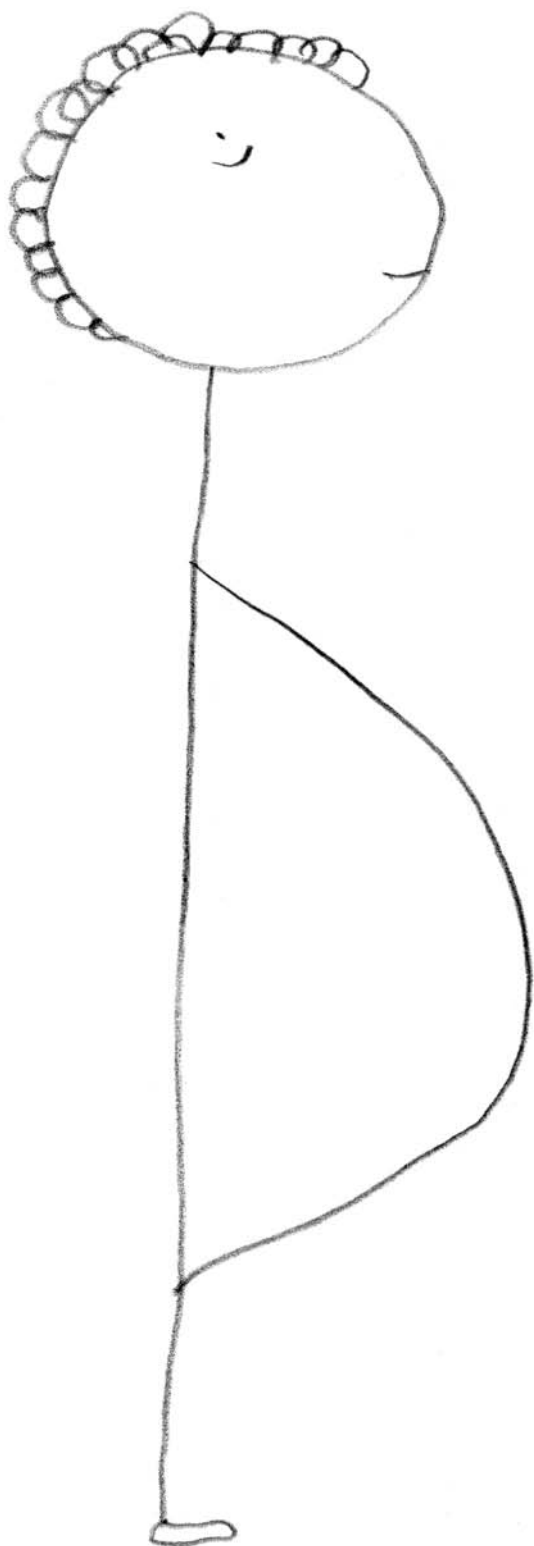


Prémio **Bêa** de Medicina Clínica 2006



Iguais ou diferentes?

*Cuidados de Saúde
materno-infantil
a uma população
de imigrantes*

MARIA DO CÉU MACHADO
PAULA SANTANA
MARIA HELENA CARREIRO
HELENA NOGUEIRA
MARIA ROSALINA BARROSO
ALEXANDRA DIAS

Maria do Céu Machado
Paula Santana
Maria Helena Carreiro
Helena Nogueira
Maria Rosalina Barroso
Alexandra Dias

Iguais ou diferentes?

Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes

O livro “Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes” foi publicado em 1ª edição pelos Laboratórios Bial com uma tiragem de 10.000 exemplares.

Design Gráfico: 
Execução Gráfica: EIGAL
Depósito Legal Nº: 262699/07
ISBN: 978-989-95520-0-5

© COPYRIGHT 2006. “Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes”. Este trabalho está sujeito a Copyright. Todos os direitos estão reservados tanto no que diz respeito à totalidade como a qualquer das suas partes, especificamente os de tradução, reimpressão, transmissão por qualquer forma, reprodução por fotocopiadoras ou sistemas semelhantes e arquivo em sistemas de informática.

...grávida que dorme pouco quer dizer que vai ter filho assanhado...
Mãe africana, 2006

*...não usei fios durante a gravidez, o cordão umbilical pode
enrolar-se ao pescoço...*
Mãe portuguesa, 2006

Prof.^a Doutora Maria do Céu Machado

Alta-Comissária da Saúde.

Doutorada em Medicina.

Directora do Departamento de Pediatria do Hospital Fernando Fonseca (1996–2006).

Professora de Pediatria da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Presidente da Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente.

Prof.^a Doutora Paula Santana

Doutorada em Geografia Humana.

Professora no Instituto de Estudos Geográficos da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra e no Departamento de Arquitectura da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra.

Dr.^a Maria Helena Carreiro

Licenciada em Medicina.

Responsável pela Unidade de Cuidados Intensivos e Neonatais do Departamento de Pediatria do Hospital Fernando Fonseca.

Dr.^a Helena Nogueira

Mestre em Geografia Humana.

Professora no Instituto de Estudos Geográficos da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.

Dr.^a Maria Rosalina Barroso

Licenciada em Medicina.

Departamento de Pediatria do Hospital Fernando Fonseca.

Dr.^a Alexandra Dias

Licenciada em Medicina.

Departamento de Pediatria do Hospital Fernando Fonseca.

COLABORARAM NESTE TRABALHO COMO INVESTIGADORES:

1. Recolha de informação

1.1 No Hospital Fernando Fonseca

Gabinete de estatística e secretariado

António Marques, Dulce Afonso

Neonatólogistas

Benvinda Morais, Cristina Trindade, Elsa Paulino, Sofia Ferreira, Isabel Leal, José Maria Garrote, Manuel Cunha, Manuela Escumalha, Olga Voutsen, Teresa Aguiar

Alunos do 6º ano da Faculdade de Medicina de Lisboa

Ana Sousa e Silva, António Camacho, Catarina Teixeira, Daniel Machado, Fábio Almeida, Francisco Santos, Gustavo Reis, Inês Andrade, Jenny Farinha, Joana Saiote, João Sequeira Alves, José Reis Correia, Miguel Julião, Nélia Ferraria, Nelson André, Nuno Jacinto, Nuno Figueira, Pedro Mendes, Sandra Carlos, Sara Ramos, Sérgio Sá, Sérgio Morais, Susana Henriques, Teresa Castro, Tiago Couto, Vanda Areias

Pediatras

Ana Cristina Monteiro, Catarina Silvestre, Clara Abadesso, Conceição Neves, Ester Almeida, Graciete Bragança, Helena Loureiro, Helena Nunes Almeida, Irene Flores, Isabel França, M^a Lurdes Torre, M^a João Brito, Mafalda Castro, Manuela Ferreira, Margarida Marques, Marta Conde, Natália Pona, Paula Correia, Piedade Sande Lemos, Rosário Ruivo, Sara Pinto, Sofia Nunes

Internos de Pediatria

Bárbara Salgueiro, Alexandra Vasconcelos, Catarina Luís, Cláudia Santos, Cristina Mendes, Marta Moura, Marta Cabral, Marta Ferreira, Patrícia Janeiro, Pedro Nunes, Raquel Coelho, Vanda Anacleto, Zahara Nizarali

Enfermeira

Margarida Oliveira

Psicólogas

Elsa Figueiredo, Rita Novais, Filipa Fonseca, Leonor Ferreira e Teresa Botelho

Técnicas do Serviço Social

Carla Franco, Madalena Barros

1.2. Nos Centros de Saúde

Directores

Clara Pais, Helena Canada, Judite Estudante, Laura Marques, Maria Helena Cargaleiro, Maria João Barrau, Raul Pacheco

Enfermeiros Coordenadores de Saúde Infantil

Adelaide Verde, Ana Carmo, Ana Faria, Ana Rainho, Célia Freitas, Conceição Sousa, Irene Pinheiro, Lurdes Neo, Lucinda Silva, Nidia Murta Marques, Paula Cepas, Teresa Matos

2. Construção da base de dados e análise estatística

No Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Coimbra

Isabel Alves, Luisa Couceiro, Rita Santos, Margarida Pereira

3. Sistema de Informação Geográfica, tratamento gráfico e cartográfico

No Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Coimbra

Cláudia Costa

Índice

Resumo	15
I. Introdução.....	21
1. Imigração e vulnerabilidade.....	23
1.1. Na Europa	25
1.2. Em Portugal.....	28
1.3. Na Grande Lisboa: destaque para os concelhos de Amadora Sintra	28
2. A saúde materno-infantil em Portugal.....	37
3. Cuidados de Saúde nos Concelhos de Amadora e Sintra:	
a Unidade D	40
3.1. Hospital Fernando Fonseca	40
3.2. Centros de Saúde	42
II. Objectivos.....	45
1. Objectivo global.....	47
2. Objectivos Específicos	47
III. Metodologia da investigação	49
1. Tipo de estudo	51
2. Localização	51
3. Instituições envolvidas.....	51
4. População-alvo e amostras	51
4.1. Grupo de Estudo	51
4.2. Grupo de Controlo	52
4.3. Características em estudo	52
5. Recolha e tratamento da informação: Instrumentos e técnicas de análise	53
5.1. Instrumentos.....	53
5.1.1. Inquéritos aplicados no Hospital Fernando Fonseca...	53
5.1.2. Inquéritos aplicados nos Centros de Saúde	54
5.1.3. Recolha de informação no Internamento	54
5.2. Características gerais dos inquéritos	54
5.3. Técnicas de análise de dados	55

5.4. Sistema de Informação Geográfica das famílias dos Recém-Nascidos.....	58
6. Limitações do estudo	61
7. Protecção dos dados	62
IV. Resultados.....	63
1. População de recém-nascidos de Amadora e Sintra.....	65
2. População estudada	65
2.1. Descrição da amostra	65
2.2. Origem e ascendência (grupo étnico) dos pais e avós	68
Síntese.....	73
3. Constituição e descrição dos grupos: Filhos de imigrantes e Filhos de portugueses	73
3.1. Características gerais dos Recém-nascidos no HFF	74
3.2. Gravidez e parto.....	74
3.3. Características das famílias	79
3.3.1 Agregado familiar.....	79
3.3.2 Progenitores	82
3.3.2.1 Mães	82
3.3.2.2 Pais.....	87
3.4. Risco social	91
3.5. Atitudes face ao cuidar de uma criança e crianças.....	92
Síntese.....	93
4. Utilização de Serviços no Hospital Fernando Fonseca	93
4.1. Em ambulatório	94
4.1.1. Consultas e Exames.....	94
4.1.2. Urgência pediátrica	97
4.1.3. Hospital de Dia	102
4.2. Internamento	102
4.2.1. Admitidos da sala de Partos – Internamento na Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais (UCIEN).....	103
4.2.2. Admitidos do exterior – Internamento na UCIEP, Enfermaria e UICD	106

4.2.3. Factores de risco de internamento	109
4.2.4 Internamento e privação sócio-material.....	112
Síntese	114
5. Mortalidade perinatal	115
Síntese.....	119
6. Seguimento dos Filhos de Imigrantes em Cuidados de Saúde primários - Centros de Saúde	119
Síntese.....	123
7. A influência do contexto sociomaterial na saúde das das crianças no concelho da Amadora	123
7. 1. Áreas de residência das famílias	124
7.2. Oferta e utilização de serviços de saúde públicos	127
7.2.1. Acesso e Utilização dos Centros de Saúde	127
7.2.2. Acesso e Utilização do Hospital Fernando Fonseca	132
7.3. Distância da residência das famílias aos equipamentos de apoio, espaços verdes, desporto e lazer.....	135
7.4. Modelo de acessibilidade a equipamentos de saúde e outr os de apoio à família, espaços verdes, desporto e lazer	138
Síntese.....	141
V. Discussão.....	143
VI. Conclusões e Propostas	169
Conclusões	171
Propostas	172
VII. Bibliografia	173
Índice.....	185
Índice de Quadros.....	187
Índice de Figuras	189
Anexos	191

Resumo

Os concelhos de Amadora e Sintra constituem um território de fortes características de identidade na Área Metropolitana de Lisboa que resultam, entre outros aspectos, da elevada densidade populacional (sobretudo Amadora), do marcado crescimento na última década (sobretudo Sintra, onde a população residente aumentou cerca de 40% entre 1991 e 2001) e, principalmente, da sua diversidade social, cultural e étnica. De facto, a proporção de imigrantes nestes concelhos atinge um dos valores mais elevados do país. A equidade na prestação de cuidados tem sido demonstrada como factor de redução das disparidades na saúde que determina a morbilidade e a mortalidade decorrentes da assimetria das populações. Na Unidade de Saúde D (Hospital Fernando Fonseca e 9 Centros de Saúde da Amadora e Sintra), não tinha ainda sido desenvolvida uma investigação científica estruturada sobre os níveis de saúde e o acesso e utilização dos serviços e que sustentem políticas ajustadas às vulnerabilidades deste grupo. Este conhecimento possibilita a reorganização dos serviços de cuidados de saúde e é fundamental para repensar processos de planeamento e modelos de intervenção que culminem numa integração de sucesso para o século XXI.

Objectivos

Definir a prevalência dos filhos de imigrantes dos Concelhos de Amadora e Sintra; analisar as famílias quanto ao país de origem, integração e procura dos serviços de saúde; avaliar as crianças nos primeiros meses de vida quanto à morbilidade e mortalidade; relacionar as características do contexto físico e social com a saúde/doença.

Metodologia

A população estudada é constituída por 1979 nados-vivos e 10 nados-mortos, cujo nascimento ou admissão na sala de partos ocorreu no HFF, entre 1 de Dezembro de 2005 a 31 de Maio de 2006. Excluíram-se 25 por falta de dados determinantes e 18 gestações eram gemelares pelo que a amostra estudada de 1964 RN corresponde a 1964 famílias. Subdividiram-se posteriormente em dois grupos: RN filhos de imigrantes consti-

tuído por 838 nados-vivos e 5 nados-mortos cujo pai ou mãe é residente em Portugal mas não tem nacionalidade portuguesa e RN filhos de portugueses constituído por 1116 nados-vivos e 5 nados-mortos cujos pais são de nacionalidade portuguesa. A recolha de dados foi efectuada pela aplicação de quatro inquéritos diferentes, nos vários actos clínicos no HFF (na alta do RN e da mãe, nos episódios da consulta, urgência e internamento) e nos Centros de Saúde da Amadora e Sintra, até 31 de Agosto de 2006. A informação foi organizada e analisada por recurso às seguintes metodologias: 1. análise descritiva das características da amostra e subgrupos, com identificação de semelhanças e diferenças significativas entre eles; 2. elaboração de um indicador compósito de privação múltipla, através de um processo estatístico de normalização e soma de variáveis normalizadas; 3. implementação de um Sistema de Informação Geográfica, centrado na geocodificação das moradas dos pais dos RN e posterior cruzamento desta informação com outras, relativas à localização de equipamentos de saúde e características do meio envolvente; 4. elaboração de modelos estatísticos de regressão logística, com capacidade de clarificar a associação entre as características dos RN (individuais e ambientais) e os resultados em saúde. Respeitou-se a lei de protecção de dados.

Resultados

Na amostra global, houve predominio de RN de termo, com peso médio 3228g; 8,8% prematuros e 7,7% de baixo-peso; 31,8 anos foi a idade média do pai e 28,7 a da mãe; consumo de tabaco e álcool maior no pai mas tabagismo materno em 18,1%, gestação sem vigilância em 7,5%, cesariana em 36,9% e mortalidade perinatal de 9,5 por mil. Maior privação sociomaterial relativamente à média da Área Metropolitana de Lisboa. Na comparação entre grupos, concluiu-se que os imigrantes apresentam maior vulnerabilidade, revelando valores significativamente mais elevados de desemprego, menos escolaridade, predominio de profissões manuais, habitação precária, famílias monoparentais (4,3% *vs* 1,7%, $p = 0,0000$), maior privação sociomaterial, maior morbilidade materna (30,6% *vs* 26,1, $p = 0,027$), maior paridade ≥ 3 (9,8% *vs* 4,7%, $p = 0,0000$), mais infecções na gravidez nomeadamente VIH 1 (1,6% *vs* 0,5%, $p = 0,0119$),

hepatite B (5,5% *vs* 0,7%, $p = 0,0000$) e sífilis (1,3% *vs* 0,4%, $p = 0,0172$), mais consumo de álcool das mães (10,3% *vs* 2,2%, $p = 0,0000$) e dos pais (54,5 *vs* 38,7%, $p = 0,0000$) e maior frequência de famílias sem fumadores (68,2% *vs* 49,2%, $p = 0,0000$). Quanto à utilização dos serviços no HFF, houve 1739 consultas e exames, 1666 episódios de urgência e 290 internamentos. A média de consultas por criança foi semelhante mas verificaram-se mais consultas de infecciologia nos imigrantes (3,5% *vs* 0,5%, $p = 0,0030$). Na urgência, a procura foi maior pelos imigrantes (41,9% *vs* 36,7%, $p = 0,0195$) mas houve mais episódios nos portugueses; 30% eram RN com patologia não infecciosa; os portugueses preferiram o período das 20 às 8h e houve relação com baixa escolaridade da mãe; a patologia infecciosa (respiratória) foi predominante nas crianças com idade superior a um mês. Quanto ao internamento, foram factores de risco, aumentando a probabilidade de ser internado: prematuridade, baixo peso (3 vezes), diabetes gestacional (2,1 vezes), idade da mãe (1,8 vezes), e escolaridade inferior a 4 anos (1,8 vezes). Registou-se maior mortalidade perinatal nos filhos de imigrantes (13,0‰ *vs* 7,0 ‰) sendo os factores de risco nos imigrantes *versus* portugueses: gravidez não vigiada (27,1% *vs* 12,5%), patologia materna (45,5% *vs* 37,5%), risco social (63,6% *vs* 37,7%). Quanto aos Cuidados de Saúde Primários, houve resposta de 7 Centros de Saúde com registo de 41,6% dos filhos de imigrantes. A razão da primeira ida ao CS foi o rastreio metabólico (100%); 82,2% das crianças tiveram consultas de enfermagem nas duas primeiras semanas mas apenas 47,1% teve consulta médica no primeiro mês. 24,9% não tinham médico atribuído. Aos 3 meses, 42,3% continuavam com aleitamento exclusivo e 85,4% tinham o Plano Nacional de Vacinação actualizado. Quanto à influência sociomaterial estudada nas 539 famílias residentes na Amadora, concluiu-se que a habitação era precária em 21%; 47% eram imigrantes, dos quais 72,1% africanos e 40% residiam em núcleos degradados. Encontrou-se associação espacial entre morbilidade (patologia infecciosa) e mortalidade infantil e área de residência com privação sociomaterial elevada. Os CS estão espacialmente concentrados no centro do concelho, em proximidade ao local de residência das famílias das crianças. A utilização da urgência foi pouco influenciada pela distância e parâ-

fundamentar-se em outros factores como eficácia de cuidados e acessibilidades não geográficas. Quanto à síntese dos equipamentos colectivos considerados salienta-se a localização preferencial na área central, junto à linha-férrea. A acessibilidade diminui para norte, afectando a população de S. Brás. Há um número insuficiente de creches em todo o Concelho.

Conclusões

As famílias dos RN dos Concelhos de Amadora e Sintra que nasceram no Hospital Fernando Fonseca são, genericamente, mais privadas socio-materialmente do que a população da Área Metropolitana de Lisboa e as dos imigrantes estão, ainda, em situação de maior desvantagem. A fragilidade/vulnerabilidade dos imigrantes revela-se nos maus resultados em saúde. Houve maior mortalidade fetal e neonatal, mais patologia durante a gravidez, nomeadamente de doenças infecciosas, o que pode justificar-se por um início mais tardio das consultas pré-natais. A procura do Hospital, nomeadamente da urgência nos primeiros 28 dias de vida, pode estar relacionada com o atraso da primeira consulta médica nos Centros de Saúde e a percentagem importante destas famílias que não têm médico atribuído. A boa acessibilidade geográfica da população da Amadora, principalmente da localizada a sudoeste não é relevante na utilização e, na maioria dos casos, as distâncias ao hospital são superiores às calculadas para os centros de saúde. A maior procura dos cuidados hospitalares pelas famílias imigrantes parece ser condicionada pela percepção da gravidade da doença, pela facilidade de atendimento sem horário e pela ausência de médico atribuído no CS e ainda por , numa urgência, ser em menos evidentes os problemas sociais.

I. Introdução

1. Imigração e vulnerabilidade

1.1. Na Europa

O imigrante é definido pelas Nações Unidas como todo o indivíduo que vive fora do seu país de nascimento pelo menos durante um ano. De facto, as colónias gregas, as conquistas romanas, os Impérios Bizantino, Árabe e Otomano, a epopeia marítima portuguesa e as grandes migrações na Europa no século XIX e no início e fim do século XX mostram como a História da Civilização é a história dos movimentos migratórios.

Calcula-se que actualmente existam 200 milhões de imigrantes no mundo, isto é, 3,2% da população mundial; dos quais 43 milhões (30%) na América, 40 milhões (20%) na Europa e a restante metade, na Ásia (NU, 2004).

A imigração constitui um desafio para os países civilizados mas a experiência acumulada não parece traduzir-se na adopção de boas práticas que possam ser aplicadas efectivamente para uma correcta integração local destas populações. As sociedades que os acolhem enfrentam frágil sentido de identidade, modelos sociais e económicos desadequados e incapacidade de fazer cumprir as leis (Papademetriou, 2006).

As estratégias dos governos e da própria União Europeia (UE) e a atitude dos cidadãos, definirão a sociedade do futuro. Políticas reguladoras do número e características de imigrantes que respeitem os interesses e preocupações da sociedade que recebe, que se sente naturalmente ameaçada nas oportunidades de trabalho, na cultura e nos valores, são algumas das preocupações mais prementes. Exigem medidas de integração que substituam ilegalidade e caos social por regras progressivas susceptíveis de serem cumpridas (Machete, 2006).

Nos últimos 10 anos a situação tem-se agravado pelo crescimento rápido da imigração ilegal supondo-se que, na Europa, haja 6 a 8 milhões de imigrantes não autorizados e não documentados (Papademetriou, 2006). É importante sublinhar que o número de indivíduos do sexo masculino e feminino tem sido semelhante, mas nota-se uma tendência recente para a imigração da família nuclear ou mesmo predominantemente de

mulheres e crianças, pois parece ser mais fácil a re(unificação) posterior da família.

O futuro da Europa depende de 3 componentes demográficas básicas: fertilidade, mortalidade e migrações.

A fertilidade é o factor com maior influência mas é conhecida a queda da taxa de natalidade nas últimas décadas. O *baby boom* do fim dos anos 60 e início dos anos 70 terá como consequência o aumento da população com mais de 60 anos, em 2020. As mulheres em idade reprodutiva são em número cada vez menor, o que significa que mesmo que se verificasse um aumento da taxa de fertilidade, não seria o suficiente para corrigir a tendência de declínio.

A mortalidade é o factor mais estável. Os progressos da medicina, a melhoria das condições sanitárias e outros factores sociais têm permitido o prolongamento da vida. No entanto, os limites da longevidade humana são ainda uma incerteza e a esperança de vida, que tem aumentado 2 anos por década, mostra tendência para estabilizar nos próximos anos.

A migração é o factor mais volátil porque os movimentos imigratórios e emigratórios são extremamente variáveis, de ano para ano, mas tem contribuído de forma importante para as alterações demográficas. Nos anos 90, a imigração foi responsável por um quarto do crescimento da população nos países industrializados mas prevê-se que a população europeia, mesmo com o aumento de 500.000 imigrantes por ano, decresça até 2050 pois estes adoptam rapidamente as características demográficas dos países de acolhimento.

Por todas estas razões, é lícito continuar a chamar à Europa “O Velho Continente”. A média de idades que se situa nos 37,7 anos actualmente, será de 48 anos em meados do século XXI enquanto na América será de 40 e na Ásia muito inferior (Lutz e Scherbov, 2006).

Na maioria dos países, os imigrantes constituem já 8 a 11% da população mas há países com valores muito superiores como o Luxemburgo que atinge os 40%. Em todos, a imigração permanece um factor importante de exclusão social.

Hjern e outros (2004) referem que, dos 20 a 30 mil imigrantes que pedem asilo nos países da UE por mês, 20 a 30% são crianças. Cerca de

metade estão no nível zero de integração ou seja em situação de clandestinidade e vivem na pobreza e exclusão social. Há assim, inevitavelmente, desigualdade de oportunidades no acesso à saúde destes grupos vulneráveis.

A integração é um processo bilateral que envolve a adaptação tanto do imigrante como da sociedade de acolhimento. Uma política de integração que favoreça a acomodação mútua, sem assimilação, ou seja, preservando as referências culturais originais, sem guetização nem marginalização, permitirá que os imigrantes deixem de ser o grupo mais vulnerável dos países europeus.

1.2. *Em Portugal*

Também em Portugal, imigrante é o indivíduo que fixou a sua residência de forma temporária ou permanente, vindo do estrangeiro. Essa fixação deverá ser superior a 12 meses. Imigrante e estrangeiro podem não ser coincidentes. Segundo Rosa, Seabra e Santos (2003: 30), “As noções de “imigrante” e de “estrangeiro” passaram, na actualidade, a vocábulos correntes na utilização da língua portuguesa (...). Mais do que simples “nuances” linguísticas, estamos perante universos diversos, sobre os quais importa reflectir, com vista a definir o âmbito conceptual da presente análise”.

Rosa, Seabra e Santos (2003) consideram que nem todos os imigrantes são de nacionalidade estrangeira: pode ser um cidadão nacional ou estrangeiro. “Estatisticamente, e considerando apenas os residentes em Portugal há pelo menos um ano, é possível imaginarem-se 8 categorias (mutuamente exclusivas e exaustivas) tomando como 1º critério a nacionalidade actual (portuguesa/estrangeira), como 2º critério a nacionalidade à nascença (portuguesa/estrangeira) e como 3º critério o país de nascimento (Portugal/estrangeiro). Desta combinação resultam, assim, as seguintes situações: 1. Português “por origem” não imigrante; 2. Português “por concessão” não imigrante; 3. Português “por origem” imigrante; 4. Português “por concessão” imigrante; 5. Estrangeiro “por concessão” não imigrante; 6. Estrangeiro “por origem” não imigrante; 7. Estrangeiro “por

concessão” imigrante; 8. Estrangeiro “por origem” imigrante” (Rosa, Seabra e Santos, 2003: 38).

É difícil quantificar os imigrantes. A avaliação dos imigrantes, a partir dos dados produzidos pelo INE, apresenta dificuldades que decorrem do próprio processo de recolha de informação: não considera todos os imigrantes – não tem em conta os indivíduos, que embora imigrados em Portugal, passaram entretanto a ter nacionalidade portuguesa – e inclui indivíduos que nunca imigraram, mas que não possuem nacionalidade portuguesa, caso dos filhos dos estrangeiros que nasceram em Portugal¹ e, por fim, não tem possibilidades de integrar os imigrantes clandestinos. Utilizando a informação disponível (INE, Censo 2001), contabilizam-se os imigrantes através do cálculo dos residentes sem nacionalidade portuguesa.

Segundo o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, em 1995 residiam (legalmente) no território nacional 168.136 estrangeiros. Em 2005 esse valor era já de 276.450 estrangeiros. A legalização dos imigrantes clandestinos tem sido difícil; por isso, estima-se que exista ainda um número considerável de imigrantes ilegais, o que torna impossível quantificar com precisão este grupo.

Independente do número, são conhecidas as múltiplas vulnerabilidades associadas aos imigrantes e reconhece-se a necessidade e urgência de reforçar a investigação sobre estas temáticas (Buchanan, 2002). Os trabalhos publicados nos últimos anos, são fundamentalmente sobre os problemas de emprego/desemprego, qualificações profissionais, educação, habitação, coesão social e cidadania, dando especial destaque aos imigrantes metropolitanos (Horta, 2002; Malheiros e Ribas-Mateos, 2002; Santinho, 2002; Fonseca, 2005; Fonseca e Malheiros, 2005; Lages *et al.*, 2006), às políticas migratórias (Baganha e Marques, 2001) e às de planeamento urbano (Rebelo, 2006) Poucos são os trabalhos que integram aspectos do ambiente físico (localização da habitação, qualidade da habitação, etc.) e social (redes familiares e culturais, acesso aos serviços de saúde), incluindo os impactes da pobreza e exclusão social na saúde e no acesso aos cuidados

¹ Confere, sobre este assunto: Rosa, Seabra e Santos (2003).

de saúde destas populações (Santana, 2002; Santana, 2005; Santinho, 2005; Fonseca e Malheiros, 2005).

Em Portugal, a saúde e o acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes, apesar de ser uma preocupação de políticos e de prestadores de serviços de saúde, apenas nos últimos anos tem sido objecto de trabalhos científicos (Gardete, 1992; Rifés, 2003; Dias *et al.*, 2004; Freitas, 2005; Hardling *et al.*, 2006a; Hardling *et al.*, 2006b; Sousa, 2006; De Freitas, 2006). Em 1998, é conhecido um estudo (Carballo *et al.*, 1998) que alerta para as relações entre as condições de vida (habitação, emprego, acesso aos serviços de saúde, etc.) e os principais problemas de saúde dos imigrantes, com destaque para a área materna e infantil. Em 2006, De Freitas revela também as dificuldades a que estão sujeitos os imigrantes no acesso e utilização dos serviços de saúde e as consequências que daí advêm. Essa é também a opinião de investigadores que têm estudado a saúde dos filhos dos imigrantes (Harding *et al.*, 2006a; Harding *et al.*, 2006b) ou o impacto do acesso e utilização dos serviços de saúde na saúde dos imigrantes, concretamente durante a gravidez (Lück *et al.*, 1999). Estes trabalhos mostram que os aspectos económicos – falta de recursos económicos, falta de informação, más condições de habitabilidade – associados às dificuldades de acesso aos serviços, ampliados pela não legalização e pela dificuldade de comunicação com os profissionais de saúde pela barreira linguística, deixam os imigrantes em situação de grande vulnerabilidade, nomeadamente quanto à patologia infecciosa.

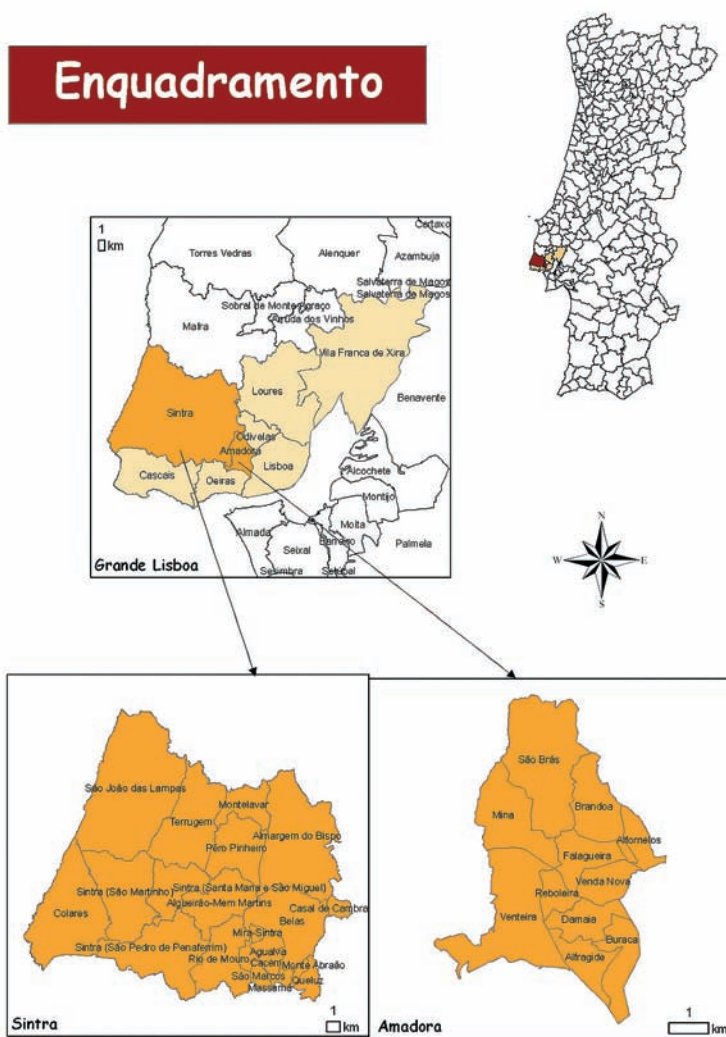
As mães imigrantes e as crianças são particularmente vulneráveis, sendo as consequências visíveis não só a curto (mortalidade perinatal, infantil, incidência de doenças infecciosas, etc.) como a médio e longo prazo. Refira-se, concretamente, o baixo peso dos recém-nascidos (RN) e as consequências na vida adulta. Sobre esta temática, foi publicado um estudo elaborado a partir de informações dos RN do Hospital Fernando Fonseca (Harding *et al.*, 2006a), que revela a influência determinante de factores biológicos e comportamentais (consumo de tabaco, por exemplo) nas diferenças de peso de RN com tempo de gestação completo. Os RN com tempo gestacional completo, filhos de imigrantes africanos de 1ª geração, apresentam pesos superiores aos de 2ª geração, e superiores até

aos dos portugueses. Estas diferenças atenuam-se, deixando de ser significativas, quando se controlam a paridade, idade materna e idade gestacional. Os autores concluem também que o risco de RN de muito baixo peso é mais elevado nas imigrantes africanas do que nas portuguesas.

Um estudo efectuado com base em todos os nascimentos registados em Portugal entre 1995 e 2002 (Harding *et al.*, 2006b), revela que, contrariamente ao que acontece com as mães portuguesas – declínio de nascimentos antes dos 20 anos – as mães africanas revelam um aumento de nascimentos em idade jo vem e muito jo vem. Por outro lado, ao longo do período considerado, as mães portuguesas caracterizam-se pelo aumento da escolaridade e do emprego em ocupações não manuais, em oposição ao verificado nas mães africanas. Também para estes dois grupos, e ao longo dos oito anos de observações, verificou-se ser o grupo dos africanos a registarem os valores percentuais mais altos de RN pré-termo de baixo peso. Para ambos os grupos estudados (africanos e portugueses) o peso dos RN diminuiu entre 1995 e 2002, sendo a variação muito semelhante em ambos os grupos. Todavia, os factores que determinam essas variações são diferentes para cada grupo, concluindo-se que apenas um factor – a vantagem socioeconómica (escolaridade e ocupação manual) – tem uma influência significativa e somente para os RN de mães africanas. O estudo conclui que, apesar de existirem variações no peso dos RN entre os grupos estudados, elas não são tão marcadas como as verificadas noutros países, de que é exemplo o Reino Unido, onde o peso dos RN é significativamente mais baixo nos imigrantes. Os autores sugerem que este facto poderá estar relacionado mais com as características ambientais do que com as genéticas.

1.3. Na Grande Lisboa: destaque para os concelhos de Amadora e Sintra

No Recenseamento da População de 2001 contaram-se 220.840 indivíduos com nacionalidade estrangeira, não incluindo os 11.777 com mais do que uma nacionalidade, e 632.208 com naturalidade estrangeira (anexo estatístico: quadro D).



Fonte: CAOP

Figura 1 – Enquadramento geográfico das áreas de estudos: concelhos de Amadora e Sintra, integrados na Grande Lisboa

A Grande Lisboa (GL) foi uma das áreas de mais forte atracção de imigrantes no país, e continua a sê-lo nos últimos anos (quadro 1, 2; figuras 1, 2, 3).

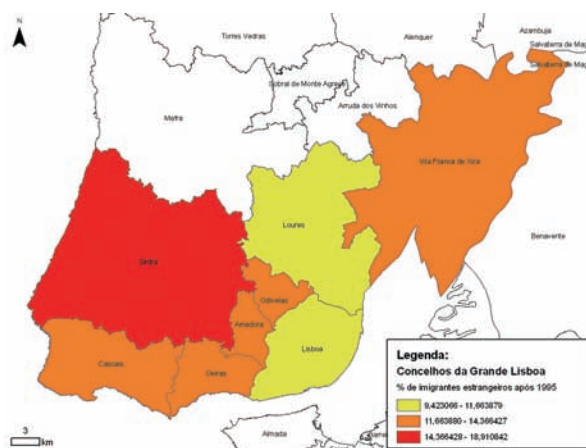
Os concelhos de Amadora e Sintra destacam-se na GL registando, em conjunto, cerca de 37% do total de residentes com nacionalidade estrangeira da NUT III onde se integram (INE, 2001) (quadro 1). Em ambos os concelhos, a percentagem de população residente com nacionalidade estrangeira relativamente à população total residente é elevada (7,1% na Amadora e 6,5% em Sintra, valores superiores ao apresentado pela GL).

Quadro 1 – Naturalidade e Nacionalidade², 2001

	População residente	Nacionalidade Estrangeira	Naturalidade Fora do Concelho		Naturalidade Estrangeiro	
	Total	Total	% *	Total	% *	Total
N1 – Portugal Continental	9869343	220840	2,2			632208
N3 – Grande Lisboa	1892903	97496	5,2	915796	48,4	219722
CC – Amadora	175872	12511	7,1	96343	54,8	22494
CC – Sintra	363749	23470	6,5	184839	50,8	49302

Nota: os valores relativos às freguesias encontram-se no quadro A no anexo estatístico.

Fonte: INE, Portugal: Censos 2001



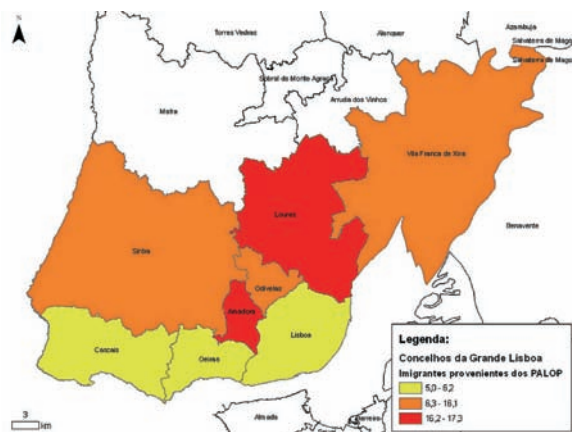
Fonte: Elaborado a partir de dados do INE, Portugal: Censos 2001

Figura 2 – Valor percentual de Imigrantes provenientes do estrangeiro (relativamente a 1995/12/31) por concelho de residência habitual em 2001/03/12

² Valor percentual na população residente das áreas em estudo.

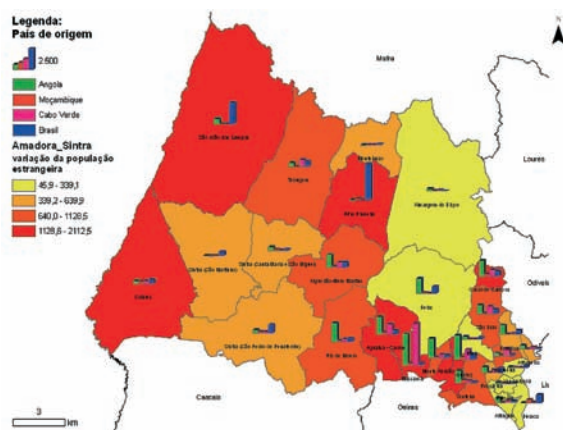
Entre os imigrantes, considera-se que o grupo mais vulnerável é constituído pela população proveniente do estrangeiro que chegou a Portugal nos últimos anos. O INE regista a população que entrou entre 1995 e 2001, de acordo com o levantamento efectuado no Censo (figura 2). Verifica-se que na Amadora 3,4% desta população é natural do Brasil (757 indivíduos) e 17,3% (3.864 indivíduos) dos PALOP (anexo estatístico: quadro B; figura 3). No concelho de Sintra o fenómeno tem ainda maior expressão, quando considerado em termos absolutos: os números revelam a forte atracção de imigrantes, quer internos, provenientes de outros concelhos do País (54.149), quer provenientes do estrangeiro (PALOP: 8.193; Brasil: 1.668). Acresce que ambos os concelhos tinham já registado variações positivas de população estrangeira entre 1991 e 2001, justificadas essencialmente pela entrada de população oriunda do Brasil, Angola e Cabo-verde (figura 4).

Na Amadora, a população residente oriunda do continente africano ascende aos 83,5% do total de estrangeiros residentes no concelho, sendo essa percentagem de 77,9% em Sintra, valores muito superiores aos registados no Continente (46,4%) (anexo estatístico: quadro E). Por outro lado, verifica-se a tendência para a concentração de determinados imigrantes em determinados espaços, ou seja, evidencia-se alguma diferenciação e segregação espacial dos imigrantes de acordo com o país de origem. Na Amadora, por exemplo, predominam os Angolanos e os Brasileiros na freguesia de S. Brás, os Cabo-verdianos na Buraca e os Moçambicanos na Mina. A concentração de indivíduos provenientes da mesma origem geográfica, num mesmo espaço de acolhimento (freguesia/bairro), resulta da necessidade dos recém-chegados ultrapassarem os desafios que se lhes colocam. Em alguns casos, os novos imigrantes procuram familiares que já se instalaram na Amadora (Pereira *et al.*, 1999).



Fonte: Elaborado a partir de dados do INE, Portugal: Censos 2001

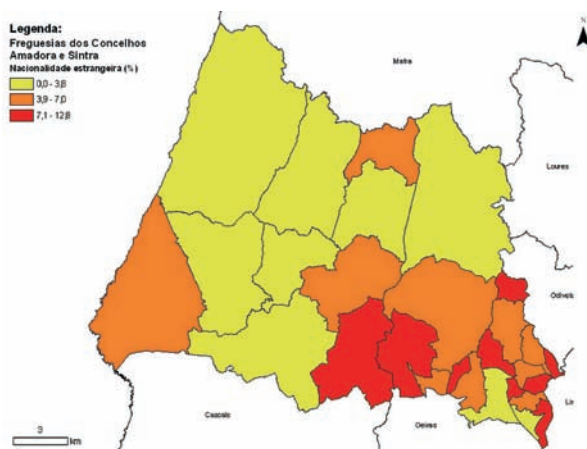
Figura 3 – População Residente, segundo a proveniência geográfica – PALOP (relativamente a 95/12/31), por concelho de residência habitual em 2001/03/12



Fonte: Elaborado a partir de dados do INE, Portugal: Censos 2001

Figura 4 – Variação (número de indivíduos) da População Estrangeira por países de origem entre 1991 e 2001, nas freguesias de Amadora e Sintra

Analisando e comparando nacionalidades e naturalidades, verifica-se que o número de indivíduos com naturalidade estrangeira é superior ao número de indivíduos com nacionalidade estrangeira; embora a sua distribuição geográfica seja semelhante (quadro 1; anexo estatístico: quadro A; figura 5).



Fonte: Elaborado a partir de dados do INE, Portugal: Censos 2001

Figura 5 – População com Nacionalidade Estrangeira por Freguesia (* valor percentual na população residente), 2001

Por outro lado verifica-se ainda o facto de existir em indivíduos com mais do que uma nacionalidade, à semelhança do já reportado para a população residente no País. A Grande Lisboa regista um número de 97.496 indivíduos de nacionalidade não portuguesa, acrescido de 29.628 indivíduos com mais de uma nacionalidade; na Amadora 12.551 indivíduos têm nacionalidade não portuguesa e mais 2.580 indivíduos têm mais de uma nacionalidade; em Sintra, 23.470 indivíduos têm nacionalidade estrangeira, existindo mais 26.071 indivíduos com mais de uma nacionalidade.

No concelho da Amadora, destacam-se as freguesias de Venda Nova, Alfovelos, Mina e Buraca, pelas elevadas percentagens de indivíduos estrangeiros em relação à população residente (nacionalidade e naturalidade). No concelho de Sintra, destaque para Monte Abraão, Rio de Mouro e Agualva-Cacém (conforme quadro em Anexo).

Quadro 2 – População de nacionalidade estrangeira por países de origem em 1991 e 2001 (Portugal Continental, Grande Lisboa, Amadora, Sintra e respectivas freguesias)

Unidade Geográfica	Nacionalidade	1991			2001			Variação 1991-2001	
		Total	H	M	Total	H	M	Nº	(%)
NUT I Continente	Total	59936	29428	30508	220840	119794	101046	160904	268,5
	Angola	9197	4146	5051	36808	18715	18093	27611	300,2
	Moçambique	3106	1417	1689	4634	2198	2436	1528	49,2
	Cabo Verde	15617	8500	7117	32907	16807	16100	17290	110,7
	Brasil	13129	6166	6963	31292	16622	14670	18163	138,3
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	115199	65452	49747	n.a.	n.a.
NUT III Grande Lisboa	Total	21864	10999	10865	99304	53586	45718	77440	354,2
	Angola	3866	1827	2039	21753	11285	10468	17887	462,7
	Moçambique	1605	744	861	2155	1008	1147	550	34,3
	Cabo Verde	10789	5804	4985	21990	10961	11029	11201	103,8
	Brasil	3825	1804	2021	12215	6563	5652	8390	219,3
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	41191	23769	17422	n.a.	n.a.
CC Amadora	Total	3971	2084	1887	12511	6841	5670	8540	215,1
	Angola	531	250	281	2483	1344	1139	1952	367,6
	Moçambique	146	70	76	203	101	102	57	39,0
	Cabo Verde	2921	1586	1335	5171	2594	2577	2250	77,0
	Brasil	265	132	133	933	516	417	668	252,1
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	3721	2286	1435	n.a.	n.a.
CC Sintra	Total	1963	988	975	23470	12599	10871	21507	1095,6
	Angola	394	180	214	8019	4192	3827	7625	1935,3
	Moçambique	159	67	92	404	182	222	245	154,1
	Cabo Verde	841	466	375	4843	2413	2430	4002	475,9
	Brasil	390	183	207	2108	1164	944	1718	440,5
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	8096	4648	3448	n.a.	n.a.

Fonte: INE, Portugal: Censos 2001

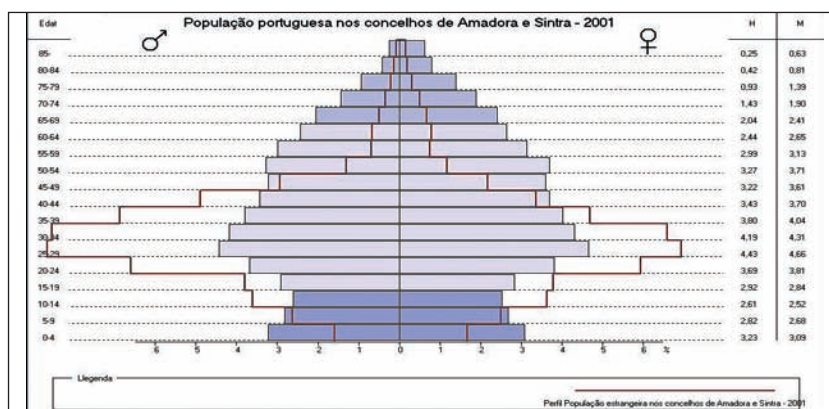
Nota: os valores relativos às freguesias encontram-se no quadro A no anexo estatístico.

n.d.: valor não disponível. Nos Censos de 1991 não foram levantados os dados relativos aos estrangeiros da Alemanha e de Outros Países.

n.a.: não aplicável

Amadora cresceu, fundamentalmente, nos últimos 50 anos, à custa dos movimentos de populações, quer internos – provenientes do interior rural (do norte ao sul) e das Regiões Autónomas –, quer externos – África, Brasil, Europa de Leste. No final dos anos 70 e, principalmente, nos anos 80, registaram-se importantes fluxos migratórios provenientes de países africanos, com especial destaque para ex-colónias portuguesas em África. A imigração cabo-verdiana teve forte expressão nos anos 80 e 90, e ainda tem nos dias de hoje, como se pode observar no Quadro 2.

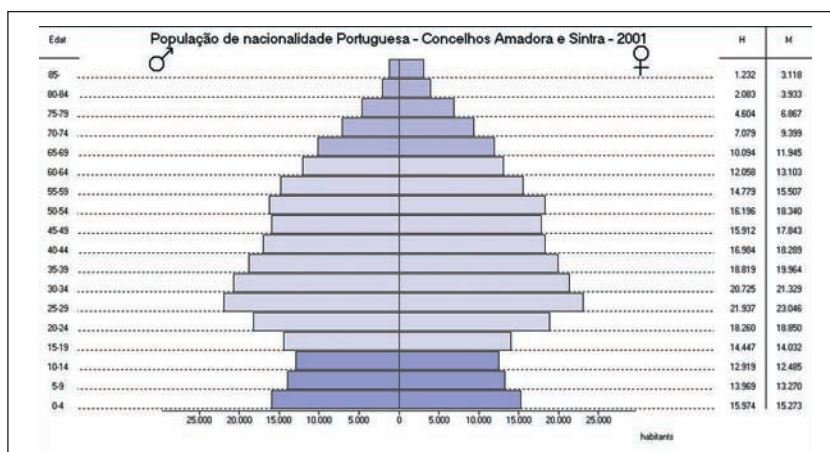
Um dos aspectos paradoxais na Amadora é que a população residente diminuiu entre 1991 e 2001 (-3,2%), mas a de nacionalidade estrangeira aumentou³ (passando de 3.971 para 12.511, o que representa uma variação positiva de 215,1%) (quadro 1, anexo estatístico: quadro C, figura 3). Todas as freguesias revelam variações positivas na década de 90, com especial destaque para S. B. rás, Venteira e Falagueira, onde se verificou uma forte concentração de imigrantes (o aumento na população estrangeira destas 3 freguesias foi de 2431,4%).



Fonte: Elaborado a partir de dados do INE, Portugal: Censos 2001

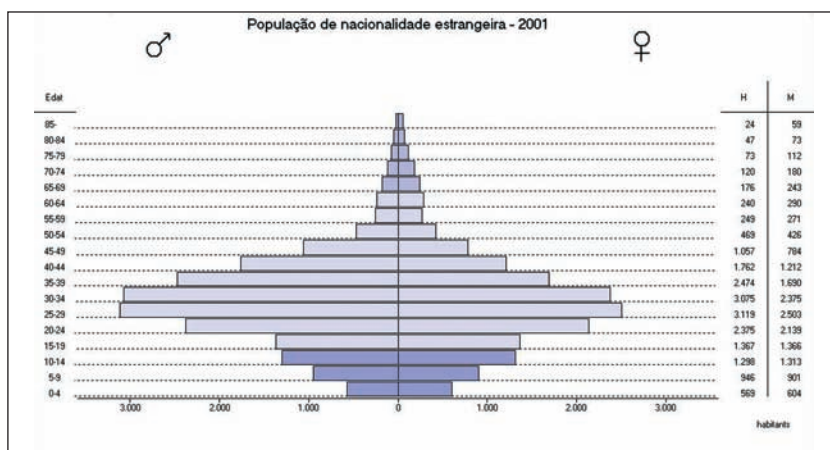
Figura 6 – Pirâmide de Idades (valores relativos) da população de nacionalidade portuguesa e estrangeira residente nos concelhos de Amadora e Sintra, em 2001.

³ “O aumento do número de estrangeiros nos anos 90 pode, porém, estar influenciado pelos três processos de regularização extraordinária de imigrantes (1992, 1996 e 2001)”, Diagnóstico Social do concelho da Amadora. Programa Rede Social, CESIS, Novembro 2004.



Fonte: Elaborado a partir de dados do INE, Portugal: Censos 2001

Figura 7 – Pirâmide de Idades (valores absolutos) da população residente nos concelhos de Amadora e Sintra de nacionalidade portuguesa, em 2001



Fonte: Elaborado a partir de dados do INE, Portugal: Censos 2001

Figura 8 – Pirâmide de Idades (valores absolutos) da população residente nos concelhos de Amadora e Sintra de nacionalidade estrangeira, em 2001

Grande parte dos residentes com nacionalidade estrangeira nos concelhos da Amadora e Sintra são jovens e adultos em idade activa (51,6%)

da população estrangeira tem idade compreendida entre os 20 e os 39 anos) (anexo estatístico: quadro D e E). Assim, a estrutura desta população imigrante difere claramente da apresentada pela população portuguesa que reside nesses concelhos (figura 6, 7 e 8).

Mas as diferenças entre estas populações não se limitam à sua estrutura etária. Assim, assinala-se que a população imigrante tem geralmente ocupações menos qualificadas, frequentemente manuais, com maiores riscos ocupacionais e maior insegurança: “a incidência de situação de vulnerabilidade é maior nos imigrantes provenientes dos PALOP e na etnia cigana” (Santana, 2005). Em 1995, 44,9% dos imigrantes com nacionalidade africana eram activos, contra apenas 35% em 2004 (INE, Estatísticas Demográficas, 2004). A diminuição do número de activos pode então apontar para situações de particular vulnerabilidade deste grupo, face a condições económicas de grande fragilidade.

2. A saúde materno-infantil em Portugal

A qualidade de cuidados dispensados à grávida e à criança, expressa nos indicadores de saúde perinatais e infantis, é um parâmetro de desenvolvimento de uma sociedade.

Em Portugal, a evolução da Saúde Materno-Infantil é uma história de sucesso. As taxas de mortalidade materna e neonatal, indicadores demográficos e sociais importantes, registaram uma expressiva baixa de 2,79 e 27,9 por mil para 0,04 e 3,4 por mil, respectivamente, dos anos 60 para a década de 2000 (quadro 3). A mortalidade infantil que atingia o valor de 77,5 por mil em 1960, caiu também progressivamente, sendo em 2005 de 3,5 por mil, o que confirma a evolução positiva das condições de vida e dos cuidados de saúde da população portuguesa (INE, 2006). Portugal é agora o 4º país da UE nesta área.

Estas taxas de mortalidade são indicadores do desenvolvimento de um país e estão relacionadas não só com factores sociais e económicos mas também com a organização dos cuidados médicos e dos recursos disponíveis. Há 3 décadas, Portugal ocupava o último lugar na Europa, o que despertou o interesse político do governo e a vontade de melhorar os cuidados na área materno-infantil.

Quadro 3 – Taxas de mortalidade infantil, neonatal, materna e de 1 aos 4 anos em Portugal em 1960, 1970, 1980, 1990, 2002 e 2005

	1960	1970	1980	1990	2002	2005
TM infantil (por 1000 NV)	77,5	58,0	24,3	11,0	5,1	3,4
TM neonatal (por 1000 NV)	27,9	25,4	15,5	7,0	3,4	2,5
TM pós-neonatal (por 1000 NV)	49,5	32,6	10,3	4,0	2,1	-
TM infantil por malf congénitas (/ 1000 NV)	2,3	3,0	3,9	2,8	1,6*	-
TM infantil trauma de parto (por 1000 NV)	1,95	2,67	0,66	0,10	0,03*	-
TM materna (por 100 000 hab.)	2,79	1,46	0,25	0,09	0,04	0,03
TM de 1 aos 4 anos (por 1000 hab.)	6,91	3,16	1,27	0,68	0,37	0,26

Fonte: INE (dados relativos a 2005) e DGS

Em 1989, a Ministra da Saúde, Leonor Beleza, nomeou a primeira Comissão Nacional de Saúde Materno-infantil, coordenada pelo Dr. Albino Aroso, que elaborou um programa nacional de assistência partilhada à grávida, ao recém-nascido, à criança e ao adolescente, o que condicionou ganhos inequívocos com as taxas de mortalidade perinatal, neonatal e infantil a descer progressivamente, sendo actualmente indicadores que se aproximam dos países europeus mais desenvolvidos (quadro 4).

Desenvolveu-se a rede nacional de Centros de Saúde (CS), os hospitais diferenciaram-se conforme as responsabilidades assistenciais em termos de Apoio Perinatal e de Apoio Perinatal Diferenciado, definiram-se regras de cooperação e complementaridade entre hospitais e CS e criou-se um transporte medicalizado para recém-nascidos de alto risco. Investiu-se na qualificação dos técnicos e na distribuição racional de equipamentos.

Privilegiou-se, ainda, a articulação entre os cuidados primários e hospitalares, por intermédio das Unidades Coordenadoras Funcionais (UCFs), nas vertentes Materna-Neonatal e da Criança e Adolescente.

Portugal é hoje um dos poucos países europeus com verdadeira regionalização de cuidados de saúde perinatais.

Os cuidados de saúde à criança e ao jovem devem ser especializados, centrados na família, em parceria, com continuidade e partilhados; qualquer que seja o nível, primário ou hospitalar, através de um esforço interdisciplinar coordenado (Karen *et al*, 2005).

Quadro 4 – Taxas de mortalidade infantil, neonatal e perinatal – União Europeia, 2004*

Países	Mortalidade infantil(‰)	Mortalidade neonatal(‰)	Mortalidade perinatal(‰)
Portugal	4,0	2,6	4,4
Alemanha	4,1	2,7*	5,8*
Áustria	4,5	2,78	6,1
Bélgica	4,3	4,1 ⁽¹⁹⁹²⁾	7,3 ⁽¹⁹⁹⁷⁾
Dinamarca	4,4	3,2*	4,28
Espanha	3,5	2,7 ⁽²⁰⁰¹⁾	5,5 ⁽¹⁹⁹⁹⁾
Finlândia	3,3	2,1	3,40
França	3,9	2,7*	6,5 ⁽²⁰⁰⁰⁾
Grécia	4,1	2,6	4,9
Holanda	4,1	3,4	6,6
Irlanda	4,9	3,5	8,5*
Itália	4,1	3,0*	4,7*
Luxemburgo	3,9	2,6*	5,3*
Reino Unido	5,1	3,5	6,7
Suécia	3,1	2,2	5,0

Fonte: *2004 e 2003 OECD Health Data 2006, June 2006; WHO/Europe, HFA Database, January 2005;

Nota: O cálculo da mortalidade perinatal utilizado pela OMS é feito com base na idade gestacional dos fetos mortos de 22 e mais semanas.

Os cuidados de saúde primários são prestados no Centro de Saúde (CS) pelo especialista de Medicina Geral e Familiar e pela Enfermeira Coordenadora de Saúde Infantil e há uma percentagem desconhecida de crianças e adolescentes com vigilância de saúde em regime de pediatria privado. Os cuidados hospitalares são prestados quase exclusivamente em hospitais públicos.

A Direcção Geral de Saúde (DGS), através da divisão materno infantil, tem elaborado e divulgado orientações técnicas que constituem boas práticas, acessíveis a todos os profissionais que fazem saúde materna e infantil. O médico de Família e a enfermeira de Saúde Infantil são os responsáveis pelo seguimento normal, segundo os parâmetros definidos pela DGS: Saúde Infantil e Juvenil – Programa Tipo de Actuação, 2002 (www.dgsaude.pt)

que inclui o Plano Nacional de Vacinação, o ensino da alimentação e de uma vida saudável, assim como os episódios de doença aguda.

Os cuidados continuados e centrados na família têm uma dimensão especialmente importante nas crianças de famílias com pobreza e exclusão social ou em situação ilegal como os filhos de imigrantes. A integração e a acessibilidade são as características fundamentais dos cuidados básicos de saúde, praticadas no contexto da família e da comunidade.

A lei portuguesa garante o direito aos cuidados de saúde e educação, o que deve facilitar a atribuição de um médico de família. Se apenas forem permitidos cuidados de urgência com diferentes médicos, o diagnóstico e intervenção de atrasos no desenvolvimento estaturoponderal, psicomotor ou nos casos de doença crónica podem ficar comprometidos.

Quanto à vigilância da gravidez, as consultas pré-natais permitem a identificação de factores de risco e monitorização do bem-estar materno e fetal e intervenção em tempo útil. É durante a gravidez e no primeiro minuto de vida que se decide a qualidade do futuro intelectual e físico da população portuguesa (CNSMI, 1989)

Também nesta área, a DGS emitiu um conjunto de orientações técnicas para a optimização da vigilância da gravidez, estipulando as datas das consultas, os cuidados à grávida e meios de diagnóstico mais adequados. Prevê ainda que todas as grávidas sejam referidas ao hospital às 37 semanas nas gestações normais ou em qualquer idade gestacional, nas de risco ou se for detectada patologia.

3. Cuidados de Saúde nos Concelhos de Amadora e Sintra: a Unidade D

A Unidade de Saúde D é constituída pelo Hospital Fernando Fonseca e pelos 9 Centros de Saúde dos Concelhos de Amadora e Sintra.

3.1. *Hospital Fernando Fonseca*

O Hospital Fernando Fonseca presta cuidados hospitalares à população daqueles concelhos desde 1995. Os Departamentos da Mulher e da

Criança iniciaram assistência na área materno-infantil no dia 1 de Junho de 1996.

O Departamento da Mulher é constituído pelos Serviços de Obstetrícia e Ginecologia e Sala de Partos. Tem 2 enfermarias de puérperas, num total de 43 camas. Os RN estão junto da mãe em rooming-in.

O Departamento da Criança tem três Unidades: Pediatria, Neonatologia e Cirurgia Pediátrica. A sua área funcional divide-se em 4 áreas geográficas: 1. Urgência Pediátrica, com Unidade de Internamento de Curta Duração; 2. Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos; 3. Enfermaria de Pediatria; 4. Consulta Externa e Hospital de Dia Pediátrico.

É um Serviço de Pediatria Geral mas tem pediatras com diferenciação em todas as sub-especialidades pediátricas e, ainda, consultores em Neuropediatria, Cardiologia Pediátrica e Pedopsiquiatria.

A actividade assistencial tem sido crescente, excepto na urgência pediátrica que sofreu um decréscimo a partir de 2000, ano em que, por orientação da ARSLVT, se passaram a aceitar apenas os doentes referenciados do Centro de Saúde ou do médico assistente a partir dos 6 meses de idade (quadro 5).

Também o número de partos tem vindo a cair lentamente devido possivelmente à baixa da natalidade em Portugal que decresceu 1,6% de 2002 para 2003. No mesmo período, na Região de Lisboa, foi registado um aumento de 0,3% mas a abertura de outras maternidades públicas como a Maternidade Magalhães Coutinho e privadas como a do Hospital CUF-Descobertas aumentou a dispersão dos partos.

Quadro 5 – Movimento assistencial do Departamento da Criança do HFF – 1997-2005

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Consulta	8805	10188	12681	14172	16724	17844	21058	21094	21976	147062
Urgência pediátrica	78395	84406	82812	63885	66964	68644	65068	55353	56949	658411
Internamento										
– Enfermaria	2422	2521	2326	2430	2647	2539	2306	2405	2676	23281
– UCIENP	738	820	714	887	911	927	873	796	844	7822
Nascimentos										
– Nados-Vivos	4917	5463	5576	5886	5475	5185	4769	4378	4296	48328

Fonte: Serviço de Estatística HFF 2006

3.2. Centros de Saúde

Os cuidados de saúde primários são prestados nos 3 CS do Concelho da Amadora (Amadora, Reboleira e Venda Nova) e nos 6 CS do Concelho de Sintra (Algueirão, Cacém, Pero Pinheiro, Queluz, Rio de Mouro e Sintra). Existem ainda 14 extensões.

Os indicadores dos Centros de Saúde da Unidade D relativos a 2004 estão representados no quadro 6.

Quadro 6 – Indicadores de saúde infantil nos 9 Centros de Saúde da Unidade D – 2004

Frequentadores dos CS	Unidade D	ARSLVT
Inscritos		
< 15 anos de idade	100507	4948
<1 ano de idade	333891	20249
Consultas Saúde Infantil		
Primeira		
< 15 dias de vida	15,5%	20,2%
< 3 meses	75,2%	74,1
Nº médio aos 12 meses		
Vigilância	3,5	3,7
Doença	1,9	1,6

Fonte: INE; DAT/ Estatística da Sub Região de Saúde de Lisboa 2005

O conceito actual de cuidados de saúde primários (CSP) define-os como cuidados essenciais e universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, tendo por vocação tratar dos principais problemas de saúde dessa comunidade e englobando acções de promoção da saúde, prevenção, cuidados curativos e reabilitação. A acessibilidade, a globalidade, a coordenação, a participação comunitária são alguns dos elementos fundamentais dos cuidados de saúde primários (Biscaia *et al*, 2005).

A equidade na prestação de cuidados também deve ser uma característica dos CSP, tendo sido demonstrado o poder de redução das disparidades na saúde, quer nos países desenvolvidos quer nos países em desenvolvimento e, como consequência, a baixa da morbilidade e da mortalidade decorrentes da assimetria das populações (Shi *et al*, 2002; Atun *et al*, 2004).

A Unidade D é assim fundamental na prestação de cuidados a uma população que continua em crescimento, registando-se um aumento da população imigrante das mais variadas origens e acentuando-se as assimetrias pela enorme diversidade social e cultural. No entanto, não tem sido desenvolvida uma investigação científica estruturada sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde e os níveis de saúde que sustentem políticas ajustadas às vulnerabilidades deste grupo. Esse foi o objectivo deste trabalho.

II. Objetivos

1. Objectivo global

A Unidade de Saúde D, constituída pelo Hospital Fernando Fonseca e pelos nove Centros de Saúde da Amadora e Sintra, presta cuidados há dez anos a uma população em crescimento e com características que ainda não foram estudadas de forma consistente.

O objectivo deste estudo foi conhecer a diversidade cultural, social e económica das famílias, o local onde vivem e como vivem e avaliar a utilização dos serviços, na saúde e na doença, nos primeiros meses de vida dos filhos.

O conhecimento das características particulares das famílias, onde se inclui a acessibilidade e utilização dos Serviços de Saúde, permitirá que os serviços se reorganizem, de forma a dar respostas mais efectivas às necessidades e aos problemas da saúde, suportando também o planeamento e execução de modelos de intervenção que culminem numa integração de sucesso na sociedade do século XXI.

2. Objectivos Específicos

- 2.1 *Definir a prevalência dos filhos de imigrantes dos Concelhos de Amadora e Sintra, nascidos e admitidos na sala de partos no Hospital Fernando Fonseca;*
- 2.2 *Analisar as famílias quanto ao país de origem, integração e utilização dos Serviços de Saúde;*
- 2.3 *Avaliar a período perinatal e os primeiros meses de vida quanto à:*
 - 2.3.1 Morbilidade
 - 2.3.2 Mortalidade
- 2.4 *Relacionar as características do contexto físico e social com a saúde/doença e a frequência na utilização dos serviços de saúde, nos nascidos no período de estudo no Concelho da Amadora.*

III. Metodologia da investigação

1. Tipo de estudo

Estudo de *coorte*.

2. Localização

O projecto tem uma implantação geográfica bem definida, limitada aos concelhos da Amadora e Sintra.

3. Instituições envolvidas

- A. Unidade de Saúde D
Hospital Fernando Fonseca
Centros de Saúde dos Concelhos da Amadora (Amadora, Reboleira e Venda Nova) e Sintra (Algueirão, Cacém, Queluz, Póvoa do Varzim, Rio de Mouro e Sintra)
- B. Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Coimbra

4. População-alvo e amostras

A população estudada é constituída pelos 1989 RN cujo nascimento ou admissão na sala de partos ocorreu no Hospital Fernando Fonseca, de 1 de Dezembro de 2005 a 31 de Maio de 2006. Os nascimentos ocorridos no período de estudo foram classificados segundo o país de origem e de ascendência dos pais. Foram excluídos 25 nados-vivos por falta de dados determinantes. Houve 18 gestações gemelares pelo que os 1964 RN estudados correspondem a 1946 famílias.

Foram constituídas duas amostras: grupo de estudo – filhos de imigrantes – e grupo controlo – filhos de portugueses.

4.1. Grupo de Estudo

O grupo de estudo é constituído pelos 838 nados-vivos e 5 nados-mortos cujo pai ou mãe é residente em Portugal mas não tem nacionalidade portuguesa.

4.2. Grupo de Controlo

O grupo de controlo é constituído pelos 1116 nados-vivos e 5 nados-mortos cujos pais são de nacionalidade portuguesa.

4.3. Características em estudo

Pretendeu conhecer-se a prevalência e variação de um conjunto de características consideradas relevantes face aos objectivos enunciados.

Nos dois grupos – filhos de imigrantes e filhos de portugueses:

- Número e percentagem de nascimentos global
- Por ascendência
- Pelo país de nacionalidade da mãe ou pai
- Pelo país de origem dos avós maternos e paternos
- Mortalidade perinatal e infantil
- RN: gemelaridade, prematuridade e baixo-peso, peso, comprimento e perímetro cefálico
- Gravidez e parto: vigilância e local, diagnóstico pré-natal ecográfico, doença materna, serologias do III trimestre, tipo de parto
- Famílias: Tipo de família e de habitação, coabitantes e fumadores
- Progenitores: idade, escolaridade, profissão, emprego, estado civil, paridade, doença crónica materna e hábitos tóxicos
- Utilização dos serviços do HFF
- Consultas e Exames: frequência e tipos de consultas por especialidade e sub-especialidade
- Urgência: frequência, idades das crianças, períodos de utilização e patologias
- Internamento: proveniência, local de internamento, diagnósticos, factores de risco individuais, sociais e parentais

No grupo de filhos de imigrantes:

- Vigilância de saúde no Centro de Saúde: motivo e idade da primeira utilização, atribuição de médico, consultas de enfermagem, idade da primeira consulta de saúde infantil, duração da amamentação e cumprimento do Plano Nacional de Vacinação.

5. Recolha e tratamento da informação: Instrumentos e técnicas de análise

5.1. *Instrumentos*

Foram elaborados e aplicados quatro inquéritos complementares, com vista à prossecução dos objectivos do estudo. Todos os inquéritos eram fechados⁴, com perguntas de resposta simples, efectuadas durante os vários actos clínicos e registadas pelo entrevistador. O objectivo era a obtenção de dados clínicos fiáveis, reduzindo ao máximo dificuldades relacionadas com a compreensão da língua.

5.1.1. Inquéritos aplicados no Hospital Fernando Fonseca

- Inquérito Perinatal (**Inquérito I**), destinado a registar todos os nados-vivos e nados-mortos no Hospital Fernando Fonseca, entre 1-12-2005 e 31-5-2006 (anexo 1). Nas 48h após o parto, aquando da primeira observação do recém-nascido ou no momento da alta, o Inquérito Perinatal foi dirigido à puérpera por alunos do 6º ano da Faculdade de Medicina de Lisboa, internos do Ano Comum, do Internato Complementar de Pediatria, de Medicina Geral e Familiar e Especialistas de Pediatria. Os inquéritos foram depois completados com os dados constantes do processo de Obstetrícia e Neonatologia (anexo 1).
- Inquérito na Consulta e Urgência Hospitalar (**Inquérito II**), destinado a todas as crianças nascidas no Hospital Fernando da Fonseca a partir de 1-12-05; a quem foi marcada consulta ou que tiveram um episódio de urgência nesse hospital até 31 de Agosto de 2006. Este inquérito foi dirigido ao acompanhante da criança por enfermeira, médico e/ou auxiliar de acção médica (anexo 1).
- Foi ainda aplicado inquérito (**Inquérito III**) destinado às mães, sobre atitudes face ao cuidar e crianças maternas. Este inquérito foi dirigido a mães na sala de espera da consulta de pediatria pelas psicólogas (anexo 1).

⁴ Excepção para o inquérito III que incluiu 3 questões de resposta aberta sobre crenças maternas.

- Os resultados foram completados com os dados do Serviço de Estatística do HFF, que utiliza o programa Hosix, Cobol.

5.1.2. Inquéritos aplicados nos Centros de Saúde

- Inquérito nos Centros de Saúde de Amadora, Queluz, Pero Pinheiro, Reboleira, Rio de Mouro, Sintra e Venda Nova (Inquérito IV), destinado a crianças oriundas de famílias de imigrantes, nascidas no hospital Fernando Fonseca entre 1-12-2005 e 31-05-2006, que procuraram a consulta dos centros de saúde entre os primeiros três e seis meses de vida. Este Inquérito foi dirigido ao acompanhante da criança, pela enfermeira de saúde infantil após aprovação pelo Director do Centro de Saúde (anexo 1). Posteriormente, foi pedido aos mesmos profissionais o preenchimento de uma grelha com a actualização dos dados (anexo 1).

5.1.3. Recolha de informação no Internamento

Foram identificados e analisados todos os processos clínicos relativos aos episódios de internamento das crianças da amostra (RN de 1 de Dezembro de 2005 a 31 de Agosto de 2006), com o apoio do Serviço de Estatística e do Arquivo do HFF.

5.2. *Características gerais dos inquéritos*

A especificidade das características a avaliar em cada momento do estudo conduziram à elaboração de questionários distintos.

O **inquérito I** foi organizado em quatro partes: a) na primeira pretendia-se recolher um conjunto de informações relacionadas com a mãe do recém-nascido – idade, país de origem, profissão, escolaridade, situação no mercado de trabalho, consumo de tabaco, álcool e outras dependências, tipologia familiar, tipo de habitação, estado civil, doenças, informações relativas a gestações anteriores, etc.; b) a segunda recolhia um conjunto de informações relativas ao pai do recém-nascido – idade, país de origem, profissão, escolaridade e situação no mercado de trabalho, consumo de tabaco, álcool e outras dependências, etc.; c) a terceira parte diri-

gia-se especificamente a circunstâncias relativas à gravidez actual – aumento de peso, tipo, local e continuidade da vigilância médica, análises sorológicas efectuadas, diagnósticos ecográficos, etc.; d) a última parte destinava-se a recolher informação sobre o recém-nascido – sexo, peso, comprimento, perímetro cefálico, idade gestacional, tipo de parto, problemas médicos, unidades de internamento e data da alta.

O **inquérito II** destinava-se a recolher um conjunto de informação ainda relativa às crianças e progenitores e aos serviços utilizados: a) ascendência dos pais do RN; b) País de origem dos pais e avós; c) frequência das consultas e exames e tipo de consulta por especialidade; d) episódios de urgência, idade, período do dia, patologias.

O **inquérito III** teve como base o Childbearing Attitudes Questionnaire (CAQ; Ruble, Brooks-Gunn, Fleming, Fitzmaurice, Stangor & Deutsch, 1990) – versão pós-parto, procurando-se obter informação relativa a: a) preocupações; b) auto-confiança; c) relacionamento conjugal e com a mãe; d) imagem corporal; e) identificação com a gravidez; f) atitude face à amamentação; g) aspectos negativos do cuidar; h) sentimentos de dependência; i) fadiga social e procura de informação. Para além destas foram ainda incluídas três questões de resposta aberta sobre crenças maternas.

O **inquérito IV** procurava saber: a) idade e motivo da primeira utilização do centro de saúde; b) idade da primeira consulta médica; c) consultas de enfermagem; d) atribuição de médico de família; e) tempo de amamentação; f) estado vacinal.

5.3. *Técnicas de análise de dados*

A informação recolhida a partir dos inquéritos (anexo 1) e de registos do Hospital Fernando da Fonseca (internamento, por exemplo) permitiu construir uma base de dados única que serviu de suporte às análises efectuadas neste estudo.

O tratamento dos dados foi realizado com o auxílio do software de análise estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) – versão 14 e WinRATS-32 5.10⁵.

⁵ WinRATS (Regression Analysis of Time Series) software package.

A informação recolhida nos inquéritos foi organizada e analisada para a totalidade da amostra, o que permitiu caracterizar os agregados familiares, a gravidez e o parto e ainda as características fundamentais dos 1964 RN. Cada grupo em estudo (grupo de estudo – filhos de imigrantes – e grupo de controlo – filhos de portugueses) foi posteriormente submetido a uma análise mais detalhada, que possibilitou a comparação das características particulares de cada grupo. As diferenças entre as proporções observadas em cada grupo foram testadas, considerando-se como hipótese nula (H_0) os grupos terem sido extraídos de uma mesma população. Uma vez que o número de indivíduos em cada grupo é superior a 30 e que os grupos são independentes entre si, a distribuição amostral da diferença de proporções segue, quando H_0 for verdadeira, a distribuição normal. Utilizou-se, assim, a variável padrão (z), como estatística de teste (Guimarães *et al*, 1997).

Para averiguar se a dispersão de valores era diferente num e noutr o grupo (para as variáveis idade e escolaridade da mãe e do pai e variáveis peso, comprimento e perímetro cefálico do recém-nascido) efectuou-se um teste à razão das variâncias. Como hipótese nula considerou-se a razão igual à unidade. Quando esta hipótese é verdadeira, a estatística de teste (razão das variâncias amostrais) tem distribuição $F_{m-1, n-1}$, em que m e n representam o número de elementos no grupo 1 e 2, respectivamente. Para concluir quanto à significância estatística da diferença entre as médias obtidas em cada grupo, estabeleceu-se como hipótese nula a igualdade entre valores esperados, nas populações de onde os grupos foram extraídos. Os pressupostos e o procedimento são semelhantes aos do teste para a diferença entre proporções, já referido acima.

Para testar a qualidade de ajuste entre a função distribuição amostral (variáveis idade da mãe e idade do pai) e a função distribuição normal, com parâmetros estimados a partir das amostras, utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov, com a correcção de Lilliefors.

Adoptou-se o nível de significância de 5%, em todos os testes. Indicou-se também o valor p , no caso de rejeição de H_0 , por este valor ser uma medida do grau com que os dados amostrais contrariam a hipótese nula.

Pretendendo avaliar o impacto de situações de privação material na saúde das famílias, e partindo do pressuposto que a avaliação da privação com base

em indicadores simples – como a taxa de desemprego ou o nível de instrução – pode não revelar o carácter multidimensional da privação, calculou-se um indicador compósito de privação sociomaterial, relativo às famílias.

As variáveis utilizadas no cálculo dos indicadores são relativas a: 1. ocupação (percentagem de pais ou mães em profissões não qualificadas); 2. escolaridade (percentagem de pais ou mães com quatro ou menos anos de escolaridade); 3. condições da habitação (percentagem de mães que residem em habitações precárias, incluindo barracas).

O procedimento estatístico utilizado na elaboração dos indicadores compostos de privação material seguiu os passos fundamentais de cálculo do índice de privação já utilizado em trabalhos anteriores (Nogueira e Santana, 2005):

1. Normalização das variáveis: estandardização da distribuição com a finalidade de obter uma nova distribuição de média 0 (zero) e variância 1 (um)⁶. Este procedimento permite transformar as variáveis utilizadas num outro conjunto de variáveis normalizadas, expressas numa mesma unidade, o desvio-padrão; controlar a relativa contribuição de cada variável no indicador.
2. Soma das variáveis normalizadas e obtenção do indicador de privação material.

De forma a analisar os factores que mais contribuem para o internamento dos RN vindos da sala de partos nas Unidades de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais (UCIEN) ou das crianças vindas do exterior, na enfermaria de Pediatria ou Unidades de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos (UCIEP), foram elaborados três modelos, um relativo aos internados à nascença, outro relativo às crianças internadas posteriormente e um outro relativo a todas as crianças internadas.

Dado que a variável de internamento é uma variável categórica e dicotómica utilizou-se o modelo de regressão logística, que possibilita medir a influência que cada característica tem na probabilidade de internamento.

⁶ A média e o desvio-padrão utilizados no processo de estandardização foram calculados a partir dos valores apresentados pelas 216 freguesias da Área Metropolitana de Lisboa.

As características consideradas foram 1. sexo (masculino *versus* feminino); 2. idade de gestação (por semana); 3. baixo peso (RN com peso <2500g *versus* RN com peso ≥2500g); 4. Gemelaridade (RN com gémeos); 5. mãe em idade de risco (variável muda que controla o facto da mãe ter uma idade inferior a 20 ou superior a 40); 6. paridade (variável muda que controla o facto de não ser o primeiro parto); 7. Número de coabitantes fumadores (variável muda que controla a coabitação com fumadores, através do par de variáveis fumadores *versus* não fumadores; desconhecido *versus* não fumadores); 8. Escolaridade (variável muda que controla o efeito da baixa escolaridade, através do par de variáveis pai ou mãe com 4 anos ou menos de escolaridade *versus* pai e mãe com mais de 4 anos de escolaridade; escolaridade dos pais omissa *versus* pai e mãe com mais de 4 anos de escolaridade).

5.4. Sistema de Informação Geográfica das famílias dos Recém-Nascidos

A metodologia utilizada na implementação do sistema de informação geográfica (SIG) das famílias centrava-se na geocodificação das moradas dos pais⁷ dos RN e no cruzamento desta informação com outra relativa à localização de equipamentos de saúde e outras características do meio envolvente. Dada a morosidade deste procedimento, o SIG foi elaborado unicamente para o concelho da Amadora, que se assumiu como um estudo de caso. Recorreu-se a ferramentas Access e ArcGIS 9.1 da ESRI. Neste último foram utilizadas sobretudo três extensões:

- Editor: extensão utilizada para criação e edição do tema rede viária;
- Geocoding: localização das famílias, tendo por base a rede viária e uma tabela com a morada padronizada dos mesmos;
- Network Analyst: criação da rede e posterior análise ao nível das distâncias e tempos.

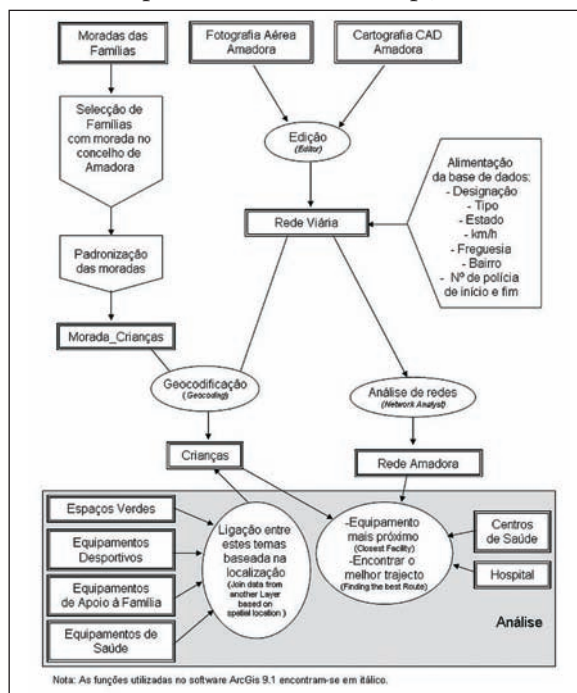
Tendo por base a fotografia aérea – visualização – e a cartografia em formato CAD – limite do edificado e identificação do nome das ruas – foi criado o tema da rede viária (Figura 9). Este foi posteriormente alimentado com informação considerada fundamental ao projecto, nomeadamente indicação da freguesia ou bairro a que o eixo pertence. Acrescentou-se

⁷ Conferir 7. Protecção de dados.

ainda indicações relativas à velocidade de circulação permitidas aos veículos (informação padronizada ao nível do tipo e estado da via; sem ter em linha de conta possíveis engarrafamentos).

Para geocodificar as moradas dos pais, definiu-se o número de polícia inicial e final de cada eixo, utilizando a base de dados do Código Postal de Portugal (CTT) e a função de “procura por proximidade” existente no site das páginas amarelas (www.pai.pt/).

As moradas indicadas pelos pais nas fichas dos equipamentos de saúde a que recorreram e os inquéritos realizados no âmbito deste projecto foram traduzidos em “pontos” identificados no mapa do concelho da Amadora. Para conseguir efectuar a correspondência rede viária – morada das famílias, foi necessário padronizar esta. Esta normalização exigiu a definição de um conjunto de regras, tais como: criação de um campo com o número de polícia; nome da rua escrito por extenso, com excepção dos números, etc.



Fonte: Elaboração Própria.

Figura 9 – Esquema metodológico de implementação do Sistema de Informação Geográfico.

O tema da rede viária, a geocodificação das moradas dos pais e a informação relativa à localização de equipamentos de saúde permitiu a análise das distâncias e da optimização dos equipamentos de saúde.

Os temas criados (a rede viária, localização das crianças, centros de saúde e o próprio hospital) permitem realizar uma série de análises, nomeadamente:

1. avaliar o tempo de deslocação entre a habitação dos pais e o hospital ou o centro de saúde a que pertence;
2. repensar a optimização dos equipamentos de saúde (o centro de saúde que atendeu determinada criança será o mais próximo?).

Procurou-se elaborar um modelo que considerasse a distância das famílias a todos os equipamentos/serviços anteriormente analisados, nomeadamente os espaços verdes, os equipamentos desportivos, as escolas do 1º ciclo, os jardins-de-infância, as creches e os centros de saúde.

A maior relevância destes dois últimos serviços (creches e centros de saúde) nos primeiros meses de vida das crianças conduziu à atribuição de maior peso a estes equipamentos (o dobro do valor de ponderação considerado para os restantes).

Utilizando as classes de distância referidas para cada um dos equipamentos ou serviços, atribuiu-se um valor a cada classe, com mínimo na classe de maior distância ao serviço e máximo na classe de maior proximidade ao serviço (ou seja, o valor aumenta com o aumento da proximidade da família ao serviço). Seguidamente, somando todas as ponderações para cada uma das crianças, obteve-se um score indicativo da qualidade da área de residência, com valores tendencialmente elevados a indicarem áreas de maior qualidade. O quadro 7 apresenta a ponderação dada a cada um dos equipamentos e serviços considerados, em função da distância das famílias.

O score resultante foi posteriormente agrupado em três classes de acessibilidade, constituídas por recurso à média dos valores calculados e a meio desvio-padrão.

Quadro 7 – Ponderação dada a cada uma das classes

– Espaços verdes – Equipamentos desportivos – Escolas do 1º ciclo – Jardins-de-Infância	Classes de Distância (m)	– Creches – Centros de Saúde
8	0-100	16
7	101-500	14
6	501-1000	12
5	1001-1500	10
4	1501-2000	8
3	2001-2500	6
2	2501-3000	4
1	3001-3500	2

Fonte: Elaboração Própria

6. Limitações do estudo

Qualquer estudo que tenha por base informação primária é sujeito a constrangimentos de vária ordem; uns relativos à aplicação do instrumento de recolha de informação; outros relativos à fiabilidade das respostas reportadas pelos próprios ou por quem responde por eles. Foram sentidos estes problemas na realização do trabalho de campo que constitui a base deste estudo. Todavia, alguns foram minorados, ou mesmo ultrapassados, concretamente os que podiam ser validados, quer pelos dados constantes no ficheiro de registo de doentes do HFF, quer através de entrevista telefónica, sempre que era conhecido o contacto da parturiente.

A maior limitação a este estudo, revelada na capacidade de análise da informação recolhida, decorre das lacunas de preenchimento do Inquérito IV, ministrado pelos profissionais dos Centros de Saúde. Dos nove Centros da Unidade D, apenas sete e uma das extensões de outro colaboraram no estudo e somente em três, os inquéritos foram aplicados às famílias imigrantes. O inquérito foi preenchido pela enfermeira coordenadora de

cada CS, não tendo havido acesso aos dados médicos; do que resultaram lacunas e perda de informação.

Considerou-se, por isso, que a informação recolhida corresponderia a um seguimento de uma amostra de crianças filhas de imigrantes, que representa essa mesma população.

7. Protecção dos dados

Devido ao teor dos dados presentes nos inquéritos, foi definida uma série de regras e procedimentos de modo a que nenhuma família possa ser identificada.

Em primeiro lugar foi definido que neste trabalho não iriam ser publicados dados individuais e identificativos. Além disso, a base de dados que contém os números de processos e a morada dos indivíduos, únicos dados que poderão identificar o mesmo, está protegida através de uma *password* conhecida apenas por um responsável de cada instituição envolvida. A restante equipa apenas teve acesso aos dados não identificativos; de modo a proteger o inquirido.

Deste modo estabelece-se um compromisso com a comunidade científica e com os inquiridos de que não será exposta qualquer informação que possa identificar as famílias.

IV. Resultados

1. População de recém-nascidos de Amadora e Sintra

De 1 de Dezembro de 2005 a 31 de Maio de 2006, nasceram ou foram admitidos na sala de partos do Hospital Fernando Fonseca (HFF), no primeiro dia de vida, 1979 nados-vivos e 10 nados-mortos. Os recém-nascidos (RN) admitidos na sala de partos nasceram no domicílio ou na ambulância que fazia o transporte para o hospital.

Estes RN pertencem a famílias residentes no Concelho da Amadora (539) e no Concelho de Sintra (1378), sendo 56 residentes em outros Concelhos.

Identificaram-se, no mesmo período, 726 (27,3%) RN de famílias residentes nos concelhos da Amadora e de Sintra, e portanto da área de influência do HFF, cujo nascimento decorreu no Hospital de Cascais, na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, no Hospital Santa Maria e no Hospital São Francisco Xavier (quadro 8). Não foi possível obter dados das outras maternidades públicas ou privadas da área de Lisboa.

Quadro 8 – Nascimentos nos Concelhos de Amadora e Sintra – 1 de Dezembro de 2005 a 31 de Maio de 2006

	Amadora	Sintra	Total
Hospital Fernando Fonseca	539	1378	1933*
Hospital de Cascais	3	88	91
Hospital São Francisco Xavier	76	165	241
Maternidade Alfredo da Costa	82	165	247
Hospital Santa Maria	42	105	147
Total	758	1901	2659

* Houve ainda 56 nados-vivos no HFF neste período cujos pais residiam em outros concelhos.

Fonte: Serviço de informática do HFF e dos outros hospitais

2. População estudada

2.1. Descrição da amostra

Dos 1989 nascidos e admitidos na sala de partos do Hospital Fernando Fonseca, no período de 1 de Dezembro de 2005 a 31 de Maio de 2006,

foram excluídos 25 recém-nascidos por falta de dados determinantes. A amostra é, assim, constituída por 1964 recém-nascidos a que correspondem 1946 pais e mães, por haver 18 gestações gemelares.

Nos 1964 nascimentos, houve 10 nados-mortos e 1954 nados-vivos (quadro 9). Predominaram os RN do sexo masculino (52,5%), de termo, com peso médio de 3228 gramas. 8,8% dos nascimentos foram prematuros dos quais 1,4% tinham idade gestacional inferior a 32 semanas. 7,7% eram de baixo peso e destes, 1,6% de muito baixo peso.

Faleceram 10 crianças das quais 9 no período neonatal e uma aos 6 meses de idade. A análise da mortalidade foi efectuada separadamente.

Em relação aos pais, verifica-se que a maioria apresenta idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos, sublinhando-se maior juventude nas mães. A média de idades foi de 28,7 anos para as mães e de 31,8 para os pais.

Um número elevado de mães referiu doença crónica, sendo as patologias mais frequentes a hipertensão arterial (57), asma (48), diabetes (42) e doenças hematológicas (33).

A prevalência de consumo de tabaco é bastante maior entre os pais do que entre as mães, atingindo uma proporção de quase 41% para os primeiros e 18% para as segundas. O mesmo se verifica com o consumo de álcool que foi referido como ligeiro a moderado em 45% dos pais.

Quanto à escolaridade, a maioria dos pais e mães possuem entre 9 e 12 anos, seguindo-se a categoria de escolaridade mais baixa (inferior a 9 anos); os licenciados têm claramente um peso inferior na amostra considerada.

Predominam os progenitores com emprego, com valores que atingem os 71% para as mães e quase 96% para os pais.

Relativamente à gravidez, verifica-se que em 7,5% dos casos decorreu sem vigilância. A patologia materna durante a gravidez foi registada em 28,0% das grávidas com maior incidência de hipertensão arterial e diabetes gestacional. Os partos por cesariana atingiram um elevado valor, de 36,9% do total.

Quadro 9 – Características gerais da amostra

Recém-nascidos	N=1964	%		
Nados-vivos	1954			
Nados-mortos	10			
Sexo masculino	1031	52,5		
Gemelaridade	36	1,8		
Prematuridade	173	8,8		
Idade gestacional < 32 SG	28	1,4		
Peso médio $\pm$ DP (gramas)	3228 $\pm$ 565			
Baixo peso (PN <2500g)	151	7,7		
Muito baixo peso (PN <1500g)	32	1,6		
Mortalidade				
Neonatal	9			
Pós-neonatal	1			
Progenitores	Mãe	Pai		
Idade (N=1939 mães; N=1899 pais)				
Idade média $\pm$ DP	28,7 $\pm$ 5,9		31,8 $\pm$ 6,7	
< 20 anos	126	6,5	43	2,3
> 40 anos	46	2,4	186	9,8
Doença crónica da mãe	242	12,4		
Consumos (N=1295 mães; N=1408 pais)				
Tabaco	235	18,1	574	40,8
Álcool	72	5,6	633	45,0
Drogas	7	0,5	6	0,4
Escolaridade (N=1623 mães; N=1454 pais)				
$\leq$ 4 anos de escolaridade	103	6,3	122	8,4
2º ciclo do ensino básico	151	9,3	174	12,0
3º ciclo do ensino básico	529	32,6	434	29,8
Ensino secundário	591	36,4	548	37,7
Licenciados	249	15,3	176	12,1
Empregados (N=1823 mães; N=1864 pais)	1287	70,6	1784	95,7
Gravidez e parto (N=1946)				
Gravidez				
Não vigiada (N=1650)	123	7,5		
Vigiada				
Centro de Saúde	486	25,0		
HFF ou privado	958	49,2		
Patologia materna	545	28,0		
Parto por cesariana	719	36,9		

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

2.2. *Origem e ascendência (grupo étnico) dos pais e avós*

Relativamente à origem dos 1946 pais e mães dos RN, regista-se uma predominância de pais e mães portugueses, embora a percentagem de progenitores imigrantes (pai ou mãe) atinja um valor elevado (43%) (quadro 10). Das 837 famílias de imigrantes, 259 residem no Concelho da Amadora e as restantes no de Sintra.

Quadro 10 – Progenitores: imigrantes e portugueses

	N	%
Mãe e pai portugueses	1109	57,0
Mãe e/ou pai imigrantes	837	43,0
Mãe e pai imigrantes	559	28,7
Mãe ou pai imigrantes	278	14,3
Total	1946	100,0

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

O estudo dos progenitores relativamente à nacionalidade e ascendência (grupo étnico) (quadros 11 a 16), revela que cerca de um terço das mães e/ou dos pais são de origem não europeia. Entre estes, verifica-se uma clara predominância de etnia africana (quadro 11).

Quadro 11 – Ascendência (grupo étnico) dos progenitores (N=1946)

	Mãe		Pai	
Europeia	1329	68,3	1335	69,6
Africana	588	30,2	568	29,2
Asiática	13	0,7	11	0,6
Desconhecido	16	0,8	32	1,6
Total	1946	100,0	1946	100,0

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

A análise da origem dos progenitores não portugueses destaca a importância dos provenientes de África e da América, em oposição ao menor peso dos oriundos de países europeus e asiáticos. Em 0,8% da amostra não foi registado o país de origem do pai (quadro 12).

Quadro 12 – Origem dos progenitores por Continentes (N= 1946)

	Mãe		Pai	
Europa	1330	68,3	1298	67,7
África	473	24,3	519	26,6
América	128	6,6	101	5,2
Ásia	15	0,8	13	0,7
Desconhecido	0	0,0	15	0,8
Total	1946	100,0	1946	100,0

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Uma análise mais detalhada da nacionalidade dos progenitores revela que, entre os imigrantes europeus, predominam os provenientes de Países Europeus Não Comunitários, sobretudo Roménia e Ucrânia e ainda Moldávia, para as mães (quadro 13).

Quadro 13 – País de origem dos progenitores europeus

		Mãe		Pai	
		N=1946	%	N=1931	%
Portugal	Portugal	1251	64,3	1232	63,8
Outros da EU		20	1,0	13	0,7
	França	10	0,5	9	0,5
	Alemanha	6	0,3	1	0,1
	Espanha	3	0,2	3	0,2
	Itália	1	0,1	0	0,0
Países europeus não comunitários		59	3,0	54	2,7
	Roménia	28	1,4	27	1,4
	Ucrânia	8	0,4	12	0,6
	Moldávia	8	0,4	6	0,3
	Croácia	6	0,3	4	0,2
	Rússia	5	0,3	2	0,1
	Kosovo	2	0,1	1	0,1
	Polónia	2	0,1	1	0,1
Total		1330	68,3	1298	67,2

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Relativamente à origem dos progenitores africanos, destaca-se a maior percentagem dos provenientes de Países Lusófonos, principalmente Angola, Cabo Verde e Guiné-Bissau (quadro 14).

Quadro 14 – País de origem dos progenitores africanos

	Mãe		Pai	
	N=1946	%	N=1931	%
Países lusófonos	461	23,7	510	26,4
Angola	166	8,5	195	10,1
Cabo Verde	146	7,5	158	8,2
Guiné-Bissau	99	5,1	105	5,4
S.Tomé e Príncipe	33	1,7	33	1,7
Moçambique	17	0,9	19	1,0
Países não lusófonos	12	0,6	9	0,5
Guiné Conacri	8	0,4	5	0,3
Guiné Equatorial	2	0,1	2	0,1
Senegal	2	0,1	2	0,1
Total	473	24,3	519	26,9

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

A predominância da imigração de países de língua por tuguesa verifica-se também no grupo de progenitores de nacionalidade de países da América, claramente dominado por brasileiros (quadro 15).

Quadro 15 – País de origem dos progenitores americanos

	Mãe		Pai	
	N=1946	%	N=1931	%
Norte	1	0,1	1	0,1
Canadá	1	0,1	0	0,0
EUA	0	0,0	1	0,1
Central	2	0,1	2	0,1
Granada	1	0,1	0	0,0
Cuba	1	0,1	2	0,1
Sul	125	6,4	98	5,1
Brasil	123	6,3	94	4,9
Colômbia	1	0,1	2	0,1
Equador	1	0,1	2	0,1
Total	128	6,6	101	5,2

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

A análise da proveniência dos asiáticos, em menor percentagem na amostra, não revela grande concentração em nenhum país, embora se possa destacar China, Índia e, para as mães, Timor (quadro 16).

Com base nos inquéritos, tornou-se ainda possível obter informação relativa à nacionalidade dos avós dos RN (quadros 17 e 18). Assim, verifica-se, por um lado, uma grande semelhança na proveniência dos avós maternos e paternos; por outro lado, constata-se que a proveniência dos avós segue, grosso modo, a proveniência dos pais.

Quadro 16 – País de origem dos progenitores asiáticos

	Mãe		Pai	
	N=1946	%	N=1931	%
China	5	0,3	5	0,3
Índia	5	0,3	5	0,3
Timor	3	0,2	1	0,1
Filipinas	1	0,1	1	0,1
Paquistão	1	0,1	1	0,1
Total	15	0,8	13	0,7

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Quadro 17 – Origem dos avós maternos por Continentes

	Avó materna		Avô materno	
	N=1916	%	N=1917	%
Europa	1244	64,9	1246	65,0
África	537	28,0	533	27,8
América	123	6,4	125	6,5
Desconhecido	30	1,5	29	1,5
Ásia	12	0,6	13	0,7
Total	1946	100,0	1946	100,0

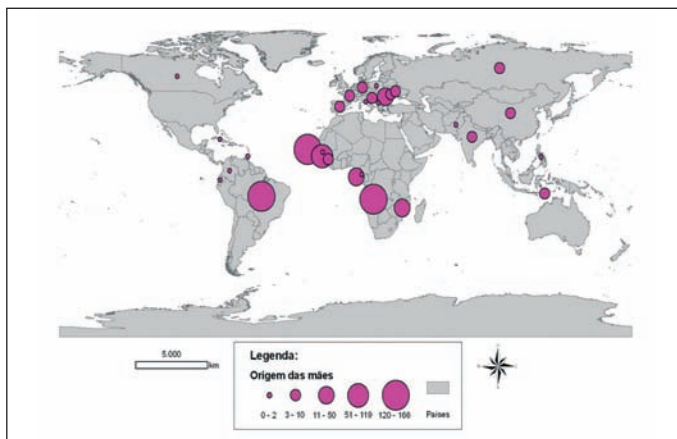
Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Quadro 18 – Origem dos avós paternos por Continentes

	Avó paterna		Avô paterno	
	N=1922	%	N=1922	%
Europa	1258	65,5	1260	65,6
África	558	29,0	555	28,9
América	93	4,8	93	4,8
Ásia	13	0,7	14	0,7
Desconhecido	24	1,2	24	1,2
Total	1946	100,0	1946	100,0

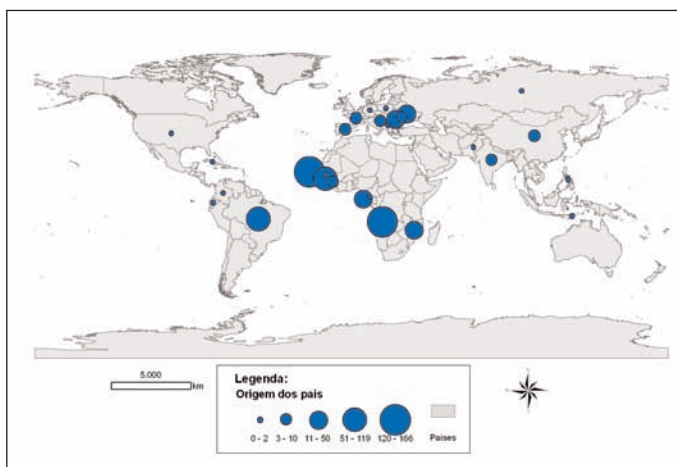
Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Em resumo, pode concluir-se que a área de influência do Hospital Fernando Fonseca se estende a todos os continentes (Figuras 10 e 11).



Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Figura 10 – Proveniência das mães dos Recém-nascidos no HFF entre 1 de Dezembro de 2005 e 31 de Maio de 2006



Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Figura 11 – Proveniência dos pais dos Recém-nascidos no HFF entre 1 de Dezembro de 2005 e 31 de Maio de 2006

Síntese

Características da população estudada (Imigrantes e Portugueses):

1. imigrantes: 43,0%
 - a. predominantemente africanos e brasileiros
2. predomínio de recém-nascidos de termo, com peso médio 3228g
3. prematuridade: 8,8%
4. baixo-peso: 7,7%
5. idade média do pai: 31,8 anos
6. idade média da mãe: 28,7 anos
7. escolaridade semelhante para pais e mães, predominantemente entre 9 a 12 anos
8. pais e mães empregados
9. consumo de tabaco e álcool maior no pai
10. tabagismo materno: 18,1%
11. gravidez sem vigilância: 7,5%
12. gravidez exclusivamente seguida no CS: 25%
13. partos por cesariana: 36,9%
14. mortalidade perinatal: 9,5 por mil
15. maior privação sociomaterial relativamente à média da Área Metropolitana de Lisboa.

3. Constituição e descrição dos grupos: Filhos de imigrantes e Filhos de portugueses

O grupo de estudo – filhos de imigrantes – é constituído por crianças em que, pelo menos, um dos progenitores – pai ou mãe – é de nacionalidade não portuguesa; o grupo de controlo – filhos de portugueses – é constituído por crianças em que ambos os progenitores são de nacionalidade portuguesa.

3.1. *Características gerais dos Recém-nascidos no HFF*

O quadro 19 apresenta as principais características dos dois grupos estudados. Verificam-se algumas diferenças relativamente às características gerais dos recém-nascidos em grupos distintos: a fetomortalidade é maior no grupo de nacionalidade não portuguesa assim como a mortalidade perinatal e a prematuridade; a prevalência de bebés do sexo masculino é maior no grupo de nacionalidade portuguesa.

Quadro 19 – Características gerais dos Recém-nascidos

	Filhos imigrantes		Filhos portugueses		Total	
	N = 843	%	N = 1121	%	N = 1964	%
Nados-vivos	838		1116		1954	
Nados-mortos	5		5		10	
Sexo masculino	430	51,0	601	53,6	1031	52,5
Peso médio±DP	3232±580		3224±553		3228±565	
Comprimento	48,8±2,9		48,5±2,9		48,6±2,9	
Perímetro Cefálico	34,2±1,7		34,1±1,8		34,1±1,8	
Gemelaridade	12	1,4	24	2,1	36	1,8
Prematuridade	84	10,0	89	7,9	173	8,8
– Idade Gestacional <32 SG	15	1,8	13	1,2	28	1,4
Baixo peso (PN <2500g)	63	7,5	88	7,9	151	7,7
– Muito baixo peso (PN <1500g)	15	1,8	17	1,5	32	1,6
Mortalidade						
– Neonatal	5		4		9	
– Pós-neonatal	0		1		1	

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

3.2. *Gravidez e parto*

Em relação ao baixo peso à nascença, verifica-se uma grande semelhança entre os grupos estudados. As diferenças observadas não são estatisticamente significativas. Os pesos mínimo e máximo foram, respectivamente, 550g e 4920g no grupo de imigrantes e 590g e 5695g no grupo dos portugueses.

O quadro 20 resume alguns aspectos relativos à gravidez e ao parto. Analisando os valores apresentados, conclui-se que a maioria das gestações foi vigiada, em ambos os grupos, embora 8,4% tenha sido reportada como

não vigiada no grupo dos imigrantes, considerando-se não vigiada toda a gravidez decorrida com duas ou menos consultas. No grupo dos portugueses, esse valor decresce para 6,8%. Porém, essa diferença não é estatisticamente significativa.

Quadro 20 – Características gerais da gravidez e do parto

	Imigrantes		Portugueses		Total	
Vigilância da gravidez	N=706	%	N=944	%	N=1650	%
não vigiada (até 2 consultas)	59	8,4	64	6,8	123	7,5
vigiada (>=3 consultas)	647	91,6	880	93,2	1527	92,5
Nº de consultas desconhecido	131	15,7	165	14,9	296	15,2
Local da vigilância	N=837	%	N=1109	%	N=1946	%
exclusivamente no CS	244	29,2*	242	21,8*	486	25,0
HFF ou privado	337	40,3**	621	56,0**	958	49,2
Serologias	N=837	%	N=1109	%	N=1946	%
VDRL (positivo)	11	1,3	8	0,7	16	0,8
Hepatite B (positivo)	46	5,5**	8	0,7**	54	2,8
VIH 1 (positivo)	13	1,6***	5	0,5***	18	0,9
VIH 2 (positivo)	1	0,1	1	0,1	2	0,1
Rubéola (não imune)	40	4,8	45	4,1	85	4,4
Toxoplasmose (não imune)	244	29,2*	411	37,1*	655	33,7
Ecografias realizadas	N=777	%	N=1050	%	N=1827	%
Normais	726	93,4	981	93,4	1707	93,4
Patológicas	32	4,1	45	4,3	77	4,2
Desconhecido	60	7,2	59	5,3	119	6,1
Patologias na gravidez	N=837	%	N=1109	%	N=1946	%
Total	256	30,6****	289	26,1****	545	28,0
Hipertensão	69	8,2	73	6,6	142	7,3
Diabetes	54	6,5	64	5,8	118	6,1
Sífilis	11	1,3*****	4	0,4*****	15	0,8
Tuberculose	8	1,0	7	0,6	15	0,8
Strepto B	154	18,4	175	15,8	329	16,9
Toxoplasmose	4	0,5	2	0,2	6	0,3
	N=837	%	N=1109	%	N=1946	%
Internamento na gravidez	73	8,7	76	6,9	149	7,7
	N=837	%	N=1109	%	N=1946	%
Parto por cesariana	328	39,2	391	35,3	719	36,9

* p=0,0002; ** p=0,0000; *** p=0,0119; **** p=0,0277; ***** p=0,0172

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Relativamente ao local de vigilância, verificam-se já diferenças significativas entre os grupos em estudo. De facto, a maioria das mães portuguesas foi seguida no HFF ou pelo médico privado (56%), o que não se verificou para as mães do grupo de estudo, com apenas 40,3% a ser em seguidas no HFF ou médico privado ($p < 0,0001$). Uma variação oposta, e igualmente significativa, é apresentada quando se considera a vigilância exclusiva no CS (29,2% das mães imigrantes e apenas 21,8% das portuguesas; $p < 0,001$). Além disso, registaram-se 30% de imigrantes com menos de 6 consultas pré-natais mas apenas 22% portuguesas, o que foi estatisticamente significativo ($p = 0,0005$).

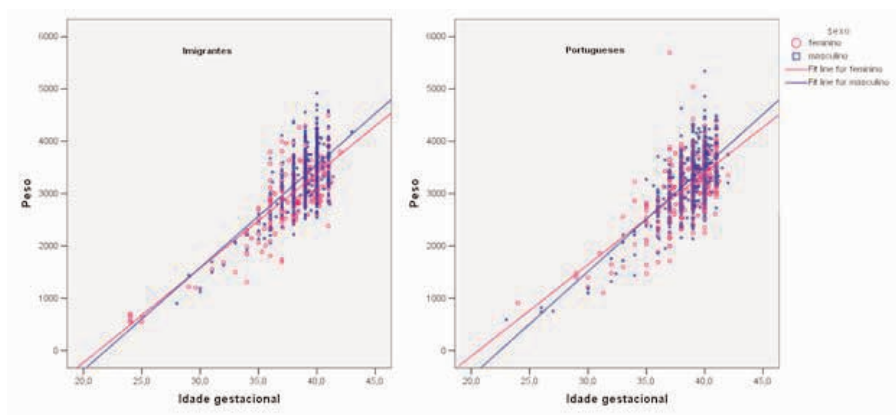
A análise das serologias do 3º trimestre revela a existência de diferenças significativas entre os grupos, nomeadamente, a maior prevalência de casos positivos de Hepatite B entre as mães imigrantes ($p = 0,0001$), com percentagens superiores a 5% e a maior prevalência VIH 1 ($p < 0,05$), que atinge cerca de 1,6% das mães imigrantes, para um valor de 0,5% nas portuguesas. A percentagem de mães não imunes à rubéola atinge ainda valores da ordem dos 4% e é semelhante nos dois grupos.

Relativamente aos exames ecográficos, verifica-se uma grande semelhança entre os dois grupos, com resultados normais para a maioria das mães. Foram encontradas alterações em menos de 5% dos casos, o que foi também semelhante nos dois grupos.

Uma percentagem considerável de mães apresentou patologia na gravidez, destacando-se a maior morbilidade das mães imigrantes (30,6%, contra 26,1% no grupo II; $p < 0,05$), nomeadamente por infecções, como a sífilis.

Quanto ao internamento durante a gravidez, verifica-se que estiveram internadas cerca de 8,7% e 6,9% das mães, respectivamente, imigrantes e portuguesas, mas as diferenças não apresentam significância estatística.

Por último, a análise dos partos revela que os partos por cesariana atingiram valores acima dos 35% em ambos os grupos, sendo esta percentagem mais elevada nos imigrantes (39,2%). Porém, as diferenças entre os grupos não apresentaram significância estatística.

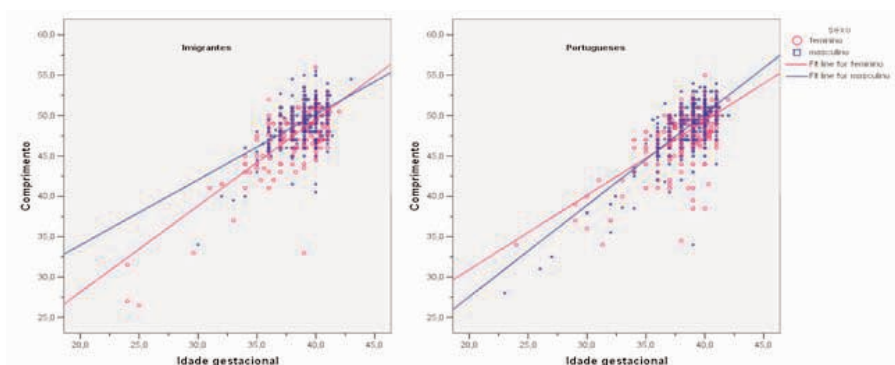


Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Figura 12 – Peso dos RN em função da idade gestacional, para filhos de mães imigrantes e portuguesas

Na análise do peso do RN como função da idade gestacional (figura 12) verificou-se que a dispersão de valores é muito semelhante para os dois grupos estudados. Também, conforme apresentado no quadro 19, o peso médio dos RN filhos de imigrantes (3232 ± 580 g) não difere significativamente do peso médio dos RN filhos de portuguesas (3224 ± 553 g).

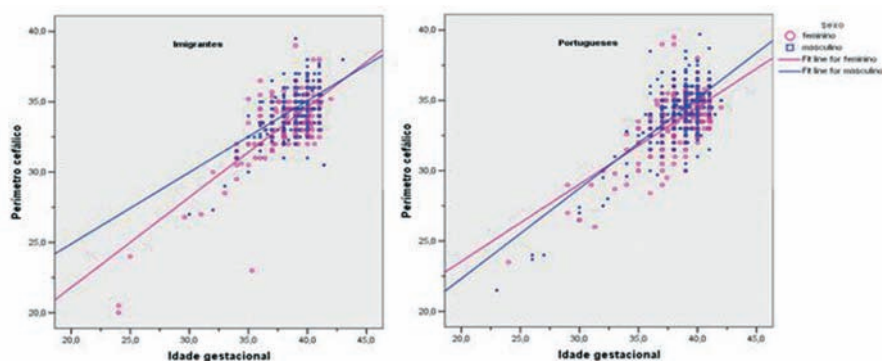
Relativamente ao comprimento à nascença, não se verificaram diferenças significativas, quer quanto à dispersão do comprimento em função da idade gestacional (figura 13), quer quanto aos valores médios (comprimento médio dos RN filhos de imigrantes: $48,8 \pm 2,9$ cm e comprimento médio dos RN filhos de portuguesas: $48,5 \pm 2,9$ cm; conforme quadro 19). No entanto, encontraram-se diferenças no sexo masculino, com os filhos de imigrantes apresentarem valores significativamente mais elevados ($49,3$ cm vs $48,9$ cm; $p=0,019$).



Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Figura 13 – Comprimento dos RN em função da idade gestacional, para filhos de mães imigrantes e portuguesas

A dispersão do perímetro cefálico dos RN, considerando a relação entre esta variável e a idade gestacional, é semelhante nos dois grupos estudados (figura 14). O perímetro cefálico médio para os RN filhos de imigrantes é $34,2 \pm 1,7$ cm, não diferindo este valor significativamente do verificado para os RN filhos de portugueses: $34,1 \pm 1,8$ cm (ver quadro 19).



Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Figura 14 – Perímetro Cefálico dos RN em função da idade gestacional, para filhos de mães imigrantes e portuguesas

3.3. Características das famílias

3.3.1 Agregado familiar

Um dos aspectos utilizados na caracterização do agregado familiar foi a consideração do tipo de família do RN (quadro 21), registando-se algumas diferenças assinaláveis entre os grupos em estudo.

Quadro 21 – Tipo de família

	Imigrantes		Portugueses		Total	
	N=692	%	N=918	%	N=1610	%
Nuclear	581	84,0*	844	91,9*	1425	88,3
Monoparental Mãe	30	4,3**	16	1,7**	46	2,9
Família alargada	75	10,8***	55	6,0***	130	8,1
Outra	6	0,9	3	0,3	9	0,6

Desconhecidos: Imigrantes = 145; Portugueses = 191; Total = 336

* p=0,0000; ** p=0,0020; *** p=0,0004

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

A família nuclear, predominante em ambos os grupos, é significativamente mais característica no grupo de portugueses ($p < 0,0001$). Em oposição, a percentagem de famílias monoparentais – constituídas por mãe e filhos – eleva-se no grupo de imigrantes (4,3% para 1,7% no grupo de portugueses, $p < 0,005$), sendo este grupo caracterizado também pela maior percentagem de famílias alargadas (10,8% para 6% no grupo de portugueses, $p < 0,001$).

Em relação às características e posse da habitação registam-se, também, diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (quadro 22, na página seguinte).

Assim, apesar de se registar a mesma tipologia dominante em ambos os grupos – o apartamento – verifica-se que estes constituem habitação própria para a maioria dos portugueses (71,3%), valor significativamente inferior ao registado no grupo de imigrantes (39,6%) ($p < 0,0001$). Em sentido oposto, a percentagem de residentes em apartamentos arrendados é de quase 50% no grupo de imigrantes, para um valor de apenas 14,4% no grupo de portugueses ($p < 0,0001$).

Os apartamentos de habitação social são também mais característicos no grupo de imigrantes, mas a diferença não revela significância estatística.

Quadro 22 – Tipo de habitação

	Imigrantes		Portugueses		Total	
	N=626	%	N=839	%	N=1465	%
Apartamento						
arrendado	302	48,2*	121	14,4*	423	28,9
Próprio	248	39,6*	598	71,3*	846	57,7
Social	13	2,1	13	1,5	26	1,8
Casa unifamiliar	41	6,5**	92	11,0**	133	9,1
Alojamento não clássico	13	2,1***	5	0,6***	18	1,2
Outra	9	1,4	10	1,2	19	1,3

Desconhecidos: Imigrantes = 211; Portugueses = 270; Total = 481

* p=0,0000; ** p=0,0036; *** p=0,0109

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

ca. Diferenças importantes surgem ainda quando se consideram outras tipologias residenciais: a percentagem de casas unifamiliares, geralmente consideradas de melhor qualidade, eleva-se no grupo de portugueses (mais de 10% dos inquiridos afirmou residir neste tipo de habitação; $p < 0,005$); em oposição, os alojamentos familiares não clássicos (barracas, alojamentos móveis, alojamentos improvisados em construções não destinadas à habitação, casas rudimentares de madeira) são mais frequentes para os imigrantes (2,1% para 0,6% nos portugueses, $p < 0,05$).

Recorrendo a um sistema de informação geográfica implementado nesta investigação, caracterizaram-se as famílias pela residência, concluindo-se que das 539 famílias estudadas do Concelho da Amadora, 117 (21,7%) vivem em áreas degradadas; destas, 77 são imigrantes e 40 são portugueses.

Em ambos os grupos, predominam agregados familiares constituídos por três ou quatro indivíduos, embora estas tipologias sejam mais características no grupo de portugueses (79,7% para 66,1%), particularmente se se considerarem apenas os agregados com três indivíduos, categoria que revela diferenças significativas entre os dois grupos ($p < 0,0001$) (quadro 23). Regra geral, o número de coabitantes é tendencialmente maior no grupo de imigrantes: com cinco ou mais coabitantes registam-se 31,7% dos agregados familiares no grupo de imigrantes e apenas 19,7% no grupo de portugueses; para as tipologias consideradas acima de cinco coabitantes, as maiores percentagens ocorrem sempre no grupo de imigrantes,

sendo as diferenças, muitas vezes, significativas. A excepção revela-se nas famílias constituídas por apenas dois indivíduos, mais frequentes no grupo de imigrantes ($p < 0,005$), o que se compreende atendendo à maior importância das famílias monoparentais neste grupo.

Quadro 23 – Número de coabitantes

	Imigrantes		Portugueses		Total	
	N=708	%	N=941	%	N=1649	%
2	15	2,1*	5	0,5*	20	1,2
3	227	32,1**	408	43,4**	635	38,5
4	241	34,0	342	36,3	583	35,4
5	127	17,9**	103	10,9**	230	13,9
6	46	6,5	47	5,0	93	5,6
7	29	4,1***	21	2,2***	50	3,0
8	16	2,3****	9	1,0****	25	1,5
9	6	0,8	6	0,6	12	0,7
11	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Média ± DP	4,2±0,7**		3,9±1,1**		4,0±1,2	

Desconhecidos: Imigrantes = 129; Portugueses = 168; Total = 297

* $p=0,0036$; ** $p=0,0000$; *** $p=0,0289$; **** $p=0,0320$

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

A análise dos hábitos tabágicos dos agregados familiares das crianças mostra também diferenças consideráveis entre os grupos (quadro 24).

Quadro 24 – Número de fumadores

	Imigrantes		Portugueses		Total	
	N=702	%	N=945	%	N=1647	%
Família sem fumadores	479	68,2*	465	49,2*	944	57,3
1	171	24,4*	348	36,8*	519	31,5
2	46	6,6*	122	12,9*	168	10,2
3	4	0,6	7	0,7	11	0,7
4	1	0,1	3	0,3	4	0,2
6	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Média ± DP	0,4±0,7*		0,7±0,8*		0,6±0,7	

Desconhecidos: Imigrantes = 135; Portugueses = 164; Total = 299

* $p=0,0000$

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

As famílias sem qualquer fumador representam mais de 68% dos agregados familiares no grupo de imigrantes e 49,2% no grupo dos portugueses ($p < 0,0001$). Em oposição, famílias com mais de um fumador ultrapassam os 50% no grupo de portugueses, ficando abaixo dos 32% no grupo de imigrantes. As maiores diferenças verificam-se para as famílias com um ou dois fumadores, significativamente mais frequentes no grupo dos portugueses ($p < 0,0001$). Considerando a informação do quadro 24, que mostra a predominância de agregados familiares com três ou quatro coabitantes, depreende-se que a maioria das famílias do grupo de portugueses sejam constituídas por pai e/ou mãe fumadores.

3.3.2 Progenitores

3.3.2.1 Mães

Relativamente às mães, verifica-se que a maioria possui idades entre os 18 e os 34 anos. A percentagem de mães mais jovens é semelhante em ambos os grupos, mas a de mães com idade igual ou superior a 35 anos é maior para o grupo dos imigrantes (quadro 25). Todavia, a média das idades das mães portuguesas é ligeiramente superior à média de idades das mães imigrantes, diferença que não apresenta significância estatística.

Quadro 25 – Resumo estatístico da variável idade

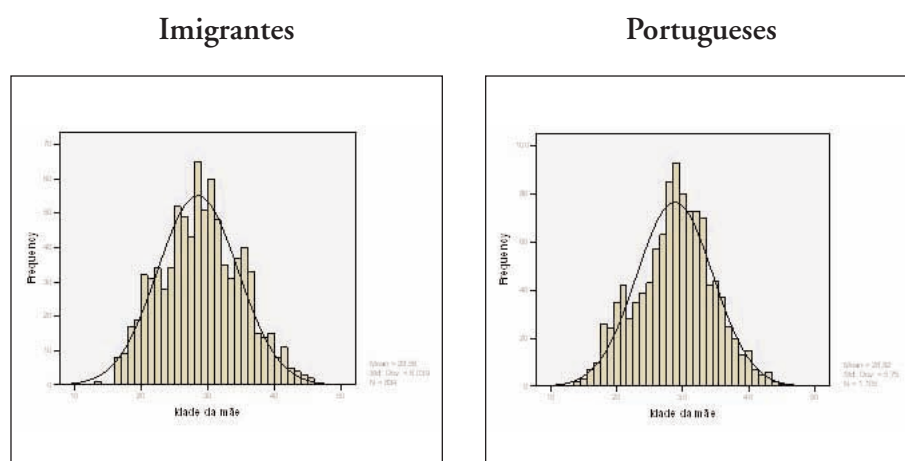
	Imigrantes	Portugueses
Média	28,6	28,8
Mediana	28	29
Variância	36,5*	33,1*
Desvio padrão	6,0*	5,8*
Mínimo	13	14
Máximo	46	45
Amplitude	33	31
Amplitude interquartil	9	8
Skewness	0,150	-0,070
Kurtosis	-0,415	-0,303

* $p < 0,05$

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Quanto à dispersão das idades verifica-se que esta é maior nas imigrantes, o que se observa quer através da variância e desvio-padrão, quer através da amplitude absoluta e da amplitude inter quartil. A hipótese da variância ser igual nos dois grupos foi rejeitada, para um nível de significância de 0,05.

Na figura 15 apresenta-se a distribuição das idades das mães dos grupos em estudo (mães imigrantes e mães portuguesas).



Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFE, 2005/2006

Figura 15 – Idade das mães dos recém-nascidos no HFE, imigrantes e portuguesas

A distribuição desta variável foi testada quanto à normalidade, para os dois grupos (teste de Kolmogorov-Smirnov). A hipótese de a variável 'Idade da mãe' ter uma distribuição normal foi rejeitada em ambos os casos, para um nível de significância de 0,01.

A referência a doença crónica foi semelhante nos dois grupos com distribuição também semelhante na hipertensão arterial (31/26) e diabetes (18/24). Houve um predomínio das doenças hematológicas nas imigrantes, nomeadamente drepanocitose (7/2) e da asma, nas portuguesas.

O consumo de tabaco e álcool é também bastante diferenciado nos dois grupos. Para o consumo de tabaco, a diferença é de mais 9 pontos percentuais para as mães portuguesas (21,9% para 12,8% das mães imigrantes; $p < 0,0001$). A ingestão de álcool apresenta um padrão oposto, sendo significativamente superior nas mães imigrantes ($p < 0,0001$), onde foram reportados consumos, essencialmente ligeiros e moderados (2/3 copos dia). O consumo de drogas, bastante mais limitado do que os anteriores, é maior no grupo das mães portuguesas, embora a diferença não revele significância estatística.

Predominam indivíduos com o 3º ciclo do ensino básico e ensino secundário (9 a 12 anos de escolaridade), em ambos os grupos. Porém, no grupo das mães imigrantes seguem-se as categorias de menor escolaridade (2º ciclo do ensino básico e 4 ou menos anos de escolaridade ou menos), enquanto no grupo das portuguesas adquire maior relevância o ensino superior. As diferenças entre categorias extremas (inferior a 4 anos e ensino superior) são significativas.

Registam-se ainda diferenças importantes no estado civil das mães, com a situação de casado a ser predominante para as portuguesas (65,8% das mães), mas não para as imigrantes (48,4% das mães) ($p < 0,0001$).

Em relação ao número de gestações anteriores e filhos vivos, regista-se tendência de aumento no grupo de imigrantes. Assim, embora a proporção de mães com dois filhos ou menos e com uma ou nenhuma gestação anterior seja largamente maioritária em ambos os grupos, ela é mais elevada para as mães portuguesas.

Assinalam-se diferenças significativas para a percentagem de mães que terminaram a sua primeira gestação, mais elevada no grupo de portuguesas (38,3% para 27,4% no grupo de imigrantes; $p < 0,0001$) e para aquelas que experienciaram já três ou mais gestações, maior no grupo de imigrantes (19,6% para 10,5% no grupo de portugueses; $p < 0,0001$).

Considerando o número de filhos vivos, revelam-se também diferenças significativas nas categorias extremas – nenhum e três ou mais – conforme o padrão apontado (a categoria “sem filhos” é maior para as portuguesas; a de “três ou mais” eleva-se nas imigrantes).

Quadro 26 – Características gerais da mãe

	Imigrantes		Portugueses		Total	
Idade	N=834	%	N=1105	%	N=1939	%
< 18 anos	18	2,2	22	2,0	40	2,1
entre 18 e 34 anos	666	79,9	908	82,2	1574	81,2
≥35 anos	150	18,0	175	15,8	325	16,8
Doença crónica da mãe	114	13,6	128	11,5	242	12,4
Consumos	N=532	%	N=763	%	N=1295	%
Tabaco	68	12,8*	167	21,9*	235	18,1
Álcool	55	10,3*	17	2,2*	72	5,6
Drogas	1	0,2	6	0,8	7	0,5
Escolaridade	N=680	%	N=943	%	N=1623	%
≤a 4 anos	53	7,8**	50	5,3**	103	6,3
2º ciclo do ensino básico	85	12,5	88	9,3	173	10,7
3º ciclo do ensino básico	231	34,0	298	31,6	529	32,6
Ensino secundário	252	37,1	339	35,9	591	36,4
Licenciadas	75	11,0*	174	18,5*	249	15,3
Estado civil	N=564	%	N=772	%	N=1336	%
Casadas	273	48,4*	508	65,8*	781	58,5
Outras situações	291	51,6*	264	34,2*	555	41,5
Gestações anteriores	N=766	%	N=1015	%	N=1781	%
Nenhuma	210	27,4*	389	38,3*	599	33,6
1	263	34,3	346	34,1	609	34,2
2	143	18,7	173	17,0	316	17,7
≥3	150	19,6*	107	10,5*	257	14,4
Filhos vivos	N=743	%	N=999	%	N=1742	%
Nenhum	303	40,8****	470	47,0****	773	44,4
1	274	36,9	376	37,6	650	37,3
2	93	12,5	106	10,6	199	11,4
≥3	73	9,8*	47	4,7*	120	6,9

* p=0,0000; ** p=0,0032; *** p=0,0310; **** p=0,0092

^a são considerados todos os tipos de consumo de álcool, incluindo os ligeiros e moderados (2/3 copos dia)

Desconhecidos Idade: Imigrantes = 3; Portugueses = 4; Total: 7

Desconhecidos Consumos: Imigrantes = 305; Portugueses = 346; Total: 651

Desconhecidos Escolaridade: Imigrantes = 157; Portugueses = 166; Total: 323

Desconhecidos Estado Civil: Imigrantes = 273; Portugueses = 337; Total: 610

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF

Quadro 27 – Situação profissional e profissão da mãe

	Imigrantes		Portugueses		Total	
Situação profissional	N=770	%	N=1053	%	N=1823	%
Empregadas	480	62,3*	807	76,6*	1287	70,6
Desempregada	196	25,5*	170	16,1*	366	20,1
Reformada	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Doméstica	94	12,2**	75	7,1**	169	9,3
Profissão	N=756	%	N=1042	%	N=1798	%
Quadros superiores (grupo 1)	7	0,9	18	1,7	25	1,4
Especialistas das profissões intelectuais e científicas (grupo 2)	46	6,1*	142	13,6*	188	10,5
Técnicas e profissionais de nível intermédio (grupo 3)	24	3,2***	57	5,5***	81	4,5
Pessoal administrativo e similares (grupo 4)	32	4,2*	155	14,9*	187	10,4
Pessoal dos serviços e vendedores (grupo 5)	212	28,0*	389	37,3*	601	33,4
Operárias, artífices e trabalhadoras similares (grupo 7)	23	3,0	42	4,0	65	3,6
Operadoras de instalações e máquinas e trabalhadoras da montagem (grupo 8)	3	0,4	1	0,1	4	0,2
Trabalhadoras não qualificadas (grupo 9)	216	28,6*	80	7,7*	296	16,5
Outras	116	15,3****	95	9,1****	211	11,7
Trabalho não qualificado	77	10,2*****	63	6,0*****	140	7,8

Desconhecida situação na profissão: Imigrantes = 67; Portugueses = 56; Total = 123

Desconhecida profissão: Imigrantes = 81; Portugueses = 67; Total = 148

* p=0,0000; ** p=0,0020; *** p=0,0205; **** p=0,0001; ***** p=0,0012

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

A análise da situação profissional e profissão das mães revela a existência de profundas diferenças na amostra estudada (quadro 27). Relativamente à situação no mercado de trabalho, embora a maioria das mães se encontre empregada, essa proporção é significativamente maior para o grupo de nacionalidade portuguesa ($p < 0,0001$). Em oposição, o desemprego e o trabalho doméstico – este último camuflando, muitas vezes, o primeiro – são mais característicos no grupo das imigrantes.

A consideração do grupo profissional das mães revela a tendência de concentração das mães imigrantes nos grupos profissionais de menor estatuto, em oposição à verificada para as mães portuguesas. Com diferenças quase sempre significativas, as mães portuguesas têm profissões fundamentalmente do grupo 1, 2, 3, 4 e 5; para as mães imigrantes, destacam-

se as profissões do grupo 5, 7,8 e, principalmente, 9 (trabalhador es não qualificados).

Acresce que o grupo 5, que apresenta proporções elevadas em ambos os grupos, é constituído por profissões díspares, que podem ser consideradas manuais ou não manuais. Assim, é possível que a situação aparentemente idêntica de elevada proporção de profissões no grupo 5 para mães portuguesas e imigrantes, encubra afinal diferenças que só uma análise mais detalhada poderá revelar.

3.3.2.2 Pais

Quanto às características dos pais, resumidas no quadro 28, verifica-se a maior juventude dos pais portugueses: não só é maior a percentagem de pais com idade inferior a 20 anos ($p < 0,05$), como é também menor a percentagem de pais com mais de 40 anos ($p < 0,001$). Acresce que a média das idades dos pais do grupo I (imigrantes) é superior à média das idades dos pais do grupo II. A hipótese das médias das idades serem iguais foi rejeitada para um nível de significância de 0,01.

Quadro 28 – Características gerais do pai

	Imigrantes		Portugueses		Total	
Idade	N=810	%	N=1089	%	N=1899	%
< 20 anos	11	1,4*	32	2,9*	43	2,3
> 40 anos	103	12,7**	83	7,6**	186	9,8
Consumos	N=558	%	N=850	%	N=1408	%
Tabaco	163	29,2***	411	48,4***	574	40,8
Álcool	304	54,5***	329	38,7***	633	45,0
Drogas	1	0,2	5	0,6	6	0,4
Escolaridade	N=591	%	N=863	%	N=1454	%
≤ 4 anos	63	7,8***	59	5,3***	103	6,3
2º ciclo do ensino básico	76	12,9	119	13,8	195	13,4
3º ciclo do ensino básico	158	26,7****	276	32,0****	434	29,8
Ensino secundário	256	43,3*****	292	33,8*****	548	37,7
Licenciados	57	9,6*****	119	13,8*****	176	12,1

Desconhecida Idade: Imigrantes = 27; Portugueses = 20; Total = 47

Desconhecido Consumos: Imigrantes = 279; Portugueses = 259; Total = 538

Desconhecida Escolaridade: Imigrantes = 246; Portugueses = 246; Total = 492

* $p=0,0220$; ** $p=0,0002$; *** $p=0,0000$; **** $p=0,0317$; ***** $p=0,0048$; ***** $p=0,0173$

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF

Quadro 29 – Resumo estatístico da variável idade

	Imigrantes	Portugueses
Média	32,6	31,2
Mediana	32	31
Variância	47,5*	41,6*
Desvio padrão	6,9*	6,5*
Mínimo	16	16
Máximo	66	57
Amplitude	50	41
Amplitude interquartil	9	8
Skewness	0,540	0,443
Kurtosis	0,900	0,733

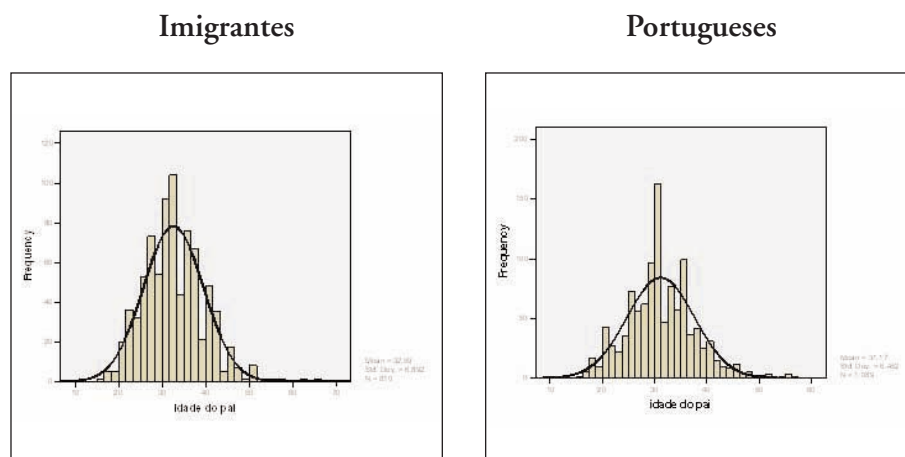
* $p < 0,05$

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

A diferença entre as idades mínima e máxima é de 50 anos no grupo I (imigrantes) e de 41 anos no grupo II. No entanto, a amplitude interquartil, num e noutro grupo, já é mais próxima (9 anos entre os pais imigrantes e 8 anos entre os pais portugueses). Este facto indica que existem vários pais no grupo I com idades bastante superiores à média. Como seria de esperar, a variância e o desvio-padrão são maiores no grupo I. Esta diferença é estatisticamente significativa, para um nível de significância de 0,05 (quadro 29).

A distribuição das idades, em ambos os grupos, afasta-se significativamente da distribuição normal, tendo esta hipótese sido rejeitada para um nível de significância de 0,01.

O consumo de tabaco, álcool e drogas segue um padrão semelhante ao descrito para as mães. Assim, verificam-se grandes diferenças no consumo de tabaco, com a percentagem de fumadores a atingir valores muito mais elevados nos pais portugueses; cerca de 50% da amostra é constituída por fumadores, registando-se uma diferença de quase 19 pontos percentuais em relação aos pais imigrantes ($p < 0,0001$). A ingestão regular de álcool, sobretudo ligeira e moderada (foi reportado apenas um caso de consumo pesado no grupo dos imigrantes) é mais característica no grupo dos imigrantes ($p < 0,0001$). No consumo de drogas, embora não haja diferenças estatisticamente significativas, foi reportado um maior número de consumo de drogas pelos portugueses.



Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Figura 16 – Idade dos pais dos recém-nascidos no HFF, imigrantes e portugueses

À semelhança do registado para as mães, também os pais portugueses são tendencialmente mais escolarizados do que os pais imigrantes, com diferenças muitas vezes significativas, mas não tão marcadas como as verificadas para as mães. E em ambos os grupos, predominam indivíduos na categoria dos 9 aos 12 anos de escolaridade (3º ciclo do ensino básico e ensino secundário), seguindo-se o 2º ciclo do ensino básico. Os licenciados surgem em quarto lugar e a categoria de menor escolaridade em último.

Em relação à situação no mercado de trabalho, verifica-se que o valor percentual de empregados é francamente dominante em ambos os grupos, mas maior para o grupo dos portugueses ($p < 0,05$). Padrão oposto apresenta a percentagem de desempregados, significativamente maior para os pais imigrantes ($p < 0,01$).

A informação relativa à situação profissional e profissão dos pais encontra-se resumida no quadro 30. A análise do grupo profissional mostra uma situação semelhante à descrita para as mães, ou seja, pais portugueses apresentam tendencialmente profissões nos grupos de maior estatuto (1, 2, 3, 4 e 5), embora se destaquem também as profissões do grupo

Quadro 30 – Situação profissional e profissão do pai

	Imigrantes		Portugueses		Total	
Situação profissional	N=793	%	N=1071	%	N=1864	%
Empregado	748	94,3*	1036	96,7*	1784	95,7
Desempregado	45	5,7**	32	3,0**	77	4,1
Reformado	0	0,0	3	0,3	3	0,2
Profissão	N=791	%	N=1071	%	N=1862	%
Quadros superiores (grupo 1)	32	4,0	44	4,1	76	4,1
Especialistas das profissões intelectuais e científicas superiores (grupo 2)	38	4,8***	103	9,6***	141	7,6
Técnicos e profissionais de nível intermédio superiores (grupo 3)	25	3,2****	74	6,9****	99	5,3
Pessoal administrativo e similares superiores (grupo 4)	17	2,1*****	56	5,2*****	73	3,9
Pessoal dos serviços e vendedores superiores (grupo 5)	142	18,0*****	338	31,6*****	480	25,8
Agricultores e trabalhadores qual. da agri. e pescas superiores (grupo 6)	3	0,4	2	0,2	5	0,3
Operários, artífices e trabalhadores similares superiores (grupo 7)	117	14,8	157	14,7	274	14,7
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem superiores (grupo 8)	30	3,8	57	5,3	87	4,7
Trabalhadores não qualificados superiores (grupo 9)	326	41,2*****	165	15,4*****	491	26,4
Outras	61	7,7	75	7,0	136	7,3

Desconhecida situação na profissão: Imigrantes = 44; Portugueses = 38; Total = 82

Desconhecida profissão: Imigrantes = 46; Portugueses = 38; Total = 84

* p=0,0113; ** p=0,0040; *** p=0,0001; **** p=0,0004; ***** p=0,0007; ***** p=0,0000

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

7 e 9. Em oposição, os pais imigrantes têm profissões fundamentalmente no grupo 9, seguindo-se as dos grupos 5 (que podem ser manuais, ou não – como foi referido para as mães) e 7. A diferenciação profissional, apesar de menos vincada que a verificada para as mães (note-se, por exemplo, a semelhança da proporção de profissões no grupo 1, 6 e 7), adquire, quase sempre, significância estatística.

A caracterização do ambiente socioeconómico dos grupos em estudo foi complementada com informação dada por um indicador composto de

privação sociomaterial múltipla, calculado para todos os RN dos dois grupos (portugueses e imigrantes). Da análise dos valores do indicador, e da comparação dos valores encontrados em cada grupo, evidencia-se maior privação sociomaterial das famílias de imigrantes em comparação com o valor de menor privação apresentado pelo grupo dos portugueses (o valor do indicador é de 2,47 e -0,7, respectivamente para imigrantes e portugueses)⁸.

3.4. *Risco social*

Foram referidas ao Serviço Social do HFF, 25 crianças (1,3%), por serem provenientes de famílias de risco social. A referência, mais frequente no período prénatal ou neonatal nos dois grupos, bem como no sexo masculino, teve como causa mais frequente a pobreza, nos imigrantes e a negligência, nos portugueses (quadro 31).

Quadro 31 – Famílias e crianças de risco social

	Imigrantes		Portugueses		Total	
	N=14	%	N=11	%	N=25	%
Referidos ao nascer	11	78,6	9	81,8	20	80,0
Sexo M	8	57,1	6	54,6	14	56,0
Causa da referência						
Pobreza	9	64,3	5	45,4	14	56,0
Maus tratos						
Agressão	1	7,1	–	0,0	1	4,0
Abuso	1	7,1	–	0,0	1	4,0
Negligência	4	28,6*	8	72,7*	12	48,0
Encaminhamento						
Domicílio com apoio	12	85,7	9	81,8	21	89,0
CPCJ	2	14,3	2	18,2	4	16,0
Centro Acolhimento	2	14,3	2	18,2	4	16,0

* p=0,0283

Fonte: Estatística do Serviço Social do HFF 2006

⁸ O método utilizado na elaboração do Indicador resulta na obtenção de um índice cujo valor aumenta à medida que aumenta a privação material. Ou seja, valores positivos indicam maior privação material, que é tanto mais grave quanto mais elevado é o valor do Indicador; em oposição, valores baixos (e negativos) do índice apontam para situações de menor privação sociomaterial.

3.5. Atitudes face ao cuidar de uma criança e crenças

Foram avaliadas 45 mães quanto a atitudes relativas ao cuidar de uma criança e crenças sobre a gravidez e parto, sendo 30 portuguesas e 15 imigrantes de ascendência e nacionalidade africana.

A média de idades das mães foi de 28,8 nas portuguesas e de 29,8 anos nas imigrantes e 40% destas últimas viviam em Portugal há menos de 5 anos. A gravidez foi planeada em 56,7% das portuguesas e 26,7% das imigrantes. 10,3% das portuguesas e 20,0% das imigrantes tiveram partos prematuros e respectivamente 20,0% e 33,3% RN de baixo-peso. Esta foi a primeira gravidez para cerca de metade das inquiridas, nos dois grupos.

Verificaram-se diferenças significativas entre os dois grupos de mães para 3 atitudes: Imagem Corporal [$U = -2.077$; $p = 0.038$], Sentimentos por Crianças [$U = -2.177$; $p = 0.029$] e Sentimentos de Dependência [$U = -2.767$; $p = 0.006$].

Relativamente às restantes variáveis avaliadas pelo CAQ⁹ não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

⁹ CAQ – Childbearing Attitudes Questionnaire.

Síntese

Grupos em estudo:

Imigrantes

1. Maior vulnerabilidade: mais desemprego, menor escolaridade, predomínio de profissões manuais, mais habitação precária e famílias monoparentais, maior privação sociomaterial
2. Maior morbilidade materna (30,6%), nomeadamente por patologia infecciosa
3. Maior número de gestações anteriores ≥ 3 : 27,4%
4. Maior número de gestações exclusivamente vigiadas no CS (30,6%)
5. Maior consumo de álcool (10,3% das mães e 54,5% dos pais)
6. Menor consumo de tabaco (12,8% das mães e 29,2% dos pais)

Portugueses

1. Maior escolaridade, maior número de famílias nucleares e com habitação própria
2. Maior consumo de tabaco (21,9% das mães e 48,4% dos pais)
3. Menor consumo de álcool (2,2% das mães e 38,7% dos pais)
4. Menor número de gestações anteriores ≥ 3 : 19,6 %

RN: ausência de diferenças estatisticamente significativas quanto à prematuridade, peso ao nascer, baixo-peso e gemelaridade.

4. Utilização de Serviços no Hospital Fernando Fonseca

De modo a caracterizar a utilização de serviços, elaboraram-se inquéritos a aplicar na Consulta, Urgência Pediátrica e Enfermaria de Pediatria. O período de estudo foi prolongado até 31 de Agosto de 2006, pelo que a idade das crianças variou entre 1 dia e 270 dias.

As 1964 crianças do estudo geraram um número muito elevado de actos médicos e de enfermagem em 1739 consultas e exames, 1666 episódios de urgência, 25 actos no Hospital de Dia e 290 internamentos, com

uma distribuição que foi muito semelhante no dois grupos (quadro 32). O número total de crianças da amostra diferente do internamento para as consultas e urgência pois foram retiradas as que faleceram no período neonatal e nunca chegaram a ter alta.

Quadro 32 – Utilização de Serviços no HFF: Consulta, Urgência e Internamento

	Filhos Imigrantes	%	Filhos Portugueses	%	Total	%
Consulta	N=831		N=1113		N=1944	
Nº de crianças	317	38,1	401	36,0	718	36,9
Nº de episódios	771		968		1739	
Média episódio	2,4		2,4		2,4	
Hospital de Dia	N=831		N=1113		N=1944	
Nº de crianças	12		7		9	
Nº de episódios	14	1,4	11	0,6	25	1
Urgência	N=831		N=1113		N=1944	
Nº de crianças	348	41,9*	408	36,7*	756	38,9
Nº de episódios	746		920		1666	
Média episódio	2,1		2,3		2,2	
Internamento	N=831		N=1113		N=1944	
Nº de crianças	110		144		254	
Nº de episódios	121	13,1	169	12,9	290	13,0
Média episódio	1,1		1,2		1,2	

* p=0,0195

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

4.1. *Em ambulatório*

4.1.1. Consultas e Exames

Das 1944 crianças que tiveram alta após o período neonatal, foram referenciadas para a consulta externa 718 (36,9%) das quais 317 (38,1%) do grupo de filhos de imigrantes e 401 (36,0%) do grupo de filhos de portugueses.

A 214 crianças foi marcada consulta ou exame de uma única especialidade mas 137 tiveram consulta ou exames em mais do que 3 especialidades (quadro 33) sem predomínio em qualquer dos grupos estudados.

Quadro 33 – Consultas e Exames por Especialidades

Nº de diferentes especialidades	Filhos de Imigrantes N=317	%	Filhos de Portugueses N=401	%	Total N=718	%
1	92	29,0	122	30,4	214	29,8
2	94	29,7	113	28,2	207	28,8
3	37	11,7	30	7,5	67	0,9
>3	59	18,6	78	19,5	137	19,0
Total	282*	89,0	343*	85,5	625	8,7

* p=0,0356

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Quanto ao número de consultas e exames, 204 crianças tiveram 3 ou mais consultas da mesma especialidade ou de especialidades diferentes. Em média, houve 2,4 consultas ou exames por criança.

Quadro 34 – Número de crianças por Especialidade por grupo

Nº de diferentes especialidades	Filhos de Imigrantes N=317	%	Filhos de Portugueses N=401	%	Total N=718	%
Sub especialidades Pediátricas	85	26,8	95	23,7	180	25,0
Outras especialidades Pediátricas	151	47,6	171	42,6	322	44,8
Pediatria-Exames	33	10,4	48	11,9	81	11,3
Outras especialidades	48	15,1*	87	21,7*	135	18,8
Total	317		401		718	

* p=0,0256

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

As especialidades médicas e as sub-especialidades pediátricas em que foram seguidas as 718 crianças apresentaram a distribuição seguinte: 180 de Pediatria Geral ou sub-especialidades pediátricas; 322 de outras especialidades Pediátricas; 135 de outras especialidades; 81 efectuaram exames em Pediatria (quadro 34 e 35).

Analisando a distribuição das consultas, verifica-se que a Neonatologia e a Infecçiology são as mais frequentes entre as sub-especialidades pediátricas e que um terço das crianças teve consultas de Cardiologia Pediátrica (quadro 35).

Quadro 35 – Número de crianças por Especialidade e Sub-especialidade por grupos

Nº de diferentes especialidades	Filhos de Imigrantes N=317	%	Filhos de Portugueses N=401	%	Total N=718	%
Sub especialidades Pediátricas	85	26,8	95	23,7	180	25,0
Alergologia	5	1,6	4	1,0	9	
Desenvolvimento	1	0,3	0	0	1	
Endocrinologia	0	0	2	0,5	2	
Gastro	3	0,9	6	1,5	9	
Genética	0	0	1	0,2	1	
Hematologia	1	0,3	1	0,2	2	
Imunodeficiência	8	2,5	6	1,5	14	
Infecçiology	11	3,5*	2	0,5*	13	
Nefrologia	7	2,2	16	4,0	23	
Neonatologia	32	10,1	41	10,2	73	
Neurologia	2	0,6	1	0,2	3	
Pediatria Geral	8	2,5	9	2,2	17	
Psicologia	7	2,2	6	1,5	13	
Outras especialidades Pediátricas	151	47,6	171	42,6	322	44,8
Cardiologia Pediátrica	110	34,7	134	33,4	244	
Cirurgia Pediátrica	41	12,9	37	9,2	78	
Pediatria-Exames	33	10,4	48	11,9	81	11,3
Ecografia Transfontanelar	15	4,7	15	3,7	30	
Endoscopia digestiva	0	0	1	0,2	1	
Rastreio da audição	17	5,4	25	6,2	42	
Outras Especialidades	48	15,1**	87	21,7**	135	18,8
Otorrino	8	2,5	21	5,2	29	
Oftalmologia	13	4,1	16	4,0	29	
Ortopedia	8	2,5***	23	5,7***	31	
Medicina Física e Reabilitação	19	6,0	27	6,7	46	
Total	317		401		718	

* p=0,0030; ** p=0,0256; *** p=0,0355

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Encontraram-se diferenças significativas entre os dois grupos na sub-especialidade pediátrica Infecçiology (3,5% para os filhos de imigrantes e 0,5% para os filhos de portugueses) e também na especialidade não pediátrica – Ortopedia (2,5% para os filhos de imigrantes e 5,7% para os filhos de portugueses).

4.1.2. Urgência pediátrica

Das 1944 crianças estudadas, 756 procuraram o Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) originando 1666 episódios de urgência, no período de 1 de Dezembro de 2005 a 31 de Agosto de 2006.

No quadro 36 estão representadas a frequência de episódios de UP por criança e os episódios de urgência gerados. A distribuição é sobreponível mas o grupo de portugueses gerou mais episódios e procurou a urgência mais vezes.

Quadro 36 – Frequência de utilização da Urgência Pediátrica por Criança

Número de utilizações	Filhos de Imigrantes		Filhos de Portugueses		Total	
	Crianças	Episódios	Crianças	Episódios	Crianças	Episódios
1	167	167	192	192	359	359
2	87	174	96	192	183	366
3	36	108	50	150	86	258
4	26	104	36	144	62	248
5	16	80	8	40	24	120
6	5	30	10	60	15	90
7	6	42	7	49	13	91
8	4	32	3	24	7	56
9	1	9	1	9	2	18
10	0	0	1	10	1	10
11	0	0	2	22	2	22
13	0	0	1	13	1	13
15	0	0	1	15	1	15
Total	348	746	408	920	756	1666
%	41,9%*		36,7%*		38,9%	

* p=0,0195

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Analisando as idades em que as crianças foram trazidas à urgência, verifica-se que 37,7% dos imigrantes e 33,8% dos portugueses procuraram a urgência pediátrica no período neonatal (quadro 37).

Quadro 37 – Idade da Criança no Primeiro Episódio de Urgência

Grupos de Idade	Filhos de Imigrantes N=348	%	Filhos de Portugueses N=408	%	Total N=756	%
<= 7 dias	26	7,5	35	8,6	61	8,1
8-28 dias	105	30,2	103	25,2	208	27,5
29-90 dias	132	38,0	155	38,0	287	38,0
91-180 dias	67	19,3	94	23,0	161	21,3
181-270 dias	18	5,2	21	5,1	39	5,2

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

No entanto, dos que tiveram o primeiro episódio de urgência no período neonatal, apenas 57 (21,2%) voltaram mais vezes, o que parece significar que a precocidade da 1ª vinda não implica uma utilização repetida posterior (quadro 38).

Quadro 38 – Primeiro episódio de urgência no período neonatal e utilização subsequente

Nº de vezes	Filhos de Imigrantes N=131	Filhos de Portugueses N=138	Total N=269
2	22	27	49
3	2	4	6
5	1	1	2
Total	25	32	57
%	19,1%	23,2%	21,2%

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Quanto aos períodos de utilização, diurno ou nocturno, o grupo de portugueses procuram a urgência das 20h às 8h com maior frequência do que o dos imigrantes, qualquer que seja a idade dos filhos, mesmo no período neonatal (quadro 39 e figura 17).

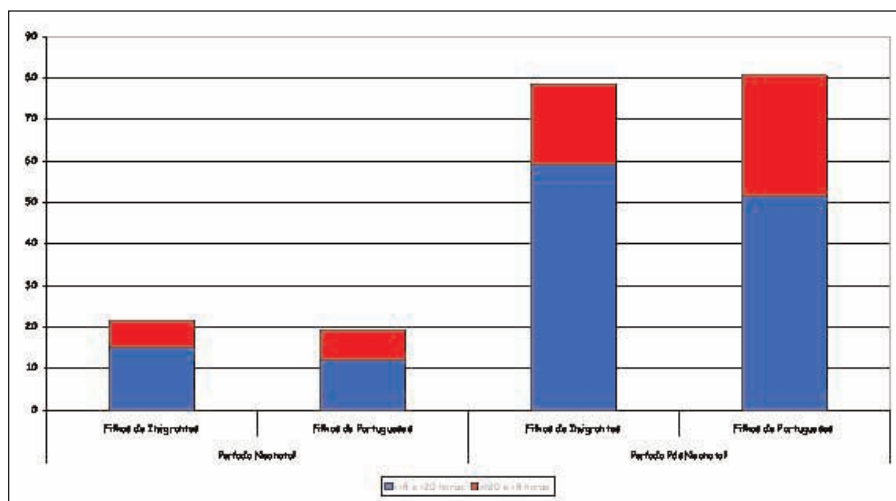
Quadro 39 – Período de Utilização das Urgências

	Filhos de Imigrantes N=746	%	Filhos de Portugueses N=920	%	Total N=1666	%
>=8 e <20 horas	554	74,3*	587	63,8*	1141	68,5
Período neonatal	112	15,0	111	12,1	223	13,4
> 28 dias de vida	442	59,2**	476	51,7**	918	55,1
>=20 e <8 horas	192	25,7*	333	36,2*	525	31,5
Período neonatal	49	6,6	66	7,2	115	6,9
> 28 dias de vida	143	19,2*	267	29,0*	410	24,6

* p=0,0000; ** p=0,0022

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Encontrou-se uma relação entre a utilização da urgência e a escolaridade materna. As famílias em que as mães têm escolaridade mais baixa recorrem com maior frequência à urgência (quadro 40).



Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Figura 17 – Períodos de utilização da urgência: período neonatal e após os 28 dias de vida

Quadro 40 – Procura da urgência e escolaridade materna

Anos de Escolaridade	Filhos de Imigrantes		Filhos de Portugueses		Total	
	N=348	%	N=408	%	N=756	%
≤ 4 anos	21	6,0	25	6,1	46	6,1
2º Ciclo Ensino Básico	131	37,6	166	40,7	297	39,2
3º Ciclo Ensino Básico	77	22,1	97	23,8	174	23
Ensino Secundário e Licenciatura	38	10,9	39	9,6	77	10,2

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

As patologias não infecciosas foram mais frequentes no período neonatal (quadros 41 e 42).

Quadro 41 – Patologias por Grupo Etário – Período neonatal e pós neonatal

	Infecciosas N=524				Não Infecciosas N=380			
	Filhos de Imigrantes N= 348	%	Filhos de Portugueses N=408	%	Filhos de Imigrantes n=348	%	Filhos de Portugueses N=408	%
≤ 28 dias	64	27,1	69	24,0	77	42,5	88	44,2
>28 dias	172	72,9	219	76,0	104	57,5	111	55,8
	236		288		181		199	

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006.

A destacar alterações do trânsito gastrointestinal (42), icterícia (26), problemas alimentares e de peso (24), choro e cólicas (22), alterações da pele (14), patologia mamária e umbilical (15). Quanto à patologia infecciosa no mesmo grupo etário, predominou a respiratória viral (28) e a obstrução nasal (56).

Comparando os dois grupos, houve mais casos de icterícia e de choro e cólicas nos portugueses.

A patologia infecciosa (quadro 43) foi a causa mais frequente de urgência nas crianças com idade superior a 28 dias, nomeadamente infecção respiratória (104), obstrução nasal (125), otite média aguda (33), febre e gemido (49), gastroenterite aguda (34) e conjuntivite (15).

Quadro 42 – Patologia infecciosa e não infecciosa – período neonatal

Patologias	Filhos de Imigrantes	Filhos de Portugueses	Total
Não Infecciosas	77	88	165
Alt. trânsito gastrointestinal	22	20	42
Icterícia	9	17	26
Problemas alimentares e peso	10	14	24
Choro e cólicas	7	15	22
Patologia umbilical/mamária	9	9	18
Alterações pele	9	5	14
Outras	7	12	19
Infecciosas	64	69	133
Patologia respiratória	16	12	28
Obstrução nasal	26	30	56
Conjuntivite	7	6	13
Febre e gemido	4	3	7
Outras	11	18	29

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Quadro 43 – Patologia infecciosa e não infecciosa – idade superior a 28 dias

Patologias	Filhos de Imigrantes	Filhos de Portugueses	Total
Não Infecciosas	104	111	215
Obstipação	32	34	66
Dermite seborreica/eczema	29	25	54
Choro e cólicas	13	16	29
Outras	30	36	66
Infecciosas	172	219	391
Patologia respiratória	45	49	104
Obstrução nasal	57	68	125
Otite média aguda	10	23	33
Febre e gemido	22	27	49
Patologia gastrointestinal	13	21	34
Outras	25	31	56

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Quanto às não infecciosas, foram mais frequentes a obstipação (66), a dermite seborreica/eczema (54) e as cólicas/choro (29). A distribuição é semelhante nos dois grupos com maior frequência de otites e gastroenterites nos portugueses.

4.1.3. Hospital de Dia

Um número relativamente pequeno de crianças utilizou o Hospital de Dia (quadro 44).

Quadro 44 – Nº de crianças e nº de episódios de utilização do Hospital de Dia

Número de utilizações	Filhos de Imigrantes N=831		Filhos de Portugueses N=1113		Total N=1944	
	Crianças	Episódios	Crianças	Episódios	Crianças	Episódios
1	11	11	4	4	15	15
2	0	0	2	4	2	4
3	1	3	1	3	2	6
Total	12 (1,4%)	14	7 (0,6%)	11	19 (1%)	25

P=0,070

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Os motivos de utilização do Hospital de Dia mais frequentes foram administração de vacinas especiais em 6 casos; colocação de cateter e administração de terapêutica endovenosa em 4 e penso complexo em 2. A distribuição foi igual nos dois grupos estudados.

4.2. Internamento

De 1 de Dezembro de 2005 a 31 de Agosto de 2006, foram internadas 254 crianças (13,0% da amostra) que originaram 290 episódios de internamento.

Destas, 128 foram admitidas da sala de partos para as Unidades de Cuidados Intensivos (UCIN) e Especiais Neonatais (UCEN), respectivamente 69 e 59. As restantes 126 foram admitidas do exterior para as Uni-

dades de Cuidados Intensivos Pediátricos, Enfermaria de Pediatria e Unidade de Internamento de Curta Duração.

No quadro 45 estão representados os internamentos globais, considerando os 2 grupos estudados.

Quadro 45 – Internamentos: total e por grupos – N=1954

	Filhos de Imigrantes	Filhos de Portugueses	Total
Internamentos	110	144	254
Admitidos da Sala de Partos	49	79	128
Admitidos do Exterior	61	65	126

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Das 254 crianças internadas, com dois internamentos foram identificados 9 filhos de imigrantes (3,5%) e 18 filhos de portugueses (7,1%). No grupo dos filhos de portugueses 1 criança teve mais de 3 internamentos. No total houve 290 internamentos.

4.2.1. Admitidos da sala de Partos – Internamento na Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais (UCIEN)

De 1 de Dezembro de 2005 a 31 de Agosto de 2006 foram registados 128 internamentos na UCIEN. Verificou-se que 49 desses RN pertencem ao grupo dos filhos de imigrantes, pertencendo os restantes 79 ao grupo dos filhos de portugueses (quadro 46).

Predominam os prematuros e os RN de baixo peso nos dois grupos, com maior peso nos filhos de imigrantes. A mortalidade foi também maior neste grupo. Também se destacam factores como o tabagismo materno, a idade materna, a gravidez não vigiada e a patologia materna.

Quanto aos diagnósticos de internamento, foram os inerentes à prematuridade, destacando-se a doença de membrana hialina e as infeções. De realçar que não houve nenhum caso de retinopatia da prematuridade no grupo dos imigrantes (quadro 47).

Quadro 46 – Características gerais dos RN, das mães e da gestação

	Filhos Imigrantes		Filhos Portugueses		Total	
RN	N = 49	%	N = 79	%	N = 128	%
Sexo masculino	20	40,8	36	45,6	56	43,8
Gemelaridade	2	4,1	9	11,4	11	8,6
Prematuridade	30	61,2	39	49,4	69	53,9
Baixo peso	31	63,3	37	46,8	68	53,1
Mortalidade	6		3		9	
Mãe e gestação	N = 48	%	N = 75	%	N = 123	%
Idade média da Mãe	30,2*	-	27,5*	-	28,8	-
< 20 anos	4	8,3	10	13,3	14	11,4
> 40 anos	6	12,5**	2	2,7**	8	6,5
Consumos Mãe						
Tabaco	4	8,3***	18	24,0***	22	17,9
Toxicodependência	0	0,0	3	4,0	3	2,4
Paridade ≥ 3	9	18,8	6	8,0	15	12,2
Gravidez não vigiada	8	16,7	7	9,3	15	12,2
Patologia Materna	24	50,0	31	41,3	55	44,7

* p=0,0300; ** p=0,0310; *** p=0,0270

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Quadro 47 – Motivos de internamento para os RN com idade gestacional inferior a 37 semanas

	Imigrantes	Portugueses
Doença de Membrana Hialina	2	10
PCA		3
Infecção (nº NEC)	5 (2)	9 (1)
Alterações metabólicas	2	3
Hemorragia intraventricular	2	1
Anemia	3	4
Retinopatia da prematuridade	-	3
Anomalias congénitas	2	1
SDR transitório	2	10
Outros problemas	22	9
Total	19	53

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Quanto aos diagnósticos nos RN de termo sobre essaem os casos de infecção, que incluem risco infeccioso, nos portugueses (quadro 48).

Analisando o quadro 49, e comparando os RN internados com o total dos RN, verifica-se que dos factores de risco individuais, parentais e sociais se destacam a gemelaridade, a prematuridade, o baixo-peso ao nascer, os consumos maternos, a gravidez não vigiada e as famílias imigrantes, nomeadamente da Guiné, pelo valor percentual que expressam.

Quadro 48 – Motivos de internamento para os RN de termo

	Imigrantes	Portugueses
Anomalias congénitas	2	4
Infecção	-	10
Respiratório	5	7
Outros diagnósticos	8	16
Total	15	38

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Quadro 49 – Factores individuais, parentais e sociais determinantes de internamento de RN directamente da sala de partos

	RN Internados N=128	Nº Total RN N=1964	%
Risco Individual			
Sexo Masculino	56	1031	5,4
Gemelaridade	11	36	30,6
Prematuridade	69	173	39,9
Baixo peso	68	151	45,0
Risco Parental			
Mães com idade <20 ou >40 anos	22	172	12,8
Consumos Mãe	25	242	10,3
Doença Crónica Materna			
Paridade >=3	15	120	12,5
Gravidez			
Não Vigiada	15	123	12,2
Patologia Materna	55	625	8,8
Risco Social			
Escolaridade ≤4 anos (mãe e pai)	16	225	7,1
Desemprego paterno	5	80	6,3

	RN Internados N=128	Nº Total RN N=1964	%
Pais imigrantes			
Angola	11	166	6,6
Cabo Verde	10	146	6,8
Guiné-Bissau	9	99	9,1
Brasil	5	123	4,1
Países fora da EU	4	59	6,8
Ásia	0	15	0,0

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

4.2.2. Admitidos do exterior – Internamento na UCIEP, Enfermaria e UICD

Foram admitidos pela urgência pediátrica 126 crianças: 11 para a Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) na própria urgência; 106 para a enfermaria de Pediatria; 9 para os Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos (UCIEP) (quadro 50). Estes internamentos correspondem a 7,6% de todos os episódios de urgência.

Quadro 50 – Admitidos do exterior – Internamento na UCIEP, Enfermaria e UICD

	Imigrantes	Portugueses	Total
Admitidos do Exterior para:	61	65	126
UICD	7	4	11
Enfermaria	52	54	106
UCIP	2	7	9

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Vinte filhos de imigrantes e vinte e sete de portugueses foram internados no período neonatal, vindos do exterior. Uma percentagem mais elevada de crianças tinha nascido prematura ou com baixo peso e registava internamento anterior, com distribuição semelhante nos dois grupos. Sessenta e uma eram filhos de pais imigrantes (quadro 51).

Quadro 51 – Características gerais das crianças internadas

	Filhos de Imigrantes		Filhos de Portugueses		Total	
	N=61	%	N=65	%	N=126	%
Sexo Masculino	34	55,7	42	64,6	76	60,3
Idade						
Período neonatal	20	32,8	27	41,5	47	37,3
29-90 dias	27	44,3	29	44,6	56	44,4
> 90 dias	14	22,9	9	13,9	23	18,2
Gemelaridade	4	6,6	4	6,2	8	6,3
Prematuridade	7	11,5	7	10,8	14	11,1
Baixo peso	5	8,2	5	7,7	10	7,9
Internamento na UCINP	7	11,5	7	10,8	14	11,1
Pai ou mãe imigrante	61	N=838	%			
Angola	18	166	10,8			
Cabo Verde	14	146	9,6			
Guiné-Bissau	8	99	8,1			
Brasil	8	123	6,5			
Europa Não comunitária	2	59	3,4			
Ásia	2	15	13,3			

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

A demora média foi excessiva na UCIEP e na enfermaria (quadro 52). No primeiro caso foi devida à mediana das idades de internamento de vinte dias de vida. Das 7 crianças portuguesas, 5 tinham bronquiolite grave e necessitaram de ventilação assistida. Na enfermaria, a elevada demora média foi devida ao internamento prolongado dos casos sociais.

As patologias infecciosas e as respiratórias foram as causas mais frequentes de internamento, o que foi semelhante nos dois grupos (quadro 53).

Quadro 52 – Demora média

	I-Imigrantes (Dias)	II-Portugueses (Dias)	Total (Dias)
UCIEP	2,5	12,9	10,6
Enfermeira	6,8	6,4	6,7
UCID	1,1	1,8	1,4

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Quadro 53 – Diagnósticos na alta por grupos de patologias

Patologia	Filhos Imigrantes		Filhos Portugueses		Total	
	N=61	%	N=65	%	N= 126	%
Infecçiosa	20	32,9	16	24,6	36	28,5
Endócrina e Metabólica	1	1,6	4	6,2	5	4,0
Do SNC	1	1,6	2	3,1	3	2,4
Circulatória	2	3,3	1	1,5	3	2,4
Respiratória	11	18,1	13	20,0	24	19,0
Gastrointestinal	3	4,9	2	3,1	5	4,0
Osteoarticular	1	1,6	0	0	1	0,8
Nefrourológica	1	1,6	0	0	1	0,8
Cirúrgica	6	9,8	8	12,3	14	11,1
Desconhecida	15	24,6	19	29,2	34	27,0

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Analisando o quadro 54, e comparando as crianças internadas com o total, verifica-se que dos factores determinantes de internamento se destacam o sexo masculino, a prematuridade, o baixo-peso ao nascer e a paridade.

Quadro 54 – Factores individuais, parentais e sociais determinantes de internamento de crianças vindas do exterior

Risco Individual	Internados		%
	N=254	N=1964	
Sexo Masculino	132	1031	12,8
Gemelaridade	19	36	52,8
Prematuridade	83	173	48,0
Baixo peso	78	151	51,7
Risco Parental			
Idade média da Mãe	28,6	28,7	-
<20 anos e >40 anos	33	172	19,2
Consumos Mãe	42	242	17,4
Paridade >=3	41	120	34,2
Fumadores >=1	78	707	11,0
Escolaridade <= 4 anos			
Mãe e pai	38	225	16,9
Desemprego paterno	7	80	8,8
Pai ou mãe imigrante	110	838	13,1
Referência ao Serviço Social	20	25	80,0

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

4.2.3. Factores de risco de internamento

Como foi referido anteriormente (objectivos e métodos), para conhecer as determinantes do internamento foram elaborados três modelos de regressão logística, controlando factores de risco individual, parental e social (quadro 55). Os modelos, desenvolvidos para o conjunto de 1943 RN¹⁰, consideraram 15 características, controladas por 23 variáveis. Estas

Quadro 55 – Resultados dos modelos de regressão logística de internamento

Variáveis	Modelo 1 Internamentos à nascença		Modelo 2 Internamentos externos		Modelo 3 Internamentos (geral)	
	OD	95%IC	OD	95%IC	OD	95%IC
Risco Individual						
Sexo do RN			1.824 (0,002)	(1,247; 2,669)		
Idade de Gestação	0.748 (0,000)	(0,675; 0,828)			0.764 (0,000)	(0,702; 0,831)
RN com baixo peso	6.819 (0,000)	(3,759; 12,37)			3.224 (0,000)	(1,962; 5,296)
Risco Parental						
Mãe em Idade de Risco (idade <20 ou >40)	2.072 (0,008)	(1,204; 3,565)			1.808 (0,006)	(1,205; 2,643)
Patologia na Gravidez – Diabetes	2.339 (0,015)	(1,175; 4,655)			2.118 (0,003)	(1,279; 3,296)
Risco Social						
Escolaridade <= 4 anos – Mãe e Pai	1.112 (0,015)	(0,56; 2,208)	2.212 (0,001)	(1,356; 3,609)	1.759 (0,10)	(1,189; 2,797)
Cox & Snell	0,105		0,009		0,104	
Nagelkerke R2	0,276		0,025		0,195	
Hosmer- Lemeshow*	3,901 (0,791)		0,149 (0,699)		12,556 (0,051)	

*Hosmer-Lemeshow é o teste de ajustamento de Hosmer-Lemeshow

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

¹⁰ Não foram incluídos 21 RN por não haver informação relativa à idade de gestação.

variáveis foram introduzidas sequencialmente e mantidas ou retiradas em função da sua significância no modelo.

Os resultados revelam que a probabilidade de ser internado à nascença diminui com o aumento da idade gestacional (75% por cada semana de gestação); aumenta com o baixo peso (7 vezes); aumenta quando a idade da mãe é de risco (2 vezes) e também nos casos em que ocorre diabetes materna (2 vezes maior).

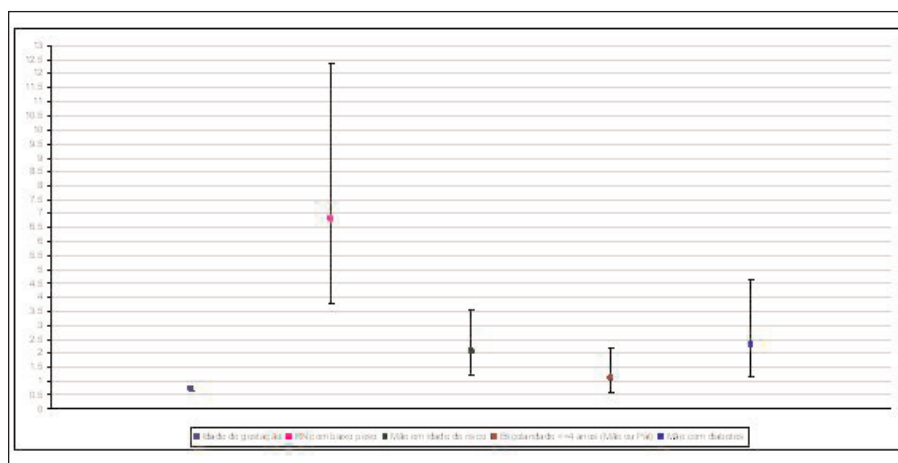
Os resultados do modelo 2, relativo às crianças internadas do exterior, revelam que a probabilidade de internamento nos primeiros meses de vida é superior (1,8 vezes) para o género masculino e para crianças cujos pais têm menos de quatro anos de escolaridade (2 vezes).

Quando se consideram todos os internamentos (modelo 3), os resultados indicam que a probabilidade de ser internado aumenta (3 vezes) para crianças de baixo peso, com mães em idade de risco (1,8 vezes), quando um dos progenitores tem menos de 4 anos de escolaridade (1,8 vezes) e ainda se houve diabetes gestacional (2,1 vezes); em oposição, a probabilidade de vir a ser internado diminui 76% com o aumento de uma semana na idade de gestação.

Para os coeficientes obtidos nos modelos logísticos, calcularam-se os intervalos de confiança, a 95% e procedeu-se à sua representação gráfica.

A figura 18, relativa ao modelo de internamento à nascença, mostra que as maiores variações possíveis nos valores das “odd ratios” ocorrem para as variáveis mudas¹¹, sobretudo para RN com baixo peso e mães diabéticas. No primeiro caso, verifica-se que, embora a probabilidade média de um RN com baixo peso ser internado aumentar 6 vezes, este aumento pode variar entre 3,8 e 12. No segundo caso, o intervalo de confiança varia entre 1,18 e 4,66 (probabilidade média de ser internado aumenta 2,34 para RN de mães diabéticas).

11 O intervalo de confiança é superior para as variáveis mudas dado que a sua variação pode ocorrer apenas entre duas categorias, 0 e 1, o que se reflecte numa elevada variância e num elevado desvio-padrão, situação que não se verifica no caso de variáveis contínuas.



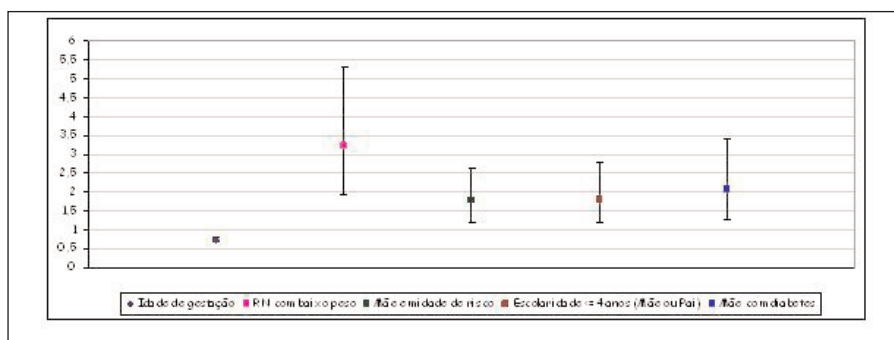
Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Figura 18 – Análise do intervalo de confiança das odd-ratios do modelo de internamento à nascença



Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Figura 19 – Análise do intervalo de confiança das odd-ratios do modelo de internamento externo



Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Figura 20 – Análise do intervalo de confiança das odd-ratios do modelo de internamento (geral)

A figura 19, elaborada para os coeficientes r resultantes do modelo de internamento externo, sublinha a maior variação da “odd ratio” da variável escolaridade do progenitor (pai ou mãe) igual ou inferior a 4 anos, com um aumento de 2,1 na probabilidade de internamento dos RN com pai e/ou mãe de baixa escolaridade, que pode variar entre 1,36 e 3,6.

A última figura apresentada (figura 20) mostra a variação possível dos coeficientes obtidos no modelo de internamento geral. As maiores variações registam-se, novamente, para as variáveis RN com baixo peso e mães diabéticas. Na primeira variável, o aumento de 3,2 vezes na probabilidade de internamento dos RN com baixo peso varia entre 2 e 5,3 vezes; para a segunda variável, verifica-se que o aumento médio de 2,1 vezes na probabilidade de internamento dos RN de mães diabéticas pode variar entre 1,3 e 3,4 vezes.

4.2.4 Internamento e privação sociomaterial

A caracterização dos grupos em estudo foi complementada com informação dada por um indicador compósito de privação sociomaterial múltipla, calculado para todas as famílias das crianças dos dois grupos em estudo e para as que foram internadas. Da análise dos valores do Indicador, e da comparação dos valores encontrados em cada grupo, evidencia-se:

1. Como foi referido anteriormente, verificou-se maior privação sociomaterial no grupo de Filhos de Imigrantes, em comparação com o valor de menor privação apresentado pelo grupo de filhos de portugueses, sendo o valor do indicador é de 2,47 e -0,7, respectivamente para imigrantes e portugueses¹²;
2. Manutenção da tendência anterior quando se considera apenas o sub-grupo das crianças internadas. De facto, neste grupo limitado, destaca-se também a maior privação sociomaterial dos filhos de imigrantes, consideravelmente superior à dos filhos de portugueses (o indicador apresenta valores de 3,5 e 0,41, respectivamente em imigrantes e portugueses);
3. Maior privação sociomaterial das crianças que estavam internadas, independentemente dos pais serem imigrantes ou portugueses. Assim, o valor do indicador é sempre mais elevado no subgrupo dos internados, tanto para os filhos de portugueses (o indicador passa de -0,7 para todos os RN para 0,41 no subgrupo dos internados), como para os de imigrantes (o indicador passa de 2,47 para 3,5).

12 O método utilizado na elaboração do Indicador resulta na obtenção de um índice cujo valor aumenta à medida que aumenta a privação material. Ou seja, valores positivos indicam maior privação material, que é tanto mais grave quanto mais elevado é o valor do Indicador; em oposição, valores baixos (e negativos) do índice apontam para situações de menor privação socio-material.

Síntese

Utilização de Serviços no HFF: 1739 consultas e exames; 1666 episódios de urgência; 290 internamentos

Consultas e exames:

1. Média de consultas/criança: 2,4
2. 26,8% filhos de imigrantes *versus* 23,7% de portugueses na consulta de pediatria geral ou subespecialidades pediátricas
3. Verificou-se maior número de consultas de Infecçologia nos imigrantes.
4. E maior número de consultas de Ortopedia nos portugueses

Urgência pediátrica:

1. Maior procura pelos imigrantes (41,9%); mais episódios nos portugueses;
2. Período neonatal: predomínio de patologias não infecciosas;
3. Maior procura pelos portugueses entre as 20 e as 8h;
4. A procura é mais frequente nas mães com menor escolaridade;
5. Crianças com mais de 28 dias: predomínio de patologias infecciosas (respiratórias)

Internamento:

Admitidos da sala de partos (UCIN e UCEN: 128); admitidos do exterior (126)

1. Factores determinantes de internamento: prematuridade, baixo peso, gemelaridade, idade de risco da mãe, consumos maternos, gravidez não vigiada,
2. Factores determinantes de internamento da sala de partos: prematuridade, baixo peso, idade de risco da mãe, mãe diabética, baixa escolaridade
3. Factores determinantes de internamento externo: sexo masculino e baixa escolaridade de um dos progenitores
4. Maior mortalidade nos imigrantes admitidos do exterior (posteriores)
5. Predomínio das patologias infecciosas e respiratória

5. Mortalidade perinatal

A classificação dos óbitos foi semelhante à adoptada, em 2004, pelo grupo de estudo da Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes da Direcção Geral de Saúde de modo a poder comparar os resultados deste estudo com os nacionais (DGS 2004).

Assim, considerou-se um período perinatal alargado que inclui os fetos mortos a partir das 24 semanas completas de gestação e os nados vivos falecidos com idade inferior a 28 dias de vida.

Na mortalidade neonatal precoce incluem-se os óbitos ocorridos entre o nascimento e o sétimo dia de vida e na mortalidade neonatal tardia, os ocorridos entre o 7º e o 28º. A mortalidade infantil inclui os óbitos no primeiro ano de vida.

De modo a analisar as causas de morte e determinar as evitáveis, utilizou-se a Classificação de Wigglesworth modificada por grupos e subgrupos: Grupo 1 – Óbitos antes do início do trabalho de parto; Grupo 2 – Anomalias congénitas; Grupo 3 – Causas associadas à imaturidade/parto pretermo (PPT); Grupo 4 – Asfixia ocorrida durante o trabalho de parto; Grupo 5 – Situações específicas não incluídas nos outros grupos.

Houve 20 óbitos na população estudada: 10 fetos mortos e 10 mortes pós-natais das quais 6 neonatais precoces, 3 neonatais tardias e 1 pós-natal aos 6 meses de idade.

A mortalidade infantil foi, assim, de 5‰ e a perinatal de 9,6‰. Verifica-se que cerca de metade dos casos são classificados no Grupo 1 de Wigglesworth, sendo metade destes por patologia materna (quadro 56).

Desconhece-se a causa de morte aos 6 meses de idade sendo a hipótese mais provável de doença genética em família com história de alterações visuais e défice mental.

No quadro 57 comparam-se os dados nacionais e da Região de Lisboa e Vale do Tejo em 2004 com os da população estudada, verificando-se uma maior incidência nos grupos 1, 2 e 4 na região de Amadora/Sintra.

Quadro 56 – Causas de morte segundo a classificação de Wigglesworth modificada

Grupos de causas de morte	Subgrupos	Nº óbitos	%
1 – Antes do início do trabalho de parto;	Patologia materna: HTA, infecção e outras	5	
	Patologia do cordão	2	
	SPMF	1	
	Outras	2	
	Subtotal	10	52,6%
Grupo 2 – Anomalias congénitas	Hérnia diafragmática/hipoplasia pulmonar grave	1	
	Cardiopatia complexa	2	
	Subtotal	3	15,8%
Grupo 3 – Associadas à imaturidade/PPT	DMH	4	
	Subtotal	4	21,0%
Grupo 4 – Asfixia durante o trabalho de parto		2	10,6%
Grupo 5 – Situações não incluídas nas anteriores		-	
Total		19	100%

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Quadro 57 – Causas de morte segundo Wigglesworth em Portugal, LVT e Amadora/Sintra

Grupos de causas de morte	Portugal %	LVT %	HFF %
1 – Antes do início do trabalho de parto;	45,5	47,2	52,6
2 – Anomalias congénitas	14,6	10,1	15,8
3 – Associadas à imaturidade/PPT	21,1	27,1	21,0
4 – Asfixia durante o TP	7,4	5,0	10,6
5 – Não incluídas nas anteriores	11,4	10,6	-

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Em 10 (50%) dos óbitos, foi diagnosticada patologia materna: eclampsia (2), infecção (1), doença crónica (1), anemia grave (1), diabetes (1), défice mental (1), febre reumática (1), trombocitopénia idiopática (1) e hepatite C (1).

Foram realizadas 10 (50%) autópsias com os seguintes achados: 1 síndrome polimalformativa, 1 hemorragia intraventricular, 2 com sinais sugestivos de asfixia por circular do cordão e 3 fetos macerados. Em 3, não se encontraram alterações.

Estudaram-se ainda as causas de morte considerando os dois grupos de estudo¹³ (quadro 58).

Quadro 58 – Causas de morte segundo Wigglesworth por Grupos de estudo

Grupos de causas de morte	Subgrupos	Filhos de imigrantes N= 843	Filhos de portugueses N= 1121
1 – Antes do início do trabalho de parto;	Patologia materna:		
	HTA, infecção e outras	4	1
	Patologia do cordão	-	2
	SPMF	-	1
	Outras	1	1
	Subtotal	5	5
Grupo 2 – Anomalias congénitas	Pulmonar	1	-
	Cardiovascular	-	2
	Subtotal	1	2
Grupo 3 – Associadas à imaturidade/PPT	DMH	3	1
	Subtotal	3	1
Grupo 4 – Asfixia durante o trabalho de parto	Subtotal	2	-
Grupo 5 – Situações não incluídas nas anteriores			
Mortalidade perinatal			
Taxa por mil		13,0	7,1

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

¹³ Grupo I – 838 de pais imigrantes e Grupo II – 1097 de pais portugueses.

De salientar a seguinte origem dos imigrantes: Guiné Bissau (5), Cabo Verde (3), Angola (1), S. Tomé e Príncipe (1), e Roménia (1). Considerando os números de imigrantes destes países, a mortalidade dos oriundos da Guiné é muito superior à dos outros.

Quanto à história perinatal dos dois grupos houve uma diferença significativa nos filhos de imigrantes relativamente à gravidez não vigiada, prematuridade e risco social (quadro 59).

Quadro 59 – História perinatal

Factores de risco	Filhos de imigrantes N=11	%	Filhos de portugueses N=8	%	P
Gravidez não vigiada	3	27,3	1	12,5	<0,05
Idade materna					<0,05
<18 ou > 35 anos	3	27,3	2	25,0	
Patologia materna	5	45,5	3	37,5	<0,05
Idade gest < 37SG	8	72,8	4	50,0	<0,05
Id gest < 28SG	4	36,4	1	12,5	<0,05
Sexo M	3	27,3	6	75,0	<0,05
Cesariana	4	36,4	3	50,0	<0,05
ACIU	2	18,1	2	25,0	<0,05
Risco social	7	63,6	3	37,5	<0,05
Paridade >= 3	4	36,4	2	25,0	<0,05

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Dado o pequeno número estudado, não é possível analisar as diferenças quanto aos factores perinatais entre o Grupo I e II segundo a classificação de Wigglesworth excepto no grupo da morte antes do início do trabalho de parto.

Neste grupo há 5 fetos mortos filhos de pais imigrantes e 5 de pais portugueses, verificando-se maior percentagem de gravidez não vigiada (2/1), patologia materna (4/1), prematuridade (5/3) e risco social (4/2) no primeiro grupo.

Síntese

1. Mortalidade perinatal: 9,6 ‰
 - a. Filhos de imigrantes: 13‰
 - b. Filhos de portugueses: 7‰
2. Óbitos antes do início do trabalho de parto: 52,6%
3. Óbitos associados à imaturidade: 21,1%
4. Factores de risco da mortalidade perinatal
 - a. Gravidez não vigiada: imigrantes 27,1% versus portugueses 12,5%
 - b. Patologia materna: imigrantes 45,5% versus portugueses 37,5%
 - c. Risco social: imigrantes 63,6% versus portugueses 37,7%

6. Seguimento dos Filhos de Imigrantes em Cuidados de Saúde primários – Centros de Saúde

Das 831 crianças filhas de imigrantes (excluídos os falecidos no período perinatal), 787 foram identificadas por cada um dos Centros de Saúde de Amadora e Sintra, pela área de residência das famílias. (Quadro 60).

Quadro 60 – Distribuição por Centro de Saúde

Centros de Saúde	Identificados pelo HFF
Concelho da Amadora	
Amadora	56
Reboleira	87
Venda Nova	107
Concelho de Sintra	
Algueirão/Mem Martins	117
Cacém	141
Pêro Pinheiro	15
Queluz	157
Rio de Mouro	77
Sintra	30
Total	787

Fonte: Serviço de Informática do HFF e Centros de Saúde, 2005 e 2006

Foram contactados os Directores dos nove Centros de Saúde dos dois Concelhos e obtiveram-se respostas de sete CS e de uma das 4 extensões de outro, através das Enfermeiras Coordenadoras de Saúde Infantil.

Do total de 787, não foram incluídos 218 dos CS de Algueirão e de 3 extensões do Cacém, por ausência de resposta e 234 por não terem sido identificados no CS atribuído.

Os dados obtidos referem-se ao seguimento de 346 crianças que correspondem a 41,6% dos 831 filhos de imigrantes estudados.

Houve uma procura mais intensa do CS na primeira semana de vida para a realização do rastreio metabólico (“Teste do pézinho”) e 82,2% dos RN tiveram uma consulta de enfermagem nas duas primeiras semanas de vida (Quadro 61).

Uma percentagem importante de famílias não tem médico atribuído, verificando-se que 26,2% das crianças não tiveram consulta de saúde infantil nos primeiros meses de vida. Também a idade da primeira consulta médica foi muito variável e em mais de um terço das crianças ocorreu apenas no 2º mês de vida (Quadros 62 e 63).

Quadro 61 – Idade da primeira ida ao CS e 1ª consulta de enfermagem

	Nº de crianças N = 346	%
Rastreio neonatal (4º a 7º dia)	346	100
Idade da 1ª consulta de enfermagem		
<15 dias	275	79,5
> = 15 e <30 dias	15	4,3
> = 30 e <60 dias	8	2,3
> = 60 dias	10	2,9

Fonte: Informação recolhida nos Centros de Saúde dos Concelhos de Amadora e Sintra, 2005 e 2006
Desconhecidos – 38

Quadro 62 – Crianças com e sem Médico de Família Atribuído

Centros de Saúde	Nº total de crianças N = 346	%
Com Médico Atribuído	260	75,1
Sem Médico Atribuído	86	24,9

Fonte: Informação recolhida nos Centros de Saúde dos concelhos de Amadora e Sintra, 2005 e 2006

Quadro 63 – Idade da primeira Consulta Médica

Idade da primeira consulta com o Médico (dias)	Nº de crianças N = 346	%
Com médico atribuído	260	
<15	58	16,8
> = 15 e <30	105	30,3
> = 30 e <60	75	21,7
> = 60 e <90	10	2,9
> = 90	12	3,5

Fonte: Informação recolhida nos Centros de Saúde dos concelhos de Amadora e Sintra, 2005 e 2006

Como já referido, a consulta de enfermagem é relativamente precoce e o acesso aos profissionais de enfermagem mais facilitado, o que determinou que 90 crianças (38,1%) fossem seguidas em várias consultas de enfermagem antes da primeira consulta médica (Quadro 64).

Quadro 64 – Frequência de consultas de Enfermagem anteriores à consulta médica

Número de Consultas	Nº de crianças N = 346	%
1	31	35,4
2	39	43,3
3	16	17,8
>3	4	4,4

Fonte: Informação recolhida nos Centros de Saúde dos concelhos de Amadora e Sintra
Desconhecidos – 172

Quanto ao aleitamento materno, apenas 7 mães nunca amamentaram. Das 258 crianças amamentadas, 40% ainda mantinham leite materno exclusivo aos 3 meses de idade (quadro 65).

Quadro 65 – Aleitamento Materno exclusivo

	Nº de crianças N = 346	%
Sem aleitamento Materno	7	2,0
Com aleitamento materno	274	79,2
Duração exclusivo (dias)		
<15	20	7,3
> = 15 e <30	28	10,2
> = 30 e <60	63	23,0
> = 60 e <90	31	11,3
> = 90	116	42,3
Duração desconhecida	16	5,8

Fonte: Informação recolhida nos Centros de Saúde dos concelhos de Amadora e Sintra, 2005 e 2006
Desconhecidos – 65

Na maioria das crianças, o Plano Nacional de Vacinação estava actualizado aos 6 meses e apenas 11,0% tinham uma dose em atraso de um a dois meses (quadro 66).

Quadro 66 – Plano Nacional de Vacinação aos 6 meses

	Nº de crianças N = 346	%
PNV actualizado	245	70,8
Sem PNV actualizado	38	11,0

Fonte: Informação recolhida nos Centros de Saúde dos concelhos de Amadora e Sintra, 2005 e 2006
Desconhecida – 63

O papel dos profissionais de enfermagem é especialmente importante na orientação do aleitamento materno, verificando-se que as mães com maior número de consultas de enfermagem, amamentaram durante um período mais longo (quadro 67).

Quadro 67 – Consultas de Enfermagem anteriores à consulta médica/Dias de amamentação

Número de consultas de enfermagem anteriores à consulta médica	Dias de amamentação (média)
1	60,1
2	62,0
3	81,3
4	133,0

Fonte: Informação recolhida nos Centros de Saúde dos concelhos de Amadora e Sintra, 2005 e 2006

Observou-se ainda que 76 filhos de imigrantes que procuraram a urgência pediátrica do HFF antes dos 28 dias de vida, não tinham qualquer seguimento, médico ou de enfermagem, nos CS até essa data.

Desse grupo, verificou-se que 16 recém-nascidos tiveram a primeira consulta médica depois de 1 mês de idade e 13 não tinham médico atribuído no CS.

Síntese

1. Amostra: 41,6% dos filhos de imigrantes
2. Razão maioritária da 1ª ida ao Centro de Saúde: rastreio metabólico (“Teste do pézinho”)
3. Consultas de enfermagem nas duas primeiras semanas: 82,2%
4. Sem médico atribuído: 24,9%
5. Consulta de Saúde Infantil no primeiro mês: 47,1%
6. Consultas de enfermagem antes da 1ª consulta médica: 38,1%
7. Aleitamento materno aos 3 meses: 42,3%
8. Plano Nacional de Vacinação actualizado aos 6 meses: 70,6%

7. A influência do contexto sociomaterial na saúde das crianças no concelho da Amadora¹⁴

Implementou-se um sistema de informação geográfica (SIG) para o concelho da Amadora, que inclui toda a informação relativa às famílias dos RN e outra relacionada com os equipamentos de saúde, espaços verdes e de recreio e serviços de apoio familiar disponíveis no concelho; obti-

¹⁴ Dada a complexidade envolvida da construção do Sistema de Informação Geográfica apenas foi possível desenvolvê-lo para o caso dos recém-nascidos no HFF cujas mães tinham residência no concelho da Amadora.

da através da geocodificação das moradas dos pais, bem como as moradas/direcções dos serviços e infra-estruturas referidos (conferir objectivos e métodos).

Este sistema de informação permite, por um lado, conhecer o ambiente físico e social – características das unidades de alojamento, aspectos de proximidade a equipamentos de saúde, desportivos, escolares e espaços verdes – que fez parte da gestação do RN em estudo; por outro lado, ele permite também avaliar o tempo de deslocação entre a habitação dos pais e o hospital ou o centro de saúde a que este pertence. Por último, o sistema de informação implementado permitirá repensar a optimização dos equipamentos de saúde – fornecendo resposta à questão “o centro de saúde que serve determinado recém-nascido será o mais próximo da sua residência, em termos de tempo?”.

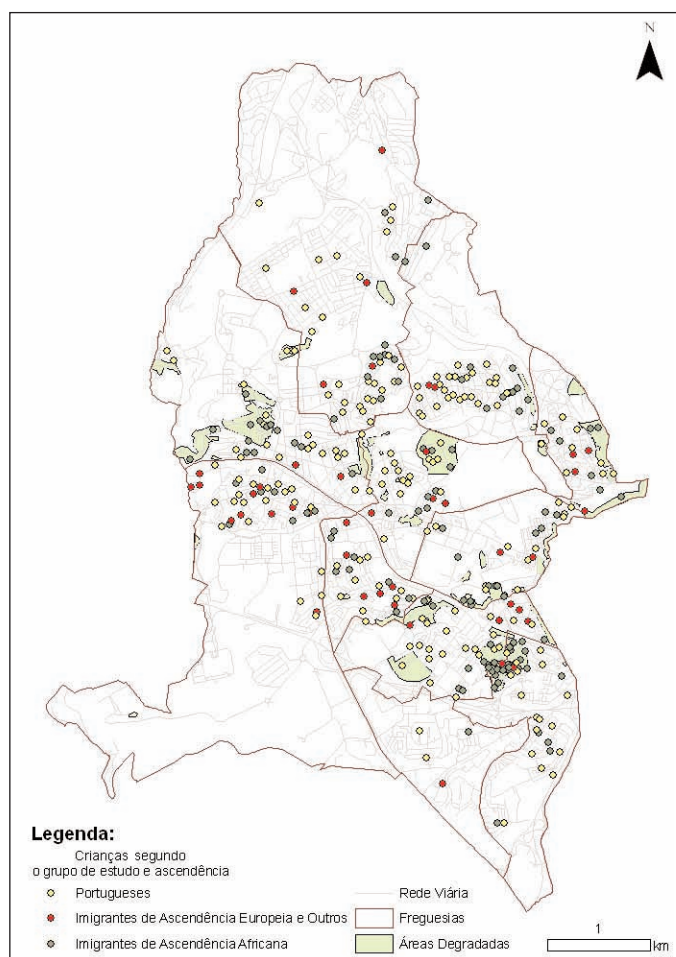
Em síntese, pretendem destacar-se neste capítulo as características do contexto sociomaterial presentes durante a gestação do RN e nos primeiros meses de vida.

7.1. Áreas de residência das famílias

No concelho da Amadora moram 539 famílias de RN incluídos neste estudo, dos quais 114 (21,2%) residem em área de núcleos degradados, incluídos no Programa Especial de Realojamento (PER). Dos 539 RN, 288 (53,4%) são filhos de pai e mãe portugueses e 251 (46,6%) filhos de pai ou mãe imigrante (nacionalidade não portuguesa). Destes, 72,1% são de ascendência africana.

A figura 21 mostra a localização das crianças no concelho da Amadora, segundo os grupos de estudo, a sua ascendência e a localização das áreas degradadas. A análise da figura permite sublinhar:

1. A relativa concentração de imigrantes de ascendência africana em núcleos degradados incluídos no PER ou a 5 metros destes (encontram-se nestas situações 39,2% das crianças de ascendência africana);
2. A formação de um cluster espacial de imigrantes de ascendência africana na Cova da Moura e um, menos visível, no Bairro de Santa Filomena e na sua proximidade.

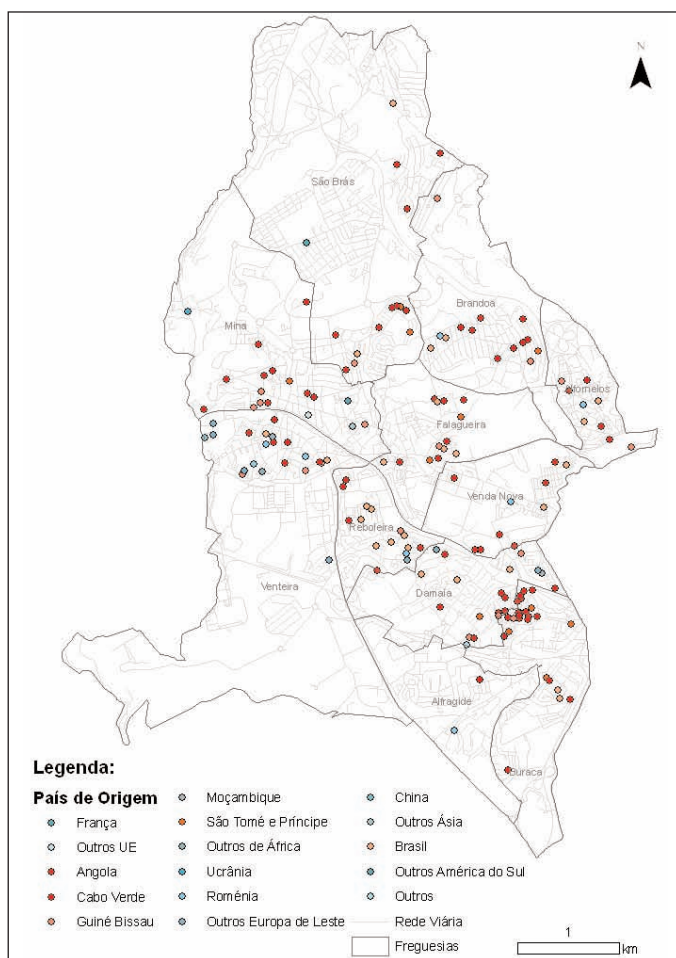


Fonte: Elaborado a partir de dados do inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Figura 21 – Localização das residências das famílias dos recém-nascidos segundo os grupos de estudo e a ascendência.

A figura 22 apresenta o país de origem dos progenitores, no grupo de imigrantes. Destaque para países de origem predominante das mães (mais de 10 mães provenientes de determinado país), assinalando a importância das imigrantes de ex-colónias portuguesas, nomeadamente de alguns paí-

ses africanos – Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, S. Tomé e Príncipe – e ainda do Brasil. A figura revela a existência de um padrão espacial da imigração em função do seu país de origem, concretamente concentração de mães provenientes do Brasil na freguesia da Reboleira e de Cabo Verde na freguesia da Buraca (em particular no bairro da Cova da Moura e arredores).



Fonte: Elaborado a partir de dados do inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006

Figura 22 – País de origem das mães

7.2. *Oferta e utilização de serviços de saúde públicos*

A localização das unidades de saúde no concelho da Amadora revela uma concentração de centros de saúde e extensões no sudeste do concelho, sobretudo ao longo da via-férrea. O norte do concelho encontra-se desprovido destes equipamentos, que são inexistentes nas freguesias de S. Brás e Mina, bem como nas freguesias de Falagueira, Alfozinhos e Alfragide. Porém, as três últimas freguesias encontram-se próximas de centros de saúde (ou extensões) de freguesias vizinhas, o que não acontece nas duas primeiras e, muito particularmente, em S. Brás, freguesia que não possui nenhum CS ou extensão na sua proximidade.

O HFF localiza-se a sudoeste do concelho de Amadora, na freguesia de Venteira, próximo do concelho de Sintra, numa área bem servida pelas vias nacionais, nomeadamente através do acesso directo à IC19.

7.2.1. *Acesso e Utilização dos Centros de Saúde*

O inquérito realizado nos Centros de Saúde, no âmbito deste estudo, foi dirigido apenas aos RN filhos de Imigrantes. Deste modo na análise da utilização dos centros de saúde por parte dos RN, foram apenas considerados os 251 RN pertencentes ao grupo dos imigrantes. Por outro lado, uma vez que a informação relativa à utilização do Centro de Saúde pela mãe durante a gestação, foi obtida junto a esta no Hospital, sem ter em conta o grupo a que pertencia, foram consideradas as 539 mães com residência no concelho da Amadora.

Das 236 crianças filhas de pais imigrantes que procuraram o CS, 46,6% (110) não utilizaram o centro de saúde mais próximo da sua residência, tendo optado por unidades de cuidados de saúde primários mais distantes. Tal poderá ser explicado pelas iniciativas de alguns centros de saúde nestas comunidades, de que é caso ímpar o Centro de Saúde da Venda Nova.

No mesmo grupo de crianças, 118 (50%) deslocaram-se também à urgência ou foram internados no hospital. Esta percentagem não difere muito quando se consideram as que não procuraram o CS: 303 crianças, filhas de pais portugueses e de pais imigrantes, não se dirigiram a um cen-

tro de saúde, 149 (49,2%) dirigiram-se à urgência ou foram internadas no hospital.

Constata-se ainda que nenhuma criança procurou as extensões de saúde da Damaia e Brandoa, apesar de muitas mães o terem feito durante a gestação, como se verá posteriormente.

Por último, os números anteriores colocam ainda a questão, aparentemente paradoxal, do motivo que faz com que uma criança que reside a 107m da extensão de saúde da Brandoa procure o centro de saúde da Venda Nova, ou uma criança que se encontre na proximidade da extensão de saúde da Damaia (112m), se desloque ao CS da Reboleira. A razão deve prender-se com factores que minimizam a importância da distância na procura de cuidados, nomeadamente, a maior eficácia dos cuidados, a maior acessibilidade - cultural, organizacional, tempo de espera – a localização do trabalho da mãe ou do pai, ou outros. Parece então que a distância não é um factor determinante da procura dos centros ou extensões de saúde.

Como se referiu anteriormente, conclui-se pela maior distância às unidades de CSP das crianças residentes em S. Brás. A maior distância de uma criança aos CSP é de 3297m (distância média de 750m e desvio-padrão de 524m). Deve ainda assinalar-se que a distância da residência das crianças aos CS aumenta de sul para norte, o que decorre igualmente da localização das unidades de CSP, preferencialmente a sudeste do concelho, ao longo da linha de caminho-de-ferro.

Em relação ao tempo de percurso¹⁵ (figura 23) verifica-se que a maioria das crianças se encontra a menos de 2 minutos de um centro de saúde ou extensão, registando-se apenas uma criança a mais de 4 minutos (5 minutos) de um CS. Este reside no norte da freguesia de São Brás, deslocando-se ao CS da Amadora – Edifício A.

Tendo em conta as unidades de Cuidados de Saúde Primários (CSP) mais próximas de cada uma das crianças que nasceu no HFF no período em estudo e a área de influência dos mesmos, verifica-se uma distribuição irregular pelos Centros de Saúde e Extensões (quadro 68 e figura 24), uma

15 O tempo de percurso em veículo motorizado foi calculado unicamente atendendo ao valor definido pelo código da estrada em função do tipo de via, não tendo tido em conta o tempo de espera devido a engarrafamentos.

vez que a média de no vas crianças por cada unidade de CSP seria de 77. Tal deve-se à distribuição das crianças pelo espaço do concelho de Amadora.

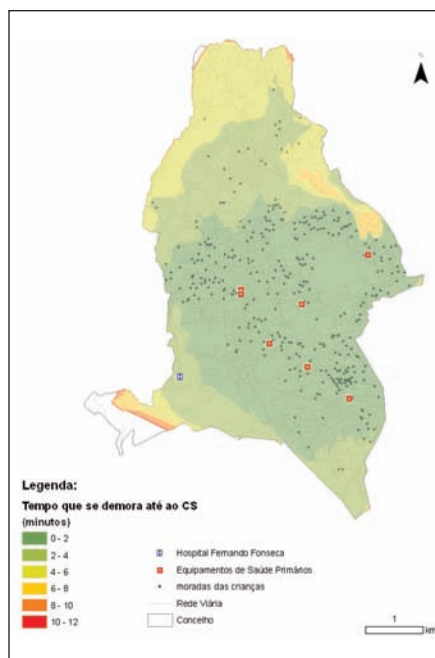


Figura 23 – Distância aos CS (minutos)¹⁶

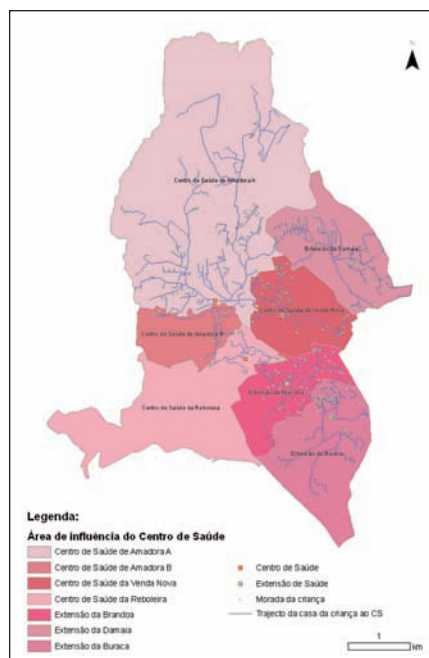


Figura 24 – Área de Influência Geográfica dos CS

Fonte: Elaborado a partir de dados do inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006 e dados disponibilizados pela Câmara Municipal de Amadora.

Tal como anteriormente se referiu, as unidades de CSP encontram-se concentradas no sul do concelho, não traduzindo a necessidade e procura actual dos mesmos. Deste modo, é perfeitamente plausível que o CS de Amadora A, a norte do caminho-de-ferro, e a extensão da Brandoa sejam as unidades que devem ter mais crianças a seu cuidado, uma vez que são os dois equipamentos de saúde primários localizados mais a norte.

¹⁶ Uma vez que a rede viária utilizada no SIG é respeitante apenas ao Concelho de Amadora, as vias que permitem o acesso às unidades de saúde da Amadora por concelhos vizinhos não são utilizadas nesta análise.

Quadro 68 – Número de crianças a atender por cada CS ou E xtensão.

Centro de Saúde ou Extensão	Nº de crianças
Centro de Saúde Amadora A	187
Centro de Saúde Amadora B	16
Centro de Saúde Reboleira	38
Centro de Saúde Venda Nova	73
Extensão da Damaia	83
Extensão da Buraca	48
Extensão da Brandoa	94

Fonte: Elaboração Própria a partir de informação recolhida nos Centros de Saúde 2005/2006.

A taxa de utilização dos Centros de Saúde por parte das mães é muito inferior à identificada para as crianças, sendo esta de 18,7% (101 mães dirigiram-se ao centro de saúde no período de gestação mas apenas 80 se dirigiram a um centro de Saúde de Amadora). Todavia, analisada a utilização considerando os grupos em estudo, verificam-se diferenças: 15,6% das mães portuguesas e 22,3% das mães imigrantes.

Quadro 69 – Mães e Filhos segundo a utilização dos Centros de Saúde

		Valor	%
Não Foram	Mãe e Filho não foram ao CS	195	36
Foram	Mãe e Filho foram ao CS	53	9
	Mãe e Filho foram ao CS mais próximo da sua morada	14	26
	Mãe foi ao CS mais próximo da sua morada mas o Filho não	17	32
	Filho foi ao CS mais próximo da sua morada mas a Mãe não	14	26
	Mãe e Filho não foram ao CS mais próximo da sua morada	8	15
	Mãe foi ao CS	101	19
	Mãe foi ao CS mais próximo da sua morada	63	63
	Mãe não foi ao CS mais próximo da sua morada	38	38
	Filho foi ao CS	190	35
	Filho foi ao CS mais próximo da sua morada	89	47
	Filho não foi ao CS mais próximo da sua morada	101	53

Fonte: Elaborado a partir de informação recolhida nos Centros de Saúde do concelho da Amadora e a partir de dados do inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006.

Contrariamente à situação verificada com as crianças, cerca de 40% das mães que utilizou o CS procurou a unidade mais próxima da sua residência.

O quadro 69 resume algumas das conclusões sugeridas pela análise efectuada à utilização dos centros de saúde¹⁷, tendo em conta apenas as mães e filhos imigrantes. Considerando a utilização conjunta de filho e mãe, verifica-se que esta ocorreu apenas para 22,5% dos casos (53 casos); destas, 15% não utilizaram o CS mais próximo da sua residência. O quadro permite também verificar que quase 5% das mães e crianças do grupo Imigrantes não utilizou o CS.

¹⁷ Estes valores foram obtidos analisando simultaneamente 3 campos: o centro de saúde procurado pela mãe durante a gestação, o centro de saúde utilizado pelo filho e o centro de saúde mais próximo da morada destes.

Como tinha sido referido anteriormente, a proximidade ao CS parece ser um factor da procura/utilização destes serviços mais determinante pela mãe no seguimento da gestação do que da procura/utilização pela mãe relativamente à criança. Atendendo à utilização da mãe e da criança, verifica-se que 60,7% das mães utilizaram o CS mais próximo da sua residência, percentagem que não ultrapassou os 50% quando se consideram as crianças.

A análise conjunta da informação apresentada anteriormente revela que nem sempre existe uma relação apodítica entre a proximidade e a utilização dos CSP pelas mães das crianças. Os motivos que levam as mães das crianças a deslocar-se a unidades de saúde mais afastadas, preferindo as mais próximas (casos de extensões) poderá ser explicado por factores anteriormente referidos, que minimizam a importância da distância na procura de cuidados como, por exemplo, a maior eficácia dos cuidados de saúde e a maior acessibilidade – cultural, organizacional, tempo de espera e a organização das consultas de saúde infantil.

Todavia, dadas as características do concelho da Amadora (alta densidade populacional, pequena extensão territorial), a proximidade entre os equipamentos e a população é uma realidade que deve ser destacada: a distância aos centros de saúde das unidades de alojamento das crianças que já os utilizaram é, em média, 737 metros.

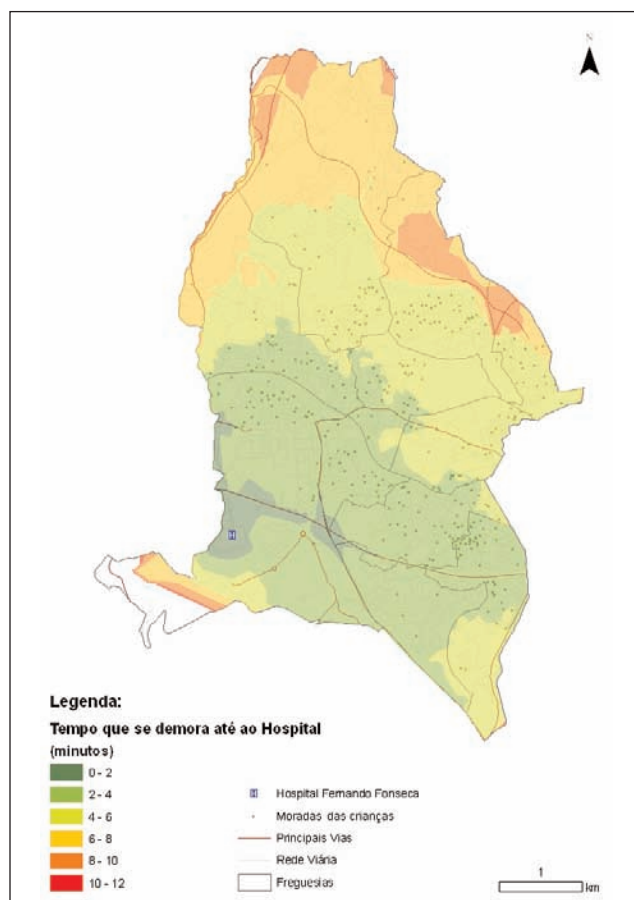
7.2.2. Acesso e Utilização do Hospital Fernando Fonseca

Em relação ao Hospital Fernando Fonseca (HFF), verifica-se que 7 crianças residem a uma distância-tempo superior a 7 minutos, registando-se tempos de percurso superiores a 5 minutos para 96 crianças¹⁸.

¹⁸ O tempo de percurso em veículo motorizado foi calculado unicamente atendendo ao valor definido pelo código da estrada em função do tipo de via, não tendo tido em conta o tempo de espera devido a engarrafamentos.

A figura 25 revela a menor acessibilidade ao hospital pela população das freguesias da Brandoa, a norte da IC16, e de S. B rás, situação semelhante à evidenciada no mapa de distância ao Centro de Saúde.

Figura 25 – Distância ao Hospital Fernando Fonseca (minutos)



Fonte: Elaborado a partir de dados do inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006.

O HFF foi procurado por cerca de metade das crianças residentes no concelho de Amadora (267). D estas, 25% (67), dirigiram-se à urgência tendo sido posteriormente internadas; 64% (170) foram atendidas apenas na urgência e 11% (30) foram internadas sem terem passado pela urgência.

Relativamente às 236 crianças que utilizaram o CS ¹⁹, verifica-se que 39 tiveram internamento hospitalar (16,5%) e 107 foram atendidas na urgência do hospital (45,3%); 28 foram ao CS, à urgência e ficaram internadas (11,9%). Já das crianças que não foram ao CS (15), apenas uma se dirigiu à urgência e quatro foram internadas, o que representa mais de um quarto deste grupo de crianças (26,7%).

Em relação ao tipo de serviços de saúde utilizados, verifica-se que 294 crianças procuraram cuidados de saúde diferenciados (hospital público, clínicas e consultórios privados), correspondendo a 55% do total de crianças com morada no concelho da Amadora. Destas, 257 (87%) foram atendidas exclusivamente num hospital público (HFF); 10 utilizaram o hospital público (HFF) e simultaneamente os serviços privados (consultórios e clínicas); 27 utilizaram exclusivamente os serviços privados. Das 37 crianças que utilizaram serviços privados, apenas 10,8% (4) residem no interior ou grande proximidade de núcleos degradados (duas moram num núcleo degradado e outras duas moram a menos de 5 metros de um núcleo degradado).

Pode então concluir-se que para além das utilizações nos CSP, 55 em cada 100 crianças estudadas utilizou cuidados de saúde diferenciados, maioritariamente o HFF. Esta unidade oferece uma boa acessibilidade à população do concelho da Amadora, em especial à que se localiza a sudoeste, verificando-se que os tempos de percurso em transporte privado da residência da criança a esta unidade de saúde nunca excedem os 10 minutos (S. Brás), sendo quase sempre inferiores a 5 minutos, facto que talvez possa explicar a elevada utilização do HFF. Verificou-se que o HFF foi procurado/utilizado na urgência por crianças, independentemente de

19 Uma vez que a informação relativa à utilização do Centro de Saúde foi apenas recolhida no caso dos RN pertencentes ao grupo Imigrantes, foram apenas considerados os 251 RN filhos de pais Imigrantes.

terem ou não procurado/utilizado o CS. Em cada 100 crianças que utilizou o CS, 46 utilizou as urgências do HFF e 18 sofreu internamento hospitalar.

A distância aos serviços utilizados parece não ser determinante para a sua utilização. O HFF não é escolhido, apenas, pela população que vive mais próximo. De facto, considerando apenas as crianças que tiverem utilizações no serviço de urgência do HFF, verifica-se que as distâncias ao hospital (média = 2879; desvio-padrão de 769m; máxima = 5248m) são superiores às distâncias anteriormente calculadas para os CS. Ou seja, as crianças que utilizaram a urgência encontravam-se mais próximas de um CS ou Extensão (média: 771m; desvio-padrão = 523m; máxima = 3296m) do que do HFF.

Podemos, então, concluir que a principal razão da procura/utilização da urgência do HFF parece não ser a proximidade da residência relativamente a esta unidade (ou a maior distância da residência ao CSP). Poder-se-ão incluir outras razões como a percepção da gravidade da doença, não ter médico de família atribuído, etc.

7.3. Distância da residência das famílias aos equipamentos de apoio, espaços verdes, desporto e lazer

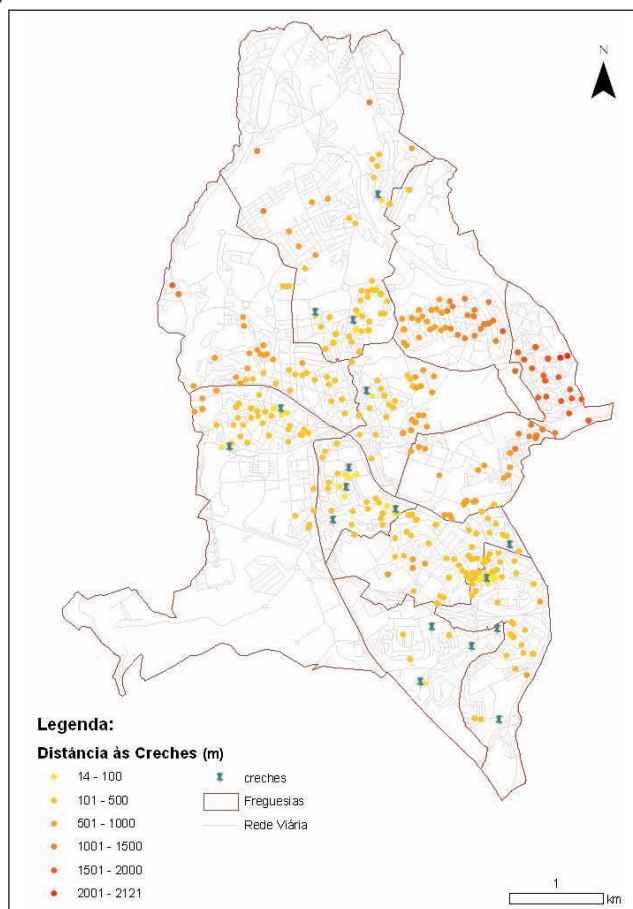
Foram considerados, nesta análise, os equipamentos escolares mais utilizados pelas crianças nos seus primeiros anos de vida – creches, jardins-de-infância e escolas do 1º ciclo de ensino básico (EB) – para além dos espaços verdes, desporto e lazer.

Das 18 creches conhecidas no concelho da Amadora, verifica-se que 50% (9) são privadas, 39% (7) são IPSS e apenas 11% (2) são da rede pública, pelo que se conclui pelo peso preponderante das instituições privadas (figura 26).

Atendendo somente às crianças que nasceram no HFF, e considerando o número de creches existentes, verifica-se que no período em análise, estas poderão ter representado um aumento de quase 30 crianças por creche, caso todas tivessem sido colocadas pelos pais nestes equipamentos. Partindo do pressuposto que o número máximo de crianças por sala varia

entre 15 e 20, este aumento indica a necessidade de cada creche existente possuir, no mínimo, mais duas salas, apenas para acolher as nascidas no HFF residentes na Amadora, no período de estudo (seis meses).

Figura 26 – Distância a creches



Fonte: Elaborado a partir de dados do inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006 e dados disponibilizados pela Câmara Municipal de Amadora.

A figura 26 revela ainda a situação de precariedade das freguesias de Alfofnelos, Mina, Brandoa e Venda Nova, desprovidas destes equipamentos, principalmente se considerarmos que residem nestas freguesias 41%

das crianças em estudo (nascidos no HFF e residentes na Amadora). Situação oposta evidencia-se em Alfragide, freguesia que possui 4 creches e apenas 4 crianças nascidas no HFF, facto que possivelmente decorre de grande parte das crianças desta freguesia terem eventualmente nascido em hospitais de Lisboa. Relativamente às distâncias, verifica-se uma variação entre 14m e 2121m e uma distância média de 514m (desvio-padrão de 452m).

A figura 27 mostra a maior distância aos equipamentos desportivos das famílias residentes na freguesia de S. Brás, sobretudo a norte. A distância a estes equipamentos varia entre 35 e 1493m (distância média de 364m, desvio-padrão de 242m).

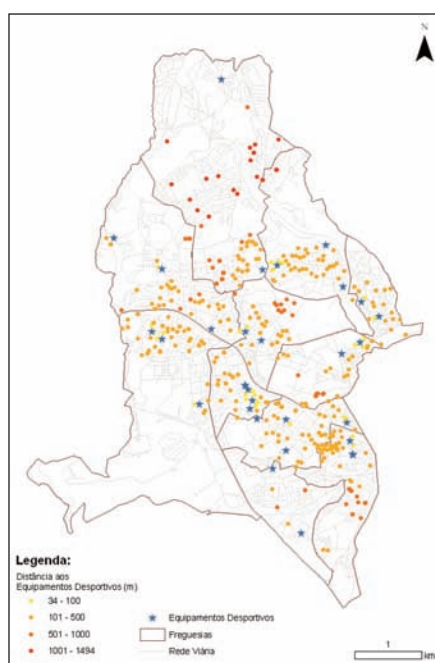


Figura 27 – Distância aos Equipamentos Desportivos

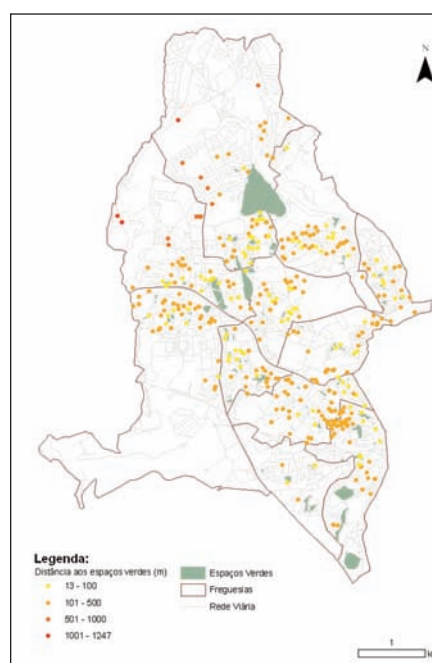


Figura 28 – Distância aos espaços verdes

Fonte: Elaborado a partir de dados do inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006 e dados disponibilizados pela Câmara Municipal de Amadora.

Relativamente aos espaços verdes, representados na figura 28, regista-se uma variação da distância entre um mínimo de 13m e um máximo de 1247m, verificando-se maiores distâncias no noroeste do concelho. A distância média apresenta um valor baixo (107m, desvio-padrão de 139m).

Considerando ideal possuir um espaço verde a menos de 500 m da residência, conclui-se que esta situação apenas não se verifica para 15 crianças. Uma vez mais, estes residem no norte da freguesia de S. Brás e ainda no norte da Mina.

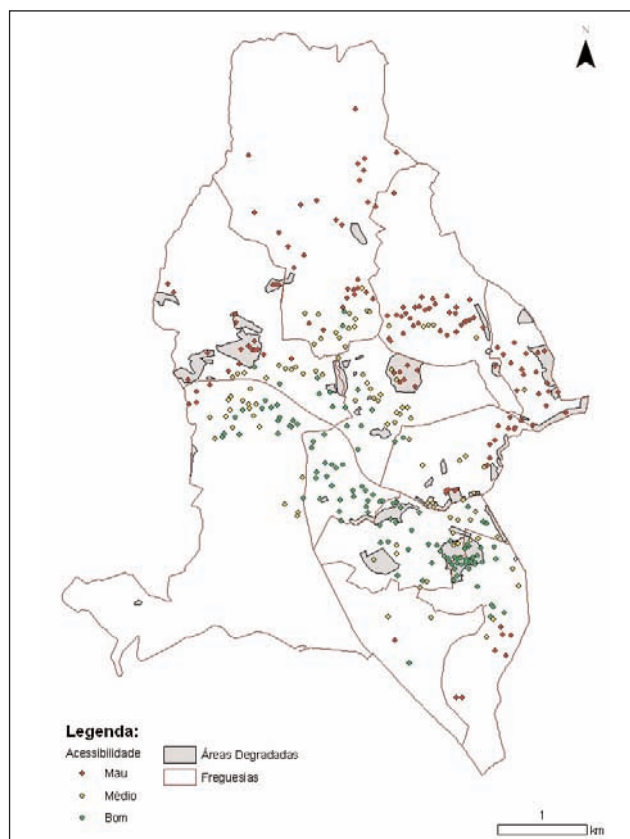
7.4. Modelo de acessibilidade a equipamentos de saúde e outros de apoio à família, espaços verdes, desporto e lazer

A acessibilidade aos equipamentos/serviços públicos é um dos indicadores que pode caracterizar a qualidade da área em que determinado unidade de alojamento se insere, melhorando a qualidade ambiental com o aumento da acessibilidade. Na figura 29 observa-se a acessibilidade das famílias a um conjunto de equipamentos e serviços anteriormente considerados de forma individual.

A análise desta figura permite verificar a diminuição progressiva da acessibilidade de uma área central, para norte: os melhores valores surgem a sul da linha-férrea e em toda a sua proximidade; os piores valores marcam as áreas degradadas do norte do concelho e toda a freguesia de São Brás. Esta, juntamente com Brandão, a norte, Alfovelos e Venda Nova (no centro) são as freguesias de menor acessibilidade ao conjunto de equipamentos e serviços considerados no modelo. Dos RN residentes nestas freguesias, apenas cinco possuem boa acessibilidade aos equipamentos em questão.

Por outro lado, verifica-se que nem sempre há discordância entre áreas de melhor acessibilidade e áreas degradadas, de que é exemplo a Buraca. Assinala-se, que a Cova da Moura possui uma boa acessibilidade, apesar de ser considerada um núcleo degradado. Esta situação decorre deste bairro possuir vários equipamentos de apoio à família nos primeiros anos de vida da criança, ao contrário do que acontece noutros núcleos degradados.

Figura 29 – Acessibilidade a equipamentos de apoio à família, saúde e de desporto e lazer.



Fonte: Elaborado a partir de dados do inquérito directo efectuado no HFF, 2005/2006 e dados disponibilizados pela Câmara Municipal de Amadora.

Em síntese, verifica-se que as crianças e suas mães têm disponíveis serviços predominantemente públicos (à excepção das creches), que potencialmente apoiam a sua vida social e material. Considerando o valor da média e os desvios relativamente ao valor padrão, verifica-se que existe uma diminuição progressiva da acessibilidade a par tir de uma área central no concelho, sobretudo para norte.

Síntese

Crianças residentes Amadora (539)

1. Habitação precária: 21%;
2. Imigrantes: 47% (72,1% africanos; 40% núcleos degradados)
3. Associação espacial entre morbilidade (patologia infecciosa) e mortalidade infantil e área de residência com privação sociomaterial elevada.

Acesso/utilização Centros de Saúde

1. Centros de Saúde espacialmente concentrados no centro do concelho
2. Boa acessibilidade geográfica dos serviços de saúde pública – percurso rápido
3. Maior utilização nas crianças quando comparada com a das mães;
4. Procura/utilização pela criança: a) independente da procura da urgência/internamento; b) pouco influenciada pela distância; c) maior importância de outros factores, como: eficácia cuidados, outras acessibilidades (não geográfica)
5. Procura pela mãe: maior influência da distância

Acesso/utilização do hospital e médico privado

1. Utilização de cuidados de saúde diferenciados: mais de 50% das crianças;
2. 87% exclusivamente no HFF;
 - 25% urgência e internamento posterior; 64% apenas urgência;
 - Boa acessibilidade geográfica revelada pelos baixos tempos de percurso.

Síntese dos equipamentos colectivos considerados

1. Localização preferencial na área central, junto à linha férrea e a sul;
2. Pior acessibilidade a norte e na freguesia de S. Brás;
 - Excepção: Cova da Moura (boa acessibilidade geográfica)

V. Discussão

Portugal é hoje uma Nação de Nações e este trabalho, efectuado nos Concelhos de Amadora e Sintra, é ilustrativo desta expressão. Iniciou-se o estudo com o registo dos nascimentos ocorridos no Hospital Fernando Fonseca, de Dezembro de 2005 a Maio de 2006 e, desde logo, verificámos que, de todos os recém-nascidos nesse período, 43,0% tinham mãe e/ou pai imigrante, tendo sido identificadas famílias de 32 nacionalidades diferentes.

Esta situação sociodemográfica, que tem mostrado um crescimento progressivo nos últimos anos, tinha já sido detectada pelos profissionais de saúde, tanto do HFF, como dos CS da área, pois coloca problemas específicos seja de índole social e cultural seja no que diz respeito à equidade na saúde e nos acessos aos cuidados de saúde e consequente morbilidade e mortalidade.

Segundo os princípios constitucionais portugueses da igualdade, da não discriminação e da equiparação de direitos e deveres entre nacionais e estrangeiros, todos têm direito à protecção na saúde, na exacta medida das suas necessidades, independentemente das suas condições económicas, sociais e culturais. No Despacho nº 25360/2001, o então Ministro da Saúde, Prof. Correia de Campos determinou que o acesso ao Serviço Nacional de Saúde seria em igualdade de tratamento para os cidadãos estrangeiros a residir legalmente em Portugal ou com documento comprovativo de residência por um período superior a 90 dias (www.oi.acime.gov.pt).

Apesar disso, as famílias em situação ilegal, de que se desconhece o número exacto, sem emprego nem visto de trabalho, ou que chegaram recentemente, não têm médico de Família atribuído ao nível dos cuidados primários.

O medo do repatriamento leva à procura dos serviços de saúde apenas em fases mais tardias da doença, muitas vezes irreversíveis, o que se verificou neste estudo em duas grávidas recém-chegadas da Guiné-Bissau, que recorreram ao hospital em situação de eclâmpsia e já com o feto morto.

Em países como a Alemanha há consultas médicas gratuitas e não oficiais, da responsabilidade de organizações não governamentais, invocando-se que todos conhecemos estes imigrantes ilegais ... *"limpam as nossas casas, pintam as nossas paredes, lavam a nossa roupa e esforçam-se por ser invisíveis. Quando adoecem e aparecem nos hospitais é tarde demais ..."* (www.oi.acime.gov.pt).

A equidade de cuidados depende da acessibilidade e oportunidades mas é também limitada pelas barreiras linguísticas. Em Portugal, a maioria dos imigrantes é de origem de países de língua portuguesa embora seja crescente a imigração de países europeus não comunitários, mas estes aprendem rapidamente português. Também no nosso estudo, 23,7% dos imigrantes são de comunidades africanas de língua portuguesa e 6,3% do Brasil, o que facilita a comunicação. No entanto, verificámos que um pequeno número de grávidas da Guiné-Bissau, outras de países europeus não comunitários ou da Ásia não falavam português. Nestes casos, o inquérito foi efectuado ao acompanhante que, na maioria dos casos, também falava ou entendia a língua de forma deficiente.

Nos CS ou no HFF, não há ainda o hábito de utilizar um intérprete de forma sistemática na consulta, enfermaria e ainda menos na urgência. A grávida faz-se com frequência acompanhar por um familiar, um amigo ou um filho mais velho que já frequenta uma escola portuguesa. Não é o mais adequado. Em estudo recente, efectuado nos EUA, é referido que 46% dos imigrantes que não dominam a língua inglesa não tinham acesso a intérprete e esse facto condiciona uma menor intervenção na área da prevenção, terapêutica desadequada e maior risco de complicações, de falta à consulta marcada após uma urgência e de hospitalização (Flores *et al*, 2006).

Por outro lado, a comunicação através de familiares, amigos ou crianças deve ser evitada, pois estes desconhecem a terminologia médica, não têm noções de confidencialidade e evitam temas mais sensíveis como violência ou problemas psiquiátricos ou sexuais. O atraso na prestação de cuidados, ou cuidados inadequados por barreiras linguísticas, constitui uma forma de discriminação.

Nos 6 meses do nosso estudo, registámos 1989 nascimentos, o que pressupõe uma queda ligeira da natalidade no HFF, que se tem verificado de forma regular desde o ano 2001, mantendo-se o número de par tos entre 4 e 5 mil por ano. Segundo o INE (2006), a natalidade na região de Lisboa aumentou 0,3% em 2004 e essa tendência mantém-se nos concelhos de Amadora e Sintra. Embora não haja dados recentes, supõe-se que os nascimentos nestes concelhos sejam cerca de 6000 pelo que tentámos

identificar outros locais de parto de grávidas residentes nestes concelhos, quer fossem maternidades públicas ou privadas. Obtiveram-se respostas da Maternidade Dr. Alfredo da Costa e Hospitais de Cascais, de Santa Maria e de S. Francisco Xavier, onde nasceram 726 crianças de famílias residentes na área do HFF, o que significa que os nascimentos registados neste estudo são apenas 73,3% dos ocorridos.

Supõe-se que, para além destes, alguma população dos concelhos de Amadora e Sintra com características sócio-demográficas diferentes, mais diferenciada e com maior poder económico, optará pelos hospitais privados.

Dos 1989 nascimentos registados, foram excluídos 25 por falta de dados determinantes. **A amostra do nosso estudo é assim constituída por 1964 recém-nascidos**, sendo 1954 nados-vivos e 10 nados-mortos, e 1946 famílias (dado que houve 18 gestações gemelares).

Em cada 100 nascimentos cerca de 9 eram prematuros, valor superior ao registado na Região de Lisboa (6,9%, INE, 2006). Todavia, o valor percentual de RN com baixo peso era ligeiramente inferior (7,7%) quando comparado com o da Região (8%).

Tanto as mães como os pais tinham média de idades que se aproximava dos trinta anos, tendo os pais, genericamente, idade superior à das mães. Os níveis de escolaridade eram semelhantes para pais e mães, com predomínio da categoria 9 a 12 anos de escolaridade. 95% dos pais e 71% das mães tinha ocupação/emprego.

À semelhança do que se regista na população portuguesa (ONSA/INSA, 1998/99), o consumo de tabaco e de álcool foi bastante maior entre os pais do que entre as mães dos RN.

A gravidez sem vigilância ocorreu em 7,5% dos casos. Este valor é mais elevado do que o conhecido para a população portuguesa, embora não haja indicadores recentes (1,5%; ONSA/INSA, 1998/99). O Centro de Saúde foi referido por 25% das mães como local exclusivo de seguimento da gravidez (38,6% para mães portuguesas; ONSA/INSA, 1998/99).

Os partos por cesariana atingiram um valor elevado (36,9%), superior ao da Região de Lisboa (33,6%; INE, 2006). Este tipo de partos tem vindo a aumentar no País (24% em 2001 para 33,1% em 2004, INE,

2006) o que poderá estar relacionado com alguns aspectos de vulnerabilidade da mãe ou do filho (i.e: aumento das mães com idade superior a 35 anos). Utilizando a mesma argumentação, talvez se possa explicar o valor encontrado no HFF: menos seguimento durante a gravidez, prematuridade, idade de risco das mães.

A alta taxa de cesarianas é um problema universal que ocorre também nos países desenvolvidos e, por isso tem sido alvo de múltiplas avaliações. Estudos multicêntricos mostram percentagens de cesarianas de 31% nos hospitais públicos que atingem 51% nos privados (WHO global Survey, 2005), sendo o número de cesarianas observado sempre superior ao esperado, atendendo ao risco obstétrico, sem que se consiga provar que este tipo de parto é protector de complicações na mãe e no filho (Linton *et al*, 2005; Gould *et al*, 2004; Villar *et al*, 2006).

Em cada 100 RN, 43 tinham pai ou mãe imigrante, com predomínio da ascendência africana, em alguns casos de segunda geração, verificando-se frequentemente coincidência entre a nacionalidade de pais e avós. Este facto é justificado pela história da imigração dos concelhos de Amadora e Sintra, áreas de forte atracção nos últimos trinta anos, predominantemente de indivíduos de países africanos de expressão portuguesa, com destaque para Cabo Verde. Esse fenómeno foi referido no 1º capítulo, quando se identificaram as nacionalidades de países africanos como as que mais contribuíram para o crescimento do grupo dos imigrantes. Nos últimos anos os brasileiros têm vindo a aumentar, em valores absolutos e percentuais, nos concelhos de Amadora e Sintra, bem como os imigrantes oriundos de países europeus não comunitários. Este facto traduz-se, também, no número de RN no período em análise, o qual é elevado principalmente para os de origem brasileira.

No nosso estudo, o grupo de imigrantes é heterogéneo com pais de 32 nacionalidades diferentes como foi já referido, no entanto, 623 dos 843 registados, são de comunidades de países de língua portuguesa e de grupo étnico africano; os restantes mostram uma grande dispersão quanto à origem, pelo que se analisou o grupo dos imigrantes como único.

A observação comparada dos grupos em estudo (imigrantes e portugueses) parece revelar maior vulnerabilidade dos RN filhos de imigrantes.

A vulnerabilidade dos imigrantes decorre, em primeiro lugar, das características da família: emprego/desemprego, tipo de emprego, escolaridade e habitação. A percentagem de mães e pais desempregados e não qualificados é significativamente superior no grupo de imigrantes. Neste grupo a escolaridade é mais baixa, tanto para mães como para pais. É nos imigrantes que se registam valores percentuais mais elevados de famílias monoparentais e alargadas (superior ou igual a 5 elementos). Vivem maioritariamente em apartamento arrendado e/ou alojamentos familiares não clássicos (“barracas”), sendo este mais um indicador da sua condição de privação social e económica.

A família alargada, significativamente mais frequente, pode justificar-se pela fertilidade ser encarada como um valor cultural, o homem procurar sistematicamente constituir uma família mais jovem e a mulher, sozinha com os filhos, em situação de debilidade psico-social e económica, procurar apoio noutros familiares (nomeadamente em casa da sua mãe, como acontece frequentemente com as naturais de Cabo Verde).

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas seja na média de coabitantes seja nos agregados familiares com 5 ou mais coabitantes, sempre maior nos imigrantes, o que está de acordo com a nossa percepção ao elaborar a história clínica de que é bastante frequente o subaluguer de quartos, com 5 ou 6 famílias a viverem no mesmo apartamento.

Pobreza ou privação sociomaterial repercutem-se, em alguns casos, na exclusão social a bens e serviços, onde se incluem a saúde e a educação, tornando estas famílias e grupos mais vulneráveis e frágeis. A aplicação do índice composto de privação múltipla (construído com 3 variáveis: emprego não qualificado, escolaridade baixa e residência em “barraca”) às famílias dos RN, evidenciou a forte privação sociomaterial das de imigrantes (2,47) em comparação com o valor dos portugueses (-0,7), ambos acima do registado para a Área Metropolitana de Lisboa (AML). Os resultados a que se chegou neste estudo estão de acordo com outros anteriores (Nogueira e Santana, 2005) que revelaram bolsas (freguesias) de privação no concelho de Amadora (Alfornelos, Venda Nova, Brandoa, Mina) e Sintra (Casal de Cambra), das de maior precariedade da AML.

Caiazzo (2004), ao estudar as desigualdades na população italiana, fala em “efeito contextual”, em que as características socioeconômicas e de infraestrutura, envolvidas de determinadas áreas populacionais, têm forte impacto na saúde individual, independentemente dos recursos culturais e econômicos individuais.

De acordo com os pressupostos anteriores, pode concluir-se que as famílias dos RN no HFF, no período em estudo são, genericamente, mais privadas sociomaterialmente do que a população da AML e, entre aqueles, os imigrantes estão em situação de maior desvantagem, com consequências esperadas na saúde débil.

A evidência de diferenças significativas observadas entre os grupos em estudo (relativas às famílias do RN) pressupõe, também, a existência de diferenças entre os RN (Gould *et al*, 2003). No entanto, não se observam diferenças estatisticamente significativas nas características gerais, tais como sexo (prevalência do masculino), gemelaridade, prematuridade, peso à nascença. A forte associação entre idade gestacional e peso, comprimento e perímetro cefálico do RN foi encontrada quer para os filhos de imigrantes, quer de portugueses, em ambos os géneros.

A gemelaridade foi até ligeiramente superior nos filhos de portugueses, o que se deve, provavelmente, à maior percentagem de fertilização *in vitro* neste grupo. Outros autores encontraram também diferenças quando compararam a gravidez múltipla nos portugueses e nos africanos (Registo Nacional, 2002).

Quanto à prematuridade apesar da não significância, é sempre superior nos imigrantes, considerando todos os prematuros (10,0% vs 7,9%), ou apenas os grandes prematuros, com menos de 32 semanas de gestação (1,8% vs 1,2%). A prematuridade é multifactorial e mais elevada no grupo étnico africano (Hessol *et al*, 2005), tendo sido identificado, em afroamericanos, um gene cujo polimorfismo pode condicionar menor actividade na produção de colagénio e menor resistência das membranas do saco amniótico, que se traduz em rotura prematura e parto pretermo (Holden *et al*, 2006).

A incidência de baixo-peso é também indicador de desenvolvimento de um país, variando entre 6% nos países industrializados e 17% nos paí-

ses em desenvolvimento (WHO, 2002). Todavia, no nosso estudo, esta incidência foi superior nos filhos de portugueses. Nascer com baixo-peso pode apenas resultar de uma baixa estatura materna ou familiar mas pode também ser sinónimo de atraso de crescimento intrauterino, cuja etiologia mais frequente é a malnutrição materna, o tabagismo e a hipertensão arterial. Não foi possível estudar o estado nutricional das mães nem a variação da altura, por serem campos do inquérito raramente preenchidos. Quanto aos factores ambientais, foram encontradas diferenças: as mães portuguesas fumam mais (21,9% vs 12,8% $p=0,0000$) e também há maior número de fumadores coabitantes. A hipertensão arterial induzida pela gravidez foi mais frequente nas imigrantes (8,2% vs 6,6%).

Em estudo prospectivo no HFF e noutros estudos, comparando um grupo de RN baixo-peso e leves para a idade de gestação com RN de peso normal, encontrou-se diferença significativa em mães fumadoras e nas que coabitavam com fumadores (Owen *et al*, 1998; Saldanha *et al*, 2003; Harding *et al*, 2006a).

Sabe-se hoje que o baixo-peso ao nascer está associado a doença no adulto, nomeadamente diabetes tipo II, obesidade, doença isquémica coronária e hipertensão arterial (Barker 2001; Waterland 99; Irving, 2000; Harding *et al*, 2006a) pelo que o seguimento da gravidez é fundamental na prevenção destas situações.

Cuidados pré-natais adequados são um factor determinante de uma gestação e um período neonatal sem complicações. Verificou-se no nosso trabalho que a percentagem de grávidas com vigilância da gravidez ou seja, pelo menos 3 consultas, foi semelhante nos dois grupos. Não conseguimos identificar a data da 1ª consulta mas a diferença entre os dois grupos foi estatisticamente significativa para um mínimo de 6 consultas (30% das imigrantes e 22% das portuguesas tiveram menos de 6 consultas), o que evidencia um início da vigilância mais tardio no grupo das imigrantes. Este achado poderá ter tido influência na maior morbilidade e prematuridade no grupo imigrantes.

Alguns autores referem que, em certos grupos étnicos, a gravidez é um estado natural, sem necessidade de cuidados de saúde (Registo Nacional, 2002; Luck *et al*, 1999; Calado *et al*, 1997). Johnson e outros (2003) ana-

lisou os factores que determinaram o adiamento da primeira consulta pré-natal nas mulheres afroamericanas para depois das 20 semanas de gestação e concluiu que as barreiras psicossociais e os factores culturais foram as principais causas do início tardio do seguimento da gravidez.

Quanto à utilização dos serviços de saúde observam-se diferenças estatisticamente significativas no local de frequência de consultas durante a gravidez: o Centro de Saúde foi mais procurado pelas mães imigrantes do que pelas mães portuguesas que, maioritariamente, utilizaram o HFF e/ou o médico privado, o que provavelmente também reflecte maior preocupação para além de um acesso mais fácil a outras estruturas de saúde.

A fragilidade/vulnerabilidade dos imigrantes revela-se nos maus resultados em saúde. Desde logo, porque apresentam maior mortalidade fetal e neonatal, que será discutida mais adiante. Por outro lado, observam-se valores significativamente mais elevados de doenças durante a gravidez nas mães imigrantes, nomeadamente de doenças infecciosas, o que pode justificar-se por um início mais tardio das consultas pré-natais, como foi referido anteriormente e encontrado por Enders e outros (2006).

A população dominante no grupo imigrante é oriunda de alguns países africanos nos quais a hepatite B, o VIH 1 e 2 e a sífilis têm carácter endémico, o que pode explicar a maior prevalência destas doenças naquele grupo.

A infecção/seroconversão a VIH 1 foi predominante nas imigrantes (1,6% vs 0,5%). No HFF há protocolos de obstetria e pediatria quanto às terapêuticas pré-natal e pós-natal, parto por cesariana e actuação imediata no RN, de modo a fazer diminuir o mais possível a taxa de transmissão vertical. De facto, diminuiu para 1 a 2% nos últimos anos e é semelhante à de outros países europeus (Public Health Service Task Force, 2006).

A hepatite B e a sífilis são muitas vezes coinfeções que acompanham a infecção pelo VIH como se verificou no nosso estudo, sempre com predominio de todas estas infecções nas mães imigrantes (5,5% vs 0,7% e 1,3% vs 0,4%) A sífilis tem efeitos devastadores na mãe, no feto (com morte fetal) e no RN, pelo que deve ser detectada e tratada o mais precocemente possível na gravidez (BMA, 1999).

Em 2001, foram analisados os recém-nascidos de mãe com sífilis, no HFF, num período de 2 anos, tendo sido identificados 85 casos de infecção. Num universo de 25% de mães africanas, 48% eram seropositivas para a sífilis e 38% das gestações tinham decorrido sem vigilância (Ferreira *et al*, 2001).

A taxa de imunidade para a toxoplasmose foi significativamente superior nas imigrantes. A seroprevalência para a toxoplasmose varia de 15 a 77% nos diferentes países, com valores superiores nos europeus (Jeffrey *et al*, 2002), que se explica por certos hábitos alimentares como ingestão de carne mal passada ou socioculturais, como contacto com gatos domésticos e, ainda, condições climáticas que favorecem o desenvolvimento do parasita. Um estudo realizado em São Tomé e Príncipe encontrou na população adulta uma seroprevalência de 21,49% (Fan *et al*, 2006). Neste estudo, único que se conhece como proveniente dos países africanos lusófonos, os resultados são muito semelhantes ao grupo imigrantes.

Relativamente aos exames ecográficos, verifica-se também uma grande semelhança entre os dois grupos; em cerca de 93% das grávidas foi realizada pelo menos uma ecografia; nestas, apenas 4% em cada grupo tinha alterações ecográficas. Os valores relativos ao tipo de parto (por cesariana) e ao internamento não apresentam diferenças significativas entre os grupos, mas o número foi ligeiramente superior nas imigrantes (39% vs 35%) pelos factores de risco já enumerados.

Quanto às características maternas, a diferença entre as médias da idade da mãe, em cada grupo, não foi significativa, mas verificou-se que a dispersão das idades é significativamente maior no grupo de mães imigrantes, evidenciando mães de maior risco (idade inferior a 20 e superior a 35 anos).

Este facto deve ainda ser relacionado com a paridade. O RN deste estudo era o primeiro filho em 38% das portuguesas e em 27% das imigrantes, diferença que foi estatisticamente significativa; 9,8% das imigrantes tinham já dois filhos anteriores, o que acontecia em 4,7% das portuguesas.

Mais uma vez, motivos culturais e crenças ligadas à fertilidade podem explicar o maior número de imigrantes com idade de risco (> 35 anos),

assim como a multiparidade (> 3filhos), o que também foi encontrado por Penn e outros (2005) ao estudar a atitude relativamente à dimensão da família em certos grupos étnicos.

Nos países industrializados, a idade de procriar tem tendência para ser cada vez mais tardia, pois a mulher tem outros interesses, maior responsabilidade e o seu papel social é mais do que ser mãe. Nos Estados Unidos, a primeira gravidez no grupo etário dos 40 aos 44 anos, aumentou sete vezes na última década (H effner *et al* , 2004) e, em Portugal, 10% das mulheres já têm o primeiro filho depois dos 35 anos (INE, 2002).

De realçar o número de mães que referem doença crónica anterior à gravidez, nomeadamente asma e hipertensão arterial nas portuguesas e drepanocitose nas imigrantes de ascendência africana. No entanto, está descrito que, em inquérito directo é comum a prevalência das doenças ser superior ao esperado, principalmente quando as perguntas são efectuadas por profissionais de saúde.

Relativamente às características gerais do pai , verifica-se que no grupo imigrantes este é mais idoso, provavelmente por ter imigrado num primeiro tempo, e só depois ter constituído família ou, por ser cultural ou religiosamente aceite a procura de mulheres mais novas para garantir a fertilidade. Também são tendencialmente menos escolarizados e têm profissões de menor estatuto.

Os imigrantes de países europeus não comunitários nomeadamente os ucranianos constituem excepção, sendo mais de metade licenciados, como é referido em outros estudos (Sousa, 2006), embora tenham profissões que não estão de acordo com a sua diferenciação.

O consumo de tabaco foi significativamente superior nos pais e mães do grupo português. Em estudo recente nos EUA (Acevedo-Garcia *et al*, 2005), foi descrito um padrão de fumador entre diferentes grupos raciais e étnicos, com menor consumo nos imigrantes. Este efeito parece ser mediado por factores demográficos e socioeconómicos, independentemente da idade, sexo e grupo étnico.

Por outro lado, Nierkens e outros (2006), na Holanda verificaram que as imigrantes com maior nível educacional e os homens de minorias étnicas são os maiores consumidores, o que parece indicar que mais uma vez

e rapidamente os imigrantes ganham os hábitos do país que os acolheu. Todavia, as mulheres imigrantes africanas apresentam a prevalência mais baixa de tabagismo (Lucas *et al*, 2005).

Sendo o grupo de imigrantes maioritariamente oriundo dos países africanos lusófonos, em que o consumo de bebidas alcoólicas é culturalmente aceite, não surpreende que este consumo seja uma característica dominante deste grupo. Também os imigrantes dos países não comunitários têm hábitos alcoólicos habitualmente mais pesados do que os outros europeus e apesar de serem apenas 3,0% dos imigrantes do nosso estudo, contribuem para aqueles valores.

Quando se observam outros factores de risco associados a compor tamentos, verifica-se serem as mães e os pais portugueses quem apresenta maior índice de toxicodependência (13 portugueses e 2 imigrantes). Pelo contrário, a ingestão de álcool tem um padrão oposto, significativamente superior nas mães imigrantes.

Resultados semelhantes foram publicados em estudos de populações de RN do Hospital Fernando Fonseca (Harding *et al*, 2006a; Saldanha *et al*, 2003) que revela a influência determinante de factores biológicos e comportamentais, como o consumo de tabaco, nas diferenças de peso de RN com tempo de gestação completo. Um estudo efectuado com base em todos os nascimentos registados em Portugal entre 1995 e 2002 (Harding *et al*, 2006b), revela que, contrariamente ao que acontece com as mães portuguesas – declínio de nascimentos antes dos 20 anos – as mães africanas revelam um aumento de nascimentos em idade jovem e muito jovem. Por outro lado, ao longo do período considerado, as mães portuguesas caracterizam-se pelo aumento da escolaridade e do emprego em ocupações não manuais, em oposição ao verificado nas mães africanas. Também para estes dois grupos, e ao longo dos oito anos de observações, verificou-se serem os africanos a registarem os valores percentuais mais altos de RN pré-termo de baixo peso. Todavia, os factores que determinam essas variações são diferentes para cada grupo, concluindo-se que apenas um factor – a vantagem socioeconómica (escolaridade e ocupação não manual) – tem uma influência significativa e somente para os RN de mães africanas.

Na nossa amostra, em 338 famílias, o pai e a mãe, podendo embora ser de nacionalidade diferente, ambos são de nacionalidade de países africanos. No entanto, a recente corrente imigratória que transformou Portugal num país de acolhimento, desencadeou uma tendência crescente e consistente de casamento entre portugueses e cidadãos de outras nacionalidades. Segundo o INE, em 2005 esta situação acontece já em 8% dos casamentos, número que triplicou nos últimos sete anos (1998-2005) (INE 2006).

Quanto à utilização dos serviços de saúde, procurámos identificar os episódios de consulta, urgência, internamento no Hospital Fernando Fonseca e de consulta nos Centros de Saúde da população em estudo. As 1964 crianças geraram uma multiplicidade de actos clínicos no HFF: 1737 consultas e exames, 1666 episódios de urgência e 290 internamentos, com repercussões sociais, médicas e económicas.

A consulta externa do HFF é uma consulta de referência – interna, dos próprios serviços do hospital, ou externa, através dos Centros de Saúde da área. As crianças são referidas para subespecialidades pediátricas ou para consultas de outras especialidades pediátricas, como a Cardiologia e Cirurgia, ou gerais como a Oftalmologia e a ORL.

De referir que todos os RN internados no período neonatal na UCIN e todos os observados nas enfermarias de púperas com risco médico, são referenciadas à Consulta de Neonatologia, razão pela qual esta consulta teve maior afluência.

A percentagem de crianças filhas de imigrantes seguida na Consulta de Infecçiology Pediátrica foi significativamente maior em relação à de crianças filhas de portugueses, uma vez que a população materna imigrante apresenta maior número de doenças infecciosas na gravidez, como já foi referido.

A infecção a VIH coloca problemas específicos, um dos quais é o número crescente de órfãos. Na nossa consulta de imunodeficiência pediátrica são actualmente seguidas 470 famílias infectadas/afectadas (65% originárias da África Sub-Saariana), 9,1% das crianças da consulta são já órfãos, todas do grupo étnico africano (Neves e Brito, 2006).

Em relação às crianças seguidas noutras especialidades pediátricas, destaca-se a Cardiologia Pediátrica, para a qual contribuirá a referência na alta dos RN nos quais foram detectados sopros cardíacos, no 1º ou 2º dia de vida. De acordo com a literatura, 60% dos recém nascidos apresentam sopro inocente detectável nas primeiras horas após o nascimento (Freedman *et al*, 1992). Outro estudo detectou cardiopatia orgânica em 69% dos RN com sopro e assintomáticos (Rodrigues *et al*, 2004). É esta evidência que justifica a grande referenciação à consulta embora não haja, à data da apresentação destes resultados, diagnósticos finais destas crianças, que continuam em seguimento.

Quanto aos exames efectuados por pediatras, destaca-se a ecografia transfontanelar e o rastreio auditivo. Os números apresentados parecem-nos insuficientes dado as patologias da população estudada, o que pode ser explicado por serem efectuadas na UCIEN aos RN internados e serem registadas apenas no diário clínico e não contabilizadas pela produção.

A **Urgência Pediátrica do HFF** é uma urgência referenciada. Em 2001, por orientação da ARSLVT, as urgências pediátricas passaram a ser de referência pelo Médico de Família ou Saúde 24 (triagem telefónica) para todas as crianças com idade superior a 6 meses ou sem patologia emergente. Mantiveram-se as admissões directas para as crianças com idade inferior a 6 meses, com qualquer patologia.

O grupo estudado tem menos de 6 meses e, durante o primeiro mês de vida, a ligação da família é maior com o hospital onde nasceu o filho do que com o CS, o que pode justificar o elevado número de episódios de urgência (1666).

Se a acessibilidade geográfica do hospital parece ter sido um factor condicionante da ida à Urgência, a iniciativa própria revela-se um factor preponderante conforme referido em estudo anterior efectuado neste Serviço de Urgência (Barroso *et al*, 2003).

O estudo da influência do contexto sociomaterial no Concelho da Amadora mostrou que metade das crianças utilizou os Serviços de Pediatria do HFF, que fica a uma distância-tempo média de 7 minutos em transporte privado. A boa acessibilidade, especialmente para a população localizada a sudoeste, não determinou a maior utilização e, na maioria dos

casos, as distâncias ao hospital são superiores às calculadas para os centros de saúde. A maior procura dos cuidados hospitalares pelas famílias imigrantes parece ser condicionada pela percepção da gravidade da doença, pela facilidade de atendimento sem horário, pela ausência de médico atribuído no CS e ainda por, numa urgência, serem menos evidentes os problemas sociais. Todavia as famílias portuguesas têm maior número de vindas: uma refere ter tido 15 episódios de urgência em 6 meses de vida da criança.

A idade da primeira ida à Urgência no período neonatal poderá revelar insegurança materna face a situações não graves como alterações do trânsito intestinal, obstrução nasal e cólicas, tanto por ser o primeiro filho como pelo atraso na 1ª consulta nos CS.

Os portugueses procuraram a Urgência (SU) com maior frequência das 8 às 20h, o que não é corroborado por Caldeira e outros (2006), que conclui que a afluência na Urgência Pediátrica do Centro de Vila Nova de Gaia apresenta o pico entre 19 – 23h e também por Bento e outros (2001) no Hospital Pediátrico de Coimbra. A utilização do SU por imigrantes e portugueses em relação ao período do dia é variável, não havendo diferença no número de episódios de urgência.

As famílias em que as mães têm escolaridade mais baixa recorrem com mais frequência à Urgência, mas estudos anteriores demonstram não haver relação directa entre o motivo de vinda à Urgência e a escolaridade materna (Barroso *et al* 2003). No entanto poderá inferir-se que a níveis mais baixos de escolaridade corresponderá escassa educação para a saúde, o que associado à maior visibilidade dada pela comunicação social a estes temas, por vezes com informações pouco rigorosas, fará crescer o temor de uma doença grave nos filhos.

Neste estudo, a maior percentagem de vindas à urgência ocorreu no grupo de crianças até aos 3 meses de idade, mas 30% das famílias levaram a criança ao hospital ainda no período neonatal. Como seria de esperar a patologia mais frequente neste grupo etário foi a não infecciosa, com muitas situações de puericultura e dúvidas maternas, sem justificação para recurso a urgência hospitalar.

Encontram-se experiências semelhantes em vários estudos por tuguêses, com referência ao atraso de atendimento nos cuidados primários. Bento e outros (2001), em estudo realizado no Hospital Pediátrico de Coimbra, em 1999, verificou que 1% dos episódios de urgência ocorria no período neonatal, em média aos 20 dias de vida, e apenas 10% das patologias observadas foram consideradas urgentes. Noutro estudo, na região do Grande Porto, os motivos de vinda à urgência foram considerados inadequados em 58,4% dos episódios (Caldeira *et al*, 2006).

Como foi já referido, o acesso é facilitado nestas idades, a primeira consulta no CS não é marcada no primeiro mês de vida e, actualmente, qualquer problema menor tem um impacto significativo nas famílias que não esperam que as crianças adoeçam e não têm experiência de lidar com a doença em casa. Mais uma vez se reforça a necessidade de ensino e educação para a saúde.

A patologia infecciosa foi a causa mais frequente de urgência nas crianças com idade superior a 28 dias, sobretudo a infecção respiratória e a obstrução nasal, o que está de acordo com a literatura (Caldeira *et al* 2006, Moura *et al* 2005).

A utilização do Hospital de Dia (HD) (1%) foi muito baixa, comparativamente aos internamentos. O HD permite a administração de terapêuticas e técnicas hospitalares em regime de ambulatório, e em Pediatria deve ser preferido ao internamento. No entanto a nossa amostra é de crianças de idade inferior a 9 meses e neste grupo etário habitualmente necessitam de pernoitar no hospital.

Foram internadas 254 crianças e houve 290 episódios de internamento. Dada a especificidade e características dos internamentos, consideraram-se dois grupos: os RN internados directamente da sala de partos para as Unidades de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e as crianças admitidas do exterior (pela consulta ou urgência) para a Enfermaria e Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos.

Registaram-se 128 internamentos neonatais, dos quais a prematuridade e o baixo peso ao nascer foram os motivos mais frequentes. Estas situações poderão estar relacionadas com o maior número de gravidez não vigiada, patologia materna não identificada nem tratada e riscos acrescidos para a

mãe e filho. Nascer com peso inferior ao esperado para a idade gestacional é um factor importante de morbilidade e mortalidade neonatal (Harding *et al*, 2006 a), especialmente se o recém nascido for prematuro, o que aconteceu em 7,8%. A idade da mãe (superior a 40 anos) e a paridade (superior a 3) serão factores predisponentes de baixo peso. Dejin *et al* (2004) demonstraram que factores psicosociais em mulheres grávidas imigrantes contribuem para baixo peso no recém-nascido.

No grupo de filhos dos portugueses o consumo materno de tabaco, a patologia na gravidez e a gemelaridade serão factores desencadeantes de prematuridade e baixo peso.

Ao serem analisados os factores de risco para internamento, como seria de esperar, a prematuridade e o baixo peso acarretam maior morbilidade. De entre os filhos de imigrantes africanos, são os de origem guineense que tiveram mais internamentos. As famílias imigrantes da Guiné Bissau formam uma minoria linguística, com integração cultural e social inadequada, o que poderá levar a isolamento social e cultural – condicionante do recém nascido.

As 126 crianças admitidas a internamento vindas do exterior, corresponderam a 7,5% dos episódios de urgência o que é superior ao esperado e pode significar que são crianças com patologias mais graves e situações de risco clínico e socioeconómico.

Por outro lado, a patologia pediátrica é sazonal, com maior número de infecções respiratórias e internamentos no Inverno, e este estudo decorreu no Inverno e Primavera. A obstrução nasal, que foi um motivo importante de vinda à urgência, pode ser o início de infecção a vírus sincicial respiratório – a infecção viral mais frequente no primeiro ano de vida –, podendo evoluir para bronquiolite com necessidade de internamento (conforme a gravidade, a idade da criança, a prematuridade e a exposição ao tabaco) (Panitch *et al*, 2001; Simões *et al*, 2003).

Em estudos efectuados no HFF, em 252 crianças internadas na enfermaria de Pediatria, verificou-se também que o predomínio foi para os filhos de imigrantes. As famílias imigrantes tinham piores condições socioeconómicas, eram maioritariamente famílias alargadas, com uma média de 4,1 coabitantes; 20% não falava português e metade das crianças não frequen-

tava creche; no entanto raramente coabitava com fumadores e o aleitamento materno era mais prolongado (Nunes *et al*, 2005; Luis *et al*, 2005).

Quanto ao risco social, verificou-se que foram referenciadas 25 famílias, com predomínio ligeiro dos imigrantes, 60% dos quais no período neonatal.

O motivo dominante foi a pobreza nos imigrantes e a negligência nos portugueses. Duas crianças em cada grupo foram retiradas à família e enviadas para centros de acolhimento devido à gravidade da situação e outras tantas foram referidas à Comissão de Protecção de Crianças e Jovens. Houve 1 caso de agressão física e outro de abuso. Para um período de 9 meses de seguimento, estes números demonstram a dimensão destes problemas nos dois concelhos. Em trabalho realizado por Luís e outros (2005), no HFF, sobre risco social em famílias de crianças com um ano de vida, verificou-se que este era mais frequente em famílias de imigrantes (20% vs 7,5%), 90% das quais eram de origem africana e destas, 58% estavam ilegais em Portugal. Também neste estudo o motivo de referência mais frequente foi a pobreza nos imigrantes e a negligência nos portugueses.

Em estudo efectuado em 2004 pela Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente em 8 Serviços de Pediatria, concluiu-se que os pedidos de avaliação por risco social mostravam um crescimento de 20% por ano, e atingiam nalguns casos quase 40% (www.iqs.pt/cnsca). Em 2004, 25.338 crianças portuguesas foram alvo de medidas pelas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens; contabilizaram – se nesse ano 11991 processos, 2353 por maus-tratos físicos e 363 por abuso sexual (Relatório da Comissão Nacional, 2005).

No nosso estudo também se procurou analisar as diferenças nas atitudes maternas face ao cuidar e as crianças associadas à gravidez, parto e saúde dos bebés nas mães portuguesas e africanas.

No que diz respeito à **investigação das atitudes**, verificou-se que os dois grupos de mães entrevistadas diferem significativamente em três das quinze subescalas, nomeadamente: Imagem corporal, Sentimentos por crianças e Sentimentos de dependência. Os resultados obtidos são assim passíveis de uma reflexão acerca da existência de um fenómeno de aculturação, num processo segundo o qual as cognições individuais e/ou grupais

sofrem alterações, consequência do contacto com outros grupos culturais, aproximando as atitudes das mães de ascendência africana das de origem portuguesa. Por outro lado, o facto de os dados terem sido recolhidos num contexto de saúde poderá ter influência na expressão das atitudes, colocando-se a hipótese de as mães-alvo deste estudo (em ambos os grupos) entenderem uma conotação avaliativa no seu desempenho enquanto prestadoras de cuidados e, nas respostas dadas, existir uma componente de desejabilidade social.

Verificou-se ainda que relativamente às crenças, estas estão presentes nos discursos maternos, independentemente da cultura de origem. A gravidez coloca, tal como esperado, a tónica na imagem corporal da mulher grávida e no reconhecimento dos seus sinais. Para o parto, existiu não só a evidência da dor associada como também a dimensão do comportamento/atitude mais adequada a adoptar. A maior produção de respostas espontâneas a questões referentes ao bebé, associadas a usos ou práticas pagãs ou cristãs, revela-se como factor intrínseco ao pensamento e, não raras vezes, com manifestação prática nas rotinas inerentes ao cuidar de um bebé. Este facto poderá, também, estar ligada ao contexto em que o estudo foi conduzido, onde a tónica do discurso é colocada precisamente nas questões relativas à sua saúde/doença.

Perante a actual diversidade das populações hospitalares, o estudo das vivências da maternidade numa perspectiva multicultural revela-se pertinente para o desenvolvimento futuro de medidas de apoio em contextos de saúde, com carácter preventivo e interventivo, que promovam a adaptação e o bem-estar na relação precoce mãe/bebé.

O estudo da mortalidade é um indicador fundamental na avaliação dos cuidados de saúde prestados. Em Portugal, a mortalidade perinatal e infantil melhorou significativamente nas últimas décadas, aproximando-se e acompanhando os índices dos países desenvolvidos e situando-se actualmente em 4,4 ‰ e 3,5 ‰ respectivamente (INE Agosto, 2006). No entanto, alguns autores referem que estes índices não se distribuem igualmente, persistindo mais elevados em grupos étnicos particulares (Williams, 1997, Kinch 2000, Mac Dorman, 2005).

No nosso estudo, a mortalidade perinatal foi de 9,6‰, sendo de 13,1‰ nos filhos de imigrantes e 7,1‰ nos filhos de portugueses, o que, principalmente no primeiro grupo, foi superior ao esperado. Salienta-se ainda que estes dados podem ter sido subavaliados, porque não recebemos resposta de alguns hospitais quanto aos nascimentos e mortalidade relativamente à área de influência do HFF.

A mortalidade neonatal precoce foi o dobro da tardia, relação que se prende com um grande investimento tecnológico e humano nos recém-nascidos de prematuridade extrema e concentrados nos Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado, como é o caso do HFF. Em 2000, no estudo *Nascer Prematuro em Portugal*, a mortalidade neonatal precoce do recém-nascido de peso ao nascer inferior a 1500g foi 14% e a tardia de 3,8% (Registo Nacional, 2002).

No estudo agora realizado, verifica-se que 52,6% da mortalidade perinatal foi por óbito antes do início do trabalho de parto, valor superior ao nacional (45,5%) e ao da Região de Saúde em que estamos inseridos (47,2%). Além disso, nos grupos 2 e 4 da classificação de Wigglesworth (Wigglesworth, 1980) também se registou uma maior incidência, provavelmente porque no nosso trabalho todas as causas de morte foram classificadas de 1 a 4. Com efeito, no estudo da Direcção Geral de Saúde, 11,4% dos óbitos nacionais foram incluídos no grupo 5 (causa indeterminada), e na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo este valor é de 10,6% (DGS, 2004).

A mortalidade dos imigrantes dos países lusófonos contribuiu com 90% da mortalidade deste grupo. Embora estes imigrantes predominem no grupo de estudo, há uma clara desproporção neste achado. Troe (2006) ao estudar o efeito da idade materna e o status geracional da mãe na mortalidade infantil da Holanda, verificou que, ao contrário de outros grupos de imigrantes, na população oriunda da Turquia quanto mais longa era a permanência da mãe na Holanda, maior a mortalidade infantil. Encontrou também maior mortalidade nos filhos de descendentes directos destes imigrantes. Segundo o autor, fenómenos de aculturação e migração selectiva estão na base das diferenças observadas.

O nosso estudo parece indicar que a comunidade imigrante lusófona, com raízes de longa data comparativamente aos outros imigrantes, foi perdendo os seus hábitos culturais, como os alimentares e de estilo de vida, factores que poderão operar em sentido contrário aos mais favoráveis, decorrentes da integração. Por outro lado, os imigrantes vindos de outros países, tendencialmente possuem maior diferenciação, o que também está de acordo com a teoria proposta por Troe.

A elevada mortalidade verificada nos imigrantes da Guiné foi já explicada, mas não é de mais repetir que estes são provenientes de estratos socioeconómicos muito débeis e chegam a Portugal em fase avançada da gravidez; associam-se também hábitos culturais muito diferentes e dificuldades linguísticas, que actuam certamente como desvantagens na acessibilidade e penetração na sociedade, incluindo os serviços de saúde. Goza (2006), ao comparar recentemente as diferenças económicas e étnicas dos imigrantes da área metropolitana de Ohio, descreve um fenómeno semelhante.

No grupo dos falecidos filhos de imigrantes registou-se maior percentagem de prematuridade, paridade, gravidez não vigiada e risco social, dados também descritos no estudo Nacer Prematuro Em Portugal, quando se analisa a mortalidade dos prematuros filhos de pais africanos (Registo Nacional, 2002).

Em 50% dos óbitos foram realizadas autópsias e, em 30% foi encontrada patologia. Esta percentagem foi inferior à nacional e à da nossa Região de Saúde (80,3%). O facto de em 30% dos casos não terem sido encontradas alterações, já constatado em estudos anteriores realizados no HFF, faz equacionar a necessidade futura de uma articulação com um serviço de referência, nomeadamente na área da fetopatologia.

Como se referiu, a mortalidade foi maior nos imigrantes de países lusófonos, sugerindo que talvez seja mais importante proporcionar mecanismos de suporte a estas populações do que apenas aumentar o investimento em cuidados de saúde cada vez mais diferenciados. Entre estes mecanismos, **os cuidados de saúde primários** são essenciais, devendo ser acessíveis a todas as famílias da comunidade e englobar acções de promoção da saúde, prevenção, cuidados curativos e reabilitação (Biscaia *et al*, 2006).

A todas as crianças e famílias deve ser atribuído um médico de família. Se apenas lhe forem permitidos cuidados de urgência, o diagnóstico e intervenção de atrasos no desenvolvimento estaturoponderal e psicomotor e nas doenças crónicas pode ficar comprometido assim como a educação para a saúde.

O seguimento das famílias nos cuidados primários foi um dos objetivos do nosso estudo. Numa fase inicial, procurámos que os inquéritos elaborados para os Centros de Saúde fossem preenchidos para os dois grupos de estudo, o que não foi conseguido, uma vez que muitas das famílias não estavam identificadas nos CS. Por outro lado, aplicar os inquéritos a todas as famílias que frequentavam as consultas revelou-se difícil para os enfermeiros de saúde infantil, grupo que se disponibilizou imediatamente para colaborar no estudo. Assim, apenas foram registadas e analisadas as crianças filhas de imigrantes, o que é restritivo em relação ao estudo global.

Um aspecto importante a realçar é que 29% das famílias imigrantes registadas no nosso estudo, através do nascimento de um filho no HFF, não foram identificadas nas listas dos CS. Esta percentagem, muito elevada, pode corresponder à utilização de CS de outras áreas, o que não parece muito plausível, já que estas famílias têm pouca mobilidade. Acresce referir que a situação ilegal de algumas famílias e/ou razões culturais podem fomentar o uso da medicina tradicional.

O estudo da influência do contexto sociomaterial mostrou que 36% das famílias em estudo não procurou o CS durante a gravidez ou após o nascimento. Todavia, o factor proximidade teve influência nessa procura, sendo mais determinante para o seguimento da gravidez do que para a consulta do RN. A família pode escolher outro CS (Venda Nova) pela maior eficácia dos cuidados ou melhor acessibilidade – cultural, organizacional, ou pelo tempo de espera ou localização perto do trabalho da mãe, mesmo não sendo o mais próximo da residência. No entanto, no Concelho da Amadora com alta densidade populacional e pequena extensão territorial, a distância é, em média de 737m – 10 minutos em passo normal – entre as unidades de alojamento e o CS.

Um estudo recente sobre cuidados de saúde primários, a filhos de afroamericanos, conclui que estes se queixam de discriminação que se

reflete em menos referências a consultas de especialidade, menos disponibilidade e mais agressividade quanto a suspeita de situações de violência, negligência e abuso. Esta percepção condiciona a procura dos serviços de saúde (Flores *et al.*, 2005).

Através dos resultados encontrados nesta amostra da população imigrante identificada no HFF como inscrita nos Centros de Saúde da área, percebe-se que a maioria dessas crianças (82,2%) foi observada em consulta de enfermagem nas duas primeiras semanas de vida; destas 40,6 % só tiveram consulta médica após os 30 dias de vida e 5,9% após os 3 meses. Estes resultados são inferiores aos encontrados nos cuidados primários da Sub-região de Lisboa (INE; DAT, 2005). Conclui-se ainda que a média de 3,7 consultas de saúde infantil no primeiro ano de vida e de 1,9 urgências no centro de saúde está aquém da recomendada pela DGS no Plano de Saúde Infantil.

A percentagem de crianças sem médico atribuído é elevada (26%), o que poderá justificar, em parte, os resultados anteriores. Deve ser realçado o papel a desempenhar pela equipa de enfermagem nos Cuidados Primários, particularmente na consulta de Saúde Infantil e Juvenil, já que tem uma posição privilegiada de relação com as famílias, mais acessível, menos informal e mais disponível.

O grupo de enfermagem poderá, de forma eficaz e mais precoce, avaliar o crescimento e o desenvolvimento do recém-nascido, promover o aleitamento materno e sinalizar situações de risco ou de doença.

No nosso estudo, à semelhança de outros (Morrow *et al.*, 1999; Villar *et al.*, 2005; Sarafana *et al.*, 2006) parece confirmar-se a relação entre a maior duração da amamentação exclusiva (42% das crianças com aleitamento materno exclusivo aos 3 meses) e com o número de consultas de enfermagem, o que evidencia a grande potencialidade das ações de enfermagem no ensino às mães. Outros factores apontados para o sucesso da amamentação são a etnia africana, a educação precoce em consultas pré-natais, a idade materna superior a 34 anos e a ocorrência de aleitamento materno na geração anterior (“meio aleitante”). As primeiras semanas de vida são extremamente importantes pelo que se deve investir em apoio no

ambulatório, visitas domiciliárias, aconselhamento telefónico e formação em grupos de mães (Morrow *et al*, 1999).

No entanto, a consulta médica não deve ser descurada e estas vindas ao Centro de Saúde para a consulta de enfermagem deveriam ser tomadas como excelentes oportunidades para uma consulta médica “oportunista”, reforçando-se aqui a importância do trabalho em equipa. As crianças constituem um grupo prioritário e justificam o maior empenhamento e disponibilidade por parte de todos os profissionais de saúde.

O Centro de Saúde é pois um ponto nevrálgico para o acesso aos cuidados gerais de saúde. Em particular, para a população imigrante, desprovida da sua cultura, da sua família, da sua língua e muitas vezes em condições sócio-económicas precárias; o Centro de Saúde assume uma relevância extrema, como sinalizador de situações de risco e como motor e coordenador na resolução de problemas.

É necessário que o trabalho em equipa seja estimulado e assegurado, como forma de responder à complexidade dos actuais problemas e das necessidades em saúde existentes, de modo crescente, nesta sociedade pluricultural.

Em resumo, segundo Machado (2006) os cuidados de saúde à criança devem ser centrados na família, em parceria, com continuidade e partilhados, qualquer que seja o nível, primário ou hospitalar, através de um esforço interdisciplinar coordenado. A sua dimensão é especialmente importante nas crianças de famílias com pobreza e exclusão social. A continuidade é assegurada entre as equipas do hospital e centro de saúde, sendo da responsabilidade dos cuidados primários o seguimento regular, a promoção da saúde e prevenção da doença e o tratamento da doença aguda.

No entanto, segundo alguns autores (Blair *et al*, 2003; Geiger *et al*, 2006), os cuidados de saúde contribuem apenas para 15% do estado de saúde e os estilos de vida para 20 a 30%; as determinantes sociais do estado de saúde incluem a segregação étnica, as bolsas de pobreza e outros factores de risco da comunidade, o desemprego, o baixo património educativo e a falta de coesão social pelo que as formas de eliminar disparidades

não se devem apenas focar no acesso aos cuidados de saúde mas também às alterações dos estilos de vida e promoção de comunidades saudáveis.

A Convenção das Nações Unidas conferiu às crianças o direito à saúde, à educação, à segurança, à identidade e a serem ouvidas. Mas as crianças são as primeiras vítimas das desigualdades sociais. Nas famílias desfavorecidas constituem o grupo mais vulnerável, com o dobro da probabilidade de morte antes do nascimento, assim como maior frequência de todas as doenças graves que são causa de morte na infância (Blaug, 2003).

E nós, profissionais de saúde do Hospital Fernando Fonseca e dos Centros de Saúde da Amadora e Sintra e investigadores científicos, temos o dever de nos constituirmos advogados ou provedores de todas estas crianças, dos deficientes, das minorias étnicas, dos que vivem na pobreza e dos que os pais estão presos, dos que sofrem abuso ou negligência, dos que se chamam Adija, Nivaldine-Gisleine, Irlando, Princesa Diana, Nicole Chanel ou Harley-Davidson e que são os nossos meninos.

VI. Conclusões e Propostas

Conclusões

1. Portugal é hoje uma Nação de Nações. O registo dos 1989 nascimentos ocorridos no Hospital Fernando Fonseca, de Dezembro de 2005 a Maio de 2006 identificou 43,0% de RN de mãe e/ou pai imigrante, com famílias de 32 nacionalidades diferentes.
2. As famílias dos RN dos Concelhos de Amadora e S. Intra são, genericamente, mais privadas sociomaterialmente do que a população da Área Metropolitana de Lisboa e as dos imigrantes estão, ainda, em situação de maior desvantagem.
3. A evidência de diferenças significativas observadas nas características sociodemográficas dos agregados familiares pressupõe, também, a existência de diferenças entre os RN. No entanto, essas diferenças não foram as esperadas, o que pode ser justificado pela boa articulação dos cuidados materno-infantis entre hospital e centros de saúde e também pelo HFF ser de Apoio Perinatal Diferenciado com capacidade de intervenção avançada.
4. No entanto, a fragilidade/vulnerabilidade dos imigrantes revela-se nos maus resultados em saúde. Ficou demonstrada maior mortalidade fetal e neonatal, mais patologia durante a gravidez, nomeadamente doenças infecciosas, o que pode justificar-se por um início mais tardio das consultas pré-natais.
5. A procura do Hospital, nomeadamente da urgência nos primeiros 28 dias de vida, pode estar relacionada com o atraso da primeira consulta médica nos Centros de Saúde e com a percentagem importante destas famílias que não têm médico atribuído, o que influencia negativamente o diagnóstico e intervenção de atrasos no desenvolvimento estaturoponderal ou psicomotor e nas doenças crónicas.
6. A população da Amadora tem uma boa acessibilidade aos serviços. Embora as distâncias ao hospital sejam superiores às calculadas para os centros de saúde, na maioria dos casos, a maior utilização dos cuidados

hospitalares pelas famílias imigrantes parece ser condicionada pela percepção da gravidade da doença, pela facilidade de atendimento sem horário e pela ausência de médico atribuído no CS e ainda por , numa urgência, serem menos evidentes os problemas sociais.

Propostas

1. Estudar as causas de mortalidade e morbidade perinatal evitáveis, desenvolvendo programas, em articulação com os cuidados de saúde primários, adaptados às condições específicas dos grupos mais vulneráveis.
2. Adequar o Plano Nacional de Saúde 2006-2010 e os programas da Direcção-Geral de Saúde a estas populações vulneráveis (pobres e imigrantes recém-chegados).
3. Dar prioridade à atribuição de Médico de Família às famílias com grávidas e/ou crianças com idade inferior a 1 ano .
4. Manter o seguimento das crianças deste estudo, até à idade escolar e, em articulação com as famílias e as estruturas da comunidade, tendo como objectivo promover estilos de vida saudável e ganhos em saúde.
5. Organizar formação programada para os profissionais de saúde destes concelhos sobre problemas específicos destes grupos, médicos ou culturais, entre os quais minorar as barreiras linguísticas.
6. Alargar o papel dos profissionais dos cuidados primários, nomeadamente das equipas domiciliárias, e reforçar o papel dos enfermeiros como mediadores da educação para a saúde.

VII. Bibliografia

Acevedo-Garcia D, Pan J, Jun HJ, Osypuk TL, Emmons KM. The effect of immigrant generation on smoking. *Soc Scienc & Med*, 2005 September; 61(6): 1223-1242

Atun R., "What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? *WHO Regional Office - Europe Publications*, Copenhagen, 2004

Baganha M, Marques J., *Imigração e Política – O caso português*. Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento, 2001, Lisboa.

Bardin C, Zolkowitz P, Papageorgiou A. Outcome of small for gestational age and appropriate for gestational age infants born before 27 weeks of gestation. *Pediatrics* 1997; 100: e4.

Barker DP, Forsen T, Uutela A, Osmond C, Erikson JG. Size at birth and resilience to effects of poor living conditions in adult life. *BMJ*, 2001;323:1-5

Barroso MJ, Ferreira GC, Machado MC, Lemos PS. Referência pediátrica – que realidade?. *Acta Pediatr. Port.*, 2003; 2(34): 89-93.

Bento C, Osório E, Lemos L. Importância da urgência neonatal na urgência pediátrica. *Saúde Infantil*, 2001; 23(2): 55-9

Biscaia A., Martins J.N. Carreira M., Gonçalves I., Antunes A.R. Ferrinho P., *Cuidados De Saúde Primários em Portugal - Reformar para novos sucessos*. Editora Padrões culturais, 2006

Blair M, Stewart-Brown S, Waterston T, Crowther R., *Child Public Health*, Oxford University Press, 1st ed 2003

Bouchaud O. Cherabi K. Caring for immigrants living with HIV/AIDS in France. *Rev Prat*, 2006, May 15; 56(9).1005-10

Buchana C. Programa da FLAD na Área da Investigação do Diálogo Político em Matéria de Migração. *Newsletter Fundação Luso-Americana: Portugal e as migrações na Europa*, 2002; 2(4): 10-13.

Caiazzo A, Cardano M, Cois E, Costa G, Marinacci C, Spadea T, Vannoni F, Venturini L. Inequalities in health in Italy. *Epidemiol Prev*, 2004; May-Jun; 28 (3): 1-16

Calado B, Silva L, Guerreiro D. Barreiras e incentivos à vigilância pré-natal, identificação das barreiras-resultados parcelares. *Saúde em Números*, 1997; 12(4): 29-31

Caldeira T, Santos G, Pontes E, Dourado R, Rodrigues L. O dia a dia de uma urgência pediátrica. *Acta Pediatr. Port.*, 2006; 1 (37): 1-4.

Carballo M., Divino J., Zeric D. Migration and health in the European Union. *Tropical Medicine and International Health*, 1998; 3(12):936-944.

Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente. *Pediatra Consultor*, 2004 (www.iqs.pt/cnsca)

Dejin-Karissom E, Ostergren PO: Country of origin social support and the risk of small gestational age birth. *Scand J Public Health*, 2004; 32(6): 442-9.

Dey AN, Lucas JW. Physical and mental health characteristics of US and foreign-born adults: US 1998-2003. *Adv Data*, 2006; 369: 1-19.

Dias S., Gonçalves A., Luck M., Fernandes, M. Risco de Infecção por VIH/SIDA, Utilização-acesso aos Serviços de Saúde numa comunidade migrante, *Act. Med. Port.*, 2004; 17: 211-218.

Direção Geral de Saúde. *Rede de Referência Hospitalar Materno-Infantil*. Divisão da Saúde Materna, Infantil e Adolescentes. DGS, Novembro 2000.

Direção Geral da Saúde. *Estudo epidemiológico dos óbitos no período perinatal alargado*. DGS, 2004.

Direção Geral da Saúde. *Saúde Reprodutiva – Doenças infecciosas e gravidez*. DGS, 2000.

Direção Geral de Saúde: Saúde Infantil e Juvenil – Programa Tipo de Actuação, 2002 (www.dgsaude.pt)

Dolores Acevedo-Garcia, Jocelyn Pan, Hee-Jin Jun, Theresa L. Osypuk, Karen M. Emmons. The effect of immigrant generation on smoking. *Soc Scienc & Med*, 2005 September; 61(6): 1223-1242.

Editorial. The devastating effects of HIV/AIDS on children. *Lancet* 2006; 368(9534): 424

Enders M, Knaub I, Gohl M, Pieper I, Bialek C, Hagedorn HJ. Congenital syphilis despite prenatal screening? An evaluation of 14 cases. *Z Geburtshilfe Neonatol.*, 2006 Aug; 210(4): 141-6

Fan CK, Hung CC, Su K, Sung F, Chiou H, Gil V, FMCerreira, Carvalho JM, Cruz C, Lin Y, Tseng L, São K, Chang W, Lan W, Chou S. Seroprevalence of Toxoplas-

ma Gondii infection among preschoolchildren aged 1-5 years in Democratic Republic of Sao Tome and Principe, Western Africa. *R Soc Trop Med Hyg.* 2006; 100(5): 446-449

Ferreira M, Escumalha M, Brito MJ, Carreiro H, Machado MC. Recém-nascido de mãe VDRL+ . Casuística do Hospital Fernando Fonseca. *Comunicação no Congresso da Sociedade Portuguesa de Pediatria*, Vila da Feira, 2001

Flores G, Olson L, Tomany-Korman SC. Racial and ethnic disparities in early childhood health and health care; *Pediatrics* 2005; 115 (2): e 183-93

Flores G. Language barriers to health care in the United States. *N Engl J Med*, 2006; 355(3): 229-31

Fonseca L. Reunificação Familiar e Imigração em Portugal. *Colecção Estudos Observatório da Imigração*, n.º 15, 2005, Lisboa.

Fonseca L., Malheiros J. coord., *Social Integration And Mobility: Education, Housing And Health* – IMISCOE Cluster B5 State of Art Report, Estudos para o Planeamento Regional e Urbano, 2005, Centro de Estudos Geográficos, Universidade de Lisboa.

Freedman RM, Benson N, Smallhorn JF., *Neonatal Heart Diseases*, 2nd ed., 1992. Springer-Verlag New York, Incorporated

Freitas C., *Good Practice in Mental Health and Social Care for Refugees and Asylum Seekers*, Part A. Identification Study Report on Portugal, 2005.

Gardete M, Antunes M., Tuberculose em Imigrantes: estudo preliminar em sete Serviços de Tuberculose e Doenças respiratórias dos Distritos de Lisboa e Setúbal. *Saúde em Números*, 1992, 8 (4): 30-32.

Gaudelus J. Épidémiologie de la tuberculose en France. *Archives de Pédiatrie*, 2005, 12, S83-S87

Geiger H.J., Multicultural medicine and health disparities *N Eng J Med*; 2006, 355 (2): 216-17

Gould J.B., Danielsen B., Korst L.M. Phibbs R., Chance K., Main E, W. Chaffer D.D., Stenvenson D.K., Caesarean delivery rates and Neonatal morbidity in a low risk population. *Obstet and Gynecol*, 2004; 104(1): 11-9.

Gould J.B., Madan A., Qin C., Chavez G., Perinatal outcomes in two dissimilar immigrant populations in the US: a dual epidemiologic paradox, *Pediatrics*, 2003; 111(6): e 676-682

Goza FW, Stockwell EG, Balistreri KS., Racial differences in the relationship between infant mortality and socioeconomic status. *J Biosoc. Sci* 2006, Cambridge University Press

Guimarães R C, Cabral JC, *Estatística*, McGraw-Hill, Lisboa, 1997

Harding S., Santana P., Cruickshank J.K., Boroujerdi M. Birth Weights of Black African Babies of Migrant and Nonmigrant Mothers Compared With Those of Babies of European Mothers in Portugal. *An Epidemiol.* 2006a;16(7): 572 – 579.

Harding S., Boroujerdi M., Santana P., Cruickshank J.K., Decline in, and lack of difference between, average birth weights among African and Portuguese babies in Portugal. *Int J Epidemiol.* 2006b; 35: 270 – 276.

Heffner, L.J., Advanced maternal age – how old is too old? *N Engl J Med.* 2004 Nov 4;351(19):1927-9.

Hessol NA, Fuentes, Afflick E. Ethnic differences in neonatal and post neonatal mortality. *Pediatrics*, 2005; 115 (1) 44-51

Hjern A, Bouvier P., Migrant children – a challenge for European Pediatricians. *Acta Paediatr.*, 2004; 93(11): 1535-9

Holden C., A prematurity gene. *Science*, 2006, 313:1213.

Horta A., Multiculturalism in Abeyance: immigration and local politics in the periphery of Lisbon. In: Fonseca M, Malheiros J, Ribas-Mateos, N, White P, Esteves A. *Immigration and Place in Mediterranean Metropolises – Metropolis Portugal*. Luso-American Foundation 2002, Lisbon.

Imigrantes ilegais: medo maior do que a dor. Alemanha 27.4.2006 (www.dw-world.de)

Inkelas M, Schuster MA, Olson LM, Park CH, Halfon N. Continuity of primary care clinician in early childhood. *Pediatrics*, 2004; 113(6): 1917-25

Instituto Nacional de Estatística. Destaque do INE, 2001, 2002, 2003, 2005 e 2006

Irigoyen M, Findley SE, Chen S, Vaughan R, Sternfels P, Caesar A, Metroka A., Early continuity of care and immunization coverage. *Child Care Health Dev*, 2004; 30(3): 265-77

Irving R.J., Balton N.R., Elton R.A., Walker B.R. Adult cardiovascular risk factors in premature babies; *Lancet*, 2000; 355: 2135-36

Nogueira, H. e Santana, P. (2005), "Geographies of Health and Deprivation: Relationship between Them". In C. PALAGIANO e G. DE SANTIS (a cura di), *Geografia dell'Alimentazione, "Atti dell' VIII Seminario Internazionale di Geografia Medica"*, Roma (16-18. 12. 2004), Perugia, Edizioni Rux, 2005, 539-546.

Nunes P, Luís C, Neves R, Bento V, Santos C, Moura M, Brito MJ., Migration and health care. *Communication at the Annual Meeting of the Royal Society of Medicine*, Lisbon, June 2005

Nunes P, Luís C, Neves R, Bento V, Santos C, MouraM, Brito M. The role of social support in childhood migration. 16th Congress of the European Society of Ambulatory. *Pediatric*, 2005

Owen L., Mc Neill A., Callum C. Trends in smoking drug pregnancy in England 1992- 1997: Quota Sampling surveys. *BMJ*, 1998: 317-728

Panitch H.B. Bronchiolitis in infants. *Cur op. Paediatr*. 2001; 13:b256-60

Papadimitriou. *Europe and its immigrants in the 21st century a new deal on a continuing dialogue of the deaf?* Edited by DG Papadimitriou, Migration Policy Institute, 2006

Penn R, Lambert P. Attitudes towards ideal family size of different ethnic/nationality groups in Great Britain, France and Germany. *Popul Trends*, 2002 Summer; 108: 49-58

Public Health Service Task Force. *Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV1 infected women*, October 12, 2006.

Rebelo E., Paiva L. Planeamento Urbano para a Integração de Imigrantes, *Observatório da Imigração*, 18, Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME), 2006.

Rede de Referência Hospitalar Materno-Infantil. Divisão da Saúde Materna , Infantil e Adolescentes. *DGS*, Novembro 2000

Registo Nacional de RN com peso inferior a 1500g . Nacer Prematuro em Portugal. Fundação Bial 2002; 163-173

Relatório da Comissão Nacional de Saúde Materno-Infantil, Junho 1989

Rifes G, Villar M. Imigração e Tuberculose. Experiência de cinco anos, *Revista portuguesa de Pneumologia*, 2003, Volume IX, N.º 3.

Robinson R., The fetal origins of adult disease. *BMJ*, 2001; 322: 375-6

Rodrigues D, Marinho da Silva A, Sá e Melo A, Providência LA. Significado do sopro cardíaco – Avaliação de rotina numa maternidade central. *Acta Pediatr. Port.*, 2004; nº5/6; vol 35:403-406.

Rosa M., Santos H., Seabra T., Contributos dos Imigrantes na Demografia Portuguesa: o papel das populações de nacionalidade estrangeira. *Observatório da Imigração*; 4. Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME) 2004.

Saldanha MJ, Machado MC, Matos AC, Pinto F, Barroso R, Carreiro H. RN leves para a idade de gestacional numa população suburbana. Incidência e factores de risco. *Acta Pediatr Port*, 2003; 1(34): 25-32

Santana P., *Geografias da Saúde e de Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal*. 2005. Almedina, Coimbra.

Santana P. Poverty, social exclusion and Health. *Soc Scienc & Medic*. 2002, 55:132-145

Santinho C., Immigration and Municipal Intervention: the case of Lourdes (Portugal). In: Fonseca M, Malheiros J, Ribas-Mateos, N, White P, Esteves A. *Immigration and Place in Mediterranean Metropolises – Metropolis Portugal*. Luso-American Foundation 2002, Lisbon.

Sarafana S, Abecassis F, Tavares A., Soares I., Gomes A., Aleitamento materno: evolução na ultima década, *Acta Pediatr Port*, 2006; 1 (37) 9-14

Saugstad OD. Perinatal Health in Europe: neonatal aspects. *5th World Congress of Perinatal Medicine* 2001:1-2

Shi L, Sharfield B, Politzer R, Regan J. Primary care, self rated health and reductions in social disparities in health. *Health Serv Res*. 2002; 37(3): 529-50.

Simões E.A., Carbonell, Estrany X, Paediat Infect. *Dis J*, 2003; 22(2): 13-8

Sousa J., *Os Imigrantes Ucrânianos em Portugal e os Cuidados de Saúde*, Coleção Teses, N.º 4, Alto-comissário para a Imigração e Minorias Étnicas, ACIME, 2006, Lisboa.

Troe EW, Kunst AE, Bos V, Deerenberg IM, Joung IM, Mackenbach JP. The effect of age at immigration and generational status of the mother on infant mortality in ethnic minority populations in the Netherlands. *Eur J Pub Health* 2006; July:1-5

Tyson JE, Kennedy K, Broyles S, Rosenfeld CR. The small four gestational age infant: Accelerated or delayed pulmonary maturation? Increased or decreased survival? *Pediatrics*, 1995; 95: 534-8.

Van Hook J, Zhang W, Bean FD, Passel JS. Foreign-born emigration: a new approach and estimates based on matched CPS files. *Demography*, 2006; 43(2): 361-82

Villar J, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America; *Lancet*, 2006; 367(9525): 1819-29.

Wigglesworth JS. Monitoring perinatal mortality: A pathophysiological approach. *Lancet*, 1980; 2(8196): 684

Williams DR. Race/ethnicity and socioeconomic status: measurement and methodological issues. *An Epidemiol*, 1997; 7:322-33

Índice de Quadros e Figuras

Índice de Quadros

Quadro 1 – Naturalidade e Nacionalidade, 2001.....	30
Quadro 2 – População de nacionalidade estrangeira por países de origem em 1991 e 2001 (Portugal Continental, Grande Lisboa, Amadora, Sintra e respectivas freguesias)	34
Quadro 3 – Taxas de mortalidade infantil, neonatal, materna e de 1 aos 4 anos em Portugal em 1960, 1970, 1980, 1990, 2002 e 2005	38
Quadro 4 – Taxas de mortalidade infantil, neonatal e perinatal – União Europeia, 2004*.....	39
Quadro 5 – Movimento assistencial do Departamento da Criança do HFF – 1997-2005	41
Quadro 6 – Indicadores de saúde infantil nos 9 Centros de Saúde da Unidade D – 2004	42
Quadro 7 – Ponderação dada a cada uma das classes	61
Quadro 8 – Nascimentos nos Concelhos de Amadora e Sintra – 1 de Dezembro de 2005 a 31 de Maio de 2006	65
Quadro 9 – Características gerais da amostra	67
Quadro 10 – Progenitores: imigrantes e portugueses.....	68
Quadro 11 – Ascendência (grupo étnico) dos progenitores (N=1946)	68
Quadro 12 – Origem dos progenitores por Continentes (N= 1946)	69
Quadro 13 – País de origem dos progenitores europeus.....	69
Quadro 14 – País de origem dos progenitores africanos.....	70
Quadro 15 – País de origem dos progenitores americanos	70
Quadro 16 – País de origem dos progenitores asiáticos	71
Quadro 17 – Origem dos avós maternos por Continentes	71
Quadro 18 – Origem dos avós paternos por Continentes	71
Quadro 19 – Características gerais dos Recém-nascidos.....	74
Quadro 20 – Características gerais da gravidez e do par to	75
Quadro 21 – Tipo de família	79
Quadro 22 – Tipo de habitação	80
Quadro 23 – Número de coabitantes.....	81
Quadro 24 – Número de fumadores.....	81
Quadro 25 – Resumo estatístico da variável idade	82
Quadro 26 – Características gerais da mãe	85
Quadro 27 – Situação profissional e profissão da mãe	86
Quadro 28 – Características gerais do pai	87
Quadro 29 – Resumo estatístico da variável idade	88
Quadro 30 – Situação profissional e profissão do pai.....	90
Quadro 31 – Famílias e crianças de risco social	91

Quadro 32 – Utilização de Serviços no HFF: Consulta, Urgência e Internamento	94
Quadro 33 – Consultas e Exames por Especialidades.....	95
Quadro 34– Número de crianças por Especialidade por grupo.....	95
Quadro 35 – Número de crianças por Especialidade e Sub-especialidade por grupos	96
Quadro 36 – Frequência de utilização da Urgência Pediátrica por Criança	97
Quadro 37 – Idade da Criança no Primeiro Episódio de Urgência	98
Quadro 38 – Primeiro episódio de urgência no período neonatal e utilização subsequente.....	98
Quadro 39 – Período de Utilização das Urgências	99
Quadro 40 – Procura da urgência e escolaridade materna	100
Quadro 41 – Patologias por Grupo Etário – Período neonatal e pós neonatal.....	100
Quadro 42 – Patologia infecciosa e não infecciosa – período neonatal	101
Quadro 43 – Patologia infecciosa e não infecciosa – idade superior a 28 dias	101
Quadro 44 – N° de crianças e nº de episódios de utilização do Hospital de Dia	102
Quadro 45 – Internamentos: total e por grupos – N=1954	103
Quadro 46 – Características gerais dos RN, das mães e da gestação	104
Quadro 47 – Motivos de internamento para os RN com idade gestacional inferior a 37 semanas	104
Quadro 48 – Motivos de internamento para os RN de termo	105
Quadro 49 – Factores individuais, parentais e sociais determinantes de internamento de RN directamente da sala de partos.....	105
Quadro 50 – Admitidos do exterior – Internamento na UCIEP, Enfermaria e UICD.....	106
Quadro 51 – Características gerais das crianças internadas	107
Quadro 52 – Demora média.....	107
Quadro 53 – Diagnósticos na alta por grupos de patologias	108
Quadro 54 – Factores individuais, parentais e sociais determinantes de internamento de crianças vindas do exterior	108
Quadro 55 – Resultados dos modelos de regressão logística de internamento	109
Quadro 56 – Causas de morte segundo a classificação de Wigglesworth modificada.....	116
Quadro 57 – Causas de morte segundo Wigglesworth em Portugal, LVT e Amadora/Sintra	116
Quadro 58 – Causas de morte segundo Wigglesworth por Grupos de estudo.....	117
Quadro 59 – História perinatal.....	118
Quadro 60 – Distribuição por Centro de Saúde	119
Quadro 61 – Idade da primeira ida ao CS e 1ª consulta de enfermagem	120

Quadro 62 – Crianças com e sem Médico de Família Atribuído.....	120
Quadro 63 – Idade da primeira Consulta Médica	121
Quadro 64 – Frequência de consultas de Enfermagem anteriores à consulta médica.....	121
Quadro 65 -Aleitamento Materno exclusivo	122
Quadro 66 – Plano Nacional de Vacinação aos 6 meses	122
Quadro 67 – Consultas de Enfermagem anteriores à consulta médica/Dias de amamentação	122
Quadro 68 – Número de crianças a atender por cada CS ou E xtensão.	130
Quadro 69 – Mães e Filhos segundo a utilização dos Centros de Saúde.....	131

Índice de Figuras

Figura 1 – Enquadramento geográfico das áreas de estudos: concelhos de Amadora e Sintra, integrados na Grande Lisboa.....	29
Figura 2 – Valor percentual de imigrantes provenientes do estrangeiro (relativamente a 1995/12/31) por concelho de residência habitual em 2001/03/12.....	30
Figura 3 – População Residente, segundo a proveniência geográfica – PALOP (relativamente a 95/12/31), por concelho de residência habitual em 2001/03/12	32
Figura 4 – Variação (número de indivíduos) da População Estrangeira por países de origem entre 1991 e 2001, nas freguesias de Amadora e Sintra	32
Figura 5 – População com Nacionalidade Estrangeira por Freguesia (* valor percentual na população residente), 2001.....	33
Figura 6 – Pirâmide de Idades (valores relativos) da população de nacionalidade portuguesa e estrangeira residente nos concelhos de Amadora e Sintra, em 2001	35
Figura 7 – Pirâmide de Idades (valores absolutos) da população residente nos concelhos de Amadora e Sintra de nacionalidade portuguesa, em 2001	36
Figura 8 – Pirâmide de Idades (valores absolutos) da população residente nos concelhos de Amadora e Sintra de nacionalidade estrangeira, em 2001	36
Figura 9 – Esquema metodológico de implementação do Sistema de Informação Geográfico.	59
Figura 10 – Proveniência das mães dos Recém-nascidos no HFF entre 1 de Dezembro de 2005 e 31 de Maio de 2006.....	72

Figura 11 – Proveniência dos pais dos Recém-nascidos no HFF entre 1 de Dezembro de 2005 e 31 de Maio de 2006	72
Figura 12 – Peso dos RN em função da idade gestacional, para filhos de mães imigrantes e portuguesas	77
Figura 13 – Comprimento dos RN em função da idade gestacional, para filhos de mães imigrantes e portuguesas	78
Figura 14 – Perímetro Cefálico dos RN em função da idade gestacional, para filhos de mães imigrantes e portuguesas	78
Figura 15 – Idade das mães dos recém-nascidos no HFF, imigrantes e portuguesas	83
Figura 16 – Idade dos pais dos recém-nascidos no HFF, imigrantes e portuguesas	89
Figura 17 – Períodos de utilização da urgência: período neonatal e após os 28 dias de vida	99
Figura 18 – Análise do intervalo de confiança das odd-ratios do modelo de internamento à nascença	111
Figura 19 – Análise do intervalo de confiança das odd-ratios do modelo de internamento externo.....	111
Figura 20 – Análise do intervalo de confiança das odd-ratios do modelo de internamento (geral).....	112
Figura 21 – Localização das residências das famílias dos recém-nascidos segundo os grupos de estudo e a ascendência.	125
Figura 22 – País de origem das mães	126
Figura 23 – Distância aos CS (minutos)	129
Figura 24 – Área de Influência Geográfica dos CS.....	129
Figura 25 – Distância ao Hospital Fernando Fonseca (minutos)	133
Figura 26 – Distância a creches.....	136
Figura 27 – Distância aos Equipamentos Desportivos.....	137
Figura 28 – Distância aos espaços verdes.....	137
Figura 29 – Acessibilidade a equipamentos de apoio à família, saúde e de desporto e lazer.....	139

Anexo – Inquéritos

Inquérito I - PERINATAL
(1-12-05 a 1-5-06)

Nº Inquérito _____ Nº Processo _____
 Data/Hora Entrada _____
 Morada _____
 Código Postal _____ Tel. _____

MÃE DO RN

P1 Idade _____ **P2 Data de Nascimento** ____/____/____
P3 Nacionalidade _____
P4 Ascendência/Grupo 1Europeia ☐ 2Africana ☐ 3Asiática ☐ 4Outra ☐ _____
P5 País de origem _____ **P6 Dos avós do RN se diferente** _____
P7 Profissão _____
P8 Situação 1Empregada ☐ 2Desempregada ☐ 3Reformada ☐ 4Doméstica ☐
Perante o trabalho
P9 Anos de Escolaridade (total completos) _____
P10 Estado 1Casada c/pai RN ☐ 2Comunhão de facto c/pai RN ☐ 3Outra ☐
P11 TIPO DE HABITAÇÃO: 1Apartamento arrendado ☐ 2Apartamento próprio ☐
 3Apartamento social ☐ 4Hab. Unifamiliar ☐ 5Barraca ☐ 6Outra ☐ _____
P12 Nº de coabitantes(inclui RN) _____ **P13 Nº de fumadores** _____
P14 Tipo de Família
 1Nuclear ☐ 2MonoparentalMãe ☐ 3MonoparentalPai ☐
 4Outro familiar ☐ Especificar _____ 5Institucional ☐
P15.1 Nº de gravidezes anteriores _____ **P15.2** Abortos _____ **P15.3** 3Mortes fetais _____
P15.4 Filhos vivos _____ **P15.5** Ano da última gravidez _____
Consumo(s) durante a gravidez: **P16.1** 1Tabaco (nº cigarros/dia) _____ **P16.2**
Alcool: **P16.2.1** 1Cerveja _____ (copos/dia) **P16.2.2** 2Vinho _____ (copos/dia) **P16.2.3**
 3Licores/e aguardente _____ (copos/dia) **P16.2.3** 4Outras(especificar) _____ (copos/dia)
P17.3 **Toxicodependência** (tipo) _____
P18 Doenças _____

PAI DO RN

P19 Idade _____ **P20 Nacionalidade** _____
P21 Ascendência/Grupo 1Europeia ☐ 2Africana ☐ 3Asiática ☐ 4Outra ☐ _____
P22 País de origem _____ **P23 Dos avós do RN se diferente** _____
P24 Profissão _____
P25 Situação 1Empregado ☐ 2Desempregado ☐ 3Reformado ☐ 4Outro ☐
Perante o trabalho
P26 Anos de Escolaridade (Total completos) _____

Consumo(s) actual: **P27.1** 1Tabaco (nº cigarros/dia) _____ **P27.2** Álcool: **P27.2.1** 1Cerveja _____ (copos/dia) **P27.2.2** 2Vinho _____ (copos/dia) **P27.2.3** 3Licores/e aguardente _____ (copos/dia) **P21.2.3** 4Outras(especificar) _____ (copos/dia)

P28 Toxicod dependência (tipo) _____

GRAVIDEZ ACTUAL

P29 Vigilância Nº de consultas _____

Local **P30.1** CS ☐ **P30.2** Qual _____ **P30.3** Hospital **P30.3.1** Qual _____

P30.4 Médico Privado ☐ **P30.4.1** Qual _____

P31

	11º trimestre	23º trimestre
1VDRL		
2Hepatite B		
3VIH I		
4VIH II		
5Rubeola		
6Toxoplasmose		

P32 Ecografias 1Sim normais ☐ 2Sim patológicas ☐ Especifique _____ 3Não ☐

P33 Hipertensão 1Sim ☐ 2Não ☐

P34 Diabetes 1Sim ☐ 2Não ☐

P35 Infecções 1Sífilis ☐ 2Tuberculose ☐ 3StreptoB ☐

P36 Internamentos 1Cuidados Intensivos ☐ 2Enfermaria ☐

P36.1 Patologias _____

RECÉM-NASCIDO

P31 1VIVO ☐ 2MORTO ☐

P32 Data Nascimento ____/____/____ **P33 Sexo** 1F ☐ 2M ☐ 3Ambiguidade ☐

P34 Idade gestacional _____ **P35 Tipo de Parto** _____

P36 Peso ao nascer _____ **P37 Comprimento** _____ **P38 PC** _____

P39 Problemas médicos _____

P40 Internamento na Unidade 1Sim ☐ 2Não ☐ **P40.1** UCIN ☐ UCEN ☐

P41 Diagnósticos _____

P42 Data alta ____/____/____ **P43 Destino** _____

INQUÉRITO IMIGRANTES e não imigrantes (grupo controlo)**Urgência Pediátrica e Consultas Externas**

Todas as crianças nascidas no HFF a partir de 1 de Dezembro de 2005

Nº Inquérito _____ Nº Processo _____ Data/Hora Entrada _____ Morada _____ Código Postal _____ Tel. _____

P1 Idade _____ **P2 Data de Nascimento** __/__/__**P2 Nacionalidade Mãe** _____**P3 Ascendência Mãe** 1Europeia ☐ 2Africana ☐ 3Asiática ☐ 4Outra ☐ _____**P4 Nacionalidade Pai** _____**P5 AscendênciaPai** 1Europeia ☐ Africana ☐ Asiática ☐ Outra ☐ _____**P6 País de Origem** Pai _____ Mãe _____**P7 UTILIZAÇÃO DA URGÊNCIA** Sim ☐**P8 Diagnóstico (s) na urgência**

1. _____
2. _____
3. _____

P9 UTILIZAÇÃO DA CONSULTA EXTERNA Sim ☐**Diagnóstico(s) na consulta****P10.** _____**P11** _____**P12** _____**P13 Outras Doenças** _____

Anexos Estadísticos

Anexo Estatístico

Quadro A – Naturalidade e Nacionalidade por Freguesia (* valor percentual na população residente), 2001

	População residente	Nacionalidade Estrangeira		Naturalidade – Fora do Concelho		Naturalidade – Estrangeiro	
	Total	Total	% *	Total	% *	Total	% *
N1 - Portugal Continental	9869343	220840	2,2			632208	6,4
N3 – Grande Lisboa	1892903	97496	5,2	915796	48,4	219722	11,6
CC – Amadora	175872	12511	7,1	96343	54,8	22494	12,8
FG – Alfragide	8740	207	2,4	5111	58,5	1000	11,4
FG – Brandoa	15647	856	5,5	8810	56,3	1244	8,0
FG – Buraca	16061	1522	9,5	7965	49,6	2522	15,7
FG – Damaia	20590	1232	6,0	12204	59,3	2220	10,8
FG - Falagueira	14436	625	4,3	8403	58,2	1104	7,6
FG – Mina	18915	1607	8,5	10168	53,8	2615	13,8
FG – Reboleira	15543	1206	7,8	8773	56,4	2416	15,5
FG – Venteira	19607	754	3,8	11895	60,7	1740	8,9
FG – Alfarelos	14305	1720	12,0	7070	49,4	3019	21,1
FG - São Brás	20694	1330	6,4	10809	52,2	2684	13,0
FG - Venda Nova	11334	1452	12,8	5135	45,3	1930	17,0
CC – Sintra	363749	23470	6,5	184839	50,8	49302	13,6
FG – Agualva-Cacém	81845	6226	7,6	44604	54,5	12725	15,5
FG – Algueirão-Mem Martins	62557	3670	5,9	31282	50,0	8696	13,9
FG – Almargem do Bispo	8417	91	1,1	3100	36,8	293	3,5
FG – Belas	21172	1045	4,9	11210	52,9	2358	11,1
FG – Colares	7472	359	4,8	2618	35,0	674	9,0
FG - Montelavar	3645	145	4,0	1140	31,3	212	5,8
FG – Queluz	27913	1959	7,0	16026	57,4	3606	12,9
FG - Rio de Mouro	46022	4028	8,8	23842	51,8	8095	17,6
FG - Sintra (Santa Maria e São Miguel)	9274	189	2,0	3825	41,2	602	6,5
FG - São João das Lampas	9665	312	3,2	2976	30,8	616	6,4
FG - Sintra (São Martinho)	5907	181	3,1	2189	37,1	381	6,4
FG - Sintra (São Pedro de Penaferrim)	10449	360	3,4	5426	51,9	966	9,2
FG – Terrugem	4617	113	2,4	1627	35,2	245	5,3
FG - Pêro Pinheiro	4712	177	3,8	1834	38,9	273	5,8
FG - Casal de Cambra	9865	773	7,8	5576	56,5	1211	12,3
FG - Massamá	28176	1815	6,4	15726	55,8	4348	15,4
FG - Monte Abraão	22041	2027	9,2	11838	53,7	4001	18,2

Fonte: INE, Portugal: Censos 2001

Quadro B – População Residente, segundo a zona geográfica (relativamente a 95/12/31), por concelho de residência habitual em 2001/03/12

Zona geográfica Concelhos de residência habitual em 2001/03/12	Total de Imi- grantes no Con- celho	Proveniente de outros concelhos		Provenientes do estrangeiro									
				PALOPS		Brasil		América do Norte (EUA e Canadá)		França		Outros	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
N1 – Continente	n.a.	658577	n.c.	39814	n.c.	25171	n.c.	11666	n.c.	55161	n.c.	103821	n.c.
N3 – Grande Lisboa	n.a.	187673	n.c.	25493	n.c.	9305	n.c.	1450	n.c.	3248	n.c.	20799	n.c.
DC – Cascais	23287	16043	68,9	1165	5,0	1878	8,1	350	1,5	473	2,0	3378	14,5
DC – Lisboa	53208	39577	74,4	3317	6,2	2329	4,4	421	0,8	964	1,8	6600	12,4
DC – Loures	23218	16713	72,0	3762	16,2	750	3,2	87	0,4	261	1,1	1645	7,1
DC – Oeiras	23292	18821	80,8	1291	5,5	826	3,5	161	0,7	336	1,4	1857	8,0
DC – Sintra	68788	54149	78,7	8193	11,9	1668	2,4	205	0,3	658	1,0	3915	5,7
DC – Vila Franca de Xira	17025	14096	82,8	1181	6,9	523	3,1	77	0,5	162	1,0	986	5,8
DC – Amadora	22271	16046	72,0	3864	17,3	757	3,4	85	0,4	189	0,8	1330	6,0
DC – Odivelas	16879	12228	72,4	2720	16,1	574	3,4	64	0,4	205	1,2	1088	6,4

Fonte: INE, Portugal: Censos 2001

n.a. - Não Aplicável

n.c. - Não Calculável

Quadro C – Variação da População Estrangeira por países de origem entre 1991 e 2001, para Portugal Continental, Grande Lisboa, Amadora, Sintra e respectivas freguesias

Unidade Geográfica	Nacionalidade	1991			2001			Variação 1991-2001	
		Total	H	M	Total	H	M	Nº	(%)
NUTI – Continente	Total	59936	29428	30508	220840	119794	101046	160904	268,5
	Angola	9197	4146	5051	36808	18715	18093	27611	300,2
	Moçambique	3106	1417	1689	4634	2198	2436	1528	49,2
	Cabo Verde	15617	8500	7117	32907	16807	16100	17290	110,7
	Brasil	13129	6166	6963	31292	16622	14670	18163	138,3
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	115199	65452	49747	n.a.	n.a.
NIII – Grande Lisboa	Total	21864	10999	10865	99304	53586	45718	77440	354,2
	Angola	3866	1827	2039	21753	11285	10468	17887	462,7
	Moçambique	1605	744	861	2155	1008	1147	550	34,3
	Cabo Verde	10789	5804	4985	21990	10961	11029	11201	103,8
	Brasil	3825	1804	2021	12215	6563	5652	8390	219,3
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	41191	23769	17422	n.a.	n.a.
CC – Amadora	Total	3971	2084	1887	12511	6841	5670	8540	215,1
	Angola	531	250	281	2483	1344	1139	1952	367,6
	Moçambique	146	70	76	203	101	102	57	39,0
	Cabo Verde	2921	1586	1335	5171	2594	2577	2250	77,0
	Brasil	265	132	133	933	516	417	668	252,1
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	3721	2286	1435	n.a.	n.a.
FG – Alfragide	Total	53	22	31	207	113	94	154	290,6
	Angola	8	5	3	47	29	18	39	487,5
	Moçambique	9	3	6	4	3	1	-5	-55,6
	Cabo Verde	7	1	6	20	10	10	13	185,7
	Brasil	21	8	13	48	28	20	27	128,6
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	88	43	45	n.a.	n.a.
FG - Brandoa	Total	137	84	53	856	500	356	719	524,8
	Angola	30	19	11	360	206	154	330	1100,0
	Moçambique	13	7	6	17	11	6	4	30,8
	Cabo Verde	66	39	27	113	56	57	47	71,2
	Brasil	13	10	3	72	43	29	59	453,8
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	294	184	110	n.a.	n.a.
FG - Buraca	Total	840	438	402	1522	776	746	682	81,2
	Angola	121	59	62	81	40	41	-40	-33,1
	Moçambique	3	1	2	13	6	7	10	333,3
	Cabo Verde	701	373	328	1112	545	567	411	58,6
	Brasil	6	3	3	63	38	25	57	950,0
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	253	147	106	n.a.	n.a.

IGUAIS OU DIFERENTES?

FG – Damaia	Total	520	273	247	1232	687	545	712	136,9
	Angola	64	27	37	172	94	78	108	168,8
	Moçambique	10	2	8	19	9	10	9	90,0
	Cabo Verde	393	213	180	539	286	253	146	37,2
	Brasil	39	26	13	81	45	36	42	107,7
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	421	253	168	n.a.	n.a.
FG – Falagueira	Total	79	36	43	625	346	279	546	691,1
	Angola	24	13	11	110	62	48	86	358,3
	Moçambique	7	2	5	16	9	7	9	128,6
	Cabo Verde	22	14	8	219	113	106	197	895,5
	Brasil	17	6	11	50	24	26	33	194,1
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	230	138	92	n.a.	n.a.
FG – Mina	Total	612	350	262	1607	868	739	995	162,6
	Angola	68	35	33	287	143	144	219	322,1
	Moçambique	29	18	11	32	13	19	3	10,3
	Cabo Verde	472	275	197	796	402	394	324	68,6
	Brasil	28	13	15	92	56	36	64	228,6
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	400	254	146	n.a.	n.a.
FG – Reboleira	Total	163	72	91	1206	658	548	1043	639,9
	Angola	42	14	28	326	178	148	284	676,2
	Moçambique	13	5	8	17	8	9	4	30,8
	Cabo Verde	76	39	37	294	127	167	218	286,8
	Brasil	25	13	12	152	79	73	127	508,0
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	417	266	151	n.a.	n.a.
FG – Venteira	Total	95	36	59	754	415	339	659	693,7
	Angola	13	5	8	204	119	85	191	1469,2
	Moçambique	4	2	2	19	9	10	15	375,0
	Cabo Verde	25	10	15	92	42	50	67	268,0
	Brasil	46	16	30	115	62	53	69	150,0
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	324	183	141	n.a.	n.a.
FG – Alforneiros	Total	361	186	175	1720	957	763	1359	376,5
	Angola	52	21	31	295	141	154	243	467,3
	Moçambique	32	20	12	28	16	12	-4	-12,5
	Cabo Verde	237	124	113	840	440	400	603	254,4
	Brasil	35	19	16	71	42	29	36	102,9
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	486	318	168	n.a.	n.a.
FG – São Brás	Total	116	49	67	1330	752	578	1214	1046,6
	Angola	46	19	27	510	283	227	464	1008,7
	Moçambique	16	5	11	27	11	16	11	68,8
	Cabo Verde	16	7	9	162	81	81	146	912,5
	Brasil	25	13	12	157	84	73	132	528,0
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	474	293	181	n.a.	n.a.

FG – Venda Nova	Total	995	538	457	1452	769	683	457	45,9
	Angola	63	33	30	91	49	42	28	44,4
	Moçambique	10	5	5	11	6	5	1	10,0
	Cabo Verde	906	491	415	984	492	492	78	8,6
	Brasil	10	5	5	32	15	17	22	220,0
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	334	207	127	n.a.	n.a.
CC – Sintra	Total	1963	988	975	23470	12599	10871	21507	1095,6
	Angola	394	180	214	8019	4192	3827	7625	1935,3
	Moçambique	159	67	92	404	182	222	245	154,1
	Cabo Verde	841	466	375	4843	2413	2430	4002	475,9
	Brasil	390	183	207	2108	1164	944	1718	440,5
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	8096	4648	3448	n.a.	n.a.
FG – Agualva-Cacém	Total	365	184	181	6226	3320	2906	5861	1605,8
	Angola	105	53	52	2279	1206	1073	2174	2070,5
	Moçambique	25	10	15	70	30	40	45	180,0
	Cabo Verde	118	59	59	1489	736	753	1371	1161,9
	Brasil	90	46	44	468	264	204	378	420,0
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	1920	1084	836	n.a.	n.a.
FG – Algueirão-Mem Martins	Total	304	136	168	3670	1924	1746	3366	1107,2
	Angola	73	28	45	1179	617	562	1106	1515,1
	Moçambique	29	12	17	68	32	36	39	134,5
	Cabo Verde	123	63	60	837	413	424	714	580,5
	Brasil	54	20	34	365	191	174	311	575,9
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	1221	671	550	n.a.	n.a.
FG - Almargem do Bispo	Total	24	11	13	91	48	43	67	279,2
	Angola	5	0	5	18	5	13	13	260,0
	Moçambique	5	3	2	7	4	3	2	40,0
	Cabo Verde	3	3	0	7	3	4	4	133,3
	Brasil	0	0	0	6	4	2	n.c.	n.c.
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	53	32	21	n.a.	n.a.
FG - Belas	Total	238	128	110	1045	523	522	807	339,1
	Angola	21	11	10	408	190	218	387	1842,9
	Moçambique	9	2	7	20	9	11	11	122,2
	Cabo Verde	192	104	88	233	120	113	41	21,4
	Brasil	8	6	2	75	36	39	67	837,5
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	309	168	141	n.a.	n.a.
FG - Colares	Total	29	12	17	359	203	156	330	1137,9
	Angola	6	1	5	21	11	10	15	250,0
	Moçambique	2	0	2	6	4	2	4	200,0
	Cabo Verde	4	2	2	16	8	8	12	300,0
	Brasil	9	5	4	47	24	23	38	422,2
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	269	156	113	n.a.	n.a.

FG – Montelavar	Total	30	21	9	145	112	33	115	383,3
	Angola	7	5	2	2	1	1	-5	-71,4
	Moçambique	1	1	0	1	0	1	0	0,0
	Cabo Verde	1	1	0	1	1	0	0	0,0
	Brasil	14	9	5	27	16	11	13	92,9
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	114	94	20	n.a.	n.a.
FG – Queluz	Total	92	45	47	1959	1101	858	1867	2029,3
	Angola	22	11	11	658	355	303	636	2890,9
	Moçambique	12	7	5	44	17	27	32	266,7
	Cabo Verde	26	12	14	339	168	171	313	1203,8
	Brasil	28	11	17	186	112	74	158	564,3
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	732	449	283	n.a.	n.a.
FG – Rio de Mouro	Total	396	212	184	4028	2134	1894	3632	917,2
	Angola	67	34	33	1603	834	769	1536	2292,5
	Moçambique	26	12	14	66	34	32	40	153,8
	Cabo Verde	228	134	94	1039	540	499	811	355,7
	Brasil	52	22	30	254	134	120	202	388,5
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	1066	592	474	n.a.	n.a.
FG – Sintra (Santa Maria e São Miguel)	Total	41	15	26	189	101	88	148	361,0
	Angola	3	0	3	16	8	8	13	433,3
	Moçambique	3	1	2	7	2	5	4	133,3
	Cabo Verde	11	6	5	14	8	6	3	27,3
	Brasil	16	6	10	41	18	23	25	156,3
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	111	65	46	n.a.	n.a.
FG – São João das Lamas	Total	18	8	10	312	198	114	294	1633,3
	Angola	2	1	1	14	7	7	12	600,0
	Moçambique	0	0	0	4	3	1	n.c.	n.c.
	Cabo Verde	0	0	0	16	10	6	n.c.	n.c.
	Brasil	2	0	2	52	26	26	50	2500,0
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	226	152	74	n.a.	n.a.
FG – Sintra (São Martinho)	Total	37	16	21	181	101	80	144	389,2
	Angola	5	2	3	6	1	5	1	20,0
	Moçambique	9	4	5	2	0	2	-7	-77,8
	Cabo Verde	11	6	5	14	7	7	3	27,3
	Brasil	3	1	2	17	10	7	14	466,7
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	142	83	59	n.a.	n.a.
FG – Sintra (São Pedro de Penaferrim)	Total	55	30	25	360	214	146	305	554,5
	Angola	8	3	5	39	25	14	31	387,5
	Moçambique	4	2	2	11	7	4	7	175,0
	Cabo Verde	34	21	13	85	56	29	51	150,0
	Brasil	6	2	4	67	35	32	61	1016,7
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	158	91	67	n.a.	n.a.

FG – Terrugem	Total	12	3	9	113	63	50	101	841,7
	Angola	2	1	1	10	4	6	8	400,0
	Moçambique	0	0	0	4	3	1	n.c.	n.c.
	Cabo Verde	1	0	1	9	3	6	8	800,0
	Brasil	2	0	2	14	6	8	12	600,0
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	76	47	29	n.a.	n.a.
FG – Pêro Pinheiro	Total	8	6	2	177	124	53	169	2112,5
	Angola	5	4	1	4	1	3	-1	-20,0
	Moçambique	2	1	1	5	3	2	3	150,0
	Cabo Verde	0	0	0	11	5	6	n.c.	n.c.
	Brasil	1	1	0	45	27	18	44	4400,0
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	112	88	24	n.a.	n.a.
FG – Casal de Cambra	Total	60	33	27	773	406	367	713	1188,3
	Angola	9	4	5	173	82	91	164	1822,2
	Moçambique	8	5	3	26	6	20	18	225,0
	Cabo Verde	25	13	12	202	103	99	177	708,0
	Brasil	11	5	6	77	47	30	66	600,0
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	295	168	127	n.a.	n.a.
FG – Massamá	Total	89	37	52	1815	941	874	1726	1939,3
	Angola	20	9	11	776	403	373	756	3780,0
	Moçambique	13	3	10	43	17	26	30	230,8
	Cabo Verde	5	1	4	255	113	142	250	5000,0
	Brasil	35	17	18	123	70	53	88	251,4
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	618	338	280	n.a.	n.a.
FG – Monte Abraão	Total	165	91	74	2027	1086	941	1862	1128,5
	Angola	34	13	21	813	442	371	779	2291,2
	Moçambique	11	4	7	20	11	9	9	81,8
	Cabo Verde	59	41	18	276	119	157	217	367,8
	Brasil	59	32	27	244	144	100	185	313,6
	Outros países	n.d.	n.d.	n.d.	674	370	304	n.a.	n.a.

Fonte: INE, Portugal: Censos 2001

n.d. – valor não disponível. Nos Censos de 1991 não foram levantados os dados relativos aos estrangeiros da Alemanha e de Outros Países.

n.a. – não aplicável

n.c. – não calculável

Quadro D – População residente, segundo o grupo etário, por nacionalidade e sexo (Portugal, Grande Lisboa, concelhos de Amadora e Sintra)

	Zona Geográfica	Total	0-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-24 anos	25-29 anos	30-34 anos	35-39 anos	40-44 anos	45-49 anos	50-54 anos	55-59 anos	60-64 anos	65-69 anos	70-74 anos	75-79 anos	80-84 anos	85 ou mais
População Residente	Continente	9869343	509028	505410	543496	648773	750862	775956	724780	732683	694873	657048	617905	549592	530341	516994	436564	334961	194072	146005
	Grande Lisboa	1892903	95275	90034	92521	111034	146080	159301	142072	135651	134071	130315	134284	119321	105794	98189	80448	60557	33743	26213
	Amadora	175872	8662	8482	9086	10915	14276	14395	12012	12190	12547	12565	13496	12096	10539	9230	6870	4525	2357	1629
	Sintra	363749	24850	21434	19703	21073	28246	37140	36313	31433	26231	23479	22237	18955	15344	13395	10027	7202	3863	2824
Nacionalidade																				
	Continente	9529675	494472	485898	519478	620081	710396	727741	683917	699967	669843	639246	605993	540261	521998	510209	431581	331769	192181	144644
	Grande Lisboa	1765132	89142	82867	83850	101345	133349	142470	125841	121930	119637	122802	129920	116198	103001	95938	78738	59424	33026	25654
	Amadora	160691	8029	7686	8037	9775	12506	12379	10030	10605	11189	11563	12995	11763	10193	8970	6683	4416	2285	1587
Estrangeira	Sintra	334023	23218	19553	17367	18704	24604	32604	32024	28178	24084	22192	21541	18523	14968	13069	9795	7055	3781	2763
	Continente	220840	6801	10160	13418	16138	26148	32217	29878	25050	18996	12861	7833	5748	4911	3779	2863	1928	1207	904
	Grande Lisboa	97496	3076	4532	6260	7022	11595	13808	13724	11600	8670	5867	3146	2110	1884	1469	1104	744	491	394
	Amadora	12511	351	541	800	895	1471	1774	1787	1412	1209	829	386	248	279	204	148	83	60	34
Europa	Sintra	23470	822	1306	1811	1838	3043	3848	3663	2752	1765	1012	509	272	251	215	152	102	0	49
	Continente	70523	2270	3286	3424	3892	7507	10318	8026	6790	5743	4486	3702	3055	2605	1993	1465	968	537	456
	Grande Lisboa	16052	467	562	546	559	1590	2211	2054	1927	1392	1102	888	621	541	488	398	306	199	201
	Amadora	758	12	23	19	23	102	131	134	81	61	43	31	15	22	20	14	10	13	4
Países da U.E.	Sintra	2411	58	74	69	100	303	433	338	287	216	169	109	62	46	55	34	26	17	15
	Continente	47954	1870	2615	2741	3224	4483	5968	4374	3584	3077	2857	2868	2755	2417	1887	1384	915	498	437
	Grande Lisboa	10370	387	468	435	384	759	996	1070	1102	796	715	677	554	513	464	379	292	185	194
	Amadora	345	8	17	6	13	43	49	38	22	18	20	20	12	22	18	13	9	13	4
Outros países europeus	Sintra	1041	38	50	54	58	75	113	108	102	79	73	66	46	43	52	32	23	15	14
	Continente	22569	400	671	683	668	3024	4350	3652	3206	2666	1629	834	300	188	106	81	53	39	19
	Grande Lisboa	5682	80	94	111	175	831	1215	984	825	596	387	211	67	28	24	19	14	14	7
	Amadora	413	4	6	13	10	59	82	96	59	43	23	11	3	0	2	1	1	0	0
África	Sintra	1370	20	24	15	42	228	320	230	185	137	96	43	16	3	3	2	3	2	1
	Continente	102379	3068	4933	7469	8688	11800	14444	14848	12009	9223	6080	2800	1871	1744	1318	939	535	350	260
	Grande Lisboa	64329	2098	3360	5006	5503	7579	8799	9074	7305	5723	3800	1714	1157	1134	819	577	331	202	148
	Amadora	10449	296	467	712	783	1172	1399	1452	1179	1036	734	330	218	244	177	122	68	34	26
	Sintra	18294	654	1121	1610	1575	2301	2944	2904	2099	1321	709	326	177	180	140	102	67	34	30

Angola	Continente	36808	1210	2060	3064	3419	5230	6728	5719	3291	2316	1275	653	463	401	339	275	159	116	90
	Grande Lisboa	21668	831	1429	2030	2146	3455	3926	3161	1699	1221	598	304	219	194	159	121	84	48	43
	Anadora	2483	82	149	217	228	432	481	363	187	139	61	36	26	19	24	15	12	2	10
	Sintra	8019	314	560	806	772	1271	1576	1242	584	377	187	92	54	54	51	33	23	13	10
Cabo Verde	Sintra	4843	154	245	362	351	434	609	763	675	509	318	115	82	84	53	36	25	14	14
	Continente	32907	936	1309	2063	2434	2854	3379	4132	4089	3823	3192	1246	905	954	657	435	231	162	106
	Grande Lisboa	21950	647	897	1449	1578	1804	2244	2807	2677	2481	2141	821	601	692	466	303	161	111	70
	Anadora	5171	150	200	313	358	431	525	646	596	586	515	210	150	196	127	86	45	26	11
Guiné Bissau	Continente	15750	441	832	1299	1398	1610	1878	2475	2587	1611	745	384	172	123	78	57	30	15	15
	Grande Lisboa	11552	319	606	920	1002	1199	1383	1793	1882	1222	554	293	144	90	60	41	24	11	9
	Anadora	1487	37	56	87	103	147	194	244	243	182	86	50	21	16	11	4	4	1	1
	Sintra	3654	135	240	316	308	384	482	614	604	299	126	69	21	20	15	10	6	2	3
Mocambique	Continente	4634	57	69	125	313	614	787	722	570	390	292	200	117	102	105	67	58	22	24
	Grande Lisboa	2132	37	41	77	150	343	329	240	199	179	157	105	71	59	52	45	27	10	11
	Anadora	203	2	7	12	14	40	36	15	18	23	5	7	6	4	5	4	3	1	1
	Sintra	404	10	2	11	22	62	65	56	48	30	37	18	10	9	8	9	6	1	0
São Tomé e Príncipe	Continente	8510	327	549	713	872	1058	1018	1074	959	758	426	227	144	112	102	83	42	28	18
	Grande Lisboa	5468	224	357	467	551	643	667	723	598	452	278	148	96	77	69	59	29	16	14
	Anadora	910	22	50	80	76	108	135	124	104	80	58	24	13	8	8	11	4	3	2
	Sintra	1041	30	65	93	104	125	157	152	133	68	35	22	9	10	12	14	7	2	3
Outros Países Africanos	Continente	3770	97	114	205	252	434	654	726	513	325	150	90	70	52	37	22	15	7	7
	Grande Lisboa	1559	40	30	63	76	135	250	350	250	168	72	43	26	22	13	8	6	6	1
	Anadora	195	3	5	3	4	14	28	60	31	26	9	3	2	1	2	2	0	1	1
	Sintra	333	11	9	22	18	25	55	77	55	38	6	10	1	3	1	0	0	2	0
América	Continente	41295	1311	1771	2284	3241	6172	6302	5846	5338	3362	1908	1088	646	434	378	402	370	280	162
	Grande Lisboa	13319	429	531	590	807	2024	2095	1928	1869	1152	735	414	241	139	110	91	71	62	31
	Anadora	1042	39	46	58	70	172	200	156	122	83	37	19	8	8	4	9	2	8	1
	Sintra	2399	95	108	111	142	393	397	359	334	200	110	60	26	21	12	11	8	8	4
Brasil	Continente	31292	1041	1213	1308	1978	4931	5062	4660	4344	2735	1490	806	430	253	219	247	249	202	124
	Grande Lisboa	11361	356	433	459	678	1852	1902	1713	1630	976	602	306	162	86	61	49	38	41	17
	Anadora	933	36	39	50	59	157	182	145	116	75	34	17	3	3	2	6	1	7	1
	Sintra	2108	82	89	93	118	362	367	331	306	168	97	46	20	10	6	4	2	6	1

Outros Países Americanos	Continente	10003	270	558	976	1263	1241	1240	1186	994	627	418	282	216	181	159	155	121	78	38
	Grande Lisboa	1958	73	98	131	129	172	193	215	239	176	133	108	79	53	49	42	33	21	14
	Amadora	109	3	7	8	11	15	18	11	6	8	3	2	5	5	2	3	1	1	0
	Sintra	291	13	19	18	24	31	30	28	28	32	13	14	6	11	6	7	6	2	3
Ásia	Sintra	350	15	2	17	21	46	73	61	31	28	21	14	6	3	7	4	0	1	0
	Continente	6228	141	144	208	287	640	1103	1115	878	639	361	216	144	109	78	50	51	39	25
	Grande Lisboa	3695	80	76	110	149	396	693	659	492	392	219	121	84	64	48	36	34	28	14
	Amadora	261	4	5	11	19	25	44	45	30	29	15	6	7	4	3	3	3	5	3
Oceânia	Continente	415	11	26	33	30	29	50	43	35	29	26	27	32	19	12	7	4	1	1
	Grande Lisboa	101	2	3	8	4	6	10	9	7	11	11	9	7	6	4	2	2	0	0
	Amadora	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	Sintra	16	0	1	4	0	0	1	1	1	0	3	0	1	1	1	1	1	0	0
Mais de uma Nacionalidade	Continente	117773	7459	9216	10506	12485	14255	15930	10893	7605	5986	4903	4055	3571	3419	2989	2108	1257	680	456
	Grande Lisboa	29628	2864	2549	2351	2626	3096	2977	2447	2087	1734	1625	1210	1007	905	776	602	383	225	164
	Amadora	2580	261	236	241	239	293	239	188	166	146	168	114	83	67	54	39	26	12	8
	Sintra	6071	733	556	510	522	591	671	611	493	377	272	184	160	124	111	78	44	22	12
Portuguesa e Outra	Continente	113003	6923	8760	10118	12075	13819	15468	10384	7159	5667	4683	3882	3449	3314	2924	2059	1223	658	438
	Grande Lisboa	27340	2519	2295	2159	2408	2887	2778	2221	1899	1594	1530	1140	964	861	756	585	374	217	133
	Amadora	2297	216	200	215	209	270	219	164	142	129	155	106	80	61	50	39	24	12	6
	Sintra	5572	644	489	471	479	553	610	547	453	355	261	177	155	117	110	77	41	21	12

Fonte: INE, Portugal: Censos 2001

Quadro E – Valor percentual da população residente, segundo o grupo etário, por nacionalidade e sexo (Portugal, Grande Lisboa, concelhos de Amadora e Sintra)

	Zona Geográfica	% Total	0-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-24 anos	25-29 anos	30-34 anos	35-39 anos	40-44 anos	45-49 anos	50-54 anos	55-59 anos	60-64 anos	65-69 anos	70-74 anos	75-79 anos	80-84 anos	85 ou mais
População Residente	Continente	-	5,2	5,1	5,5	6,6	7,6	7,9	7,3	7,4	7,0	6,7	6,3	5,6	5,4	5,2	4,4	3,4	2,0	1,5
	Grande Lisboa	-	5,0	4,8	4,9	5,9	7,8	8,4	7,5	7,2	6,9	6,9	7,1	6,3	5,6	5,2	4,2	3,2	1,8	1,4
	Amadora	-	4,9	4,8	5,2	6,2	8,1	8,2	6,8	6,9	7,1	7,1	7,7	6,9	6,0	5,2	3,9	2,6	1,3	0,9
	Sintra	-	6,8	5,9	5,4	5,8	7,8	10,2	10,0	8,6	7,2	6,5	6,1	5,2	4,2	3,7	2,8	2,0	1,1	0,8
Nacionalidade																				
Portuguesa	Continente	-	5,2	5,1	5,5	6,5	7,5	7,6	7,2	7,3	7,0	6,7	6,4	5,7	5,5	5,4	4,5	3,5	2,0	1,5
	Grande Lisboa	-	5,1	4,7	4,8	5,7	7,6	8,1	7,1	6,9	6,8	7,0	7,4	6,6	5,8	5,4	4,5	3,4	1,9	1,5
	Amadora	-	5,0	4,8	5,0	6,1	7,8	7,7	6,2	6,6	7,0	7,2	8,1	7,3	6,3	5,6	4,2	2,7	1,4	1,0
	Sintra	-	7,0	5,9	5,2	5,6	7,4	9,8	9,6	8,4	7,2	6,6	6,4	5,5	4,5	3,9	2,9	2,1	1,1	0,8
Estrangeira	Continente	-	3,1	4,6	6,1	7,3	11,8	14,6	13,5	11,3	8,6	5,8	3,5	2,6	2,2	1,7	1,3	0,9	0,5	0,4
	Grande Lisboa	-	3,2	4,6	6,4	7,2	11,9	14,2	14,1	11,9	8,9	6,0	3,2	2,2	1,9	1,5	1,1	0,8	0,5	0,4
	Amadora	-	2,8	4,3	6,4	7,2	11,8	14,2	14,3	11,3	9,7	6,6	3,1	2,0	2,2	1,6	1,2	0,7	0,5	0,3
	Sintra	-	3,5	5,6	7,7	7,8	13,0	16,4	15,6	11,7	7,5	4,3	2,2	1,2	1,1	0,9	0,6	0,4	0,0	0,2
Europa	Continente	31,9	3,2	4,7	4,9	5,5	10,6	14,6	11,4	9,6	8,1	6,4	5,2	4,3	3,7	2,8	2,1	1,4	0,8	0,6
	Grande Lisboa	16,5	2,9	3,5	3,4	3,5	9,9	13,8	12,8	12,0	8,7	6,9	5,5	3,9	3,4	3,0	2,5	1,9	1,2	1,3
	Amadora	6,1	1,6	3,0	2,5	3,0	13,5	17,3	17,7	10,7	8,0	5,7	4,1	2,0	2,9	2,6	1,8	1,3	1,7	0,5
	Sintra	10,3	2,4	3,1	2,9	4,1	12,6	18,0	14,0	11,9	9,0	7,0	4,5	2,6	1,9	2,3	1,4	1,1	0,7	0,6
Países da U.E.	Continente	21,7	3,9	5,5	5,7	6,7	9,3	12,4	9,1	7,5	6,4	6,0	6,0	5,7	5,0	3,9	2,9	1,9	1,0	0,9
	Grande Lisboa	10,6	3,7	4,5	4,2	3,7	7,3	9,6	10,3	10,6	7,7	6,9	6,5	5,3	4,9	4,5	3,7	2,8	1,8	1,9
	Amadora	2,8	2,3	4,9	1,7	3,8	12,5	14,2	11,0	6,4	5,2	5,8	5,8	3,5	6,4	5,2	3,8	2,6	3,8	1,2
	Sintra	4,4	3,7	4,8	5,2	5,6	7,2	10,9	10,4	9,8	7,6	7,0	6,3	4,4	4,1	5,0	3,1	2,2	1,4	1,3
Outros países europeus	Continente	10,2	1,8	3,0	3,0	3,0	13,4	19,3	16,2	14,2	11,8	7,2	3,7	1,3	0,8	0,5	0,4	0,2	0,2	0,1
	Grande Lisboa	5,8	1,4	1,7	2,0	3,1	14,6	21,4	17,3	14,5	10,5	6,8	3,7	1,2	0,5	0,4	0,3	0,2	0,2	0,1
	Amadora	3,3	1,0	1,5	3,1	2,4	14,3	19,9	23,2	14,3	10,4	5,6	2,7	0,7	0,0	0,5	0,2	0,2	0,0	0,0
	Sintra	5,8	1,5	1,8	1,1	3,1	16,6	23,4	16,8	13,5	10,0	7,0	3,1	1,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1
África	Continente	46,4	3,0	4,8	7,3	8,5	11,5	14,1	14,5	11,7	9,0	5,9	2,7	1,8	1,7	1,3	0,9	0,5	0,3	0,3
	Grande Lisboa	66,0	3,3	5,2	7,8	8,6	11,8	13,7	14,1	11,4	8,9	5,9	2,7	1,8	1,8	1,3	0,9	0,5	0,3	0,2
	Amadora	83,5	2,8	4,5	6,8	7,5	11,2	13,4	13,9	11,3	9,9	7,0	3,2	2,1	2,3	1,7	1,2	0,7	0,3	0,2
	Sintra	77,9	3,6	6,1	8,8	8,6	12,6	16,1	15,9	11,5	7,2	3,9	1,8	1,0	1,0	0,8	0,6	0,4	0,2	0,2

1 Percentagem da população por nacionalidade estrangeira no total dos estrangeiros, para cada zona geográfica.

Angola	Continente	16,7	3,3	5,6	8,3	9,3	14,2	18,3	15,5	8,9	6,3	3,5	1,8	1,3	1,1	0,9	0,7	0,4	0,3	0,2
	Grande Lisboa	22,2	3,8	6,6	9,4	9,9	15,9	18,1	14,6	7,8	5,6	2,8	1,4	1,0	0,9	0,7	0,6	0,4	0,2	0,2
	Anadara	19,8	3,3	6,0	8,7	9,2	17,4	19,4	14,6	7,5	5,6	2,5	1,4	1,0	0,8	1,0	0,6	0,5	0,1	0,4
	Sintra	34,2	3,9	7,0	10,1	9,6	15,8	19,7	15,5	7,3	4,7	2,3	1,1	0,7	0,7	0,6	0,4	0,3	0,2	0,1
Cabo Verde	Sintra	20,6	3,2	5,1	7,5	7,2	9,0	12,6	15,8	13,9	10,5	6,6	2,4	1,7	1,7	1,1	0,7	0,5	0,3	0,3
	Continente	14,9	2,8	4,0	6,3	7,4	8,7	10,3	12,6	12,4	11,6	9,7	3,8	2,8	2,9	2,0	1,3	0,7	0,5	0,3
	Grande Lisboa	22,5	2,9	4,1	6,6	7,2	8,2	10,2	12,8	12,2	11,3	9,8	3,7	2,7	3,2	2,1	1,4	0,7	0,5	0,3
	Anadara	41,3	2,9	3,9	6,1	6,9	8,3	10,2	12,5	11,5	11,3	10,0	4,1	2,9	3,8	2,5	1,7	0,9	0,5	0,2
Guiné Bissau	Continente	7,1	2,8	5,3	8,2	8,9	10,2	11,9	15,7	16,4	10,2	4,7	2,4	1,1	0,8	0,5	0,4	0,2	0,1	0,1
	Grande Lisboa	11,8	2,8	5,2	8,0	8,7	10,4	12,0	15,5	16,3	10,6	4,8	2,5	1,2	0,8	0,5	0,4	0,2	0,1	0,1
	Anadara	11,9	2,5	3,8	5,9	6,9	9,9	13,0	16,4	16,3	12,2	5,8	3,4	1,4	1,1	0,7	0,3	0,3	0,1	0,1
	Sintra	15,6	3,7	6,6	8,6	8,4	10,5	13,2	16,8	16,5	8,2	3,4	1,9	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0,1
Moçambique	Continente	2,1	1,2	1,5	2,7	6,8	13,2	17,0	15,6	12,3	8,4	6,3	4,3	2,5	2,2	2,3	1,4	1,3	0,5	0,5
	Grande Lisboa	2,2	1,7	1,9	3,6	7,0	16,1	15,4	11,3	9,3	8,4	7,4	4,9	3,3	2,8	2,4	2,1	1,3	0,5	0,5
	Anadara	1,6	1,0	3,4	5,9	6,9	19,7	17,7	7,4	8,9	11,3	2,5	3,4	3,0	2,0	2,5	2,0	1,5	0,5	0,5
	Sintra	1,7	2,5	0,5	2,7	5,4	15,3	16,1	13,9	11,9	7,4	9,2	4,5	2,5	2,2	2,0	2,2	1,5	0,2	0,0
São Tomé e Príncipe	Continente	3,9	3,8	6,5	8,4	10,2	12,4	12,0	12,6	11,3	8,9	5,0	2,7	1,7	1,3	1,2	1,0	0,5	0,3	0,2
	Grande Lisboa	5,6	4,1	6,5	8,5	10,1	11,8	12,2	13,2	10,9	8,3	5,1	2,7	1,8	1,4	1,3	1,1	0,5	0,3	0,3
	Anadara	7,3	2,4	5,5	8,8	8,4	11,9	14,8	13,6	11,4	8,8	6,4	2,6	1,4	0,9	0,9	1,2	0,4	0,3	0,2
	Sintra	4,4	2,9	6,2	8,9	10,0	12,0	15,1	14,6	12,8	6,5	3,4	2,1	0,9	1,0	1,2	1,3	0,7	0,2	0,3
Outros Países Africanos	Continente	1,7	2,6	3,0	5,4	6,7	11,5	17,3	19,3	13,6	8,6	4,0	2,4	1,9	1,4	1,0	0,6	0,4	0,2	0,2
	Grande Lisboa	1,6	2,6	1,9	4,0	4,9	8,7	16,0	22,5	16,0	10,8	4,6	2,8	1,7	1,4	0,8	0,5	0,4	0,4	0,1
	Anadara	1,6	1,5	2,6	1,5	2,1	7,2	14,4	30,8	15,9	13,3	4,6	1,5	1,0	0,5	1,0	1,0	0,0	0,5	0,5
	Sintra	1,4	3,3	2,7	6,6	5,4	7,5	16,5	23,1	16,5	11,4	1,8	3,0	0,3	0,9	0,3	0,0	0,0	0,6	0,0
América	Continente	18,7	3,2	4,3	5,5	7,8	14,9	15,3	14,2	12,9	8,1	4,6	2,6	1,6	1,1	0,9	1,0	0,9	0,7	0,4
	Grande Lisboa	13,7	3,2	4,0	4,4	6,1	15,2	15,7	14,5	14,0	8,6	5,5	3,1	1,8	1,0	0,8	0,7	0,5	0,5	0,2
	Anadara	8,3	3,7	4,4	5,6	6,7	16,5	19,2	15,0	11,7	8,0	3,6	1,8	0,8	0,8	0,4	0,9	0,2	0,8	0,1
	Sintra	10,2	4,0	4,5	4,6	5,9	16,4	16,5	15,0	13,9	8,3	4,6	2,5	1,1	0,9	0,5	0,5	0,3	0,3	0,2
Brasil	Continente	14,2	3,3	3,9	4,2	6,3	15,8	16,2	14,9	13,9	8,7	4,8	2,6	1,4	0,8	0,7	0,8	0,8	0,6	0,4
	Grande Lisboa	11,7	3,1	3,8	4,0	6,0	16,3	16,7	15,1	14,3	8,6	5,3	2,7	1,4	0,8	0,5	0,4	0,3	0,4	0,1
	Anadara	7,5	3,9	4,2	5,4	6,3	16,8	19,5	15,5	12,4	8,0	3,6	1,8	0,3	0,3	0,2	0,6	0,1	0,8	0,1
	Sintra	9,0	3,9	4,2	4,4	5,6	17,2	17,4	15,7	14,5	8,0	4,6	2,2	0,9	0,5	0,3	0,2	0,1	0,3	0,0

Outros Países Americanos	Continente	4,5	2,7	5,6	9,8	12,6	12,4	12,4	11,9	9,9	6,3	4,2	2,8	2,2	1,8	1,6	1,5	1,2	0,8	0,4
	Grande Lisboa	2,0	3,7	5,0	6,7	6,6	8,8	9,9	11,0	12,2	9,0	6,8	5,5	4,0	2,7	2,5	2,1	1,7	1,1	0,7
	Amadora	0,9	2,8	6,4	7,3	10,1	13,8	16,5	10,1	5,5	7,3	2,8	1,8	4,6	4,6	1,8	2,8	0,9	0,9	0,0
	Sintra	1,2	4,5	6,5	6,2	8,2	10,7	10,3	9,6	9,6	11,0	4,5	4,8	2,1	3,8	2,1	2,4	2,1	0,7	1,0
Ásia	Sintra	1,5	4,3	0,6	4,9	6,0	13,1	20,9	17,4	8,9	8,0	6,0	4,0	1,7	0,9	2,0	1,1	0,0	0,3	0,0
	Continente	2,8	2,3	2,3	3,3	4,6	10,3	17,7	17,9	14,1	10,3	5,8	3,5	2,3	1,8	1,3	0,8	0,8	0,6	0,4
	Grande Lisboa	3,8	2,2	2,1	3,0	4,0	10,7	18,8	17,8	13,3	10,6	5,9	3,3	2,3	1,7	1,3	1,0	0,9	0,8	0,4
	Amadora	2,1	1,5	1,9	4,2	7,3	9,6	16,9	17,2	11,5	11,1	5,7	2,3	2,7	1,5	1,1	1,1	1,1	1,9	1,1
Oceânia	Continente	0,2	2,7	6,3	8,0	7,2	7,0	12,0	10,4	8,4	7,0	6,3	6,5	7,7	4,6	2,9	1,7	1,0	0,2	0,2
	Grande Lisboa	0,1	2,0	3,0	7,9	4,0	5,9	9,9	8,9	6,9	10,9	10,9	8,9	6,9	5,9	4,0	2,0	2,0	0,0	0,0
	Amadora	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Sintra	0,1	0,0	6,3	25,0	0,0	0,0	6,3	6,3	6,3	0,0	18,8	0,0	6,3	6,3	6,3	6,3	6,3	0,0	0,0
Mais de uma Nacionalidade	Continente	-	6,3	7,8	8,9	10,6	12,1	13,5	9,2	6,5	5,1	4,2	3,4	3,0	2,9	2,5	1,8	1,1	0,6	0,4
	Grande Lisboa	-	9,7	8,6	7,9	9,3	10,4	10,0	8,3	7,0	5,9	5,5	4,1	3,4	3,1	2,6	2,0	1,3	0,8	0,6
	Amadora	-	10,1	9,1	9,3	9,3	11,4	9,3	7,3	6,4	5,7	6,5	4,4	3,2	2,6	2,1	1,5	1,0	0,5	0,3
	Sintra	-	12,1	9,2	8,4	8,6	9,7	11,1	10,1	8,1	6,2	4,5	3,0	2,6	2,0	1,8	1,3	0,7	0,4	0,2
Portuguesa e Outra	Continente	-	6,1	7,8	9,0	10,7	12,2	13,7	9,2	6,3	5,0	4,1	3,4	3,1	2,9	2,6	1,8	1,1	0,6	0,4
	Grande Lisboa	-	9,2	8,4	7,9	8,8	10,6	10,2	8,1	6,9	5,8	5,6	4,2	3,5	3,1	2,8	2,1	1,4	0,8	0,6
	Amadora	-	9,4	8,7	9,4	9,1	11,8	9,5	7,1	6,2	5,6	6,7	4,6	3,5	2,7	2,2	1,7	1,0	0,5	0,3
	Sintra	-	11,6	8,8	8,5	8,6	9,9	10,9	9,8	8,1	6,4	4,7	3,2	2,8	2,1	2,0	1,4	0,7	0,4	0,2

Fonte: INE, Portugal: Censos 2001

Prémio de Medicina Clínica 2006

O **PRÉMIO BIAL** foi criado em 1984 com o objectivo de distinguir e divulgar trabalhos de investigação médica de grande repercussão e qualidade, contemplando quer a investigação básica, quer a pesquisa clínica. Com periodicidade bienal, representa actualmente um dos galardões de maior relevância a nível internacional, tendo já premiado alguns dos mais notáveis profissionais de saúde de diversos países.

Promovido pela **FUNDAÇÃO BIAL**, o **PRÉMIO BIAL** conta com os altos patrocínios do Senhor Presidente da República, do Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas e da Ordem dos Médicos.

Na sua décima segunda edição o júri do **PRÉMIO BIAL** foi constituído por Manuel Sobrinho Simões, que presidiu, e por António Rendas, Armando Porto, Henrique de Barros, João Lobo Antunes e Maria de Sousa.

Entre as obras apresentadas a concurso, o júri atribuiu o **GRANDE PRÉMIO BIAL DE MEDICINA** ao trabalho "Biologic Platform for beta cell therapy in diabetes", da autoria de Daniel Pipeleers, Bart Keymeulen e Zhidong Ling da *Vrije Universiteit Brussel (Brussels Free University)*.

O **PRÉMIO BIAL DE MEDICINA CLÍNICA** distinguiu uma investigação de um grupo multicêntrico do Departamento de Pediatria do Hospital Fernando da Fonseca e do Instituto de Estudos Geográficos da Universidade de Coimbra com o título "Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes". Este trabalho é da autoria de Maria do Céu Machado, Paula Santana, Maria Helena Carreiro, Helena Nogueira, Maria Rosalina Barroso e Alexandra Dias. Foram também distinguidas quatro obras com Menções Honrosas.

Na edição de 2008 a **FUNDAÇÃO BIAL** disponibiliza para cada uma das modalidades os seguintes valores pecuniários: **GRANDE PRÉMIO BIAL DE MEDICINA** - 150 mil euros e **PRÉMIO BIAL DE MEDICINA CLÍNICA** - 50 mil euros. Cada uma das **Menções Honrosas** será contemplada com 5 mil euros.