

Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes

Maria do Céu Machado,* Paula Santana,** Helena Carreiro,¹ Helena Nogueira,* Rosalina Barroso¹ e Alexandra Dias¹

Resumo A proporção de imigrantes nos concelhos de Amadora e Sintra atinge um dos valores mais elevados do país. A equidade na prestação de cuidados tem sido demonstrada como factor de redução das disparidades na saúde que determina a morbidade e a mortalidade decorrentes da assimetria das populações. **Objectivos do estudo** – Definir a prevalência dos filhos de imigrantes dos concelhos de Amadora e Sintra; analisar as famílias quanto ao país de origem, integração e procura dos serviços de saúde; avaliar as crianças nos primeiros meses de vida quanto à morbidade e mortalidade; relacionar as características do contexto físico e social com a saúde/doença. **Metodologia** – A população estudada é constituída por 1979 nados-vivos e 10 nados-mortos, cujo nascimento ou admissão na sala de partos ocorreu no Hospital Fernando Fonseca (HFF). **Resultados** – As famílias dos recém-nascidos dos concelhos de Amadora e Sintra que nasceram no HFF são, genericamente, mais privadas sociomaterialmente do que a população da Área Metropolitana de Lisboa e as dos imigrantes estão, ainda, em situação de maior desvantagem. A fragilidade/vulnerabilidade dos imigrantes revela-se nos maus resultados em saúde. Houve maior mortalidade fetal e neonatal e mais patologia durante a gravidez, nomeadamente de doenças infecciosas. **Conclusões** – Os resultados deste estudo poderão contribuir para reflectir sobre a reorganização dos serviços de cuidados de saúde e para repensar processos de planeamento e modelos de intervenção que culminem numa integração de sucesso nas comunidades imigrantes.

Palavras-chave: saúde materna e infantil, imigrantes, vulnerabilidade, acesso e utilização dos serviços de cuidados de saúde.

Summary The proportion of immigrants in the Amadora and Sintra Council districts has become the highest in the country. Equal health

* Departamento de Pediatria do Hospital Fernando Fonseca.

** Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Coimbra.

care has been seen as a factor in reducing the disparities in health that determine un-healthiness and mortality occurring asymmetrically in these populations. **Study aims** - To define the prevalence of immigrant children from the Amadora and Sintra Council districts; to analyse families in relation to the parent's origins, how they integrate and how they seek health services; to assess the children in their first months of life, morbidity and mortality; in the context of relating physical and social characteristics to health/illness. **Methodology** - The population studied is made up of 1979 live-births and 10 still-births, whose births or admission into labour occurred at the Fernando Fonseca Hospital (HFF). **Findings** - The families of newborn in Amadora and Sintra Council districts who were born at the HFF are, generically, more socio-materially deprived than the population of the Greater Metropolitan Area of Lisbon and the immigrants are still at greater disadvantage. The fragility/vulnerability of immigrants is revealed in their poor health results. There were greater foetal and post-natal mortalities and more deaths during pregnancy, namely because of infectious diseases. **Conclusions** - The results of this study give cause to reflect upon the reorganisation of health care services and to re-think the processes of planning and modes of intervention that will culminate in successful integration in immigrant communities.

Key-words: maternal and infant health, immigrants, vulnerability, access and use of access and use of healthcare services

Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes

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

Os concelhos de Amadora e Sintra constituem um território de fortes características de identidade na Área Metropolitana de Lisboa que resultam, entre outros aspectos, da elevada densidade populacional, do marcado crescimento na última década e, principalmente, da sua diversidade social, cultural e étnica. De facto, a proporção de imigrantes nestes concelhos atinge um dos valores mais elevados do país. A equidade na prestação de cuidados tem sido demonstrada como factor de redução das disparidades na saúde, que determina a morbilidade e a mortalidade decorrentes da assimetria das populações. Na Unidade de Saúde D, constituída pelo Hospital Fernando Fonseca e nove Centros de Saúde da Amadora e Sintra, não tinha ainda sido desenvolvida uma investigação científica estruturada sobre os níveis de saúde e o acesso e utilização dos serviços e que sustentem políticas ajustadas às vulnerabilidades deste grupo. Este conhecimento possibilita a reorganização dos serviços de cuidados de saúde e é fundamental para repensar processos de planeamento e modelos de intervenção que culminem numa integração de sucesso no século XXI.

Objectivos

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

Metodologia

Estudo de coorte, realizado nos concelhos de Amadora e Sintra, envolveu a Unidade de Saúde D – Hospital Fernando Fonseca e Centros de Saúde dos concelhos da Amadora (Amadora, Reboleira e Venda Nova) e Sintra (Algueirão, Cacém, Que-luz, Pero Pinheiro, Rio de Mouro e Sintra) – e o Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Coimbra.

A população estudada é constituída por 1979 nados-vivos e 10 nados-mortos, cujo nascimento ou admissão na sala de partos ocorreu no HFF, entre 1 de Dezembro de 2005 e 31 de Maio de 2006. Excluíram-se 25 por falta de dados determinantes e 18 gestações eram gemelares, pelo que a amostra estudada de 1964 recém-nascidos corresponde a 1946 famílias. Subdividiram-se posteriormente em dois grupos: recém-nascidos filhos de imigrantes, constituído por 838 nados-vivos e

5 nados-mortos cujo pai ou mãe é residente em Portugal mas não tem nacionalidade portuguesa, e recém-nascidos filhos de portugueses, constituído por 1116 nados-vivos e 5 nados-mortos cujos pais são de nacionalidade portuguesa. A recolha de dados foi efectuada pela aplicação de quatro inquéritos diferentes, na alta do recém-nascido e da mãe, nos episódios da consulta, urgência e internamento no HFF e nos Centros de Saúde da Amadora e Sintra, até 31 de Agosto de 2006. A informação foi organizada e analisada por recurso à análise descritiva das características da amostra e subgrupos, à elaboração de um indicador compósito de privação múltipla, à implementação de um Sistema de Implantação Geográfica e elaboração de modelos estatísticos de regressão logística. Respeitou-se a lei de protecção de dados.

Resultados

Nacionalidade dos pais

Relativamente à origem dos 1946 pais e mães dos recém-nascidos, regista-se uma predominância de pais e mães portugueses, embora a percentagem de progenitores imigrantes (pai ou mãe) atinja um valor elevado (43%).

O estudo dos progenitores relativamente ao país de origem revela que cerca de um terço das mães e/ou dos pais são de origem não europeia. Entre estes, verifica-se uma clara predominância dos africanos (Quadro 1).

Quadro 1 – Origem dos progenitores por Continentes (N= 1946).

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

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

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

(Quadro 2). Relativamente à origem dos progenitores africanos, destaca-se a maior percentagem dos provenientes de Países Lusófonos, principalmente Angola (8,5%), Cabo Verde (7,5%) e Guiné-Bissau (5,1%) (Quadro 3).

Quadro 2 – País de origem dos progenitores europeus.

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

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

Quadro 3 – País de origem dos progenitores africanos.

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

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

A predominância da imigração de países de língua portuguesa verifica-se também nos progenitores de nacionalidade americana, claramente dominada por brasileiros (Quadro 4).

Quadro 4 – País de origem dos progenitores americanos.

		Mãe		Pai	
		N=1946	%	N=1931	%
América do Norte		1	0,1	1	0,1
América Central		2	0,1	2	0,1
América do Sul	Total	125	6,4	98	5,1
	Brasil	123	6,3	94	4,9
Total		128	6,6	101	5,2

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

Quanto à nacionalidade dos avós dos recém-nascidos, verifica-se que segue, *grosso modo*, a proveniência dos pais, com grande semelhança entre avós maternos e paternos.

Análise comparativa entre filhos de imigrantes e filhos de portugueses

O Quadro 5 apresenta as características gerais dos dois grupos estudados. Verificam-se algumas diferenças quanto à fetomortalidade, que é maior no grupo de nacionalidade não portuguesa, assim como à mortalidade perinatal e prematuridade.

Quadro 5 – Características gerais dos recém-nascidos.

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

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

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

O Quadro 6 resume alguns aspectos relativos à gravidez e ao parto. Analisando os valores apresentados, conclui-se que a maioria das gestações foi vigiada, em ambos os grupos, embora 8,4% tenha sido reportada como não vigiada no grupo dos imigrantes. No grupo dos portugueses, esse valor decresce para 6,8%. Porém, essa diferença não é estatisticamente significativa. A análise das serologias do 3.º trimestre revela a existência de diferenças significativas entre os grupos, nomeadamente a maior prevalência de casos positivos de Hepatite B entre as mães imigrantes ($p = 0,0001$), com percentagens superiores a 5% e a maior prevalência VIH 1 ($p < 0,05$), que atinge cerca de 1,6% das mães imigrantes, para um valor de 0,5% nas portuguesas.

Quadro 6 – Características gerais da gravidez e do parto.

	Imigrantes		Portugueses		Total	
	N=706	%	N=944	%	N=1650	%
Vigilância da gravidez						
não vigiada (até duas consultas)	59	8,4	64	6,8	123	7,5
Local da vigilância	N=837	%	N=1109	%	N=1946	%
exclusivamente no CS	244	29,2*	242	21,8*	486	25,0
HFF ou privado	337	40,3**	621	56,0**	958	49,2
Serologias	N=837	%	N=1109	%	N=1946	%
VDRL (positivo)	11	1,3	8	0,7	16	0,8
Hepatite B (positivo)	46	5,5**	8	0,7**	54	2,8
VIH 1 (positivo)	13	1,6***	5	0,5***	18	0,9
VIH 2 (positivo)	1	0,1	1	0,1	2	0,1
Rubéola (não imune)	40	4,8	45	4,1	85	4,4
Toxoplasmose (não imune)	244	29,2*	411	37,1*	655	33,7
Ecografias realizadas	777	92,8	1050	94,7	1827	93,9
Patologias na gravidez	256	30,6****	289	26,1****	545	28,0
Parto por cesariana	328	39,2	391	35,3	719	36,9
* $p=0,0002$; ** $p=0,0000$; *** $p=0,0119$; **** $p=0,0277$						

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

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

Não se encontraram diferenças significativas quanto aos valores médios do peso, perímetro cefálico e comprimento entre os dois grupos. No entanto, encontraram-se diferenças no sexo masculino, com os filhos de imigrantes a nascerem com comprimento significativamente mais elevado (49,3cm vs 48,9cm $p=0,019$).

Características das famílias

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

Em relação às características e posse da habitação registam-se, também, diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Assim, apesar de se registar a mesma tipologia dominante em ambos os grupos – o apartamento – verifica-se que estes constituem habitação própria para a maioria dos portugueses (71,3%), valor significativamente inferior ao registado no grupo de imigrantes (39,6%) ($p < 0,0001$).

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

O número de coabitantes é tendencialmente maior no grupo de imigrantes: com cinco ou mais coabitantes registam-se 31,7% dos agregados familiares no grupo de imigrantes e apenas 19,7% no grupo de portugueses; acima de cinco coabitantes, as maiores percentagens ocorrem sempre no grupo de imigrantes, sendo as diferenças significativas.

A análise dos hábitos tabágicos mostra também diferenças consideráveis entre os grupos. As famílias sem qualquer fumador representam mais de 68% dos agregados familiares no grupo de imigrantes e 49,2% no grupo dos portugueses ($p < 0,0001$). As maiores diferenças verificam-se para as famílias com um ou

dois fumadores, significativamente mais frequentes no grupo dos portugueses ($p < 0,0001$). A ingestão de álcool apresenta um padrão oposto, sendo significativamente superior nas mães imigrantes ($p < 0,0001$), onde foram reportados consumos, essencialmente ligeiros e moderados (2/3 copos dia).

Relativamente às mães, verifica-se que a maioria possui idades entre os 18 e os 34 anos. A percentagem de mães mais jovens é semelhante em ambos os grupos, mas a de mães com idade igual ou superior a 35 anos é maior para o grupo dos imigrantes (Quadro 7).

Quanto à escolaridade, predomina o 3.º ciclo do ensino básico e ensino secundário, em ambos os grupos. Porém, no grupo das mães imigrantes seguem-se as categorias de menor escolaridade, enquanto no grupo das portuguesas adquire maior relevância o ensino superior. As diferenças entre categorias extremas (inferior a quatro anos e ensino superior) são significativas.

Relativamente ao local de vigilância, verifica-se que maior número de mães imigrantes foram seguidas exclusivamente no CS (29,2% das mães imigrantes e apenas 21,8% das portuguesas; $p < 0,001$). Além disso, registaram-se 30% de imigrantes com menos de seis consultas pré-natais mas apenas 22% portuguesas, o que foi estatisticamente significativo ($p=0,0005$).

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

Quadro 7 – Características gerais da mãe.

	Imigrantes		Portugueses		Total	
	N=834	%	N=1105	%	N=1939	%
Idade						
< 18 anos	18	2,2	22	2,0	40	2,1
≥ 35 anos	150	18,0	175	15,8	325	16,8
Doença crónica da mãe	114	13,6	128	11,5	242	12,4
Consumos	N=532	%	N=763	%	N=1295	%
Tabaco	68	12,8*	167	21,9*	235	18,1
Álcool	55	10,3*	17	2,2*	72	5,6
Drogas	1	0,2	6	0,8	7	0,5
Escolaridade	N=680	%	N=943	%	N=1623	%

≤ a 4 anos	53	7,8**	50	5,3**	103	6,3
2.º ciclo do ensino básico	85	12,5	88	9,3	173	10,7
3.º ciclo do ensino básico	231	34,0	298	31,6	529	32,6
Ensino secundário	252	37,1	339	35,9	591	36,4
Licenciadas	75	11,0*	174	18,5*	249	15,3
Estado civil	N=564	%	N=772	%	N=1336	%
Casadas	273	48,4*	508	65,8*	781	58,5
Outras situações	291	51,6*	264	34,2*	555	41,5
Gestações anteriores	N=766	%	N=1015	%	N=1781	%
Nenhuma	210	27,4*	389	38,3*	599	33,6
1	263	34,3	346	34,1	609	34,2
≥ 3	150	19,6*	107	10,5*	257	14,4

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

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

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

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

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

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

Fonte: Elaborado a partir de inquérito directo efectuado no HFF.

Em relação ao número de gestações anteriores e filhos vivos, regista-se tendência de aumento no grupo de imigrantes. Encontram-se diferenças significativas quanto a três ou mais gestações anteriores (19,6% nas imigrantes para 10,5% nas portuguesas; $p < 0,0001$).

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

A consideração do grupo profissional das mães revela a tendência de concentração das mães imigrantes nos grupos profissionais de menor estatuto (trabalhador não qualificado), em oposição à verificada para as mães portuguesas.

Quanto às características dos pais (810 imigrantes e 1089 portugueses), verifica-se que 7,6% dos pais portugueses e 12,7% dos imigrantes têm mais de 40 anos, o que é significativo. Os hábitos alcoólicos são mais frequentes nos imigrantes (54,5% vs 38,7%; $p < 0,0000$) enquanto os tabágicos mostram o contrário (29,2% vs 48,4%; $p < 0,0000$). O desemprego é significativamente maior para os pais imigrantes ($p < 0,01$).

A caracterização do ambiente socioeconómico dos grupos em estudo foi complementada com informação dada por um indicador compósito de privação sociomaterial múltipla, calculado para todos os recém-nascidos dos dois grupos. Evidencia-se maior privação sociomaterial das famílias de imigrantes em comparação com o valor de menor privação apresentado pelo grupo dos portugueses (o valor do indicador é de 2,47 e -0,7, respectivamente para imigrantes e portugueses) (Nogueira e Santana, 2005).

Quanto à utilização dos Serviços de Saúde, as 1964 crianças do estudo (com idades entre 1 e 270 dias) geraram um número muito elevado de actos médicos e de enfermagem em 1739 consultas e exames, 1666 episódios de urgência e 290 internamentos, com uma distribuição que foi muito semelhante no dois grupos (Quadro 8).

Quadro 8 – Utilização de Serviços no HFF: Consulta, Urgência e Internamento.

	Filhos Imigrantes	%	Filhos Portugueses	%	Total	%
Consulta N.º de crianças	N=831 317	38,1	N=1113 401	36,0	N=1944 718	36,9
N.º de episódios	771		968		1739	
Urgência N.º de crianças	N=831 348	41,9*	N=1113 408	36,7*	N=1944 756	38,9
N.º de episódios	746		920		1666	

* $p=0,0195$

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

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

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

Quanto à frequência de episódios de UP por criança e os episódios de urgência gerados, a distribuição é sobreponível mas o grupo de portugueses gerou mais episódios e procurou a urgência mais vezes. Analisando as idades em que as crianças foram trazidas à urgência, verifica-se que 37,7% dos imigrantes e 33,8% dos portugueses procuraram a urgência pediátrica no período neonatal.

De 1 de Dezembro de 2005 a 31 de Agosto de 2006 foram internadas 254 crianças (13,0% da amostra) que originaram 290 episódios de internamento. Destas, 128 foram admitidas da sala de partos para as Unidades de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais. As restantes 126 foram admitidas do exterior para as Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, Enfermaria de Pediatria e Unidade de Internamento de Curta Duração.

Para conhecer as determinantes do internamento foram elaborados três modelos de regressão logística, controlando factores de risco individual, parental e social. Os resultados revelam que a probabilidade de ser internado à nascença diminui com o aumento da idade gestacional (75% por cada semana de gestação); aumenta com o baixo peso (7 vezes); aumenta quando a idade da mãe é de risco (2 vezes) e também nos casos em que ocorre diabetes materna (2 vezes maior). Quanto às crianças internadas do exterior, a probabilidade é superior (1,8 vezes) para os rapazes e se os pais tiverem menos de quatro anos de escolaridade (2 vezes).

A caracterização dos grupos em estudo foi complementada com informação dada por um indicador compósito de privação sociomaterial múltipla, calculado para todas as famílias do estudo e para as internadas. Evidencia-se:

(1) maior privação sociomaterial no grupo de Filhos de Imigrantes, sendo o valor do indicador de 2,47 e -0,7, respectivamente para imigrantes e portugueses; *(2)* Manutenção da tendência anterior quando se considera apenas o subgrupo das crianças internadas (3,5 e 0,41, respectivamente em imigrantes e portugueses); *(3)* Maior privação sociomaterial das crianças que estiveram internadas, independentemente dos pais serem imigrantes (3,5) ou portugueses (0,41).

Quanto à mortalidade, verificaram-se 20 óbitos na população estudada: 10 fetos mortos e 10 mortes pós-natais das quais 6 neonatais precoces, 3 neonatais

tardias e 1 pós-natal aos seis meses de idade. Em 10 (50%) dos óbitos, foi diagnosticada patologia materna. Quanto à história perinatal dos dois grupos, houve uma diferença significativa nos filhos de imigrantes relativamente à gravidez não vigiada, prematuridade e risco social.

Quanto ao seguimento nos Centros de Saúde, obtiveram-se dados referentes a 346 crianças que correspondem a 41,6% dos 831 filhos de imigrantes estudados. De salientar que 27,8% do total de famílias não estavam registadas em qualquer Centro de Saúde. Uma percentagem importante de famílias não tem médico atribuído, verificando-se que 26,2% das crianças não tiveram consulta de saúde infantil nos primeiros meses de vida. Também a idade da primeira consulta médica foi muito variável e em mais de um terço das crianças ocorreu apenas no 2.º mês de vida. No entanto, 82,2% dos recém-nascidos tiveram uma consulta de enfermagem nas duas primeiras semanas de vida.

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

A influência do contexto sociomaterial na saúde dos recém-nascidos no concelho da Amadora

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

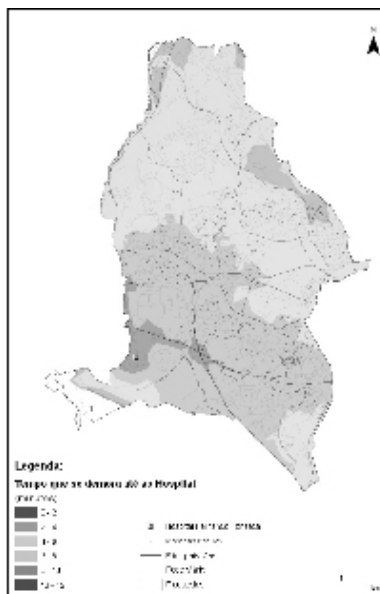
Figura 1 – Localização das residências das famílias dos recém-nascidos segundo os grupos de estudo e a ascendência.

Figura 2 – Distância ao Hospital Fernando Fonseca (minutos).

Figura 1



Figura 2



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

A Figura 1 mostra a localização das crianças no concelho da Amadora, segundo os grupos de estudo, a sua ascendência e a localização das áreas degradadas. A análise da figura permite sublinhar: (1) A relativa concentração de imigrantes de ascendência africana em núcleos degradados incluídos no PER ou a cinco metros destes (encontram-se nestas situações 39,2% das crianças de ascendência africana); (2) A formação de um *cluster* espacial de imigrantes de ascendência africana na Cova da Moura e um, menos visível, no Bairro de Santa Filomena e na sua proximidade.

A localização das unidades de saúde no concelho da Amadora revela uma concentração das unidades de saúde (Hospital, Centros de Saúde e extensões) no sudeste do concelho, sobretudo próximo da via-férrea e do IC19. O norte do concelho encontra-se desprovido destes equipamentos.

Verifica-se que 46,6% destas não utilizaram o Centro de Saúde mais próximo da sua residência, tendo optado por unidades de cuidados de saúde primários mais distantes. Tal poderá ser explicado pelas iniciativas de alguns centros de saúde nestas comunidades, de que é caso ímpar o Centro de Saúde da Venda Nova.

A Figura 2 revela a menor acessibilidade ao Hospital pela população das freguesias da Brandoa, a norte da IC16, e de São Brás, situação semelhante à evidenciada no mapa de distância ao Centro de Saúde.

Pode então concluir-se que, para além das utilizações nos CSP, 55 em cada 100 crianças estudadas utilizaram cuidados de saúde diferenciados, maioritariamente o HFF. Esta unidade oferece uma boa acessibilidade à população do concelho da Amadora, em especial à que se localiza a sudoeste, verificando-se que os tempos de percurso em transporte privado da residência da criança a esta unidade de saúde nunca excedem os 10 minutos (São Brás), sendo quase sempre inferiores a 5 minutos, facto que talvez possa explicar a elevada utilização do HFF. Verificou-se que o HFF foi procurado/utilizado na urgência por crianças, independentemente de terem ou não procurado/utilizado o CS. Em cada 100 crianças que utilizaram o CS, 46 utilizaram as urgências do HFF e 18 tiveram internamento hospitalar.

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

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

Discussão

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

Em cada 100 recém-nascidos, 43 tinham pai ou mãe imigrante, com predomínio da ascendência africana, em alguns casos de segunda geração, verificando-se frequentemente coincidência entre a nacionalidade de pais e avós. Este facto é justificado pela história da imigração dos concelhos de Amadora e Sintra, áreas de forte atracção nos últimos trinta anos, predominantemente de indivíduos de países africanos. Nos últimos anos os brasileiros têm vindo a aumentar, em

valores absolutos e percentuais, bem como os imigrantes oriundos de países europeus não comunitários.

No nosso estudo, o grupo de imigrantes é heterogéneo, com pais de 32 nacionalidades diferentes, sendo 623 de comunidades de países de língua portuguesa; os restantes mostram uma grande dispersão quanto à origem, pelo que se analisou o grupo dos imigrantes como único.

A observação comparada dos grupos em estudo parece revelar maior vulnerabilidade dos recém-nascidos filhos de imigrantes. A vulnerabilidade dos imigrantes decorre, em primeiro lugar, das características da família: emprego/desemprego, tipo de emprego, escolaridade e habitação. A percentagem de mães e pais desempregados e não qualificados é significativamente superior no grupo de imigrantes. Neste grupo a escolaridade é mais baixa, tanto para mães como para pais. É nos imigrantes que se registam valores percentuais mais elevados de famílias monoparentais e alargadas (superior ou igual a 5 elementos). Vivem maioritariamente em apartamento arrendado e/ou alojamentos familiares não clássicos ("barracas"), sendo este mais um indicador da sua condição de privação social e económica. A família alargada, significativamente mais frequente, pode justificar-se pela fertilidade ser encarada como um valor cultural, o homem procurar sistematicamente constituir uma família mais jovem e a mulher, sozinha com os filhos, em situação de debilidade psicossocial e económica, procurar apoio noutros familiares.

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

A evidência de diferenças significativas observadas entre os grupos em estudo pressupõe, também, a existência de diferenças entre os recém-nascidos (Gould et al., 2003). No entanto, não se observam diferenças estatisticamente significativas nas características gerais, tais como gemelaridade, prematuridade, peso à nascença. A gemelaridade foi até ligeiramente superior nos filhos de portugueses, o que se deve, provavelmente, à maior percentagem de fertilização *in vitro* neste grupo. Outros autores encontraram também diferenças quando compararam a gravidez múltipla nos portugueses e nos africanos (Registo Nacional,

2002). Quanto à prematuridade, apesar da não significância, é sempre superior nos imigrantes, considerando todos os prematuros (10,0% vs 7,9%), ou apenas os grandes prematuros, com menos de 32 semanas de gestação (1,8% vs 1,2%). A prematuridade é multifatorial e mais elevada no grupo étnico africano (Hessol *et al.*, 2005), tendo sido identificado, em afro-americanos, um gene cujo polimorfismo pode condicionar menor actividade na produção de colagéneo e menor resistência das membranas do saco amniótico, que se traduz em rotura prematura e parto pretermo (Holden *et al.*, 2006).

A incidência de baixo-peso é também indicador de desenvolvimento de um país, variando entre 6% nos países industrializados e 17% nos países em desenvolvimento (WHO, 2002). Todavia, no nosso estudo esta incidência foi superior nos filhos de portugueses. Nascer com baixo-peso pode apenas resultar de uma baixa estatura materna ou familiar, mas pode também ser sinónimo de atraso de crescimento intrauterino, cuja etiologia mais frequente é a malnutrição materna, o tabagismo e a hipertensão arterial. Não foi possível estudar o estado nutricional das mães nem a variação da altura, por serem campos do inquérito raramente preenchidos. Quanto aos factores ambientais, foram encontradas diferenças: as mães portuguesas fumam mais (21,9% vs 12,8% $p=0,0000$) e também há maior número de fumadores coabitantes. A hipertensão arterial induzida pela gravidez foi mais frequente nas imigrantes (8,2% vs 6,6%). Em estudo prospectivo no HFF e noutros estudos, comparando um grupo de recém-nascidos baixo-peso e leves para a idade de gestação com recém-nascidos de peso normal, encontrou-se diferença significativa em mães fumadoras e nas que coabitavam com fumadores (Owen *et al.*, 1998; Saldanha *et al.*, 2003; Harding *et al.*, 2006a). Sabe-se hoje que o baixo-peso ao nascer está associado a doença no adulto, nomeadamente diabetes tipo II, obesidade, doença isquémica coronária e hipertensão arterial (Barker, 2001; Irving, 2000) pelo que o seguimento da gravidez é fundamental na prevenção destas situações.

Cuidados pré-natais adequados são um factor determinante de uma gestação e um período neonatal sem complicações. Verificou-se no nosso trabalho que a percentagem de grávidas com vigilância da gravidez foi semelhante nos dois grupos. Não conseguimos identificar a data da primeira consulta mas a diferença entre os dois grupos foi estatisticamente significativa para um mínimo de seis consultas (30% das imigrantes e 22% das portuguesas tiveram menos de seis consultas), o que evidencia um início da vigilância mais tardio no grupo das imigrantes. Este achado poderá ter tido influência na maior morbidade e prematuridade no grupo imigrantes. Alguns autores referem que, em certos grupos étnicos, a gravidez é um estado natural, sem necessidade de cuidados de saúde (Registo Nacional, 2002; Luck *et al.*, 1999; Calado *et al.*, 1997). Johnson analisou os factores que determinaram o adiamento da primeira consulta pré-natal nas mulheres afroamericanas para depois das 20 semanas de gestação e concluiu

que as barreiras psicossociais e os factores culturais foram as principais causas do início tardio do seguimento da gravidez (Johnson *et al.*, 2003).

A fragilidade/vulnerabilidade dos imigrantes revela-se nos maus resultados em saúde. Observam-se valores significativamente mais elevados de doenças infecciosas nas mães imigrantes, como foi referido anteriormente e encontrado por Enders e outros (2006). A infecção/seroconversão a VIH 1 foi predominante nas imigrantes (1,6% vs 0,5%). No HFF há protocolos de obstetrícia e pediatria quanto às terapêuticas pré-natal e pós-natal, parto por cesariana e actuação imediata no RN, de modo a baixar a transmissão vertical, inferior a 2% nos últimos anos e semelhante à de outros países europeus (Public Health Service Task Force, 2006). A hepatite B e a sífilis são muitas vezes co-infecções que acompanham a infecção pelo VIH, como se verificou no nosso estudo, sempre com predomínio de todas estas infecções nas mães imigrantes (5,5% vs 0,7% e 1,3% vs 0,4%).

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

Quanto às características maternas, a diferença entre as médias da idade da mãe, em cada grupo, não foi significativa, mas verificou-se que a dispersão das idades é significativamente maior no grupo de mães imigrantes. Este facto deve ainda ser relacionado com a paridade. O recém-nascido deste estudo era o primeiro filho em 38% das portuguesas e em 27% das imigrantes, diferença que foi estatisticamente significativa; 9,8% das imigrantes tinham já dois filhos anteriores, o que acontecia em 4,7% das portuguesas.

O consumo de tabaco foi significativamente superior nos pais e mães do grupo português. Em estudo recente nos EUA (Acevedo-Garcia *et al.*, 2005), foi descrito um padrão de fumador entre diferentes grupos raciais e étnicos, com menor consumo nos imigrantes. Este efeito parece ser mediado por factores demográficos e socioeconómicos, independentemente da idade, sexo e grupo étnico. Por outro lado, Nierkens e outros (2006), na Holanda, verificou que as imigrantes com maior nível educacional e os homens de minorias étnicas são os maiores consumidores, o que parece indicar que mais uma vez e rapidamente os imigrantes ganham os hábitos do país que os acolheu. Genericamente, as mulheres imigrantes africanas apresentam a prevalência mais baixa de tabagismo (Lucas *et al.*, 2005).

Sendo o grupo de imigrantes maioritariamente oriundo dos países africanos lusófonos e europeus não comunitários, em que o consumo de bebidas alcoólicas é culturalmente aceite, não surpreende que este consumo seja uma característica dominante deste grupo.

Quando se observam os factores de risco associados a comportamentos, verifica-se serem as mães e os pais portugueses quem consumiu mais tabaco e que apresentam maior índice de toxicodependência (13 portugueses e 2 imigrantes). Pelo contrário, a ingestão de álcool tem um padrão oposto, significativamente superior nas mães e pais imigrantes. Resultados semelhantes foram publicados em estudos de populações de recém-nascidos do Hospital Fernando Fonseca (Harding *et al.*, 2006a; Saldanha *et al.*, 2003) que revela a influência determinante de factores biológicos e comportamentais, como o consumo de tabaco, nas diferenças de peso de recém-nascidos com tempo de gestação completo. Um estudo efectuado com base em todos os nascimentos registados em Portugal entre 1995 e 2002 (Harding *et al.*, 2006b) revela que, contrariamente ao que acontece com as mães portuguesas – declínio de nascimentos antes dos 20 anos –, as mães africanas revelam um aumento de nascimentos em idade jovem e muito jovem.

Quanto à utilização dos serviços de saúde, as 1964 crianças geraram uma multiplicidade de actos clínicos no HFF: 1737 consultas e exames, 1666 episódios de urgência e 290 internamentos, com repercussões sociais, médicas e económicas.

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

O estudo da influência do contexto sociomaterial no concelho da Amadora mostrou que metade das crianças utilizou os Serviços de Pediatria do HFF, que fica a uma distância-tempo média de sete minutos em transporte privado. A boa acessibilidade, especialmente para a população localizada a sudoeste, não determinou a maior utilização e, na maioria dos casos, as distâncias ao hospital são superiores às calculadas para os centros de saúde. A maior procura dos cuidados hospitalares pelas famílias imigrantes parece ser condicionada pela percepção da gravidade da doença, pela facilidade de atendimento sem horário, pela ausência de médico atribuído no CS e ainda por, numa urgência, serem menos evidentes os problemas sociais.

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

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

O estudo da mortalidade é um indicador fundamental na avaliação dos cuidados de saúde prestados. No nosso estudo, a mortalidade perinatal foi de 9,6‰, sendo de 13,1‰ nos filhos de imigrantes e 7,1‰ nos filhos de portugueses, o que principalmente no primeiro grupo foi superior ao esperado.

No estudo agora realizado, verifica-se que 52,6% da mortalidade perinatal foi por óbito antes do início do trabalho de parto, valor superior ao nacional (45,5%) e ao da Região de Saúde em que estamos inseridos (47,2%) (DGS, 2004).

A mortalidade dos recém-nascidos de imigrantes dos países lusófonos contribuiu com 90% da mortalidade deste grupo. Embora estes imigrantes predominem no grupo de estudo, há uma clara desproporção neste achado.

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

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

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

Estes resultados sugerem que será mais importante proporcionar mecanismos de suporte a estas populações do que apenas aumentar o investimento em cuida-

dos de saúde cada vez mais diferenciados. Entre estes mecanismos, os cuidados de saúde primários são essenciais, devendo ser acessíveis a todas as famílias da comunidade e englobar acções de promoção da saúde, prevenção, cuidados curativos e reabilitação (Biscaia *et al.*, 2006).

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

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

Um estudo recente sobre cuidados de saúde primários a filhos de afro-americanos conclui que estes se queixam de discriminação que se reflecte em menos referências a consultas de especialidade, menos disponibilidade e mais agressividade quanto a suspeita de situações de violência, negligência e abuso. Esta percepção condiciona a procura dos serviços de saúde (Flores *et al.*, 2005).

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

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

O Centro de Saúde é pois um ponto nevrálgico para o acesso aos cuidados gerais de saúde. Em particular, para a população imigrante, desprovida da sua cultura, da sua família, da sua língua e muitas vezes em condições socioeconómicas pre-

cárias; o Centro de Saúde assume uma relevância extrema, como sinalizador de situações de risco e como motor e coordenador na resolução de problemas.

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

No entanto, segundo alguns autores (Blair *et al.*, 2003; Geiger *et al.*, 2006), os cuidados de saúde contribuem apenas para 15% do estado de saúde e os estilos de vida para 20 a 30%; as determinantes sociais do estado de saúde incluem a segregação étnica, as bolsas de pobreza e outros factores de risco da comunidade, o desemprego, o baixo património educativo e a falta de coesão social, pelo que as formas de eliminar disparidades não se devem apenas focar no acesso aos cuidados de saúde, mas também às alterações dos estilos de vida e promoção de comunidades saudáveis.

¹ Este trabalho foi galardoado com o Prémio Bial de Medicina Clínica 2006.

Referências Bibliográficas

- Acevedo-Garcia, D., Pan, J., Jun, H. J., Osypuk, T. L. e Emmons, K. M. (2005), "The effect of immigrant generation on smoking", *Soc Scienc & Med*, 2005 September; 61(6), pp. 1223-1242.
- Barker, D. P., Forsen, T., Uutela, A., Osmond, C. e Erikson, J. G. (2001), "Size at birth and resilience to effects of poor living conditions in adult life", *BMJ*, 323, pp.1-5.
- Barroso, M. J., Ferreira, G. C., Machado, M. C. e Lemos, P. S. (2003), "Referenciação pediátrica – que realidade?", *Acta Pediatr Port*, n.º 2, vol. 34, pp. 89-93.
- Biscaia, A., Martins, J. N., Carreira, M., Gonçalves, I., Antunes, A.R. e Ferrinho, P. (2006), *Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reformar para novos sucessos*. Editora Padrões Culturais.
- Calado, B., Silva, L. e Guerreiro, D. (1997), "Barreiras e incentivos à vigilância pré-natal, identificação das barreiras – resultados parcelares", *Saúde em Números*, 12(4), pp. 29-31.
- Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente (2004), *Pediatra Consultor*. Disponível: www.iqs.pt/cnsca.
- Direcção Geral da Saúde (2004), *Estudo Epidemiológico dos Óbitos no Período Perinatal Alargado*, DGS.

- Enders, M., Knaub, I., Gohl, M., Pieper, I., Bialek, C. e Hagedorn, H. J. (2006), "Congenital syphilis despite prenatal screening? An evaluation of 14 cases", *Z Geburtshilfe Neonatol.*, 210(4), pp. 141-146.
- Fan, C. K., Hung, C. C., Su, K. et al. (2006), "Seroprevalence of Toxoplasma Gondii infection among preschoolchildren aged 1-5 years in Democratic Republic of Sao Tome and Principe, Western Africa", *R Soc Trop Med Hyg*, 100(5), pp. 446-449.
- Flores, G., Olson, L. e Tomany-Korman, S. C. (2005), "Racial and ethnic disparities in earl childhood health and health care", *Pediatrics*, 115 (2), pp. 183-93.
- Geiger, H. .J. (2006), "Multicultural medicine and health disparities", *N Eng J Med*, 355 (2), pp. 216-17.
- Gould, J. B., Madan, A., Qin, C. e Chavez, G. (2003), "Perinatal outcomes in two dissimilar immigrant populations in the US: a dual epidemiologic paradox", *Pediatrics*, 111(6), pp. 676-682.
- Harding, S., Santana, P., Cruickshank, J. K. e Boroujerdi, M. (2006a), "Birth Weights of Black African Babies of Migrant and Nonmigrant Mothers Compared With Those of Babies of European Mothers in Portugal", *An Epidemiol.*, 16(7), pp. 572-579.
- Harding, S., Boroujerdi, M., Santana, P. e Cruickshank, J. K. (2006b), "Decline in, and lack of difference between, average birth weights among African and Portuguese babies in Portugal" *Int J Epidemiol.* ,35, pp. 270-276.
- Irving, R. J., Balton, N. R., Elton, R. A. e Walker, B. R. (2000), "Adult cardiovascular risk factors in premature babies", *Lancet*, 355, pp. 2135-36.
- Lucas, J. W., Barr-Anderson, D. J. e Kington, R. S. (2005), "Health status of non-Hispanic US-born and foreign-born black and white persons", *Vital Health Stat*, 226, pp.1-20.
- Luck, M., Ferreira, R., Patrício, A., Simões, G., Horta, R. e Magalhães, E. (1999), "Vigilância da gravidez numa comunidade imigrante africana. Necessidades elevadas, baixa utilização", *Saúde em Números*, 14(1), pp. 1-4.
- Machado, M. C. (2006), "Desafios para a transdisciplinariedade", *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital*. Lisboa: Edição do Instituto de Apoio à Criança.
- Machado, M. C. (2005), "O Pediatra Consultor no Centro de Saúde" *Acta Pediatr Port.* 2005, 36(1), pp. 3-4.
- Nierkens, V., de Vries, H. e Stronks, K. (2006), "Smoking in immigrants: Do socioeconomic gradients follow the pathern expected from the tobacco epidemic?" *Tob Control*, 15(5), pp. 385-91.
- Nogueira, H., e Santana, P. (2005) "Geographies of Health and Deprivation: Relationship between Them", C. Palagiano e G. de Santis (a cura di), *Geografia dell'Alimentazione, Atti dell' VIII Seminario Internazionale di Geografia Medica*, Roma (16-18, 12.-2004), Perugia: Edizioni Rux, pp. 539-546.
- Owen, L., Mc Neill, A. e Callum C. (1998), "Trends in smoking drug pregnancy in England 1992- 1997: Quota Sampling surveys", *BMJ*, 317-728.

- Public Health Service Task Force (2006),. *Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV1 infected women*, October 12th, 2006.
- "Registo Nacional de RN com peso inferior a 1500g", *Nascer Prematuro em Portugal*. Fundação Bial, 2002, pp. 163-173.
- Robinson, R. (2001), "The fetal origins of adult disease", *BMJ*, 322, pp. 375-6.
- Valente Rosa, M. J., Santos, T. e Seabra, H. (2004), *Contributos dos Imigrantes na Demografia Portuguesa: o papel das populações de nacionalidade estrangeira*, Observatório da Imigração, 4, Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME).
- Saldanha, M. J., Machado, M. C., Matos, A. C., Pinto, F., Barroso, R., Carreiro, H. (2003) "RN leves para a idade de gestacional numa população suburbana. Incidência e factores de risco", *Acta Pediatr Port*, 1(34), pp. 25-32.
- Santana, P. (2005), *Geografias da Saúde e de Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal*, Coimbra: Almedina..
- Santana, P. (2002), "Poverty, social exclusion and Health", *Soc Scienc & Medic.*, 55, pp. 132-145.
- Shi, L., Sharfield, B., Politzer, R. e Regan J. (2002), "Primary care, self rated health and reductions in social disparities in health", *Health Serv Res.*, 37(3), pp. 529-50.
- Sousa, J. (2006), *Os Imigrantes Ucranianos em Portugal e os Cuidados de Saúde*, Colecção Teses, 4, Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas, (ACIME), Lisboa.
- Tyson, J. E., Kennedy, K., Broyles, S., Rosenfeld, C. R. (1995), "The small four gestational age infant: Accelerated or delayed pulmonary maturation? Increased or decreased survival?", *Pediatrics*, 95, pp. 534-8.