

# OS DESAFIOS DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL PORTUGUESA NOS INÍCIOS DO SÉCULO XXI

PAULA CRISTINA ALMEIDA REMOALDO\*

## 1. INTRODUÇÃO

Depois de Portugal ter revelado uma espectacular descida, 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 Taxa de Mortalidade Infantil, novos desafios se equacionam nos primórdios do século XXI. Na realidade, actualmente Portugal apresenta já uma das mais baixas Taxas de Mortalidade Infantil e de Mortalidade Materna à escala mundial e possui capacidade para continuar a diminuí-la, mas alguns obstáculos parecem dificultar esta descida.

Por um lado, num período em que a mudança se perspectiva cada vez mais centrada no cidadão, é imperiosa a elevação do nível de instrução da população, visto em Saúde Materno-Infantil a variável «grau de instrução», sobretudo o da mãe, ser determinante. Por outro lado, 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 seu turno 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.

A presente palestra analisa os ganhos operados no século XX em termos da Saúde Materno-Infantil e equaciona os principais desafios para o século XXI.

## 2. OS GANHOS ATÉ FINAIS DO SÉCULO XX

De acordo com os últimos dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística Portugal evidenciava, em 2002, uma Taxa de Mortalidade Infantil de 5,1‰ (www.ine.pt), suspendendo a tendência de declínio constante que ocorria desde a década de sessenta. O *Population Reference Bureau* estima, entretanto, uma Taxa de 5,0‰ para 2003 (www.prb.org), o mesmo *score* evidenciado em 2001. Este indicador demográfico e social apresentava um

\* Universidade do Minho. Departamento de Geografia. premoaldo@geografia.uminho.pt

valor de 77,5%0 em 1960 constituindo o *score* mais elevado do grupo de quinze países que faziam parte, até há pouco tempo atrás, da União Europeia (U.E.). Não obstante, foi o país que registou uma maior variação na descida desta taxa equivalente a -92% entre 1960 e 1997. Desde 1998 Portugal deixou de ocupar o último lugar da U.E., encontrando-se numa posição mais favorável do que a Irlanda, a Grécia e o Reino Unido.

A Taxa de Mortalidade Materna cifrava-se em 2000 em 2,5%000 constituindo a terceira mais baixa Taxa da União Europeia, a seguir à Áustria, Espanha e Suécia ([www.sexualidadejuvenil.pt](http://www.sexualidadejuvenil.pt)), enquanto a percentagem de partos sem assistência se cifrava, no mesmo ano, em 0,15%.

De uma forma sucinta podemos referenciar cinco aspectos que podem resumir as principais determinantes que conduziram à situação bastante satisfatória que se vive actualmente em Portugal. Em primeiro lugar temos a criação do Instituto Maternal nos anos quarenta do século XX que incentivou naquela década a descida da Taxa de Mortalidade Infantil 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.

Em segundo lugar, não podemos olvidar a vacinação e a melhoria das condições de vida da população (alimentação, hábitos higiénicos e condições habitacionais) como outras das principais determinantes. O Plano Nacional de Vacinação existe em Portugal desde 1965, sendo todas as vacinas gratuitas e as taxas de cobertura vacinal são 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.

A terceira determinante foi o desenvolvimento dos meios profiláticos e terapêuticos, visível a partir de finais da década de quarenta do século XX, com particular destaque para os antibióticos.

Quer a melhoria do sistema de saúde, quer a elevação do nível de instrução da população, assumem-se como as determinantes de maior impacto no último triénio do século XX. 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. 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 Taxa de Mortalidade Infantil, a mortalidade por doenças evitáveis e a percentagem de partos sem assistência. O Serviço Nacional de Saúde (S.N.S.) 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 S.N.S. do sul da Europa.

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.

Entretanto no ano 2000 a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) publicou o Relatório sobre a Saúde Mundial, comparando, pela primeira vez, os sistemas de saúde dos 191 países membros daquela Organização. Portugal ficou posicionado em décimo segundo lugar na classificação do desempenho dos sistemas de saúde, ficando à frente dos sistemas da Grã-Bretanha, Alemanha, Canadá e Estados Unidos da América.

Por último, a Taxa de Analfabetismo da população portuguesa só na década de oitenta é que assistiu a uma diminuição mais acentuada (-40,9%). Entretanto, enquanto em 1991 ainda era de 11% em 2001 (último Censo da população) desceu para 9%, cifrando-se numa descida de apenas dois por cento em dez anos (Instituto Nacional de Estatística, 2004). Por outro lado, foi nas décadas de cinquenta e de sessenta que se observou um aumento mais importante da parcela da população possuindo até quatro anos de escolaridade e até onze anos de escolaridade (Remoaldo, 1998, 102).

Existe um consenso à escala internacional de que o nível de instrução dos pais, sobretudo o da mãe, constitui um importante factor de risco da morbilidade e mortalidade infantil. Como afirmou Caldwell (1981), mulheres escolarizadas possuem uma «maior aptidão para manipular o mundo». De acordo com o último Censo as mulheres que não sabem ler nem escrever são quase o dobro dos homens, mas são elas que evidenciam habilitações literárias mais elevadas existindo 72 homens com Curso Superior por cada cem mulheres ([www.ine.pt](http://www.ine.pt)). Paralelamente, 35,1% da população atingiu apenas o 1º Ciclo do Ensino Básico (quatro anos de escolaridade).

Apesar das dicotomias se terem atenuado entre 1980 e o ano 2000 entre as mulheres de mais baixo nível de instrução e as de mais elevado, continua a registar-se, de um modo contínuo, uma mortalidade nas crianças até um ano de vida cinco ou seis vezes mais elevada (dependendo dos anos considerados) no grupo das mães que não sabem ler nem escrever e largamente superior à média nacional.

### 3. OS NOVOS DESAFIOS NO NOVO MILÉNIO

#### 3.1. *O esquecimento da dimensão humana e o défice de médicos*

Existe um consenso para considerar que a questão mais importante da Medicina portuguesa se prende neste início do século XXI com a humanização dos cuidados de saúde num período em que predomina na Medicina o saber técnico, afastando-se da

noção clássica de arte e da dimensão humana. Tradicionalmente, existiu uma vincada relação hierárquica entre o médico e o paciente que importa contrariar, com um défice de empatia na relação empreendida. Está provado que quer a mulher grávida quer os pais da criança tendem a ter uma maior confiança no clínico quando este lhes presta um maior apoio emocional, denotando disponibilidade para escutar e para informar e discutir com aqueles as soluções a adoptar. Todavia, não é suficiente afirmar que se trata de uma mudança de mentalidades por parte dos profissionais de saúde, já que sabemos que com as recentes alterações no Sistema de Saúde português esta tentativa afigura-se como cada vez mais difícil.

O espírito economicista tem contribuído para o encerramento de várias maternidades e serviços de Pediatria, devido ao défice de médicos portugueses, ainda que hajam esforços para tentar atenuar este défice através da contratação de profissionais de saúde de outros países. A situação complica-se, entretanto, nos meses de Verão.

Desde o ano transacto que a Ordem dos Médicos tem denunciado publicamente a situação existente nos Serviços de Urgência de Obstetrícia dos hospitais da Região Norte de Portugal Continental. Dos dezoito serviços existentes naquela Região doze não cumprem os requisitos exigidos pela Ordem dos Médicos, *id est*, a presença, no mínimo, de três médicos sendo dois especialistas (Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, 2003). Outras denúncias seriam assumidas em Agosto do corrente ano (Jornal Público, 7/08/2004, 50) para a valência da Pediatria.

Assistimos, sobretudo desde 2002, a uma política mais restritiva de contratações, conduzindo a um recurso sistemático à prestação de horas extraordinárias, exigido ao corpo médico existente, para além do legalmente exigível (Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, 2003). Concomitantemente, assistimos a uma política de optimização de recursos humanos através da concentração de serviços, que se tem sentido mais na prestação de cuidados a Pediatria e a Obstetrícia.

Também desde 2002 assistiu-se à passagem da gestão pública de 34 hospitais públicos para a gestão privada (como Sociedades Anónimas), tentando desta forma aliviar a dívida asfíxiante que o Estado possui, mas os resultados não demonstraram até ao momento que estamos perante um modelo de sucesso.

### 3.2. *Os comportamentos preventivos e a importância da cultura portuguesa*

Os portugueses, por questões culturais, apresentam, normalmente, grandes dificuldades em adoptar comportamentos preventivos. Estas dificuldades são sentidas no domínio da prevenção rodoviária e de outro tipo de acidentes, na prática de actividade física (somos os menos activos da U.E.), no respeito pelo ambiente, *et cetera*. Assim, apesar de desde muito cedo se ter privilegiado a componente preventiva na base jurídica de suporte ao nosso sistema de saúde, não foram significativos os avanços nas últimas décadas.

O Plano Nacional de Saúde que será implementado pelo Ministério da Saúde de 2004 a 2010, equacionou como um dos três objectivos estratégicos, o centrar da mudança no cidadão, prevendo-se, entre outros, uma participação mais activa deste na

vida pública em geral e nas questões da saúde em particular, bem como o combate às principais doenças relacionadas com os estilos de vida.

Os comportamentos que, na nossa opinião, devem ser modificados são os seguintes:

- 1) um reduzido investimento na Educação Sexual;
- 2) um reduzido investimento na consulta pré-concepcional;
- 3) um menor investimento na precocidade e regularidade da vigilância pré-natal do que na vigilância no primeiro ano de vida da criança;
- 4) um elevado consumo de álcool durante a gravidez;
- 5) uma baixa prevenção dos acidentes.

Portugal apresenta actualmente, à escala da União Europeia, a maior taxa de cancro do colo do útero (maior incidência e mortalidade). Por si só, este posicionamento é revelador de um mau funcionamento da Educação Sexual, visto tratar-se de um tipo de cancro, quase sempre, de origem viral cuja prevenção se efectiva quando é utilizado o preservativo nas relações sexuais e se realizam exames periódicos de Papanicolau (exame de rastreio do cancro do colo do útero – Coelho, 2004). Concomitantemente, Portugal possui o maior número de gravidezes em adolescentes com menos de 17 anos e de infecções pelo vírus do VIH nos jovens com menos de 25 anos. Em conjugação com estes três indicadores aparece ainda o aumento exponencial da venda da pílula do dia seguinte (contracepção de emergência), tendo-se registado em 2001 a venda de cerca de 100.000 exemplares, enquanto em 2002 se cifrou em cerca de 140.000 (Coelho, 2004) e em 2003 em 166.158 exemplares.

Não obstante, a base jurídica do ensino da Educação Sexual nas escolas portuguesas existe há vinte e um anos, ainda que só em finais do século XX tenha sido regulamentada, denotando sérios problemas na sua aplicação prática. Encontra-se novamente em discussão na sociedade portuguesa desde o mês de Fevereiro do presente ano, sendo notórias as dificuldades em concretizar o desfecho. Aparece na sequência de um amplo debate desde meados do ano de 2003 sobre o aborto e cuja conclusão ocorreu no mês de Março, aquando da sua discussão na Assembleia da República e de proposta de nova discussão para a próxima legislatura daqui a dois anos.

Vários autores têm ressaltado a falência do modelo transversal que foi adoptado até ao momento (*e.g.*, Carvalho, 2000; Coelho, 2004), advogando a necessidade de criação de uma única disciplina intitulada «Educação Sexual» ou esta matéria ser uma parte substancial de uma disciplina de «Educação para a Saúde».

Enquanto se continua a discussão do modelo a implementar, continuam milhares de jovens portugueses a hipotecar o seu futuro, visto as mais de vinte D.S.T.'s reconhecidas até à actualidade apresentarem consequências similares, ainda que algumas delas sejam mais graves (*e.g.*, morte, cancro do colo do útero e da vulva, cancro do pénis e do ânus, aborto espontâneo, infertilidade, meningite, gravidez ectópica)!...

Nos últimos anos temos assistido ao desenvolvimento de várias investigações relacionadas com a Saúde Reprodutiva (*e.g.*, Cruz, J., *et al.*, 1997; Pais, J.M., 1996, 1998; Cabral, M., *et al.*, 1998; Instituto Nacional de Estatística, 2001), mais especifi-

camente, com a Saúde Sexual e os jovens têm sido o grupo privilegiado. Este facto advém, entre outros aspectos, por ser nestas idades *que o indivíduo se encontra, em termos biofisiológicos, num período áureo ao nível das suas capacidades sexuais e reprodutivas* (Nodin, 2001, 171).

Trata-se de um grupo que revela, normalmente, deficiências no que concerne à Educação Sexual e poucos programas de intervenção, tendo como objectivo a promoção da saúde, têm sido concretizados para debelar esta situação.

A melhoria dos cuidados prestados à grávida e ao recém-nascido passa também pela importância dada à consulta pré-concepcional, cuja cobertura o Ministério da Saúde considera presentemente como baixa (Ministério da Saúde, 2004). Depois de se ter conseguido que a quase totalidade dos partos ocorram em meio hospitalar e que mais de 95% das gravidezes tenham vigilância médica (Direcção-Geral da Saúde, 1998), torna-se premente desenvolver actividades de promoção da saúde dirigidas para o período antes da concepção. Estas direccionam-se, especialmente, para as mulheres em idade fértil e fazem parte integrante dos cuidados primários em saúde reprodutiva. *Promover a saúde no período pré-concepcional é uma forma de contribuir para o sucesso da gravidez, uma vez que muitos dos factores que condicionam negativamente o futuro de uma gestação podem ser detectados, modificados ou eliminados, antes que a mulher engravide (...)* (Direcção-Geral da Saúde, 1998, 2).

A avaliação pré-concepcional do risco afigura-se, assim, como um aspecto cada vez mais importante dos cuidados pré-natais e os Médicos de Medicina Geral e Familiar são os elementos mais importantes da mudança, sobretudo na consulta dos 15 e 18 anos do Programa-Tipo instituído pela Direcção-Geral da Saúde (Ministério da Saúde) e nas consultas de Planeamento Familiar.

Outro dos défices existentes centra-se no período puerperal, visto uma parte das mulheres não efectuarem consultas de revisão do puerpério (pouco mais de 60% das puérperas realizam este tipo de consultas). Uma das prioridades do Ministério da Saúde para os próximos dez anos passa pelo aumento de 5% por ano da taxa de cobertura das puérperas para que se possam alcançar valores próximos dos 100% antes de 2014 (Ministério da Saúde, 2004).

Por outro lado, é nítido um menor investimento na precocidade e regularidade da vigilância no período gestacional do que na vigilância no primeiro ano de vida da criança (Remoaldo, 1998, 2002) e que urge modificar. Na realidade, a percentagem que inicia precocemente a vigilância pré-natal (até às doze semanas de gestação) varia entre os 66% e os 75%, consoante as regiões consideradas. Este facto resulta do desconhecimento por parte de uma parcela da população dos efeitos deletérios no feto e na própria vida da grávida quando esta opta por uma ausência de vigilância pré-natal ou por um baixo número de consultas pré-natais. A juntar a este desconhecimento está a influência dos familiares mais velhos, como a mãe e a sogra da mulher grávida, que vários estudos têm comprovado (Remoaldo, 1998, 2002; Canteiro, 2003; Martins, 2003), especialmente para o Noroeste português, e que os profissionais de saúde deveriam ter mais em consideração.

O Ministério da Saúde no Plano Nacional de Saúde que avançou em Fevereiro de 2004 considerou que existe *uma elevada cobertura em cuidados de saúde reprodutiva,*

para a qual tem contribuído a Rede de Referência Materno-Infantil (RRMI) (Ministério da Saúde, 2004, 14). Também considerou que é relativamente elevada a cobertura dos serviços pré e perinatais. Paralelamente, este Ministério referiu que a *percentagem de grávidas que em Portugal têm, pelo menos, uma consulta pré-natal durante a gravidez parece ser superior a 98%, com mais de 80% a iniciar a vigilância antes da 16ª semana de gravidez e mais de 80% a realizar esquemas de vigilância considerados adequados (Idem, Ibidem)*. Por outro lado, mais de 90% de mães utilizam um método contraceptivo pós-parto, sendo também elevada a utilização de métodos contraceptivos por todos os grupos da idade reprodutiva.

Somos, no entanto de opinião que, a informação e o aconselhamento que são realizados nas unidades de saúde sobre os métodos anticoncepcionais, se têm direccionado excessivamente para a pílula, sendo a sua utilização por parte das mulheres portuguesas mais elevada do que, por exemplo, pelas mulheres espanholas. Urge fazer um maior esforço para divulgar e aconselhar outros métodos, como o preservativo, que não tem a utilização que existe em Espanha, tendo a própria cultura portuguesa sido um dos entraves à sua maior utilização.

Depois de termos assistido nos anos noventa a uma mudança da atenção do Ministério da Saúde do consumo de álcool durante a gravidez para o consumo de tabaco, reconhece-se que, afinal, o problema do consumo do álcool ainda não havia sido resolvido. Num país produtor de vinho e cuja cultura veicula o seu consumo, seria de esperar dificuldades em debelar este comportamento. Entretanto, em 2004 observamos um maior empenho do Ministério da Saúde em reduzir o consumo do álcool durante a gravidez nos próximos dez anos (Ministério da Saúde, 2004), visto constituir um importante comportamento de risco.

São sobejamente conhecidos os efeitos deletérios do álcool no feto e a sua importância no «Síndrome Alcoólico Fetal» (*fetal alcohol syndrome*). Este síndrome é actualmente considerado nos países desenvolvidos como a causa ambiental mais comum de atraso mental sendo facilmente evitável. A frequência estimada do mesmo nos países desenvolvidos é de 1 a 2 por mil nados-vivos.

Alguns estudos haviam chamado a atenção para facto do consumo de álcool por parte das mulheres durante a gravidez continuar a ser um comportamento de risco que ainda não tinha sido resolvido em Portugal (Remoaldo, 1998, 2002). Assim, entre 1994 e 1995, Remoaldo identificou 7,6% no seio de 1398 mulheres inquiridas de 158 freguesias do Noroeste português como sendo grandes consumidoras de álcool (três e mais copos por dia e sobretudo vinho). Esta percentagem é mais elevada do que a que tem sido encontrada noutros estudos internacionais realizados até ao momento. Neste domínio tem sido notória a dicotomia rural/transição/rural, já que enquanto nas freguesias urbanas 28,7% das mulheres haviam consumido bebidas alcoólicas o *score* elevou-se a 55,7% nas mulheres de freguesias rurais.

O último investimento que consideramos como premente relaciona-se com os acidentes com as crianças, já que os acidentes rodoviários continuam a ser a maior causa de morte e de incapacidade temporária e definitiva nas crianças e jovens em Portugal. Apesar do número de vítimas ter vindo a diminuir, ainda somos o segundo pior país da União Europeia e o segundo da O.C.D.E. no que diz respeito à mortalida-

de infantil por acidentes de viação. É indiscutível que é necessário tornar mais apertada a fiscalização por parte das autoridades policiais, de certificação de transporte das crianças com um sistema de segurança e apostar mais na informação dos pais, que continuam a descuidar o transporte em segurança dos seus filhos.

#### 4. CONCLUSÕES

Se por um lado assistimos em Portugal a muitos ganhos no domínio da Saúde Materno-Infantil, sobretudo nos últimos trinta anos do século XX, continuam a ser vários os desafios que necessitam de resolução neste novo século. Tratando-se de um domínio em que o nível de instrução se afigura como um dos factores mais determinantes, urge inverter a dificuldade em diminuir a Taxa de Analfabetismo, sabendo que o sexo feminino é o que mais tem contribuído para o cenário existente.

Paralelamente, dever-se-á resolver, de uma vez por todas, a questão, em termos de leccionação, da Educação Sexual, que se arrasta há vinte e um anos. Ainda que a cobertura de utilização de métodos anticoncepcionais seja considerada satisfatória, falta investir na debelação de preconceitos culturais que invalidam uma maior utilização de métodos como o preservativo, cujos ganhos em saúde são mais que evidentes. Por seu turno, os profissionais de saúde devem ter na sua prática clínica, uma maior atenção às tradições e crenças enraizadas na população, que condicionam vários comportamentos em termos de saúde. Esta consideração ajudará a ultrapassar alguns dos problemas que existem actualmente, como sejam, o reduzido investimento na consulta pré-concepcional, o menor investimento na precocidade e regularidade da vigilância pré-natal do que na vigilância no primeiro ano de vida da criança, o elevado consumo de álcool durante a gravidez e a baixa prevenção dos acidentes. No que diz respeito a este último aspecto é fundamental ir lembrando aos pais, em cada consulta, o que está contemplado desde 1993 no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (Ministério da Saúde), ou seja, os comportamentos preventivos em termos de acidentes.

#### 5. BIBLIOGRAFIA

- CALDWELL, J. C. (1981): Education maternelle et mortalité infantile. *Forum Mondial de la Santé* 2(1): 91-94.
- CANTEIRO, E. E. L. (2003): *Evolução da mortalidade infantil e práticas associadas ao primeiro ano de vida – um estudo no território de Vizela*. Dissertação de Mestrado em História das Populações: Guimarães.
- CARVALHO, A. M. R. (2000): Educação sexual na escola. *O Professor* 71: 3-27.
- COELHO A. L. (2004): Ideias fortes - Miguel Oliveira da Silva. *Pública*, 398: 5-7.
- CONSELHO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS 2003. Serviços de Urgência de obstetrícia – situação na Zona Norte. Conferência de imprensa do CRN da OM – 20 de Novembro de 2003. *Revista da Ordem dos Médicos* 19(41): 14-15.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (1998): Circular Normativa n.º 2 /DSMIA. 18/03/98: Lisboa.



- MARTINS M. F. S. V. (2003): *Mitos e crenças na gravidez – sabedoria e segredos tradicionais das mulheres de seis concelhos do distrito de Braga*. Dissertação de Mestrado em Sociologia da Saúde: Braga.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004): *Plano Nacional de Saúde. Orientações estratégicas para 2004-2010*: Lisboa.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004): *Plano Nacional de Saúde. Prioridades para 2004-2010*: Lisboa.
- NODIN, N. (2001): *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Col. Estudos A.P.F.: Lisboa.
- REMOALDO, P. C. (2002): *Desigualdades territoriais e sociais subjacentes à mortalidade infantil em Portugal*. Série Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas. Fundação Calouste Gulbenkian e Ministério da Ciência e da Tecnologia (Fundação para a Ciência e a Tecnologia): Lisboa.
- REVISTA DA ORDEM DOS MÉDICOS (2004): 20(47): 18-22.

#### World Wide Web

<http://www.sexualidadejuvenil.pt>

<http://www.ine.pt>

<http://www.prb.org>