

**A MORTALIDADE INFANTIL NO NOROESTE
PORTUGUÊS NOS FINAIS DO SÉCULO XX**

Paula Cristina A. Remoaldo

*Geografia e Planeamento
Universidade do Minho – Portugal*

**A MORTALIDADE INFANTIL NO NOROESTE PORTUGUÊS
NOS FINAIS DO SÉCULO XX**

Paula Cristina A. Remoaldo

*Universidade do Minho
Geografia e Planeamento
Campus de Azurém
4810 - Guimarães
Portugal*

*Telef.: (053) 510128 -(Secretaria)
(053) 510 125 (Gabinete)
E-mail: p.remoaldo@eng.uminho.pt*

INDICE GERAL

1 - Determinantes da morbidade e da mortalidade infantil	7
1.1 - Definição e decomposição da taxa de mortalidade infantil	7
1.2 - Taxa de mortalidade infantil <i>versus</i> taxa de mortalidade perinatal.....	8
1.3 - A taxa de mortalidade infantil como indicador do estado de saúde de uma população ?!.....	9
1.4 - Factores da morbidade e da mortalidade infantil.....	10
1.4.1 - A contribuição dos factores maternos e demográficos.....	12
1.4.1.1 - A idade da mãe	12
1.4.1.2 - A ordem de nascimento	12
1.4.1.3 - Os intervalos entre os nascimentos	13
1.4.1.4 - O sexo do recém-nascido	13
1.5 - A importância do nível socio-económico	14
1.5.1 - O nível de instrução da mãe	14
1.6 - Determinantes relacionados com comportamentos adoptados e estilos de vida.....	16
1.6.1 - A influência do tabaco	16
1.6.2 - O efeito do consumo do álcool e das drogas.....	18
2 - Perfil evolutivo da mortalidade e da mortalidade infantil em Portugal.....	19
2.1 - Disponibilidade de dados sobre a morbidade e a mortalidade	19
2.2 - O posicionamento de Portugal no contexto da União Europeia	20
2.3 - Identificação de períodos de descida	20
2.4 - Assimetrias distritais	23
2.5 - Aspectos gerais do contributo da evolução do sistema de saúde.....	27
2.6 - O contributo de outros factores	29
2.6.1 - As condições habitacionais	29
2.6.2 - Evolução dos partos hospitalares	30
2.6.3 - A vigilância pré-natal	31
2.7 - Breve referência ao obituário nos finais do século XX	33
3 - Comportamentos preventivos das famílias do Noroeste Português.....	37
3.1 - Pressupostos metodológicos	37
3.2 - Características gerais do Noroeste Português.....	38
3.3 - Tipo de vigilância pré-natal escolhida pelas mulheres	38
3.4 - A influência da componente territorial	40
3.5 - A importância da consulta pré-concepcional.....	41
3.6 - A ausência de vigilância ou o seu início tardio	43
3.7 - O problema da acessibilidade aos cuidados de saúde	44
3.8 - A vigilância no primeiro ano de vida da criança	45
3.9 - O papel do Planeamento Familiar	46
3.10 - Influência do factor religioso?.....	48
3.11 - Outros hábitos culturais - o consumo de vinho	49
Bibliografia	50

Palavras-chave: Geografia da Saúde; Mortalidade Infantil; Saúde Materno-Infantil; Comportamentos preventivos; Vigilância pré-natal.

RESUMO

O presente trabalho aborda as desigualdades territoriais e sociais subjacentes à morbilidade e à mortalidade infantil em quatro concelhos do Noroeste Português - Guimarães, Fafe, Cabeceiras de Basto and Celorico de Basto.

Como a mortalidade infantil é actualmente um fenómeno raro em Portugal, não faz já sentido estudá-lo, cingindo-nos aos comportamentos de risco dos pais e em especial da mãe e à identificação do perfil das famílias com risco elevado.

Partimos de um modelo conceptual que ressalta o poder da influência dos factores territoriais nos que são actualmente considerados os maiores riscos de morte infantil: o baixo peso à nascença e a prematuridade.

A pesquisa realizada alicerça-se num vasto trabalho de campo, com particular realce para a execução de inquéritos à população feminina em dois momentos distintos, com um *décalage* de um ano, correspondendo a uma coorte de 1412 crianças que nasceram entre Outubro de 1994 e Março de 1995 nos concelhos de Guimarães, Fafe, Cabeceiras de Basto e Celorico de Basto, todos pertencentes ao distrito de Braga. No total dos dois inquéritos realizados conseguimos obter informações sobre cerca de 160 variáveis do agregado familiar a que pertencia o recém-nascido.

ABSTRACT

The present investigation analyses the territorial and social contrasts of infant morbidity and infant mortality in four "concelhos" of the Braga district - Guimarães, Fafe, Cabeceiras de Basto and Celorico de Basto.

As infant mortality is quite rare in Portugal, we focused the attention on the parent's risk behaviour (specially on the mother) and on the identification of the profile of the families with higher risk.

We started with a conceptual model that demonstrates the influence of territorial factors in what are considered the major risks of infant mortality: the low birthweight and the prematurity.

The mainly empiric work was based on interviews with the female population in two different moments, one year apart, between the ending of 1994 and the middle of 1996. This corresponds to a *coorte* of 1412 childs born in the four "concelhos" of Braga district, allowing the compilation of information about almost 160 variables.

1 — DETERMINANTES DA MORBILIDADE E DA MORTALIDADE INFANTIL

High rates of child mortality are in every way part of a package of underdevelopment: they help create it, they feed it, and they are its surest indicator.

U.N.I.C.E.F.

1.1 — Definição e decomposição da taxa de mortalidade infantil

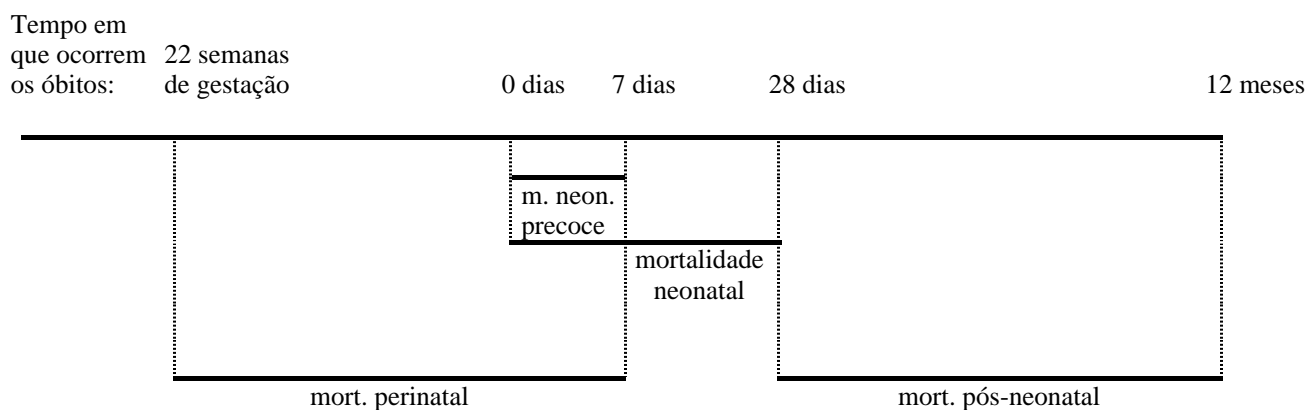
Antes de equacionarmos os determinantes da taxa de mortalidade infantil, torna-se premente tecermos algumas considerações acerca da definição e decomposição desta taxa.

A taxa de mortalidade infantil corresponde ao número de óbitos de crianças com menos de um ano de vida, ocorridos durante um certo período, normalmente um ano, referido ao número de nados-vivos do mesmo período. Resumidamente, identifica-se com o número de óbitos de crianças com menos de um ano de vida por 1000 nados-vivos.

Esta taxa subdivide-se em duas: a taxa de mortalidade neonatal e a taxa de mortalidade pós-neonatal. Como podemos observar a partir da leitura da Figura 1, a primeira cinge-se aos óbitos ocorridos com menos de 28 dias de vida por 1000 nados-vivos, enquanto a segunda se referencia aos óbitos ocorridos entre o 28º dia e o 364º dia de vida.

A taxa de mortalidade neonatal pode subdividir-se, por sua vez, em taxa de mortalidade neonatal precoce (dos zero aos seis dias completos de vida) e neonatal tardia (do 7º até ao 27º dia de vida), como resultado da crescente importância da mortalidade dos primeiros dias de vida e mais especificamente do primeiro dia de vida no conjunto da mortalidade infantil.

FIGURA 1 — Subdivisão do período que medeia entre as 22 semanas de gestação e um ano de vida



Tem-se registado ao longo do tempo uma alteração do peso da mortalidade neonatal e pós-neonatal no conjunto da mortalidade infantil. Enquanto no início do século (ou ainda hoje em dia nos países em vias de desenvolvimento), a mortalidade pós-neonatal era bastante superior à neonatal, actualmente, nos países mais desenvolvidos a mortalidade pós-neonatal tem vindo a tender para *scores* próximos de zero. Assim, a mortalidade infantil é cada vez mais o resultado da mortalidade neonatal e cada vez mais da mortalidade neonatal precoce.

1.2 — Taxa de mortalidade infantil *versus* taxa de mortalidade perinatal

Podemos ainda considerar o período perinatal, que se inicia quando o feto se considera viável (a partir das 22 semanas) e termina no sexto dia completo de vida neonatal. A semelhança entre a mortalidade perinatal e infantil, consiste em as duas considerarem a mortalidade neonatal precoce, enquanto a diferença fundamental é que as mortes fetais tardias são consideradas unicamente na mortalidade perinatal e as mortes após a primeira semana de vida são incluídas simplesmente na mortalidade infantil.

A inclusão das mortes fetais tardias e das mortes neonatais precoces na taxa de mortalidade perinatal resulta do facto de estes dois tipos de morte apresentarem, a maioria das vezes, uma etiologia comum, evitando a escolha do momento do nascimento como uma linha de demarcação arbitrária.

A Organização Mundial de Saúde na nona revisão da Classificação Internacional de Doenças (1975) recomendou aos Estados Membros que incluíssem nas suas estatísticas perinatais nacionais todos os fetos-mortos e recém-nascidos pesando no mínimo 500 g ou *quando o peso ao nascer não for disponível, a idade gestacional correspondente (22 semanas) ou o comprimento (25 cm, medidos do ponto mais alto da cabeça até aos calcanhares), quer sejam vivos ou mortos*¹. Esta recomendação é seguida em Portugal pela Direcção-Geral da Saúde e pelo Instituto Nacional de Estatística.

Por outro lado, a mortalidade infantil é considerada como um indicador do desenvolvimento socio-económico, enquanto a mortalidade perinatal é considerada mais como o reflexo da saúde das mulheres e da qualidade dos cuidados durante a gravidez e durante o período perinatal.

A O.M.S. vai mais longe ao considerar que a taxa de mortalidade infantil além de reflectir o desenvolvimento socio-económico de um país, faz sobressair a amplitude dos problemas de saúde directamente responsáveis pela morte das crianças (*e.g.*, as diarreias, as afecções respiratórias, a malnutrição), o nível de saúde das mães, o nível dos cuidados pré e pós-natais da mãe e da criança, a política de planeamento familiar e o nível de higiene do meio. Mas, não podemos olvidar que, esta inferência é sobretudo verdadeira para os países em vias de desenvolvimento.

Chega mesmo a afirmar que a taxa de mortalidade infantil apresenta uma relação inversamente proporcional com o nível socio-económico dos pais, qualquer que seja o critério utilizado para determinar esse nível e independentemente do grau de desenvolvimento do país ou região analisados.

¹ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA — *Regulamento e classificação das doenças, traumatismos e causas de morte da Organização Mundial de Saúde (9ª revisão - 1975)*, Lisboa, 1980, p. 151.

1.3 — A taxa de mortalidade infantil como indicador do estado de saúde de uma população ?!...

Existe um certo consenso à escala internacional sobre a eleição do indicador que melhor retrata o estágio de desenvolvimento de um país ou de uma qualquer região, constituindo a taxa de mortalidade infantil o indicador mais frequentemente utilizado pelas organizações internacionais, pelos Ministros da Saúde, pelos Economistas, Sociólogos, Geógrafos e Demógrafos. Hoje em dia, os governos dos diversos países do mundo estão cada vez mais preocupados em saber em que posição se encontram à escala mundial no que se refere à taxa de mortalidade infantil. A esperança de vida à nascença, apesar de ser menos assiduamente mencionado, é outro indicador utilizado como medida do status de saúde juntamente com a taxa de mortalidade em idades inferiores a cinco anos.

Na perspectiva da Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), a taxa de mortalidade infantil afigura-se como um indicador precioso que possibilita a avaliação do estado de saúde de uma população, dizendo respeito não só ao foro infantil mas estendendo-se a toda a população e, implicitamente às condições socio-económicas que lhe estão subjacentes. Paralelamente, é um indicador sensível da disponibilidade, utilização e da eficácia dos cuidados de saúde, particularmente dos cuidados pré-natais.

Alguns autores têm contestado o ponto de vista da O.M.S.², sendo de opinião que a taxa de mortalidade perinatal avalia mais satisfatoriamente a cobertura e a qualidade dos cuidados de saúde. Esta ilação resultou, segundo WAALER, H.T.; STERKY, G., 1984, da análise das tendências da taxa de mortalidade infantil, da taxa de mortalidade perinatal e do Produto Nacional Bruto por habitante na Dinamarca, Finlândia, Noruega e Suécia, no período 1900-1980.

Não obstante, desde inícios da década de oitenta que os cuidados intensivos em neonatologia e as técnicas de procriação medicamente assistida (*e.g.*, inseminação artificial, fertilização *in vitro*) tornaram a taxa de mortalidade perinatal como um indicador inadequado pelas Conservatórias do Registo Civil.

Paralelamente, a realidade que se vive actualmente na Europa e à qual Portugal pertence, é a de uma muito baixa taxa de mortalidade infantil (abaixo dos 10‰), onde os cuidados intensivos neonatais e as técnicas de procriação medicamente assistida ganham cada vez mais significado, permitindo salvar cada vez mais crianças prematuras e de baixo peso, mas cuja qualidade de vida futura, em termos de saúde, é ainda incerta.

Enquanto que a taxa de mortalidade infantil sofre essencialmente a influência das condições socio-económicas de uma população (*e.g.*, educação, nutrição, peso à nascença), a de mortalidade perinatal é mais sensível a intervenções médicas específicas, como sejam, as técnicas de procriação medicamente assistida e os cuidados intensivos em neonatologia.

Por outro lado, WAALER, H.T.; STERKY, G., 1984, são de opinião que os factores demográficos (*e.g.*, idade da mãe, paridade, espaçamento dos nascimentos) desempenham um importante contributo na explicação da mortalidade perinatal, intervindo com uma ponderação de 30-40%.

Sendo o P.N.B. uma expressão do nível de actividade económica de um país, quando calculado por habitante, reflecte os níveis de nutrição e de educação e o grau de eficácia das diversas infraestruturas sobre as quais repousa a sociedade, ou seja, "mede" a saúde na sua forma mais globalizante, traduzindo o bem-estar geral de uma população.

Neste sentido, seria de esperar que ocorresse sempre uma forte correlação negativa entre o P.N.B. por habitante e a taxa de mortalidade infantil, tal como aconteceu na análise

² WAALER, Hans T.; STERKY, Göran — *Quel est le meilleur indicateur de la qualité des soins de santé?*, in "Forum Mondial de la Santé", Genève, 5(3), 1984, p. 304.

GOURBIN, Catherine; MASUY-STROOBANT, Godelieve — *Registration of vital data: are live births and stillbirths comparable all over Europe?*, in "Bulletin of the World Health Organization", Genève, 73(4), 1995, p. 449.

empreendida por aqueles autores para os quatro países estudados. Mas, esta é uma realidade mais coadunante com os países nórdicos e nem sempre acontece nos restantes países, havendo alguns em que os P.N.B. por habitante são quase idênticos, correspondendo-lhes taxas de mortalidade infantil diferentes. Os próprios E.U.A. que apresentam os mais elevados P.N.B. por habitante, não têm registado os mais baixos níveis de mortalidade infantil.

Estas incongruências de resultados, levam-nos a ter uma atitude reservada quanto ao verdadeiro "poder" da taxa de mortalidade infantil como medida do estado de saúde de uma população e à sua correlação negativa com o P.N.B. por habitante.

Apesar de cada vez mais se questionar o valor da taxa de mortalidade infantil como indicador do estado de saúde de uma população, ainda não foi possível substituí-lo por outro fácil de elaborar e que envolva um consenso internacional na sua adopção.

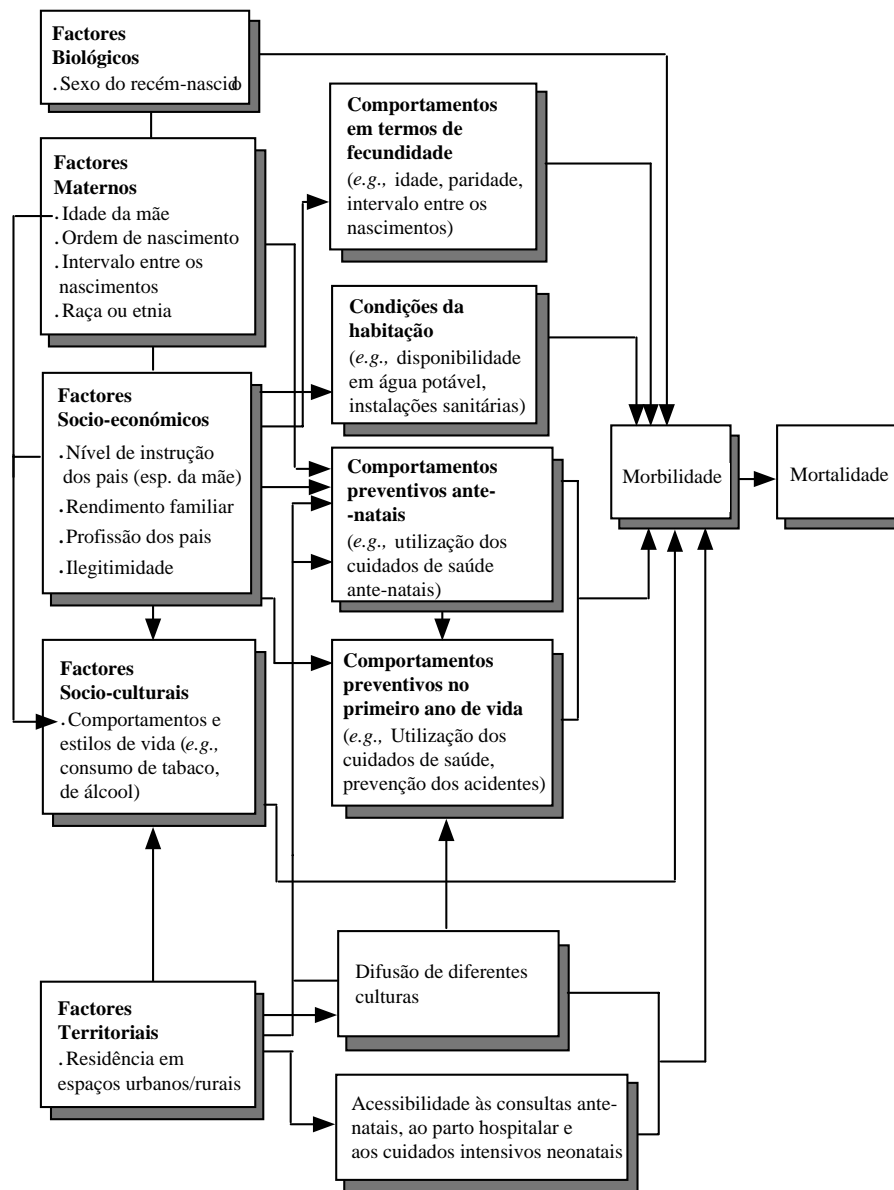
Ainda assim, temos que ser cautelosos e pensarmos que é possível que este indicador aumente nalguns países, sem que tal signifique um agravamento da situação sanitária!...

1.4 — Factores da morbilidade e da mortalidade infantil

A mortalidade é um fenómeno menos complexo do que a natalidade, mas envolve um leque razoável de variáveis na sua explicação. Como seria previsível, nem sempre há uma unanimidade de opiniões na atribuição da importância de cada variável na determinação da mortalidade em geral e particularmente da mortalidade infantil. Além disso, os factores que conduzem à morbilidade e à mortalidade infantil nem sempre são coincidentes quando consideramos os países desenvolvidos, onde as taxas de mortalidade infantil são baixas, ou aqueles em vias de desenvolvimento, onde são elevadas.

A partir da vasta literatura existente sobre esta temática, elaborámos um modelo (Figura 2), identificativo de Portugal, que sintetiza os inúmeros modelos existentes. Este modelo considera os principais factores que podem conduzir ao peso à nascença e à prematuridade, estes últimos, entendidos como os actuais maiores riscos de morte.

FIGURA 2 — Modelo conceptual dos factores de risco da morbilidade e da mortalidade infantil



O baixo peso à nascença constitui um factor individual de elevado contributo para a mortalidade infantil, senão o de mais elevado contributo, pois actualmente, nos países mais desenvolvidos, a mortalidade infantil ocorre sobretudo no período neonatal e no seio dos recém-nascidos com baixo peso (inferior a 2500 g). Deste modo, naqueles países o baixo peso à nascença passou a constituir o maior vaticinador da mortalidade infantil.

Vários autores têm avançado para os países mais desenvolvidos uma média de 5,9% de nascimentos com peso inferior a 2500 g (também designados por hipotróficos), estando relacionado com a prematuridade e com o tabagismo.

Enquanto os actuais meios de cuidados intensivos permitiram um melhor prognóstico dos recém-nascidos com baixo peso, o dos recém-nascidos de muito baixo peso (inferior a 1500 g) e mesmo o dos com menos de 1000 g, não melhorou tanto como seria de prever, mantendo-se actualmente a mortalidade em níveis ainda relativamente elevados.

A questão que se levanta actualmente é se com o aumento da sobrevivência dos recém-nascidos com muito baixo peso, também tem aumentado a percentagem de crianças

com handicaps, dito de outra forma, com morbidade crónica e com sequelas a longo prazo?!...

1.4.1 — A contribuição dos factores maternos e demográficos

Os investigadores que estudam maioritariamente a problemática da morbidade e da mortalidade infantil são unânimes em considerar em primeiro lugar, a importância dos factores maternos, como a idade da mãe no momento do nascimento da criança, o rang (a ordem) de nascimento da criança, ou dito de outra forma, a paridade, os intervalos que precedem e que se seguem ao nascimento da criança e a raça ou etnia. Se aditarmos o sexo do recém-nascido podemos designá-los por factores reprodutivos ou demográficos.

1.4.1.1 — A idade da mãe

A idade da mãe é um dos factores mais estudados desde há muito tempo, sendo notório o aumento da mortalidade infantil com a idade da mãe. Alguns autores chegaram mesmo a quantificar essa probabilidade. As mulheres com mais de 40 anos perdem o seu filho duas vezes mais frequentemente que as mães com menos de 30 anos. Todavia, as idades muito jovens, abaixo dos 17 anos, também estão associadas com uma sobremortalidade da criança. Dos 20 aos 34 anos, a probabilidade de morte infantil é sensivelmente estacionária, elevando-se bruscamente depois dos 35 anos, traduzindo-se, assim, numa curva em U assimétrica e atingindo a mortalidade *scores* mais elevados nas idades extremas.

Concomitantemente, quanto mais elevada é a idade materna, maior risco existe de malformações congénitas, de que se ressalta a trissomia 21, vulgo *mongolismo*, sobretudo a partir dos 35 anos de idade.

Várias investigações, entre elas, RAWLINGS, J.S., *et al.*, 1996³, concluíram que as mulheres com idades iguais ou superiores a quarenta anos correm um maior risco de dar à luz prematuramente ou de ter bebés com baixo peso ao nascer, comparativamente com as mulheres com idades entre os 20 e os 24 anos. Tal como o risco de mortalidade infantil, também o risco de baixo peso à nascença e de prematuridade, apresenta uma curva em U assimétrica com o aumento da idade da mãe.

1.4.1.2 — A ordem de nascimento

O aumento da mortalidade perinatal com o aumento da idade é mais substancial nas nulíparas (mulheres que não tiveram previamente qualquer parto), do que nas mulheres que tiveram um ou mais nascimentos prévios.

Também as crianças de primeira ordem e as de ordem elevada têm uma maior probabilidade de morrer do que as outras. Tal como para a idade da mãe, também a relação entre a mortalidade da criança e a paridade, se pode traduzir numa curva em U assimétrica, sendo a mortalidade mais elevada nos valores extremos de paridade. As crianças cuja ordem de nascimento é dez ou mais, têm uma probabilidade quatro vezes acrescida de morrerem do que as de segunda ordem.

A mortalidade do primeiro filho é superior à dos de rang 2 ou 3, mas recentemente nos hospitais muito bem equipados, a mortalidade tem-se afigurado muito próxima para os de rang 1, 2 e 3. Somente a partir do rang 5 é que a mortalidade sobe de uma forma mais pronunciada. Importa salientar que as nulíparas (mulheres que nunca tiveram previamente

³ RAWLINGS, James S., *et al.* — *A prevalência de baixos pesos ao nascer e de partos pré-termo, em relação com o intervalo entre gestações, em mulheres brancas e negras*, in "Obstetrícia e Ginecologia" (edição portuguesa de "Obstetrical & Gynecological Survey"), Lisboa, 19(1), Jan., 1996, p. 29-32.

um parto) estão sujeitas a distócias (partos instrumentados: forceps, cesarianas,...) mais tardiamente reveladas e tratadas, enquanto nas grandes múltiparas (cinco e mais partos) certas distócias (situação transversa) ou certas patologias (*e.g.*, descolamentos da placenta, placenta prévia) são mais frequentes. Todavia, hoje em dia, estes riscos podem ser atenuados com uma adequada vigilância da gravidez e do parto.

1.4.1.3 — Os intervalos entre os nascimentos

RAWLINGS, J.S., *et al.*, em 1996⁴, num estudo realizado junto de 2115 mulheres americanas com duas gravidezes consecutivas, determinaram que um curto intervalo entre as gestações constitui um factor de risco de baixo peso ao nascer e de parto pré-termo.

Alguns autores associam os maus resultados da gravidez inerentes a baixos intervalos internascimentos, relacionados com o síndrome da "exaustão materna". As exigências nutricionais, fisiológicas e emocionais da gravidez e dos cuidados e da educação a prestar a um lactente são extraordinários. Logo, não é de surpreender que, nos casos em que o restabelecimento e a recuperação de uma tal experiência são interrompidos por uma nova gravidez com iguais exigências, o resultado final se encontre frequentemente comprometido.

Segundo TSUI, A.O., *et al.*, 1988, um reduzido espaçamento entre os nascimentos repercute-se na mortalidade infantil, através de dois efeitos. O primeiro efeito resulta da competição pelas reservas familiares e maternas e o segundo da deterioração do status nutricional da mãe⁵.

1.4.1.4 — O sexo do recém-nascido

Em 1961, Alfred Sauvy escrevia: *Le sexe fort, c'est le sexe féminin*⁶. O sexo do recém-nascido é outro dos factores que deve ser mencionado quando abordamos a problemática da morbilidade e da mortalidade infantil. Segundo alguns autores, a sobremortalidade dos recém-nascidos masculinos é da ordem de 10 a 20%, afectando igualmente os fetos-mortos como os óbitos pós-nascimento.

Uma das investigações recentes mais arrojadas e convincentes de que o sexo do recém-nascido é um importante factor, foi concretizada para o período 1980-83, partindo da análise de mais de 2 400 000 nascimentos e de 33 000 mortes infantis e correspondendo ao universo italiano para aquele período⁷. PARAZZINI, F., *et al.*, 1992, encontraram um maior risco de morte fetal tardia, mortalidade perinatal e mortalidade infantil, no sexo masculino, sendo mais evidente neste último tipo de mortalidade⁸.

Todavia, este tipo de ilações são uma evidência universal, desde pelo menos o século passado, bastando para tal observarmos as estatísticas sobre mortalidade publicadas nos vários países europeus.

Está geralmente associado às crianças do sexo masculino um maior risco de morbilidade e de mortalidade, devido a razões biológicas, inerentes a genes imunoreguladores ligados ao cromossoma X, que contribuem para uma maior resistência às doenças infecciosas por parte do sexo feminino.

⁴ RAWLINGS, James S., *et al.*, *op. cit.*, p. 30.

⁵ TSUI, Amy Ong, *et al.* — *Maternal and sociodemographic correlates of child morbidity in bas Zaire: the effects of maternal reporting*, in "Social Science & Medicine", Oxford, 26(7), 1988, p. 701.

⁶ SAUVY, Alfred — *Les limites de la vie humaine*, Paris, Hachette, 1961, p. 75.

⁷ PARAZZINI, F., *et al.* — *Determinants of perinatal and infant mortality in Italy*, in "Révue d'Épidémiologie et de Santé Publique", Paris, 40(1), 1992, p. 15-24.

⁸ *Idem*, p. 16.

1.5 — A importância do nível socio-económico

No grupo de variáveis associadas ao nível socio-económico ou também designado por classe social ou pertença social, considera-se geralmente o nível de instrução, o rendimento familiar e o tipo de profissão dos pais, assim como a ilegitimidade do nascimento. Vamos salientar apenas o nível de instrução e particularmente o da mãe.

1.5.1 — O nível de instrução da mãe

A profissão do pai é tradicionalmente a variável utilizada no estudo da mortalidade diferencial segundo uma variável social, tendo várias investigações encontrado um aumento gradual dos riscos desde as classes não manuais para as manuais ou desde os mineiros até às profissões liberais (*e.g.*, dentistas, médicos) e profissões intelectuais (*e.g.*, professores).

Todavia, a actividade profissional pode não ser compatível com o nível de instrução, particularmente nos países ou regiões em que o desemprego é significativo e quando se trata do primeiro emprego, podendo ser relativamente frequente os pais desempenharem uma actividade inferior àquela que se poderia coadunar mais com o respectivo nível educacional.

Recentemente vários autores chamaram também a atenção para a incompreensiva utilização da variável "actividade profissional do pai", advogando que seria mais lógico utilizar variáveis concernentes à mãe da criança, com particular incidência para o seu nível educacional.

De facto, são as mães que tomam a decisão da utilização dos cuidados de saúde, quer pré-natais quer da criança, que na maioria dos casos se ocupam das crianças, particularmente durante o período da licença de parto (primeiros 98 dias de vida da criança) e mesmo posteriormente. O nível de instrução da mãe, comparativamente com a profissão do pai, é de mais fácil recolha e é estável ao longo do tempo.

Relativamente à morbidade infantil o nível educacional da mãe é novamente o indicador privilegiado de factor de risco. A percepção da doença, o significado de um estado mórbido, a adopção de condutas curativas ou preventivas encontram-se ligadas às características sociais.

MASUY-STROOBANT, G., 1996, relembrou recentemente hipóteses importantes equacionadas por BOLTANSKI em 1969 e que continuam muito actuais. Partindo dos conceitos de *distância social* e de *distância temporal* na aquisição dos saberes e dos comportamentos no âmbito da saúde e da puericultura, refere que a difusão dos saberes médicos se processa mais rapidamente e mais facilmente nas classes "superiores" do que nas classes "populares"⁹. Os responsáveis são, por um lado, o médico, que estabelece uma relação de familiaridade com os doentes cuja classe é a mesma da dele e uma relação de autoridade com aqueles que pertencem a uma classe mais baixa. Por outro lado, os doentes destas classes, ao possuírem um baixo nível de instrução, não adoptam uma atitude crítica em relação aos seus próprios saberes, porque lhes falta o espírito crítico que é adquirido ao longo da formação escolar¹⁰.

O nível educacional da mãe, é mencionado por múltiplos autores como um importante vaticinador da mortalidade infantil, agindo como um factor causal. Outros autores apontam-no como representante do status socio-económico ou dos padrões de vida, argumentando que o seu efeito na mortalidade infantil é o reflexo de melhores condições de vida no grupo das mães com mais elevado nível de instrução.

⁹ MASUY-STROOBANT, Godelieve — *Théories et schémas explicatifs de la mortalité des enfants*, in "Actes du Séminaire International - Demography: analysis and synthesis, vol. 2, Centre Français sur la Population et le Développement, Paris, Dipartimento di Scienze Demografiche, Roma, 1996, p. 195.

¹⁰ *Idem, ibidem.*

A influência do nível educacional materno na sobrevivência das crianças através das facilidades de utilização dos cuidados de saúde, foi salientada em 1979 e 1981 por CALDWELL, J.¹¹, um dos mais acérrimos defensores do poder daquela variável. Contudo, não foi o primeiro a defender esta relação, pois já na década de cinquenta vários sociólogos, antes mesmo que os demógrafos, a tinham formulado.

Este autor sobressaiu que as mães instruídas rompem mais facilmente com a tradição, tornam-se menos fatalistas ao encarar uma situação de doença, mais capazes de receber atenção dos elementos que trabalham nas unidades hospitalares e mais informadas sobre os seus direitos e como usá-los em benefício da saúde do seus filhos. Por outro lado, elas são mais persistentes na aplicação de um tratamento médico recomendado e é mais provável que contactem o pessoal clínico se a situação de doença persistir. As mães mais instruídas detêm uma maior capacidade para desempenhar um papel de decisão no seio da família, contestar as opiniões dos familiares mais próximos (especialmente as das mulheres mais velhas), comunicar mais abertamente com o seu marido e diligenciar mais meios para a sobrevivência da criança.

Uma mãe escolarizada possui, como afirmou CALDWELL, uma "maior aptidão para manipular o mundo", *i.e.*, tem um acesso imediato à informação, compreende mais facilmente, por exemplo, a importância da vacinação e tem uma maior tendência para adoptar práticas de higiene capazes de influenciar a saúde dos seus filhos. Podemos então deduzir que a escolarização pode constituir um meio de libertação ou de redução da dependência das tradições e das práticas culturais.

Em Portugal, as taxas de mortalidade infantil segundo o nível de instrução da mãe (Quadro 1), demonstram o poder daquela variável. Na realidade, apesar das descidas espectaculares das taxas de mortalidade infantil entre 1980 e 1994 entre as mães que possuíam o mais baixo nível de instrução e as que possuíam um curso superior, continua a registar-se, de um modo contínuo, uma mortalidade mais elevada e largamente superior à média nacional, no seio do grupo de mães que não sabem ler e escrever ou que sabem sem terem frequentado o sistema de ensino (Quadro 1)¹².

¹¹ CALDWELL, J.C. — *Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigerian data*, in "Population Studies", New York, 33(3), 1979, p. 395-415.

CALDWELL, J.C. — *Education maternelle et mortalité infantile*, in "Forum Mondial de la Santé", Genève, 2(1), 1981, p. 91-94.

¹² Até 1995, o I.N.E. proporcionou uma mais fácil disponibilização dos dados relativamente à mortalidade infantil segundo a profissão do pai, visto o verbete para nado-vivo utilizado, preenchido nas Conservatórias do Registo Civil de todo o país e enviado todas as segundas-feiras para o I.N.E., não contemplar o nível de instrução do pai e, além disso, dar prioridade às variáveis concernentes ao pai.

A partir de 1995, o I.N.E. rectificou esta situação e passou a dar um tratamento idêntico aos pais nas variáveis socio-económicas constantes do verbete para nado-vivo, dedicando uma igual atenção ao nível educacional, à condição perante o trabalho, à profissão, à situação na profissão e ao ramo de actividade exercido.

QUADRO 1 — Taxas de mortalidade infantil em Portugal segundo o nível de instrução da mãe, 1980-1994

NÍVEL DE INSTRUÇÃO DA MÃE	1980	1985	1990	1994
ANALFABETA	35,7	31,0	19,1	15,2
SABE LER E ESCREVER	40,9	25,2	15,4	12,5
CURSO BÁSICO	19,5	17,7	11,8	8,9
C. SECUNDÁRIO	10,8	11,1	7,4	6,5
CURSO SUPERIOR	7,9	4,0	3,4	3,7
TAXA DE M. INF. EM PORTUGAL	24,3	17,8	11,0	8,1

Fonte: Estatísticas Demográficas, Lisboa, I.N.E., 1980, 1985, 1990 e 1994.

A cada vez maior utilização dos cuidados de saúde primários, a elevação significativa da percentagem de partos ocorridos em estabelecimento hospitalar e a maior disseminação de informação sobre puericultura não foram ainda suficientes para findar com estas desigualdades sociais.

1.6 — Determinantes relacionados com comportamentos adoptados e estilos de vida

Já referenciámos a importância do baixo peso à nascença e da prematuridade no risco de mortalidade, essencialmente nos países desenvolvidos. Neste grupo de países, vários comportamentos, como o consumo do tabaco, da droga e do álcool, têm-se afigurado como determinantes no risco de morbilidade e mortalidade.

1.6.1 — A influência do tabaco

Em 1957, W.J. Simpson foi um dos primeiros autores a observar que as mulheres que fumam, têm mais filhos com mais baixo peso, tendo encontrado uma diminuição média de 200 g no peso dos recém-nascidos cujas mães fumavam dez ou mais cigarros por dia comparativamente com os das mulheres que não fumavam. Todavia, na década de cinquenta, ainda se começavam a dar os primeiros passos naquele domínio, não se tendo ainda então associado o baixo peso à nascença ao tabaco nem apercebido como um real problema de saúde pública. Só mais tarde, quando se começaram a alargar os estudos a grandes amostras de nascimentos e conforme se foram acumulando as várias investigações, é que se tornou evidente essa associação.

Actualmente, a influência ou não do tabaco, da droga, da cafeína e do chá na morbilidade e na mortalidade infantil são das temáticas mais abordadas a nível internacional no âmbito da saúde reprodutiva.

Parece estar provado que existem dois efeitos do uso do tabaco no decurso da gravidez. O primeiro diz respeito a que as mulheres fumadoras apresentam um maior risco de ter filhos prematuros com os problemas que daí podem resultar. O segundo, prende-se com esses recém-nascidos apresentarem uma mais elevada mortalidade perinatal, qualquer que seja o seu peso à nascença.

As diferenças mais importantes encontradas em termos de peso entre as mães grandes fumadoras (pelo menos 20 cigarros por dia) e as não fumadoras foi na ordem das 320 gramas (WILCOX, A.J., 1992)¹³.

Vários estudos encontraram diferentes resultados, com médias entre os 127 g e os 254 g, mas o valor médio é de cerca de 200 g entre o peso dos recém-nascidos de grandes fumadoras e o de não fumadoras.

Os diferentes resultados encontrados nos vários estudos, resultam entre outros aspectos, das diferentes classes consideradas de tabaco consumido diariamente pelas mulheres. Apesar das diferenças das classes consideradas, todos encontram uma influência do consumo do tabaco durante a gravidez no peso à nascença.

Existem, não obstante, divergências de opinião acerca do limiar do número de cigarros a partir do qual é visível a sua influência na morbidade e na mortalidade do recém-nascido. Enquanto certos estudos avançam com o limiar de 5-10 cigarros por dia a partir do qual pode ser afectado o feto, outros são de opinião que menos de 10 cigarros por dia detém uma nula ou pequena acção sobre o produto da concepção (DEXEUS, S.; CARRERA, J.M. (coord.), 1987).

Não podemos olvidar, por outro lado, que grande parte dos autores determinaram que as diferenças de peso à nascença são directamente proporcionais ao número de cigarros fumados, tendo constatado que elas são independentes de outros factores relacionados com o peso à nascença, tais como, o peso da mulher, a idade, a paridade ou o status socio-económico.

Paralelamente, o facto da mulher fumar é um factor de risco para a infertilidade e para a subfecundidade (espera de um ano ou mais desde a cessação da contracepção para conseguir engravidar) e durante a gravidez é um factor de risco de abortamentos e partos prematuros (WILCOX, A.J., 1993; PEACOCK, J., *et al.*, 1995; WISBORG, K., *et al.*, 1996).

Importa lembrar que o tabaco pode contribuir também para a morta súbita do lactente, que actualmente contribui nos países desenvolvidos com metade da mortalidade pós-neonatal e nos E.U.A. é a principal causa de morte entre um mês de vida e um ano de vida.

Existe uma maior divergência de opiniões no que concerne ao café e ao chá como factores etiológicos do que relativamente ao tabaco. A influência do café e do chá no baixo peso à nascença também é discutida desde os anos setenta mas tem-se afigurado como mais controversa do que a do tabaco. Enquanto alguns consideram-nos importantes (BERGER, A., 1988; WILLIAMS, M., *et al.*, 1992), outros não os mencionam (DEXEUS, S.; CARRERA, J.M. (coord.), 1987). De qualquer modo, a *Food and Drug Administration* (Estados Unidos da América), em 1988, aconselhou as grávidas a reduzirem o seu consumo de cafeína, mas desde então os vários estudos epidemiológicos têm-se revelado contraditórios.

¹³ WILCOX, Allen J.; SKJOERVEN, Rolv — *Birth weight and perinatal mortality: the effect of gestational age*, in "American Journal of Public Health", Washington, 82(3), Mar., 1992, p. 378.

1.6.2 — O efeito do consumo do álcool e das drogas

Igualmente importante de considerar é a influência do álcool consumido durante a gravidez. Em 1967 e 1968, respectivamente, LAMACHE, M.A. e LEMOINE, P., *et al.*, realizaram os primeiros estudos que descreveram o "síndrome do álcool fetal" (*fetal alcohol syndrome*). As características deste síndrome inclui o atraso de crescimento, disfunção do sistema nervoso central, malformações físicas, especialmente no rosto, atraso da maturação psicomotora e diminuição do desenvolvimento intelectual. Este síndrome é actualmente considerado nos países desenvolvidos como a causa ambiental mais comum de atraso mental, constituindo uma causa facilmente evitável. A frequência estimada daquele síndrome nos países desenvolvidos é de 1 a 2 por mil nados-vivos.

O maior problema reside em saber qual é o limite seguro até ao qual não há riscos para o feto, já que este ainda não foi determinado de uma forma consistente, além de que, frequentemente, as grávidas não estão informadas dos efeitos sobre o feto a curto e a longo prazo exercidos pelo álcool.

Além do "síndrome do álcool fetal" ser raro e de depender da capacidade, muito variável de mulher para mulher, de metabolizar o álcool, temos ainda que aditar a dificuldade que existe de recolha de dados fiáveis sobre o consumo do álcool, podendo haver uma subdeclaração, como resultado de interdições sociais ao seu consumo.

STRÖMLAND, K.; HELLSTRÖM, A., 1996, ao realizarem um *follow-up* prolongado em vinte e cinco crianças com "síndrome do álcool fetal", cuja média de idades era de onze anos, observaram que todas elas, à excepção de uma, tinham anomalias oftalmológicas. Foram observadas profundas anomalias em vinte e três crianças. Os olhos têm-se afigurado como indicadores sensíveis dos efeitos adversos da exposição pré-natal do feto ao álcool. Registaram a manutenção de um significativo atraso mental em dezasseis delas, apesar de terem tido um acompanhamento médico, educacional e social intensivo.

SPOHR, H.-L., *et al.*, 1994, numa amostra inicial de 72 crianças com vestígios daquele síndrome à nascença, dez anos após o nascimento e em sessenta destas crianças para as quais foi possível realizar um novo exame, observaram nas que registavam inicialmente um ligeiro síndrome, que as pequenas anomalias físicas haviam desaparecido. Nas crianças severamente afectadas, as características persistiram, revelando que num estudo prolongado, os efeitos nocivos resultantes da exposição intra-uterina ao álcool no desenvolvimento mental das crianças, mantêm-se durante muitos anos, mesmo que após o nascimento as influências ambientais sejam positivas.

Outras investigações apontaram problemas adicionais, nomeadamente, de nutrição e de sono, atrasos na fala, problemas emocionais e de relacionamento¹⁴, problemas na escola, além de existir um sério risco de estas crianças se tornarem alcoólicas em adultas¹⁵.

SULAIMAN, N.D., *et al.*, sugeriram que a educação para a saúde durante a gravidez deve ser realizada nas mulheres que bebem pelo menos uma bebida por dia, pois a partir deste nível passa a ter significado estatístico o efeito no peso à nascença. OLSEN, J., *et al.*, 1991, consideram uma bebida e meia por dia como limiar, enquanto outros autores sugerem que só a partir de dois copos por dia a influência é visível (LUMLEY, I., *et al.*, 1985)¹⁶.

¹⁴ STEINHAUSEN, H.-C. — *Children of alcoholic parents*, in "Acta Paediatrica: an International Journal of Paediatrics", Stockholm, 82(2), Feb., 1993, p. 208.

¹⁵ NORDBERG, Lillemor, *et al.* — *Children of alcoholic parents: health, growth, mental development and psychopathology until school age*, in "Acta Paediatrica: an International Journal of Paediatrics", Stockholm, 82, Supplement 387, Feb., 1993, p. 2.

¹⁶ LUMLEY, I., *et al.* — *Cigarette smoking, alcohol consumption and fetal outcome in Tasmania*, in "Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology", Melbourne, 25, 1985, p. 33-40 (citado por OLSEN, Jorn, *et al.* — *Does maternal tobacco smoking modify the effect of alcohol on fetal growth?*, in "American Journal of Public Health", Washington, 81(1), Jan., 1991, p. 71).

Deste modo, também não há um consenso quanto ao limiar de álcool a considerar como deletério.

O uso crónico de drogas pesadas (incluindo derivados do ópio, barbitúricos, anfetaminas), em grandes doses, durante o período gestacional é outro dos comportamentos que afecta o desenvolvimento do feto. Sofrimento intrauterino, um baixo peso à nascença e sérios compromissos resultantes do afastamento da droga logo após o nascimento são algumas das consequências do seu uso. Por outro lado, os efeitos do uso materno de marijuana no feto está pouco documentado.

Não daremos particular destaque a este factor no presente relatório, pois no Noroeste Português, o consumo de drogas e de medicamentos com carácter lesivo para o feto não tem ainda significado, estimando em apenas cerca de 0,5% da população feminina que consome drogas durante o período gestacional.

2 — PERFIL EVOLUTIVO DA MORBILIDADE E DA MORTALIDADE INFANTIL EM PORTUGAL

2.1 — Disponibilidade de dados sobre a morbilidade e a mortalidade

Em Portugal tivemos que aguardar pelos inícios do século XX para passarmos a dispor da publicação regular de dados referentes ao obituário, contrariamente a outros países, mormente os Escandinavos. Só a partir de 1902 é que passou a ser possível dispormos, para a escala nacional, dos óbitos com menos de um ano e calcularmos a taxa de mortalidade infantil, já que para períodos anteriores só conhecíamos a mortalidade geral e um dos elementos essenciais ao cálculo daquela taxa, *i.e.*, o total de nados-vivos.

Por seu turno, a morbilidade sempre constituiu uma temática pouco abordada em Portugal, pois até há pouco tempo, o estado de saúde de uma população era exprimido exclusivamente em termos de mortalidade e não havia registo obrigatório das doenças. Mesmo à escala internacional, somente a partir da sexta revisão da Classificação Internacional de Doenças, se começou a dar algum ênfase a aspectos da morbilidade.

No âmbito do período infantil a sua análise sempre se fez à custa essencialmente de investigações que se cingiram, maioritariamente, ao ambiente hospitalar e correspondendo a amostras nem sempre representativas do universo considerado.

Somente a partir da década de sessenta, o Instituto Nacional de Estatística, passou a abordar a temática da morbilidade, através da sua publicação "Estatísticas da Saúde", ainda que de uma forma incipiente.

Actualmente, é efectuado o registo da morbilidade apenas para algumas patologias (doenças de declaração obrigatória)¹⁷ e essencialmente pelos serviços oficiais, escapando os ocorridos nalguns serviços privados, como os consultórios médicos. Além disso, a lista de doenças de declaração obrigatória, contempla maioritariamente patologias do foro infeccioso de maior ou menor gravidade.

Não contempla infecções comuns, tais como, as do foro respiratório de carácter benigno e as gastroenterites agudas, sabendo-se que são frequentes, mas não se conhecendo números reais. Na sua origem, esta lista esteve particularmente ligada à necessidade imperiosa de combater doenças infecciosas graves, tais com a varíola, a difteria e a febre tifóide.

¹⁷ A lista actual das doenças de notificação obrigatória consta da Portaria nº 766/86 de 26 de Dezembro, com as alterações da Portaria nº 148/87 de 4 de Março e da Portaria nº 40/93 de 11 de Janeiro e contempla quarenta e cinco doenças, *i.e.*, mais doze do que as da lista utilizada em 1960.

O conhecimento actual do estado de saúde da população portuguesa é, assim, fragmentado e incompleto.

2.2 — O posicionamento de Portugal no contexto da União Europeia

A O.M.S. projectou para Portugal para os anos 2000-2004, taxas de 19,5‰, mas já desde 1982 que elas são inferiores a 20‰ e desde 1983 que desceram abaixo dos 19,5‰. Mesmo assim, só a partir de 1992 se ultrapassou a barreira dos 10‰, barreira essa que desde os anos oitenta os profissionais de saúde e os governantes urgiam transpor, deixando mesmo transparecer uma fervorosa ansiedade, visto todos os países da U.E. o terem conseguido já em meados daquela década e devido ao veicular da premissa de que uma boa taxa de mortalidade infantil se identificava com valores inferiores a 10‰.

Portugal em conjunto com a Jugoslávia, permaneceu longos anos na cauda da Europa e a grande distância dos outros países e na década de cinquenta apresentava as cifras mais elevadas de toda a Europa de letalidade por doenças infecciosas e parasitárias e por tuberculose do aparelho respiratório.

Na década de oitenta Portugal ocupava já uma posição favorável em relação à Europa de Leste e aproximou-se dos países da Europa do Sul. Em 1985, apenas a Polónia (18,5‰), a Hungria (20,4‰), a Roménia (23,4‰) e a Jugoslávia (28,8‰) apresentavam taxas de mortalidade infantil superiores e a taxa de Portugal era mais do dobro da da Finlândia (6,5‰ *versus* 17,8‰). A Finlândia ocupava então o primeiro lugar, enquanto em 1994 se ficava pelo segundo (4,7‰), logo a seguir à Suécia (4,4‰) e apresentando Portugal cerca do dobro daqueles valores (8,1‰).

A década de noventa ditou o continuar do decréscimo ritmado mas paulatino da maior parte dos países e o destaque para Portugal, que tal como na década anterior avançava decididamente, na tentativa de alcançar os demais. No quinquénio 1990-94, Portugal assistiu a um decréscimo de 26,4% das suas taxas, sendo apenas ultrapassado pela Irlanda (28,0%), o Luxemburgo (27,4%) e a Suécia (26,7%). Ainda assim, permanece actualmente na cauda da União Europeia.

2.3 — Factores gerais de descida

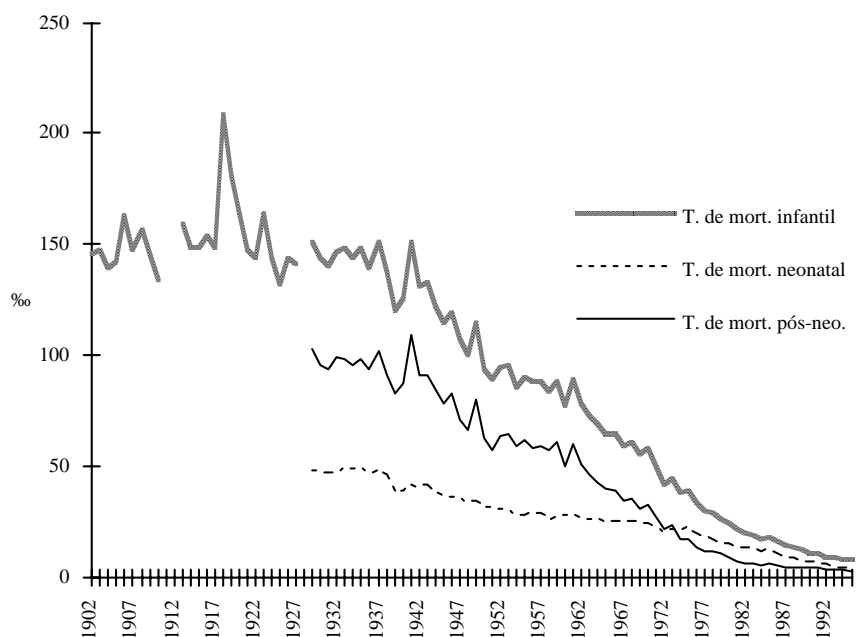
Em Portugal, as taxas de mortalidade infantil mantiveram-se em níveis elevados até à década de quarenta (acima dos 125‰, à excepção de 1939) e com acentuadas flutuações - Figura 3)¹⁸. Salientam-se os picos em 1918 (209,1‰), como resultado da pandemia de gripe de 1918¹⁹, assim como 1919 e 1920 (181,7‰ e 164,1‰, respectivamente). Sensivelmente a partir de 1942, o decréscimo torna-se evidente, mas somente a partir de 1950 se ultrapassou a barreira dos 100‰, com um *décalage* de cerca de quarenta/cinquenta anos para os países mais desenvolvidos.

Os decréscimos mais acentuados das taxas de mortalidade infantil processaram-se nas décadas de setenta e oitenta (55,2% e 49,8%, respectivamente), não sendo de negligenciar também o decréscimo de 31,8% entre 1990 e 1995.

¹⁸ Para os anos de 1911, 1912 e 1928 não foram publicados os elementos necessários à construção da taxa de mortalidade infantil, o mesmo acontecendo até 1928 para as taxas de mortalidade neonatal e pós-neonatal.

¹⁹ Este surto pandémico também conhecido por pneumónica, embora se tenha difundido pelo espaço europeu, revelou-se particularmente virulento na Península Ibérica, tendo vitimado cerca de 56 000 pessoas em Portugal.

FIGURA 3 — Evolução das taxas de mortalidade infantil e das suas componentes neonatal e pós-neonatal em Portugal, 1902-1995



Fontes: Anuário Demográfico e Estatísticas Demográficas, Lisboa, I.N.E., 1929 a 1995.

A definição de dois períodos mais evidentes na evolução das taxas de mortalidade infantil à escala nacional, leva-nos a supor que o findar do primeiro período, sensivelmente nas décadas de quarenta-cinquenta, coincide com a fase do aparecimento das sulfamidas e dos antibióticos, com a obtenção de novos soros e com o aperfeiçoamento de técnicas laboratoriais e de raios X que beneficiaram simultaneamente a descida das taxas de mortalidade geral e infantil.

Contudo, tem-se contraposto frequentemente a esta tese uma outra que defende que terá sido mais decisivo para o seu recuo, a melhoria progressiva das dietas alimentares, da higiene e da habitação, com particular destaque para o tratamento da água, a instalação de fossas sépticas e o uso do sabão, bem como das condições de trabalho e de vida em geral, a coesão das relações sociais e os mecanismos culturais.

Vários autores (*e.g.*, MACHADO, J.T.M., s/d; CÂNDIDO, L.M., 1969, citados por SIMÕES, J.M., 1989) insistiram, além do efeito do clima na deterioração dos alimentos, nas deficientes condições de higiene e da habitação. Por outro lado, salientaram certos regimes alimentares que contribuíam para as gastroenterites, como as sopas de vinho, muito enraizadas no norte de Portugal e associadas ao vinho tinto. Eram dadas desde tenra idade, especialmente às crianças do sexo masculino, em estreita associação com o culto da virilidade masculina.

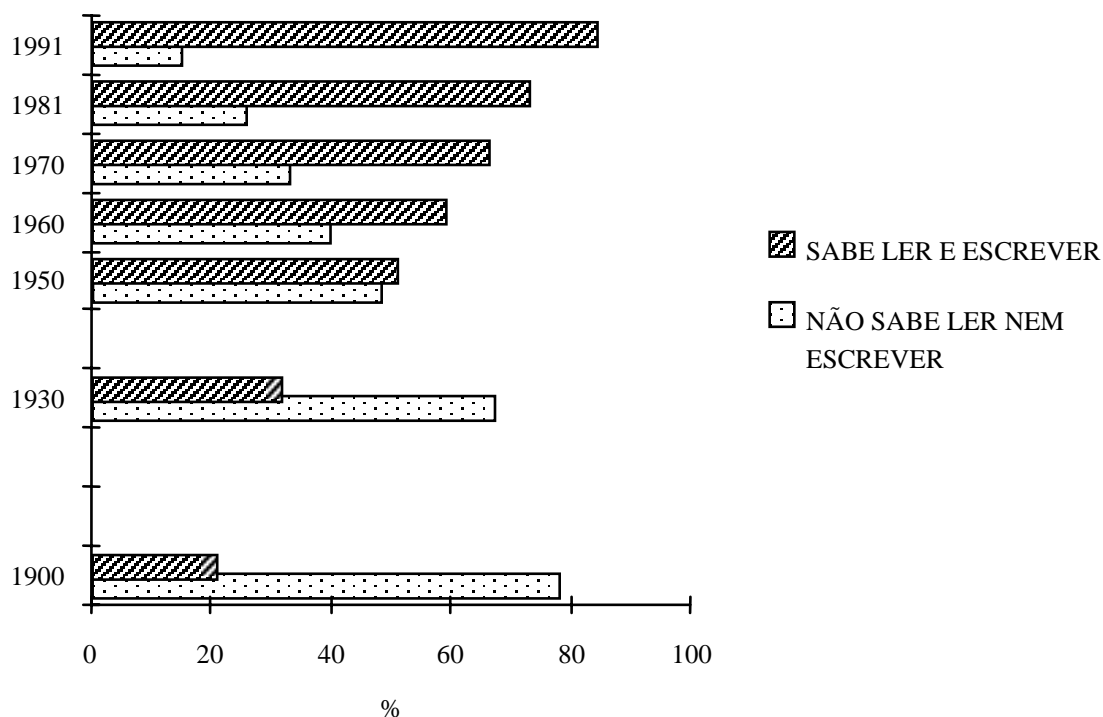
Existem ainda outros autores que advogam a ignorância e o desleixo dos pais como factores fulcrais, resultantes do baixo nível de instrução que imperou durante grande parte do século XX.

De facto, em 1950 e mesmo em 1960, a percentagem de população iletrada era ainda muito significativa (48,8% e 40,3%, respectivamente - Figura 4) e a sua diminuição foi mais evidente na década de oitenta (41,9%), mas foi nas décadas de cinquenta e de sessenta que se assistiu a um aumento mais significativo da parcela da população com o actual 1º ciclo do Ensino Básico (4 anos de escolaridade), o mesmo se passando quando

consideramos o montante de população que possuía até ao Ensino Secundário (11 anos de escolaridade).

Além de todos estes determinantes, não podemos olvidar que um factor materno, como seja a elevada paridade, contribuía, *per se*, significativamente para a elevada mortalidade infantil.

FIGURA 4 — Evolução do peso da população portuguesa iletrada no século XX



Fonte: Recenseamentos Gerais da População, Lisboa, I.N.E., 1900, 1930, 1950, 1960, 1970, 1981 e 1991.

O decréscimo da mortalidade infantil portuguesa fez-se essencialmente à custa da mortalidade pós-neonatal (do 28º dia ao 364º dia de vida - Figura 3). A componente neonatal (até ao 27º dia de vida) foi decrescendo também, mas de uma forma muito suave e só na década de oitenta a descida foi mais significativa (48,4% *versus* 35,4% na de setenta), coincidindo com a criação de novos hospitais em áreas anteriormente deficitárias e com o desenvolvimento e alargamento de Serviços de Cuidados Intensivos em Neonatologia nestes e nos existentes²⁰.

²⁰ A medicina intensiva neonatal iniciou-se na América do Norte nos anos cinquenta, difundindo-se na década seguinte ao espaço europeu. Em Portugal, a criação de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, que não se inseriu em qualquer plano nacional, é recente, tendo cerca de dezasseis anos. Actualmente, circunscreve-se ainda a um número limitado de hospitais (essencialmente os Hospitais Centrais), com condições logísticas e humanas capazes de resolverem qualquer problema do foro perinatal e neonatal.

Uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica pressupõe a existência de um quantitativo de camas de cuidados intermédios (aproximadamente um terço do número de camas de cuidados intensivos) para onde transitam temporariamente algumas crianças e jovens, assim que deixam de precisar de cuidados intensivos. A principal causa de admissão numa Unidade deste tipo, é o tratamento de crianças vitimadas por traumatismo craneano grave e/ou politraumatismo grave. Por outro lado, recebe os casos com problemas respiratórios graves que pressupõem ventilação mecânica e de alguns pós-operatórios de neurocirurgia, de cirurgia da coluna e/ou cirurgia cardíaco-torácica. Estima-se que para uma população de um milhão de habitantes sejam necessárias cerca de três camas de Cuidados Intensivos Pediátricos dos 0-18 anos, sendo uma com isolamento.

De acordo com inúmeras pesquisas realizadas, as taxas de sobrevivência neonatal do recém-nascido de baixo peso têm demonstrado serem duas vezes superiores quando o parto ocorreu em hospitais com Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e tecnologia avançada. A componente neonatal representa actualmente mais de 60% da mortalidade infantil (65% em 1992 e 61,0% em 1996).

A taxa de mortalidade pós-neonatal sofreu uma diminuição mais acentuada na década de setenta (68,4% *versus* 53,9% na seguinte), mas só a partir de 1974 é que o seu valor passou a ser inferior ao da neonatal. A sua descida, seguiu, grosso modo, a descida da letalidade por doenças infecciosas e parasitárias, a exemplo do que se processou nos outros países europeus em data mais precoce.

Actualmente, o padrão português dos óbitos infantis segundo a idade é similar ao dos restantes países da União Europeia, apresentando no quinquénio 1990-94, uma média de 47,6% de óbitos que ocorreram na primeira semana de vida (mortalidade neonatal precoce). Em 1996 (últimos dados publicados), havia-se elevado a 46,6%. *Ad instar*, a letalidade tende, hoje em dia, a concentrar-se nas primeiras vinte e quatro horas de vida (30,2% no mesmo quinquénio).

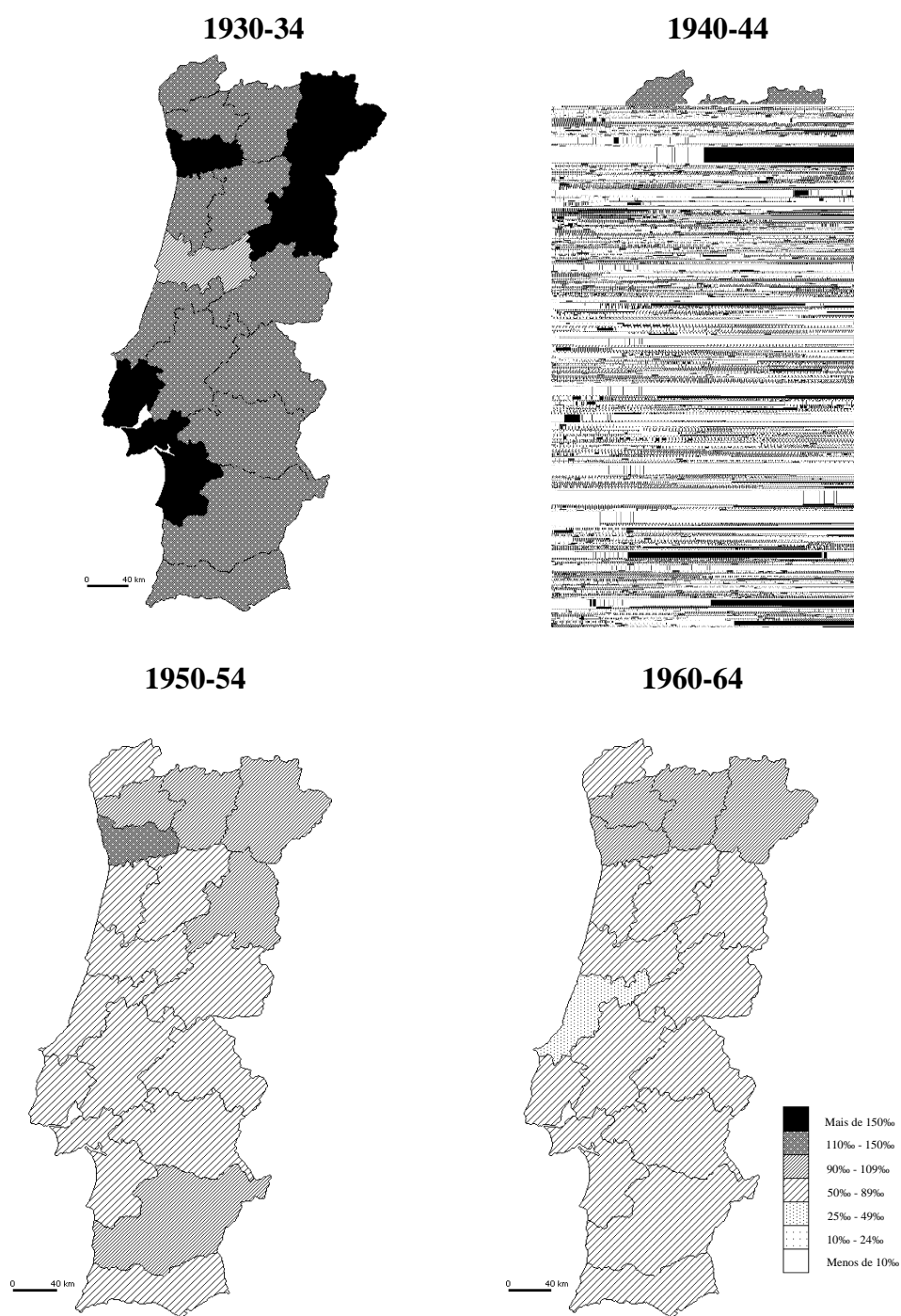
2.4 — Assimetrias distritais

Numa leitura rápida da Figura 6 sobressai uma clivagem entre o norte e o sul do continente português e um atenuamento das inequidades distritais, devido à diminuição das diferenças entre as taxas máximas e mínimas.

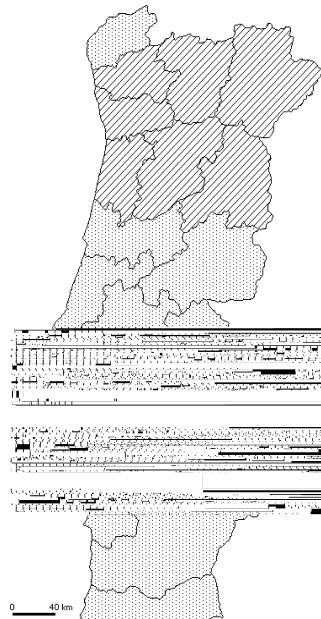
FIGURA 5 — Divisão de Portugal Continental em distritos



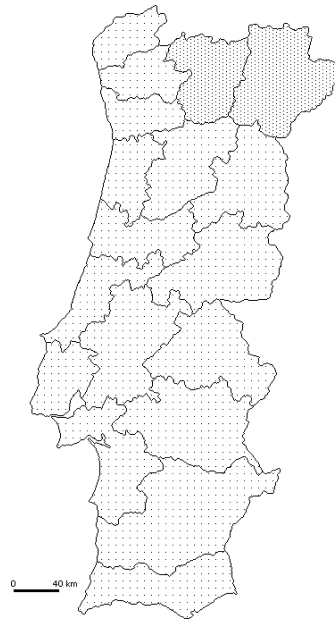
FIGURA 6 — Evolução das taxas de mortalidade infantil por distritos segundo médias quinquenais



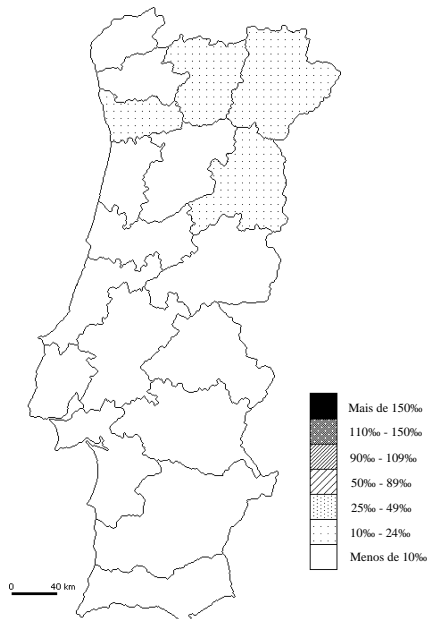
1970-74



1980-84



1990-94



Fontes: Anuários Demográficos e Estatísticas Demográficas, Lisboa, I.N.E., 1930 a 1994.

Uma leitura mais cuidada revela médias quinquenais mais baixas para o distrito de Coimbra e um cenário menos favorável nos distritos de Bragança e Vila Real, que apresentavam no quinquénio 1990-94 uma média, respectivamente, de 16,1‰ e 13,7‰. Estes *scores* eram cerca do dobro dos apresentados pelos distritos de Beja (6,1‰) e Coimbra (7,2‰) e afiguravam-se juntamente com os distritos da Guarda (10,3‰) e do Porto (10,9‰) como os únicos que não haviam ainda ultrapassado a barreira dos 10‰.

O protagonismo desfavorável dos distritos de Bragança e Vila Real não é recente e tem sido assumido mais notoriamente desde a década de sessenta, embora até meados do século XX, o posicionamento de Vila Real tenha sido mais satisfatório.

KANNISTO, V., 1986, é um dos autores que tentou aquilatar dos factores associados às inequidades geográficas desde 1950 até à década de oitenta e para Portugal Continental, através de um estudo de correlação, associando a taxa de mortalidade infantil a quinze indicadores do foro social, demográfico, médico e económico²¹. Os indicadores seleccionados como variáveis independentes foram: os nados-vivos de quarta ordem e mais, a taxa de natalidade, as famílias com quatro ou mais pessoas, os casamentos não católicos, a taxa de divórcios, os nados-vivos ocorridos fora do casamento, o analfabetismo, os partos hospitalares, os partos sem assistência, o sector primário, o sector terciário, o desemprego, os alojamentos com banho, os alojamentos com água canalizada e os alojamentos com electricidade.

O autor encontrou para o período 1980-84 as mais elevadas correlações da mortalidade infantil com o indicador nados-vivos de quarta ordem e mais ($r=0,94$), seguindo-se os casamentos não católicos ($r=-0,80$), a taxa de divórcio ($r=-0,70$), os partos hospitalares ($r=-0,73$), os partos sem assistência ($r=0,69$), o sector terciário ($r=-0,65$) e os alojamentos com banho ($r=-0,60$).

Em relação aos nascimentos em estabelecimento hospitalar que apresentavam uma correlação negativa também elevada e aos partos sem assistência, estes apresentando uma correlação positiva também significativa, KANNISTO, V. lembra que estas relações têm mais implicações do que à primeira vista fazem supor. Das mortes infantis que ocorriam, apenas uma parte acontecia durante ou logo após o nascimento, processando-se a maior parte mais tarde e resultando de causas não atribuíveis ao parto. Conclui que *nas áreas onde as pessoas procuram assistência médica para o parto podem também melhor cuidar da criança mais tarde. Os dois indicadores médicos podem talvez indicar como o público coopera com os serviços de saúde e como segue o que lhe é aconselhado*²².

No que concerne às elevadas correlações encontradas quando foram considerados os indicadores demográficos e sociais, a explicação parece estar associada a que eles dão indicação de adesão a uma forma tradicional de vida, como seja, uma elevada percentagem de nados-vivos de quarta ordem e mais, uma elevada taxa de natalidade, uma elevada percentagem de famílias numerosas, uma elevada percentagem de casamentos católicos, reduzidas taxas de divórcio e de nados-vivos nascidos fora do casamento. O autor apelidou-os de *indicadores da tradição*.

Concluiu então que o seguimento fiel dos valores tradicionais religiosos e sociais, que *dá mais força ao factor espiritual do que aos cuidados médicos, tem atrasado a aceitação dos métodos modernos nos cuidados a ter com a criança e a utilização dos serviços públicos de saúde*²³. As áreas que cortaram cerce com as tradições, apresentam uma baixa taxa de mortalidade infantil, mesmo quando estão rodeadas de pobreza. A população é menos fatalista, mais colaborante com o pessoal dos serviços de saúde, mais interessada em aprender novas formas de cuidados de saúde infantis, chegando a ultrapassar os efeitos da pobreza e da ausência de instrução²⁴.

É o que se tem passado, por exemplo, com o Sul de Portugal Continental que apesar da sua pobreza e analfabetismo, evidencia uma taxa de mortalidade infantil mais baixa. Dicotomicamente, o Norte, mais próspero, mas também mais agarrado às tradições, tem revelado taxas de mortalidade mais elevadas.

²¹ KANNISTO, Väinö — *Factores associados às diferenças geográficas da mortalidade infantil em Portugal desde 1950*, in "Revista do Centro de Estudos Demográficos", Lisboa, 28, 1986, p. 7-35.

²² *Idem*, p. 16.

²³ *Idem*, p. 32.

²⁴ *Idem*, p. 17.

Outros autores (*e.g.*, LIVI BACCI, Massimo, 1971) também insistiram no forte apego às tradições (coadjuvadas pela religiosidade) no Minho, como potentes barreiras à difusão do próprio controle voluntário da fertilidade, constituindo este último, uma das chaves para a descida da mortalidade infantil.

A religião sempre funcionou naquela entidade geográfica como elemento atenuador da importância da doença e da morte de uma criança, devido à dependência do juízo divino.

SIMÕES, J.M., insiste ainda na maior consanguinidade dos casamentos inerente ao espaço nortenho como outro dos factores explicativos a considerar, já que facilita uma maior propensão para a ocorrência de malformações congénitas²⁵. Por outro lado, faz referência ao modo de vida nortenho e às respectivas características das habitações rurais, sobretudo o maior contacto com vários animais, portadores de doenças e causadores de acidentes.

2.5 — Aspectos gerais do contributo da evolução do sistema de saúde

A compreensão do decréscimo tardio das taxas de mortalidade infantil portuguesas, passa pela débil intervenção do Estado no âmbito da saúde até à década de setenta do século XX, enquanto a descida que se operou a partir da década de quarenta, resulta do destaque que passou a ser dado então à saúde materno-infantil, personificada pelo Instituto Maternal.

Em finais da década de quarenta, Lisboa e Porto possuíam já dispensários de puericultura e pediatria e lactários, estes últimos correspondendo aos franceses *Goutte de Lait*. Não obstante, nos distritos de maior natalidade (Bragança, Braga, Vila Real, Guarda, Castelo Branco e Viseu), não existiam esses serviços.

Importa lembrar que no século XX operaram-se em Portugal três grandes reformas no âmbito da saúde: a reforma de 1899-1901, a de 1945 e a de 1971, correspondendo esta última a uma importante reestruturação dos serviços de saúde. As duas primeiras não trouxeram mudanças significativas para o estado de saúde da população, enquanto a terceira se repercutiu numa melhoria mais evidente.

Tivemos que aguardar pela década de setenta para assistir a uma importante intervenção do Estado no âmbito da saúde, traduzindo-se no direito à saúde para todos, ao desenvolvimento de uma rede de Centros de Saúde e à criação de um serviço médico à periferia.

O Decreto-Lei nº 413/71, que define a política de saúde e a orgânica dos serviços e o Decreto-Lei nº 414/71 de idêntica data, sobre o funcionamento regular das carreiras profissionais em que se enquadram os trabalhadores de saúde, são apontados como elementos históricos no âmbito da saúde em Portugal.

O primeiro define os princípios de uma nova política de saúde, claramente centralizadora, mas dando prioridade, pela primeira vez, aos cuidados de saúde primários, sobretudo à saúde materno-infantil e reconhecendo a pertinência da prevenção e promoção da saúde. Até ali, estas duas vertentes eram relegadas para segundo plano, em detrimento da componente curativa.

De facto, foi nos primeiros quatro anos da década de setenta que se assistiu à melhoria de vários indicadores, nomeadamente, da taxa de mortalidade infantil e dos partos sem assistência.

O referido decreto constituiu em termos jurídicos um avanço para a época, pois só em 1978, com a Declaração de Alma-Ata a Organização Mundial de Saúde consagrou a prioridade de desenvolvimento dos cuidados de saúde primários com vista à obtenção da Saúde para Todos no ano 2000.

²⁵ SIMÕES, José M. — *Saúde: o Território e as desigualdades*, Dissertação de Doutoramento, Lisboa, 1989 (policopiada), p. 149.

Finalmente, é criado em 1979 o Serviço Nacional de Saúde, à luz do modelo inglês, mas tal como os restantes Serviços Nacionais de Saúde do sul da Europa, chegou fora do tempo, tendo que se conformar com a crise económica existente (depressão dos choques petrolíferos) e sentindo dificuldades em se implantar e cimentar.

Pelo contrário, os Serviços Nacionais de Saúde do Norte da Europa que se iniciaram logo a seguir à Segunda Guerra Mundial, desenvolveram-se numa fase de crescimento económico e quando a crise chegou haviam-se já consolidado.

Em 1982, criam-se as Administrações Regionais de Cuidados de Saúde (A.R.S.) e no ano seguinte é instituída a Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários²⁶, complementando-se, finalmente, as bases dos cuidados de saúde primários.

Desde 1983 que o Estado lançou o Programa de Cuidados Primários em Saúde Infantil, que contempla acções de prevenção primária (*e.g.*, cumprimento do Programa Nacional de Vacinação, prevenção da cárie dentária através da higiene oral, prevenção dos acidentes e das intoxicações) e de prevenção secundária (detecção precoce/rastreamentos e encaminhamento de situações que possam traduzir-se no compromisso do crescimento e desenvolvimento da criança, nomeadamente da esfera motora, sensorial, psíquica e afectiva).

Entretanto, em 1989 foi nomeada uma Comissão Nacional para a Melhoria dos Cuidados de Saúde Materna e Neonatal, devido à situação desfavorável da mortalidade perinatal do nosso país, quando cotejada com os restantes países europeus e em 7 de Setembro de 1992 foi criada a Comissão Nacional de Saúde Infantil, incumbida de elaborar um relatório e um programa nacional de actividades. Os problemas nacionais levantados e enumerados pela primeira Comissão acima referenciada, abriram caminho à execução de acções efectuadas nos anos noventa, através de verbas específicas do Orçamento do Estado. Aparenta salientar, uma mais eficaz ligação entre os cuidados hospitalares e extra-hospitalares, através da criação pelo Despacho 6/91, em todos os distritos do continente, de Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF's), constituídas por profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários e diferenciados (hospitais). Os principais objectivos da constituição destas Unidades, foi a identificação do risco pré-natal, o encaminhamento das situações anormais, o parto hospitalar realmente assistido, a circulação da informação clínica e a humanização na prestação de cuidados.

Pela primeira vez em Portugal, reuniram-se profissionais dos Hospitais e dos Centros de Saúde, com os Coordenadores Distritais de Saúde Materna e Infantil de cada Região, cabendo-lhes a responsabilidade de coordenação dos vários programas de assistência materno-infantil. A articulação entre cuidados de saúde primários e diferenciados efectuada por aquelas Unidades, tem-se revelado crucial para o salto qualitativo que pode ser efectivado na área da saúde infantil.

²⁶ Hoje em dia encontra-se extinta, tendo dado lugar à Direcção-Geral da Saúde.

2.6 — O contributo de outros factores

2.6.1 — As condições habitacionais

Cientes de que interagiram inúmeros factores explicativos na descida das taxas de mortalidade infantil para o território português, vamos sobressair alguns dos mais importantes e para os quais existem dados publicados.

Como já mencionámos anteriormente, o aumento do nível educacional da mãe afigura-se como um factor de risco privilegiado quando analisamos a mortalidade infantil, tendo desempenhado em Portugal um papel crucial na descida da mortalidade infantil.

Em concomitância com a evolução da Medicina (*e.g.*, vacinação) e com a elevação do nível de instrução, as melhorias nas condições habitacionais assumem-se como alguns dos factores determinantes para a descida das doenças do foro infeccioso.

A melhoria das condições de habitação foi mais evidentes a partir da década de setenta. O Quadro 2²⁷ manifesta um crescimento pronunciado, na década de sessenta, do número de alojamentos que passaram a ter electricidade (63,3%) e na de setenta dos que passaram a possuir água (85,5%) e esgotos (65,1%). Apesar destes importantes aumentos, também a década de setenta foi generosa no âmbito da electricidade (42,0%) e a de sessenta no que concerne à água e aos esgotos (69,8% e 57,3%, respectivamente).

QUADRO 2 — Alojamentos familiares segundo as instalações existentes em Portugal, 1960-1991

TIPO DE INSTALAÇÕES	1960 (%)	1970 (%)	1981 (%)	1991 (%)
COM ELECTRICIDADE	40,5	63,7	89,5	97,7
COM ÁGUA CANALIZADA	28,9	47,3	71,5	86,8
COM ESGOTOS	38,3	58,1	78,0	88,5
COM BANHO OU DUCHE	-	-	57,4	81,8
COM ELECTRICIDADE, ESGOTOS, ÁGUA E BANHO OU DUCHE	-	-	56,5	78,4
SEM INSTALAÇÕES SANITÁRIAS	-	-	7,1	1,3

Fonte: X, XI, XII e XIII Recenseamentos Gerais da População, Lisboa, I.N.E., 1960, 1970, 1981 e 1991.

Mesmo assim, ainda não se encontra coadunante com o panorama de países como a Alemanha, a Holanda, o Canadá, os E.U.A. ou o Reino Unido, onde cerca de 100% da população tem acesso a água potável, fazendo desaparecer certas doenças de origem hídrica e onde, pelo menos, 90% detém instalações sanitárias adequadas.

Em 1970, os distritos do Norte de Portugal exprimiam um mau posicionamento no abastecimento de água domiciliária e na rede de esgoto, sendo o distrito de Lisboa o melhor posicionado (82,9% e 44,9%). No seio do espaço nortenho, os distritos de Vila Real, Bragança e Viana do Castelo apresentavam a pior situação.

²⁷ Devido a mutações operadas nos sucessivos Recenseamentos Gerais da População no modo de publicação dos dados, nem sempre foi possível aferir alguns dos elementos patentes no Quadro 2.

2.6.2 — Evolução dos partos hospitalares

É, também evidente que, a descida da mortalidade infantil foi acompanhada por um aumento da percentagem de partos hospitalares. Mais uma vez em Portugal, as mutações mais acentuadas operaram-se na década de setenta, tendo transitado de 37,5% de partos efectuados em estabelecimento hospitalar em 1970 para 73,8% em 1980, não podendo ser descurada a elevação para 95,5% em 1990.

Em 1960 a percentagem era de apenas 18,4% (Quadro 3), enquanto em 1995 ascendeu a 98,8% e em 1996 (ano para o qual são conhecidos os últimos dados) não sofreu alteração. Por exemplo, em Itália, já no início da década de oitenta (1980-83), apenas 2-3% dos nascimentos ocorriam no domicílio.

QUADRO 3 — Partos segundo o local e o tipo de assistência no País, Continente e Distrito de Braga, 1960

ENTIDADES ESPACIAIS	TOTAL DE PARTOS	PARTOS EM ESTAB. HOSPIT.	NO DOMICÍLIO		NOUTROS LOCAIS
			COM ASSIST.	SEM ASSIST.	
	Nº	%	%	%	%
PAÍS	219164	18,44	25,82	55,27	0,28
CONTINENTE	197802	19,08	23,36	57,15	0,28
DIST. DE BRAGA	19522	8,08	8,69	82,14	0,06

Fonte: Estatísticas da Saúde, Lisboa, I.N.E., 1960.

QUADRO 4 — Partos segundo o local e o tipo de assistência no País, Continente e Distrito de Braga, 1995

ENTIDADES ESPACIAIS	TOTAL DE PARTOS	PARTOS EM ESTAB. HOSPIT.	NO DOMICÍLIO		NOUTROS LOCAIS
			COM ASSIST.	SEM ASSIS. OU IGNORADA	
	Nº	%	%	%	%
PAÍS	106729	98,75	0,98	0,13	0,14
CONTINENTE	100194	98,75	1,01	0,14	0,10
DIST. DE BRAGA	10143	98,68	1,10	0,09	0,13

Fonte: Estatísticas da Saúde, Lisboa, I.N.E., 1995.

Paralelamente, 55,3% dos partos realizavam-se em 1960 em Portugal sem qualquer tipo de assistência, enquanto em 1995 e 1996 apenas 0,1% ocorreram nessas circunstâncias,

tendo sido também nas décadas de sessenta e de setenta que se registaram as maiores descidas.

Em meados da década de sessenta, as assimetrias distritais ainda eram bastante nítidas, pois 85% dos partos realizavam-se no distrito de Vila Real sem qualquer assistência técnica, 74% no de Viana do Castelo e 72% no de Bragança, ressaltando a pior posição do espaço nortenho.

Na década de sessenta o distrito de Braga distanciava-se significativamente do perfil evidenciado à escala nacional. Aliás, este distrito tem mantido até à actualidade um cenário menos satisfatório comparativamente com a escala nacional, mas tem vindo a aproximar-se rapidamente, sendo bastante similar na actualidade.

2.6.3 — A vigilância pré-natal

A assistência pré-natal (durante o período gestacional) é um dos factores que pode modificar substancialmente a morbilidade e a mortalidade infantil, particularmente a mortalidade perinatal, constituindo um factor determinante na prevenção do baixo peso à nascença (inferior a 2500 g) e de vários adversos resultados da gravidez.

Importa ressaltar que é importante o número de consultas pré-natais efectuadas, mas ainda mais importante é a sua precocidade, havendo um consenso à escala internacional em recomendar o início da vigilância pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.

Vários estudos demonstraram que as mulheres que não recebem vigilância pré-natal estão três vezes mais expostas a terem bebés com menos de 2 500 g do que as que aderem precocemente (no primeiro trimestre de gravidez) e recebem regularmente aquele tipo de vigilância. Esta constatação adquire particular importância, pois o baixo peso à nascença contribui com dois terços das mortes dos bebés durante o primeiro mês de vida e com metade das mortes durante o primeiro ano de vida.

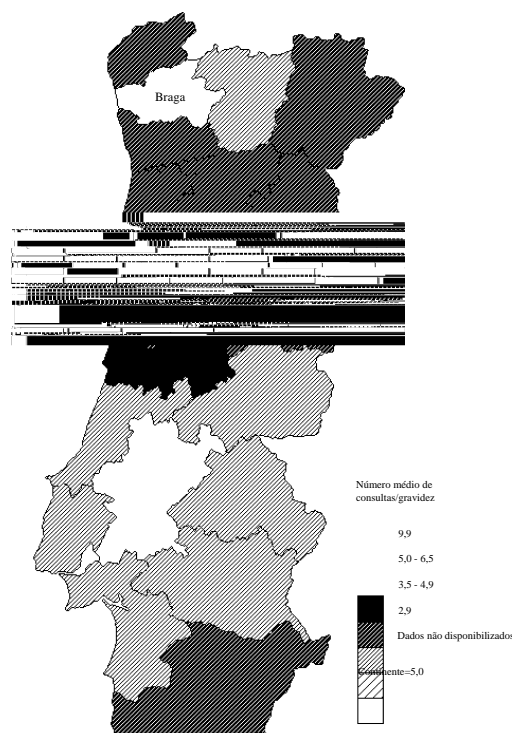
A nível internacional existe um marcado dissentimento no número de consultas pré-natais recomendadas. Em França, *exempli gratia*, são geralmente recomendadas sete consultas, enquanto nos Estados Unidos, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* preconiza o envio da mulher grávida às consultas todas as quatro semanas nas primeiras 28 semanas de gestação, quinzenalmente até às 36 semanas e semanalmente a partir daí até ao parto, cifrando-se num total de 15 consultas para uma gravidez de 40 semanas. Em países como a Finlândia, a Suécia e a Noruega recomendam-se 14 consultas, enquanto na Grã-Bretanha o quantitativo cifra-se em 13 consultas.

Em Portugal, a Direcção-Geral da Saúde recomenda um total de dez consultas (consultas mensais até às 36 semanas, seguidas de quinzenais até ao parto). Contudo, prevê a possibilidade de um número mínimo de seis consultas no caso de condicionalismos existentes nos Centros de Saúde. Fica assim, muito aquém das recomendadas e quase na totalidade praticadas nos países do Norte e Centro da Europa e nos E.U.A..

Desde há alguns anos que a Direcção-Geral da Saúde disponibiliza dados sobre a saúde materna, nomeadamente, sobre o número médio de consultas realizadas durante a gravidez e essencialmente no âmbito dos Centros de Saúde²⁸. Mas, devido a sérias reservas sobre a fiabilidade dos mesmos (subregisto, fraca colaboração do pessoal administrativo e clínico, descontínuo tratamento dos mesmos), nem sempre as várias Sub-Regiões de Saúde têm disponibilizado esses dados, como por exemplo, a de Braga para 1992 e 1993 (Figura 7).

²⁸ Os dados patentes na Figura 7 referenciam-se às consultas prestadas nos Centros de Saúde (99% do total publicado) e às que pertencem às áreas de contratação/convencionalização/reembolsos e que constituem encargos para as Sub-Regiões de Saúde.

FIGURA 7 — Número médio de consultas realizadas durante a gravidez por distritos, 1993



Fonte: DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE — *Centros de Saúde - Pessoal e Movimento: 1993*, Lisboa, 1995.

Mesmo assim, entre 1988 e 1991, o número médio de consultas divulgado por aquela instituição foi sempre superior ao apresentado pelo conjunto do continente e revelou-se mesmo como um dos mais elevados de todo o espaço continental (4,5 em 1988 contra 5,4 em 1991). É de salientar que enquanto em 1988 o continente registou uma média de 2,6 consultas, cinco anos depois elevou-se a 5,0, tendo o aumento sido contínuo, mas ainda não coincide com o número médio de consultas aconselhado pela Direcção-Geral da Saúde.

Ainda de acordo com a Figura 7, em 1993, apenas três distritos (Coimbra, Porto e Viana do Castelo) apresentaram, pelo menos, o valor mínimo de seis consultas. Paralelamente ao aumento do número médio de consultas, foi-se processando também um *décalage* mais acentuado entre os valores extremos, tendo sido o ano de 1993 o mais notório, visto ter-se registado uma diferença de sete consultas entre o distrito de Coimbra e o de Faro.

Importa, contudo não esquecer que, estes dados referem-se apenas aos Centros de Saúde, escapando um número, possivelmente crescente, de grávidas que optam por serem vigiadas por um obstetra numa clínica ou num consultório privado.

Tem-se evidenciado à escala continental um ligeiro aumento da percentagem de grávidas que iniciam a vigilância antenatal no primeiro trimestre (59,1% em 1993 *versus* 51,6% em 1991). Para este indicador a diferença de valores é também acentuada, tendo 73,2% das grávidas do distrito de Coimbra iniciado no primeiro trimestre *versus* 37,4% do de Faro. Mais uma vez, não foram disponibilizados os dados para o distrito de Braga e de Santarém.

2.7 — Breve referência ao obituário nos finais do século XX

Em termos de representatividade dos vários agrupamentos nosológicos (Quadro 5), em 1995 era clara a hegemonia dos agrupamentos 6, 14, 15, 16 e 17, contribuindo com 89,3% e liderando o agrupamento 15 (*algumas afecções originadas no período perinatal* - 43,1%).

Trinta e cinco anos antes o cenário era o de um posicionamento mais destacado das doenças do aparelho digestivo (26,8% - segunda posição), do aparelho respiratório (17,1% - terceira posição) e infecciosas e parasitárias (3,5% - quinta posição), comprovando a transição epidemiológica que ocorria então em Portugal.

QUADRO 5 — Mortalidade infantil em Portugal segundo os principais agrupamentos nosológicos, 1960, 1980 e 1995²⁹

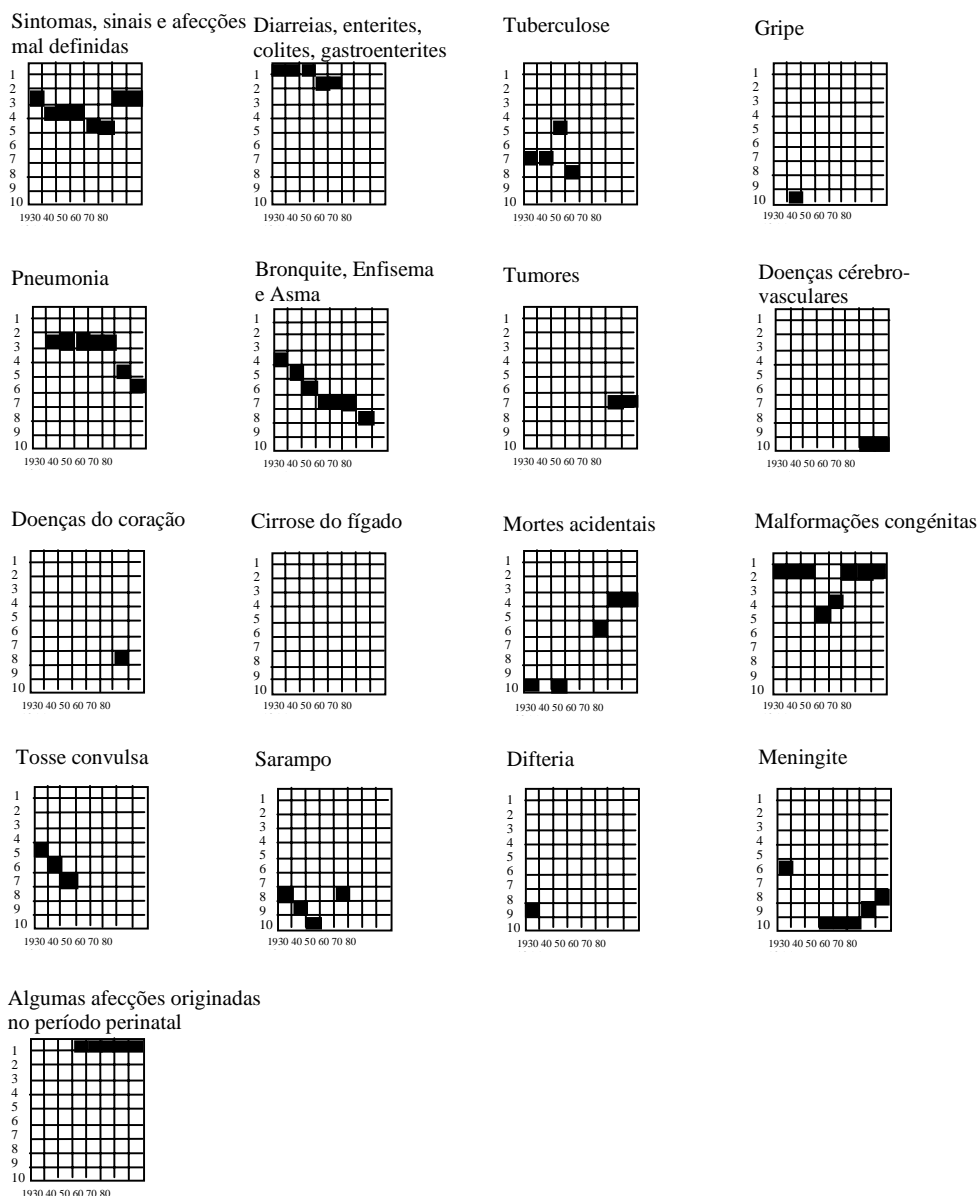
GRANDES AGRUPAMENTOS NOSOLÓGICOS DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS	1960		1980		1995	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1-DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	576	3,5	431	11,2	31	3,9
2-TUMORES	9	0,1	18	0,5	8	1,0
3 e 4-D. DAS GLÂND. ENDÓCRINAS, DA NUTRIÇÃO, DO METAB. E DO SIST. IMUN. E D. DO SANGUE E DOS ORGÃOS HEMATOP.	138	0,8	85	2,2	11	1,4
5-D. MENTAIS	1	0,0	2	0,1	-	-
6-D. DO SISTEMA NERVOSO E DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS	492	3,0	100	2,6	42	5,2
7-D. DO APARELHO CIRCULATORIO	1	0,0	35	0,9	3	0,4
8-D. DO APARELHO RESPIRATÓRIO	2831	17,1	521	13,5	21	2,6
9-D. DO APARELHO DIGESTIVO	4436	26,8	56	1,4	9	1,1
10-D. DO APARELHO GENITO-URINÁRIO	49	0,3	8	0,2	2	0,2
11-COMPLIC. DA GRAVIDEZ, DO PARTO E DO PUERPÉRIO	-	-	-	-	-	-
12-D. DA PELE E DO TECIDO CEL. SUBCUTÂNEO	31	0,2	2	0,1	-	-
13-D. DO SISTEMA OSTEO-MUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO	3	0,0	1	0,0	1	0,1
14-MALFORMAÇÕES CONGÉNITAS	486	2,9	614	15,9	238	29,6
15-ALGUMAS AFECÇÕES ORIGINADAS NO PERÍODO PERINATAL	6602	39,8	1629	42,3	347	43,1
16-SINTOMAS, SINAIS E AFECÇÕES MAL DEFINIDAS	868	5,2	251	6,5	58	7,2
17-LESÕES TRAUMÁTICAS E ENVENENAMENTOS	53	0,3	99	2,6	34	4,2
TOTAL	16576	100,0	3852	100,0	805	100,0

Fontes: Anuário Demográfico e Estatísticas da Saúde, Lisboa, I.N.E., 1960, 1980-81, 1995.

Se optarmos por uma maior desagregação, sobressai desde inícios do século XX a elevada frequência da mortalidade resultante de *sintomas, sinais e afecções mal definidas* (Figura 8). Actualmente ocupa o terceiro lugar no âmbito da mortalidade infantil.

²⁹ Os últimos dados publicados referem-se a 1996 e revelam que o cenário se mantém idêntico.

FIGURA 8 — Posicionamento relativo das principais causas de morte em idades inferiores a um ano em Portugal, 1930-1995



Fontes: Anuários Demográficos, 1930, 1940, 1950, 1960, Lisboa, I.N.E.. Estatísticas da Saúde, Lisboa, I.N.E., 1970, 1980-81, 1990, 1995.

A Figura 8 e o Quadro 5, também patenteiam a descida das *doenças infecciosas e parasitárias*, mormente, da tuberculose (nas suas diversas formas), da tosse convulsa, do sarampo e da difteria.

Em Portugal, na década de noventa, a letalidade por diarreia, enterites, colites e gastroenterites, já não tem expressão (Figura 8), contrariamente ao início do século XX, em que particularmente as diarreias atingiam as crianças mais pequenas e a sua frequência era um dos sinais do baixo desenvolvimento socio-económico da população, das condições de habitação e do saneamento básico existentes.

Relativamente às *afecções originadas no período perinatal*, e às *malformações congénitas*, apesar daqueles dois grupos nosológicos se manterem há muito no topo da letalidade infantil, não podemos deixar de assinalar que as malformações congénitas apresentaram uma descida espectacular de 95,8% entre 1930 e 1995 e que *as afecções*

originadas no período perinatal sofreram uma descida de 94,7% entre 1960 e 1995, apesar de terem aumentado os seus pesos relativos em idênticos períodos (50,3% e 8,3%, respectivamente). O problema reside no facto de no início do século o espectro da mortalidade infantil ser mais diversificado e do elevado contributo de outras doenças (*e.g.*, diarreia e enterite, sintomas, sinais e afecções mal definidas, doenças do foro respiratório), enquanto em 1995 era muito reduzido.

Apesar daqueles dois grupos nosológicos se manterem há muito no topo da letalidade infantil, não podemos deixar de assinalar que as malformações congénitas apresentaram uma descida espectacular de 95,8% entre 1930 e 1995 e que *as afecções originadas no período perinatal* sofreram uma descida de 94,7% entre 1960 e 1995, apesar de terem aumentado os seus pesos relativos em idênticos períodos (50,3% e 8,3%, respectivamente). O problema reside no facto de no início do século o espectro da mortalidade infantil ser mais diversificado e do elevado contributo de outras doenças (*e.g.*, diarreia e enterite, sintomas, sinais e afecções mal definidas, doenças do foro respiratório), enquanto em 1995 era muito reduzido.

Aliás, nos países mais desenvolvidos também o decréscimo da taxa de mortalidade infantil foi acompanhado por um aumento relativo da letalidade por malformações congénitas no decurso do primeiro ano de vida, devido a este tipo de mortalidade ter diminuído mais lentamente do que outros tipos evitáveis (*e.g.*, as afecções respiratórias e digestivas), mal-grado, o grande desenvolvimento da medicina perinatal.

A contribuição das malformações congénitas para a mortalidade infantil tem variado significativamente à escala distrital, coincidindo os *scores* mais elevados com taxas de mortalidade infantil mais reduzidas. Entre 1991 e 1993, o distrito de Braga apresentou uma média de 28,5%, posicionando-se em 13º lugar no conjunto dos dezoito distritos, sendo Castelo Branco o de mais baixa percentagem (19,6%).

Até aos anos oitenta a mortalidade por malformações congénitas era elevada no noroeste português, estendendo-se a parte dos distritos de Vila Real, Bragança e Aveiro.

Em 1995, as malformações congénitas já apresentavam uma similar relevância comparativamente com o total do país. Possivelmente, a actual maior vigilância pré-natal existente no noroeste e em particular no distrito de Braga em relação ao total do país, tem propiciado um atenuar das diferenças que ocorreram até à década de oitenta.

Por outro lado, a descida da taxa de natalidade e da paridade naquele território, terá contribuído igualmente para um aproximar ao comportamento do continente, pois ao descer a paridade, desceu também a probabilidade de malformações em nascimentos cujas mães apresentam idades avançadas, que é coadjuvada por uma idade mais jovem da mulher no momento do casamento e, por isso, por um alcançar do número desejado de filhos mais precocemente.

A casuística das malformações congénitas tem sido liderada pelas *malformações congénitas do coração e do aparelho circulatório* (rubrica 442 da Classificação Internacional de Doenças) - média de 38,7% entre 1990-1995 no seio daquele grupo e média de 11,0% do total de mortalidade infantil. Também nos restantes países da U.E. tem sido esta rubrica a mais representativa.

Grande parte das malformações congénitas não podem ser prevenidas e relacionam-se com variadíssimos factores, tais como os hereditários (*e.g.*, espinha bífida) e a idade da mãe (*e.g.*, Síndrome de Down ou trissomia 21 ou vulgo mongolismo), podendo no entanto ser diagnosticados através de exames pré-natais, como a amniocentese e a ecografia. Outros resultam de patologias infecciosas como a toxoplasmose e a rubéola ou da ingestão de certos medicamentos no decurso do período gestacional.

As mortes acidentais são outro dos subgrupos cujo comportamento ascensional é assinalável no seio da mortalidade infantil, ocupando em 1995 a quarta posição (Figura 8),

enquanto o agrupamento 17, ao qual pertence, se situava na quinta posição (4,2% da letalidade) no conjunto dos dezassete agrupamentos nosológicos da C.I.D.. Esta subida decorreu, por um lado, do aumento do parque automóvel e motorizado e do conseqüente acréscimo do fluxo de tráfego, bem como do recuo nítido de outras causas de mortalidade infantil.

Tem-se avançado com um valor de cerca de um terço dos acidentes relacionados com crianças e jovens, que podem ser prevenidos, evitando pesados custos individuais, familiares e sociais, pensando-se que é um problema prioritário em saúde infantil e pediatria³⁰.

Os mais jovens e os idosos são os que sobressaem maior expressão nos acidentes domésticos, visto permanecerem mais tempo em casa e devido à incapacidade, especialmente das crianças, para se auto-protegerem, necessitando do auxílio de um adulto para prevalecer a sua segurança.

A prevenção dos acidentes passa pela mutação das circunstâncias ambientais (*e.g.*, alteração do *design* da habitação), bem como pela educação da população (sabendo que os pais tendem a subestimar as actividades dos seus filhos) e pelo tornar menos "perigoso" o potencial agente causador do acidente. A probabilidade de uma criança pequena se magoar é, em grande parte, inversamente proporcional ao grau de conhecimento dos pais relativamente às capacidades físicas e às características psicológicas da criança. Por outro lado, a probabilidade sobe ainda mais se se trata do primeiro filho, pois nestas circunstâncias os pais possuem um deficiente conhecimento dos perigos a que o seu filho está exposto.

Em 1983, iniciou-se o programa-tipo de Cuidados Primários em Saúde Infantil que se encontra ainda actualmente em vigor. Um dos elementos contemplados diz respeito à prevenção dos acidentes e das intoxicações.

Por outro lado, apraz-nos registar a recente reformulação do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, documento que é fornecido à mãe aquando do nascimento do seu filho e que deve acompanhá-lo até aos dezoito anos sempre que se dirigir a uma consulta médica, devendo ser preenchido pelo pessoal de saúde. A alteração mais importante operada foi passar a contemplar alguns conselhos pertinentes aos pais, jogando um papel de destaque a prevenção dos acidentes. Paralelamente, nas páginas dedicadas ao registo dos elementos por parte do médico, passou a lembrar ao mesmo alguns cuidados antecipatórios que devem ser comunicados aos pais.

A própria acção da Associação para a Promoção da Segurança Infantil, de criação recente (1992)³¹, revelou já alguma actividade intervencionista, nomeadamente no decurso dos anos de 1994 a 1996, em que promoveu a distribuição nas maternidades portuguesas, nos centros de saúde, creches e consultórios, do documento *Vale a pena crescer em segurança - evitar os acidentes no primeiro ano de vida*, que foi distribuído à mãe após o nascimento do seu filho. A sua sintaxe simples, acompanhada de ilustrações elucidativas das situações de perigo, levam-nos a pensar que o referido documento deteve todas as condições para ser assimilado pelas mães. No total, foram distribuídos cerca de 200 000 exemplares e devido ao seu sucesso, está prevista para breve uma nova edição revista.

A referida associação, no ano de 1997, iniciou o Programa "Aluguer de Cadeiras", que consiste no aluguer de cadeiras para transporte de recém-nascidos nos automóveis e a

³⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE — *Relatório da Comissão Nacional de Saúde Infantil*, Lisboa, 1993, p. 131.

³¹ A Associação para a Promoção da Segurança Infantil, fundada em 1992 e sem fins lucrativos, propôs-se unir esforços com a finalidade de diminuir os acidentes e as suas conseqüências nas crianças e nos adolescentes. Nos últimos seis anos, tem estado envolvida na produção de vários documentos legislativos referentes, por exemplo, ao transporte de crianças nos automóveis e à segurança nos parques infantis.

campanha *Cinto Atrás, Vida pela Frente*, de prevenção de acidentes com crianças quando transportadas em veículos automóveis.

3 — COMPORTAMENTOS PREVENTIVOS DAS FAMÍLIAS DO NOROESTE PORTUGUÊS

3.1 — Pressupostos metodológicos

No nosso trabalho empreendemos um de uma coorte que correspondeu às crianças que nasceram entre Outubro de 1994 e Março de 1995 em quatro concelhos do distrito de Braga (noroeste de Portugal). Constituiu um estudo longitudinal, tendo 1412 crianças sido seguidas até ao seu primeiro ano de vida etendo sido realizados dois inquéritos, o primeiro no momento do seu nascimento e o segundo quando prefizeram o primeiro aniversário.

No primeiro momento de inquirição optámos pelo inquérito por entrevista, do tipo directiva ou standardizada, tendo centralizado a nossa atenção nas variáveis que melhor poderiam ajudar a explicar alguns dos aspectos da saúde do recém-nascido, como sejam as de conteúdo socio-cultural e as que se prendem com a acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde pré-natais.

O primeiro questionário utilizado encerrou oitenta e sete questões, contemplando 126 variáveis iniciais (transformadas posteriormente em cerca de 160 variáveis), tendo-se privilegiado as que se prendem com a componente espacial (*e.g.*, concelho e freguesia de naturalidade e de residência dos pais do recém-nascido), o perfil socio-económico dos pais do recém-nascido (*e.g.*, nível de instrução, profissão, condição perante o trabalho, características da habitação), o modo de constituição da família (*e.g.*, antecedentes familiares, idade à data do casamento, dimensão da família, práticas contraceptivas, número de filhos havidos, espaçamento dos filhos), o desejo de realização de práticas abortivas por parte da mulher, com o seu comportamento durante o período gestacional (*e.g.*, tipo de vigilância pré-natal, grau de utilização dos cuidados pré-natais, dieta alimentar, hábitos tabágicos) e também com o grau de acessibilidade e de satisfação dos cuidados pré-natais.

Segundo a nossa opinião, existiu um fio condutor que ligou os dois momentos de inquirição realizados. Com o segundo inquérito, do tipo auto-administrado, quisémos perscrutar os comportamentos de risco dos pais da criança e particularmente da mãe, no decurso do seu primeiro ano de vida e analisar o modo como é que a autonomia da criança se foi adquirindo, como é que os pais foram "trabalhando" essa autonomia.

Uma primeira série de comportamentos supostos apresentarem um risco, foram no essencial retirados dos conselhos de prevenção da "morte súbita da criança", *verbi gratia*, a posição que o bebé adoptou ao dormir, a utilização ou não de uma almofada, o tabagismo na presença da criança. Por outro lado, o questionário abordou a ocorrência de diferentes tipos de acidentes, a possibilidade dos pais deixarem a criança sózinha em casa, a possível indução de hábitos alcoólicos na criança e a segurança de transporte da criança nos veículos motorizados.

A taxa de respostas conseguida na pesquisa realizada para o segundo inquérito foi elevada, tendo-se cifrado nos 91,1%. A amostra recolhida foi do tipo simples, estratificada e sistemática, tendo-se cifrado o seu volume em 1.398 mulheres inquiridas e correspondendo a 88% dos nados-vivos.

3.2 — Características gerais do Noroeste Português

O Noroeste português, operacionalmente representado pelos distritos de Viana do Castelo, Braga e Porto, apresenta um substrato rochoso essencialmente granítico, dispondo-se em anfiteatro aberto sobre o Atlântico, encimado essencialmente pelas áreas montanhosas da Peneda-Gerês.

No litoral temos a planície, que se estende ao longo dos vales dos rios e principais afluentes, relevo de colinas na área intermédia e serras no interior. Há assim, um aumento progressivo da altitude.

É a região do país mais montanhosa, mais húmida, mais pluviosa, mais coberta de vegetação, mais verde, costumando ser apelidado de "formigueiro humano" e sendo o território do país de maior densidade populacional.

Em 1991 contribuía com cerca de 11% do total do volume populacional do País, afigurando-se como um espaço com uma dinâmica populacional bastante diferenciada, marcada por uma diminuição mais ou menos acentuada da população nos concelhos do interior serrano, processo, que já em décadas anteriores se vinha acentuando e que é mais notório nos concelhos das bacias dos rios Minho e Lima (*e.g.*, Arcos de Valdevez, Melgaço, Monção), de que é corolário o processo migratório (movimentos internos e para o estrangeiro), desde, pelo menos, a década de cinquenta.

Em termos de perfil económico da região é de ressaltar um predomínio do sector secundário, com particular evidência para os sectores têxteis, vestuário e calçado, com fracos níveis de produtividade e baixa qualificação dos recursos humanos.

A agricultura continua, contudo, a desempenhar um papel fundamental nas dinâmicas familiares, constituindo, em número significativo de casos, uma segunda actividade com finalidade de autoconsumo familiar, afigurando-se como uma importante estratégia familiar de suporte à crise que se vive e ao desemprego que atinge a área.

Em relação aos recursos humanos, trata-se de um espaço com um baixo nível de instrução, verificando-se que uma grande parcela da população não detém mais do que seis anos de escolaridade (mais de 80%), havendo uma subrepresentatividade dos níveis de instrução mais elevados, o que não é positivo para a modernização e para a diversificação da produção da região.

Há assim, um abandono precoce do sistema escolar que tem como corolário, a necessidade de mão-de-obra abundante que sempre se fez sentir no distrito de Braga para trabalhar em ramos tradicionais como a indústria têxtil e do vestuário.

Trata-se essencialmente de mão-de-obra feminina, jovem, com baixos salários, pouco organizada, pouco reivindicativa, muito pouco informada sobre os seus direitos, muito permissiva e passiva. Estes baixos salários são compensados por uma agricultura a tempo parcial que praticam.

3.3 — Tipo de vigilância pré-natal escolhida pelas mulheres

Como já referenciámos anteriormente a assistência pré-natal é um dos factores que pode modificar substancialmente a morbidade e a mortalidade infantil, sendo uma das determinantes mais facilmente evitáveis, além de que traz benefícios em termos de custos financeiros, ficando bastante mais barato providenciar cuidados de saúde ao longo da gravidez do que cuidados neonatais intensivos.

Por outro lado, vários estudos, têm manifestado a associação do padrão escolhido dos cuidados de saúde antenatais e o subsequente uso dos cuidados de saúde durante o primeiro ano de vida da criança, depois de controlar os factores sociodemográficos, psicosociais e económicos.

No conjunto da nossa amostra, o número máximo de consultas diagnosticado foi de vinte e duas, com uma média aritmética de 8,8. A média determinada foi razoavelmente

superior à encontrada em estudos portugueses encetados em finais das décadas de oitenta e princípios da de noventa (6,6 e 7,1, respectivamente) e circunscritos ao Hospital Distrital de Aveiro³². A tendência para o aumento do número de consultas confirma, em certa medida, a cada vez maior preocupação da mulher pela vigilância pré-natal.

Ao confrontarmos a nossa amostra com os dados oficiais, ao nível do número de consultas efectuadas pelas mulheres quando optaram unicamente pelo Médico de Família, constatámos uma média de 7,4 consultas, com um mínimo de uma e o máximo de vinte consultas. Ao analisarmos estes resultados temos que ter em consideração a diferença de cerca de dois anos entre os dados oficiais disponibilizados e os da nossa investigação, mas ainda assim, somos levados a supor que são reais as desconfianças da Sub-Região de Saúde de Braga, nomeadamente, no que concerne ao subregisto.

O Quadro 6 patenteia a hegemonia da vigilância efectuada simplesmente pelo Médico de Família e Pessoal de Enfermagem (43,5%).

QUADRO 6 - Tipo de vigilância pré-natal recebida pelas mulheres inquiridas, 1994-95

TIPO DE VIGILÂNCIA	Nº	%
1.Médico de Família e Pessoal de Enfermagem	614	43,5
2.Médico Particular (Obstetra/Ginecologista ou Clínico Geral)	254	18,0
3.Médico de Família, Pessoal de Enfermagem e Médico Particular (Obstetra/Ginecologista ou Clínico Geral)	272	19,2
4.Médico de Família, Pessoal de Enfermagem e Consulta Externa Hospitalar	171	12,1
5.Médico de Família, Pessoal de Enfermagem e Serviço de Urgência Hospitalar	68	4,8
6.Outro tipo de vigilância	20	1,5
7.Sem vigilância	13	0,9
TOTAL	1412	100,0

Fonte: Inquérito por nós realizado entre 1994 e 1995.

A vigilância realizada exclusivamente em serviços do Estado contemplou 61,8% das inquiridas e alargou-se a 81,0%, no caso de associação de serviços do Estado com clínica particular (Médico de Família, Pessoal de Enfermagem e Médico Particular).

Estes resultados revelam que os serviços públicos de saúde materna são usados por grande parte da população, o que é facilmente compreensível pois trata-se de um espaço onde uma parte substancial da população possui um baixo estatuto socio-económico, já que 71,6% da população inquirida usufruía de rendimentos familiares mensais líquidos baixos (inferiores a 150 000\$00). Por outro lado, cerca de 60% das mulheres trabalham na

³² PORTELA, Alexandrina, *et al.* — "Saúde Materna - para quando?", in "Saúde Infantil", Coimbra, 10(3), Dez., 1988, p. 213-217.

PORTELA, Alexandrina, *et al.* — *Ainda...* "Saúde Materna - para quando?", in "Saúde Infantil", Coimbra, 14(2), Set., 1992, p. 199-203.

indústria, maioritariamente na indústria têxtil e do vestuário, possuindo salários muito baixos e evidenciando um baixo nível de instrução.

Em Portugal, no domínio da Medicina pública, compete, primeiramente ao Médico de Família executar a vigilância e orientar para um Obstetra, caso se trate de gravidez que envolve certos riscos.

Também se denota a partir do Quadro 6 uma razoável importância da duplicação de consultas, como por exemplo - Médico de Família/Médico Particular - ou situações inadequadas como o seguimento exclusivo num Serviço de Urgência Hospitalar.

Detectámos 13,3% de situações de duplicação de vigilância não justificada, pois optaram simultaneamente pela vigilância pelo Médico de Família e pelo Médico Particular especialista ou Clínico Geral (Quadro 7) e somente três casos de seguimento exclusivo num Serviço de Urgência Hospitalar.

QUADRO 7 — Contributo da duplicação da vigilância pré-natal no seio das mulheres inquiridas, 1994-95

VIGILÂNCIA	Nº	%
1. Um único tipo de vigilância	887	62,8
2. Duplicação de vigilância justificada	324	23,0
3. Duplicação de vigilância não justificada	188	13,3
4. Sem vigilância	13	0,9
TOTAL	1412	100,0

Fonte: Inquérito por nós realizado entre 1994 e 1995.

A duplicação de assistência, foi espontaneamente justificada por várias narrativas que revelaram que parte das mulheres sente necessidade de consultar um especialista, pois não confia plenamente no seu Médico de Família, que na maioria dos casos é um clínico geral, não possuindo formação específica na área da obstetrícia e está, a maior parte das vezes, sobrecarregado de doentes.

Por outro lado, a vigilância nos Centros de Saúde é muitas das vezes realizada quase exclusivamente pelo pessoal de enfermagem e em parte dos casos a consulta médica cinge-se a uma curta conversa com a grávida, após a análise dos dados registados no Boletim de Saúde da Grávida pelos enfermeiros.

A necessidade de serem observadas por um especialista resulta da sua percepção de que o mesmo detém mais conhecimentos científicos na área da Obstetrícia e/ou realiza uma consulta mais completa.

3.4 — A influência da componente territorial

A componente territorial ditou discrepâncias nos comportamentos, concretamente, no tipo de vigilância seleccionado pela mulher, revelando um elevado grau de associação, quando foi considerada a dicotomia urbano/transição/rural.

Enquanto a vigilância nos espaços rurais se faz essencialmente à custa do Médico de Família (59,1%), é nos espaços urbanos que detém menos importância (31,9%). Inversamente, é indiscutível a maior proporção da vigilância empreendida unicamente pelo Médico Particular (especialista ou Clínico Geral) nos espaços urbanos (30,4% contra 14,1% nos espaços transitórios e 7,9% nos rurais).

Por outro lado, são as mulheres que habitam nos espaços de cariz rural que revelaram mais frequentemente situações menos compreensíveis e/ou mais identificativas com uma má vigilância, como por exemplo, uma ligeira maior expressão do seguimento unicamente pelo Serviço de Urgência Hospitalar por sua própria iniciativa (1,0% *versus* 0,2% nos espaços urbanos e ausência de casos nos de transição).

Também relativamente às que não aderiram aos cuidados antenatais, 2,5% cingem-se aos espaços rurais *versus* 0,5% nos urbanos.

Estas divergências deverão estar associadas a vários factores, desde a maior oferta de especialistas que exercem clínica privada, passando pelo maior nível de instrução e maior nível socio-económico de parte da população de concelhos como Guimarães, que pode usufruir mais facilmente da medicina privada. Por outro lado, devem estar em jogo aspectos culturais, tais como, um melhor conhecimento da necessidade de um especialista para seguimento de um período tão específico, e por vezes arriscado, da vida de uma mulher.

3.5 — A importância da consulta pré-concepcional

Durante o período gestacional, talvez, a mais importante decisão que a mulher deve empreender é a do início da vigilância pré-natal, pois é durante as consultas que os problemas médicos são identificados e quando são fornecidas informações sobre a nutrição, exercício físico e outros procedimentos que poderão afectar o feto. Além disso, uma maior precocidade no seu início pode determinar um maior peso à nascença da criança, como determinaram recentemente algumas pesquisas.

No espaço continental português, tem-se evidenciado um ligeiro aumento da percentagem de grávidas que iniciam os cuidados antenatais no primeiro trimestre, cifrando-se, actualmente, em cerca de 59%.

Não obstante, é ainda muito pouco corrente a realização de uma consulta pré-concepcional (2,1% - Quadro 8)³³, constituindo uma das vertentes em que muito há ainda a fazer no domínio da educação para a saúde com a finalidade de se adoptarem comportamentos preventivos. O facto de 520 gestações (36,8%) não terem sido planeadas deverá ter contribuído para uma ponderação tão pouco significativa.

³³ A consulta pré-concepcional permite diagnosticar e tratar doenças de transmissão sexual (*e.g.*, sífilis), que podem provocar graves problemas ao feto e determinar se a mulher que pretende engravidar se encontra ou não imunizada relativamente ao tétano, toxoplasmose e rubéola, também no sentido de atenuar os riscos de complicações para o feto. Permite, ainda, entre outros aspectos, identificar e orientar os casais com maior probabilidade dos filhos desenvolverem uma doença genética, assim como aferir se a mulher é portadora do antígeno HBs (vírus da hepatite B) e do vírus da SIDA.

QUADRO 8 — Início das consultas pré-natais, 1994-95

INÍCIO DAS CONSULTAS	TOTAL	
	Nº	%
ANTES DE ENGRAVIDAR	30	2,1
PRIMEIRO TRIMESTRE	975	69,1
SEGUNDO TRIMESTRE	373	26,4
TERCEIRO TRIMESTRE	21	1,5
SEM REALIZAÇÃO DE CONSULTAS	13	0,9
TOTAL	1412	100,0

Fonte: Inquérito por nós realizado entre 1994 e 1995.

Vários organismos, tais como a Direcção-Geral da Saúde e o Secretariado Nacional de Reabilitação têm, nos últimos anos, procedido à edição de desdobráveis, distribuídos nos serviços de saúde públicos, onde se refere que a realização da consulta pré-concepcional é uma das condições *sine qua non* para ter filhos saudáveis.

A qualidade dos cuidados infantis é, actualmente num cenário de muito baixa mortalidade infantil, cada vez mais exigente e implica uma longa série de comportamentos preventivos, cujo início se situa mesmo antes da própria concepção da criança. A prevenção não se equaciona mais somente em termos de vida ou de morte, tendo-se tornado mais exigente, sobressaindo a necessidade de uma maternidade e paternidade responsáveis, o que implica que a criança seja planeada e desejada. Por outro lado, implica a necessidade da mulher grávida empreender uma alimentação saudável, reduzir o consumo do álcool e do tabaco, repousar, *et cetera*, tendendo a aumentar a responsabilidade da mãe em todo este processo.

Paralelamente, a finalidade do conjunto vasto de comportamentos preventivos que a mulher deve levar a cabo não é a de reparar uma situação de doença, mas de prevenir potenciais males, que são tanto mais irrealis quanto eles não acompanham necessariamente e automaticamente a violação da regra.

Pode acontecer que a criança nasça prematuramente ou malformada, mesmo que os pais tenham tomado todas as precauções necessárias. Pode também acontecer, o que não é raro, que uma criança nasça de termo e com boa saúde, apesar da mãe ter infringido todas as regras da mais elementar prudência!...

A racionalidade que está subjacente a estes comportamentos não é fácil de difundir e de adquirir, intervindo o papel crescente do nível de instrução da mãe. As classes mais baixas apresentam uma procura inferior de cuidados de prevenção e promoção de saúde, devido à sua orientação em função do presente e de desconfiança pelas actividades com benefícios a longo prazo e com um certo grau de incerteza.

Também na presente pesquisa foram as mulheres de mais baixo nível de instrução que revelaram um comportamento menos preventivo, tendo sido as mulheres com 11 ou mais anos de escolaridade as que realizaram mais uma consulta pré-concepcional.

3.6 — A ausência de vigilância ou o seu início tardio

A nível internacional é recomendado o início da vigilância pré-natal no primeiro trimestre de gravidez. Na nossa amostra, o início efectuou-se em média no segundo mês de gestação, tendo 71,2% começado até ao terceiro mês de gestação (Quadro 8). O início após o primeiro trimestre foi mais frequentemente diagnosticado quando a gestação não era desejada 44,4% do total de gravidezes não desejadas *versus* 18,8% quando foi desejada pelos dois pais.

Comparativamente com outros estudos para o espaço urbano do Porto, são valores mais baixos, significando que no distrito de Braga as mulheres tendem a começar mais tarde os cuidados pré-natais. Todavia, é mais baixo o quantitativo de mulheres que não realiza qualquer consulta, somente 0,9% *versus* 2,7% noutros estudos para o espaço urbano do Porto.

Também são mais baixos do que outros estudos europeus empreendidos, nomeadamente, na Escócia, onde, cerca de 3,0% do total das mulheres não efectivam vigilância antenatal.

Mais uma vez, foi o nível de instrução da mãe que ditou a ausência de vigilância, assim como dos rendimentos líquidos mensais do agregado familiar, a idade, o status marital, a paridade e o facto da gravidez ter sido ou não desejada.

É mais evidente a ausência de vigilância ou o seu início tardio nas adolescentes e nas mulheres com idades superiores a quarenta anos, nas solteiras, nas com baixa escolaridade, domésticas, desempregadas ou reformadas, com baixos ou nenhum rendimentos, com elevada paridade ou com uma gravidez não desejada.

Também se detectou que as mulheres domésticas (40,2% do total deste grupo vs. 25,7% do das empregadas), as desempregadas e as reformadas ou aposentadas ou com actividades de baixo nível de qualificação (agricultoras e trabalhadoras não qualificadas) iniciaram mais tardiamente (no segundo ou terceiro trimestre) os cuidados pré-natais.

O não exercício de uma actividade profissional exterior à casa pode ser um factor de risco de morbilidade/mortalidade infantil, visto que as mulheres que exercem uma actividade fora de casa, geralmente estão mais informadas e discutem mais com as outras mulheres e com os outros, aspectos ligados à saúde em geral e em particular à saúde materno-infantil. Beneficiam de determinados direitos legais que as protegem durante a gravidez e duma melhor informação sobre as modalidades da vigilância pré-natal.

O início tardio das consultas é explicado, em parte, por factores do foro cultural. Nas entrevistas realizadas as narrativas escutadas foram, *ipsis verbis*:

Só fui ao médico aos três meses, porque os meus familiares disseram-me que não era preciso ir antes!... Só fui ao médico aos três meses, porque me sentia bem e depois de fazer o teste de gravidez, posso ir quando quiser, não é verdade?... Só fui ao médico aos sete meses, porque me sentia bem e só fui pois era chato ir para o hospital ter a criança sem consultas, senão não ia... Eu e a minha mãe nunca fomos ao médico e nunca tomámos remédios!...

Parece tratar-se de uma crença ou mesmo tradição que passa de mães para filhas, de sogras para noras ou de outros familiares próximos, que deve estar associada ao momento em que a mulher tem a certeza absoluta que está grávida e à ignorância das implicações de um início tardio da vigilância.

Como na altura em que as mães e as sogras engravidaram e tiveram filhos o planeamento familiar praticamente não existia, era natural que só quando os sintomas e os sinais de gravidez eram proeminentes, se dirigissem a um médico. Também era frequente que, ainda que conhecendo os sintomas e sinais, não se dirigissem a um médico e levassem por diante a gravidez, tendo "fé em Deus" de que tudo corresse bem. Sentimos que estas

crenças e tradições continuam mais presentes nos concelhos mais rurais do noroeste português.

Vários foram os motivos evocados para início da vigilância após o primeiro trimestre (desleixo - 38,0%; atraso na identificação da gravidez - 35,0%; vergonha e/ou medo que os outros soubessem - 11,5%; ameaça por parte do patrão se faltasse ao trabalho - 4,3%, entre outros motivos), mas importa salientar que 7,7% das inquiridas não iniciou antes devido a dificuldades na marcação da primeira consulta pré-natal.

A elevada importância do desleixo no início tardio, deixa transparecer a desinformação da mulher no que diz respeito à importância do início precoce das consultas ou uma interiorização de que até ao terceiro mês não é necessário ir ao médico.

3.7 — O problema da acessibilidade aos cuidados de saúde

A não acessibilidade aos cuidados de saúde é frequentemente focalizada como um factor de inadequada vigilância pré-natal.

Em Portugal, o Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (D.E.P.S.) publicou em 1989 as normas subjacentes ao planeamento de equipamentos de saúde³⁴, sendo de salientar que cada Centro de Saúde, cuja irradiação é o concelho, deve localizar-se, em princípio, nas sedes daquela entidade territorial e servir uma população base de 25 000/30 000 habitantes, não devendo exceder os 30 000 habitantes. Nas localidades mais populosas devem ser criadas tantas unidades quantas as necessárias para assegurar a cobertura da área. Avança, ainda, que se devem garantir condições de acessibilidade física, mas não define essas condições, apesar de em 1983, num outro estudo publicado³⁵ se ter definido acessibilidade média, quando envolvia trinta minutos de percurso em transporte público.

No que diz respeito à Extensão do Centro de Saúde, cuja irradiação é a freguesia, a população base que deve servir é de 1 500 habitantes. A sua localização justifica-se sempre que as condições de acessibilidade sejam deficientes, ou seja, se o tempo de percurso em meio de transporte habitual for superior a 30 minutos ou qualquer tempo de percurso desde que não existam, pelo menos, dois transportes diários, em relação ao Centro de Saúde ou Extensão de Saúde mais próximos³⁶. Deve, deste modo, localizar-se em áreas de fraca acessibilidade da área de influência do Centro de Saúde de que depende.

Por seu turno, os Hospitais Distritais devem ter uma irradiação de uma hora de tempo de percurso e localizar-se nas capitais de distrito. No caso em que a população é superior ao que se considera desejável (aproximadamente 250 000 habitantes) ou se a acessibilidade à sua sede é má, é necessária a existência de outros hospitais distritais devendo localizar-se em áreas urbanas. Em relação aos consultórios médicos, podem instalar-se livremente, não obedecendo a qualquer premissa.

Em termos de acessibilidade económica, não é lícito considerar o preço dos serviços de saúde públicos prestados, pois as consultas são gratuitas para as grávidas e para as crianças até um ano de vida. Não obstante, podemos ponderar outra vertente, como seja, o custo da viagem efectuada para receber os cuidados de saúde.

Constatamos que actualmente é má a acessibilidade da quase totalidade das freguesias que constituem os dois concelhos de facies mais ruralizante, especialmente aos serviços hospitalares (respectivamente, 94,1% e 86,4% das freguesias) e aos Médicos

³⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE — *Normas para o planeamento de equipamentos de saúde*, Lisboa, 1989.

³⁵ CARREIRA, Helena Pontes, *et al.* — *Normas para a programação funcional de Centros de Saúde*, Lisboa, D.E.P.S., 1983, p. 6.

³⁶ *Idem*, p. 26.

Privados Obstetras (respectivamente, 88,2% e 90,9%). Algumas mulheres residentes nalgumas freguesias chegam a necessitar de mais duas horas para aceder aos serviços de saúde hospitalar.

Ao nível da acessibilidade aos Centros de Saúde, também se denotam dicotomias assinaláveis, havendo 48 freguesias (32,4%) que apresentam uma má acessibilidade, decorrente, na maior parte dos casos, da baixa frequência de transportes públicos.

Apesar das consultas nos Centros de Saúde e nos serviços Hospitalares serem gratuitas para as mulheres grávidas, a acessibilidade económica pode jogar um papel importante para parte das mulheres que residem em concelhos mais rurais e distantes, principalmente das unidades hospitalares e dos Médicos especialistas privados.

As mulheres residentes em freguesias mais periféricas de Cabeceiras e Celorico de Basto dispõem entre 3000\$00 e 3600\$00 no percurso de ida e volta. Se a vigilância for concretizada por um especialista exercendo clínica privada nas freguesias urbanas do concelho de Guimarães, o gasto total varia entre 9 000\$00 e 10 600\$00, podendo revelar-se elevado para grande parte da população que usufrui de baixos rendimentos.

Apesar de todas estas condicionantes, o grau de satisfação das mulheres é muito elevado. Embora a vigilância realizada pelo Médico de Família ter sido a que se acompanhou de um mais baixo grau de satisfação, traduziu-se, mesmo assim, em 81,6% das mulheres satisfeitas *versus* 99,2% na efectuada pelo Médico Particular e 98,8% na Consulta Hospitalar.

A imagem que os serviços públicos têm criado, com baixa qualidade de serviços prestados à comunidade, é uma das hipóteses explicativas. Esta decorre, entre outros aspectos, da tradicional postura de serviço público, da massificação da distribuição dos cuidados de saúde, das deficientes instalações, da ausência de equipamentos ou no caso de estes existirem serem obsoletos, da falta de formação, principalmente dos trabalhadores menos diferenciados.

O elevado grau de satisfação com os cuidados de saúde encontrado coaduna-se com os resultados encontrados para outros estudos portugueses e internacionais. Isto deriva do facto da maioria dos utilizadores de cuidados de saúde serem muito pouco críticos, permitindo que os cuidados atinjam uma muito baixa qualidade até exprimirem insatisfação.

3.8 — A vigilância no primeiro ano de vida da criança

O modelo de vigilância encontrado durante o período gestacional é muito similar ao relacionado com o primeiro ano de vida da criança.

Todavia, a mãe do Noroeste Português tende a consultar mais o médico depois do filho nascer, além de que revela uma maior propensão para consultar um especialista, do que nos cerca de nove meses que antecedem o nascimento.

Praticamente todas as mulheres levam, pelo menos uma vez o seu filho ao médico no primeiro ano de vida, à excepção de algumas mulheres de etnia cigana.

Depois de confrontada definitivamente com aquilo que ela evitou tomar conhecimento, *id est*, o estar grávida e interiorizando a nova situação de mãe, mais fácil se deve ter tornado para a mulher utilizar os cuidados de saúde infantis.

Agora já toda a gente sabe!... Em grande parte dos casos, no momento do parto ela já casou, os pais até já "aceitaram", bem como os restantes elementos do seu meio social!... Se vive numa aldeia, os "comentários" deixaram de se fazer, pois a Luísa já casou, já "resolveu" o problema!... Até casou bem, pois o Francisco é bom rapaz e trabalhador!... O risco associado à ilegitimidade da concepção atenua-se para grande parte das mulheres, mas perpetua-se para aquelas que não casaram.

O número máximo de consultas diagnosticado na nossa amostra foi de quarenta, com uma média aritmética de 10,4. O cenário é mais positivo do que o da vigilância antenatal (número máximo de vinte e duas consultas e média aritmética de 8,8), sabendo que a Direcção-Geral da Saúde recomenda dez consultas para o período gestacional e seis/sete para as crianças até aos doze meses de vida.

Contrariamente ao que se passou durante o período gestacional em que treze mulheres não foram vigiadas, não se registou nenhum caso de não vigilância durante o primeiro ano de vida, embora não saibamos o tipo de vigilância escolhido por duas mães daquele grupo de treze, que não responderam ao segundo inquérito.

Mesmo assim, diagnosticámos no conjunto da amostra cinco mães que pioraram o tipo de vigilância no decurso do primeiro ano de vida da criança, tendo optado pelo Serviço de Urgência Hospitalar.

Por outro lado, nalguns Centros de Saúde e suas Extensões existe uma política de aconselhamento às mães de início da vigilância após o primeiro mês de vida, dificultando o enraizamento de atitudes preventivas no seio da população.

No que concerne às dicotomias territoriais, estas seguiram de perto as da vigilância antenatal, tendo-se registado uma maior tendência para a vigilância pelo Médico de Família nos concelhos rurais, devido, entre outros aspectos, à ausência naqueles concelhos de Pediatras a exercer clínica privada.

Relativamente à satisfação com os cuidados de saúde infantis, não divergiu significativamente do que diagnosticámos para os cuidados antenatais, mantendo-se um grau de satisfação elevado. Todavia, foi ligeiramente mais baixo nos três níveis de prestação de cuidados de saúde analisados (média de 93,2% nos cuidados antenatais contra 89,8% nos cuidados infantis) e foi o Médico de Família o mais penalizado.

3.9 — O papel do Planeamento Familiar

Como já referenciámos anteriormente, muitas das gravidezes no Noroeste Português não são planeadas (cerca de 37% na nossa amostra), afigurando-se como valor muito elevado, tendo em consideração que, em Portugal o Planeamento Familiar já foi introduzido há vinte e dois anos.

Em 16 de Março de 1976 o Dr. Albino Aroso (então Secretário de Estado da Saúde e considerado o Pai do Planeamento Familiar em Portugal) fez sair um despacho que criou consultas de planeamento familiar nos Centros de Saúde de todo o país, integradas nos serviços de saúde materno-infantil. Um mês depois, em Abril de 1976, é publicada a Constituição que consagrou o planeamento familiar como um direito de todo o cidadão.

De qualquer modo, o processo foi lento e só em finais dos anos setenta a maioria dos Centros de Saúde possuíam consultas de Planeamento Familiar. Além disso, como o Noroeste de Portugal o nível de instrução é mais baixo, é provável que esteja a dificultar a adopção de métodos anticoncepcionais e que tenha influência na eficácia do seu uso.

O quantitativo de gravidezes não desejadas é muito significativo, porque 14,7% das mulheres não utiliza qualquer método contraceptivo e 14,0% utiliza o coito interrompido, que é um método muito falível (Quadro 9) e cuja designação popular é "o marido tem cuidado".

QUADRO 9 — Método contraceptivo usado no Noroeste Português

MÉTODOS	%
1-Nenhum.	14,7%
2-Pílula (comprimidos).	65,7%
3-Preservativo masculino.	3,1%
4-Coito interrompido (designação popular: "o marido tem cuidado").	14,0%
5-Calendarização / ritmo.	0,5%
6-Dispositivo intra-uterino (D.I.U.).	1,6%
7-Outro método.	0,4%
TOTAL	100,0%

Fonte: Inquérito por nós realizado entre 1994 e 1995.

Estes resultados demonstram que se processou uma evolução importante no âmbito do Planeamento Familiar, pois segundo o Primeiro Inquérito Português à Fecundidade, que se reporta a 1980, que avaliou os comportamentos populacionais explicativos da baixa da fecundidade em Portugal, a forma de controlo da natalidade mais utilizada pelos casais portugueses era o coito interrompido (38%) e só cerca de 1/3 utilizava métodos contraceptivos modernos e eficazes.

Actualmente e no Noroeste Português o coito interrompido continua a deter alguma relevância sendo o segundo método mais utilizado, tendo sido ultrapassado pela pílula (anticoncepcional oral).

Os motivos evocados de não uso de métodos naticoncepcionais são vários, interessando destacar, em primeiro lugar, que em 49,0% dos casos a mulher referiu *Não está interessada, por enquanto, em evitar ter filhos* e em 26% dos casos *O marido/companheiro não permite que use qualquer método ou não está disposto a usar* (Quadro 10).

Subjacentes a estes motivos estão vários aspectos do foro cultural.

QUADRO 10 — Motivos evocados pelas mulheres da não utilização de métodos anticoncepcionais

MOTIVOS DE NÃO USO	%
1-Não tem conhecimento dos métodos a usar.	1,9%
2-O marido/companheiro não permite que use qualquer método ou não está disposto a usar.	26,0%
3-Tem medo das contra-indicações dos métodos contraceptivos (pensa que alguns deles causam esterilidade, cancro, hemorragias,...).	3,4%
4-Vai contra as suas convicções religiosas ou outras.	0,5%
5-Não está interessada, por enquanto, em evitar ter filhos.	49,0%
6-Porque tem relações irregulares.	6,7%
7-Ia começar a utilizar, tendo entretanto, engravidado.	9,1%
8-Outro motivo.	3,4%
TOTAL	100,0%

Fonte: Inquérito por nós realizado entre 1994 e 1995.

Estes motivos revelam ainda um baixo grau de emancipação da mulher naquele território. Por um lado, o facto das mulheres adoptarem um método seguro, leva os homens a reear que elas tenham mais facilmente relações extra-conjugais. Por outro lado, uma

parcela das mulheres não utiliza métodos contraceptivos até terem o número desejado de filhos, tendendo a evidenciar uma fecundidade não controlada nos primeiros anos do casamento e só depois de terem um ou dois filhos é que procuram informar-se e aderem aos métodos contraceptivos.

A pressão da família, nomeadamente, o marido, a mãe ou a sogra é ainda muito elevada. Além disso, parece existir a necessidade por parte de algumas mulheres, de testarem a sua própria fertilidade.

Além disso, está ainda muito enraizado o mito de que a pílula é um "veneno", que faz mal e como o nível de instrução é baixo é natural que não compreendam como funciona o seu organismo e como actua a pílula, tendendo a evidenciar uma atitude de desconfiança.

É nos concelhos mais rurais como Celorico de Basto, onde a não utilização de qualquer método ou a utilização do coito interrompido detêm maior relevância, atingindo, respectivamente, 23,4% e 24,3%, ou seja, quase 50% das mulheres ou não usam qualquer método ou usam um altamente falível e nada aconselhável para o bem-estar do casal.

O preservativo masculino tem pouca expressão (3,1%) e o feminino nenhuma utilização e a pílula é usada por 65,7% das mulheres, embora só 38% das solteiras o utilizem.

Há, assim, ainda muito a fazer no domínio do planeamento familiar no Noroeste Português no sentido de uma maternidade e paternidade responsáveis!...

3.10 — Influência do factor religioso?...

Das cerca de 1400 mulheres inquiridas, 99% declararam serem católicas, cimentando a imagem do elevado enraizamento da religião católica no território em estudo. Tal perfil foi corroborado quando se avaliou o grau de frequência de assistência a serviços religiosos, visto apenas 27% das inquiridas só assistirem em ocasiões especiais ou nunca.

Não existe uma correlação entre a ausência de uso de métodos contraceptivos e a frequência de assistência a serviços religiosos, pois o p encontrado entre as duas variáveis não tem significado estatístico.

O nível de instrução da mulher e a vertente territorial (residência rural/urbana) jogam actualmente um grande poder explicativo ($p=0,0000$).

É também interessante observarmos que das mulheres que usavam a pílula, 25,1% engravidaram sem o desejarem e que este facto se relacionou maioritariamente com o esquecimento (41,2%,) ou com a paragem da toma da pílula (35,7%), por indicação médica ou por inicitiva própria.

Por outro lado, 18% das mulheres engravidou, pois tomou medicamentos que cortaram o efeito da pílula, desconhecendo esta influência.

Estes motivos revelam uma deficiente informação das mulheres, devendo ter o Médico de Família e o Médico Assistente uma quota parte de responsabilidade.

3.11 — Outros hábitos culturais - o consumo de vinho

Interessa ainda ressaltar um aspecto cultural que ainda existe no Noroeste Português e relacionado com o primeiro ano de vida da criança.

Como já referenciamos anteriormente, um dos factores que contribuía para mais elevadas taxas de mortalidade infantil no Norte de Portugal eram certos regimes alimentares que conduziam às gastroenterites, como as sopas de vinho ou sopas de cavalo cansado, associadas ao vinho tinto. Eram dadas desde tenra idade, especialmente às crianças do sexo masculino.

Na nossa investigação, detectámos ainda 3,2% (41) das crianças que beberam vinho durante o primeiro ano de vida. Não foi muito significativa a diferença entre os sexos, ou seja, registou-se uma maior tendência para dar vinho aos rapazes, mas 44% dos casos referenciaram-se às raparigas.

Por outro lado, foi nos concelhos de cariz mais rural, como por exemplo, Celorico de Basto, que se registou mais este facto. Diagnosticámos uma relação com grande significado estatístico, sendo nas freguesias rurais onde o fenómeno detém mais expressão.

Quando questionámos a mãe sobre a idade a partir da qual achava que as crianças podem começar a beber vinho, cerca 9% das mães referiu não saber, enquanto seis mencionaram que o vinho poderia ser dado entre o primeiro e o 4º ano de vida.

Igualmente importante de considerar é a influência do álcool consumido durante a gravidez. Como já referenciámos, o "síndrome do álcool fetal" (*fetal alcohol syndrome*) é actualmente considerado nos países desenvolvidos como a causa ambiental mais comum de atraso mental, constituindo uma causa facilmente evitável.

Todavia, também não há um consenso quanto ao limiar de álcool a considerar como deletério, embora vários autores considerem que a partir de dois copos por dia a influência é visível. Na nossa investigação, 42,5% das mulheres beberam bebidas alcoólicas durante a gravidez, com especial relevância para o vinho (37,0% - Quadro 11).

QUADRO 11 — Consumo de álcool durante a gestação

CONSUMO DE ÁLCOOL	%
1-Sem consumo de álcool.	57,5%
2-Consumo de vinho.	37,0%
3-Consumo de vinho e cerveja.	4,7%
4-Consumo de cerveja.	0,4%
5-Consumo de vários tipos de bebidas.	0,4%
TOTAL	100,0%

Fonte: Inquérito por nós realizado entre 1994 e 1995.

Paralelamente, é no consumo de vinho que se denota um maior abuso, tendo 15,7% das mulheres que ingeriram apenas vinho consumido mais de dois copos por dia.

BIBLIOGRAFIA

- CALDWELL, J.C. — *Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigerian data*, in "Population Studies", New York, 33(3), 1979, p. 395-415.
- CALDWELL, J.C. — *Education maternelle et mortalité infantile*, in "Forum Mondial de la Santé", Genève, 2(1), 1981, p. 91-94.
- GOURBIN, Catherine — *Inégalités sociales en santé et mortalité foeto-infantiles: les sources nationales disponibles en Europe*, in MASUY-STROOBANT, G., et al. (ed.) — *Santé et mortalité des enfants en Europe. Inégalités sociales d'hier et d'aujourd'hui*, Chaire Quetelet 1994, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, l'Harmattan, 1996, p. 67-96.
- GOURBIN, Catherine — *La mortalité foetale*, in "Actes du Séminaire International - Demography: analysis and synthesis", vol. 2, Centre Français sur la Population et le Développement, Paris, Dipartimento di Scienze Demografiche, Roma, 1996, p. 155-191.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA — *Regulamento e classificação das doenças, traumatismos e causas de morte da Organização Mundial de Saúde (9ª revisão - 1975)*, Lisboa, 1980.
- MASUY-STROOBANT, Godelieve — *Santé et mortalité infantile en Europe: victoires d'hier et enjeux de demain*, in MASUY-STROOBANT, G., et al. (ed.) — *Santé et mortalité des enfants en Europe. Inégalités sociales d'hier et d'aujourd'hui*, Chaire Quetelet 1994, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, l'Harmattan, 1996, p. 337-366.
- MASUY-STROOBANT, Godelieve — *Théories et schémas explicatifs de la mortalité des enfants*, in "Actes du Séminaire International - Demography: analysis and synthesis", vol. 2, Centre Français sur la Population et le Développement, Paris, Dipartimento di Scienze Demografiche, Roma, 1996, p. 193-207.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE — *Normas para o planeamento de equipamentos de saúde*, Lisboa, 1989.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE — *Relatório da Comissão Nacional de Saúde Infantil*, Lisboa, 1993.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CENTRO DA O.M.S. PARA CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS — *Classificação Internacional de Doenças (revisão 1975)*, 3ª ed., vol. 1, São Paulo, O.M.S., 1980.
- RAWLINGS, James S., et al. — *A prevalência de baixos pesos ao nascer e de partos pré-termo, em relação com o intervalo entre gestações, em mulheres brancas e negras*, in "Obstetrícia e Ginecologia" (edição portuguesa de "Obstetrical & Gynecological Survey"), Lisboa, 19(1), Jan., 1996, p. 29-32.
- SIMÕES, José M. — *Saúde: o Território e as desigualdades*, Dissertação de Doutoramento, Lisboa, 1989 (policopiada).

KANNISTO, Väinö — *Factores associados às diferenças geográficas da mortalidade infantil em Portugal desde 1950*, in "Revista do Centro de Estudos Demográficos", Lisboa, 28, 1986, p. 7-35.

NORMAS PARA A REMISIÓN DE ORIXINAIS:

Deberán ser remitidos tres exemplares do traballo e unha copia en diskette ao Director do IDEGA: Avda. das ciencias s/nº. Campus Universitario Sur. 15706 Santiago de Compostela, cumprindo coas seguintes normas:

1. A primeira páxina deberá incluír o título, o/s nome/s, enderezo/s, teléfono/s e institución/s ás que pertences o/s autor/es, un índice, 5 palabras chave ou descriptors, así como dous resumos dun máximo de 200-250 palabras: un na lingua na que estea escrita o traballo e outro en inglés.
2. O texto estará en interlineado dobre con marxes mínimas de tres centímetros, e cunha extensión máxima de cincuenta folios incluídas as notas e a bibliografía.
3. A bibliografía se presentará alfabeticamente ao final do texto seguindo o modelo: Apelidos e iniciais do autor en maiúsculas, ano de publicación entre paréntese e distinguindo a, b, c, en caso de máis dunha obra do mesmo autor no mesmo ano. Título en cursiva. Os títulos de artigo irán entre aspas e os nomes das revistas en cursiva. lugar de publicación e editorial (en caso de libro), e, en caso de revista, volume e nº de revista seguido das páxinas inicial e final unidas por un guión.
4. As referencias bibliográficas no texto e nas notas ao pé seguirán os modelos habituais nas diferentes especialidades científicas.
5. O soporte informático empregado deberá ser Word ou WordPerfect para Windows 6.0 ou versión posterior, Excell ou Acces.
6. A dirección do IDEGA acusará recibo dos orixinais e resolverá sobre a súa publicación nun prazo prudencial. Terán preferencia os traballos presentados ás Sesións Científicas do Instituto.

O IDEGA someterá tódolos traballos recibidos a avaliación. Serán criterios de selección o nivel científico e a contribución dos mesmos á análise da realidade socio-económica galega.

