Portugal desde o nascimento. As enfermeiras

convidaram a participar todas as puérperas elegíveis (n=252), internadas no Serviços de Obstetrícia, nos dias em que visitaram esses serviços, até completarem o número de 80 participantes por enfermeira entrevistadora. A todas as mulheres foram explicados os objectivos gerais e os procedimentos do estudo. Doze mulheres elegíveis, recusaram participar no estudo. Todas as participantes deram consentimento informado (escrito) tal como tinha sido previsto no protocolo aprovado pelas Comissões de Ética dos dois hospitais. O Quadro II.1 resume algumas das características do processo de recrutamento e primeira entrevista na maternidade.

Quadro II.1 – Dados sobre do processo de recrutamento e entrevista na maternidade

<b>Característica</b>	<b>Hospital Pedro Hispano (Matosinhos)</b>	<b>Hospital de S. Marcos (Braga)</b>
Datas dos partos	Entre 26-05-2002 E 10-07-2002	Entre 12-11-2001 e 12-02-2002
Período de recrutamento	Entre 28-05-2002 E 11-07-2002	Entre 15-11-2001 e 13-02-2002
Número de dias de recrutamento / entrevista	17	24
Dia da realização da entrevista		
No dia do parto	7	6
No dia seguinte ao do parto	34	64
2 dias a seguir ao parto	28	62
3 dias a seguir ao parto	8	22
4 dias a seguir ao parto	3	5
5 dias a seguir ao parto	0	1
Número de Recusas	2	10

## **2. Entrevista às puérperas na maternidade**

A todas as puérperas que concordaram em participar no estudo foi aplicado um questionário estruturado por entrevista, antes de ter alta da maternidade (Quadro II.1). Foram dadas informações sobre as vantagens do aleitamento materno, o Programa Nacional de Vacinação (PNV) e o uso dos serviços de saúde durante o 1º ano de vida do recém-nascido. Em cada entrevista a enfermeira disponibilizou-se para prestar qualquer esclarecimento que fosse solicitado. Todas estas informações eram transmitidas de maneira uniformizada, com algumas orientações escritas nas

folhas dos questionários. Foram distribuídas informações escritas sobre aleitamento materno e calendário de vacinação. Foi explicado às mulheres que seriam posteriormente contactadas para ser entrevistadas no domicílio, mas não lhes foi dito quando seria/m efectuada/s essa/s entrevista/s.

### **3. Processo de aleatorização**

Todas as semanas, as enfermeiras enviaram aos investigadores uma lista com um número de identificação das mulheres entrevistadas na maternidade. Usando um programa informático<sup>25</sup> de números aleatórios, as mulheres eram então divididas entre os grupos de intervenção (GI; n=120) e de controlo ou comparação (GC; n=120).

### **4. Entrevista no domicílio, no 1º mês de vida da/o filha/o , às mulheres do grupo de intervenção**

Foi aplicado um questionário estruturado por entrevista (no domicílio) a 113 das 120 mulheres do grupo de intervenção (Diagrama II.1), no 1º mês de vida. Sete mulheres recusaram a entrevista, tinham mudado de residência, ou a residência estava errada. Foram repetidas as informações dadas na entrevista na maternidade. Foram aconselhados procedimentos correctos quando eram detectadas más práticas. Não foi feito registo detalhado destas intervenções a nível individual mas, tal como na 1ª entrevista, as informações foram transmitidas de maneira uniformizada, com algumas orientações escritas nas folhas dos questionários.

### **5. Entrevista no domicílio, no 7º mês de vida da/o filha/o, às mulheres dos grupos de intervenção e de controlo.**

Foi aplicado um questionário estruturado por entrevista (no domicílio) a 98 mulheres do grupo de intervenção e 82 mulheres do grupo de controlo. No grupo de intervenção verificaram-se 15 recusas, entre as 113 mulheres que acederam a participar na 1ª entrevista no domicílio. No grupo de comparação, verificaram-se 35 recusas e 3 mulheres tinham mudado de residência. No final, das 240 mulheres inicialmente recrutadas, 180 participaram em todas as fases do estudo, tendo sido perdidas no seguimento, 60 mulheres (25%) (Diagrama II.1).

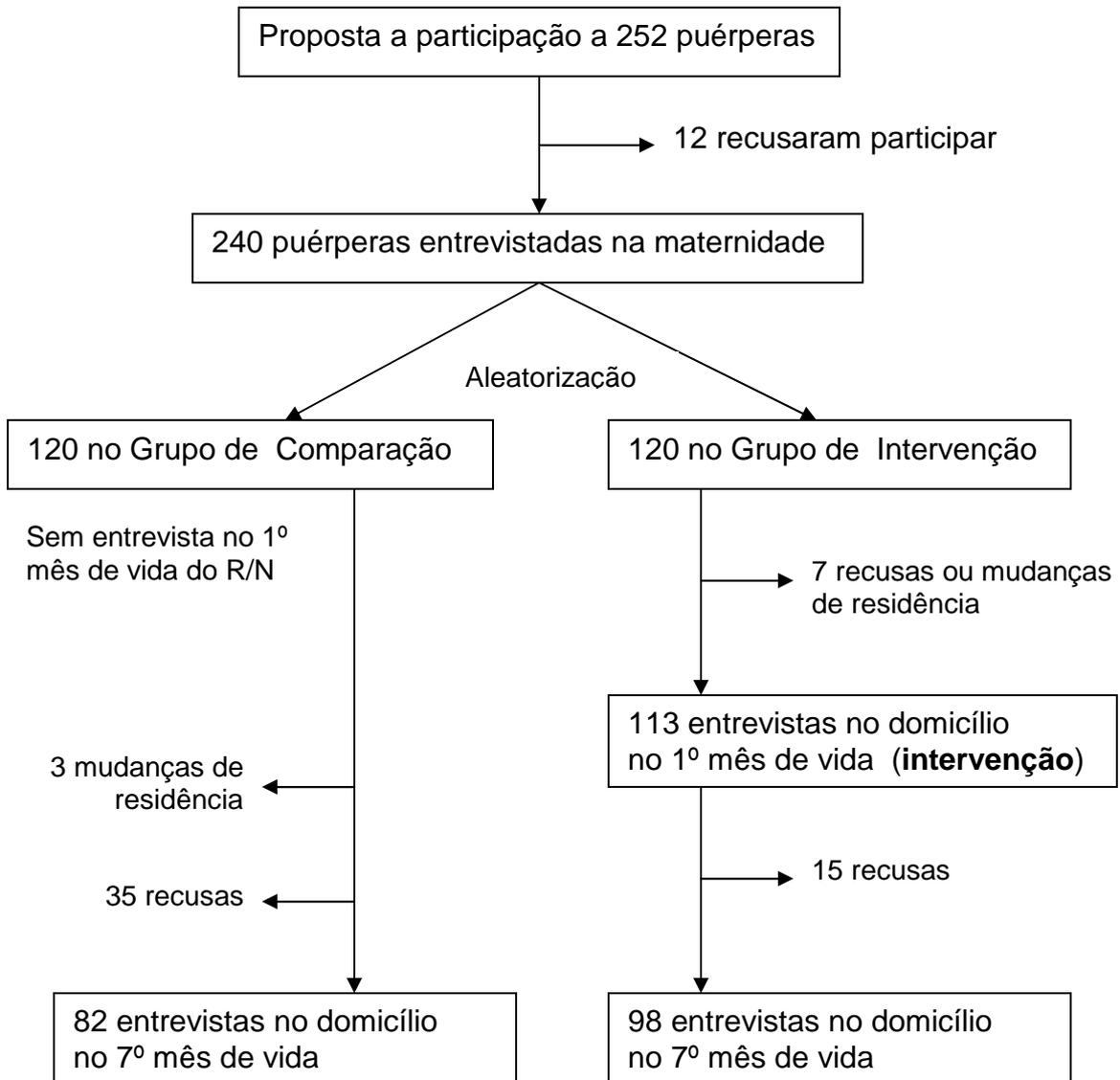
## **6. Consulta de outros suportes de informação**

Para além dos dados registados nos questionários foi solicitado às participantes a apresentação de outros suportes de informação para recolha de dados. Na entrevista na maternidade foi solicitado o Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e o Boletim Individual de Saúde – Registo de Vacinações (BIS-RV) da mãe; quando apresentados, foram fotocopiados e agrafados ao questionário respectivo; caso contrário, era dado à mulher um envelope pré-pago para envio de fotocópias pelo correio; quando estas duas abordagens não obtinham êxito, os referidos boletins eram solicitados nas visitas domiciliárias. Na visita ao 7º mês, foi solicitado o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) e o Boletim Individual de Saúde – Registo de Vacinações (BIS-RV) do filho. Quando, pelos métodos atrás descritos não foram presentes os referidos suportes de informação sobre vacinação, foram solicitadas aos Centros de Saúde, fotocópias das Fichas Individuais de Vacinação (FIV), quer da mãe quer do filho.

## **7. Processamento e análise dos dados**

Os dados das entrevistas e dos registos de vacinação de mães e filhos foram informatizados usando o programa informático Epi-Info 6.04d<sup>25</sup>. Utilizou-se uma técnica de dupla entrada seguida de validação: os dados foram informatizados por dois operadores independentes, sendo em seguida comparadas as duas bases de dados pelo programa Epi-Info; foram feitas as correcções detectadas e repetido o processo tantas vezes quantas as necessárias ao acordo completo entre as bases de dados construídas pelos dois operadores independentes.

**Diagrama 1: Resumo do processo de recrutamento e seguimento das participantes**



### **III. RESULTADOS**

#### **A. COMPARAÇÃO ENTRE O GRUPO ESTUDADO E AS RECUSAS OU PERDAS POR MUDANÇA DE RESIDÊNCIA**

Por razões éticas, não colhemos qualquer dado relativo às 12 recusas iniciais em participar, pelo que desconhecemos as características dessas mulheres, relativamente à idade, nível de escolaridade, tipo de parto ou paridade.

Como já foi referido em “METODOLOGIA” (Diagrama 1), 180 mulheres participaram em todas as fases do estudo (“participantes”) e 60 foram perdidas no seguimento (“perdas”). Os dois grupos eram semelhantes quanto à idade ( $p=0,585$ ), anos de escolaridade ( $p=0,699$ ), tipo de parto ( $p=0,611$ ) e paridade ( $p=0,682$ ).

## B. DADOS RESULTANTES DA ENTREVISTA NA MATERNIDADE

### B.1. Características gerais

As idades das 240 mulheres entrevistadas variavam entre 15,0 e 43,5 anos (média=28,4; dp=5,5). A distribuição das mães por grupo etário, escolaridade, paridade e tipo de parto, consta do Quadro IIIB.1. A distribuição por grupo etário ( $p=0,53$ ) e paridade ( $p=0,37$ ) foi semelhante à observada em Portugal, em 2002.

Realça-se o baixo nível de instrução do grupo estudado e a reduzida proporção de partos de número de ordem 3 ou mais. Destaca-se também a elevada percentagem de cesarianas.

Quadro IIIB.1 – Distribuição das mulheres entrevistadas (n=240) por grupo etário, escolaridade, paridade e tipo de parto

Variável	Valor	Nº (%)
Grupo Etário (em anos)	< 20	17 (07,1)
	20 – 24	51 (21,7)
	25 – 29	75 (31,3)
	30 – 34	70 (29,2)
	35 – 39	22 (09,2)
	40 ou +	05 (02,1)
Escolaridade (em anos)	< 4	9 (3,8)
	4 – 6	100 (41,7)
	7 – 9	62 (25,8)
	10 – 12	60 (25,0)
	13 ou +	9 (3,8)
Paridade (incluindo o parto actual)	1	131 (54,6)
	2	82 (34,2)
	3	23 (9,6)
	4	4 (1,7)
Tipo de parto	Eutócico	119 (49,6)
	Distócico	24 (10,0)
	Cesariana	92 (38,3)
	Sem informação	5 (2,1)

## B.2. Características dos recém-nascidos

O Quadro IIIB.2 resume algumas características dos recém-nascidos. O peso médio registado foi de 3268 gramas (dp=476); poucos recém-nascidos eram de baixo peso. O comprimento médio era de 49 cm (dp=1,9; n=235) e o perímetro cefálico médio de 35 cm (dp=1,3; n=235). Os registos de “semanas completas de gravidez” variaram de 34 a 42. A média foi de 39,1 semanas (dp=1,3). Apenas 4,2% corresponderam a situações de prematuridade (menos de 37 semanas completas). As distribuições dos recém-nascidos por sexo (p=0,48), grupo ponderal (p=0,30) e idades gestacional em semanas paridade (p=0,15) não são significativamente diferentes das observadas para todo o País, em 2002.

Nos questionários foram registados 10 recém-nascidos com malformações congénitas, mas só havia menção explícita de 3 situações: “no pé direito (ainda em estudo)”; “um testículo não palpável” e “suspeita de problema cardíaco, som galope, vai repetir Rx e fazer Eco”.

Quadro IIIB.2 – Características dos recém-nascidos das mães entrevistadas (n=240)

Variável	Valor	Nº (%)
Sexo	Feminino	121 (50,4)
	Masculino	119 (49,6)
Grupo Ponderal (em gramas)	< 1500	1 (0,4)
	1500 – 2499	9 (3,8)
	2500 – 3999	218 (90,8)
	4000 ou +	12 (5,0)
Índice de APGAR aos 5 minutos	8	2 (0,8)
	9	14 (5,8)
	10	224 (93,3)
Idade Gestacional em Semanas	< 37	10 (4,2)
	37 +	230 (95,8)

## B.3. Gravidez

A maioria das mulheres (n=233) tinha consigo o Boletim de Saúde da Grávida (BSG) que foi apresentado ao entrevistador. O número médio de consultas de seguimento durante a gravidez foi de 7,6; todas as mulheres realizaram pelo menos 3 consultas durante a gravidez (6 mulheres só com 3 consultas). O serviço a que

recorreram mais frequentemente para o seguimento da gravidez foi o Centro de Saúde; algumas mulheres seguiram a gravidez em mais de um tipo de serviços de saúde (Quadro IIIB.3). O número médio de ecografias efectuadas durante a gravidez foi de 3,7. Apenas uma mulher diminuiu de peso durante a gravidez; para uma das mulheres apenas sabíamos o peso no fim da gravidez (ao serem internadas para o parto); entre as restantes 238, o aumento máximo foi de 26 Kg e o aumento médio de 13,0 Kg (dp=4,4). A diferenças entre os grupos de intervenção e de comparação não foram estatisticamente significativas ( $p=0,32$ ).

Quadro IIIB.3 – Acompanhamento da gravidez

Variável	Valor	Nº (%)
Boletim de Grávida (disponibilidade)	Sim (na maternidade)	233 (97,1)
	Sim (em casa)	2 (0,8)
	Não	5 (2,1)
Nº de consultas durante a gravidez	< 6	46 (19,2)
	6 a 10	180 (75,0)
	11 +	14 (5,8)
Serviço de saúde (consultas pré –natais)	Centro de Saúde (CS)	106 (44,2)
	Medicina Privada (P)	58 (24,2)
	Hospital (H)	18 (7,5)
	Outros (O)	3 (1,3)
	CS + H	19 (7,9)
	CS + P	22 (9,2)
	H + P	9 (3,8)
	C + H + P	5 (2,1)
Nº de ecografias efectuadas	1	3 (1,3)
	2	29 (12,1)
	3	105 (43,8)
	4	58 (24,2)
	5	23 (9,6)
	6+	19 (7,9)
	Desconhecido	3 (1,3)

#### B.4. Hábitos tabágicos

Comparando os hábitos tabágicos antes e durante a gravidez (Quadro IIIB.4) é evidente que muitas mulheres modificaram os seus hábitos para padrões de consumo de menor intensidade. Das 44 mulheres que tinham fumado regularmente (todos os dias) antes de engravidar, 16 (36,4%) não fumaram durante a gravidez e uma passou a fumar ocasionalmente; as 27 (61,4%) mulheres que continuaram a

fumar diariamente durante a gravidez diminuíram o consumo: neste grupo, antes de engravidar, o consumo diário médio era de 14,1 cigarros (entre 4 e 25), enquanto durante a gravidez foi de 4,9 (entre 1 e 20 cigarros / dia). As alterações descritas no padrão de consumo destas 44 mulheres (ex-fumadoras regulares) ocorreram antes de engravidar (n=7), quando souberam que estavam grávidas (n=28) e mais tarde, durante a gravidez (n=7); 2 delas não informaram sobre quando alteraram os hábitos tabágicos. No mesmo grupo de 44 mulheres, 38 afirmaram que alteraram os seus hábitos tabágicos durante a gravidez por iniciativa própria, 2 não responderam e 6 fizeram-no por recomendação de outrem. Essa recomendação foi feita pelo médico e em dois casos também pela família.

Quadro III.B4 – Hábitos tabágicos antes e durante a gravidez

Antes de engravidar	Durante a gravidez			TOTAL
	Nunca Fumou	Fumava ocasionalmente	Fumava Regularmente	
Nunca Fumou	190	0	0	190
Apenas experimentou	4	0	0	4
Fumava ocasionalmente	1	1	0	2
Fumava Regularmente	16	1	27	44
TOTAL	211	2	27	240

Das 222 puérperas que responderam à pergunta “relativamente a fumar, o que pretende fazer agora que não está grávida?”, 93,7% (208/222) manifestaram a intenção de nunca fumar (Quadro IIIB.5). Entre as fumadoras regulares antes da gravidez, essa percentagem foi de 63,9% (23/36).

Quadro IIIB.5 – Intenção de fumar após a gravidez, em função dos hábitos anteriores

Antes de engravidar	Intenção depois da gravidez			TOTAL
	Nunca Fumar	Fumar Ocasionalmente	Fumar Regularmente	
Nunca Fumou	180	0	0	180
Apenas experimentou	4	0	0	4
Fumava ocasionalmente	1	1	0	2
Fumava Regularmente	23	2	11	36
TOTAL	208	3	11	222

## B.5. Consumo de bebidas alcoólicas

Enquanto 38,3% (92/240) das mulheres nunca bebia bebidas alcoólicas antes de engravidar, a percentagem com esse padrão de consumo foi de 57,1% (137/240) durante a gravidez (Quadro IIIB.6). A maioria das mulheres alterou o seu padrão de consumo durante a gravidez, com redução de consumo ou abstinência total. Nenhuma mulher referiu o padrão caracterizado pelo consumo diário de bebidas para além das refeições.

Quadro IIIB.6 – Consumo de bebidas alcoólicas, antes e durante a gravidez

<b>Antes de engravidar</b>	<b>Durante a gravidez</b>						<b>TOTAL</b>	
	<b>Padrão de consumo</b>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		(6)
Nunca bebeu (1)		85	0	0	1	0	6	92
Apenas experimentou (2)		13	3	0	0	0	0	16
Bebia ocasionalmente (3)		29	2	64	0	0	0	95
Bebia todos os dias à refeição (4)		10	4	6	17	0	0	37
Bebia todos os dias fora da refeição (5)		0	0	0	0	0	0	0
Não respondeu (6)		0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>137</b>	<b>9</b>	<b>70</b>	<b>18</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>240</b>

Analisando as respostas relativas ao padrão consumo que a puérpera pretendia ter após a gravidez (Quadro IIIB.7), verifica-se que as alterações que pretendiam realizar, relativamente aos padrões anteriores à gravidez, não são tão radicais como os relatados para o período da gravidez (Quadro IIIB.6) que tinha terminado imediatamente antes da mulher ser entrevistada.

Quadro IIIB.7 – Intenção de consumo de bebidas alcoólicas depois da gravidez, em função do padrão de consumo antes de engravidar

<b>Antes de engravidar</b>	<b>Intenção manifestada após a gravidez</b>						<b>TOTAL</b>	
	<b>Padrão de consumo</b>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		(6)
Nunca bebeu (1)		86	0	1	0	0	5	92
Apenas experimentou (2)		7	8	1	0	0	0	16
Bebia ocasionalmente (3)		18	1	75	0	0	1	95
Bebia todos os dias à refeição (4)		3	1	4	0	0	0	37
Bebia todos os dias fora da refeição (5)		0	0	0	0	0	0	0
Não respondeu (6)		0	0	0	29	0	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>114</b>	<b>10</b>	<b>81</b>	<b>29</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>240</b>

Foram apresentadas às puérperas quatro frases com mensagens erradas sobre hipotéticos benefícios do consumo de bebidas alcoólicas. Tentou-se reproduzir alguns mitos enganadores da cultura portuguesa. As 240 mulheres responderam classificando cada uma das afirmações como “verdadeira”, “falsa” ou

“não sabe”. A maioria das puérperas classificou todas as afirmações como falsas ou incorrectas (Quadro IIIB.8). Destacam-se 15 mulheres que classificaram como correcta a afirmação “*Sopas de vinho fazem aumentar o leite às mães*” e ainda 135 mulheres que referiram não saber se era correcta ou não a afirmação “*A cerveja preta ajuda a fazer um leite materno bom*”. A enfermeira entrevistadora esclareceu a puérpera sobre a falsidade das afirmações e prestou-lhe informações correctas sobre estas questões.

Quadro IIIB.8 – Respostas das 240 mulheres sobre a veracidade de 4 afirmações

Afirmação	Resposta das entrevistadas		
	Verdadeira	Falsa	Não sabe
<i>A cerveja preta ajuda a fazer um leite materno bom</i>	7	98	135
<i>As crianças devem beber vinho, pois dá-lhes força</i>	0	234	6
<i>A cerveja branca ajuda a emagrecer, depois do parto</i>	3	123	114
<i>“Sopas de vinho” fazem aumentar o leite às mães</i>	15	139	86

## B.6. Fontes de informação sobre hábitos saudáveis durante a gravidez e o desenvolvimento infantil

Questionadas sobre como e com quem aprendeu o que sabe sobre hábitos saudáveis de uma grávida (alimentação, bebidas, tabaco, medicamentos, sono, exercício, etc), as puérperas referiram como as principais fontes de informação (Quadro IIIB.9) a/o médica/o, a mãe ou outro familiar e a leitura de folhetos ou brochuras. Por outro lado, as fontes de informação menos mencionadas foram as sessões de ensino em grupo e a rádio (Quadro IIIB.9). Um menor grau de escolaridade estava associado a uma menor probabilidade de referir como fontes de informação folhetos ou brochuras ( $p=0,0003$ ), revistas ou jornais ( $p<0,0001$ ) e livros ( $p=0,0013$ ), mas a uma maior probabilidade de ter como fonte de informação a/o enfermeira/o ( $p=0,046$ ). A paridade não estava associada a nenhuma fonte de informação.

Quadro IIIB.9 – Respostas das puérperas à pergunta “Como aprendeu o que sabe sobre hábitos saudáveis de uma grávida ? (alimentação, bebidas, tabaco, medicamentos, sono, exercício, etc)”

<b>Resposta</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não respondeu</b>
Pela/o médica/o	186	52	1
Pela minha Mãe, irmã ou outro familiar	176	63	1
Pela leitura de folhetos, brochuras, etc	173	64	3
Por revistas ou jornais	147	91	2
Pela/o enfermeira/o	145	87	8
Pela televisão	108	129	3
Por livros que comprei com essa finalidade	89	142	9
Pela rádio	28	209	3
Em sessões de ensino com grupo de grávidas	18	215	7

Questionadas sobre como e com quem aprendeu o que sabe sobre cuidados a ter com o seu filho/a (aleitamento, alimentação, sono, vacinas, higiene, etc), as puérperas referiram como as principais fontes de informação a mãe ou outro familiar, a/o enfermeira/o e a leitura de folhetos ou brochuras; por outro lado, as fontes de informação menos mencionadas foram as sessões de ensino em grupo e a rádio (Quadro IIIB.10). Um menor grau de escolaridade estava associado a uma menor probabilidade de referir como fontes de informação folhetos ou brochuras ( $p=0,0016$ ), revistas ou jornais ( $p<0,0001$ ), livros ( $p=0,00013$ ) e a rádio ( $p=0,032$ ). Quanto maior a paridade, maior a probabilidade de a mãe ou outro familiar ( $p=0,02$ ) e os folhetos e brochuras ( $p=0,04$ ) terem sido referidos como fontes de informação.

Quadro IIIB.10 – Respostas das puérperas à pergunta “Como aprendeu o que sabe sobre cuidados a ter com o seu filho/a (aleitamento, alimentação, sono, vacinas, higiene, etc)”

<b>Resposta</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não respondeu</b>
Pela minha Mãe, irmã ou outro familiar	188	50	2
Pela/o enfermeira/o	169	67	4
Pela leitura de folhetos, brochuras, etc	169	67	4
Pela/o médica/o	140	95	5
Por revistas ou jornais	122	117	1
Por livros que comprei com essa finalidade	86	148	6
Pela televisão	73	163	4
Pela rádio	18	219	3
Em sessões de ensino com grupo de grávidas	18	217	5

Quando inquiridas sobre as formas (e fontes) preferíveis de informação sobre hábitos saudáveis relativos à gravidez e desenvolvimento infantil dos filhos, a 1ª preferência mais frequentemente mencionada foi claramente a/o médica/o (Quadro IIIB.11). A mãe ou outro familiar, a/o enfermeira/o e o ensino em grupo, foram

frequentemente apontados como 1<sup>as</sup>, 2<sup>as</sup> e 3<sup>as</sup> preferências, pois era solicitado indicar três fontes por ordem de preferência. É evidente um padrão de respostas (Quadro IIIB.11): todas as formas de contacto interpessoal são preferidas, de maneira inequívoca, às formas de comunicação usando tecnologias de informação sem contacto interpessoal (documentos escritos e meios audiovisuais de comunicação social). As mulheres com nível de escolaridade intermédio (entre 7 e 9 anos) referem com menos probabilidade ( $p=0,015$ ) a/o enfermeira/o como 1<sup>a</sup> preferência. Para todas as restantes preferências, não se observou associação estatística com nível de escolaridade e paridade.

Quadro IIIB.11 – Respostas das puérperas à pergunta “Diga, por ordem de preferência, as três melhores maneiras de ensinar às mulheres os cuidados de saúde a ter durante a gravidez e com os bebés”

<b>Fonte considerada</b>	<b>1<sup>a</sup> preferência</b>	<b>2<sup>a</sup> preferência</b>	<b>3<sup>a</sup> preferência</b>	<b>Sem preferência</b>
Médica/o	100	66	26	48
Mãe ou outro familiar	52	47	62	79
Enfermeira/o	37	83	53	67
Ensino em grupo	30	8	19	183
Livros próprios	3	8	32	197
Folhetos, brochuras, etc	3	3	14	220
Revistas ou jornais	2	10	11	217
Televisão	2	4	12	222
Rádio	0	0	1	239

## **B.7. Conhecimentos relativamente aos cuidados a ter com a/o filha/o**

### **B.7.1. Conhecimentos face à vacinação do filho**

No Hospital Pedro Hispano (HPH), em Matosinhos, as crianças recebem as primeiras vacinas do calendário do PNV (BCG e vacina anti-hepatite B ou VAHB), ainda durante o internamento por parto. No Hospital de S. Marcos (HSM), em Braga, não é feita vacinação no internamento de Obstetrícia. Das 160 mulheres com parto assistido no HSM, 4 estavam convencidas que o filho tinha sido vacinado e 9 afirmavam não saber. Todas ( $n=80$ ) as puérperas que tinha tido o parto no HPH sabiam que o seu filho, recém-nascido tinha já sido vacinado e 66% (53/80) sabiam que as vacinas administradas eram o BCG e a VAHB.

Quadro IIIB.12 - Respostas à pergunta “Qual/quais a/s 1<sup>as</sup> vacinas que o seu filho/a deve receber ?” das mulheres que sabiam que o seu recém-nascido não tinha sido vacinado no hospital (Braga).

“Qual/quais a/s 1 <sup>as</sup> vacinas que o seu filho/a deve receber ?”	Nº ( % )
BCG e VAHB ( <b>resposta correcta</b> )	11 (07,5)
Só BCG	22 (15,0)
Só VAHB	5 (03,4)
BCG ou VAHB + outra/s vacina/s	4 (02,7)
Apenas outra/s vacina/s	4 (02,7)
Não sabe / Não respondeu	101 (68,7)
TOTAL	147 (100)

Das 147 puérperas do HSM que sabiam que o seu recém nascido não tinha sido vacinado no hospital (S. Marcos, Braga), a maioria (68,7%) não sabia quais as vacinas que o filho deveria receber (Quadro IIIB.12); apenas 11 mulheres sabiam que as vacinas a administrar eram o BCG e a VAHB (Quadro IIIB.12).

A probabilidade de não responder ou responder que não sabia, não dependia do nível de escolaridade, mas estava associada à paridade ( $p=0,005$ ): as primíparas respondiam mais que não sabiam.

Após as respostas, as enfermeiras entrevistadoras informaram as mulheres sobre o calendário vacinal, o serviço onde se deveriam dirigir e esclareceram qualquer dúvida colocada.

### **B.7.2. Intenção de amamentar**

A maioria das puérperas (97,1%, 233/240) manifestou a intenção de amamentar; 2 mulheres referiram não saber se amamentariam e 5 disseram que não o fariam; as razões invocadas foram expressas com frases do tipo:

- ✓ *Falta de tempo*
- ✓ *Ter o peito queimado*
- ✓ *O bebé não pega no peito e está na neonatologia*
- ✓ *Estar a tomar anti-depressivos*
- ✓ *Não ter leite*

Eram primíparas 4 das 5 mulheres que não pretendiam amamentar; as 2 que não sabiam se amamentariam também eram primíparas. Quatro das 5, foram sorteadas para o grupo de intervenção mas, dados os pequenos números, a diferente distribuição da intenção de não amamentar pelos grupos de “intervenção” versus “comparação” não é estatisticamente significativa.

A maior parte das mulheres que tencionava amamentar (215/233 = 92,%) referiu disponibilidade para o fazer “até ter leite” não estabelecendo um tempo limite; as restantes 25, manifestaram a intenção de amamentar, por períodos de 1 a 24 meses (Quadro IIIB.13). A influência da paridade nas respostas é estatisticamente significativa ( $p < 0,0001$ ): no segundo parto, as mulheres preferem períodos mais curtos de amamentação do que as primíparas e as mulheres com paridade três ou mais (Quadro IIIB.13).

Quadro IIIB.13 – Respostas das mulheres sobre o tempo durante o qual tencionavam amamentar, em função da paridade

Resposta à pergunta “Até que idade do bebé pretende amamentar?” - Tempo em meses	Paridade				Nº	% cumulativa
	1	2	3	4		
1	0	1	0	0	1	0,4
3	0	2	0	0	2	1,3
4	0	1	0	0	1	1,7
6	2	1	0	0	3	3,0
9	0	1	0	0	1	3,4
10	0	1	0	0	1	3,9
12	1	5	0	2	8	7,3
24	0	0	1	0	1	7,7
“Até ter leite” ou frase equivalente	122	70	22	1	215	100,0
TOTAL	125	82	23	3	233	100

### B.7.3. Intenção de utilização de serviços e profissionais de saúde

Todas as mães manifestaram a intenção de levar o/a filho/a a consultas de rotina durante o 1º ano de vida. O tipo de profissional (e serviço) de saúde a recorrer para esse efeito seria o médico de família do Centro de Saúde - Serviço Nacional de Saúde – isoladamente ou concomitantemente com outro profissional de saúde, nomeadamente um Pediatra privado (Quadro IIIB.14).

Quadro IIIB.14 - Profissionais e serviços de saúde escolhidos para as consultas de rotina no 1º ano de vida do/ filho/a

Tipo de profissional / serviço de saúde	Nº
Médico de Família do Centro de Saúde = A	120
Pediatra Privado = B	43
Enfermeira do Centro de Saúde = C	2
Enfermeira Privada = D	0
A + B	70
A + C	2
A + D	1
A + B + C	1
B + C	1
TOTAL	240

No entanto, quando inquiridas sobre o profissional / serviço de saúde onde levariam o filho pela 1ª vez, as escolhas foram diferentes das anteriores (Quadro IIIB.15). O 1º profissional a que pretendem levar o/a filho/a para ser observado é a enfermeira do Centro de Saúde. A maioria (185/240 = 77,1%) tenciona levar o filho para ser observado por um profissional de saúde na 1ª semana de vida.

Quadro IIIB.15 - Profissionais e serviços de saúde escolhidos para a 1ª consulta / contacto

<b>Tipo de profissional / serviço de saúde</b>	<b>Nº</b>
Médico de Família do Centro de Saúde	48
Pediatra Privado	34
Enfermeira do Centro de Saúde	144
Enfermeira Privada	1
Não respondeu	13
TOTAL	240

Relativamente às consultas por doença, no 1º ano de vida, o tipo de escolha é diferente das duas situações anteriores: embora o médico de família e o pediatra privado sejam os mais citados, 37 mulheres referem o serviços de urgência hospitalar ou o serviço de atendimento permanente/urgente de um Centro de Saúde, como escolha da consulta (Quadro IIIB.16).

Quadro IIIB.16 - Profissionais e serviços de saúde escolhidos para as consultas por doença no 1º ano de vida do/ filho/a

<b>Tipo de profissional / serviço de saúde</b>	<b>Nº</b>
Médico de Família do Centro de Saúde	78
Pediatra Privado	77
Enfermeira do Centro de Saúde	0
Enfermeira Privada	0
Urgência Hospitalar	17
SASU / SACU / SAP	20
Não sabe	4
Não respondeu	44
TOTAL	240

#### **B.7.4. Conhecimentos sobre uso de suplementos e antibióticos**

A maioria das mães tem ideias adequadas quanto ao uso de suplementos e de antibióticos no 1º ano de vida (Quadro IIIB.17). Dezoito das mães referiram a vitamina D e o flúor como os suplementos aconselhados no 1º ano.

Quadro III.17 – Respostas das puérperas uso de suplementos e antibióticos

Pergunta	RESPOSTA:		
	SIM	NÃO	NÃO SABE
É aconselhado dar suplementos vitamínicos (ou outros) a um “bébé” ?	109	70	61
Em caso de febre do seu “bébé” deve dar-lhe logo antibiótico ?	9	220	11
Dá logo antibiótico ao seu “bébé” se a febre for alta (>38,5°C) ?	15	213	12
Só dá antibiótico ao seu “bébé” com orientação médica ?	238	2	0

### B.8. Serologia durante a gravidez

Duzentas e trinta e cinco entrevistadas apresentaram o Boletim de Saúde da Grávida (BSG) no qual constavam resultados de provas serológicas laboratoriais pedidas por rotina durante as consultas de vigilância da gravidez.

Todas as provas para pesquisa de antigénio de superfície do vírus da hepatite B (AgSHB) foram negativas. Esta prova laboratorial foi realizada durante a gravidez em 1, 2 e 3 ocasiões, respectivamente em 80, 104 e 36 mulheres. Todas as provas “VDRL” foram negativas. Esta prova laboratorial foi realizada durante a gravidez em 1, 2 e 3 ocasiões, respectivamente em 57, 104 e 57 mulheres. Foi negativa a pesquisa de anticorpos contra o vírus da imunodeficiência humana nas 187 mulheres que realizaram a respectiva prova. A pesquisa de anticorpos contra a rubéola foi positiva em 211 das 219 mulheres a quem foi realizada (só 8 mulheres eram susceptíveis à rubéola).

### B.9. Vacinação antitetânica durante a gravidez

O item “VACINA ANTITETÂNICA” estava preenchido em 97 dos 235 BSG consultados, estando registadas as datas da última vacinação contra o tétano em 89. Durante a gravidez, 9 mulheres foram vacinadas uma vez contra o tétano enquanto outras 3 receberam duas doses e 85 não foram vacinadas. Segundo as orientações técnicas do PNV<sup>1</sup>, as 8 mulheres sem qualquer registo vacinal deveriam ter recebido duas doses de vacina durante a gravidez; observou-se que apenas 3 receberam duas doses e as restantes 5 apenas uma dose; as restantes 4 mulheres vacinadas apenas uma vez durante a gravidez tinham recebido a última dose há mais de 10 anos. De entre as 138 mulheres cujo BSG não estava preenchido no item “VACINA ANTITETÂNICA” foi posteriormente consultado pelo menos uma fonte

de registo vacinal (BIS-RV ou FIV) com vacinação contra o tétano (1+ doses) de 79 das participantes (no âmbito deste estudo). Destas, apenas uma mulher não tinha recebido qualquer dose de TT (toxóide tetânico) durante a sua vida. Segundo os registos consultados, 91% das mulheres tinham recebido TT (nas suas diversas formulações) quatro ou mais vezes, durante a vida.

### B.10. História vacinal das mães

Não foi possível consultar qualquer registo escrito com a história vacinal em cerca de 49,2% das mulheres do grupo de comparação e em 30,0% das mulheres do grupo de intervenção ( $p=0,002$ ); o Boletim Individual de Saúde – Registo de Vacinação (BIS), foi o suporte de informação mais vezes disponível para recolha de dados (ver Quadro III.8).

Quadro III.18 – Dados sobre história vacinal. Tipos de suporte de informação consultados

Tipo de suporte de informação	Grupo de Comparação	Grupo de Intervenção	Total
<b>BIS - Registo de Vacinação</b>	45	64	109
<b>Ficha Individual de Vacinação (FIV)</b>	15	16	31
<b>BIS + FIV</b>	01	04	05
<b>Nenhum registo disponível</b>	59	36	95
Total	120	120	240

A maior parte dos suportes de informação consultados, continha registos de vacinas administradas nos dois primeiros anos de vida (Quadro III.19). Não sabemos se os boletins e fichas com primeiros registos depois dos dois anos de vida (e até na vida adulta) correspondem de facto a mães que nunca foram vacinadas na infância, à perda de registos ou sua inacessibilidade. A distribuição dos anos de primeiro registo pelos dois grupos estudados, não foi estatisticamente significativa ( $p=0,66$ ). A maior parte dos dados sobre número de doses recebidas será mostrada em quadros, por grupo de anos de vida em que foi registada a primeira vacina. As 145 mulheres cujos registos de vacinação foram consultados, nasceram entre 25-07-1958 e 30-01-1985. A maior parte nasceu nos anos 70 (Quadro III.20).

Quadro III.19 – Dados sobre história vacinal. Ano de vida do 1º registo de vacinação

Ano de vida	Grupo de anos de vida	Grupo de Comparação	Grupo de Intervenção	Total
1º		46	65	111
2º		01	03	004
	<b>Primeiros 2 anos de vida</b>	47	68	115
	<b>Entre o 3º e o 13º anos de vida</b>	12	9	21
	<b>Depois do 18º ano de vida</b>	2	7	9
	<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>84</b>	<b>145</b>

Quadro III.20 – Anos de nascimento das mães com registos vacinais consultados

Anos de Nascimento	Grupo de Comparação	Grupo de Intervenção	Total
1958 – 1964	4	2	6
1965 – 1969	8	17	25
1970 – 1974	27	28	55
1975 – 1979	16	24	40
1980 – 1985	6	13	19
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>84</b>	<b>145</b>

Quadro III.21a – Mães por número de doses administradas e tipo de vacina – BCG (n=145)

1º registo vacinal		1º e 2º anos de vida		3º ao 13º anos		19º ao 36º		TOTAL
Tipo de Vacina	Nº de doses	Grupo de Comparação	Grupo de Intervenção	Grupo de Comparação	Grupo de Intervenção	Grupo de Comparação	Grupo de Intervenção	
<b>BCG</b>	<b>0</b>	12	23	11	4	1	5	56
	<b>1</b>	25	20	0	4	1	1	51
	<b>2</b>	9	20	1	0	0	1	31
	<b>3</b>	1	4	0	1	0	0	6
	<b>4</b>	0	1	0	0	0	0	1

A maior parte das mulheres tinha recebido 1 ou 2 doses de BCG em criança (Quadro III.21a). Apenas 35 mulheres tinham recebido BCG nos primeiros 90 dias de vida.

A maior parte das mulheres tinha recebido 5/6 doses de vacina anti-poliomielite oral (VAP) em criança (Quadro III.21b). Entre as 124 mulheres que tinham registos de VAP, 98 tinham recebido a 1ª dose durante o 1º ano de vida.

A maior parte das mulheres não tinha sido vacinada contra o sarampo (VAS ou VASPR), nem contra a rubéola (VAR), nem contra a varíola (VAV) (Quadro III.21b). Trinta e três mulheres tinham sido vacinadas contra a varíola no 1º ano de vida. Entre as 39 mulheres que tinham recebido VAS, 27 tinham sido vacinadas nos 2 primeiros anos de vida, enquanto as 22 mulheres que receberam VASPR, tinham sido vacinadas depois dos 5 anos de vida.

Apenas 21 mulheres tinham recebido 3 doses de vacina contra hepatite B (VHB) enquanto a maioria não tinha recebido uma dose sequer (Quadro III.21b). A 1ª dose foi sempre administrada depois dos 11 anos de idade.

Quadro III.21b – Mães por número de doses administradas e tipo de vacina anti-vírica (n=145)

1º registo vacinal		1º e 2º anos de vida		3º ao 13º anos		19º ao 36º		TOTAL
Tipo de Vacina	Nº de doses	Grupo de Comparação	Grupo de Intervenção	Grupo de Comparação	Grupo de Intervenção	Grupo de Comparação	Grupo de Intervenção	
<b>VAP</b>	<b>0</b>	1	3	6	4	0	0	23
	<b>1</b>	1	0	0	1	0	0	2
	<b>2</b>	0	1	0	0	0	0	1
	<b>3</b>	2	4	1	1	0	0	8
	<b>4</b>	9	17	3	0	0	0	29
	<b>5</b>	18	30	2	1	0	0	51
	<b>6</b>	16	13	0	2	0	0	31
<b>VAS</b>	<b>0</b>	31	46	11	9	0	0	106
	<b>1</b>	16	22	1	0	0	0	39
<b>VASPR</b>	<b>0</b>	39	55	11	9	0	0	123
	<b>1</b>	8	11	1	0	0	0	19
	<b>2</b>	0	2	0	0	0	0	3
<b>VAR</b>	<b>0</b>	30	52	11	5	0	0	107
	<b>1</b>	17	16	1	4	0	0	38
<b>VAV</b>	<b>0</b>	26	38	8	5	0	0	86
	<b>1</b>	11	18	4	3	0	0	36
	<b>2</b>	7	11	0	1	0	0	19
	<b>3</b>	2	1	0	0	0	0	3
	<b>4</b>	1	0	0	0	0	0	1
<b>VHB</b>	<b>0</b>	38	50	9	9	1	6	113
	<b>1</b>	0	1	1	0	0	0	2
	<b>2</b>	3	2	1	0	0	0	6
	<b>3</b>	5	13	1	0	1	1	21
	<b>4</b>	1	2	0	0	0	0	3

Como resultado da administração de várias doses de vacinas como a DTP, a DT, a T e a Td, cerca de 84% das mulheres (122/145) tinham sido vacinadas com toxóide tetânico 5 ou mais vezes durante a sua vida (Quadro III.21c).

Quadro III.21c – Mães por número de doses administradas e tipo de vacina contendo toxóide tetânico

1º registo vacinal		1º e 2º anos de vida		3º ao 13º anos		19º ao 36º		TOTAL
Tipo de Vacina	Nº de doses	Grupo de Comparação	Grupo de Intervenção	Grupo de Comparação	Grupo de Intervenção	Grupo de Comparação	Grupo de Intervenção	
<b>DTP</b>	<b>0</b>	3	6	10	7	0	0	35
	<b>1</b>	1	2	0	0	0	0	3
	<b>2</b>	1	0	0	0	0	0	1
	<b>3</b>	7	6	1	1	0	0	14
	<b>4</b>	26	41	1	3	0	0	70
	<b>5</b>	8	12	0	0	0	0	20
	<b>6</b>	1	1	0	0	0	0	2
<b>DT</b>	<b>0</b>	16	19	6	3	0	0	53
	<b>1</b>	22	34	2	1	0	0	59
	<b>2</b>	7	2	0	1	0	0	10
	<b>3</b>	2	10	4	3	0	0	19
	<b>4</b>	0	3	0	0	0	0	3
	<b>5</b>	0	0	0	0	0	0	0
	<b>6</b>	0	0	0	1	0	0	1
<b>T</b>	<b>0</b>	1	9	0	1	0	1	12
	<b>1</b>	11	24	4	2	0	2	43
	<b>2</b>	16	20	0	1	0	2	39
	<b>3</b>	11	10	4	3	2	1	31
	<b>4</b>	6	4	2	1	0	0	13
	<b>5</b>	2	1	1	1	0	0	5
	<b>6</b>	0	0	1	0	0	1	2
<b>Td</b>	<b>1</b>	46	62	10	8	2	4	132
	<b>2</b>	1	6	2	1	0	3	13
Toxóide tetânico	<b>0</b>	1	0	0	0	0	0	1
	<b>1</b>	0	1	0	0	0	2	3
	<b>2</b>	0	0	2	0	0	2	2
	<b>3</b>	0	1	2	0	2	2	7
	<b>4</b>	1	3	4	4	0	1	10
	<b>5</b>	5	9	4	1	0	0	19
	<b>6</b>	9	20	0	1	0	0	35
	<b>7</b>	12	19	0	2	0	0	33
	<b>8</b>	12	6	0	1	0	0	19
	<b>9</b>	6	3	0	0	0	0	9
	<b>10</b>	1	4	0	0	0	0	5
<b>11</b>	0	2	0	0	0	0	2	

### C. DADOS RESULTANTES DA ALEATORIZAÇÃO

A distribuição dos grupos do estudo pelo hospital do parto, consta do Quadro IIIC. Os dois grupos de puérperas (“intervenção” e “comparação”) constituídos por aleatorização (Diagrama 1), eram semelhantes quanto à idade ( $p=0,28$ ), anos de escolaridade ( $p=0,62$ ), tipo de parto ( $p=0,46$ ) e paridade ( $p=0,45$ ). O número de consultas ( $p=0,58$ ) e o número de ecografias ( $p=0,11$ ) durante a gravidez eram semelhantes nos dois grupos, assim como os hábitos tabágicos ( $p=0,19$ ) e alcoólicos ( $p=0,16$ ). Também não eram estatisticamente diferentes as intenções manifestadas para o período após o parto, relativamente aos hábitos tabágicos ( $p=0,21$ ) e de consumo de bebidas alcoólicas ( $p=0,76$ ).

Também não havia diferenças entre os dois grupos, quanto às seguintes características dos recém-nascidos: sexo ( $p=0,70$ ), peso ao nascer ( $p=0,77$ ), índice de APGAR aos 5 minutos ( $p=0,32$ ), idade gestacional ( $p=0,72$ ) e ter ou não sido vacinados no hospital ( $p=0,83$ ), no período neonatal precoce.

Relativamente à intenção de amamentar, os dois grupos eram semelhantes quanto à intenção ( $p=0,15$ ) e duração de amamentação ( $p=0,67$ ) referidas. Quatro das 5 mulheres que, na entrevista da maternidade, manifestaram a intenção de não amamentar, foram sorteadas para o grupo de intervenção mas, dados os pequenos números, a diferente distribuição da intenção de não amamentar pelos grupos de “intervenção” *versus* “comparação” não é estatisticamente significativa.

Quanto às respostas às perguntas sobre intenção de uso dos serviços de saúde e conhecimentos sobre o uso de suplementos e antibióticos no 1º ano de vida, não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de “intervenção” e de “comparação”.

Quadro IIIC – Distribuição das mulheres dos grupos de comparação e intervenção, pelos hospitais onde ocorreu o parto

<b>Grupo</b>	<b>Hospital</b>	Braga	Matosinhos	TOTAL
Comparação		45	37	82
Intervenção		59	39	98
	TOTAL	104	76	180

## D. DADOS RESULTANTES DA 1ª ENTREVISTA NO DOMICÍLIO AO GRUPO DE INTERVENÇÃO (n=113)

As primeiras entrevistas no domicílio às mulheres do grupo de intervenção foram efectuadas entre o 8º e o 38º dias de vida dos seus filhos. A maior parte das visitas foi efectuada entre o 16º e o 30º dias de vida (Quadro IIID.1).

Quadro IIID.1 – Distribuição das entrevistas domiciliárias pelos dias de vida das crianças

Dias de vida da criança	Nº de entrevistas
08 - 10	2
11 - 15	4
16 - 20	13
21 - 25	34
26 - 30	48
31 - 35	10
36 - 38	2

### D1. Aleitamento materno

Sessenta e oito por cento (77/113) das mães praticavam aleitamento materno exclusivo enquanto 17,7% (20/113) davam leite artificial para além do leite materno. Apenas 14,2% (16/113) não amamentava.

De entre as quatro mulheres (Quadro IIID.2) que tinham manifestado a intenção de não amamentar, na entrevista na maternidade, uma amamentava, aquando desta entrevista no domicílio; tratava-se da mulher, que no puerpério tinha invocado como razão para não amamentar que o bebé “*não pegava no leite e estava na neonatologia*”. Doze das 109 mulheres que tinham manifestado intenção de amamentar, agora não o faziam (Quadro III.19).

Quadro IIID.2 – Comparação entre a intenção de amamentar manifestada na entrevista na maternidade e a prática efectuada à data da 1ª entrevista no domicílio

Intenção de amamentar (entrevista na maternidade)	Aleitamento materno à data da 1ª entrevista no domicílio		Total
	Sim	Não	
Sim	97	12	109
Não	1	3	4
Total	98	15	113

As razões invocadas para não amamentar foram as seguintes (agrupadas por tipo):

- ✓ *Não tinha bico;*
- ✓ *Queimadura no peito;*
- ✓ *O bebé não pegou no peito;*
- ✓ *Não ter leite (n=3);*
- ✓ *O leite secou ao fim de 8 dias;*
- ✓ *Perdeu o leite;*
- ✓ *Deixou de ter leite;*
- ✓ *O bebé não engordava;*
- ✓ *O bebé estava a perder peso;*
- ✓ *O leite não sustentava o bebé;*
- ✓ *O bebé não aumentava;*
- ✓ *Teve mastite;*
- ✓ *O leite era só água e tinha os bicos a sangrar.*

Não estar a amamentar à data da 1ª entrevista no domicílio não estava estatisticamente associado à idade materna ( $p=0,99$ ), à escolaridade ( $p=0,73$ ), à paridade ( $p=0,46$ ) ou ao tipo de parto ( $p=0,78$ ); estava associado à intenção manifestada na entrevista realizada na maternidade ( $p=0,007$ ).

## **D2. Uso de serviços de saúde (no período neonatal)**

Todas as mães entrevistadas ( $n=113$ ) tinham levado o recém-nascido ao Centro de Saúde (CS) para fazer o “teste do pézinho”. Os filhos das 39 mulheres que tinham tido o parto no Hospital de Matosinhos já tinham sido vacinados e não foi necessário as mães procurarem nenhum serviço de saúde para o efeito. Relativamente às 74 crianças nascidas no Hospital de S. Marcos (HSM) em Braga, 93,2% (69/74) tinham sido levadas a serviços de saúde para se proceder às 1ªs vacinações; as mães das restantes 5 crianças nascidas no HSM referiram como razões para não ter levado os filhos a vacinar:

1. *Esteve com bronquiolite e o médico recomendou não vacinar;*
2. *Por causa dos feriados;*
3. *Por não estar registada, o CS não pôde vacinar;*
4. *Irá na próxima 4ª Feira;*
5. *Porque esteve internado com infecção renal ... vai para a semana.*

As cinco crianças vieram a ser vacinadas pela primeira vez após a entrevista no domicílio.

Inquiridas sobre qual a opinião sobre o local (serviço) de administração das primeiras vacinas da vida, as respostas variaram consoante os partos tinham ocorrido na Hospital Pedro Hispano (HPH) de Matosinhos ou Hospital de S. Marcos (HSM) de Braga (Quadro IIID.3): todas as mulheres que tiveram o parto no HPH mencionaram a preferência pela vacinação em meio hospitalar; a mesma opinião é maioritária entre as que tiveram o parto no HSM, embora, neste caso, algumas mulheres referem o Centro de Saúde ou são indiferentes.

Quadro IIID.3 – Opinião das mães sobre o local (serviço de saúde) onde deveriam ser administradas as primeiras vacinas da vida

<b>Respostas à pergunta: <i>Na sua opinião as primeiras vacinas deveriam ser dadas ao bebé ...</i></b>	Hospital do parto		Total
	Pedro Hispano	S. Marcos	
<i>Logo na maternidade</i>	35	34	69
<i>No CS, depois de regressar da maternidade</i>	0	13	13
<i>Indiferentemente num sítio (ocasião) ou noutro</i>	0	14	14
<i>Não respondeu</i>	4	13	17
Total	39	74	113

Estavam inscritas em médico de família 101 mulheres e 12 não deram informação sobre este assunto. Setenta e duas mães já tinham levado o recém nascido a pelo menos uma consulta de rotina. Cinco dessas mães não mencionaram o profissional ou serviço onde essa consulta tinha sido realizada; nos restantes casos as consultas de rotina tinham sido efectuadas por pediatras privados (n=17), médicos de família de centros de saúde (n=44), nos dois tipos de médicos atrás indicados (n=5) e no hospital (n=1). As mães referiram que já tinham levado os filhos a consultas médicas por motivo de doença em 23 casos, tendo recorrido a pediatras privados (n=11), médicos de família de centros de saúde (n=2), urgência hospitalar (n=4), serviço de atendimento permanente de um centro de saúde (n=5) e consulta externa hospitalar (n=1).

Segundo as mães, 27 crianças já tinham “tomado medicamentos”. Treze destas crianças tinham tomado suplementos vitamínicos e duas foram sujeitas a nebulizações com soro fisiológico (a ainda gotas nasais de soro fisiológico); duas

das crianças tinham estado internados no hospital no período neonatal desconhecendo as mães se lhes tinham sido administrados fármacos. Só a 13 crianças tinham sido administrados fármacos em ambulatório (Quadro IIID.4).

Quadro IIID.4 – Tipos de fármacos administrados às crianças

<b>Tipos de fármacos</b>	<b>Nº de crianças</b>
Antibióticos	5
Anti-micótico tópico oral (*)	3
Anti-asmáticos (**)	2
Anti-espasmódico sistémico	1
Anti-pirético (paracetamol)	1
Descongestionante nasal	1

(\*) dois deles também tomaram suplementos vitamínicos

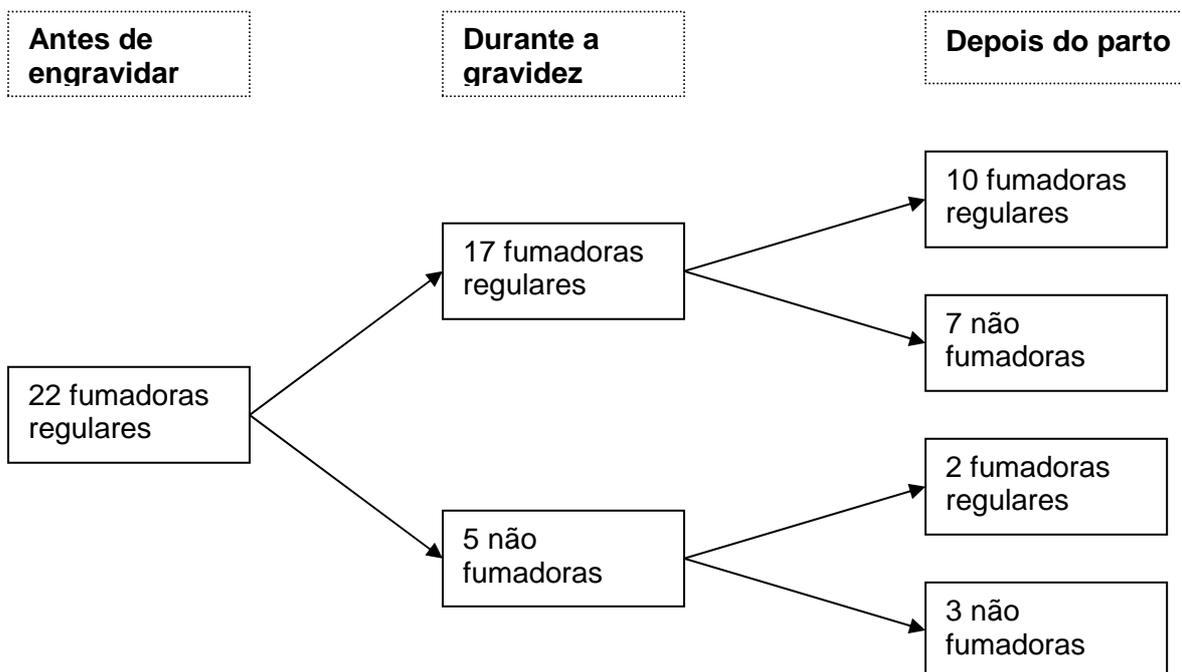
(\*\*) um deles também tomou suplementos vitamínicos

Apenas 27 mulheres já tinham efectuado uma consulta de revisão do puerpério. Todas as 51 mães que forneceram dados sobre o seu peso aquando da 1ª entrevista no domicílio tinham perdido peso relativamente ao fim da gravidez. As diminuições de peso registadas variaram de 2,5 a 14,4 Kg (média=8,8; dp=2,8).

### **D3. Hábitos tabágicos desde que regressou da maternidade**

Doze mulheres declararam que fumavam diariamente entre 2 e 20 cigarros (média=7,4; dp=5,7); nenhuma referiu o padrão intermédio de fumar ocasionalmente. Todas as 12 mulheres tinham sido fumadoras regulares antes de engravidar, mas 2 delas tinham deixado de fumar durante a gravidez (Diagrama IIID.1). Quando foram entrevistadas na maternidade, apenas 3 das 12 mulheres tinham manifestado a intenção de fumar regularmente após o parto.

Diagrama IIID.1 – Modificações dos hábitos tabágicos das fumadoras regulares com a gravidez e o pós-parto



#### D4. Consumo de bebidas alcoólicas desde que regressou da maternidade

A frequência de comportamentos de abstinência total (Quadro IIID.5) no período pós-parto ainda foi maior do que durante a gravidez, durante a qual já tinha ocorrido uma modificação relativamente aos hábitos anteriores à gravidez. O número de mulheres com hábitos diários de bebida no período pós-parto foi muito semelhante ao declarado antes da gravidez.

Quadro IIID.5 – Modificações dos padrões de consumo de bebidas alcoólicas, em relação com a gravidez (113 mulheres entrevistadas no período pós-parto)

Padrão de consumo	Antes da gravidez	Durante a gravidez	Intenção manifestada	Período pós-parto
Nunca beber	49	71	58	83
Apenas experimentar	5	2	4	6
Beber ocasionalmente	42	33	37	9
Beber todos os dias à refeição	17	7	14	14
Beber todos os dias fora da refeição	0	0	0	0
Não responder	0	0	0	1

## **E. DADOS RESULTANTES DA ENTREVISTA NO DOMICÍLIO, DEPOIS DO 1º SEMESTRE DE VIDA**

As entrevistas domiciliárias foram efectuadas entre o 182º e o 238º dias de vida das crianças incluídas neste estudo. Nos 7º e 8º meses de vida foram entrevistadas respectivamente 159 e 21 mães. As distribuições das idades à data da entrevista no grupo de comparação (n=82; média=202,5 dias) e no grupo de intervenção (n=98; média=202,3 dias) não foram significativamente diferentes (p=0,90).

### **E1. Aleitamento materno**

Estava previsto recolher e processar os dados sobre tipo e duração de aleitamento através das fotocópias dos Boletins de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) das crianças seguidas neste estudo. No entanto, 21 participantes (11,7%) não apresentaram qualquer BSIJ às enfermeiras entrevistadoras. Por outro lado, pela análise das fotocópias dos BSIJ, verificou-se que 116 (64,4%) não tinham qualquer informação sobre aleitamento materno (AM), enquanto 27 (15,0%) tinham apenas informação muito incompleta. Por isso, os dados aqui descritos basearam-se em respostas ao questionário, que não foi desenhado especificamente para a recolha de dados sobre duração de AM mas sim para inquirir das razões expressas pelas mães para não amamentar e para suspender o leite materno (LM) antes dos 6 meses de idade do seu filho/a. Assim, as informações recolhidas não são suficientemente precisas para distinguir até que idade o AM foi exclusivo ou com suplementos.

Não foi possível recolher informações sobre AM em 15 dos participantes. Nove mulheres não iniciaram o AM. Estavam ainda a dar leite materno aos 6 meses (pouco tempo antes da entrevista final) 61 mulheres, enquanto 95 amamentaram entre 3-4 dias e 5,5 meses (Quadro III E.1).

Das 180 mulheres que participaram em todas as fases do estudo, apenas 3 (do grupo de comparação) tinham referido, na entrevista na maternidade, a sua intenção de não amamentar. De facto, duas delas não iniciaram o AM, mas uma deu leite materno até aos 5 meses.

Quadro III.E.1 – Aleitamento materno. Início e duração, segundo o grupo de estudo

<b>Aleitamento materno (AM)</b>	<b>Duração</b>	<b>Grupo de Comparação</b>	<b>Grupo de Intervenção</b>
Não iniciaram AM		3	6
AM que durou menos de 6 meses			
	] 0-1 ] semanas	1	3
	] 1-2 ] semanas	7	6
	] 2-3 ] semanas	0	3
	1 mês	5	7
	1,5 meses	2	1
	2 meses	7	7
	2,5 meses	2	2
	3 meses	8	6
	3,5 meses	0	1
	4 meses	6	6
	4,5 meses	1	0
	5 meses	4	7
	5,5 meses	0	3
Davam leite materno aos 6 meses		30	31
Sem informação sobre AM		6	9
	<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>90</b>

A circunstância de terem sido sorteadas para o grupo de comparação (ou para o de intervenção não estava associado ( $p=0,508$ ) à decisão de não iniciar o AM. Como foi explicado no capítulo sobre metodologia, o sorteio foi aleatório e realizado após a entrevista na maternidade; por sua vez, a decisão de não iniciar aleitamento materno foi tomada antes da 1ª visita no domicílio. Não iniciar o aleitamento materno não estava estatisticamente associado à idade materna ( $p=0,431$ ), à escolaridade ( $p=0,142$ ) ou ao tipo de parto ( $p=0,333$ ) mas estava associado à intenção manifestada na entrevista realizada na maternidade ( $p<0,0001$ ); além disso, ser primípara estava associado a uma maior probabilidade de iniciar AM ( $p=0,028$ ) (Quadro III.E.2).

A análise das possíveis associações entre variáveis independentes e a duração do AM (Quadro III.E.2; *Log-Rank Test*) revelou que só o tipo de parto estava associado à duração do AM: as mulheres com partos por cesariana ou distócicos amamentaram durante mais tempo que as que tiveram partos eutócicos.

A única variável independente que estava estatisticamente associada (Quadro III.E.2) a estar a amamentar aos 6 meses de idade foi o tipo de parto: as mulheres com parto eutócico tinham menor probabilidade de estar a amamentar aos 6 meses, relativamente às que tiveram partos por cesariana ou distócicos.

Quadro III E.2 – Associação estatística entre algumas variáveis independentes e opções de aleitamento materno (AM). Valor de p e prova estatística usada.

<b>Variável dependente</b> <b>Variável independente</b>	<b>Iniciar AM</b>	<b>Duração</b>	<b>AM durante 6+ meses</b>
Pertencer a um dos grupos em estudo (comparação ou intervenção)	p = 0,508 Fisher Exacta	p = 0,678 Log-Rank	p = 0,538 Prova do $\chi^2$
Idade materna	p = 0,431 ANOVA	-	p = 0,056 ANOVA
Escolaridade materna	p = 0,142 Prova do $\chi^2$	p = 0,109 Log-Rank	p = 0,067 Prova do $\chi^2$
Primiparidade	p = 0,028 Fisher Exacta	p = 0,274 Log-Rank	p = 0,658 Prova do $\chi^2$
Tipo de parto	p = 0,331 Prova do $\chi^2$	p = 0,010 Log-Rank	p = 0,010 Prova do $\chi^2$
Intenção manifestada no puerpério (de iniciar o aleitamento materno)	p = 0,00000025 Prova do $\chi^2$	-	-
Intenção manifestada no puerpério (manter o AM o mais tempo possível)	-	p = 0,382 Log-Rank	p = 0,220 Prova do $\chi^2$

As razões invocadas pelas mães, para não dar leite materno, constam do Quadro III E.3. As razões invocadas pelas mães, para suspender o AM previamente iniciado, constam do Quadro III E.4.

Quadro III E.3 – Comparação entre a intenção manifestada na entrevista na maternidade e as razões invocadas pelas nove mães, para não iniciar o aleitamento materno

<b>Intenção manifestada na entrevista</b>	<b>Razão invocada para não iniciar AM</b>
<i>Gostava mas ...</i>	<i>A bebé não queria o peito ... tinha uma cardiopatia congénita e foi operada</i>
<i>Amamentar ... enquanto tiver peito</i>	<i>Não tinha leite</i>
<i>Amamentar ... enquanto tiver peito</i>	<i>Bébé não pegava no peito</i>
<i>Amamentar ... enquanto tiver leite</i>	<i>Não tinha mamilos</i>
<i>Amamentar ... enquanto tiver leite</i>	<i>O leite não sustentava o bebé</i>
<i>Amamentar ... enquanto tiver peito</i>	<i>Não tinha leite</i>
<i>Amamentar ... até ter leite</i>	<i>Não tenho leite</i>
<i>Não tencionava amamentar por ter "o peito queimado"</i>	<i>Cicatrizes retrácteis nas mamas</i>
<i>Não tencionava amamentar por "falta de tempo"</i>	<i>O bebé não pegou no peito</i>

Quadro III.E.4 – Razões invocadas pelas mães suspenderem o aleitamento materno

<b>Tipos de razões invocadas pelas mães</b>	<b>Grupo de Comparação</b>	<b>Grupo de Intervenção</b>
“Secou”, “não tinha leite”, “perdeu o leite”, etc	16	15
“Tinha pouco leite”, “o bebé chorava ... porque não tinha leite ... porque não ficava satisfeito”, “era só água”, “o leite não prestava ... não alimentava ... não sustentava”	14	11
“Estava a ficar cansada”	1	0
“Regresso ao trabalho”, “ida para o infantário”	5	11
“O bebé não estava a aumentar de peso”, etc	1	4
“Mastite” e outras patologias da mama	1	3
Internamento hospitalar do bebé	3	1
“Bébé não pegava no peito”	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>47</b>

No Quadro III.E.4, os três primeiros “tipos” de razão invocada são de natureza subjectiva, enquanto os restantes terão, em princípio, um carácter mais objectivo. Constata-se que as razões de tipo subjectivo predominam claramente.

## **E2. Uso dos serviços de saúde**

O uso de alguns tipos de cuidados de saúde pelas mães e filhos, nos primeiros seis meses de vida, está descrita no Quadro III.E.5. Todas as mães tinham levado as crianças a vacinar, ao “teste do pézinho” e a consultas de rotina. A proporção de crianças que foi a consultas médicas por doença foi de 58,5% (48/82) no grupo de comparação e de 66,3% (65/98) no grupo de intervenção, mas a diferença não foi estatisticamente significativa ( $p=0,28$ ). A proporção de mulheres que realizou consulta de revisão do puerpério foi de 72,0% (59/82) no grupo de comparação e de 77,6% (76/98) no grupo de intervenção, mas a diferença não foi estatisticamente significativa ( $p=0,39$ ).

Quadro III.E.5 – Alguns cuidados de saúde usados pelas mães e filhos, nos primeiros seis meses de vida, segundo o grupo do estudo

<b>Tipos de cuidados de saúde usados</b>		<b>Grupo de Comparação</b>	<b>Grupo de Intervenção</b>
“Teste do pézinho”	Sim	82	98
	Não	0	0
Vacinação do filho	Sim	82	98
	Não	0	0
Consultas médicas de rotina do filho	Sim	82	98
	Não	0	0
Consultas médicas do filho, por doença	Sim	48	65
	Não	34	33
Consulta de revisão do puerpério da mãe	Sim	59	76
	Não	23	22

Os serviços do tipo “teste do pézinho” e vacinação foram prestados no Centro de Saúde (CS). Uma das crianças recebeu numa clínica pediátrica privada uma vacina que não faz parte do PNV (vacina anti-pneumocócica). Na opinião das mães que tiveram o parto no Hospital de Matosinhos, as primeiras vacinas deveriam ser dadas ao bebé “logo na maternidade”, mas 8 mulheres não responderam a esta questão. Treze das mulheres que tiveram o parto no Hospital de Braga, foram da opinião que as primeira vacinas deveriam ser dadas no CS e 35 referiram que era indiferente o (serviço de saúde) de administração (Quadro III.E.6). A opinião não foi influenciada por pertencerem ou não ao grupo de intervenção ( $p=0,80$ ). Oito das mulheres que tiveram o parto em Braga, e seus filhos, não estavam inscritas em médico de família porque não havia médico com vaga, no seu Centro de Saúde; esta circunstância não influenciou a probabilidade de recorrerem a qualquer dos serviços médicos mencionados no Quadro III.E.5.

Quadro III.E.6 – Opinião das mães sobre o serviço onde deveriam ser administradas as primeiras vacinas aos seus filhos, segundo o hospital em que correu o parto

<b>Opinião</b>	<b>“Logo na maternidade”</b>	<b>“No Centro de Saúde”</b>	<b>“Indiferentemente num sítio ou outro”</b>	<b>TOTAL</b>
Hospital (parto)				
Braga	56	13	35	104
Matosinhos (*)	68	0	0	68
TOTAL	124	13	35	172

(\*) Oito mães não responderam

Quadro III E.7 – Instituições / serviços em que foram prestados cuidados de saúde a mães e filhos, nos primeiros seis meses de vida, segundo o hospital em que ocorreu o parto

<b>Tipos de cuidados de saúde</b>			<b>p</b>
<b>Instituições / serviços</b>	<b>Braga</b>	<b>Matosinhos</b>	
Consulta médica de rotina (filho)			0,033
Pediatra particular (A)	16	22	
Médico de família (B)	49	36	
Enfermeira particular (C)	0	0	
Enfermeira do CS (D)	7	0	
Outro (E)	3	2	
A + B	16	15	
A + D	2	0	
B + D	7	0	
D + E	1	0	
A + B + C	1	0	
A + B + D	1	0	
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>75</b>	
Consulta médica por doença (filho)			0,019
Pediatra particular (A)	22	13	
Médico de família (B)	2	9	
Enfermeira particular (C)	0	0	
Enfermeira do CS (D)	0	0	
Urgência hospitalar (E)	3	10	
Urgência do uma clínica particular (F)	1	0	
SASU / SACU / SAP (G)	14	7	
Outro (H)	2	0	
A + B	1	0	
A + E	1	1	
A + G	2	0	
B + E	3	5	
B + G	3	0	
E + G	3	0	
E + H	1	0	
F + G	0	1	
A + E + G	0	1	
B + E + H	1	0	
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>47</b>	
Consulta de revisão do puerpério			0,351
Médico particular (A)	30	17	
Médico de família (B)	36	37	
Enfermeira particular (C)	0	0	
Enfermeira do CS (D)	5	2	
Outro (E)	3	4	
B + D	1	0	
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>60</b>	

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas, relativamente às instituições / serviços aos quais as mães recorreram para consultas médicas de rotina ou por doença para os seus filhos, e consultas de revisão do puerpério para si mesmas, entre os grupos de comparação e de intervenção. Essas diferenças foram significativas relativamente às consultas infantis (rotina e doença) entre as crianças nascidas em Braga ou em Matosinhos, mas não relativamente às consultas do

puerpério das mulheres que tiveram o parto nos dois hospitais. Em Braga, a proporção de consultas infantis de rotina no médico de família foi maior que em Matosinhos. Pelo contrário, a proporção de consultas por doença no médico de família, em Braga, foi mais baixa; as consultas por doença em Braga foram efectuadas no pediatra particular e num serviço de atendimento permanente. No entanto, não se observaram diferenças, no que respeita à consulta de revisão do puerpério. A escolaridade das mães estava associada ao tipo de serviço procurado: no grupo com 10 ou mais anos de escolaridade, o pediatra particular foi mais procurado para consultas de rotina ( $p < 0,0001$ ) e por doença ( $p < 0,0001$ ), e o médico particular foi mais procurado para consultas de revisão do puerpério ( $p = 0,002$ ).

## E2. Administração de fármacos (não vacinas)

Segundo as 174 mães que responderam a esta questão, 106 crianças (61%) receberam fármacos durante os primeiros seis meses de vida, sendo 49 do grupo de comparação e 57 do grupo de intervenção ( $p = 0,785$ ). A distribuição dos medicamentos administrado por grupos farmacológicos, consta do quadro III E.8.

Quadro III E.8 – Tipos de fármacos administrados às crianças nos primeiros 6 meses

Classificação fármaco-terapêutica*	Nº de crianças**
A03 Antiespasmódicos (aparelho digest)	1
C09 Agentes que actuam sobre o sist. renina-angiotensina (captopril)	1
H02 Corticosteróides para uso sistémico	1
J01 Antibacterianos para uso sistémico	
Amoxicilina	7
Cefalosporinas	3
Cotrimoxazol	2
(tipo de antibiótico não identificado)	34
Antipiréticos	
N02BE Paracetamol	5
Ibuprofeno	2
(tipo de antibiótico não identificado)	3
R01A Descongestionantes nasais	3
R02A Preparados de acção na orofaringe - anti-micótico tópico oral	3
R03 Anti-asmáticos	7
R05CB Mucolíticos	1
R05D Supressores da tosse, excl. assoc. c/ expectorantes	6
R06 Anti-histamínicos para uso sistémico	6
Tipo de fármaco não identificado	35

\* Segundo o Simposium Terapêutico®; não foram incluídas vacinas nem suplementos vitamínicos

\*\* Algumas crianças receberam mais de um tipo de fármaco

### E3. Evolução ponderal da mulher no pós-parto

Através do 2º questionário no domicílio e por comparação com os dados do questionário na maternidade foi possível saber (por informação oral da mulher) o peso antes e após a gravidez e a data em que a mulher se pesou, após a gravidez, em 144 participantes. As mulheres pesaram-se entre 14 e 231 dias após o parto (média=124,6; dp=58,7). É possível que haja alguns problemas de precisão dessa informação, ao dia. A distribuição por mês (Quadro III E.9) revela que 5 mulheres se pesaram no 1º mês após o parto e 1 no 8º mês; fora destes extremos a mulheres pesaram-se ao longo do período do 2º ao 7º meses após o parto. A diferença de peso entre antes e após a gravidez não é estatisticamente diferente entre os grupos de comparação e de intervenção ( $p=0,60$ ) nem está correlacionado com o nº de dias decorridos entre o parto e a pesagem.

Quadro III E.9 – Número de mulheres por mês após o parto, durante o qual se pesou

Mês após parto	Nº de mulheres que se pesaram e informaram sobre peso e data de pesagem
1	5
2	20
3	28
4	15
5	16
6	30
7	29
8	1

Relativamente ao peso anterior à gravidez, 24 mulheres observaram um peso inferior após o parto, 12 relataram o mesmo peso e 108 tinham aumentado de peso. Em média, as mulheres pesavam mais 3,5Kg (dp=4,7) do que antes da gravidez. Este valor não é estatisticamente diferente entre os grupos de comparação e de intervenção ( $p=0,76$ ).

#### E4. Hábitos tabágicos

As diferenças de distribuição das mulheres dos dois grupos, por tipo de hábito tabágico, não foram estatisticamente significativas, antes ( $p=0,69$ ), durante ( $p=0,23$ ), e nos primeiros seis meses após a gravidez ( $p=0,70$ ) (Quadro III.E.10).

Quadro III.E.10 – Distribuição das mulheres dos grupos de comparação e de intervenção pelo tipo de hábito tabágico, antes, durante e após a gravidez.

Tipo de hábito tabágico	Antes da gravidez		Durante a gravidez		Nos 6 meses após o parto	
	Grupo de Comparação	Grupo de Intervenção	Grupo de Comparação	Grupo de Intervenção	Grupo de Comparação	Grupo de Intervenção
Nunca fumou	64	75	73	81	69	81
Experimentou	2	1	0	0	0	0
Ocasionalmente	0	1	0	0	1	3
Regularmente	16	21	9	17	11	14
TOTAL	82	98	82	98	81	98
Comparação entre grupos (p)	0,69		0,23		0,70	

Nos diagramas seguintes, estão esquematizadas as alterações de hábitos tabágicos entre as fumadoras regulares (as que fumam diariamente). Observou-se uma tendência geral de diminuição de consumo durante a gravidez e retoma dos hábitos anteriores, embora a nível inferior. Mesmo entre as fumadoras regulares, a média diária de cigarros nos 6 meses após o parto foi de 8,9 enquanto antes de engravidar tinha sido de 13,9.

Diagrama III.E.1 – Modificações dos hábitos tabágicos das fumadoras regulares com a gravidez e o pós-parto, entre as mulheres do **grupo de comparação**

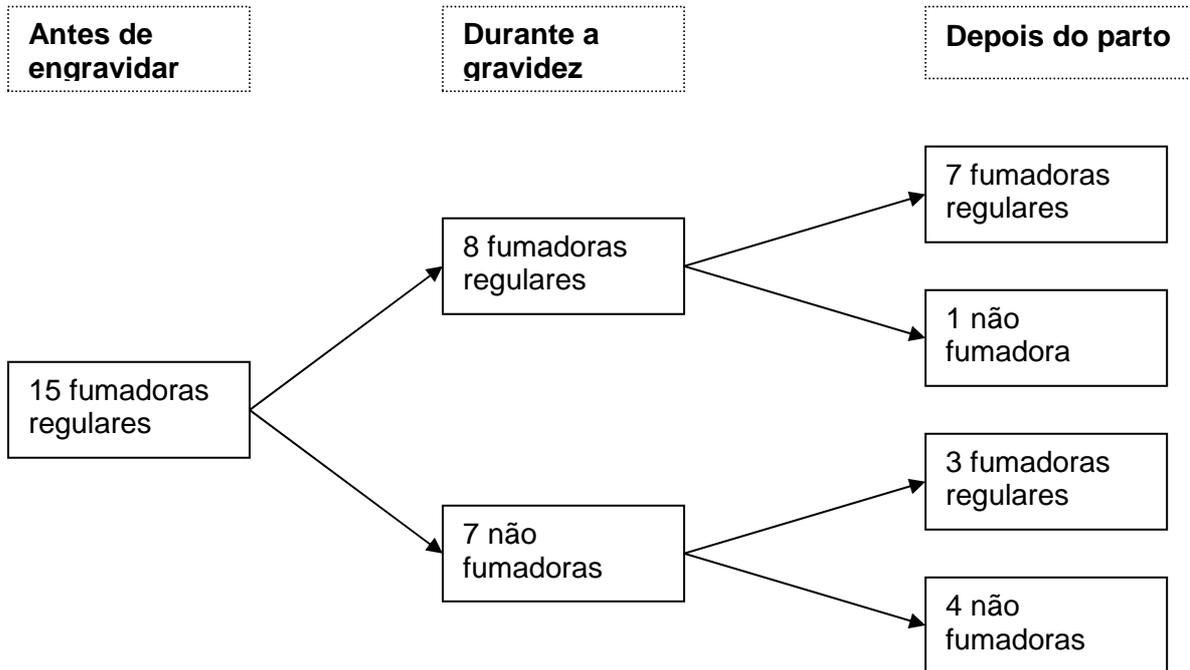
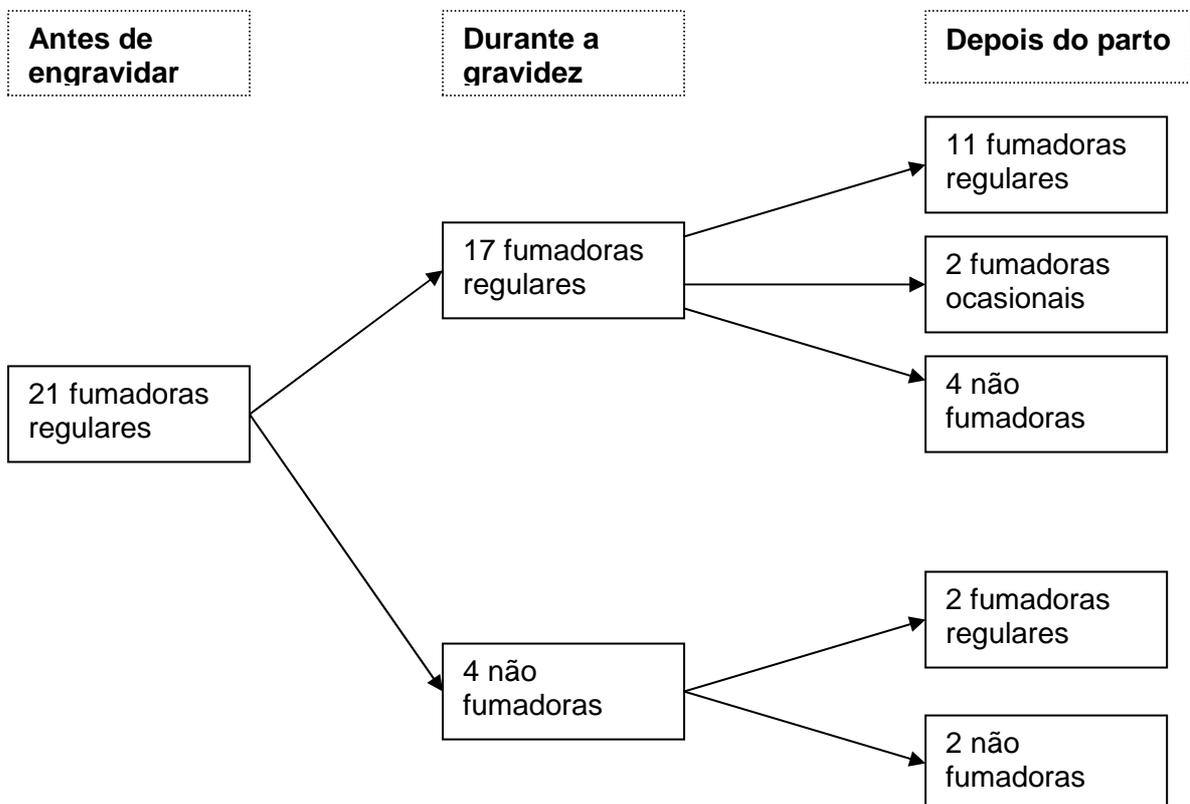


Diagrama III.E.2 – Modificações dos hábitos tabágicos das fumadoras regulares com a gravidez e o pós-parto, entre as mulheres do **grupo de intervenção**



## E5. Consumo de bebidas alcoólicas

Os padrões de consumo de bebidas alcoólicas não são estatisticamente diferentes (Quadro III.E.11) entre os grupos de comparação e de intervenção, antes, durante ou após a gravidez, ou sequer na intenção manifestada para o período após o parto. No entanto, parece haver uma alteração de padrão de consumo durante a gravidez, com retoma posterior de hábitos estabelecidos, embora não de forma totalmente idêntica.

Quadro III.E.11 – Número de mulheres por padrões de consumo de bebidas alcoólicas, em relação com a gravidez (180 mulheres entrevistadas no domicílio no 7º mês após o parto)

Padrão de consumo	Antes da gravidez	Durante a gravidez	Intenção manifestada	Período pós-parto
Nunca beber	66	97	80	93
Apenas experimentar	8	7	7	6
Beber ocasionalmente	78	56	65	47
Beber todos os dias à refeição	28	14	22	32
Beber todos os dias fora da refeição	0	0	0	2
Não responder	0	0	0	0
Valor de <i>p</i> para a diferença entre os grupos de comparação e intervenção	0,81	0,26	0,94	0,45

## E6. Evolução ponderal dos filhos

Na segunda visita domiciliária, realizada entre os 182º e 238º dias de vida da criança, era solicitado o BSIJ, no qual estão habitualmente registadas as pesagens dos lactentes e correspondente data. Para cada criança, analisámos os valores em gramas, da pesagem mais recente que constava do registo escrito consultado (BSIJ); essa pesagem foi efectuada entre os 113º e 238º dias de vida, sem diferença significativa ( $p=0,93$ ) entre os dois grupos da idade da última pesagem disponível.

Quadro III.E.12 – Número de crianças pelo mês da última pesagem registada

Mês	4º	5º	6º	7º	8º	TOTAL
Grupo						
Comparação	2	8	20	39	5	74
Intervenção	2	12	19	51	5	89
TOTAL	4	20	39	90	10	163

O ganho ponderal foi significativamente maior ( $p=0,032$ ) no grupo de intervenção (Quadro III.E.13) resultando num peso final (pesagens entre 113º e 238º dias) maior no grupo de intervenção, embora a diferença não seja estatisticamente significativa, embora *borderline* ( $p=0,058$ ). Num modelo de regressão linear múltipla, verificámos que a diferença observada entre os dois grupos não pode ser devida à idade de pesagem.

Quadro III.E.13 – Peso das crianças dos grupos de comparação ( $n=74$ ) e de intervenção ( $n=89$ ), ao nascer e na última pesagem registada

	Ao nascer		Ganho ponderal		Entre 113º e 238º dias	
	COMP	INT	COMP	INT	COMP	INT
Média	3306	3295	4068	4391	7374	7687
dp	526	441	967	941	1098	1004
Máximo	4390	4300	7120	7102	10280	10450
Mínimo	1910	2050	1710	1030	3770	4130
Valor de $p$	0.890		0,032		0,058	

Legenda: COMP=grupo de comparação; INT=grupo de intervenção.

## E7. Vacinação dos filhos

Dispusemos de registos escritos da vacinação de 163 crianças participantes no estudo; 75 pertenciam ao grupo de comparação e 88 ao grupo de intervenção. Só num caso consultámos a ficha de vacinação (FIV) do Centro de Saúde; nos restantes 162, fizemos fotocópias dos boletins individuais de saúde (BIS-RV).

### BCG

Durante o período em estudo, todas as crianças foram vacinadas com a BCG. A idade em que foram vacinadas não era diferente entre os grupos de comparação e intervenção. Relativamente às 76 crianças nascidas no Hospital Pedro Hispano (HPH), só uma foi vacinada fora do hospital (após alta), ao 95º dia de vida. As 87 crianças nascidas no Hospital de S. Marcos (HSM) foram vacinadas entre o 4º e o 43º dias de vida.

### **Vacina contra a hepatite B (VHB)**

A 1ª dose de VHB foi administrada no mesmo serviço e na mesma data que o BCG, aplicando-se o que atrás se descreveu sobre essa vacina. Só uma criança (do grupo de intervenção) não recebeu qualquer dose da vacina contra a hepatite B. Só 65,6% (107/163) das crianças completou o esquema recomendado com 3 doses<sup>26</sup>; esse facto não estava associado a pertencer a um dos grupos do estudo ( $p=0,94$ ) ou ao local onde o parto tinha sido assistido ( $p=0,97$ ).

### **Vacina oral contra a poliomielite (VAP)**

A 1ª dose foi administrada a todas as crianças, enquanto só uma criança de Braga e outra de Matosinhos, não tinham recebido a 2ª dose. No grupo de comparação 68% (51/75) das crianças recebeu as 3 doses da VAP, enquanto esse valor foi de 75% (68/88) entre os do grupo de intervenção, mas a diferença não é estatisticamente significativa ( $p=0,32$ ). Recomenda-se a administração da 3ª dose de VAP aos 6 meses de idade<sup>26</sup>. Os resultados são muito semelhantes para as vacinas DTP (vacina contra a difteria, o tétano e a *B. pertussis* - holocelular) e Hib (vacina contra o *Haemophilus influenzae* tipo b), pois são recomendados nas mesmas idades. São excepcionais os casos de crianças que recebam uma das três vacinas sem receber as outras duas.

## IV. DISCUSSÃO

Muitos dos achados deste estudo são de carácter descritivo. Isto é, permitem conhecer a distribuição de diversas variáveis, na fase da gravidez, no parto hospitalar assistido e no período de 6 meses após o parto. Nesse sentido, a interpretação dos valores descritos para essas variáveis faz-se pelo valor específico de cada uma e também por comparação com outros estudos nacionais e estrangeiros, já realizados, ou que se venham a efectuar. Foram atingidos quase plenamente os objectivos de tipo descritivo inicialmente propostos e identificados no ponto 3. do capítulo de “I. INTRODUÇÃO”. Os estudos descritivos podem ser de grande valor para os “administradores de saúde pública”<sup>1</sup>. Na vertente mais específica do método epidemiológico, é importante referir que, embora os estudos descritivos sejam muito úteis para elaborar hipóteses explicativas sobre o observado, é necessário pô-las à prova com estudos analíticos especialmente concebidos com esse objectivo<sup>27</sup>.

Ora este estudo estava desenhado também com o objectivo de avaliar uma determinada estratégia de intervenção (visitação domiciliária por enfermeiras) e tinha definido algumas hipóteses específicas. Concentraremos a nossa discussão mais nesta vertente do presente estudo. Para cada variável estudada, que supostamente podia ser influenciada pela intervenção (*outcome*), comparámos os grupos de intervenção e de comparação; na maioria dos casos não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, o que poderia levar a concluir que a intervenção não teve efeitos, quer negativos quer positivos sobre os *outcomes* em estudo. No entanto, essa conclusão deve ser sujeita a uma avaliação crítica.

### LIMITAÇÕES GERAIS À VALIDADE INTERNA DO ESTUDO

Vale a pena repetir aqui a citação já feita na revisão da literatura internacional: “apesar do consenso generalizado sobre os seus benefícios, a prática da enfermagem de saúde pública tem tido dificuldade em demonstrar, de forma conclusiva, a efectividade da visitação domiciliária materno-infantil”<sup>9</sup>. Na base desta dificuldade estão aspectos metodológicos relativos à escolha, medição e validação

de potenciais efeitos (*outcomes*) dos programas de visitação domiciliária<sup>7-9</sup>. O nosso estudo não foge à regra e tem limitações metodológicas.

Na nossa opinião, a principal limitação do nosso estudo, resulta do facto de o “Grupo de Controlo” também ter sido alvo de uma intervenção – a entrevista na maternidade, na qual era veiculada muita informação, para além do próprio efeito inaparente do contacto pela enfermeira. Tal como foi desenhado, o estudo só detectaria o efeito “adicional” da entrevista no domicílio. Por outras palavras, se a entrevista na maternidade tem um efeito benéfico importante, o efeito “adicional” da visita domiciliária no 1º mês pode ser pouco (ou nada) importante para os *outcomes* em estudo. Este aspecto já foi discutido no âmbito de outros estudos<sup>18</sup>. Esta questão seria ultrapassada se não fosse feita a 1ª entrevista às mulheres do grupo de comparação, mas levantaria alguns problemas práticos e metodológicos sobre a recolha de algumas informações, provenientes dessa entrevista.

Outra limitação importante do nosso estudo resulta de o período em observação se limitar aos primeiros 6 meses de vida. Já na INTRODUÇÃO identificámos esta questão, referida na bibliografia consultada e resultante do facto de: “... a maior parte dos investigadores avaliar apenas os efeitos imediatamente após a conclusão das intervenções, sendo no entanto claro que a avaliação dos efeitos a longo prazo será relevante para os investigadores e os decisores ...”<sup>14</sup>.

Esta intervenção não se dirigiu especificamente a famílias de risco. Na literatura tem sido dado destaque à utilidade deste tipo de intervenção quando explicitamente dirigido a esses grupos<sup>7,10,13</sup>.

Já foi atrás referida a questão da escolha dos resultados (*outcomes*) a medir. Podem ter ficado por estudar algumas variáveis, sobre as quais a intervenção pode ter tido efeito. Pode por exemplo especular-se sobre o bem-estar das mães, resultante da VD; quais seriam as variáveis e os instrumentos de medição para avaliar essas variáveis ? (ex: depressão após o parto; auto-confiança).

## **ASPECTOS ESPECÍFICOS DE ALGUMAS VARIÁVEIS**

O início, duração e prevalência aos 6 meses do aleitamento materno, eram semelhantes nos dois grupos; curiosamente, as cesarianas e partos distócicos estavam associados a uma maior duração do AM, o que nos parece difícil de explicar. Os métodos e instrumentos de medida usados não permitiram uma precisão

de medição de duração de aleitamento; isso pode ter afectado o poder estatístico do estudo. Outros estudos, nomeadamente em Portugal<sup>28</sup>, têm demonstrado a utilidade do uso da VD, desde que integrada numa intervenção muito precoce, logo na sala do parto, especificamente dirigida à promoção do aleitamento materno.

O uso dos serviços de saúde, quer para fins de prevenção quer para fins de cura, não foi estatisticamente diferente entre os dois grupos. Residir em Braga ou em Matosinhos, e a escolaridade das mães, estavam associados à procura de alguns serviços médicos específicos.

A evolução ponderal das mães, no período após o parto, não foi diferente no grupo de intervenção. A variável peso resultou de informação oral registada por escrito pelo entrevistador. Os potenciais viéses que podem ter afectado a validade e precisão da medida (peso) em estudo são inúmeras.

Os hábitos tabágicos e de consumo de bebidas alcoólicas pelas mães, durante o período em observação, não foram diferentes nos dois grupos em estudo. O potencial para viéses de informação é grande, quer do lado do entrevistado quer do lado do entrevistador, que pode ter induzido (involuntariamente) determinadas respostas.

O uso de fármacos (vacinas não incluídas), nos primeiros 6 meses de vida, não foi diferente no grupo de intervenção. Também a administração de vacinas recomendadas no PNV, não foi diferente entre os dois grupos. Enquanto a administração de vacinas foi medida através de registos escritos muito fiáveis, o uso de fármacos (que não vacinas) resultou de informação oral das mães, o que levanta problemas de validade maiores.

O ganho ponderal foi significativamente maior entre as crianças do grupo de intervenção mas o resultado final em termos de peso não é diferente entre os dois grupos. As limitações já referidas para a medição do peso das mães são igualmente aplicáveis a este aspecto. Além disso, potenciais factores de confusão (outras variáveis) não controlados neste estudo podem ter afectado o resultado. Em termos absolutos, um efeito no desenvolvimento ponderal seria da maior importância. A nossa suspeita relativamente ao achado de melhor ganho ponderal no grupo de intervenção resulta da dificuldade de encontrar uma explicação biologicamente plausível para uma tal magnitude de efeito, num estudo com o tamanho amostral do nosso que, apesar de tudo, foi maior que o de muitos estudos semelhantes relatados na literatura<sup>7</sup>.

## **LIMITAÇÕES À VALIDADE EXTERNA**

Não sabemos até que ponto as conclusões deste estudo são extrapoláveis para outras populações, portuguesas ou de outros países. A amostra por nós seleccionada e estudada tem uma distribuição semelhante à das mães portuguesas em geral, relativamente a diversas variáveis (ver RESULTADOS B.1), o que é a favor da generalização dos achados para a população portuguesa. No entanto, devemos ser prudentes, e o corpo de evidência produzido tem que ser confrontado com o de outros estudos e feitos juízos de valor, com base no conhecimento das situações locais ou nacionais.

## **V. RECOMENDAÇÕES**

### **A. CUIDADOS MATERNO-INFANTIS (ACHADOS DESCRITIVOS)**

O número médio de consultas de vigilância da gravidez, que é um indicador padrão para avaliação da qualidade dos cuidados pré-natais deve ser “lido” de forma crítica. A sua leitura isolada pode ser enganadora, como mostram os resultados deste estudo. O número médio de 7,6 consultas de vigilância da gravidez “esconde” a existência de uma proporção elevada (20%) de grávidas com um número de consultas, inferior ao mínimo recomendado, o que é um mau indicador de vigilância da gravidez.

A existência de um número elevado de mulheres que optam por ser seguidas no sector privado (no nosso estudo um quarto das grávidas foram acompanhadas em exclusivo pelo médico privado) deve ser levado em conta, quando se analisam os indicadores da prestação de cuidados de saúde materna, como a “taxa” de cobertura.

Deverá ser enfatizada a necessidade de recolher e registar dados sobre a história vacinal da mulher, durante a gravidez, permitindo a sua eventual vacinação contra o tétano. Em 59% dos BSG não havia qualquer registo, o que pode indiciar que a indagação sistemática do estado vacinal não é feita.

Embora essa questão não tenha sido avaliada em detalhe, parece-nos evidente que uma proporção elevada de crianças recebe antibióticos em idades muito precoces. Esta questão deveria ser alvo de estudos específicos.

A gravidez parece é uma ocasião para alteração de hábitos com impacto na saúde da mulher a longo prazo, como fumar e beber bebidas alcoólicas. No entanto, pelo menos nos hábitos tabágicos, parece haver uma retoma de hábitos anteriores após o parto. Esta questão merecerá estudos mais aprofundados, no sentido de prolongar alterações benéficas ocorridas durante a gravidez.

Embora a vacinação em meio hospitalar, durante o puerpério, não pareça influenciar a cobertura vacinal a longo prazo, é evidente que as utentes percebem o maior conforto da administração das primeiras vacinas ao recém-nascido, logo no internamento para assistência ao parto. Não há nenhuma razão, técnica, logística ou económica, para que os hospitais portugueses em que há assistência ao parto não assumam responsabilidades na execução do Programa Nacional de Vacinação, não só na vacinação dos recém-nascidos como das puérperas, nomeadamente actualizando as vacinações contra o tétano, a difteria e a rubéola.

O leitor encontrará certamente nos resultados descritivos, dados para fundamentar a melhoria do seguimento da gravidez e dos lactentes. Esperamos que eles possam ser especialmente úteis para a ULS de Matosinhos e a Sub-Região de Saúde de Braga.

## **B. A VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO**

O nosso estudo não é peremptório relativamente ao impacto e utilidade da visitação domiciliária em geral, e nem mesmo especificamente sobre o tipo de intervenção por nós estudada. Infelizmente teremos de usar o quase “lugar comum” de recomendar, nomeadamente em Portugal, mais estudos sobre o uso da estratégia de visitação domiciliária no pós-parto, como forma de promover a saúde das famílias e das crianças e de contribuir para a equidade em saúde. Além disso, à falta de evidência sólida em Portugal, as decisões sobre o uso de tais estratégias poderão fundamentar-se provisoriamente na análise crítica da literatura que descreve e analisa estudos realizados noutros países. A apreciação que nós fazemos dessa literatura é favorável à realização de intervenções do tipo da VD, mormente em contextos socialmente desfavorecidos, famílias vulneráveis, crianças prematuras e/ou de baixo-peso ao nascer, e situações clínicas de alto risco como a infecção por VIH dos familiares, alcoolismo, toxicodependência, etc.

É absolutamente necessário avaliar todas as intervenções em saúde<sup>2,3</sup>. Por isso, no “desenho” de tais acções será imprescindível incluir os instrumentos e métodos de recolha de informação que permitam essa avaliação.

Parece-nos evidente a recomendação de uma entrevista (padronizada) no local do parto, com o duplo objectivo de veicular informação indutora de comportamentos adequados das mães (intervenção) e de identificar as situações de risco que serão alvo de uma estratégia especial de intervenção que inclua a visita domiciliária (planeamento de serviços). A questão da transmissão de informação entre serviços deverá ser considerada. Existem estratégias alternativas tais como o uso da “notícia de nascimento” ou da condução de tais entrevistas por enfermeiras que trabalhem nos cuidados de saúde primários. O uso de telefonemas sistemáticos, como forma de intervenção e/ou de rastreio dos casos a visitar posteriormente é uma estratégia a considerar. É exequível e de baixo custo, mas mais uma vez recordamos a necessidade de por à prova as estratégias que forem escolhidas.

Não teríamos dúvidas em recomendar a visita sistemática, pelo menos uma vez, no período neonatal. Não havendo recursos disponíveis para tal abordagem, devem ser postas à prova estratégias alternativas de visita de grupos de risco.

É habitual os autores de artigos referirem potenciais “conflitos de interesses” para permitir aos leitores julgar da potencial influência de factores tais como ser empregado de uma empresa farmacêutica, nas conclusões do estudo. No nosso caso, somos apenas funcionários do Ministério da Saúde e profissionais da área da saúde pública. Temos de confessar que somos descaradamente a favor da visita domiciliária da população em geral e, ainda mais, como estratégia de abordagem de grupos vulneráveis e/ou de risco, para melhorar alguns problemas de saúde e serem um factor de equidade. O leitor julgará se isso influenciou os nossos comentários, conclusões e recomendações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Last JM (editor). Um dicionário de Epidemiologia. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Lisboa, 1995. Tradução de Last JM (Editor). A Dictionary of Epidemiology, 2<sup>nd</sup> edition. Oxford University Press. New York, Oxford, 1988.
2. Montoya-Aguilar C. [Evaluation of effectiveness of interventions in public health] [Article in French]. Rev Epidemiol Santé Publique 1981; 29(3): 233-244.
3. Patrick DL. [Quasi experimental evaluation of public health interventions] [Article in French]. Rev Epidemiol Santé Publique 1981; 29(3): 245-253.
4. Jack SM, DiCenso A, Lohfeld L. A theory of maternal engagement with public health nurses and family visitors. J Adv Nurs 2005. 49(2): 182-190.
5. Johansson K, Darj E. What type of information do parents need after being discharged directly from the delivery ward? Ups J Med Sci 2004; 109(3): 229-238.
6. Sword W, Watt S, Krueger P. Implementation, uptake, and impact of a provincial postpartum program. Can J Nurs Res 2004; 36(2): 60-82.
7. Combs-Orme T, Reis J, Ward LD. Effectiveness of home visits by public health nurses in maternal and child health: an empirical review. Public Health Reports 1985; 100: 490-9.
8. Ciliska D, Hayward S, Thomas H, et al. A systematic overview of the effectiveness of home visiting as a delivery strategy for public health nursing interventions. Can J Public Health 1996; 87(3): 193-198.
9. Byrd ME. A typology of the potential outcomes of maternal-child home visits: a literature analysis. Public Health Nurs 1997; 14(1): 3-11.
10. Hodnett ED, Roberts I. Home-based social support for socially disadvantaged mothers. Cochrane Database Syst Rev 2000; (2): CD000107.
11. Kendrick D, Hewitt M, Dewey M, et al. The effect of home visiting programmes on uptake of childhood immunization: a systematic review and meta-analysis. J Public Health Med 2000; 22(1): 90-98.
12. Elkan R, Kendrick D, Hewitt M. The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. Health Technol Assess 2000; 4(13). [Executive summary].
13. Kearney MH, York R, Deatrck JA. Effects of home visits to vulnerable young families. J Nurs Scholarsh 2000; 32(4): 369-376.
14. McNaughton DB. Nurse Home Visits to Maternal-Child Clients: A Review of Intervention Research. Public Health Nursing 2004; 21(3): 207-219.
15. Sweet MA, Appelbaum MI. Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. Child Dev 2004; 75: 1435-56.
16. Barnes-Boyd C, Norr KF, Nacion FW. Promoting Infant Health Through Home Visiting by a Nurse-Managed Community Worker Team. Public Health Nurs 2001; 18(4): 225-235.

17. Norr KF, Crittenden KS, Lehrer EL. Maternal and Infant Outcomes at One Year for a Nurse-Health Advocate Home Visiting Program Serving African Americans and Mexican Americans. *Public Health Nursing* 2003; 20(3): 190-203.
18. Wiggins M, Oakley A, Roberts I, et al. Postnatal support for mothers living in disadvantaged inner city areas: a randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 288-295.
19. O'Connor KOS, Mowat DL, Scott HM, et al. A Randomized Trial of Two Public Health Nurse Follow-up Programs after Early Obstetrical Discharge. An Examination of Breastfeeding Rates, Maternal Confidence and Utilization and Costs of Health Services. *Can J Public Health* 2003; 94(2): 98-103.
20. Henry JK. Eliminating Health Inequities: National Goals and Developing Programs. *J Obst Gynecol Neonatal Nurs* 2001; 30(5): 523-528.
21. Flores P, Lucas AH, Pedroso H, et al. Transmissão vertical do VIH: modelo e intervenção comunitária no seguimento de filhos de mães com infecção VIH (Experiência do Hospital de S. Francisco Xavier, Lisboa). *Acta Pediatr Port* 1999; 30(3): 213-221.
22. Graça LCC. Chegou a Cegonha... e agora? Um estudo experimental sobre dificuldades de primíparas na prestação de cuidados ao recém-nascido. Tese do II Curso de Mestrado em Promoção/Educação para a Saúde. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, 1999.
23. Gonçalves G. Mortalidade Infantil no Concelho da Maia. Centro de Saúde da Maia. Período III – Diagnóstico de Situação – Internato Complementar de Saúde Pública. Centro de Saúde da Maia. Agosto de 1986.
24. Gonçalves G. Programa para Diminuir a Mortalidade Infantil no Concelho da Maia. Período IV – Administração de Cuidados – Internato Complementar de Saúde Pública. Centro de Saúde da Maia. Fevereiro de 1987.
25. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, et al. Epi Info, Version 6.04: A Word-Processing, Database, and Statistics Program for Public Health on IBM-compatible Microcomputers. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA, 1997.
26. Ministry of Health, Portugal. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação (Orientações Técnicas 10). Lisboa 2001.
27. Hennekens CH, Buring JE. *Epidemiology in Medicine*. Little, Brown and Company. Boston/Toronto, 1987.
28. Mendes MAJSV. Aleitamento Materno nos Primeiros 160 Dias de Vida. Da Realidade ao Desejo de Sucesso. Dissertação de Mestrado. 4º Mestrado em Saúde Pública da Universidade do Porto. Porto 2002.