

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde

Factores que foram determinantes para a melhoria do nível de Saúde em Portugal

Orientador: Professor Doutor Cipriano Justo

Helena Isabel da Silva Manso

Junho 2013

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde

Factores que foram determinantes para a melhoria do nível de Saúde em Portugal

Monografia apresentada para obtenção de grau de Mestrado em
Ciências Farmacêuticas

Helena Isabel da Silva Manso

Agradecimentos

Agradeço ao Prof. Dr. Cipriano Justo pela ajuda e disponibilidade dada ao longo da realização desta monografia, bem como ao INE, em especial à Ana Gaspar e à Dr^a Paula Valente da DGS pela ajuda na recolha de dados.

Agradeço também a todos os meus amigos e familiares que directa ou indirectamente, me ajudaram e apoiaram nesta etapa.

Resumo

A vacinação tem por objectivo fundamental, a redução ou eliminação de patologias que possam ser prevenidas através de vacinas sendo um benefício para a saúde das populações. Ao longo dos anos, o Programa Nacional de Vacinação (PNV) confirmou-se como um projecto de enorme sucesso, uma vez que possibilitou reduzir a morbilidade e a mortalidade das patologias para as quais existem vacinas aumentando assim, a qualidade de vida das populações e diminuindo de forma progressiva a taxa de mortalidade, principalmente a infantil. É no entanto de extrema importância que a cobertura vacinal no país seja preferencialmente de 100%. Assim, é necessário que a população portuguesa seja mais alertada para os benefícios da vacinação promovendo-se mais campanhas de informação e de vacinação.

Em Portugal, a vida familiar, nos últimos 40 anos sofreu o impacto da modernização da sociedade portuguesa, registando-se mudanças assinaláveis. Salienta-se a diminuição da dimensão média da família e o aumento dos agregados de pessoas sós ou a diminuição dos agregados numerosos e das famílias complexas.

A presente monografia foca essencialmente os factores que foram determinantes para a melhoria da Saúde em Portugal. Em primeiro lugar, as medidas preventivas e terapêuticas específicas, neste caso a vacinação e em segundo lugar a diminuição da dimensão da família. Quanto à vacinação, serão salientadas as taxas de cobertura vacinal de algumas vacinas a partir de 1980, relacionando com os ganhos em Saúde, nomeadamente a taxa de mortalidade infantil (crianças com menos de um ano) e a taxa de mortalidade entre 1 e 4 anos de idade desde os anos 60 até aos dias de hoje.

Serão também abordados os factores determinantes para a melhoria da Saúde em Portugal na globalidade, focando essencialmente os factores que contribuíram para que em Portugal se obtivessem taxas de mortalidade infantil e dos 1 aos 4 com valores bastante satisfatórios (taxa de mortalidade infantil actual em Portugal é de 3,12‰), bem como as elevadas taxas de cobertura vacinal.

Por fim, será feita uma análise da perspectiva futura relativamente a estes temas.

Abreviaturas e siglas

AM - Aleitamento Materno

BCG - Vacina anti-tuberculose (Bacilo Calmette-Guerin)

BK - Bacilo de Koch

CDSS - Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde

DGS - Direcção Geral de Saúde

DSS - Determinantes Sociais da Saúde

DTP - Vacina da Difteria, Tétano e Pertussis

DTP1 - Primeira dose da Vacina da Difteria, Tétano e Pertussis

DTP3 - Terceira dose da Vacina da Difteria, Tétano e Pertussis

EFTA - European Free Trade Association

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde

INE - Instituto Nacional de Estatística

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

MCV - Measles containing vaccine

NIDCAP - Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

OMS - Organização Mundial de Saúde

PFA - Paralisia Facial Aguda

POL3 - Terceira dose da Vacina da poliomielite

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNV - Programa Nacional de Vacinação

RRMI - Rede de Referência Materno-Infantil

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SINUS - Sistema Informático Nacional do Utente do Serviço de Saúde

TMI -Taxa de Mortalidade Infantil

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UE - União Europeia

VAS - Vacina anti-Sarampo

VASPR – Vacina anti - Sarampo, Parotidite e Rubéola

Índice

Agradecimentos.....	3
Resumo	4
Abreviaturas e siglas.....	5
1. Introdução.....	8
1.1. Saúde e Saúde Pública: conceitos	8
1.2. O Sector da Saúde em Portugal	9
1.2.1. Enquadramento histórico.....	9
1.2.2. Enquadramento sócio-económico.....	10
1.3. Determinantes da Saúde vs Factores determinantes na melhoria do nível Saúde.....	11
2. Medidas preventivas – Vacinação	13
2.1. Plano Nacional de Vacinação (PNV)	13
2.2. Cronologia e história da vacinação em Portugal	13
2.3. Importância da vacinação	14
2.4. Evolução das vacinas contra a Poliomielite, Sarampo, Tuberculose e DTP e análise da cobertura vacinal em Portugal entre 1980 e 2011	15
2.4.1. Vacina contra a Poliomielite.....	15
2.4.2. Vacina contra o Sarampo	16
2.4.3. Vacina anti-Tuberculose	17
2.4.4. Vacina contra a DTP.....	18
3. Taxa de Mortalidade	21
3.1. Condicionantes deste indicador.....	21
3.2. Taxa de Mortalidade Infantil (TMI)	22
3.2.1. Conceito	22

Factores que foram determinantes para a melhoria do nível de Saúde em Portugal

3.2.2.	Importância deste indicador.....	22
3.2.3.	Factores de risco da morbilidade e da mortalidade infantil.....	23
3.2.4.	TMI vs Taxa de mortalidade entre os 1 e 4 anos	26
3.2.5.	Análise da evolução das taxas de Mortalidade Infantil.....	28
3.2.6.	Análise da evolução das taxas de mortalidade entre 1 e 4 anos.....	31
3.2.7.	Causas endógenas e exógenas	32
3.2.8.	Vacinação vs Redução da Mortalidade Infantil	34
4.	Evolução da diminuição da dimensão das famílias	35
4.1.	Litoral vs Interior	35
4.2.	Tendência familiar 1960-2001	36
4.3.	Famílias complexas	36
4.4.	Famílias monoparentais.....	37
4.5.	Efeitos da revolução contraceptiva – Diminuição da natalidade e diminuição da dimensão das famílias.....	38
5.	Aspectos determinantes para o estado de Saúde actual em Portugal	41
6.	Perspectiva Futura.....	45
7.	Conclusões.....	49
8.	Bibliografia.....	52
9.	Anexos	56
	Anexo A - Esquema Cronológico de Vacinação.....	56
	Anexo B – Agregados domésticos complexos por NUT III, 1960 a 2001 (%)	57

1. Introdução

1.1. Saúde e Saúde Pública: conceitos

Saúde e desenvolvimento humano e económico são conceitos que se interligam. A saúde é uma condição para o desenvolvimento pessoal e um investimento no futuro, é a base da produtividade no trabalho, da capacidade de aprender na escola e do bem-estar intelectual, físico e emocional. Não é apenas o resultado do desenvolvimento, mas um caminho para o atingir.

Em termos económicos, saúde e educação são as duas pedras fundamentais do capital humano. ^[1]

As actuais definições de saúde, valorizam o Homem, não como um elemento isolado mas como um ser social que vive em sociedade, influenciando-a e fazendo parte dela ao mesmo tempo que dela recebe as suas influências e a ela se adapta. Actualmente a saúde é entendida como uma situação de equilíbrio entre o nível físico, psíquico e sócio-ambiental. Mais do que prevenir a doença, importa hoje promover a saúde. ^[2]

A OMS (Organização Mundial de Saúde) define saúde de uma forma positiva mas estática: “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não mera ausência de doença ou enfermidade”. Dubos em 1960 consegue imprimir-lhe um carácter de dinamismo da parte do indivíduo: “é o estado de adaptação ao meio e a capacidade de funcionar em melhores condições do meio” e comenta “A ilusão de que a saúde e a felicidade perfeitas estão ao alcance das possibilidades humanas, floresceu sob muitas formas ao longo da história...” e a saúde deve ser “um *modus vivendi* que permite a seres humanos imperfeitos viver uma existência compensatória e não excessivamente dolorosa quando enfrentam um mundo imperfeito”. ^[1]

A Conferência de Alma-Ata, em 1978, considera a saúde não uma finalidade em si mesma mas “um recurso que deve estar ao alcance de todos para o desenvolvimento progressivo das comunidades”; é uma perspectiva centrada sobretudo na comunidade como receptora dos vários contributos individuais. ^[1]

Quanto ao conceito de Saúde Pública, em 1988, Acheson refere que esta é a ciência e arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde através de esforços organizados da sociedade.

The Lancet, de Junho de 2004, publicou um artigo em que descreve Saúde Pública como uma acção colectiva (em colaboração ou organizada) para a melhoria sustentada da saúde da população, em larga escala. ^[1]

Em resumo, Saúde não é só a ausência de doença, mas o completo bem-estar; Saúde Pública não é a “saúde do público”, nem o sector público dos serviços de saúde – é, antes, uma área de conhecimento e de acção, que tem por finalidade proporcionar o melhor nível de saúde ao maior número de pessoas, com a melhor economia de recursos, e envolve a colaboração integrada de várias disciplinas e sectores sociais. ^[3]

1.2. O Sector da Saúde em Portugal

Nos últimos 40 anos registaram-se progressos notórios na saúde dos Portugueses graças à ampliação da oferta de cuidados de saúde (aumento da cobertura e generalização do acesso) e ao acréscimo de recursos (humanos, financeiros e técnicos) disponibilizados ao sistema de saúde. Neste período Portugal alcançou um destacado patamar no desenvolvimento do seu sistema de saúde, apresentando hoje, resultados comparáveis com os dos principais parceiros internacionais ao nível de indicadores demográficos que mais à frente irão ser abordados com maior profundidade. ^[4]

1.2.1. Enquadramento histórico

A protecção na saúde é uma responsabilidade do Estado Português. Contudo esta é uma realidade com menos de 40 anos. Até 1979, ano da criação do SNS (Serviço Nacional de Saúde), a assistência médica competia às famílias, a instituições privadas, às misericórdias e aos serviços médico-sociais da Previdência. Ao Estado competia apenas a assistência aos pobres. Com a criação do SNS, o acesso aos cuidados de saúde passa a ser garantido a todos os cidadãos (portugueses ou estrangeiros), independentemente da sua condição económica e social. O SNS fica a dispor de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas), transferindo-se os hospitais das Misericórdias para o Estado. ^[4]

Resumindo, durante a segunda metade do século XX, Portugal sofreu sucessivamente, em períodos de tempo particularmente curtos, transformações de importância transcendente. Podemos então corresponder a este período cinco fases distintas, que dizem respeito, geralmente, a cinco agendas políticas diferentes:

- a) Antes dos anos 70
- b) Do início dos anos 70 a 1985 – estabelecimento e expansão do SNS
- c) De 85 a 95 – regionalização do SNS e novo papel para o sector privado
- d) De 95 a 2005 - uma “nova gestão pública - *new public management*” para o SNS
- e) A partir de 2005 à actualidade – As *novas reformas* em curso ^[5]

1.2.2. Enquadramento sócio-económico

Nas últimas quatro décadas, as mudanças na sociedade portuguesa foram muito significativas. Portugal sofreu uma grande evolução social, cultural e económica. Em menos de quarenta anos, sendo embora o mesmo país, passou a viver-se numa sociedade muito diferente. ^{[4], [6]}

Década de 60

Nos finais da década de cinquenta e início da de sessenta, alguns acontecimentos marcaram a cronologia histórica do país. Portugal é, em 1959, um dos fundadores da EFTA (European Free Trade Association), resposta de alguns países à criação do Mercado Comum Europeu. Não só é atenuado um relativo isolamento político internacional do regime autoritário de Salazar, mas, sobretudo, iniciar-se-á o primeiro processo de abertura da economia (do comércio e da indústria, especialmente) ao exterior, designadamente aos países europeus. Em poucos anos, o investimento externo em Portugal cresceu como nunca antes. ^[6]

Década de 70/80

Nas duas décadas seguintes, anos setenta e oitenta, novos acontecimentos terão influência decisiva na evolução social do país. A Revolução de 25 de Abril de 1974 alterou radicalmente a vida política, o que teve implicações sociais, culturais e económicas de grande dimensão. Entre outras consequências, condicionou a rápida descolonização. Foi então encerrado o ciclo colonial de Portugal, tal como foram cortados, talvez irremediavelmente, os vínculos ultramarinos do país. As relações económicas foram drasticamente reduzidas. ^[6]

Quase no seguimento da revolução política, Portugal apresenta a sua candidatura à Comunidade Económica Europeia (hoje União Europeia), que é aceite, de princípio, em 1977, e se torna efectiva a partir de Janeiro de 1986. Começa então o

Factores que foram determinantes para a melhoria do nível de Saúde em Portugal

“segundo impulso” europeu da economia e da sociedade portuguesa, depois do primeiro, o da EFTA e da emigração dos anos sessenta.

No início do século XXI, Portugal integrou o grupo de países que adoptou o euro como moeda única. ^[6]

Estes marcos históricos em Portugal, implicaram mudanças que possibilitaram alcançar uma melhoria das condições de vida da população em geral: generalização do saneamento básico, do abastecimento domiciliário de água potável, melhoria da alimentação e de habitação. Esta situação permitiu também obter ganhos significativos nos indicadores da saúde da população. Simultaneamente verificou-se um incremento dos recursos financeiros, materiais e humanos aplicados à saúde, permitindo alargar o acesso a cuidados de saúde, quer em quantidade, quer em qualidade, com evidentes reflexos na melhoria do estado da saúde da população portuguesa.

O sistema de saúde tornou-se mais eficaz, o Estado passou a ter uma maior intervenção nas políticas de saúde, na promoção da saúde e na prevenção da doença e o acesso aos cuidados de saúde passou a ser universal. ^[4]

1.3. Determinantes da Saúde vs Factores determinantes na melhoria do nível Saúde

Determinantes da Saúde caracterizam-se por serem factores com influência na saúde individual e colectiva. Tarlov (1996) recorda Lalonde ao considerar quatro categorias de determinantes da saúde: factores genéticos e biológicos, serviços de saúde, comportamentos individuais relacionados com a saúde e características sociais e económicas, considerando estas últimas como os factores predominantes.

Diversos modelos têm tentado fazer a representação gráfica da inter-relação entre os factores determinantes da saúde. Um dos mais reconhecidos é o arco-íris de Dahlgren e Whitehead (1991). ^[1]



Figura 1 – Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead (Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saudeedeterminantessociais_artigo.pdf)

O arco-íris representa a abordagem holística da saúde e tem vindo a revelar-se importante para estimular ideias para a acção em várias áreas políticas.

Neste modelo, todos os factores determinantes se interrelacionam, levando a deduzir que só fazem sentido intervenções que integrem articuladamente todos ou o maior número possível de factores, conforme se pode ver na figura 1. ^[1]

Os DSS (Determinantes Sociais da Saúde) estão associados à justiça social e ao exercício dos direitos humanos. Outros autores consideram que os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham e às quais é atribuída a maior quota-parte do estado de saúde. ^[1]

Dentro dos determinantes da Saúde já referidos, podemos enquadrar os factores determinantes para a melhoria da Saúde.

Como se pode observar na figura 1, Dahlgren e Whitehead consideram que nos determinantes da saúde estão incluídos os serviços de saúde, deste modo ao longo desta monografia será abordada a mortalidade infantil por via da vacinação em Portugal.

No mesmo modelo (representado na figura 1), estão inseridos os factores sociais e económicos, nos quais se inclui a abordagem à diminuição da dimensão das famílias portuguesas.

E porque é essencial a ideia de causa, ou determinante de saúde (ou de doença)? Porque, muito elementarmente, embora o que chame a atenção e preocupe, tanto em cada pessoa, como numa população, sejam as doenças e as suas consequências, a atenção de quem toma decisões em Saúde Pública visa as suas causas modificáveis e perspectiva o futuro, com o potencial de mudar as exposições aos factores causais (e só a estes), prevenindo a doença e promovendo a saúde. ^[3]

2. Medidas preventivas – Vacinação

2.1. Plano Nacional de Vacinação (PNV)

O PNV é um programa universal e gratuito, sendo uma das suas características a acessibilidade sem qualquer tipo de barreira. Apresenta esquemas de vacinação aconselhados, constituindo cada um deles uma “receita universal”. Nos anos seguintes à entrada em vigor do PNV, em 1965, verificou-se uma notável redução da morbilidade e da mortalidade pelas doenças infecciosas alvo de vacinação, com os consequentes ganhos de saúde. Apesar do inquestionável êxito do PNV desde o seu início, poderão persistir assimetrias sociais na sua aplicação, com grupos populacionais com níveis de protecção inferiores ao desejado e risco de desenvolvimento de bolsas de susceptíveis, possibilitando a reemergência de doenças já controladas ou mesmo eliminadas no nosso país, situações que urge diagnosticar e prevenir. ^{[7],[8]}

2.2. Cronologia e história da vacinação em Portugal

Em **1965** surge o primeiro PNV que inclui as vacinas contra a poliomielite, a difteria, o tétano, a tosse convulsa, a tuberculose (BCG) e a varíola.

Em **1970/1971** o esquema recomendado do PNV foi revisto e actualizado.

Em **1974** mantém-se as vacinas anteriores e introduz-se a vacina contra o sarampo no PNV, dando sequência a uma campanha (1973-1977).

Em **1977** mantém-se as vacinas anteriores, no entanto, a vacina contra a varíola deixou de ser obrigatória.

Em **1980** cessa a administração da vacinação contra a varíola na sequência da erradicação da doença.

Em **1984** é recomendada a vacina contra a rubéola apenas a adolescentes do sexo feminino.

Em **1985**, o esquema recomendado do PNV foi revisto e actualizado.

Em **1987** é notificado, no País, o último caso de poliomielite provocado por vírus selvagem, são também introduzidas as vacinas contra a parotidite e a rubéola no PNV recomendadas para ambos os sexos integrando a vacina trivalente VASPR (sarampo, parotidite e rubéola).

Em **1990** o esquema recomendado do PNV foi revisto e actualizado.

Em **1993** é publicada a legislação que determina a vacinação gratuita contra a hepatite B dos adolescentes dos 10-13 anos.

Em **2000** são introduzidas no PNV as vacinas contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) e contra a hepatite B.

Em **2001** há actualização do esquema e introdução de reforços da vacina contra a difteria durante toda a vida, acompanhado a vacina contra o tétano numa vacina combinada (Td).

Em **2002** ocorre a realização de um Inquérito Serológico Nacional para avaliar o impacte do PNV.

Em **2004** é feita uma proposta de alteração ao PNV com mudanças no tipo e apresentação de algumas vacinas e introdução de outra vacina no PNV. ^[9]

2.3. Importância da vacinação

Desde a introdução do PNV, que mais de 7 milhões de crianças e vários milhões de adultos foram vacinados em Portugal e as doenças abrangidas pelo programa estão eliminadas ou controladas, prova da sua efectividade e sucesso. Ao longo de mais de 40 anos de história do PNV verificaram-se alguns surtos que não tiraram mérito ao programa, antes vieram realçar a importância de manter elevadas coberturas vacinais em todo o país. No entanto, não basta vacinar em quantidade suficiente de pessoas, é necessário garantir que destas, a maioria, dependendo da eficácia da vacina, está de facto imunizada, e portanto protegida. Assim é necessário vacinar muito e bem, com um risco mínimo a um custo aceitável para a sociedade para concretizar a finalidade do PNV que é proteger o indivíduo e a comunidade controlando, eliminando e contribuindo para a erradicação de doenças infecciosas. ^[9]

Não é possível atingir aqueles objectivos sem uma adequada monitorização do Programa recorrendo a indicadores pertinentes como sejam: a segurança, eficácia e qualidade das vacinas, **a cobertura vacinal**, a taxa de incidência de doenças alvo de vacinação, a gravidade das doenças avaliada pelos respectivos internamentos, sequelas e letalidade, a monitorização das reacções adversas à vacinação entre outros indicadores. Nesta monografia será abordado com maior profundidade o indicador relativo à cobertura vacinal desde 1980. ^[9]

2.4. Evolução das vacinas contra a Poliomielite, Sarampo, Tuberculose e DTP e análise da cobertura vacinal em Portugal entre 1980 e 2011

A análise da cobertura vacinal entre 1980 e 2011 baseou-se em quatro vacinas: BCG, DTP (1 e 3), MCV e Pol 3. Estas foram as seleccionadas, pois são vacinas que são administradas nas faixas etárias em estudo nesta monografia, ou seja, até um ano de idade e entre 1 e 4 anos (ver anexo 1).

Tabela 1 – Estimativas da UNICEF das percentagens de população vacinada pelo antigénio de 1980 a 2011

Vacinas	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993	1992	1991	1990	1989	1988	1987	1986	1985	1984	1983	1982	1981	1980
BCG	96	96	98	98	98	99	89	83	81	81	82	82	85	88	87	87	94	87	91	92	89	88	87	86	78	71	82	79	76	76	74	
DTP1	99	99	97	99	99	99	94	98	99	98	99	99	98	98	97	98	97	98	97	97	98	96	96	93	94	93	89	92	92	92	91	90
DTP3	98	98	96	97	97	97	93	95	99	98	97	96	97	97	94	95	93	97	93	94	96	89	88	81	83	81	72	78	79	78	75	73
MCV	96	96	95	97	95	97	93	95	96	93	90	87	92	96	96	99	94	91	95	99	96	85	96	84	81	75	70	48	48	46	49	54
Pol3	97	97	96	97	96	97	93	95	96	96	96	96	96	96	93	95	96	96	92	93	95	89	88	81	81	78	29	21	20	18	16	18

Fonte: WHO, UNICEF, última actualização em 4 Outubro de 2012

(http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/estimates?c=PRT)

2.4.1. Vacina contra a Poliomielite

A prevenção desta doença deve-se a Jonas Salk e Albert Sabin, ao possibilitarem a imunização activa, através, respectivamente, da vacina inactivada injectável (1955) e da viva atenuada oral (1962). Sublinhe-se que qualquer das vacinas é muito eficaz, assegurando protecção efectiva em relação aos três tipos de vírus da pólio. Uma vez que a vacina oral, para além de provocar a formação de anticorpos séricos e de dificultar a multiplicação do vírus selvagem nos intestinos,

torna possível a interrupção da circulação do vírus (e, portanto, da infecção), possibilitando a erradicação¹ da doença a nível global. ^[10]

Desde então, têm sido mantidos elevados níveis de cobertura vacinal. Em Portugal, o último caso de poliomielite pelo vírus selvagem, ocorreu em Dezembro de 1986. Pode-se também relacionar este facto com a cobertura vacinal. Observando a tabela 1, até 1986 as percentagens de vacinação estão abaixo dos 78%. A partir de 1987 a cobertura vacinal localizou-se sempre acima dos 80%, chegando a atingir em 2011 taxas de cobertura vacinal de 97%. O programa português para a eliminação da poliomielite segue as orientações estratégicas da OMS, tendo três componentes: vacinação; vigilância clínica, epidemiológica e laboratorial da PFA (paralesia facial aguda); contenção laboratorial dos vírus selvagens da poliomielite. ^[11]

A certificação da erradicação da doença impõe a demonstração da capacidade de diagnosticar clínica e laboratorialmente todos os casos suspeitos de doença parálitica, provocada pelo vírus selvagem endógeno. Estes requisitos, ligados à dimensão laboratorial do Programa, foram cumpridos com assinalável sucesso no Laboratório de Referência da Pólio do Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge (obteve a classificação de 100% na certificação anual atribuída pela OMS). ^[10]

É absolutamente necessário que os profissionais de saúde portugueses mantenham elevados níveis de motivação, para não perder as conquistas alcançadas. As elevadas coberturas vacinais deverão ser mantidas. A vigilância da PFA deve ser melhorada e a pronta notificação destes casos pelos clínicos hospitalares, bem como o rápido envio de amostras de fezes ao laboratório nacional de referência, são indispensáveis ao êxito desta actividade. O programa de contenção laboratorial dos vírus da poliomielite também é de vital importância. A finalidade deste programa é impedir a reintrodução accidental da poliomielite a partir de laboratórios. ^[11]

2.4.2. Vacina contra o Sarampo

Em Portugal, a vacina contra o sarampo, iniciou-se em regime de campanha em 1973 e visava crianças entre os 12 meses e os 4 anos de idade. A partir de Abril de 1974, a vacina monovalente contra o sarampo (VAS), entrou no plano, recomendada a crianças entre os 12 e os 24 meses mantendo-se o regime de

¹ - **Erradicação** - situação epidemiológica com desaparecimento do agente causal na natureza, sem perigo de reaparecimento natural da doença; da maneira como o usamos, este termo só é aplicável à situação epidemiológica global (toda a humanidade).

campanha até 1977. A partir de 1987 continua a ser administrada sob a forma de dose única, mas agora sob a forma de VASPR (uma vacina tríplice contra o sarampo, parotidite e rubéola) recomendada a crianças com 15 meses de idade. Três anos depois, em 1990, foi introduzida uma 2ª dose de VASPR recomendada para os 11-13 anos de idade. Esta segunda dose actuará como uma segunda oportunidade para imunizar os indivíduos que falharam ou não responderam à primeira dose da vacina (falências vacinais primárias). Seguiu-se nova alteração em 2000, com a antecipação da segunda dose da VASPR para os 5 – 6 anos e permanecendo a vacinação das crianças entre os 11 e 13 anos de idade se nascidos antes de 1993. ^[9]

Portugal encontra-se numa fase de pré-interrupção da circulação endógena do vírus, que resulta da conjugação de um conjunto de factores dos quais se salienta a crescente e elevada cobertura vacinal conseguida, ao longo dos anos, através do PNV. Como se pode ver na tabela 1, a partir de 1987 a taxa de cobertura vacinal foi sempre superior a 80% e a partir de 1991 superou sempre os 90%, excepto no ano 2000 que foi ligeiramente inferior rondando os 87%. As campanhas complementares de vacinação também têm sido um factor importante para esta fase de pré-interrupção da circulação do vírus. Apesar disso, não se exclui a possibilidade de se verificarem surtos pela acumulação de susceptíveis em alguns grupos etários, mas principalmente, através de casos importados e/ou pela modificação da epidemiologia da doença. Em conformidade, é fundamental continuar a assegurar uma elevada cobertura vacinal e reforçar a vigilância epidemiológica da doença de forma a garantir que a população susceptível se mantenha abaixo das proporções críticas necessárias para sustentar a transmissão do vírus. ^[9]

2.4.3. Vacina anti-Tuberculose

A tuberculose é uma das doenças infecciosas mais antigas que afecta a humanidade. Passados 126 anos da descoberta do bacilo de Koch (BK) ou *Mycobacterium tuberculosis*, por Robert Koch, ela continua a ser um sério problema de Saúde Pública, com relevância crescente. Declarada pela OMS como emergência médica global em 1993, a tuberculose é uma doença de declaração obrigatória.

A preparação inicial da vacina contra a tuberculose foi efectuada em 1921 a partir de *Mycobacterium bovis* atenuado (bacilo de Calmette-Guérin ou BCG) e faz parte do nosso PNV, desde que este foi oficialmente implementado. ^[12]

A transmissão da tuberculose é efectuada através da inalação, por parte de um indivíduo saudável, de partículas contendo o BK. No entanto, nem todas as pessoas

expostas desenvolvem a infecção activa. Os idosos, as crianças e as pessoas debilitadas por outras doenças têm um risco acrescido. Por outro lado, apenas os portadores de tuberculose pulmonar activa são bacilíferos, podendo contagiar novos indivíduos saudáveis.^[12]

Na ausência de um diagnóstico precoce das diferentes formas clínicas de tuberculose, nomeadamente, dos indivíduos infectados assintomáticos, do seu correcto tratamento e duma profilaxia adequada dos contactos, não será possível melhorar a prevalência da tuberculose infantil. A vacinação com BCG, ainda que de importância incontestável na redução da morbilidade e da mortalidade da doença, só por si, mostra-se insuficiente para travar de forma eficaz a progressão da tuberculose.

[13]

Quanto à cobertura vacinal relativa a esta vacina, em 1986 verificou-se a mais baixa percentagem de vacinados, 71%, no entanto a partir de 1988 verificaram-se sempre coberturas superiores a 80%, atingindo-se em 2006, segundo as estimativas da UNICEF uma elevada cobertura vacinal, 99%.

É fundamental sensibilizar a população para a importância crescente da tuberculose na actualidade, de modo a privilegiar uma maior adesão às medidas de prevenção e terapêutica.^[12]

2.4.4. Vacina contra a DTP

A vacina DTP engloba a imunização contra a difteria, o tétano e a pertussis.

No nosso país a vacina contra o tétano foi introduzida no PNV em 1965. No entanto, já era utilizada há muitos anos com coberturas vacinais muito pouco satisfatórias. Mesmo sem estar incluída no PNV, a vacina era obrigatória desde 1962 em determinadas circunstâncias. A eficácia desta vacina é próxima dos 100%.^[9]

A vacina contra a tosse convulsa também foi introduzida no PNV em 1965. A partir de 1967, foi possível observar o elevado impacto da vacinação contra a tosse convulsa, expresso no acentuado decréscimo do número de notificações de doença. A vacina clássica foi preparada a partir de suspensões de células inteiras inactivadas da bactéria, que foram mais tarde combinadas com a vacina contra o tétano e difteria, dando origem ao DTP.^[14]

A vacinação universal dos lactentes contra a tosse convulsa diminuiu drasticamente a incidência da doença. No entanto, de todas as doenças incluídas no PNV, a tosse convulsa é aquela que actualmente se encontra menos controlada, permanecendo endémica em Portugal e em todo o mundo.^[15]

A tosse convulsa não está erradicada, nem poderá ser erradicada por nenhuma das estratégias vacinais até agora descritas. A imunidade após doença ou vacinação não é duradoura e as infecções por *Bordetella pertussis* nos adolescentes e adultos são comuns e endémicas.^[15]

Com a introdução e a generalização da vacina holocelular na década de 1970, a incidência da tosse convulsa diminuiu drasticamente, em cerca de 50 vezes a da era pré-vacinal. O decréscimo de incidência, quer nas infecções primárias quer nas secundárias, incluiu os recém-nascidos e lactentes menores de 2 meses, não vacinados, com uma diminuição importante da sua mortalidade e morbilidade.^[15]

A tosse convulsa pode ocorrer em qualquer idade, mas a maioria dos casos é notificada e, provavelmente, reconhecida em crianças com idade inferior a 5 anos. Não se tem demonstrada suficiente protecção materna por passagem transplacentária de anticorpos e os lactentes são susceptíveis desde as primeiras semanas de vida.^[14]

Nas duas últimas décadas, apesar desta elevada cobertura vacinal, tem-se assistido a um aumento do número de casos de tosse convulsa, um aumento que parece ser gradual mas significativo. Em Portugal, o sistema de vigilância cobre toda a população e é baseado em informações clínicas de casos de doença declarados, tendo por base a definição de caso proposta pela OMS. Aqui a tosse convulsa também diminuiu com a vacinação, mas apesar de uma alta cobertura vacinal – mais de 90% das crianças com um ano de idade recebem três doses de vacina –, o número de casos notificados de tosse convulsa tem vindo a aumentar nos últimos anos.^[15]

Quanto à cobertura vacinal desta vacina tríplice DTP1 (primeira dose da vacina da Difteria, Tétano e Pertussis), as percentagens encontram-se desde 1980 sempre acima dos 90%, excepto em 1985 que o valor registado foi de 89%. A partir de 1989, obtivera-se coberturas superiores a 95%, excepto em 2005 que foi de 94%, verificando-se nos últimos anos coberturas vacinais de 99%, sendo este um indicador muito favorável.

As coberturas vacinais da DTP3 (terceira dose da vacina da Difteria, Tétano e Pertussis) a partir de 1991 apresentam-se sempre superiores a 90%, rondando os últimos anos em percentagens de 98%. A década de 80 foi marcada por coberturas vacinais entre 72% e 89%.

Resumindo, a cobertura vacinal em crianças com menos de um ano tem vindo a atingir percentagens superiores a 90%, reduzindo também a taxa de mortalidade infantil, bem como a mortalidade em idades inferiores a 5 anos. Acresce-se a isto, taxas decrescentes de todas as doenças imunopreviníveis.

Factores que foram determinantes para a melhoria do nível de Saúde em Portugal

Os frutos colhidos levam-nos a defender que a vacinação é uma das principais formas de prevenção de certas doenças, juntamente com as elevadas coberturas vacinais e a consciencialização da população para a adesão da prática de vacinação.

[16]

3. Taxa de Mortalidade

A informação dada pelo conhecimento da mortalidade, isto é, da ocorrência dos óbitos, esclarece alguns aspectos do comportamento da população quanto ao seu estado de saúde, visto que para algumas doenças a mortalidade dá indicação da maneira como se distribuem e da sua importância relativa ou gravidade. Para outras, que são a grande maioria, a benignidade ou a irregularidade da letalidade não permitem que os óbitos sejam índice suficientemente preciso para traduzir a sua frequência e importância. Outra razão da falta de precisão da mortalidade para traduzir o estado de saúde de grupos de indivíduos, está na influência que os padrões de tratamento têm na evolução de muitas doenças, fazendo variar de forma acentuada o risco de morte, e no estado de resistência dos indivíduos. A estrutura da população afecta também grandemente a mortalidade, porque esta atinge predominantemente as idades mais jovens e os idosos, do que os restantes. ^[17]

A mortalidade, pelo facto de ser registada de forma praticamente completa e cada vez com mais precisão, quanto à causa que a motivou, é insubstituível nos estudos de epidemiologia e o estudo e previsão desta são de particular relevância para o planeamento de políticas públicas e fiscais, ao mesmo tempo que desempenham um papel relevante na área da saúde, tendo aplicações na monitorização de programas e avaliação dos seus efeitos, na definição de prioridades em políticas de saúde pública e no planeamento da investigação médica e farmacêutica. ^{[17],[18]}

3.1. Condicionantes deste indicador

Apesar do desenvolvimento que tem vindo a ser feito ao nível dos indicadores de avaliação do estado de saúde da população a mortalidade continua a ser o mais utilizado, apesar de todos os constrangimentos que lhe estão associados. Tais limitações decorrem, desde logo, de se tratar de um indicador indirecto da saúde, já que avalia a morte e não a saúde. No caso português, acresce o grande número de óbitos aos quais não são reportadas causas de morte, os erros de preenchimento da certidão de óbito e os erros de codificação. Todavia, os investigadores continuam a preferir utilizar a mortalidade porque se reporta a um facto inequívoco e universal, que resulta do preenchimento de um certificado validado por um médico, apesar das limitações referidas. ^[19]

3.2. Taxa de Mortalidade Infantil (TMI)

3.2.1. Conceito

O indicador de mortalidade infantil mais conhecido é a TMI. Se numa perspectiva de análise demográfica, aplicarmos a noção de taxa, teríamos apenas de dividir o total de óbitos observados entre 0 e 11 meses exactos pela população média existente nesse intervalo de idades. Porém, quando se fala de taxa de mortalidade infantil, chama-se taxa a algo que na realidade é um quociente, ou seja, quando dividimos o 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, a TMI identifica-se como o número de óbitos de crianças com menos de um ano de vida por 1000 nados-vivos. Para tal, aquando do seu cálculo, é necessário o conhecimento das informações referentes ao número e à idade das mortes de crianças, bem como dos nados-vivos verificados na mesma região. A este tipo de taxa, que resulta da aplicação da generalização da noção de quociente é usual chamar-se Taxa de Mortalidade Infantil Clássica. Tem a incontestável vantagem de relacionar directamente os óbitos no primeiro ano de vida com os nascimentos em vez de os relacionar com a população média, como é o caso da aplicação da noção de taxa. Porém, esta forma de calcular a mortalidade infantil também não é inteiramente satisfatória porque os óbitos observados num ano civil, num ano completo, pertencem a duas gerações. Ex. Os óbitos ocorridos no primeiro ano de vida resultam de nascimentos ocorridos no ano do óbito ou no ano anterior.

[17],[20],[21],[22]

3.2.2. Importância deste indicador

No domínio dos indicadores da mãe e da criança, o estudo da mortalidade infantil é clássico em saúde pública. Este indicador ao longo dos anos tem vindo a resumir não só a situação de saúde, como também a fase de desenvolvimento sócio-económico do país ou região em causa.^[20]

É um bom índice de avaliação do grau de saúde e de protecção da vida nesta idade, e, ao mesmo tempo, do nível de saúde pública do meio a que a criança pertence. No entanto, possibilita a avaliação do estado de saúde de uma população dizendo não só respeito ao foro infantil, mas estendendo-se a toda a população. A OMS vai mais longe ao considerar que a TMI além de reflectir o desenvolvimento sócio-económico de um país, faz sobressair a amplitude dos problemas de saúde

directamente responsáveis pela morte das crianças (ex, 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. Sendo que esta inferência aplica-se sobretudo nos países em desenvolvimento.^{[17],[21]}

Este é um indicador sensível da disponibilidade, utilização e da eficácia dos cuidados de saúde, particularmente dos cuidados pré-natais.^[21]

3.2.3. Factores de risco da morbilidade e da mortalidade infantil

A criança é um ser desprovido de independência ou qualquer autonomia, e a sua vida está condicionada pelas características hereditárias e pela segurança e protecção que lhe são dispensadas, tanto pelos pais, família, como a sociedade em geral. A sua saúde está dependente da maneira como o meio a acolhe e ampara. Não é de admirar, portanto, que seja a fase da vida em que a saúde está mais ameaçada e em que as condições de higiene, de educação, de nível económico e social do meio têm maior repercussão directa, influenciando, dia-a-dia, o estado do novo ser. Deste modo, existem factores de risco da morbilidade e da mortalidade infantil que muitos deles podem ser evitáveis (são modificáveis) pelos pais e educandos que serão abordados com maior profundidade de seguida.^[17]

1. 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).^[21]
2. A contribuição dos factores maternos e demográficos
 - 2.1 A idade da mãe - mulheres com mais de 40 anos perdem os filhos duas vezes mais do 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. Concomitantemente, quanto mais elevada é a idade materna, maior risco existe de malformações congénitas, de que se ressalta a trissomia 21, sobretudo a partir dos 35 anos de idade. 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.
[21]

2.2 A ordem de nascimento – O aumento da mortalidade perinatal² com o aumento da idade é mais substancial nas nulíparas³, 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. As crianças cuja ordem de nascimento é dez ou mais, têm uma probabilidade quatro vezes acrescida de morrerem do que as de segunda ordem. Importa salientar que as nulíparas estão sujeitas a distócias (partos instrumentados: forceps, cesarianas etc), mais tardiamente reveladas e tratadas, enquanto nas grandes múltiparas certas distócias ou certas patologias (ex. 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. [21]

2.3 Os intervalos entre os nascimentos – Alguns autores associam os maus resultados da gravidez inerentes a baixos intervalos internascimentos, relacionados com o síndrome da “exaustão materna”. O primeiro efeito resulta da competição pelas reservas familiares e maternas e o segundo da deteriorização do status nutricional da mãe. [21]

2.4 O sexo do recém-nascido – 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. Existe um maior risco de mortalidade infantil no sexo masculino devido a razões biológicas, inerentes a genes imunorreguladores ligados ao cromossoma X, que contribuem para uma maior resistência às doenças infecciosas por parte do sexo feminino. [21]

3. A importância do nível sócio-económico

3.1 O nível de instrução da mãe – 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 e mesmo posteriormente. As mães instruídas rompem mais facilmente com a

² **Mortalidade perinatal** – A OMS define a mortalidade perinatal como o número de nados mortos e de óbitos de recém-nascidos na primeira semana de vida, em relação a cada mil nados-vivos.

³ **Nulíparas** – mulheres que nunca tiveram filhos

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 úsá-los em benefício da saúde dos 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, comunicar mais abertamente com o seu marido e diligenciar mais meios para a sobrevivência da criança. ^[21]

4. Determinantes relacionados com comportamentos adoptados e estilos de vida

4.1 A influência do tabaco – 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. Vários estudos encontraram diferentes resultados, com médias entre as 127 gr e as 254 gr, mas o valor médio é de cerca de 200 gr entre o peso dos recém-nascidos de grandes fumadoras e o de não fumadoras. Paralelamente, o facto da mulher fumar é um factor de risco para a infertilidade e para subfecundidade e durante a gravidez é um factor de risco de abortamentos e partos prematuros. ^[21]

4.2 O efeito do consumo do álcool e das drogas – Igualmente importante a considerar é a influência do álcool consumido durante a gravidez, devido ao “síndrome do álcool fetal” caracterizado pelo atraso de crescimento, disfunção do sistema nervoso central, malformações físicas, especialmente no rosto, atraso da maturação psicomotora e diminuição do desenvolvimento intelectual. Outras investigações apontaram problemas adicionais, nomeadamente, de nutrição e de sono, atrasos na fala, problemas emocionais e de relacionamento, problemas na escola, além de existir um sério risco de estas crianças se tornarem alcoólicas em adultas. ^[21]

3.2.4. TMI vs Taxa de mortalidade entre os 1 e 4 anos

Existe um certo consenso à escala internacional sobre a eleição do indicador que melhor retrata o estadio de desenvolvimento de um país ou de uma qualquer região, constituindo a TMI 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 TMI. A esperança de vida à nascença, apesar de ser menos assiduamente mencionada, é outro indicador utilizado como medida do status de saúde juntamente com a taxa de mortalidade em idades inferiores a cinco anos.^[21]

A taxa de mortalidade entre 1 e 4 anos de idade, caracteriza-se por ser uma taxa de mortalidade específica, pois está-se a incluir uma restrição, restrição essa aplicada tanto no numerador como no denominador, que neste caso é a faixa etária. Assim sendo, a taxa de mortalidade entre os 1 e 4 anos é calculada através dos óbitos entre 1 e 4 anos num determinado período de tempo relativamente à população média entre 1 e 4 anos nesse mesmo período de tempo. Por todas as razões acima mencionadas este foi um dos indicadores escolhidos para serem analisados na presente monografia.^[23]

Factores que foram determinantes para a melhoria do nível de Saúde em Portugal

Tabela 2 – Taxas de Mortalidade Infantil (‰) e Taxa de Mortalidade entre 1 e 4 anos (‰) em Portugal, Lisboa e Guarda respectivamente

Anos	TMI em Portugal	TMI no distrito de Lisboa	TMI no distrito da Guarda	TM entre 1 e 4 anos em Portugal	TM entre 1 e 4 anos no distrito de Lisboa	TM entre 1 e 4 anos no distrito da Guarda
1960	83,57	72,86	92,25	6,38		
1961	97,83	78,07	98,46	8,84		
1962	85,93	70,48	86,00	6,86		
1963	80,00	59,66	87,07	6,02		
1964	75,12	55,05	74,94	5,81		
1965	70,65	54,01	73,26	4,51		
1966	70,71	51,89	78,90	4,37		
1967	64,26	45,91	68,20	3,46		
1968	65,43	51,10	65,30	3,33		
1969	60,10	48,88	70,79	2,98		
1970	55,49	46,11	65,07	3,20		
1971	51,91	39,66	63,03	2,80		
1972	41,41	33,76	46,17	2,38		
1973	44,83	35,90	60,69	2,63		
1974	37,88	36,11	45,91	2,04		
1975	38,91	35,01	44,41	1,82		
1976	33,44	30,96	44,29	1,53		
1977	30,29	28,00	31,88	1,43		
1978	29,13	28,44	32,29	1,31		
1979	26,02	26,94	37,22	1,20		
1980	24,20	18,90	26,83	1,18		
1981	21,64	17,25	28,96	1,01		
1982	19,75	15,96	20,15	1,00		
1983	19,10	16,25	24,65	0,95		
1984	16,63	14,49	11,37	0,94		
1985	17,53	16,90	17,63	0,91		
1986	15,78	12,91	20,08	0,87		
1987	14,11	11,99	15,74	0,82		
1988	12,96	12,07	16,94	0,88		
1989	12,06	10,19	20,37	0,81		
1990	10,85			0,68		
1991	10,78			0,72		
1992	9,13			0,65	0,00	0,00
1993	8,63			0,64	0,00	0,00
1994	7,86			0,55	0,00	0,00
1995	7,41			0,49	0,00	0,00
1996	6,81	5,11	27,36	0,51	0,65	0,16
1997	6,46	5,06	43,96	0,49	0,58	0,00
1998	6,02	4,91	10,82	0,47	0,46	0,00
1999	5,64	4,07	26,96	0,39	0,50	0,00

2000	5,55	3,98	23,04	0,39	0,52	0,00
2001	4,97	3,67	4,52	0,34	0,35	0,00
2002	5,03	4,28	14,63	0,33	0,48	0,00
2003	4,12	2,93	15,95	0,25	0,23	0,00
2004	3,77	3,04	7,28	0,28	0,38	0,00
2005	3,49	2,73	22,73	0,20	0,26	0,19
2006	3,31	2,77	10,61	0,23	0,23	0,00
2007	3,44	2,81	16,90	0,17	0,25	0,00
2008	3,25	3,05	14,01	0,17	0,17	0,21
2009	3,64	3,96	2,75	0,20	0,26	0,00
2010	2,53	2,72	13,38	0,16	0,15	0,00
2011	3,12	3,21	21,34	0,17	0,22	0,00
2012	3,37					

Fontes: Anuários de Estatísticas Demográficas do INE, de 1960 a 1970 e Portal do INE⁴

3.2.5. Análise da evolução das taxas de Mortalidade Infantil

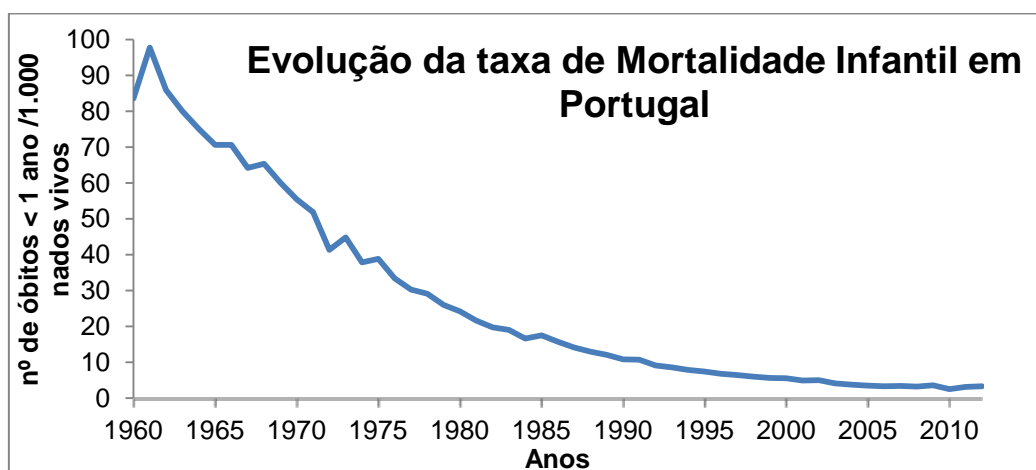


Gráfico 1 – Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil em Portugal de 1960 a 2012⁵

⁴ Entre 1990 e 1995 o INE não disponibiliza dados para calcular a TMI no distrito de Lisboa e da Guarda, estando apenas essa informação disponibilizada por Grandes Regiões. Também não estão disponíveis dados no INE, de modo a calcular a taxa de mortalidade entre 1 e 4 anos no distrito de Lisboa e da Guarda antes de 1991. A partir desse ano os resultados também não são conclusivos.

⁵ Os dados da TMI em Portugal foram obtidos no Portal do INE entre os anos de 1970 a 2012 e entre 1960 e 1969 foram consultados os Anuários de Estatísticas Demográficas respectivos para obter os seguintes dados: óbitos com menos de 1 ano e nados vivos de Portugal.

Construção própria com base no INE – Indicadores Demográficos - TMI 1970 a 2012 - última actualização dos dados a 9 de Maio de 2013 (acedido a 20 Maio de 2013)

A análise deste indicador foi feita sem distinção de sexos, como é normal na mortalidade infantil já que a diferença de comportamento da mortalidade masculina e da mortalidade feminina nestas idades, não sofre variações acentuadas.

Em Portugal, a TMI teve uma grande redução desde os anos 60 até aos dias de hoje, em cerca de 50 anos passou-se de 83,57 mortes por cada 1000 nascimentos para 3,37 em 2012 (Tabela 2, Gráfico 1). O decréscimo foi gradual ao longo dos anos, no entanto, se compararmos as taxas de 10 em 10 anos, o decréscimo é acentuado, como é o caso das TMI entre 1960 (83,57‰) e 1970 (55,49‰), e o contraste ainda é mais visível entre 1980 (24,20‰) e 1990 (10,85‰), sendo uma diminuição da TMI superior a 50%. No entanto, houve algumas oscilações das taxas principalmente nos anos, 1973 (44,83‰), e 1975 (38,91‰) em que houve um aumento da TMI comparativamente com os anos que os antecederam respectivamente: 1972 (41,41‰) e 1974 (37,88‰) mas nada de muito relevante na análise global da TMI.

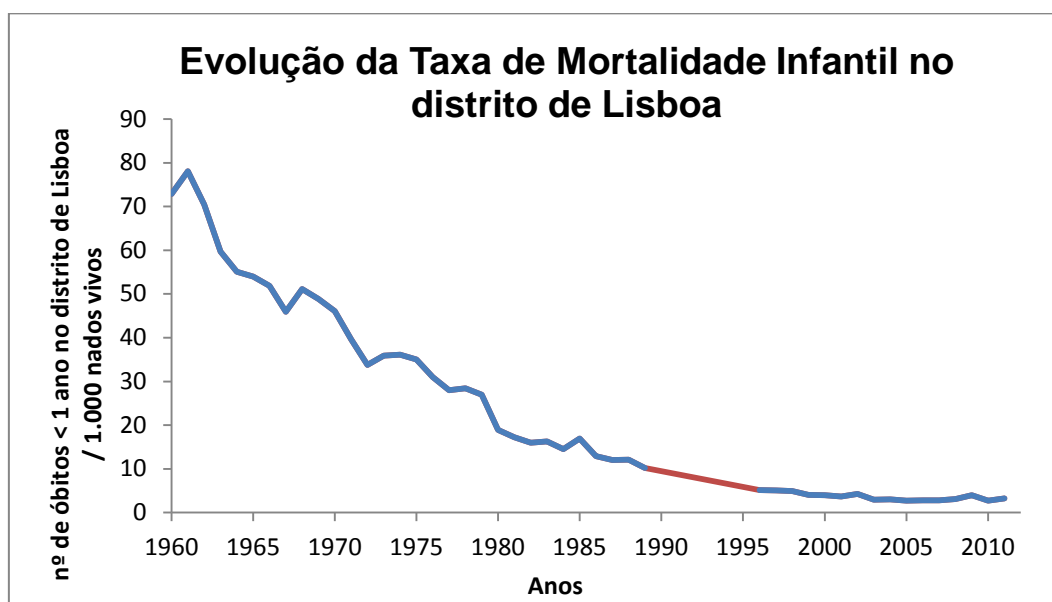


Gráfico 2 - Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil no distrito de Lisboa de 1960 a 2011 ⁶

⁶ Os dados da TMI no distrito de Lisboa foram obtidos no Portal do INE entre 1996 e 2011 e entre 1960 e 1989 foram consultados os Anuários de Estatísticas Demográficas respectivos para obter os seguintes dados: óbitos menos de 1 ano e nados-vivos ambos no distrito de Lisboa.

Construção própria com base no INE – Indicadores Demográficos – TM 1996 e 2011 – última actualização dos dados de óbitos com menos de 1 ano no distrito de Lisboa a 20 Abril de 2012 (acedido a 16 Abril de 2013), nados-vivos no distrito de Lisboa - última actualização dos dados a 17 Maio de 2012 (acedido em 16 Abril de 2013).

Através da visualização da tabela 2 e do gráfico 2, pode-se observar o elevado decréscimo da TMI no distrito de Lisboa desde 1960 (72,86‰) a 2011 (3,21‰). As décadas em que se observou um decréscimo mais acentuado foram entre 1970 (46,11‰), e 1980 (18,90‰), ocorrendo um decréscimo superior a 50 óbitos com menos de 1 ano no distrito de Lisboa por 1000 nados vivos em 10 anos. A década de 2000 já não sofreu muitas oscilações, no distrito de Lisboa em 2000 a TMI era de 3,98‰ e em 2010 2,72‰. A TMI no ano de 2011 em Portugal (3,12‰) é muito similar à TMI no distrito de Lisboa (3,21‰).

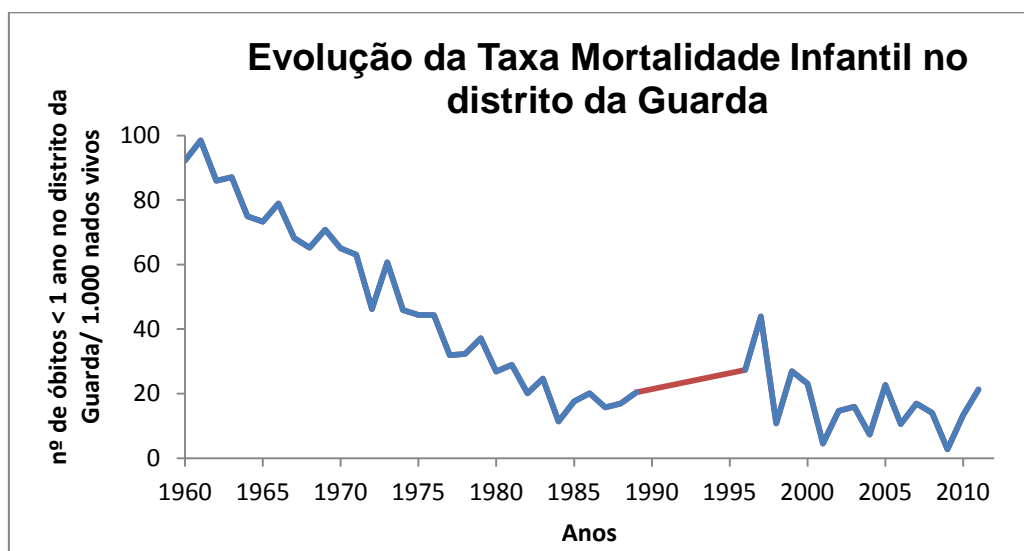


Gráfico 3 - Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil no distrito da Guarda de 1960 a 2011 ⁷

Construção própria com base no INE – Indicadores Demográficos – TM 1996 e 2011 – última actualização dos dados de óbitos com menos de 1 ano no distrito da Guarda a 20 Abril de 2012 (acedido a 16 Abril de 2013), nados vivos no distrito da Guarda - última actualização dos dados a 17 Maio de 2012 (acedido em 16 Abril de 2013).

⁷ Os dados da TMI no distrito da Guarda foram obtidos no Portal do INE entre 1996 e 2011 e entre 1960 e 1989 foram consultados os Anuários de Estatísticas Demográficas respectivos para obter os seguintes dados: óbitos menos de 1 ano e nados vivos ambos no distrito da Guarda.

Através da visualização da tabela 2 e do gráfico 3, pode-se observar o elevado decréscimo da TMI no distrito da Guarda desde 1960 (92,25‰) a 2011 (21,34‰). Apesar do decréscimo visível, houve muitas oscilações ao longo destas 5 décadas. Entre 1972 e 1973 houve um aumento brusco da TMI, passando de 46,17‰ para 60,69‰. De 1984 para 1985 também houve um aumento de 11,37‰ para 17,63‰, no entanto, não foi tão acentuado. Comparando os gráficos 1 e 3, pode-se concluir que a TMI no distrito da Guarda ainda está muito afastada da realidade da média da TMI em Portugal que em 2011 era de 3,12‰. Comparando o interior e o litoral a diferença também é significativa. No distrito de Lisboa em 1960 a TMI era de 72,86‰, enquanto que no distrito da Guarda era de 92,25‰. A diferença de cerca de 20‰ mantém-se no ano 2000, no distrito de Lisboa 3,98‰ e no da Guarda 23,04‰.

3.2.6. Análise da evolução das taxas de mortalidade entre 1 e 4 anos

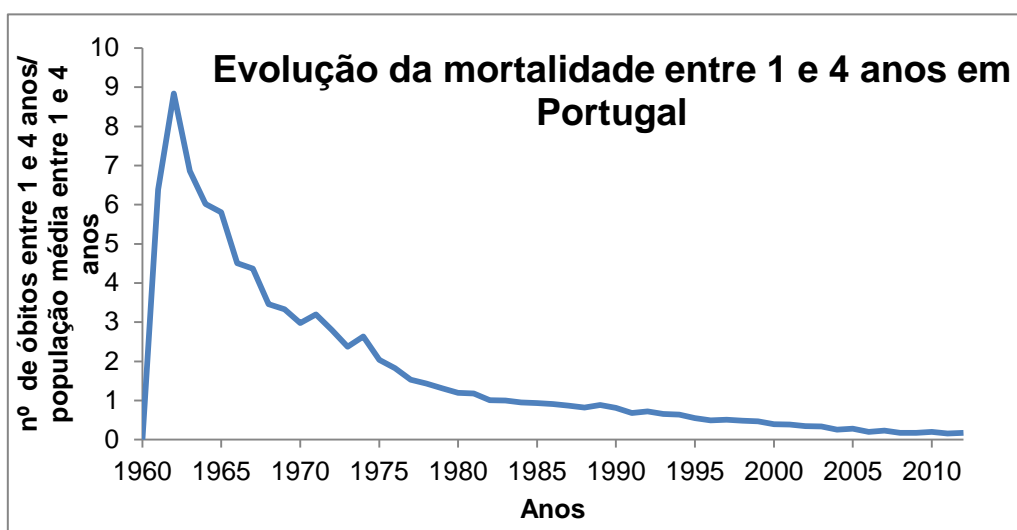


Gráfico 4 - Evolução da Taxa de Mortalidade entre 1 e 4 anos em Portugal de 1960 a 2011⁸

Construção própria com base no INE – Indicadores Demográficos – óbitos entre 1 e 4 anos em Portugal entre 1996 e 2011- última actualização a 15 Outubro de 2012 (acedido a 16 Abril de 2013)

⁸ Os dados relativos aos óbitos entre 1 e 4 anos em Portugal foram obtidos no Portal do INE entre 1996 e 2011 e entre 1960 e 1995 foram consultados os Anuários das Estatísticas Demográficas dos respectivos anos. População média entre 1 e 4 anos desde 1960 a 2011 obtidos por pedido directo ao INE

A diminuição da taxa de mortalidade entre 1 e 4 anos desde 1960 a 2011 é bastante acentuada, passando de 6,38‰ para 0,17‰. Analisando as taxas de mortalidade entre décadas em 1960 a taxa de mortalidade era de 6.38‰, passando quase para metade em 1970 (3.20‰), 1.18‰ em 1980, 0,68‰ em 1990, 0,39‰ em 2000 e em 2010, 0,16‰, não havendo grandes oscilações ao longo do tempo.

3.2.7. Causas endógenas e exógenas

As causas que originam a mortalidade infantil podem ser classificadas em causas endógenas ou internas e exógenas ou externas.

As primeiras resultam de malformações adquiridas por hereditariedade dos pais ou durante a gravidez, ex: causas congénitas, que incluem as afecções à nascença, a prematuridade ou debilidade congénita, os traumatismos e os acidentes obstétricos. As causas endógenas são de mais difícil eliminação, pois os conhecimentos sobre a sua origem e, portanto os meios para os combater progridem mais lentamente.

As causas exógenas estão ligadas aos aspectos exteriores: infecções, deficiências de natureza alimentar ou sanitária, acidentes diversos. Algumas destas causas são hoje bem conhecidas e dispõem-se de meios para as combater, são causas facilmente combatíveis, dependendo do resultado dos recursos disponíveis para as eliminar como sejam, a cobertura médico-sanitária mais ou menos eficiente e a assistência materno-infantil. Mais especificamente classificam-se em causas alimentares, como perturbações digestivas (gastroenterite, diarreia) e da nutrição (toxicose, atrepsia), causas infecciosas como doenças infecciosas, especialmente respiratórias (bronquite, pneumonia), parasitoses e outras causas diversas como doenças não microbianas, acidentes graves, etc. ^{[17],[24]}

Quadro 1 – Mortalidade Infantil em Portugal segundo as principais causas

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. ENDOCRINAS, DA NUTRIÇÃO, DO METAB. E DO SIST. IMUN. E D. DO SANGUE E DOS ÓRGÃOS 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 ÓRGÃOS 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 RESPIRATORIO	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-URINARIO	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. SUBCUTANEO	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 CONGENITAS	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.

Em 1960 destacam-se como principais causas algumas afecções originadas no período perinatal com 39,8%, o segundo e terceiro posicionamento vão para as doenças do aparelho digestivo e circulatório (26,8% e 17,1%), respectivamente. Em quarto e quinto lugar as causas de morte são sintomas, sinais e afecções mal definidas e doenças infecciosas e parasitárias. Em 1980, a principal causa de morte mantém-se (algumas afecções originadas no período perinatal) com uma percentagem de 42,3%. Por ordem decrescente seguem-se as malformações congénitas (15,9%), as doenças do aparelho respiratório (13,5%) e as doenças infecciosas e parasitárias (11,2%). 15 anos depois, a principal causa mantém-se com uma percentagem de 43,1%, a segunda mantém-se comparativamente com 1980 (malformações congénitas – 29,6%) e em terceiro e quarto lugar seguem-se os sintomas, sinais e afecções mal definidas e as doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos com 5,2%.

Na globalidade tem-se vindo a observar um decréscimo das doenças infecciosas e parasitárias ao longo do tempo, estando incluída nestas, a tuberculose, a tosse convulsa, sarampo e difteria. Como já foi descrito anteriormente a introdução

Factores que foram determinantes para a melhoria do nível de Saúde em Portugal

das vacinas no PNV e as elevadas coberturas vacinais vieram a contribuir bastante para a diminuição da morte por estas doenças.

Quanto às malformações congénitas, tem-se vindo a observar um aumento ao longo do tempo, estando na liderança destas, as malformações congénitas do coração e do aparelho circulatório. Grande parte das malformações congénitas não podem ser prevenidas e relacionam-se com vários factores tais como, os hereditários (ex. Espinha bífida) e a idade da mãe (Síndrome de Down), 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 a ingestão de certos medicamentos no decurso do período gestacional. ^[21]

Causas de mortalidade dos 1 - 4 anos

Actualmente, em Portugal, nas crianças até aos 5 anos, no que se refere às causas de morte, observa-se que as mais frequentes são os acidentes (traumatismos) e os tumores, causas bem diferentes das observadas no início do século XX.^[25]

As melhorias das condições de vida na nossa sociedade, entre elas a maior qualidade e variedade na alimentação da população, o desenvolvimento nos cuidados de saúde e o desenvolvimento tecnológico acompanhado por um crescimento económico, traduziram-se num aumento da esperança média de vida da população portuguesa e numa diminuição da taxa de mortalidade da mesma.^[18]

3.2.8. Vacinação vs Redução da Mortalidade Infantil

A redução da mortalidade infantil pela vacinação foi um dos maiores sucessos do século passado. Contudo, existem ainda muitas situações para concretizar, no capítulo da imunização, e que se encontram fora de controlo. Actualmente, estão a surgir novas vacinas ou vacinas melhoradas que tentam auxiliar neste combate.

No entanto, também no nosso país, existem grupos que falham o sistema global da imunização como os imigrantes, a população deslocada, os que sofrem de problemas sociais, sem consciência ou motivação para a vacinação.^[26]

4. Evolução da diminuição da dimensão das famílias

As estruturas formais da coabitação doméstica são um elemento central para a compreensão não só dos modelos de organização da vida familiar, mas também para a explicação das dinâmicas sociais dos grupos familiares e, por conseguinte, as tendências estruturais dos modos de reprodução social das sociedades.^[27]

Em Portugal, a vida familiar, nos últimos 40 anos sofreu o impacto da modernização da sociedade portuguesa, registando-se mudanças assinaláveis. Salienta-se a diminuição da dimensão média da família e o aumento dos agregados de pessoas sós ou a diminuição dos agregados numerosos e das famílias complexas⁹. Por outro lado, como reflexo provável da descida e adiamento da fecundidade, do aumento do divórcio ou do envelhecimento populacional, diminuem as famílias de casal com filhos e aumentam as de casal sem filhos e as monoparentais¹⁰.

[28]

4.1. Litoral vs Interior

O tema das estruturas domésticas está na base de modelos explicativos da diferenciação regional que se regista em Portugal. No norte, onde havia proporções elevadas de famílias complexas, contrapõem-se a maior nuclearização do sul do país, sendo estas duas regiões apresentadas, do ponto de vista dos sistemas familiares, como mundos contrastantes na relação estabelecida entre formas de produção e formas de organização familiar. Se uma lógica centrada na casa, na auto-suficiência, na herança da terra, propiciava a co-residência de mais de uma geração sob o signo do patriarca da família, o salariado, ao separar o trabalho da unidade familiar, permitiria a neolocalidade como padrão de residência dos jovens casais, por “libertá-los” de lógicas de reprodução familiar camponesas. Ainda que esta divisão fosse excessivamente ideal-típica, como comprovam alguns estudos, e houvesse, antes,

⁹ Famílias complexas – Famílias simples (conjugais – com ou sem filhos ou monoparentais) com outras pessoas ou mesmo outros núcleos.

¹⁰ Famílias monoparentais - refere-se, em sociologia da família e nos estudos de política social, a uma mãe ou um pai a viver sem cônjuge e com filhos dependentes (crianças ou jovens adultos solteiros), sendo esta a definição encontrada nos estudos sobre o funcionamento e as consequências da monoparentalidade.

uma multiplicidade de formas e de estratégias familiares vinculadas a várias causas sociais e permeáveis ao efeito da mudança, é certo que a diferenciação norte/sul sempre se evidenciou a respeito das maneiras como se organiza a co-residência, mantendo-se, entre 1960 e 1991, alguns contrastes de referência, visíveis na dimensão média das famílias ou na proporção de famílias complexas, mais elevadas a norte do que a sul. ^[28]

Em resumo, no norte, a concentração doméstica é propiciadora de complexidade e está orientada para a perpetuação da casa camponesa, enquanto no sul a neolocalidade é propiciadora da nuclearização conjugal. A importância do peso relativo da complexidade na segunda metade do século XX marca o panorama familiar nacional e devemos questionar-nos sobre a evolução dessa importância. ^[27]

4.2. Tendência familiar 1960-2001

Os agregados domésticos são hoje significativamente mais pequenos do que eram em 1960, passando a dimensão média da família, de 3,8 indivíduos nesta data, para 3,1, em 1991, e para apenas 2,8, em 2001.

Estamos hoje essencialmente em presença da família estritamente nuclear, de uma ou duas gerações, na qual trabalham o pai e a mãe. São cada vez em menor número as famílias reunindo, sob o mesmo tecto, mais de duas gerações.

A percentagem de agregados domésticos com mais de cinco pessoas diminuiu também exponencialmente, representando, em 2001, somente 3,3% dos agregados, ou seja, metade do que atingia em 1991 e um quinto do que representava em 1960. Crescem os números das uniões de facto, das famílias monoparentais e das famílias de um só indivíduo. Aumentou o número de divórcios (1 divórcio por cada 4 casamentos) e de segundos casamentos. Cresce significativamente o número de filhos fora do casamento: pertence a este grupo um em cada quatro nascimentos. ^{[6], [28]}

4.3. Famílias complexas

Entre 1991 e 2001 verificou-se uma diminuição de 3,5% do peso relativo dos agregados domésticos de famílias complexas na estrutura global dos agregados domésticos em Portugal. Esta diminuição é o resultado não só do aumento global do número de agregados domésticos, particularmente daqueles constituídos por pessoas sós e também dos agregados domésticos de famílias simples¹¹ que faz diminuir a

¹¹ Famílias simples – Englobam as famílias conjugais (com ou sem filhos) ou monoparentais (um pai ou uma mãe com filhos)

importância relativa das situações de complexidade doméstica, mas igualmente da real diminuição do número absoluto de agregados domésticos complexos. ^[27]

Em relação às mudanças observadas, desde 1960, na distribuição regional da complexidade, a grande alteração dá-se na Grande Lisboa e regiões circundantes, cuja proporção de agregados complexos desce significativamente até ser média-baixa em 2001. Outra alteração expressiva verifica-se, de 1960 para 1991, com um ligeiro aumento da complexidade na Beira Interior Norte, onde se localiza o distrito da Guarda e diminuição da complexidade em 2001. ^[27]

Podemos concluir que em termos regionais uma proporção muito alta de agregados complexos encontra-se ainda em 2001 em regiões do Norte, podendo observar-se uma certa continuidade entre 1960, 1991 e 2001 e os contrastes, em termos de percentagem de complexidade, fazem-se entre a faixa mais litoralizada a norte e a faixa interior do país (ver anexo 2). ^[27]

Se esta tendência para a diminuição do peso e do número das situações de complexidade doméstica se vinha já desenhando desde 1960, constatamos que o ritmo da queda se acentuou na década de 1990. Esta diminuição será porventura o resultado das profundas transformações sociais verificadas em Portugal. Por um lado, a melhoria substancial das condições de existência da população portuguesa poderá ter retirado peso a estratégias de concentração doméstica como resposta às dificuldades de acesso a habitação própria. Por outro lado, os movimentos globais de urbanização, autonomização e individualização, patentes igualmente numa série de outros indicadores sociodemográficos e familiares. ^[27]

4.4. Famílias monoparentais

Regista-se, em primeiro lugar, um aumento considerável das famílias monoparentais entre 1991 e 2001.

Se isolarmos as famílias monoparentais com filhos menores de 18 anos, o aumento apresentado é menos acentuado, passando-se, em números relativos, de uma percentagem de 6,8 para 7,5 do total de famílias com filhos.

Nota-se, em 2001, no que diz respeito às famílias monoparentais “jovens”¹², que as regiões do litoral sul se destacam com as percentagens mais altas de pais e mães sós com filhos dependentes, recordando mais uma vez a velha clivagem entre o sul e o norte. Por um lado, um grupo de regiões do interior mais “envelhecidas”, onde

¹² Famílias monoparentais “jovens”, podemos supor, com alguma certeza, tratar-se de pais e mães sós a viver, maioritariamente, com filhos menores solteiros e dependentes.

a principal característica é o crescimento das famílias monoparentais com filhos mais velhos.^[29]

Um terceiro aspecto prende-se com a diversidade interna das famílias monoparentais. No campo das continuidades, importa referir que a repartição por sexo não sofreu nenhuma alteração, predominando sempre, no passado e no presente, as famílias monoparentais de mães sós. Por outro lado, mantém-se uma tendência acentuada para a co-residência em agregados domésticos de famílias complexas, denotando-se aqui, em particular nas famílias monoparentais com crianças, uma possível vulnerabilidade económica e/ou residencial. No campo das mudanças são também várias as alterações registadas. A primeira, e talvez a mais surpreendente, diz respeito ao crescimento, em termos absolutos e relativos, das famílias monoparentais de pessoas solteiras, tendo sido avançado, como explicação mais provável, o aumento dos nascimentos fora do casamento no contexto das uniões de facto. É um perfil de evolução que aproxima Portugal das formas de monoparentalidade existentes há algumas décadas na maior parte dos países da União Europeia.^[29]

Uma outra transformação tem a ver com a subida dos níveis de instrução das famílias monoparentais. As famílias monoparentais de pessoas divorciadas continuam a ter os níveis de educação (e de actividade profissional) mais elevados, mas nota-se um aumento acentuado, para todas as famílias monoparentais, das situações em que as mães ou os pais sós possuem um nível de educação acima do ensino básico: uma em três em 2001 (apenas uma em oito em 1991). Portugal destaca-se também, juntamente com os países da Europa do sul, por uma percentagem elevada de famílias monoparentais a viver em agregados domésticos de família complexa.^[29]

4.5. Efeitos da revolução contraceptiva – Diminuição da natalidade e diminuição da dimensão das famílias

A revolução contraceptiva começou em Portugal por volta de meados da década de 1960, época em que o indicador conjuntural de fecundidade era ainda de 3 filhos por mulher. Mas, os resultados desta revolução começaram a ganhar mais expressão a partir da 2ª metade dos anos 70 e os seus efeitos acentuaram-se inexoravelmente a partir do início da década de 1980.^[30]

Em 1982, passámos pela primeira vez abaixo de 2,1 filhos por mulher – limiar mínimo que assegura a plena substituição das gerações - e em 1986 o indicador conjuntural de fecundidade fixou-se à volta de 1,6 filhos. Assim, no espaço de pouco mais de vinte anos a procriação das mulheres portuguesas diminuiu para metade.

Manteve-se relativamente estável até 2003, ano em que desceu para 1,4. Em 2007, afundou para 1,3, valor em que se mantém actualmente. ^[30]

Um dos factores demográficos que explica esta evolução é a redução do ciclo fecundo das mulheres, o qual tende a iniciar-se cada vez mais tarde, o que deve ser relacionado com o aumento da idade média ao primeiro casamento e a descida da intensidade da nupcialidade. ^[30]

O indicador conjuntural da nupcialidade de solteiros sofreu em pouco tempo uma quebra assinalável. Em 1980, por cada 100 homens, 85,9% efectuavam um primeiro casamento. Em 2008, essa proporção passou para 44%, ou seja, uma diminuição de 48,8%. Trata-se de uma evolução fulminante em pouco mais de 25 anos, com resultados tremendos, uma vez que actualmente mais de metade dos homens (51,2%) não se casam. ^[30]

Entre as mulheres a diminuição é um pouco inferior (menos 41,6% de primeiros casamentos), mas o resultado é praticamente o mesmo: 51% das mulheres nunca se casam (83,9 de primeiros casamentos em 1981, 49% em 2008). Além de casarem cada vez menos, homens e mulheres casam também cada vez mais tarde.

Em 1981, 24,7 anos era a idade média do primeiro casamento dos homens. Em 2008, passaram a casar-se aos 29,7 anos, ou seja um envelhecimento de 5 anos num espaço de pouco mais de 25 anos, o que em termos de tempo demográfico é extremamente curto. ^[30]

O retardamento do casamento das mulheres foi ainda mais acentuado: mais 6 anos, passando de 22,1 anos em 1981, para 28,1 anos em 2008.

Em 1995, a idade média das mães no nascimento do 1º filho era de 25,6 anos, o que já era relativamente tardio; em 2008, ela aumentou para 28,4 anos, ou seja, quase mais 3 anos. O início mais tardio da maternidade contribuiu logicamente para que diminuam as probabilidades de as mulheres terem um filho ou de voltarem a ter outro ou mais filhos. ^[30]

As alterações de calendário da nupcialidade e da fecundidade exprimem inquestionavelmente os efeitos de outro adiamento, que é socialmente estrutural, e que é o adiamento da entrada na vida adulta, motivado pelo prolongamento dos estudos e pelo aumento da precariedade e do desemprego dos jovens.

Testemunham também alguma decadência do prestígio social do casamento e o facto de muitos jovens prezarem mais a sua liberdade e a sua carreira profissional do que o projecto de constituírem família ou uma união estável. ^[30]

Notas finais

Portugal apresenta ainda uma percentagem relativamente elevada de agregados domésticos de famílias complexas. No entanto e como vimos, este peso, relativo ou absoluto, tem vindo paulatinamente a diminuir desde 1960 até aos dias de hoje, sendo essa diminuição mais marcada ao longo da década de 1990 transacta. O que verificamos é que a complexidade doméstica apresenta-se, cada vez menos, como uma espécie de fatalismo antropológico, inscrito nas matrizes profundas de reprodução do mundo camponês. O movimento global da modernidade na sociedade portuguesa, acompanhado da melhoria das condições de vida da maioria da população nas últimas três décadas, potenciando a autonomização (pessoal e familiar), levou a que a complexidade doméstica seja, cada vez mais, algo característico de segmentos pouco qualificados da população, e que podem apresentar, como sabemos que muitas vezes apresentam, carências de recursos para lidar com as exigências de organização da vida familiar. Tal é, muitas vezes, o caso das situações de monoparentalidade ^[27]

A década de 1990 foi marcada por um compasso rápido de modernização da vida familiar, visível na crescente informalização da conjugalidade, na descolagem entre casamento e parentalidade, no aumento do divórcio e das famílias recompostas, ou ainda no aumento continuado da taxa de actividade feminina e na diminuição da taxa de natalidade. ^[28]

As maneiras como hoje se organiza a vida privada não são exactamente as mesmas de 1991, e muito menos as de 1960, com a crescente informalização dos comportamentos, o aumento do divórcio e da recomposição familiar, o adiamento da chegada dos filhos ou mesmo da idade de entrada na vida a dois. Impacto tem ainda a produção de melhores condições para a expressão da autonomia individual (aumento da escolaridade ou da profissionalização feminina) e da independência residencial face aos parentes (por exemplo, com as melhores condições de acesso à habitação para os jovens, que se verificaram na década de 1990). ^[28]

Num olhar global sobre o país, tomam forma, a um ritmo declaradamente mais veloz nos anos 90, movimentos de nuclearização e de individualização das estruturas domésticas, que ganham peso à medida do enfraquecimento da dimensão média da família, contrapondo-se à larga percentagem de famílias numerosas e de agregados complexos que se vislumbra, no passado, em 1960. ^[28]

5. Aspectos determinantes para o estado de Saúde actual em Portugal

Paralelamente, à realidade que se vive actualmente na Europa, Portugal apresenta uma muito baixa TMI. A imensa melhoria das condições de vida dos portugueses, particularmente depois de 1974, a criação do SNS, a condução de programas de saúde (como o PNV, cuidados materno-infantis), e as grandes obras de construção de infra-estruturas de saneamento do meio ambiente, bem como melhor *habitat*, explicam o sucesso verificado na continuidade e rapidez da redução da mortalidade infantil. 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.^[31]

Década de 40

Existem vários aspectos que ao longo das décadas até aos dias de hoje se evidenciaram e que podem resumir os principais determinantes que conduziram à situação bastante satisfatória que se vive actualmente em Portugal, relativamente à Saúde, contribuindo para uma diminuição acentuada da TMI.

Em primeiro lugar temos a criação do Instituto Maternal nos anos quarenta do século XX que incentivou naquela década a descida da TMI em concomitância com a diminuição que se operou das Taxas de Natalidade. Os serviços que foram então criados consistiam em consultas de Pediatria e Puericultura, Lactários e Consultas Pré-natais e Ginecológicas, tendo inicialmente sido privilegiada a cidade de Lisboa e só depois se difundiriam pelo resto do país. Estes serviços equivalentes aos *Goutte de Lait* e *Consultation de Nourrissons* de iniciativa privada que apareceram na Europa no fim do século XIX e princípios do século XX surgiram em Portugal com um *décalage* de cerca de quarenta anos para os países mais desenvolvidos.^[31]

Outro dos determinantes foi o desenvolvimento dos meios profilácticos e terapêuticos, visível a partir de finais da década de quarenta do século XX, com particular destaque para os antibióticos.^[31]

Década de 50

Os avanços científicos e tecnológicos verificados na Obstetrícia, na Pediatria e na Neonatologia, no último século, nomeadamente na segunda metade, também são um factor explicativo bastante importante na redução das taxas de mortalidade observadas. Os Serviços de Obstetrícia estavam sediados na Maternidade Júlio Dinis e no Hospital de Santo António, no Porto, e na Maternidade Magalhães Coutinho em Lisboa, até à década de 50. Com a inauguração dos Hospitais Escolares de S. João (1959), no Porto e Santa Maria, em Lisboa houve a organização de Serviços de Obstetrícia e Pediatria. A Pediatria Preventiva e a Pediatria Social adquiriram supremacia em relação à Pediatria Curativa. Reforçava-se o seguimento das crianças no ambulatório, reservando-se o internamento para os doentes com patologia crónica.

[25]

Década de 60

Nesta década não podemos esquecer a vacinação e a melhoria das condições de vida da população (alimentação, hábitos higiénicos e condições habitacionais) como outros dos principais determinantes. O PNV surge em Portugal em 1965, obtendo-se todas as vacinas gratuitamente e as taxas de cobertura vacinal chegam a ser coincidentes com as dos E.U.A., do Reino Unido e da Noruega, revelando-se até superiores às de países como a França ou o Japão. Por seu turno, as condições habitacionais denotaram uma melhoria mais substancial nas décadas de sessenta e de setenta. [31]

Década de 70

Na realidade, tivemos que aguardar pela década de setenta para assistirmos a uma importante intervenção do Estado no âmbito da saúde, visto até aí o seu papel ser meramente supletivo. Os aspectos mais relevantes desta intervenção foram o direito à saúde para todos, a aposta nos Cuidados de Saúde Primários, ainda antes da Declaração de Alma-Ata em 1978, traduzindo-se no desenvolvimento de uma rede de Centros de Saúde (Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de Setembro – Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência) e a criação de um serviço médico à periferia (Despacho de 19 de Março de 1975). Naquele decreto foram equacionados os princípios de uma nova política de saúde, que concedeu, pela primeira vez, prioridade aos cuidados de saúde primários, especialmente à Saúde Materno-Infantil e reconhecendo a importância da prevenção e promoção da saúde, que até àquela data eram secundarizadas, em benefício da componente curativa. [31]

Foi, entretanto, reconhecido o direito à saúde a todos os portugueses prevendo-se a criação de Centros de Saúde em todos os concelhos (municípios), incluindo os das sedes dos distritos. Na realidade, foi nos primeiros quatro anos da década de setenta do século XX que se assistiu a uma melhoria acentuada dos valores dos principais indicadores sanitários, tais como, a TMI, a mortalidade por doenças evitáveis e a percentagem de partos sem assistência. O SNS viria a ser criado em 1979 (Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro), chegando fora de tempo, tal como sucedeu com os restantes SNS do sul da Europa.^[31]

Foi então que se iniciou a regionalização dos cuidados perinatais e da estruturação dos sistemas de transporte com pessoal especializado. A Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários definiu o esquema básico dos cuidados perinatais (1974-75), tendo em consideração a realidade portuguesa. Elaborou o Boletim da Grávida e o Boletim de Saúde Infantil. Foi da iniciativa desta Direcção a aquisição e a distribuição de material básico para a reanimação do recém-nascido nas instituições do estado, acção apoiada pela Sociedade Portuguesa de Pediatria, bem como a implementação de iniciativas de formação e acção.^[25]

Década de 80

Mais tarde, no início da década de oitenta, a criação e o desenvolvimento das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais nos estabelecimentos hospitalares vieram contribuir para a redução das Taxas de Mortalidade Neonatal.^[31]

Assiste-se ao aparecimento das unidades de cuidados intensivos neonatais, integradas em serviços de pediatria. No início da década de 80 do século XX, o Prof. Norberto Teixeira Santos criou as subespecialidades pediátricas, no Serviço de Pediatria do Hospital de S. João, e em 1996, o Departamento de Pediatria com vários serviços e unidades funcionais. Com o seu dinamismo, foi inaugurada de 1983, a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, e em 1996, foi criado o Departamento de Pediatria e, com ele, seis serviços.^[25]

Através do índice de Virgínia Apgar (1909-1974) organizou-se o exame do recém-nascido e os cuidados médicos necessários. Embora tivesse sido demonstrado, na década de 70, que a administração de glicocorticóides à grávida determinava a aceleração da maturidade pulmonar fetal, a sua vulgarização deu-se dez anos mais tarde. A ventilação mecânica convencional surgiu em Portugal concomitante com a criação das unidades de cuidados intensivos neonatais e pediátricas. Mais tarde, a ventilação de alta frequência, a hipercapnia permissiva, a crioterapia e a terapia com *laser* para a retinopatia da prematuridade, e a melhoria das soluções de nutrição parentérica, entre outros factores, contribuíram eficazmente para o sucesso do

tratamento dos doentes. O *screening* auditivo iniciou-se em Portugal nos recém-nascidos de risco, estando actualmente a ser implementado o rastreio auditivo universal.^[25]

A introdução da ultrassonografia e da tomografia axial computadorizada, do equipamento de monitorização, do eco-Doppler, da ressonância magnética e da tomografia por emissão de positrões ampliaram as capacidades diagnósticas com o recurso a técnicas não invasivas.^[25]

Com a criação do INEM em 1986 viabilizou-se o funcionamento de um sistema de transporte do recém-nascido em risco nos centros urbanos de Porto, Lisboa e Coimbra.^[15]

A institucionalização da Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil (1989) permitiu criar as bases da regionalização dos cuidados, com a definição de Hospitais de Apoio Perinatal e Perinatal Diferenciado, das Unidades Coordenadoras Funcionais (unidades de articulação dos hospitais com os centros de saúde), dos hospitais da área de influência, e permitiu a reestruturação dos recursos humanos e materiais.^[25]

Resumindo, a melhoria das condições sócio-económico-culturais da população, a evolução científica e tecnológica, a crescente qualificação da assistência obstétrica e pediátrica, a criação do INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica), das Unidades Coordenadoras Funcionais, da “Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil”, associados a uma vontade política no que se refere à salvaguarda da Saúde Pediátrica, foram factores determinantes nos indicadores de saúde em Portugal.^[25]

6. Perspectiva Futura

Depois de Portugal ter revelado uma espectacular melhoria, principalmente desde os anos setenta do século XX, dos índices sanitários mais representativos do estado de saúde da sua população e do seu grau de desenvolvimento sócio-económico, com particular destaque para a TMI, novos desafios se equacionam nos primórdios do século XXI. Na realidade, actualmente Portugal apresenta já uma das mais baixas TMI e de Mortalidade Materna à escala mundial e possui capacidade para continuar a diminui-la, mas alguns obstáculos parecem dificultar esta descida. ^[31]

Num período de acesa crise económica, o espírito economicista tende a esquecer a componente humana. Os factores que lhe estão subjacentes, de acordo com os que têm capacidade para decidir politicamente, parecem ser objectivos e evidentes. O Estado despende cada vez mais em saúde e vive uma situação de quase «asfixia». Por outro lado, o desperdício e a falta de organização num sistema de saúde com uma boa base jurídica têm que ser combatidos a todo o custo. O objectivo final, na opinião dos mesmos, é o aumento da qualidade da prestação do serviço. No entanto, as recentes mutações operadas no sistema de saúde português têm revelado que os objectivos economicistas não servem as necessidades das populações e a qualidade dos serviços não tem aumentado conforme se previa. ^[31]

Vacinação

A acessibilidade à vacinação é uma realidade no nosso país, e deverá continuar a ser uma prioridade na organização dos Centros de Saúde, não devendo, de modo algum, ser prejudicada por medidas orçamentais ou funcionais. O rastreio dos atrasos vacinais não deve, contudo, ser responsabilidade única dos cuidados de saúde primários, mas de todos os médicos que prestam cuidados às crianças. O internamento hospitalar é uma oportunidade única para sensibilizar os pais da importância da vacinação, que pode ser concretizada com uma referenciação eficaz à data da alta. ^[8]

É preciso melhorar a cobertura vacinal na idade pré-escolar e para isso é fundamental:

- Vigiar e conhecer o estado vacinal das crianças em idade pré-escolar em cada região, realizando estudos transversais periódicos e utilizando bases de dados centralizadas.
- Procurar as crianças em risco, identificando-as nas consultas habituais, durante os internamentos, nos Serviços de urgência, jardins infantis, programas de acção social e utilizando sistemas de alarme em idades-chave que permitam convocar atempadamente essas crianças.
- Facilitar o acesso aos Serviços de Saúde e desburocratizar.
- Aproveitar todas as ocasiões para vacinar uma criança.
- Ensinar os pais e os profissionais de Saúde. Vale sempre a pena investir no ensino e na formação. Os pais mais esclarecidos recorrem mais aos Serviços de Saúde e os profissionais mais bem formados e interessados não perdem ocasiões para vacinar e para ensinar. ^[13]

Em Portugal, a vigilância do PNV é conduzida pelos centros de saúde através do sistema SINUS (programa informático) coordenado pelo IGIF. Este sistema permite os registos de todos os actos vacinais e a consequente convocatória aos educadores e pais de crianças com vacinas em atraso. Pela rapidez com que permite apurar resultados, este processo significa uma melhoria significativa na monitorização das taxas de cobertura vacinal e correspondente introdução de medidas correctivas, se tal se justificar. ^[32]

É importante referir que associado ao sistema SINUS está implementado o Programa Nacional de Saúde Escolar onde se prevê a vigilância de saúde da criança e sua família bem como a monitorização do PNV na área geográfica do Centro de Saúde. ^[26]

A utilização deste módulo, a nível local, permite a gestão do ficheiro de vacinação em tempo real através do cálculo das coberturas vacinais, a emissão de listagens de crianças com PNV em atraso, a emissão de convocatórias para vacinação, a gestão de reservas de vacinas, etc. A nível nacional permitirá o cálculo automático, em tempo real, das coberturas vacinais a nível central, regional, sub-regional, concelho ou de freguesia. Cada um dos níveis poderá aceder aos seus próprios dados. ^[36]

Saúde infantil

As urgências Pediátricas têm vindo a melhorar, nomeadamente a linha telefónica destas, têm sido um grande sucesso, no entanto, é preciso agora incrementar os meios ao seu dispor, quer por reforço de áreas já contempladas (caso do norte do País, onde a oferta disponível é insuficiente para a procura deste serviço), quer por alargamento a áreas ainda não cobertas (Alentejo). Por outro lado, o Projecto de Reestruturação das Urgências Pediátricas é um processo que necessita de ser retomado e generalizado.^[32]

Outra das preocupações dos profissionais de saúde, tem que ver com a vinculação do recém-nascido à família e os cuidados individualizados ao recém-nascido, conhecidos por NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) que procuram a formação necessária à sua implementação, e que começam já a ser uma realidade nos Serviços de Neonatologia.^[25]

Quanto à Saúde Materna e Infantil, esta tem vindo a ser uma prioridade e em 2001 foi aprovada a RRMI (Rede de Referência Materno-Infantil), assim como a publicação de vários documentos normativos que visam promover a qualidade dos cuidados. Assim, o desenvolvimento desta Rede, nomeadamente do Programa de Diagnóstico Pré-Natal (DPN), e o controlo da qualidade dos exames ecográficos têm sido uma importante mais-valia. Paralelamente, a preocupação com a preparação técnica dos profissionais tem conduzido à promoção de várias actividades de formação, entre as quais se salientam os Cursos de Medicina Fetal e de Aperfeiçoamento em Ecografia Fetal.^[33]

Outro dos factores que também tem vindo a ser recomendado exponencialmente devido às suas vantagens é o AM (aleitamento materno), levando a OMS a afirmar, com total confiança, que o AM diminui a mortalidade infantil e tem benefícios para a saúde que se prolongam até à idade adulta. O AM exclusivo nos primeiros 6 meses de vida é a maneira adequada e recomendada para alimentar a criança^[34]

Amamentar é um processo biológico, fisiológico, cultural e psicossocial devido à quantidade de benefícios que proporciona, devendo ser provida e apoiada por todos. Este protege os bebés com inúmeras vantagens para o bebé e para a mãe, além de possuir todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento harmonioso do bebé, o leite materno transmite-lhe ainda um potencial imunológico insubstituível que protege o bebé das primeiras infecções, tendo um efeito protector da mortalidade e morbilidade infantil, comprovada em diversos estudos. O AM é um

processo único e uma actividade que é capaz de: reduzir a morbilidade infantil ao diminuir a incidência de doenças infecciosas; proporcionar nutrição de alta qualidade para a criança, contribuindo para o seu crescimento e desenvolvimento.^{[34], [35]}

Como vantagens para a sociedade a amamentação reduz os gastos com consultas médicas, medicamentos, exames e por consequência reduz as hospitalizações. Os bebés e as mães ficam mais saudáveis.

Nos anos 70 a amamentação atingiu o mais baixo nível, devido ao início da comercialização dos leites artificiais. Actualmente em Portugal alguns estudos apontam que mais de 90% das mães iniciam o AM, no entanto, esses mesmos estudos demonstram que quase metade das mulheres desiste de amamentar no primeiro mes de vida do bebé.^[35]

Para tal, é essencial continuar a investir e implementar estratégias adequadas para a promoção do AM.^[32]

7. Conclusões

Os Determinantes da Saúde caracterizam-se por serem factores com influência na saúde individual e colectiva e classificam-se em quatro categorias de determinantes da saúde: factores genéticos e biológicos, serviços de saúde, comportamentos individuais relacionados com a saúde e características sociais e económicas. Ao longo da monografia foram focados os serviços de saúde, tendo como factor determinante para a melhoria da Saúde em Portugal, a vacinação (medida preventiva), associando os ganhos em Saúde relativos à mortalidade infantil. Dentro dos factores sociais e económicos inclui-se outro factor que diz respeito à diminuição da dimensão das famílias portuguesas.

Com a introdução do PNV, mais de 7 milhões de crianças foram vacinadas em Portugal e através deste programa conseguiu-se eliminar e controlar algumas doenças por ele abrangidas. A poliomielite é um desses casos, tendo o último caso desta doença ocorrido em 1986. Doenças como o sarampo, tuberculose e DTP também estão mais controladas, e muito se deve às elevadas coberturas vacinais, que têm vindo a abranger um maior número de crianças, atingindo em 2011 uma média de cobertura vacinal das vacinais referidas de 98%.

A influência das elevadas coberturas vacinais (superiores a 90%) em crianças com menos de um ano, tem vindo a reduzir a taxa de mortalidade infantil, bem como, a mortalidade em idades inferiores a 5 anos. Este foi o indicador analisado - taxa de mortalidade em ambas as faixas etárias referidas – pois este é um indicador que ao longo dos anos tem vindo a resumir não só a situação de saúde, como também a fase de desenvolvimento sócio-económico do país ou região em causa.

Em Portugal, a TMI teve uma grande redução desde os anos 60 até aos dias de hoje, em cerca de 50 anos passou-se de 83,57 mortes por cada 1000 nascimentos para 3,37 em 2012. Nos distritos de Lisboa e Guarda também se verificaram elevados decréscimos, no entanto, entre o Litoral e o Interior ainda se verificam diferenças significativas. No distrito de Lisboa a TMI em 1960 era de 72,86‰ passando em 2011 para 3,21‰ e no da Guarda em 1960 era de 92,25‰ e em 2011 de 21,34 ‰. A TMI no distrito da Guarda ainda está muito afastada da realidade da média da TMI em Portugal. Quanto à mortalidade entre 1 e 4 anos entre 1960 e 2011 passou de 6,38‰ para 0,17‰. As principais causas de mortalidade infantil em 1960 eram as afecções originadas no período perinatal, as doenças do aparelho digestivo e circulatório. Em 1980, as principais causas mantiveram-se (algumas afecções originadas no período

perinatal), seguido das malformações congénitas, das doenças do aparelho respiratório e das doenças infecciosas e parasitárias. 15 anos depois, a principal causa mantém-se e a segunda mantém-se comparativamente com 1980 (malformações congénitas). Na globalidade tem-se vindo a observar um decréscimo das doenças infecciosas e parasitárias ao longo do tempo, estando incluída nestas, a tuberculose, a tosse convulsa, sarampo e difteria. Quanto às malformações congénitas, tem-se vindo a observar um aumento ao longo do tempo, estando na liderança destas, as malformações congénitas do coração e do aparelho circulatório. Grande parte das malformações congénitas não podem ser prevenidas e relacionam-se com vários factores tais como os hereditários (ex. Espinha bífida) e a idade da mãe (Síndrome de Down), 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 a ingestão de certos medicamentos no decurso do período gestacional.

Quanto à vida familiar, em Portugal, os últimos 40 anos sofreram o impacto da modernização da sociedade portuguesa, registando-se mudanças assinaláveis. Salienta-se a diminuição da dimensão média da família e o aumento dos agregados de pessoas sós ou a diminuição dos agregados numerosos e das famílias complexas. Por outro lado, como reflexo provável da descida e adiamento da fecundidade, do aumento do divórcio ou do envelhecimento populacional, diminuem as famílias de casal com filhos e aumentam as de casal sem filhos e as monoparentais. No norte, onde havia proporções elevadas de famílias complexas, contrapõem-se a maior nuclearização do sul do país. Os agregados domésticos são hoje significativamente mais pequenos do que eram em 1960, passando a dimensão média da família, de 3,8 indivíduos nesta data, para 3,1, em 1991, e para apenas 2,8, em 2001. Entre 1991 e 2001 verificou-se uma diminuição de 3,5% do peso relativo dos agregados domésticos de famílias complexas na estrutura global dos agregados domésticos em Portugal. Esta diminuição é o resultado não só do aumento global do número de agregados domésticos, particularmente daqueles constituídos por pessoas sós e também dos agregados domésticos de famílias simples que faz diminuir a importância relativa das situações de complexidade doméstica, mas igualmente da real diminuição do número absoluto de agregados domésticos complexos.

A imensa melhoria das condições de vida dos portugueses, particularmente depois de 1974, a criação do SNS, a condução de programas de saúde (como o PNV, cuidados materno-infantis), e as grandes obras de construção de infra-estruturas de saneamento do meio ambiente, bem como melhor *habitat*, explicam o sucesso verificado na continuidade e rapidez da redução da mortalidade infantil. 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.

Quanto à acessibilidade à vacinação é uma realidade no nosso país, e deverá continuar a ser uma prioridade na organização dos Centros de Saúde, não devendo, de modo algum, ser prejudicada por medidas orçamentais ou funcionais. O rastreio dos atrasos vacinais não deve, contudo, ser responsabilidade única dos cuidados de saúde primários, mas de todos os médicos que prestam cuidados às crianças. O internamento hospitalar é uma oportunidade única para sensibilizar os pais da importância da vacinação, que pode ser concretizada com uma referenciação eficaz à data da alta.

Como perspectiva futura, o sistema SINUS é um sistema que permite fazer os registos de todos os actos vacinais e a consequente convocatória aos educadores e pais de crianças com vacinas em atraso. Pela rapidez com que permite apurar resultados, este processo significa uma melhoria significativa na monitorização das taxas de cobertura vacinal e correspondente introdução de medidas correctivas, se tal se justificar. Associado a este sistema também está implementado o Programa Nacional de Saúde Escolar onde se prevê a vigilância de saúde da criança e sua família bem como a monitorização do PNV na área geográfica do Centro de Saúde.

Ao nível da Saúde Infantil, as urgências Pediátricas têm vindo a melhorar, no entanto, é preciso agora incrementar os meios ao seu dispor, quer por reforço de áreas já contempladas, quer por alargamento a áreas ainda não cobertas. Por outro lado, o Projecto de Reestruturação das Urgências Pediátricas é um processo que necessita de ser retomado e generalizado.

Outra das preocupações dos profissionais de saúde, tem que ver com a vinculação do recém-nascido à família e os cuidados individualizados ao recém-nascido que procuram a formação necessária à sua implementação, e que começam já a ser uma realidade nos Serviços de Neonatologia.

Outro dos factores que também tem vindo a ser recomendado exponencialmente e que deve continuar a ser incentivado é o AM devido às suas imensas vantagens, levando a OMS a afirmar, com total confiança, que o AM diminui a mortalidade infantil e tem benefícios para a saúde que se prolongam até idade adulta.

8. Bibliografia

- [1] Loureiro, Isabel; Miranda, Natércia. *Promover a Saúde: Dos Fundamentos à Acção*; Almedina, Coimbra, Novembro 2010.
- [2] Martins, Maria do Céu Antunes. “A Promoção da saúde: percursos e paradigma”. (2005).
- [3] Briz, Teodoro. “Saúde, Saúde Pública e os Determinantes em Saúde – no fio do tempo”.
- [4] Eira, Ana de Almeida. “A Saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados”. Tese de Mestrado em Economia. Faculdade de Economia da Universidade do Porto; (2010).
- [5] Amendoeira, José. “Políticas de Saúde em Portugal e desigualdades” Seminários Temáticos Políticas Públicas e Desigualdades”. Departamento de Sociologia. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade Nova de Lisboa; (2009).
- [6] Barreto, António. “Mudança Social em Portugal 1960-2000”. Instituto de Ciências Sociais. Universidade de Lisboa; (2002)
- [7] Ministério da Saúde - Programa Nacional de Vacinação 2012. Circular Normativa nº 040/2011 de 21.12.11, DGS, Lisboa 2011.
- [8] Neves, J., et al. “Avaliação do estado vacinal em crianças vacinadas”. *Revista do Hospital de crianças maria pia*. 15.3 (2006).
- [9] Direcção Geral de Saúde (2004). Avaliação do Programa Nacional de Vacinação - 2º Inquérito serológico Nacional Portugal Continental. 2001-2002. Ministério da Saúde.
- [10] Ministério da Saúde. “A Vacinação e a sua História”. Cadernos da DGS (2002) nº2.
- [11] Gonçalves, Guilherme et al. “Portugal e a Europa livres de poliomielite”. *Acta médica portuguesa* 16.1 (2003): 33-9.

- [12] Granito, Sofia, et al. "Tuberculose – duas formas de apresentação pouco usuais". *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. 17.2 (2010).
- [13] Salgado, Manuel, et al. *Revista Saúde Infantil*. Hospital Pediátrico de Coimbra. 19.1(1997).
- [14] D'Elia C et al. "Prevenção da tosse convulsa". *Acta Pediátrica Portuguesa* 42.4 (2011):164-71.
- [15] Sousa, Susana et al. "Pertussis em Portugal – A importância de uma nova estratégia vacinal". Artigo de revisão. *Revista Portuguesa Pneumologia*. 16.4 (2010): 573-588.
- [16] Da Silva Santos, Álvaro. "Ensaio em Saúde Colectiva: a prática da vacinação". *Saúde Colectiva*.1.3 (2004):7.
- [17] Ferreira, Francisco. *Moderna Saúde Pública*. Fundação Calouste Gulbenkian. 6ª Edição.1990. 742- 1018-1019-1433.
- [18] Torres, Ana. "Algumas projecções de mortalidade em Portugal". Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Bioestatística. (2009).
- [19] Santana, Paula. *Geografias da Saúde e do desenvolvimento: evolução e tendências em Portugal*. Almedina. Abril, 2005.
- [20] George, Francisco. *Histórias de Saúde Pública*. Livros Horizonte. Lisboa, 2004.
- [21] Remoaldo, Paula. "A mortalidade infantil no Noroeste Português nos finais do século XX". Instituto Universitário de Estudos e Desenvolvimento de Galicia, Universidade de Santiago de Compostela; 1999.
- [22] Nazareth, J. Manuel. *Introdução à demografia*. Editorial Presença. 2ª Edição. 2000.
- [23] Bahn e Mausner. *Introdução à Epidemiologia*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa. 3ª Edição. 2004.

- [24] Carrilho, Maria José. "Mortalidade infantil em Portugal 1950-1975". Estudos 52.
- [25] Guimarães, Hercília et all. "O percurso de um século". Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Julho 2008.
- [26] Dinis, ABJ. " Factores que condicionam a vacinação". 2007.
- [27] Vasconcelos, Pedro. "Famílias Complexas: Tendências de Evolução". *Sociologia, problemas e práticas* 43. 2003: 83-96.
- [28] Aboim, Sofia. "Evolução das estruturas domésticas". *Sociologia, problemas e práticas* 43. 2003: 13-30.
- [29] Wall, Karin. "Famílias Monoparentais". Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- [30] Bandeira, Mário Leston. "Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa: evolução e perspectivas". Apresentação do projecto de investigação. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Instituto do envelhecimento da Universidade de Lisboa. Maio 2012.
- [31] Remoaldo, Cristina Almeida. "Os desafios da Saúde Materno-Infantil portuguesa no início do século XXI". *Cuadernos geográficos de la Universidad de Granada* 36 (2005): 553-562.
- [32] *Ganhos de Saúde em Portugal*. Ministério da Saúde DGS. 2ª Edição revista. Lisboa, Março 2002.
- [33] Plano Nacional de Saúde, Orientações estratégicas. Ministério da Saúde. Lisboa, Janeiro de 2003.

[34] Ribeiro, Teresa. 48º Curso de Especialização em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa, Janeiro 2010.

[35] Pinto, Diana."Conhecimentos das mães sobre a contracepção durante a amamentação". Projecto de Graduação para obtenção do Grau de Licenciatura em Enfermagem. Faculdade Ciências da Saude. Universidade Fernando Pessoa. Porto, 2009.

[36] Ministério da Saúde - Orientações para a operacionalização do módulo de vacinação SINUS. Circular Normativa nº 04/DT de 31.03.03, DGS, Lisboa 2003.

9. Anexos

Anexo A - Esquema Cronológico de Vacinação

Vacinas contra	Idades										
	0, Nasci-mento	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	15 meses	18 meses	5-6 anos	10-13 anos	Toda a vida 10/10 anos
Tuberculose	BCG										
Poliomielite		VIP 1		VIP 2		VIP 3			VIP 4		
Difteria-Tétano-Pertussis		DTPa 1		DTPa 2		DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5	Td	Td
Infecções por <i>Haemophilus influenzae b</i>		Hib 1		Hib 2		Hib 3		Hib 4			
Hepatite B	VHB 1	VHB 2				VHB 3				VHB (a) 1,2,3	
Sarampo Parotidite Rubéola							VASPR 1		VASPR 2		
Doença Meningocócica C			MenC 1		MenC 2		MenC 3				
Infecções por Vírus do Papiloma Humano											HPV 1 2 3

(a) VHB: aplicável apenas aos nascidos <1999, não vacinados, segundo o esquema 0,1 e 6 meses.

Anexo B – Agregados domésticos complexos por NUT III, 1960 a 2001 (%)

Quadro 5 Agregados domésticos complexos por NUT III, 1960 a 2001 (percentagem)

NUT III ²	Agregados							Δ 1991-2001
	1960 ¹	1991			2001			
	complexos	alargados	múltiplos	complexos	alargados	múltiplos	complexos	
Portugal ³	15,4	10,0	3,9	13,9	7,3	3,1	10,4	-3,5
Minho-Lima	20,4	14,0	6,9	20,9	10,8	6,4	17,2	-3,7
Cávado	19,7	12,1	5,9	18,0	8,7	6,0	14,7	-3,3
Ave	14,9	10,1	4,8	14,9	7,6	4,5	12,1	-2,8
Grande Porto	19,1	11,3	5,3	16,6	7,7	3,3	11,0	-5,6
Tâmega	13,0	9,4	4,1	13,5	7,2	4,3	11,4	-2,1
Entre Douro e Vouga	18,7	10,7	6,4	17,1	7,6	4,3	11,9	-5,2
Douro	10,5	10,1	2,3	12,4	7,8	3,1	10,9	-1,5
Alto Trás-os-Montes	13,9	11,8	2,8	14,6	8,3	2,8	11,1	-3,5
Baixo Vouga	19,3	11,8	6,1	17,9	8,8	4,9	13,7	-4,2
Baixo Mondego	15,2	10,4	3,4	13,8	7,6	3,8	11,4	-2,4
Pinhal Litoral	9,3	7,4	2,2	9,7	4,7	1,4	6,1	-3,6
Pinhal Interior Norte	12,7	9,6	3,5	13,1	7,0	2,5	9,5	-3,6
Dão-Lafões	16,3	12,5	5,4	17,9	8,9	4,0	12,9	-5,0
Pinhal Interior Sul	13,7	9,4	3,1	12,4	7,4	2,3	9,7	-2,8
Serra da Estrela	11,5	9,8	3,2	12,9	7,0	2,3	9,3	-3,7
Beira Interior Norte	7,9	7,0	1,3	8,3	5,2	1,3	6,4	-1,9
Beira Interior Sul	6,3	6,4	1,3	7,7	4,5	1,2	5,7	-2,0
Cova da Beira	7,0	6,7	1,6	8,3	5,0	1,4	6,4	-1,8
Oeste	11,5	8,6	3,3	11,9	6,5	2,6	9,1	-2,8
Grande Lisboa	19,1	9,7	2,8	12,5	6,8	1,9	8,7	-3,8
Península de Setúbal	16,2	8,9	2,9	11,8	6,7	2,1	8,8	-2,9
Médio Tejo	10,2	8,0	2,5	10,5	5,7	1,8	7,5	-3,0
Lezíria do Tejo	11,4	9,0	3,1	12,1	6,7	2,1	8,8	-3,3
Alentejo Litoral	10,2	7,9	2,4	10,4	6,2	2,4	8,7	-1,7
Alto Alentejo	9,1	6,9	1,6	8,5	5,2	1,8	7,0	-1,5
Alentejo Central	9,7	7,4	2,6	10,1	5,4	1,9	7,4	-2,7
Baixo Alentejo	11,0	9,5	3,4	12,8	6,7	2,7	9,4	-3,4
Algarve	14,1	9,5	4,4	14,0	7,1	3,1	10,2	-3,8
Açores	—	13,4	7,2	20,5	9,9	5,9	15,8	-4,7
Madeira	—	12,7	8,5	21,2	9,5	6,8	16,2	-5,0

Notas: 1) Os dados de 1960 dizem respeito ao conceito de família complexa e não de agregado complexo; o primeiro usa um critério de consanguinidade na co-residência e o segundo apenas um critério estrito de co-residência. O censo de 1960 não permite decompor os agregados complexos em alargados e múltiplos. 2) O recorte territorial das NUT III aqui apresentadas é o de 1991. 3) Este valor nacional inclui sempre os Açores e a Madeira.

Fontes: dados 1960, Robert Rowland (1997) a partir de dados concelhios; dados 1991 e 2001, INE, Censos.