



INSTITUTO DE HIGIENE E  
MEDICINA TROPICAL  
DESDE 1902

**Universidade Nova de Lisboa**  
**Instituto de Higiene e Medicina Tropical**

A saúde das crianças e a pobreza familiar: um estudo quantitativo  
para a Região de Lisboa e Vale do Tejo

**Marta Duarte Jardim**

DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE  
PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO

MAIO, 2023



INSTITUTO DE HIGIENE E  
MEDICINA TROPICAL  
DESDE 1902

**Universidade Nova de Lisboa**  
**Instituto de Higiene e Medicina Tropical**

A saúde das crianças e a pobreza familiar: um estudo quantitativo  
para a Região de Lisboa e Vale do Tejo

**Autora:** Marta Duarte Jardim

**Orientadora:** Professora Doutora Maria do Rosário O. Martins

DISSERTAÇÃO APRESENTADA PARA CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS À  
OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO

MAIO, 2023

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta tese a todas as crianças portuguesas que enfrentaram, enfrentam ou enfrentarão tempos difíceis, porque com elas ainda temos muito a aprender.

Este estudo foi financiado pelo projeto ref. PT/2018/FAMI/350 e pelo projeto da Fundação para a Ciência e Tecnologia, ref. PTDC/ SAU-SER/ 4664/2020

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, começo por agradecer aos meus pais e à minha avó, pois sem eles o caminho tornar-se-ia solitário. Agradeço por me terem apoiado nesta nova jornada. Agradeço por todos os amparos, a força e a dedicação que sempre me deram e, acima de tudo, por acreditarem que eu poderei ser sempre mais.

Agradeço à minha Professora Dra. Maria do Rosário Martins, por ter aceitado o meu convite para ser minha orientadora. Agradeço pelo esforço que teve em estar sempre presente, por auxiliar e orientar-me quando precisava e por me ter dado a oportunidade de conhecer o mundo da investigação.

Agradeço aos meus professores e colegas do Mestrado em Saúde Pública e Desenvolvimento pela entreatajuda e partilha de conhecimentos e experiências que enriqueceram a minha literacia em saúde e perspetiva global.

Agradeço à Dra. Christiane por me receber de abraços abertos no processo de investigação e alargar o meu conhecimento na investigação e na melhoria da saúde.

*As crianças têm um tempo muito limitado para crescer e se desenvolverem de forma adequada. Para fazer escolhas certas para proteger as crianças em tempo de crise é necessário conhecer e perceber o que está, de facto, a acontecer agora.*

Madalena Marçal Grilo,  
Diretora executiva do Comité Português para a UNICEF desde 2001

## Resumo

**Introdução:** A infância caracteriza-se por processos de transformação biológicos, comportamentais e sociais, que são facilmente influenciados por fatores externos. A literatura sugere que a pobreza, nomeadamente a relacionada com os fatores socioeconómicos dos familiares, afeta direta ou indiretamente as crianças; estas podem vir a desenvolver características, comportamentos ou doenças típicas de quem viveu em pobreza e que perdurarão ao longo das suas vidas. A saúde infantil negligenciada pela pobreza familiar resulta no desenvolvimento de limitações ou incapacidades futuras que prejudicarão o capital social dos países. Por essa razão, importa estudar e identificar os fatores determinantes da saúde infantil, com o intuito de desenvolver medidas para a sua mitigação.

**Objetivos:** Analisar a relação existente entre alguns indicadores de saúde infantil e a situação socioeconómica das famílias na região de Lisboa e Vale do Tejo.

**Material e métodos:** Realizou-se um estudo quantitativo, observacional e transversal, a crianças com idades entre 2 e 5 anos, que frequentaram o ACES da Amadora e do Arco Ribeirinho entre Junho de 2019 e Março de 2023. A recolha de dados foi efetuada através de um questionário estruturado e presencial aos pais/cuidadores das crianças. A amostra deste estudo foi retirada de dois outros estudos mais alargados sobre o perfil de saúde da criança. As variáveis relacionadas com a saúde da criança foram: estado geral de saúde, número de episódios de doença, peso ao nascer, consumo de frutas e legumes e acesso aos cuidados de saúde. Os indicadores de pobreza considerados foram: rendimento familiar mensal, situação perante o emprego e qualificação laboral. Foram realizadas estatísticas descritivas mais adequadas a cada tipo de variável e analisadas associações através do teste de Qui-Quadrado, Fisher ou Fisher-Freeman-Halton. Usou-se o software SPSS versão 27.

**Resultados:** Da amostra de 560 crianças, 46,4% eram consideradas, pelos pais/cuidadores, como tendo um bom estado de saúde. Cerca de um terço das crianças não tinha estado de doente nos 3 meses e 36,6% tinham tido apenas um episódio de doença. Cerca de 3 em cada 4 crianças nasceu com um peso adequado. Cerca de 47% das crianças consome fruta fresca duas vezes por dia e cerca de 50% consome verduras, saladas e hortaliças duas vezes por dia. Quanto à utilização dos cuidados de saúde, 29% das crianças usa a urgência do sector público e 96% utiliza o centro de saúde para consultas de vigilância/rotina. Os pais/cuidadores, classificam em geral o sector público como o sector preferencial. As qualificações dos pais/cuidadores estão significativamente associadas com o consumo de frutas e legumes ( $p=0,075$ ;  $p=0,073$ ) e o motivo de ir ao centro de saúde ( $p=0,004$ ), enquanto a situação laboral está significativamente associada ao peso à nascença ( $p=0,000$ ) e o local de atendimento quando a criança esteve doente ( $p=0,035$ ). Já o rendimento familiar está associado significativamente com consumo de frutas e legumes ( $p=0,066$ ;  $p=0,053$ ), local de atendimento quando a criança esteve doente ( $p=0,001$ ) e motivo de ir ao centro de saúde ( $p=0,000$ ).

**Conclusão:** A pobreza familiar é um determinante da saúde infantil que deve ser considerada como um importante determinante social da saúde da criança. A associação entre instabilidade financeira das famílias, principalmente em tempos de crise financeira, e as repercussões na qualidade de vida das crianças, reforça a necessidade de criação de estratégias que visem a mitigar os efeitos nefastos que possam daí derivar. Este estudo

reforça a evidência referida na literatura sobre o impacto negativo que o estatuto socioeconómico familiar desfavorecido tem no desenvolvimento da criança. As conclusões obtidas nesta amostra de crianças/famílias da região de Lisboa e Vale do Tejo poderá servir de base para estudos futuros assim como para o planeamento de estratégias que protejam as crianças em situação de vulnerabilidade financeira familiar nesta Região de Portugal.

**Palavras-chave:** Saúde infantil, Pobreza, Privação de material

## Abstract

**Introduction:** Childhood is characterized by biological, behavioral and social transformation processes, which are easily influenced by external factors. The literature suggests that poverty, namely related with families' socioeconomic factors, affects directly or indirectly the children; these can develop characteristics, behaviors or typical diseases of those who lived in poverty and will last throughout their lives. The neglected child health by family's poverty results in the development of future limitations or incapacities that damage the countries' social capital. For this reason, it is important to study and indentify the determinants of child health, with the aim of developing measures for its mitigation.

**Objectives:** Analyze the existent relationship between some child health indicators and the socioeconomic situation of families in Lisbon and Tagus Valley region.

**Materials and Methods:** A quantitative, observational and cross-sectional study was accomplished on children aged between 2 and 5 years old, who attended ACES da Amadora and Arco Ribeirinho between June of 2019 and March of 2023. Data collection was made by a stutured questionnaire and face-to-face with children's parents/caregivers. The sample of this study was taken from two other larger studies about child health profile. The variables related to the child's health were: general health state, number of illness episodes, birthweight, consumption of fruits and vegetables and health care access. The poverty indicators considered were: monthly family's income, employment situtation and work qualification. More adequate descriptive statistics were performed for each type of variables and associations were analysed throughout the Chi-Square, Fisher and Fisher-Freeman-Halton tests. It was used the SPSS version 27 software.

**Results:** Of the sample of 560 children, 46,4% were considered, by parents/caregivers, to be in good health state. About a third of the children didn't have sick in the 3 months and 36,6% had only one illness episode. About 3 in 4 children were born with adequated birthweight. About 47% of children consume fresh fruit twice a day and about 50% consume vegetables and salads twice a day. As for the use of health care, 29% of children use the emergencies of public sector and 96% use health center for survaillance/routine consultations. Parents/caregivers generally classified the public sector as the preferencial. Parents/caregivers' work qualifications are significatly associated with fruits and vegetables consumption ( $p=0,075$ ;  $p=0,073$ ) and the reasons to visit health care ( $p=0,004$ ), while the employment situation is significantly associated with birthweight ( $p=0,000$ ) and the place to care when the child was ill ( $p=0,035$ ). The family income is significantly associated with fruits and vegetables consumption ( $p=0,066$ ;  $p=0,053$ ), place of care when the child was ill ( $p=0,001$ ) and reasons to visit health center ( $p=0,000$ ).

**Conclusion:** Family poverty is a child health determinant that should be considered as an important social determinant of child health. The association between families' financial instability, especially in times of financial crisis, and the repercussions on children's life quality, reinforce the necessity of strategies criation to mitigate the harmful effects which may derive therefrom. This study reinforce the evidence reported in literature about the negative impact of underpriviledged family socioeconomic status has on child development. The conclusions obtained in this sample of children/families from Lisbon and Tagus Valley sample could serve as a basis for future studies as well as for planning



strategies that protect children in a situation of family financial vulnerability in this Portugal region.

**Key-words:** Child health, Poverty, Material deprivation

# Índice

<b>1. Introdução</b> .....	1
<b>1.2. Enquadramento teórico</b> .....	1
1.2.1- Saúde infantil .....	1
1.2.2- A pobreza e a saúde infantil .....	3
1.2.3- Rendimentos dos pais/cuidadores da criança .....	6
1.2.4- Contexto Europeu.....	9
1.2.5- Contexto português .....	20
1.2.6- Estudos de coorte sobre a pobreza e a saúde no percurso de vida da criança	23
1.2.7- Objetivos e Questão de investigação.....	28
<b>2. Metodologia</b> .....	30
2.1- Material e métodos.....	30
<b>3. Resultados</b> .....	37
3.1- Análise descritiva.....	37
3.1.1- Caracterização da amostra.....	37
3.1.2- Caracterização dos indicadores de saúde infantil.....	39
3.1.3- Caracterização dos indicadores de pobreza familiar .....	49
3.2- Associação entre variáveis .....	53
<b>4. Discussão</b> .....	62
4.1- Associação do peso à nascença aos indicadores de pobreza familiar .....	62
4.2- Associação dos hábitos alimentares com os indicadores de pobreza .....	63
4.3- Associação entre a saúde e a doença da criança com os indicadores de pobreza	65
4.4- Associação dos acessos aos cuidados de saúde com os indicadores de pobreza	66
familiar .....	66
4.5- Limitações.....	68
<b>5. Conclusão</b> .....	69
<b>6. Referências bibliográficas</b> .....	71

## Índice de tabelas

Tabela 1- Caracterização das variáveis .....	34
Tabela 2- Caracterização da amostra .....	38
Tabela 3- Caracterização do Peso da criança à nascença em gramas .....	39
Tabela 4- Número de vezes que a criança esteve doente nos últimos 3 meses .....	41
Tabela 5- Perceção do estado de saúde geral da criança .....	43
Tabela 6- Local de atendimento quando a criança esteve doente .....	45
Tabela 7- Motivos que levam a criança a ir ao centro de saúde .....	46
Tabela 8- Subsistema ou seguro de saúde .....	47
Tabela 9- Despesas em saúde mensais e quantidade monetária .....	48
Tabela 10- Rendimento familiar mensal, após os descontos .....	50
Tabela 11- Grupo de profissões, segundo Classificação Portuguesa de Profissões, 2010, com acréscimo de duas categorias .....	51
Tabela 12- Situação perante o emprego dos pais/cuidador entrevistado .....	52
Tabela 13- Agrupamento das variáveis .....	55
Tabela 14- Associação entre Peso à nascença classificado e o Agrupamento dos indicadores de pobreza familiar .....	55
Tabela 15- Associação entre o consumo diário de fruta fresca e os indicadores de pobreza familiar .....	56
Tabela 16- Associação entre o consumo diário de verduras, saladas e hortaliças e os indicadores de pobreza familiar .....	57
Tabela 17- Associação entre o número de episódios que a criança esteve doente e os indicadores de pobreza familiar .....	58
Tabela 18- Associação entre o estado de saúde da criança e os indicadores de pobreza familiar .....	59
Tabela 19- Associação entre o local de atendimento quando a criança esteve doente e os indicadores de pobreza familiar .....	60
Tabela 20- Associação entre os motivos que levam a criança a ir ao CS e os indicadores de pobreza familiar .....	61

## Índice de figuras

Figura 1- Evolução do risco de pobreza nos 28 Estados-membros e em países selecionados .....	10
Figura 2- Evolução do risco de pobreza em crianças com idades entre os 0 e os 17 anos .....	11
Figura 3- Taxa da pobreza infantil versus a taxa de pobreza adulta em 2016.....	11
Figura 4- Taxa de crianças em risco de pobreza por idade, coorte de 2015 .....	12
Figura 5- Taxa do risco de pobreza na população total e consoante o número do agregado familiar .....	12
Figura 6- Crianças com estado de saúde bom ou muito bom por rendimento familiar, 2017 .....	13
Figura 7- Crianças com limitações moderadas ou severas na realização de atividades devido a problemas de saúde, de acordo com o rendimento familiar, 2017.....	14
Figura 8- Necessidades de consultas ou tratamentos não satisfeitas, por rendimento familiar, 2017.....	14
Figura 9- Crianças com necessidades de consultas e tratamentos dentários, por rendimento familiar, 2017.....	15
Figura 10- Crianças com necessidades de assistência médica não satisfeitas, consoante o nível de urbanização, 2017 .....	16
Figura 11- Crianças com necessidades de medicina dentária não satisfeitas, consoante o nível de urbanização, 2017 .....	16
Figura 12- Crianças com necessidades de assistência médica não satisfeitas, por agregado familiar, 2017 .....	17
Figura 13- Crianças com necessidades dentárias não satisfeitas, consoante o agregado familiar, 2017.....	17
Figura 14- Crianças em risco de pobreza ou exclusão social, 2020 .....	18
Figura 15- Crianças em risco de pobreza ou exclusão social, 2021 .....	19
Figura 16- Tendência da taxa de fertilidade .....	21

## Índice de gráficos

Gráfico 1- Ano em que as crianças nasceram .....	38
Gráfico 2- Unidades de saúde onde as crianças estão inscritas .....	38
Gráfico 3- Histograma do Peso da criança à nascença em gramas .....	40
Gráfico 4- Diagrama de Extremos e Quartis do Peso da criança à nascença em gramas	40
Gráfico 5- Peso ao nascer classificado .....	41
Gráfico 6- Número de vezes que a criança esteve doente nos últimos 3 meses .....	42
Gráfico 7- Diagrama de Extremos e Quartis do número de vezes que a criança esteve doente nos últimos 3 meses .....	42
Gráfico 8- Perceção do estado de saúde geral da criança .....	43
Gráfico 9- Consumo diário de fruta fresca .....	44
Gráfico 10- Consumo diário de legumes .....	44
Gráfico 11- Local de atendimento quando a criança esteve doente.....	45
Gráfico 12- Motivos que levam a criança a ir ao centro de saúde .....	46
Gráfico 13- Crianças com subsistema ou seguro de saúde .....	47
Gráfico 14- Tipo de subsistema ou seguro de saúde .....	48
Gráfico 15- Despesas em saúde .....	49
Gráfico 16- Valor aproximado das despesas em saúde .....	49
Gráfico 17- Rendimento familiar mensal, após os descontos.....	50
Gráfico 18- Grupo de profissões, segundo Classificação Portuguesa de Profissões, 2010, com acréscimo de duas categorias .....	52
Gráfico 19- Situação perante o emprego dos pais/cuidador entrevistado.....	53

## **Lista de abreviaturas**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS-LVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CS – Centro de Saúde

DP – Desvio padrão

INE – Instituto Nacional de Estatísticas

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

USF – Unidade de Saúde Familiar

# **1. Introdução**

## **1.2. Enquadramento teórico**

### 1.2.1- Saúde infantil

A definição de criança, assim como tudo a que envolve, vem sofrendo alterações ao longo dos anos. Durante muito tempo, a criança era considerada como um mero ser da sociedade que contribuía para a economia nacional, o que levou a que muitas crianças a partir dos 5 anos trabalhassem para o sustento da família (Sarmiento et al., 2010). Com a conscientização e a mudança de pensamento na sociedade, a criança passou a ser considerada como um “ser vulnerável dependente e membro da sociedade” (Sarmiento et al., 2010).

Assim, a necessidade de reforçar os direitos que as crianças devem ter para que lhes seja proporcionada uma vida saudável e feliz, levou a Organização das Nações Unidas (ONU) a promulgar a Declaração dos Direitos da Criança em 1959. Nesta declaração constam 10 artigos, nos quais todos os países deverão trabalhar, para que as crianças tenham, por exemplo, direito à identidade e nacionalidade, à saúde, à educação e à proteção social (Declaração dos Direitos da Criança, 1959).

Atualmente, e de acordo com o Artigo 1º da Convenção sobre os Direitos da Criança (Unicef Portugal, 2019), esta é considerada como todo e qualquer indivíduo com idade inferior a 18 anos, com exceção se a lei permitir “atingir a maioridade mais cedo”.

Percebe-se pela Convenção sobre os Direitos da Criança e pela Declaração dos Direitos da Criança, que o bem-estar da mesma terá de ser reconhecido pelos pais (biológicos ou adotantes) como pelos estados governamentais como um ponto fulcral a ser trabalhado.

No entanto, é necessário compreender que o bem-estar da criança envolve dimensões psicológicas e do seu meio envolvente. Por um lado, o bem-estar procura pela perceção e a opinião que a criança tem sobre si mesma e sobre o ambiente que a rodeia. Por outro lado, o bem-estar está relacionado com os rendimentos familiares, a saúde, a segurança, a educação, os comportamentos e riscos (de crianças e pais), relacionamentos familiares e com terceiros, a privação de material, a habitação e o ambiente (Sarmiento et al, 2010; Bradshaw et al., 2009).

## 1. Introdução

Sendo a saúde e o seu acesso, uma preocupação maioritária nas crianças, é explícito no Artigo 24º da Convenção sobre os Direitos da Criança que os “Estados Partes reconhecem à criança o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reabilitação”, garantindo que “nenhuma criança seja privada do direito de acesso e a tais serviços de saúde”, de modo aprimorar as medidas de prevenção, a literacia em saúde infantil e a reduzir a taxa de mortalidade de crianças com idades inferiores a 5 anos (Convenção sobre os direitos da criança – Unicef Portugal, 2019).

Porém, segundo os dados mais recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS 2020; OMS 2023) e da UNICEF (2023), em 2019 e 2021 lamentaram-se a morte de cerca de 5,2 milhões e 5 milhões de crianças com idades inferiores a 5 anos, respetivamente, em todo o mundo, devido a complicações durante a gravidez e/ou parto, por doenças transmissíveis, por questões sanitárias e condições de habitação, o que levou a OMS a concluir que poderiam ter sido “evitáveis e tratáveis”. Estes dados reforçam a ideia de que a saúde infantil é influenciada por fatores genéticos, ambientais, estilos de vida, culturais e socioeconómicos que são passados entre gerações e que afetam o modo como os serviços de saúde são utilizados, categorizando a infância como um período crítico devido às suas interações (Reading et al., 1993; Rajmil et al., 2010). Por esta razão Bradshaw et al. (2009) defende que a saúde infantil não poderá ser resumida a um único domínio ou indicador.

Tendo em consideração que vivemos num mundo marcado por diferenças, não se poderá generalizar os indicadores de saúde infantil para todos os países, principalmente quando separamos os países de alta renda e os de média e baixa renda, embora alguns indicadores sejam similares entre países e regiões, tais como: índice do peso à nascença, taxa de mortalidade e morbidade infantil, taxa de imunização, doenças não transmissíveis, obesidade, acesso aos cuidados de saúde e acidentes e mortes violentas (Shah et al., 1987). Contudo, por certo podemos afirmar que qualquer um dos indicadores têm efeitos diferentes no crescimento da criança e nas suas experiências pessoais.

O crescimento e desenvolvimento da criança é visto para muitos autores como a causa para as desigualdades da saúde adulta (Tampubolon, 2015; Rajmil et al., 2015; Belli et al., 2005; Rajmil et al., 2010). Inquestionavelmente, compreende-se que algumas condições ambientais, habitacionais e socioeconómicas proporcionarão o



## 1. Introdução

desenvolvimento de doenças evitáveis e tratáveis que acompanharão os indivíduos ao longo da sua vida, podendo resultar num maior número de faltas no trabalho para consultas e/ou tratamentos ou, em casos mais graves, na incapacitação destes. O estudo de Tampubolon (2015), realizado em idosos, apesar da possibilidade de haver viés de memória, mostra como a privação de material essencial para o bem-estar da criança e uma boa saúde, originou um desenvolvimento de determinadas incapacidades físicas e mentais, levando o autor a concluir que “a saúde na velhice não pode escapar às condições da infância”. Sem esquecer que tais consequências poderão ser transmitidas entre gerações, Belli et al. (2005) alude que “uma maior atenção deve ser dada à saúde precária como mecanismo de transmissão intergeracional da pobreza”.

Apesar de Starfield (1992), sugerir que a saúde e doença infantil deveriam ser medidas para combater uma saúde precária, a verdade é que o direito à saúde e bem-estar da criança só está assegurado quando os pais estão física, mental e financeiramente estáveis.

### 1.2.2- A pobreza e a saúde infantil

A pobreza é considerada por muitos autores como um determinante social major para a saúde infantil. No entanto, a sua definição não deve compreender somente a falta ou a diminuta capacidade monetária e da sua gestão, mas, pelo contrário, Wickham et al. (2016) ressalva a ideia que a definição de pobreza deverá, também, englobar, o contexto biológico, comportamental, ambiental e psicossocial, analisando-a de “forma plural... nas suas diferentes dimensões” (Ramos, 2005).

Tendo em consideração estas noções de pobreza, a *European Anti-Poverty Network* (2023) refere que a União Europeia (UE) substitui a palavra pobreza por “Risco de Pobreza ou Exclusão Social”, englobando todas as pessoas que estejam com dificuldade financeira e/ou baixa intensidade laboral e/ou privação de material severa, sendo esta última definida como “carência relativa de bens, recursos ou serviços amplamente disponíveis na sociedade” (Moro-Egido et al., 2022).

A UNICEF – Comité Português para além de utilizar a definição de “Risco de Pobreza ou Exclusão Social” estabelecida pela UE, usa igualmente no seu relatório de 2013, uma lista de itens as quais todos os agregados familiares europeus devem obedecer para que

## 1. Introdução

estes não sejam categorizados como em privação de material ou privação de material severa:

- 1- Pagar um empréstimo, renda, contas etc. no prazo previsto;
- 2- Pagar uma semana de férias fora de casa uma vez por ano;
- 3- Ter uma refeição de carne, frango ou peixe (ou equivalente vegetariano) a cada dois dias;
- 4- Fazer face a despesas imprevistas sem recorrer a empréstimo;
- 5- Ter telefone em casa;
- 6- Ter televisão a cores em casa;
- 7- Ter máquina de lavar roupa em casa;
- 8- Ter um carro no agregado familiar;
- 9- Manter a casa adequadamente aquecida.

Com esta lista de itens, as famílias são consideradas em privação de material quando não conseguem 3 itens e privação de material severa quando não conseguem 4 ou mais itens (Unicef – Comité Português, 2013).

A pobreza ou privação de material em crianças, definida por Sarmiento et al. (2010) como o “défice de bem-estar em áreas/domínios consideradas fundamentais para a criança”, é muito diferente da pobreza e privação de material experienciada na vida adulta.

Primeiramente, a infância por compreender um intervalo de idades entre os 0 e os 8 anos, torna-se num período crítico caracterizado pelo desenvolvimento físico e cognitivo e pela influência que os fatores externos têm perante a criança (Pillas et al., 2014). Além disso, não nos podemos esquecer que as crianças são indivíduos vulneráveis e totalmente dependentes dos adultos, tal como foi referido anteriormente. Adicionando a estas particularidades a escassez de bens e materiais caracterizadores da pobreza, a pobreza infantil pode ser classificada como um “conjunto complexo de interações entre a estrutura habitacional, as condições do mercado de trabalho, os apoios fornecidos pelos governos, entre outros”, constituindo-se, para Sarmiento et al. (2010) como uma “consequência imediata da pobreza da família”.

Segundamente, uma saúde precária na infância terá efeitos a curto e longo prazo na criança que irão acompanhar a vida adulta do indivíduo e que ditarão as causas de morte

## 1. Introdução

(Alves et al., 2022; Claussen et al., 2003). De acordo com a literatura, uma saúde infantil precária poderá ter como resultados: maior taxa de mortalidade e morbidade, maior ocorrência de infecções, maior limitação na realização de atividades, maior risco de desenvolvimento físico e mental, propensão para determinadas doenças, traumas físicos e mentais, má nutrição, baixo peso ao nascer e obesidade, malformações congênitas e fraco desenvolvimento cognitivo, social e comportamental (Newacheck et al., 1988; González et al., 2021; Spencer et al., 1999; Manning et al., 2005; Claussen et al., 2003; Lai et al., 2019; Reading, 1997; Karp, 1989). Segundo Starfield (1989), a taxa de mortalidade no primeiro ano de vida em crianças pobres tem uma probabilidade de duas a três vezes maior comparativamente a crianças de famílias abonadas, enquanto nos anos seguintes esta probabilidade triplicava ou quadruplicava. Também, Newacheck et al. (1988), refere no seu estudo, que as crianças pobres com múltiplas comorbidades tendem a estar mais vezes doentes e duas vezes mais tempo na cama, por doença, relativamente às crianças de famílias ricas. Já o estudo de Lai et al. (2019), conclui que no Reino Unido uma em cada cinco crianças viviam em pobreza persistente e que qualquer tipo de exposição de pobreza desenvolvia problemas físicos e mentais na adolescência.

As causas para o desenvolvimento de uma saúde infantil pobre são variáveis, mas todas elas são o reflexo da pobreza parental. Alguns autores apontam como causas da saúde infantil pobre: habitações rurais, bairros negligenciados, rendimentos familiares, situação laboral, famílias monoparentais, violência e abusos, consumo de álcool e drogas pelos pais, emigração, negligência, ambiente e pobre literacia em saúde infantil dos pais (Farthing, 2010; González et al., 2021; Stacey, 1980; Marmot, 2020). Flores et al. (2014) admite que algumas destas causas, mais especificamente a doença mental dos pais e o consumo de álcool e drogas pelos pais, intensificadas pela pobreza resultam em negligência e abandono dos filhos.

Independentemente do tipo de efeito desenvolvido e causas responsáveis pela pobreza, a verdade é que as crianças tendem a desenvolver características típicas de quem cresceu na pobreza e que permanecerão durante a adolescência e idade adulta, tais como: escolha de hábitos menos saudáveis, mau aproveitamento e abandono escolar, pais na adolescência, desenvolvimento de doenças psicológicas, consumo de drogas, álcool e tabaco, criminalidade e violência, suicídio e mortalidade precoce por doenças não

## 1. Introdução

transmissíveis (Karp, 1989; Walker, 1989; Claussen et al., 2003; Marmot, 2020; Mølland et al., 2020).

A pobreza infantil, cada vez mais é entendida como um “problema relevante na agenda política” (Moro-Egido et al., 2022), principalmente nos países desenvolvidos, nos quais se incluem os países europeus. De facto, começou-se a perceber que a pobreza infantil origina desigualdades entre as crianças de várias classes, no que concerne aos acessos de serviços de saúde, prevenção e tratamentos (Rajmil et al., 2020; Bonati et al., 2005; Pickett et al., 2007; Flores et al., 2014). Todavia, a falta de saúde nestas crianças traduz-se em menores oportunidades ao longo da vida, tais como laborais, o que resulta numa persistência da pobreza entre gerações.

Com o intuito de reduzir as desigualdades entre as crianças de classe baixa e as crianças de classe média e alta, encontramos nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (2015) três objetivos fundamentais para a diminuição da pobreza e das suas desigualdades, que são: Objetivo 1- Erradicar a pobreza em todas as suas formas e em todos os lugares, Objetivo 3- Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, Objetivo 10- Reduzir as desigualdades no interior dos países e entre países.

Victoria et al. (2022) considera que as “desigualdades maciças na distribuição da riqueza”, quer entre países quer no próprio país, são um “desafio fundamental para o desenvolvimento sustentável”. Por certo, a sociedade será sempre marcada por distinção entre várias classes sociais, no entanto, se conseguirmos minimizar os três objetivos referidos, através das gerações futuras, não só há uma melhoria nestes como também noutros objetivos, tais como: Objetivo 2- Erradicar a fome, Objetivo 4- Educação de qualidade, Objetivo 5- Igualdade de género, Objetivo 8- Trabalho digno e crescimento económico (Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, 2015).

### 1.2.3- Rendimentos dos pais/cuidadores da criança

Quando nos referimos à saúde infantil não podemos descartar a ideia de que os pais são os principais cuidadores e, tal como descrito no subcapítulo anterior, esta só estará assegurada quando os pais têm estabilidade.

## 1. Introdução

Apesar de alguns autores (Baptista et al., 2007; Ramos, 2005, Alves et al., 2022; Bradshaw et al., 2009), tentarem defender que a pobreza na saúde infantil não se resume somente aos rendimentos familiares, a verdade é que a qualidade de vida e as opções de escolha por parte dos pais limitar-se-ão às suas condições financeiras, o que torna o rendimento familiar o principal indicador para o bem-estar e desenvolvimento da criança, assim como, para a privação de material (Marmot, 2020; Farthing, 2010; Bremberg, 2003; Reading, et al., 1993; Connolly, 1985; Stacey, 1980; Shah et al., 1987; Rueden et al., 2006).

No entanto, Moro-Egido et al. (2022) reforçam a ideia que os salários baixos, além de contribuírem para a pobreza infantil, também serão responsáveis pela Teoria do Stress Familiar. Segundo a autora, esta teoria reflete como os salários baixos conseguem influenciar as interações e relacionamentos entre pais e filhos, que negativamente resultarão numa diminuta atenção dos progenitores sobre as necessidades básicas das crianças.

O impacto que a pobreza tem na saúde infantil foi reconhecido, pela primeira vez, pelo economista e estatístico Ernst Engel, no século XIX, após este ter-se deparado com um grande número de mortes em crianças pobres, por doenças infecciosas, comparativamente com as crianças de famílias ricas (Starfield, 1989). Tal situação, levou o economista a concluir que “Quanto mais baixo for o rendimento de uma família, mais elevada é a percentagem que as despesas de consumo em alimentação representam em relação ao total das despesas de consumo dessa família”, ou seja, as famílias destinam uma maior percentagem do seu rendimento à alimentação, descurando de outros serviços e bens essenciais para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança (Lei de Engel, 1821-1896).

A Lei de Engel caracteriza-se pela sua intemporalidade. Claramente que famílias mais abonadas tendem a atuar de forma mais precoce quando as crianças têm um problema de saúde e a optar por escolhas mais saudáveis. Pelo contrário, as famílias pobres (ou seja, aquelas que são consideradas em risco de pobreza monetária pela UE e/ou não cumparam três ou mais dos requisitos citados anteriormente na lista definida pela UNICEF) têm de gerir os seus rendimentos de uma forma distinta, implicando um acesso pouco frequente

## 1. Introdução

aos serviços de cuidados de saúde e a escolha de opções menos saudáveis, principalmente no que concerne à alimentação (Karp, 1989; Marmot, 2020; Kinra et al., 2000).

A incapacidade financeira, típica das famílias pobres, resulta numa resposta inadequada às situações que vão ocorrendo, o que leva a Diogo (2013) concluir que “as condições de existência agravam-se substancialmente”. Por essa razão, Marmot em 2020, referiu que a saúde é um “bom medidor de progresso social e económico” (Marmot, 2020).

Relativamente aos serviços de saúde, o que difere entre crianças consideradas pobres e crianças consideradas ricas (i.e, as que não têm “défice do bem-estar em áreas/domínios considerados fundamentais para a criança”, conforme definido por Sarmiento et al. (2010)) é o uso que estas têm perante os cuidados de saúde. Evidentemente que as famílias de classe alta têm literacia que as fazem optar por escolhas, segurança e comportamentos mais saudáveis, ao invés das classes mais baixas que proporcionam um ambiente de maior risco para o desenvolvimento da criança e, por consequente, necessitam de um maior uso dos serviços de saúde.

As várias complicações, descritas anteriormente, que caracterizam a saúde infantil precária, resultam num acompanhamento médico e num maior número de internamentos destas crianças. Contudo, se compararmos os dias de internamento e de consultas realizadas entre crianças pobres e crianças ricas, deparamo-nos com uma discrepância entre ambas as classes. Segundo o estudo de Newacheck et al. (1986), as crianças pobres saudáveis usavam os serviços de saúde em proporção semelhante às crianças ricas saudáveis, no entanto as crianças pobres que tinham comorbilidades usavam menos os serviços de saúde comparativamente às crianças ricas com condições de saúde idênticas.

Tais resultados poderão ser explicados pelos custos diretos que advém das consultas e internamentos e os custos indiretos à saúde, como as despesas de deslocação para os hospitais e/ou clínicas. Apesar de várias famílias possuírem um seguro de saúde que engloba as crianças, a verdade é que este não cobra na totalidade as despesas, o que pesa na decisão dos dias de internamento e na realização de mais consultas e/ou exames. De acordo com o estudo de Brooks-Gunn et al. (1998), em crianças com 3 anos de idade, as crianças que tinham um seguro de saúde público estariam mais dias internadas comparativamente às crianças que tinham seguros privados ou não tinham seguros.

## 1. Introdução

Por essa razão, poderá haver uma associação entre os rendimentos familiares e o modo como os serviços de saúde são utilizados pelas crianças e as suas famílias.

A grande preocupação que é gerada à volta dos rendimentos familiares está relacionada com a instabilidade financeira que as famílias vão experienciando ao longo dos anos, principalmente em tempos de crises económicas, visto que a condição financeira não é constante, nem tão pouco linear às famílias pobres. Inquestionavelmente, até mesmo as famílias de classe média poderão viver situações de pobreza que influenciam a saúde infantil, quando um ou ambos os progenitores se encontram desempregados.

Embora a literatura não se debruce muito sobre a questão laboral dos pais, é fácil compreender que quando ambos os pais trabalham conseguem gerir de forma equilibrada todas as suas despesas familiares. Todavia, quando um ou, no pior dos cenários, ambos os pais se encontram desempregados, estes serão obrigados a tomar decisões menos saudáveis e abdicarem de serviços e bens essenciais, que poderão ir ao encontro da Teoria do Stress Familiar, descrito por Moro-Egido et al. (2022), originando comportamentos de risco e/ou decadência na saúde infantil.

Segundo o Relatório de 2013 da UNICEF - Comité Português, acerca da crise económica de 2008, o risco de pobreza é superior a um terço quando um dos pais está desempregado, e agrava para mais de metade quando ambos os pais estão desempregados, o que para os autores “revela situações preocupantes de vulnerabilidade das crianças”.

### 1.2.4- Contexto Europeu

As situações económicas de cada país e as instabilidades financeiras que vão surgindo, resultam numa definição e medição do limiar de pobreza e pobreza infantil distinta entre países.

No subcapítulo anterior, mostrou-se como a pobreza familiar pode ter repercussões nas oportunidades presentes e futuras das crianças e como estas desigualdades têm impacto na vida de cada indivíduo e na sociedade. Apesar de não haver uma definição clara sobre a pobreza, especialmente a infantil, em 2005 a UNICEF considerou a pobreza infantil como “as crianças que vivem em pobreza são aquelas que experimentam a privação de

## 1. Introdução

recursos materiais, espirituais e emocionais necessários para sobreviver, desenvolver e prosperar, deixando-as incapazes de desfrutar dos seus direitos, realizar todo o seu potencial ou participar como membros plenos e iguais da sociedade” (Unicef, 2017).

A pobreza infantil continua a ser um dos maiores problemas na maioria dos países, dos quais a Europa não está excluída. Para a UE, um indivíduo encontra-se em risco de pobreza monetária quando o seu rendimento está abaixo de 60% da mediana do rendimento nacional, o que significa que as crianças da UE estarão em pobreza quando os rendimentos familiares são inferiores ao limiar fixado de 60% (European Anti-Poverty Network, 2023; Wickham et al., 2016). Além deste limiar a UNICEF considera, igualmente, uma lista de condições de vida (descritas anteriormente) que classificam as crianças em risco de pobreza ou exclusão social.

O estudo realizado pela UNICEF em 2017 em cinco países que pertencem à UE ou que estão em fase de negociação, nomeadamente, Bulgária, Croácia, Macedónia do Norte, Sérvia, Roménia e Turquia, mostrou como a pobreza infantil está associada e pode mesmo ser superior à pobreza adulta. De acordo com o estudo, os 28 estados-membros da UE tiveram um aumento de pobreza entre 2012 e 2016 (Figura 1). Relativamente aos países selecionados para o estudo, verifica-se que a Roménia e a Sérvia foram os países que em 2016 apresentavam maior risco de pobreza adulta, ao contrário da Croácia que dos cinco países teve um menor número de indivíduos no limiar da pobreza. Já a Turquia, em 2015, era o país com mais indivíduos no limiar de pobreza.

Fonte: Unicef, 2017

	2012	2013	2014	2015	2016
European Union (28 countries)	83,953	83,331	85,926	86,752	87,016
Bulgaria	1,559	1,528	1,578	1,586	1,639
Croatia	865	830	823	837	810
Romania	4,604	4,600	5,012	5,056	5,006
Serbia	n/a	1,750	1,807	1,797	1,791
The former Yugoslav Republic of Macedonia	540	500	457	445	
Turkey	17,469	17,221	17,413	17,153	

Source: Eurostat, accessed 13 November 2017.

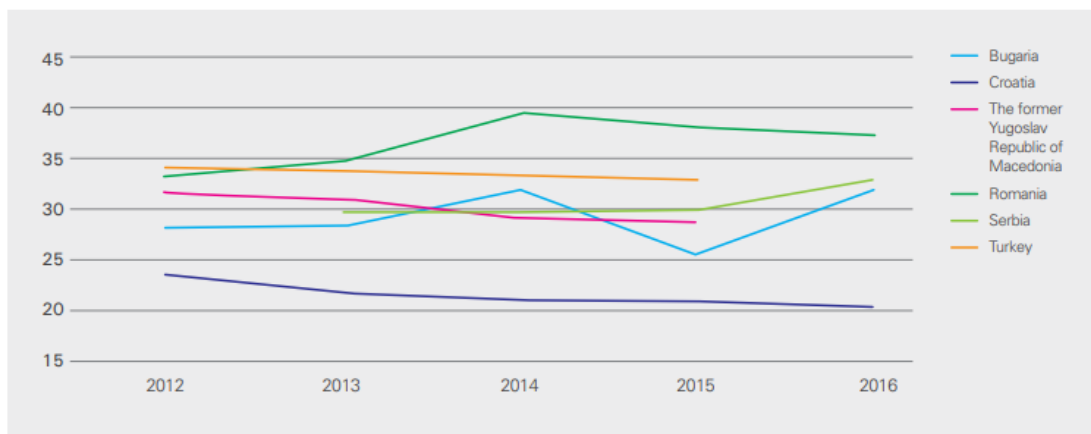
Figura 1- Evolução do risco de pobreza nos 28 Estados-membros e em países selecionados



## 1. Introdução

Quanto à pobreza infantil (idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos) a Roménia continuara a ser o país com maior número de pobreza (Figura 2). No entanto, verifica-se que a Turquia consegue ultrapassar a Sérvia, em 2015.

Fonte: Unicef, 2017

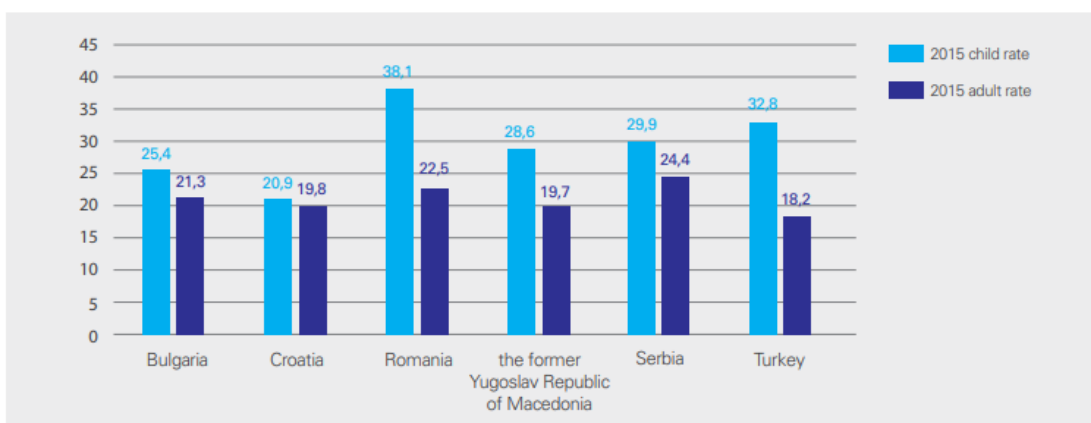


Source: Eurostat, accessed 13 November 2017.

Figura 2- Evolução do risco de pobreza em crianças com idades entre os 0 e os 17 anos

De forma a mostrar a discrepância da pobreza infantil comparativamente à adulta, conforme se pode constatar na figura 3, em todos os países a pobreza infantil era superior à adulta, sendo que a Roménia e a Turquia, segundo os autores, tinham uma diferença 1,5 vezes maior da pobreza infantil relativamente à pobreza adulta.

Fonte: Unicef, 2017



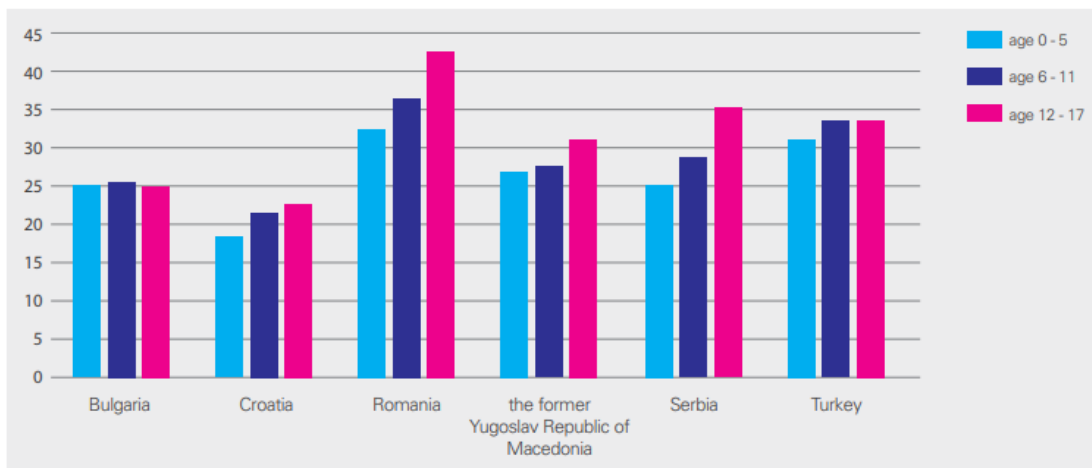
Source: Eurostat, accessed 13 November 2017. Data for Turkey and the former Yugoslav Republic of Macedonia is for 2015.

Figura 3- Taxa da pobreza infantil versus a taxa de pobreza adulta em 2016

## 1. Introdução

Apesar da faixa etária dos 0 aos 5 anos ter-se mostrado mais resiliente que as outras faixas (figura 4), constata-se na figura 5 que o número do agregado familiar pode estar associado com a pobreza familiar e, conseqüentemente, a pobreza infantil.

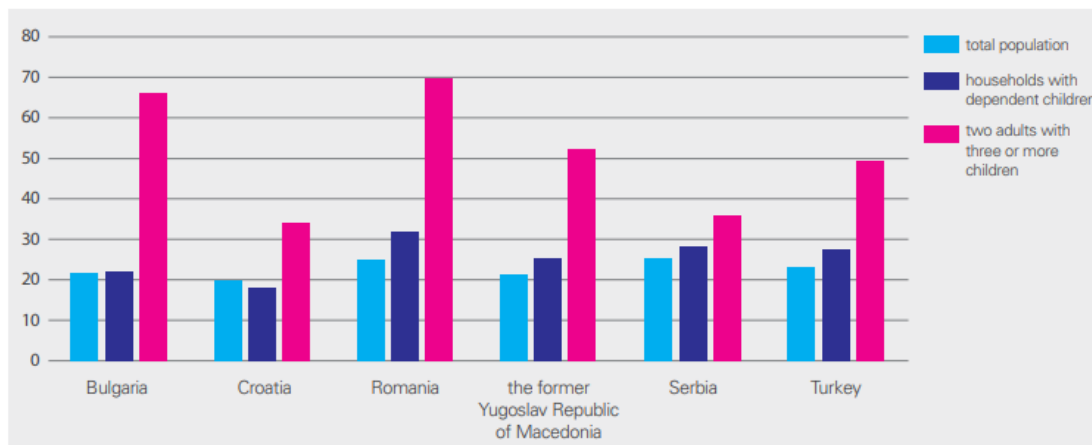
Fonte: Unicef, 2017



Source: Eurostat, accessed 13 August 2017.

Figura 4- Taxa de crianças em risco de pobreza por idade, coorte de 2015

Fonte: Unicef, 2017



Bulgaria, Croatia, the former Yugoslav Republic of Macedonia, Romania and Serbia data from 2015, and Turkey for 2014.

Source: Eurostat, accessed 11 August 2017.

Figura 5- Taxa do risco de pobreza na população total e consoante o número do agregado familiar

O estudo mais recente da *Eurostat* (Maio de 2023), concluiu que, em 2017, 96% das crianças da UE e Reino Unido com idades inferiores a 16 anos, apresentavam um estado de saúde bom ou muito bom, tendo como extremos Portugal (90,2%) e a Roménia

## 1. Introdução

(99,4%). Considerando o limiar de 60% da mediana, apenas a Grécia apresentou uma maior percentagem de crianças com um melhor estado de saúde no primeiro quintil da renda familiar. Todos os restantes países apresentavam melhores estados de saúde no quinto quintil, sendo notória uma maior diferença entre o primeiro e o quinto quintil (94,5% vs 97,5%) na Estónia, Portugal e na Dinamarca (figura 6).

Fonte: Eurostat, 2023

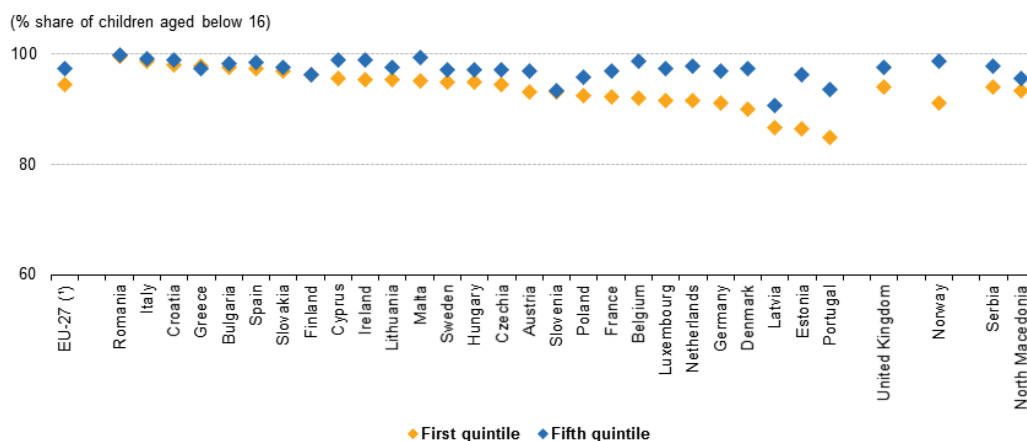


Figura 6- Crianças com estado de saúde bom ou muito bom por rendimento familiar, 2017

No mesmo estudo, verificou-se que 3,2% das crianças tinham incapacidades ou limitações moderadas na realização de atividades devido a problemas de saúde e 0,8% tinha limitações severas, sendo que as limitações moderadas foram mais notórias na Letónia, Lituânia, Estónia e Roménia e as limitações graves no Luxemburgo e Reino Unido. Estas limitações que ocorriam, maioritariamente, em crianças com idades compreendidas entre os 10 e os 15 anos, na maioria dos países ocorriam em crianças provenientes de agregados familiares com um rendimento inferior a 60%, sendo as maiores desigualdades verificadas em Malta, na Alemanha e no Chipre. Todavia, na Roménia, na Hungria e na Lituânia as crianças com maiores limitações moderadas ou severas na realização de atividades, pertenciam a famílias cujo o rendimento familiar era superior a 60% (figura 7).

## 1. Introdução

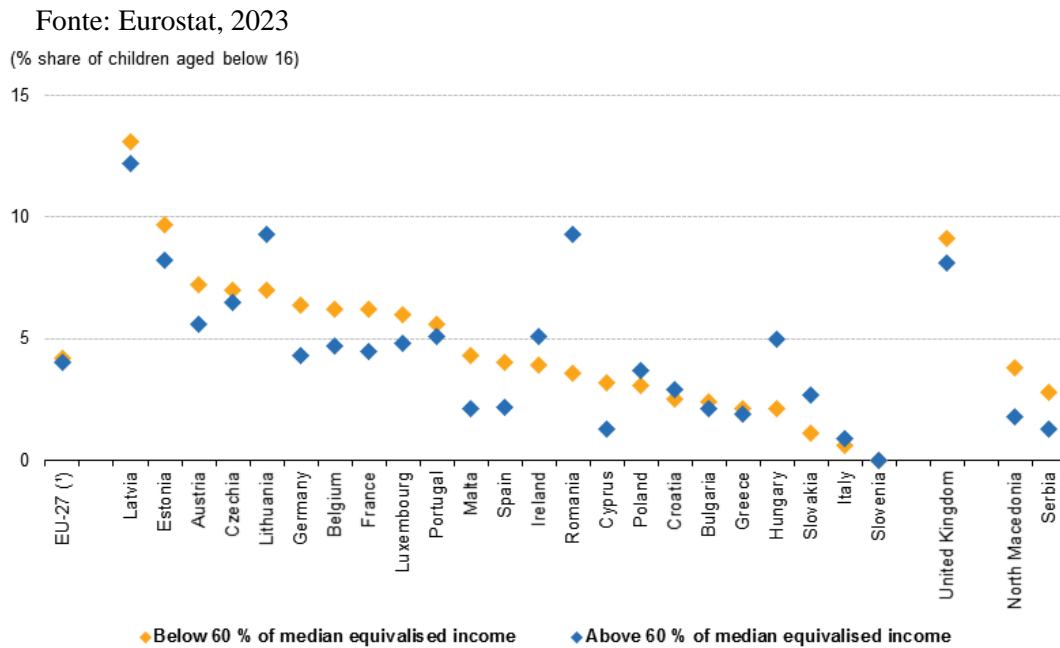


Figura 7- Crianças com limitações moderadas ou severas na realização de atividades devido a problemas de saúde, de acordo com o rendimento familiar, 2017

Quanto à não satisfação das necessidades de exames ou tratamentos médicos e dentários existia uma maior percentagem em crianças de famílias com rendimento inferior a 60% (3% vs 1,3%; 7,8% vs 1,3%, respetivamente), ocorrendo na maioria dos países, com exceção na Polónia, República Checa, Croácia, Estónia, Lituânia e Reino Unido.

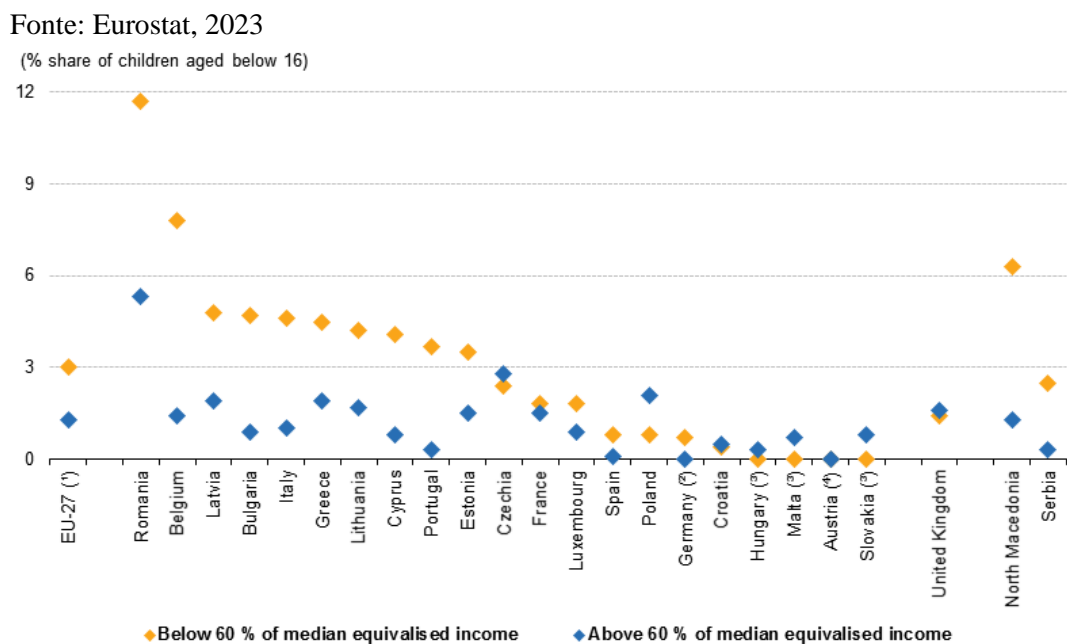


Figura 8- Necessidades de consultas ou tratamentos não satisfeitas, por rendimento familiar, 2017

## 1. Introdução

Fonte: Eurostat, 2023

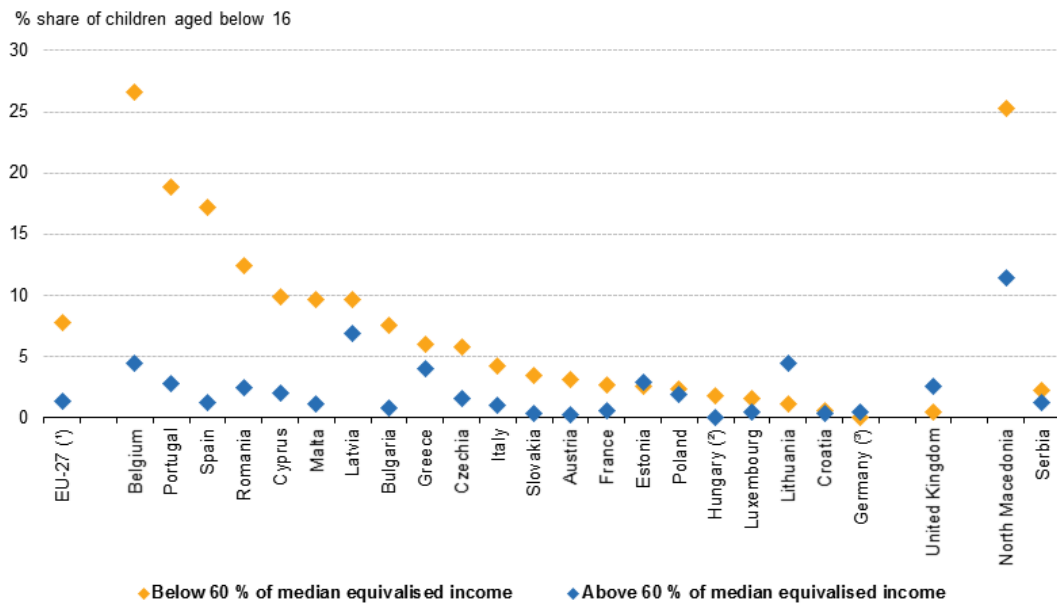


Figura 9- Crianças com necessidades de consultas e tratamentos dentários, por rendimento familiar, 2017

Como é expectável, a diferença na realização de exames e tratamentos médicos era aumentada quando se comparava o tipo de urbanização da criança (meio rural – 2,3% vs meio urbano – 1,3%), na grande maioria dos países, com exceção da República Checa, Letónia, Polónia, Lituânia e Malta, onde as crianças do meio urbano tinham menor insatisfação de necessidades de exames e tratamentos médicos. Pelo contrário, a diferença entre o meio rural e urbano para os exames e tratamentos dentários era bastante similar, acontecendo somente na Bulgária, Malta e Bélgica (figura 10).

# 1. Introdução

Fonte: Eurostat, 2023

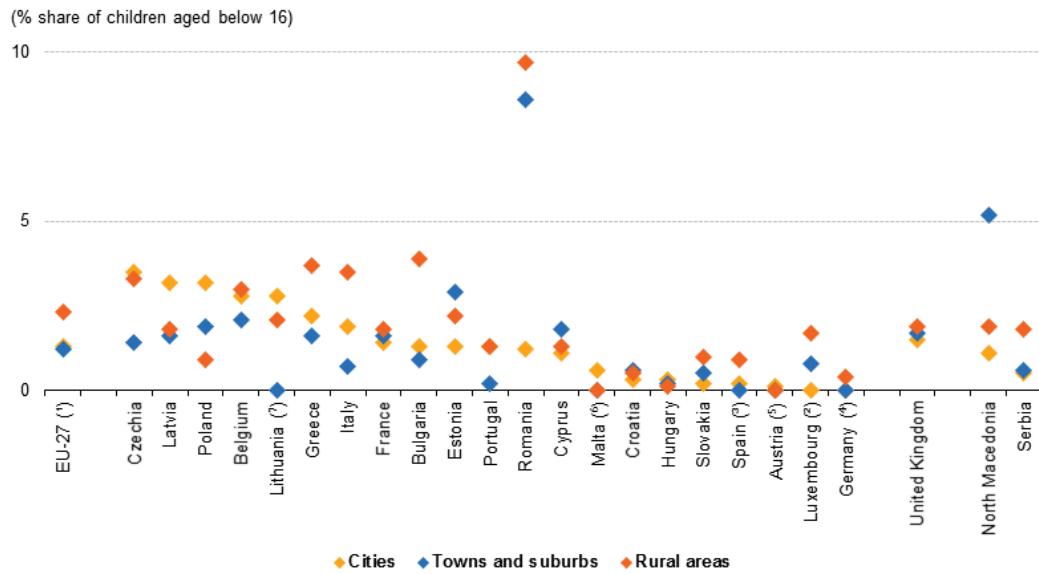


Figura 10- Crianças com necessidades de assistência médica não satisfeitas, consoante o nível de urbanização, 2017

Fonte: Eurostat, 2023

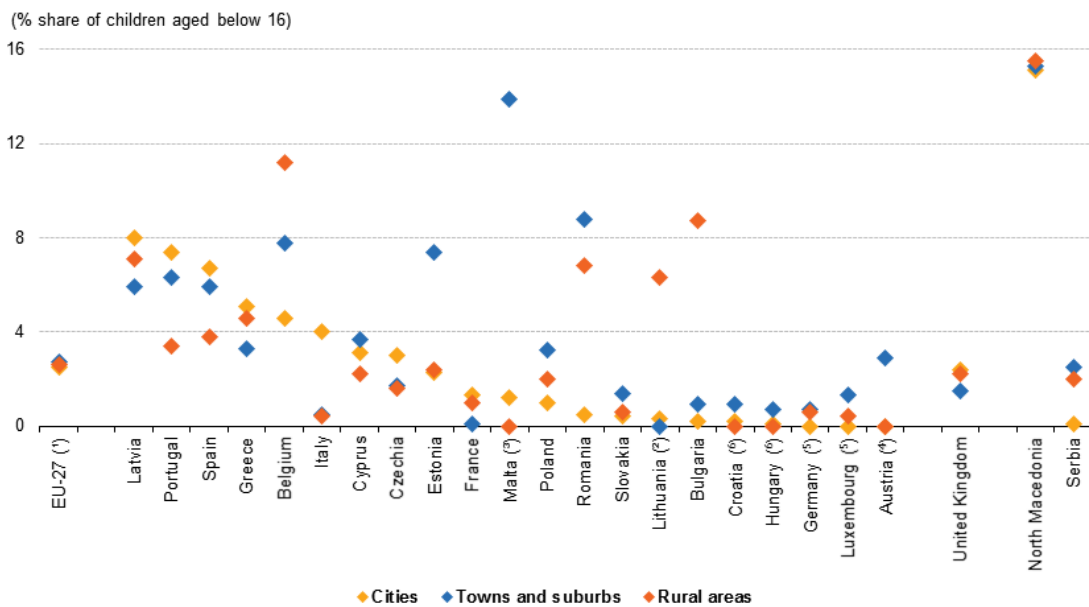


Figura 11- Crianças com necessidades de medicina dentária não satisfeitas, consoante o nível de urbanização, 2017

Comparando o agregado familiar, observou-se uma similaridade na não satisfação das necessidades de exames e tratamentos entre as famílias compostas apenas com um adulto e filhos e as famílias com dois ou mais adultos e filhos. Mesmo, assim, em 11 países, com maior discrepância na Bulgária, Luxemburgo, Chipre, Grécia e Itália, havia uma maior

## 1. Introdução

difficuldade em realizar os exames e tratamentos médicos em famílias monoparentais, ao invés da Roménia, Portugal, Letónia e França que era mais difícil em famílias com dois ou mais adultos e filhos. Pelo contrário, para a odontologia essa dificuldade era mais perceptível quando eram famílias monoparentais (3,6% vs 2,5%), à exceção das famílias de países como a Roménia, Bulgária, Estónia e Lituânia, nos quais era propício a não satisfação dos cuidados dentários em famílias com dois ou mais adultos e filhos.

Fonte: Eurostat, 2023

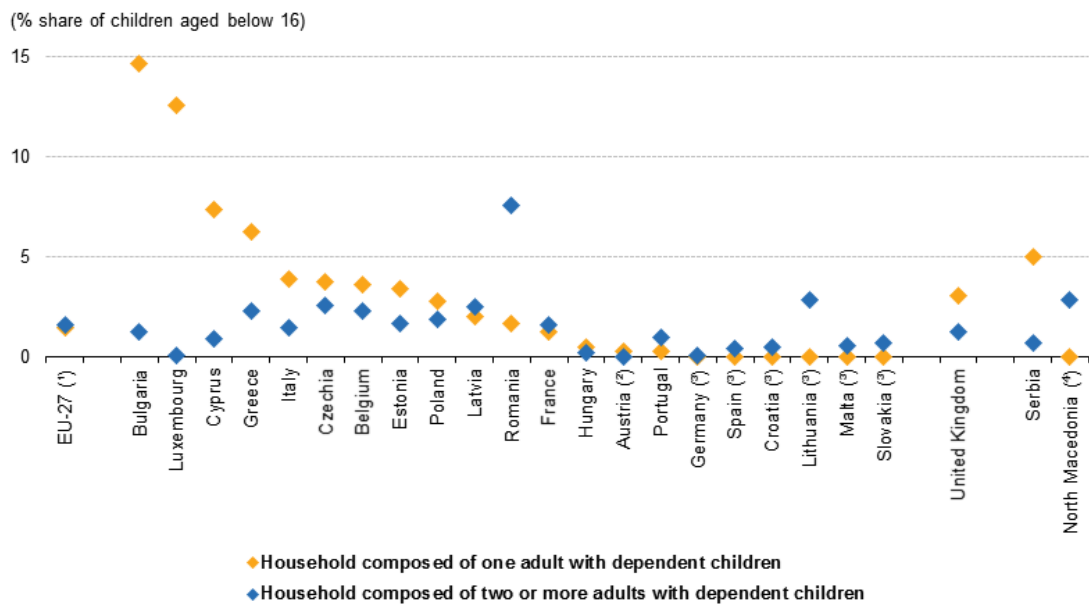


Figura 12- Crianças com necessidades de assistência médica não satisfeitas, por agregado familiar, 2017

Fonte: Eurostat, 2023

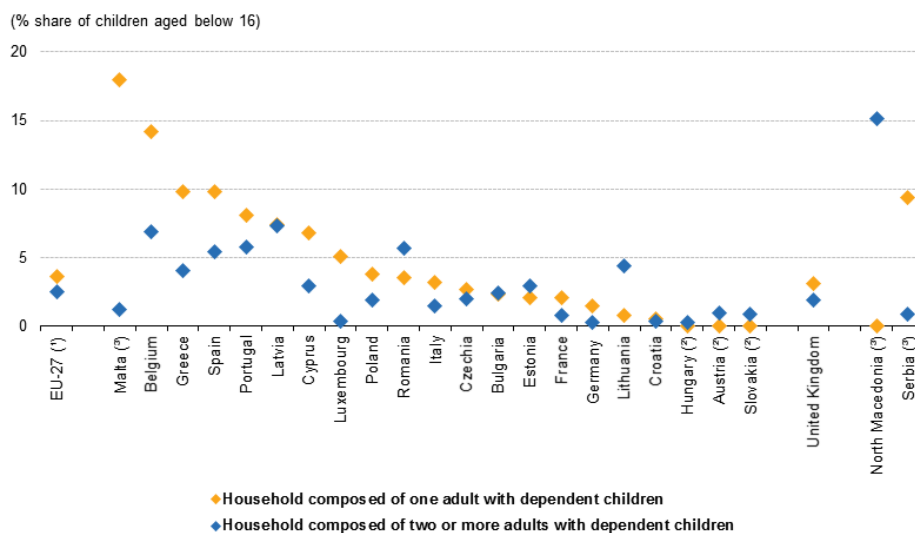


Figura 13- Crianças com necessidades dentárias não satisfeitas, consoante o agregado familiar, 2017

## 1. Introdução

Em 2020, alguns países da Europa Meridional, dos quais Albânia, Bulgária, Macedónia do Norte, Montenegro, Roménia e Turquia (zona europeia) apresentavam uma pobreza infantil que variava entre os 32,2% e os 48,9% da população infantil até aos 17 anos (figura 14) (Eurostat, 2022).

Fonte: Eurostat, 2022

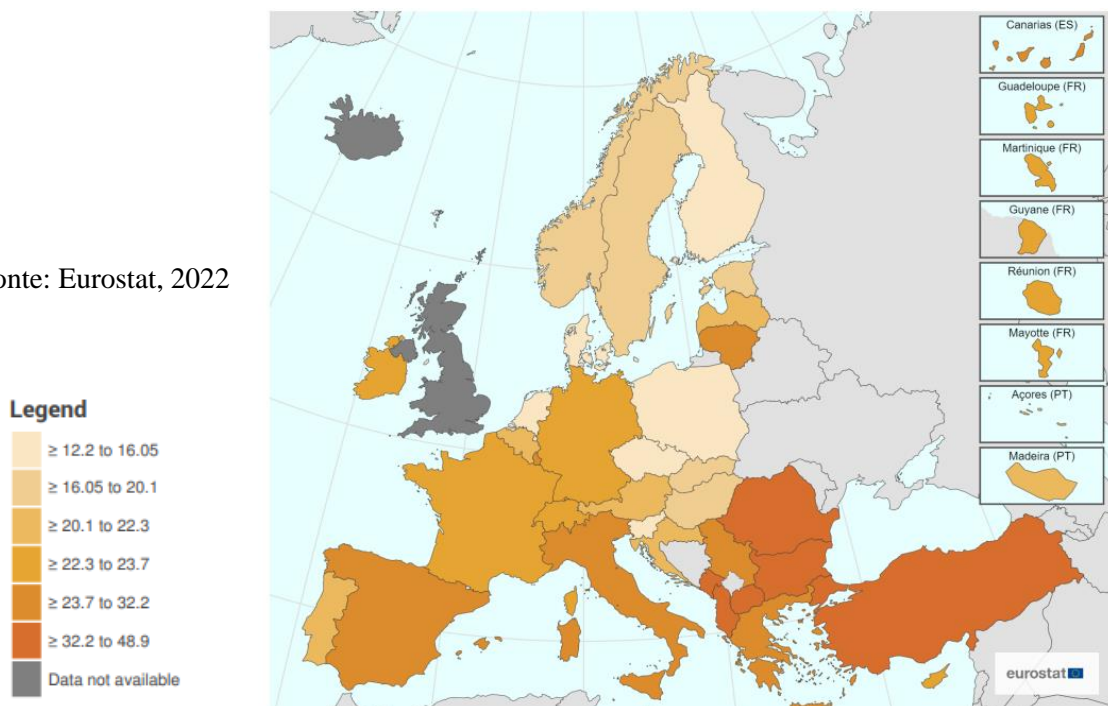


Figura 14- Crianças em risco de pobreza ou exclusão social, 2020

Atualmente, a redução de percentagem de crianças em risco de pobreza ou exclusão social não é tão positiva como se esperaria que fosse.

De acordo com a *Eurostat* (2021), em 2020, 24,2% das crianças da UE estiveram em risco de pobreza ou exclusão social, que, segundo as estimativas, ultrapassou a pobreza adulta (21,7%) e a pobreza idosa (20,4%). Quanto ao ano de 2021, a estimativa de crianças em risco de pobreza ou exclusão social nos 27 países membros da UE foi de 24,4% (Eurostat, 2023). No entanto, se compararmos os países de forma individual veremos que, em 2021, países como a Turquia (45,2%), Roménia (41,7%), Espanha (33,4%), Bulgária (33%), Grécia (32%), Itália (29,7%), Luxemburgo (29,4%) e Sérvia (27,5%) tiveram uma percentagem de pobreza infantil superior à média da UE (Eurostat, 2023). Pelo contrário, a Holanda (14,9%), a Dinamarca (14%), a República Checa (13,3%), a Finlândia (13,2%) e a Eslovénia (11%) são os cinco países que tiveram a percentagem de pobreza infantil mais baixa (figura 15) (Eurostat, 2023).



## 1. Introdução

Fonte: Eurostat, 2023

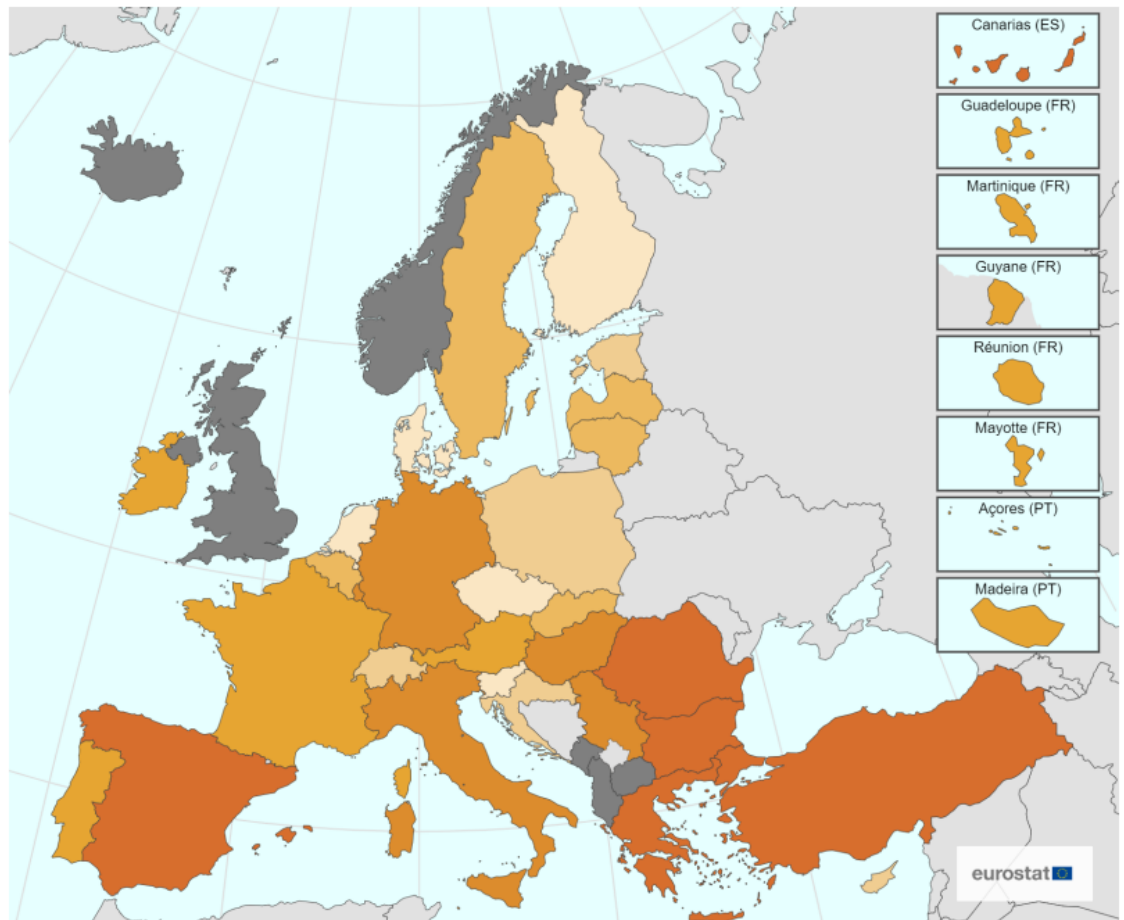
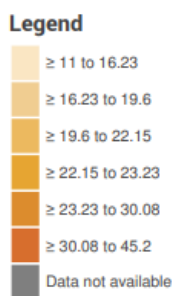


Figura 15- Crianças em risco de pobreza ou exclusão social, 2021

De ressaltar que a baixa percentagem destes países poderá ser o resultado de apoios e políticas que tentam mitigar a pobreza infantil.

As estimativas apresentadas pela *Eurostat* são o resultado de uma Europa afetada pela pandemia do COVID-19, sucedida por uma guerra que está a resultar num aumento de custo de vida e numa crise energética.

A crise económica que se está a desenvolver, não deixa ninguém indiferente. De facto, começa-se a observar uma intensificação da Lei de Engel, em que as populações se queixam em como o custo de vida está a limitar as escolhas mais saudáveis, e os governantes tentam apaziguar os efeitos nefastos que poderão derivar.

De acordo com Rajmil et al. (2015), as crises económicas dividem-se em três fases: 1º impacto económico (despedimentos e redução dos rendimentos), 2º impacto social

## 1. Introdução

(despedimentos em massa, principalmente em idades mais jovens) e 3º a recuperação desigual entre áreas e sectores.

Embora estas fases se destinem para os adultos, é totalmente perceptível de perceber que as desigualdades nas crianças terão uma intensificação, principalmente nas mais vulneráveis. Primeiramente, e abordando a situação familiar, as crianças estarão expostas a fatores e comportamentos de maior risco, devido às escolhas menos saudáveis, à violência entre e de pais, ao desequilíbrio emocional e consumo de estupefacientes dos pais, instabilidade familiar, tais como divórcios, entre outros (Flores et al., 2014). Por outro lado, as crianças serão vítimas das políticas de austeridade que resultarão em cortes nos sectores públicos, como por exemplo nos serviços dos cuidados de saúde, em que não só irá haver uma redução nos acessos aos serviços como também uma diminuição na qualidade dos mesmos, quer na prevenção quer no tratamento (Rajmil et al., 2020).

Ora os descuidos na saúde infantil durante as crises económicas originarão o aparecimento ou o agravamento de doenças em crianças, que as caracterizarão como pobres, e que as acompanharão ao longo da sua vida, como foi referido no sub-capítulo anterior. Estes resultados levam-nos a concordar com Marmot (2020), quando o mesmo refere que a austeridade afecta os “determinantes sociais que têm impacto na saúde a curto, médio e longo prazo”.

### 1.2.5- Contexto português

Em Portugal, a taxa de risco de pobreza ou exclusão social tem sido inconstante ao longo dos anos. Apesar da *Eurochild* (2021) considerar que em Portugal tem havido poucos progressos em políticas que mitigam a pobreza infantil, a verdade é que não podemos deixar de referir o esforço que foi feito em Portugal para diminuir a taxa de mortalidade em crianças com idades inferiores aos 5 anos desde 1990. Segundo a *Healthdata* (2023), em 1990 a taxa de mortalidade infantil em crianças com menos de 1 ano de idade e em crianças com menos de 5 anos era de 11,2 e 14,4 por 1000 nados-vivos, respetivamente, mas pelo contrário os dados relativos a 2019 apontavam para uma taxa de mortalidade infantil em crianças com menos de 1 ano e menos de 5 anos para valores de 2,3 e 2,9 por 1000 nados-vivos, respetivamente.

## 1. Introdução

Atualmente (Abril, 2023), em Portugal existem 417.578 crianças com menos de 5 anos e a taxa de mortalidade infantil situa-se em valores de 3,1 por 1000 nados-vivos, segundo os dados mais recentes da Unicef (2023), sendo a mortalidade superior no género masculino (Banco Mundial, 2021).

Um dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável até 2030 de Portugal, consiste em diminuir a taxa de mortalidade de recém-nascidos e crianças com menos de 5 anos, para valores estimados de 1,37 e 2,4 mortes por 1000 nados-vivos, respetivamente (Healthdata, 2023).

Todavia, estima-se que o número de crianças a nível mundial venha a diminuir, mantendo-se constante nos países de alta renda. De acordo com o Banco Mundial (2023), em 2020 a média de filhos que as mulheres portuguesas tinham ao longo da sua vida, ou seja, a taxa de fertilidade, era de 1,4. Por outro lado, os dados da *Healthdata* (2023) apontam para uma taxa de fertilidade de 1,3 em 2100, igualando-se aos valores de 2017 (figura 16).

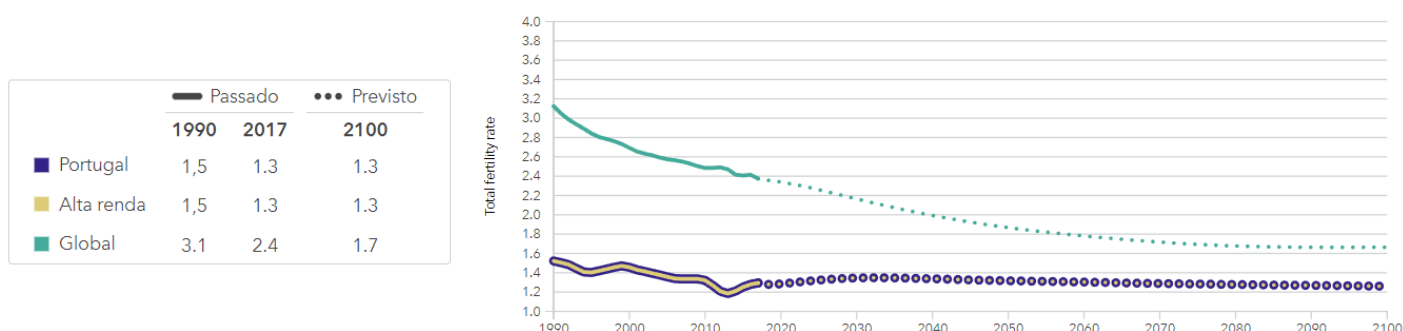


Figura 16- Tendência da taxa de fertilidade

Verifica-se na figura acima que em 2010 os países da alta renda, incluindo Portugal, sofreram um decréscimo acentuado na taxa de fertilidade. Ora este resultado deve-se às consequências que a crise económica de 2008 teve na vida das várias famílias.

A crise económica de 2008 foi responsável por uma das piores taxas de risco de pobreza infantil em Portugal. Se compararmos a pobreza infantil entre 2005 e 2011 observa-se um aumento de 4,6% (24% e 28,6%, respetivamente), devido às políticas de austeridade implementadas em 2010, de acordo com o estudo do Sarmiento et al (2010) e o Relatório

## 1. Introdução

da UNICEF – Comité Português de 2013. De acordo com os autores do relatório da UNICEF – Comité Português de 2013, estas políticas tiveram “repercussões diretas no bem-estar das crianças a nível da saúde, da educação e dos apoios sociais do Estado às famílias”, devido ao aumento da taxa de desemprego e ao aumento de custo de vida que se traduziram numa pobreza infantil que afetava 1 em cada 3 crianças portuguesas.

Até 2013, a percentagem de risco de pobreza ou exclusão social infantil em Portugal aumentou para 31,7% e, desde então, a pobreza infantil tem vindo a diminuir de forma lenta (Eurostat, 2022). Em 2019 a percentagem de risco de pobreza ou exclusão social infantil era de 21,9% mantendo-se igual em 2020 e subindo para 22,9% em 2021 (Eurostat, 2023).

Em 2021, o Instituto Nacional de Estatísticas (INE) referiu no seu relatório (Fevereiro de 2022) que 10,7% das crianças portuguesas com menos de 16 anos pertenciam a famílias em situação de privação de material e social, ressaltando que este valor era inferior à população geral (13,5%), e 5,1% em privação de material e social severa, igualmente inferior à população geral (6%). Porém, a *Eurochild* (2021) acautelava a ideia de que estes valores seriam mais graves quando se isolava as crianças por número de agregado familiar, sendo que apenas um adulto com crianças o risco passaria a ser de 33,9% e dois adultos com três ou mais crianças o risco passaria a ser de 30,2%.

No relatório do INE de 2021, relativamente ao ano anterior, foi feita a distinção de três grupos com “base nos limiares de pobreza regionais” que são as regiões a norte do Tejo (aproximadamente 19%), a região do Algarve e as regiões autónomas (aproximadamente 18%) e a região do Alentejo (17%), o que se depreende que serão estas as regiões portuguesas onde existe maior pobreza infantil.

Relativamente à saúde e aos serviços de saúde utilizadas pelas crianças, o INE refere no seu relatório de 2022, que em 2021 90,5% das crianças com menos de 16 anos de idade apresentavam um estado de saúde que variava entre o bom e o muito bom, enquanto que 8,1% apresentava uma saúde razoável, e que cerca de 98,5% das crianças com idades inferiores aos 16 anos viram satisfeitas as suas necessidades de consultas e/ou tratamentos, com exceção dos tratamentos dentários, nos 12 meses anteriores à entrevista.

## 1. Introdução

O INE cita, ainda, no seu relatório (Outubro de 2022) que o número de pessoas empregadas em Outubro de 2022 teve um decréscimo relativamente aos três meses anteriores, mas um acréscimo relativamente ao ano anterior. Pelo contrário, a taxa de desemprego em Outubro de 2022, correspondia a 6,1%, que, segundo o INE, a população desempregada teve uma diminuição de 0,7% relativamente a Setembro de 2022, mas um aumento de 1,9% em comparação a Julho do mesmo ano (INE, Outubro de 2022).

Apesar destes valores, a *European Anti-Poverty Network* (2022) alude que a pobreza em Portugal poderá aumentar enquanto a crise energética e o custo de vida permanecerem. Ora o passado económico português demonstrou que não é na altura que se instala a crise que as consequências, tais como desemprego e políticas de austeridade, se fazem sentir, mas pelo contrário nos anos seguintes. Assim sendo, e sabendo que as crianças são indivíduos totalmente dependentes do bem-estar dos pais, incluindo o financeiro, para a dúvida se até 2030 Portugal conseguirá atingir o seu objetivo em reduzir a taxa de mortalidade infantil.

### 1.2.6- Estudos de coorte sobre a pobreza e a saúde no percurso de vida da criança

Neste subcapítulo iremos apresentar quatro estudos de coorte publicados entre 2019 e 2022 que estudaram e demonstraram como a pobreza na infância tem repercussões no percurso da vida da criança.

O estudo de Lai et al. (2019) pretendia compreender como a exposição à pobreza na infância teria repercussões na saúde física (obesidade e doença prolongada) e mental (comportamento socio-emocional) nos adolescentes com 14 anos, no Reino Unido. Para tal, foram utilizados os dados do *Millennium Cohort Study*, que proporcionou uma amostra composta por 10.652 crianças, filhas únicas, nascidas entre Setembro de 2000 e Janeiro de 2002, que foram divididas em quatro grupos (nunca na pobreza, pobreza na 1<sup>o</sup> infância, pobreza na 2<sup>a</sup> infância e pobreza persistente), consoante o limiar de 60% da mediana do rendimento nacional, definido pela UE, e acompanhadas aos 9 meses, 3, 5, 11 e 14 anos. Os resultados deste estudo mostraram que as crianças de pobreza persistente (19,2%) tinham uma maior probabilidade de terem doença física e mental, quando comparadas ao grupo de nunca na pobreza (62,4%), havendo uma atenuação destes

## 1. Introdução

valores quando se ajustava às co-variáveis da educação e etnia materna, à exceção da doença prolongada que aumentara. Quando compararam o grupo de pobreza na 1ª infância (13,4%) com o grupo de pobreza na 2ª infância (5%), os autores depararam-se com uma maior chance de risco de obesidade na adolescência no primeiro grupo e maior chance de doença mental e doença física prolongada no segundo grupo. Apesar de o grupo de pobreza na 1ª infância ter mais meninas e o grupo de pobreza na 2ª infância ter mais meninos, a variável sexo não foi considerada, uma vez que esta não era estatisticamente significativa. Contudo, ajustando às co-variáveis de educação e etnia materna, era o grupo de pobreza na 2ª infância que apresentavam mães com menor nível de educação e maior número de mães de etnia não branca. Com este estudo, os autores concluíram que independentemente do tipo de exposição de pobreza, esta levará a um pior estado de saúde física e mental na adolescência.

De modo a compreender como as experiências adversas durante a infância estão relacionadas com a mortalidade precoce na idade adulta, Rod et al, (2020) estudaram a relação entre três tipos de adversidades e as causas de mortes em indivíduos dinamarqueses entre os 16 e os 34 anos. Para este estudo, foi realizada uma colheita da base de dados *Statistics Denmark* e da *Danish Health Data Authorities*, no qual foi obtida uma amostra constituída por 1.098.628 crianças dinamarquesas que nasceram entre 1980 e 1998 e que foram divididas nos grupos: baixa adversidade (54%), privação de material no início de vida (20%), privação de material persistente (13%), perda ou ameaça de perda de um familiar por doença ou separação/dinâmica familiar (10%) e, por último, alta adversidade (3%) que incluía as crianças que experimentavam as três dimensões de adversidades. Ajustando às co-variáveis de baixo peso ao nascer e baixa escolaridade parental o grupo de alta adversidade apresentava piores resultados comparativamente ao grupo de baixa adversidade (10% vs 4,1% e 54,1% vs 8,8%), e o mesmo acontecia quando era relativo à origem de países não europeus que era de 9% no grupo de alta adversidade. Quanto à gravidez na adolescência, não é algo comum na Dinamarca e, por essa razão, a percentagem de mães adolescentes no grupo de baixa adversidade era de 1% e no de alta adversidade era de 10,7%. Relativamente às mortes prematuras, durante o tempo médio de seguimento de 8,6 anos, lamentaram-se 3.827 pessoas que tinham entre 1 dia e 18 anos, que representavam 2,9 mortes por 10.000 pessoas-ano no grupo de baixa adversidade. Com estes óbitos os autores compreenderam que o grupo de privação de material no início

## 1. Introdução

de vida tinha 1,4 vezes maior chance de taxa de mortalidade comparativamente ao grupo de baixa mortalidade e os grupos de privação de material persistente e de perda ou ameaça de perda familiar tinham 1,8 vezes maior chance de taxa de mortalidade relativamente ao grupo de baixa adversidade. Pelo contrário, o grupo de alta adversidade tinha um risco de 4,5 vezes maior chance de taxa de mortalidade, que correspondia a 10,3 mortes por 10.000 pessoas-ano, sendo que ocorria maioritariamente em homens e atenuava quando ajustado às co-variáveis. As três principais mortes prematuras foram os acidentes (37%, que correspondia a 3,3 mortes por 10.000 pessoas-ano), suicídio (15%, que correspondia a 1,8 mortes por 10.000 pessoas-ano) e cancro (13%), sendo que todas estas causas tinham risco moderado nos dois grupos de privação, assim como no grupo de perda e um alto risco no grupo de alta adversidade em comparação com o grupo de baixa adversidade. Com estes resultados, os autores concluíram que independentemente do tipo das experiências durante a infância, as adversidades são um fator de risco para a mortalidade prematura em idade adulta.

Em 2021, González et al. realizou um estudo de coorte multicêntrico em duas cidades espanholas – Valência e Guipúscoa – com o objetivo de descrever o risco de pobreza e exclusão social em crianças com 8 e 11 anos, conforme as características sociodemográficas (classe social, nível de escolaridade parental, país de origem e situação laboral), familiar e da criança (tipo de família) e dos pais (saúde mental e hábitos tabágicos). Para o presente estudo foi feito um recrutamento na 1ª consulta pré-natal nos Hospitais La Fe entre 2003 e 2005, e no Hospital Zumárraga entre 2006 e 2008, em mulheres de única gravidez com mais de 16 anos, que tinham a intenção de serem acompanhadas no hospital, assim como realizar o parto no mesmo local, e que não tinham problemas de comunicação, nem pretendiam a conceção assistida. Após um acompanhamento entre as 12 e 32 semanas de gravidez e nos 4-5 anos e 8-11 anos, entre 2015 e 2016, os autores adquiriram uma amostra de 394 crianças de Guipúscoa e 382 crianças de Valência. De um modo geral, Guipúscoa teve melhores resultados comparativamente a Valência (privação de material 2,3% vs 7,8%, baixa intensidade laboral 2,5% vs 8,1%, risco de pobreza 5,6% vs 31,5% e indicadores da UE 7,2% vs 34,7%, respetivamente), à exceção da saúde mental dos pais que foi semelhante em ambas as cidades. Analisando algumas variáveis individualmente, em Guipúscoa o risco de pobreza ou exclusão social em crianças era 1,73 vezes maior quando as mães eram de

## 1. Introdução

classe baixa, 9,05 vezes maior em mães com educação primária e 13,71 vezes de maior chance nas mães que viviam sozinhas com os filhos. Já em Valência, o risco tinha de 3,64 vezes maior chance em mães de classe baixa, 6,35 maior chance em mães com educação primária, 4,5 vezes maior chance se fosse de origem estrangeira, 2,41 vezes maior chance quando os pais fumavam e 2,58 vezes maior chance quando as mães viviam sozinhas com as crianças. A diferença que se verifica na utilização de variáveis e o seu valor, entre as duas cidades, é justificada pelos autores pelo facto de em Guipúscoa os pais serem empregados, maioritariamente com educação de nível elevado, classe social alta, menos hábitos tabágicos, maioritariamente de origem espanhola e maior número de famílias nucleares, comparativamente a Valência. Neste estudo, os autores concluíram que existam 34,7% das crianças em risco de pobreza ou exclusão social em Valência e 7,2% em Guipúscoa, que apesar de serem apontadas limitações, tais como a pouca representatividade que a amostra tinha e pelo grande número de famílias não nucleares, estas diferenças são argumentadas pelo baixo salário em Valência que mantém as famílias pobres e pelo facto de em Guipúscoa todos os pais serem empregados, independentemente da sua escolaridade.

Mais recentemente, o estudo de Victora et al. (2022) procurou compreender como os indicadores do capital social são influenciados pela pobreza no início de vida. Para tal, os autores incluíram dois tipos de recolha de dados de países de baixa e média renda: dados de 95 serviços nacionais e dados de 6 coortes que acompanharam 1000 participantes, desde o nascimento, com desigualdades socioeconómicas entre 1982 e 1993. Com o intuito de comparar os países mais ricos com os países mais pobres entre regiões, os autores consideraram, para os 95 serviços nacionais, os indicadores: taxa de mortalidade infantil, prevalência de nanismo, prevalência do atraso no desenvolvimento, gravidez na adolescência e ensino primário incompleto. Como era expectável, 4 destes 5 indicadores apresentavam piores resultados nos decis dos países de baixa renda, resultados intermédios nos países de média-baixa renda e melhores resultados nos países de média-alta renda, em que a diferença dos indicadores entre o decil do país mais pobre relativamente ao decil do país mais rico em 30 países foi duas vezes superior, enquanto em 17 países essa diferença triplicava, o que os levou a concluir que “as crianças e os adolescentes são gravemente afetados pela desigualdade económica entre e dentro países”. De acordo com os resultados obtidos, a taxa de mortalidade infantil em crianças



## 1. Introdução

com menos de 5 anos, no país do decil mais rico era de 9,3 mortes por 1000 nados-vivos, enquanto no decil do país mais pobre era de 132 mortes por 1000 nados-vivos, o que equivalia a uma diferença de cerca 14 vezes superior. O mesmo foi observado nos indicadores da prevalência do nanismo (6,6% do decil do país mais rico vs 54,4% no decil do país mais pobre) e no atraso no desenvolvimento (7% no decil do país mais rico vs 48,8% no decil do país mais pobre), sendo que estes três indicadores eram mais proeminentes nos rapazes. Já para o indicador de escolaridade primária incompleta, apesar de alguns países terem escolaridade obrigatória, os autores verificaram que a percentagem do decil do país mais rico era de 5,7% e do decil do país mais pobre era de 44%, sendo que, ao contrário dos outros indicadores, este apresentava resultados pouco promissores para as raparigas, algo que poderia ser explicado pela gravidez na adolescência que tinha uma chance de 12 vezes maior de ocorrer no decil do país mais pobre em relação ao decil do país mais rico. Embora seja apontada como limitação a desigualdade entre decis, uma vez que o decil mais rico numa região poderia corresponder ao decil mais pobre noutra região, os autores conseguiram perceber que “há uma importância do PIB na previsão dos cinco resultados do capital humano”. Relativamente às 6 coortes os resultados dos indicadores foram, ainda, mais surpreendentes. Neste caso, os indicadores escolhidos foram altura, escolaridade, quociente de inteligência, maternidade na adolescência, prevalência do sobrepeso e obesidade, sintomas psicológicos e sinais de síndrome metabólica, que foram comparados consoante as coortes e o sexo. De acordo com os resultados, os indicadores de crescimento e desenvolvimento cognitivo eram variáveis consoante o avanço da idade, já a escolaridade e a inteligência tinham um gradiente positivo em praticamente em todas as coortes e sexo, sendo que o quociente de inteligência tinha uma diferença de 20 pontos entre os indivíduos do topo da riqueza em comparação com os indivíduos mais pobres, e, ao contrário dos resultados dos 95 serviços nacionais, a escolaridade era completa no sexo feminino, o que segundo os autores era justificado pela consequência dos homens terem que trabalhar mais cedo nos países selecionados. Quanto aos sintomas psicológicos, à prevalência de sobrepeso e obesidade e aos sinais de síndrome metabólica, os resultados foram bastante distintos aos indicadores anteriores, sendo piores nos quintis dos países mais ricos. Os resultados apresentavam maior predominância de sintomas psicológicos nas mulheres, provavelmente devido ao maior stress que as mesmas estariam sujeitas, o

## 1. Introdução

que levou a considerarem a possibilidade que a saúde mental pode ser um “fator importante para o mecanismo de transmissão intergeracional da pobreza”. Pelo contrário, a prevalência do sobrepeso e obesidade e os sinais de síndrome metabólica tendiam a aumentar nos países de maior riqueza, afetando, principalmente, homens. Ora com os resultados dos 95 serviços nacionais e das 6 coortes, os autores não só demonstraram que a pobreza no início de vida delinea a saúde adulta, como a posição socioeconómica de cada indivíduo pode inverter determinados indicadores, sendo assim, possível prever o capital humano de cada país.

Até à data poucos estudos existem em Portugal sobre esta temática.

### 1.2.7- Objetivos e Questão de investigação

Assim, esta investigação visa analisar a relação entre a pobreza e a saúde infantil na região de Lisboa e Vale do Tejo, através da perceção por parte dos pais/cuidadores das crianças. Como tal, escolheu-se como indicadores socioeconómicos de pobreza apenas os rendimentos familiares e a situação laboral, estabelecendo-se os seguintes objetivos e questão de investigação:

*Questão de investigação:* Estará a saúde da criança relacionada com a situação socioeconómica da sua família?

*Objetivo geral:* Analisar a relação existente entre os indicadores de saúde infantil e a situação socioeconómica das famílias residentes em Lisboa e Vale do Tejo.

*Objetivos específicos:*

1. Descrever as características socioeconómicas das famílias e o perfil da saúde das crianças;
2. Analisar a associação entre o peso à nascença da criança e o rendimento familiar;
3. Analisar a associação entre os hábitos alimentares das crianças, o rendimento mensal familiar e a situação laboral dos pais/cuidadores;
4. Analisar a associação entre o número de vezes que uma criança está doente e os indicadores de pobreza;

## 1. Introdução

5. Comparar o estado de saúde das crianças de pais empregados vs o estado de saúde de crianças de pais desempregados;
6. Analisar a associação entre o tipo de acesso aos cuidados de saúde (público ou privado), o rendimento e a situação laboral dos pais/cuidadores.

## 2. Metodologia

Os poucos estudos portugueses que abordam a saúde infantil e a pobreza, focam-se sobretudo na saúde mental da criança. Esta falta de dados de como a pobreza e/ou os baixos rendimentos familiares têm repercussões na saúde física infantil, é criticada por Newacheck et al. (1988) pelo facto de os serviços de saúde preocuparem-se principalmente com a saúde adulta ou da população em geral, ao invés de isolarem a saúde infantil das restantes.

Dado que este estudo tem por finalidade não só mostrar um problema recorrente em Portugal, mas também ser uma “ponte” para novas estratégias de mitigação da pobreza infantil, a escolha metodológica baseou-se não só nos objetivos e hipóteses, mas também nos atributos que deste estudo poderão derivar (Augusto, 2014).

Tendo em consideração que se pretende procurar por uma verdade objetiva, decidiu-se usar o método quantitativo, uma vez que este não só contribui para o “desenvolvimento e validação dos conhecimentos”, como também oferece “a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos” (Fortin, 1999).

### 2.1- Material e métodos

Os dados do presente estudo foram retirados de duas bases de dados referentes a estudos realizados na região de Lisboa (dos quais um ainda está em decurso) que estudam o perfil de saúde da criança na região de Lisboa e Vale do Tejo.

*Tipo de estudo:* Estudo observacional e transversal.

*População-alvo:* A população-alvo deste estudo foram as crianças e respetivos pais/cuidadores pertencentes a dois estudos sobre o perfil de saúde das crianças residentes nos Concelhos da Amadora, Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete que estão a decorrer no centro de investigação – Saúde Global e Medicina Tropical – do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, financiados pelo programa FAMI e pela FCT.

## 2. Metodologia

Para o Concelho da Amadora consideraram-se as crianças nascidas em 2015, de naturalidade portuguesa e que frequentavam as Unidades Funcionais do Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) Amadora entre Junho de 2019 e Março de 2020. A recolha de dados teve lugar nos centros de saúde, presencialmente, quando as crianças tinham 4/5 anos de idade.

Para os Concelhos do ACES Arco Ribeirinho, consideram-se as crianças nascidas em 2018 e 2020 e que frequentavam as Unidades Funcionais entre Maio de 2022 e Março de 2023. A recolha de dados teve lugar nos centros de saúde, presencialmente, e as crianças tinham entre 2 e 5 anos de idade.

Assim sendo, temos uma população-alvo de crianças de naturalidade portuguesa residentes nestes 5 Concelhos que à data da recolha de dados tinham entre 2 e 5 anos de idade.

Amostra: A amostra foi selecionada em função dos objetivos estipulados nos 2 estudos originais; o estudo referente ao ACES Arco-Ribeirinho ainda está a decorrer até Janeiro de 2024, como tal usaram-se apenas os dados colhidos até 30 de Março de 2023. Incluíram-se apenas as crianças de naturalidade portuguesa.

A amostra é constituída por 560 crianças e respetivos pais/cuidadores, das quais 369 (66%) frequentavam o ACES Amadora e 191 o ACES Arco-Ribeirinho.

Instrumentos de recolha: Os dados foram recolhidos através de um questionário direcionado aos pais/cuidadores da criança que eram lidos e preenchidos pelo entrevistador, com uma duração estimada de 30 minutos.

Para a sua construção, considerou-se os indicadores de saúde infantil, incluindo os acessos aos cuidados de saúde, e os indicadores de pobreza familiar.

As respostas aos questionários, eram maioritariamente de resposta fechada ou de escolha múltipla e de fácil interpretação. Contudo, por vezes havia a necessidade de adaptar o modo como a pergunta era realizada para que houvesse uma compreensão mais clara por parte do adulto que acompanhava a criança.

## 2. Metodologia

Antes de se iniciar o preenchimento do questionário os adultos que acompanhavam as crianças (pais/cuidadores), eram abordados para saber se concordavam em participar, e, em caso de resposta positiva, era fornecido um formulário de consentimento informado, com as suas respetivas cópias, que eram tanto assinados pelos pais/cuidadores como pelo investigador.

Variáveis: A seleção das variáveis em estudo teve por base os indicadores de saúde infantil e os indicadores de pobreza familiar (incluídos nos estudos mencionados) de modo que fosse possível responder aos objetivos de estudo. Como indicadores de saúde infantil foram escolhidos: o indicador do peso à nascença (por ser considerado como um bom preditor de saúde infantil e de condições familiares), o consumo de frutas e legumes (por ser uma fonte de nutrientes essenciais aos crescimento e desenvolvimento da criança), a saúde e a doença (por se demonstrarem vulneráveis às condições de pobreza) e o acesso aos cuidados de saúde (por serem considerados pela literatura como o principal indicador de pobreza infantil). Quanto aos indicadores de pobreza familiar apenas foram considerados os rendimentos mensais familiares, a situação perante o emprego e as qualificações dos pais/cuidadores das crianças, por considerarmos estes como os principais indicadores de pobreza familiar com maior impacto na saúde da criança. Igualmente, foram consideradas as variáveis Despesas em saúde e Uso de Subsistemas ou seguros de saúde, por se considerar como pertinentes para este estudo.

De acordo com o tipo de respostas do questionário, as variáveis escolhidas são sobretudo qualitativas nominais.

Na tabela 1 são descritas as variáveis utilizadas com a sua devida classificação.

Nome da variável	Descrição	Tipo de variável	Escala	Valor da variável
Perceção da saúde	Como considera o estado de saúde da criança	Qualitativa	Ordinal	1- Muito Boa 2- Boa 3- Razoável 4- Má 5- Muito má
Sexo da criança	Sexo da criança	Qualitativa	Nominal	1- Masculino 2- Feminino
Peso à nascença	Peso da criança à nascença em gramas	Quantitativa	Contínua	

## 2. Metodologia

Come fruta fresca ao dia	Quantas vezes ao dia a criança come fruta fresca	Qualitativa	Nominal	1- 1 vez ao dia 2- 2 vezes ao dia 3- 3 ou mais vezes ao dia 4- Nunca
Come legumes, salada ao dia	Quantas vezes por dia a criança come verduras, saladas, hortaliças (Não inclui batatas, arroz e feijão)	Qualitativa	Nominal	1- 1 vez ao dia 2- 2 vezes ao dia 3- 3 ou mais vezes ao dia 4- Nunca
Número de episódios de doença 3M	Número de vezes que a criança esteve doente nos últimos 3 meses	Quantitativa	Discreta	
Local atendimento	Local onde foi atendida quando esteve doente	Qualitativa	Nominal	0- Outro 1- Não precisou 2- Urgência público 3- Urgência privado 4- Centro de saúde 5- Saúde 24 6- CS e urgência privado 7- CS e urgência público 8- Urgência público+privado 9- Todos
Despesas saúde	Nos últimos 3 meses, teve alguma despesa em saúde (consultas, medicamentos, exames, tratamentos, óculos, produtos para a pele) para a criança?	Qualitativa	Nominal	0- Não 1- Sim
Quanto despesa	Se sim, aproximadamente quanto gastou?	Qualitativa	Ordinal	1- <10 euros 2- [10 a 25 euros[ 3- [25 a 50 euros[ 4- >= 50 euros
Situação emprego	Situação perante o emprego	Qualitativa	Nominal	1- Empregado com contrato 2- Empregado sem contrato 3- Desempregado com subsídio 4- Desempregado sem subsídio 5- Rendimento de inserção social 6- Doméstico 7- Trabalhador independente 8- Estudante 9- Reformado
Rendimento familiar	Rendimento familiar	Qualitativa	Ordinal	1- Até 500 euros 2- Mais de 500 até 750 euros 3- Mais de 750 até 1000 euros 4- Mais de 1000 até 1500 euros 5- Mais de 1500 até 2000 euros 6- Mais de 2000 euros
Profissão grupo	Grupo de profissões, segundo Classificação Portuguesa de Profissões, 2010, com acréscimo de duas categorias	Qualitativa	Nominal	0- Profissões das Forças Armadas 1- Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos 2- Especialistas das atividades intelectuais e científicas 3- Técnicos e profissões de nível intermédio 4- Pessoal administrativo

## 2. Metodologia

				5- Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores 6- Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta 7- Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices 8- Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem 9- Trabalhadores não qualificados 10- Estudante 11- Sem profissão definida
Motivo utiliza o CS	Quais os motivos pelo qual a criança utiliza o centro de saúde	Qualitativa	Nominal	0- Consultas de vigilância/rotina (saúde infantil+vacinas+doença ; saúde infantil+vacinas ; saúde infantil 1- Vacinas, doença
Subsistema ou Seguro de saúde	A criança tem Subsistema ou Seguro de saúde	Qualitativa	Nominal	0- Não 1- Sim
Qual seguro	Qual o subsistema ou seguro de saúde?	Qualitativa	Nominal	1- ADSE 2- ADM 3- SAD-PSP 4- SAD-GNR 5- SAMS-bancários 6- Seguro privado 7- SAD-PSP e Seguro privado

Tabela 1- Caracterização das variáveis

*Análise estatística:* As respostas obtidas devidamente anonimizadas foram transferidas para o Excell e posteriormente analisadas recorrendo ao IBM SPSS versão 27.

Primeiramente, foi realizada uma análise estatística do tipo descritiva, em função do tipo de variável; utilizou-se as tabelas de frequências para variáveis nominais e ordinais, e as medidas de tendência central como média, mediana e moda, e medidas de dispersão (desvio-padrão e coeficiente de variação), percentis e quartis, para as variáveis quantitativas.

Para analisar a associação entre variáveis utilizou-se o Teste de Qui-Quadrado, *Fisher* ou *Fisher-Freeman-Halton*, dependendo do cumprimento, ou não, dos pressupostos dos respetivos testes. Para que fosse possível utilizar o Teste de Qui-Quadrado teria de se cumprir o pressuposto que as tabelas de contingência poderão ter uma dimensão superior a 2x2 (por exemplo 2x3 ou 2x4), mas se  $n > 20$  não tiver mais que 20% das células. Caso este pressuposto não fosse cumprido, substituir-se-ia pelo Teste de *Fisher*, desde que o



## 2. Metodologia

pressuposto da dimensão da tabela 2x2, fosse cumprido. Se por eventualidade não fossem cumpridos os pressupostos de ambos os testes, então optar-se-ia pelo Teste de *Fisher-Freeman-Halton* ou Teste de *Fisher* alargado. Para qualquer um dos testes, foi considerado o seguinte:

- Hipótese nula ou alternativa:
  - H0: as duas variáveis não estão associadas (ou são independentes). Neste caso a associação é igual a 0
  - H1: as duas variáveis estão associadas. Neste caso a associação é diferente de 0
- Estatística de teste:  $\chi^2 = \sum_{i=1}^k \left[ \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \right]$ , onde K é a última célula da tabela de contingência, isto é a célula Lc
- Distribuição da estatística de teste: sob H0:  $\chi^2 \sim \chi^2(L - 1, C - 1)$
- Regra de teste: Para um nível de significância 5%, rejeitar H0, isto é rejeitar a independência, rejeitar a não associação se valor de  $p < 5\%$

De salientar que também foi considerada a hipótese de um nível de significância de 10%.

Considerações éticas e legais: Em concordância com os princípios éticos e legais alusivos às investigações em saúde, procedeu-se à submissão de um pedido de parecer à Comissão Ética da ARS-LVT que teve parecer positivo em ambos os estudos.

De modo a garantir a confidencialidade, os membros da investigação tiveram de assinar uma declaração, em como se comprometiam na garantia de confidencialidade de todos os dados recolhidos.

Quanto aos participantes, foi-lhes dado um formulário de informação e consentimento informado, no qual estavam os dados da investigadora principal (identificação e contacto), assim como da instituição científica envolvida no estudo. Nesse mesmo formulário era explicitado em que consistia o estudo e os seus respetivos objetivos, assim como o procedimento e o método de colheita de dados, evidenciando que o mesmo era de carácter voluntário, com livre vontade de desistência a qualquer altura e que era garantido a confidencialidade dos dados das crianças.

## 2. Metodologia

Todos os questionários foram identificados por um código.

De salientar que não houve conflitos de interesse.

### **3. Resultados**

Primeiramente, foi feita uma análise descritiva da caracterização da amostra, dos indicadores de saúde infantil e dos indicadores de pobreza familiar. De seguida, e com o intuito de responder aos objetivos específicos, serão apresentados os resultados da análise de associação.

#### 3.1- Análise descritiva

A amostra deste estudo, representa crianças nascidas em Portugal na região de Lisboa e Vale do Tejo, nos anos de 2015, 2018 e 2020 e que frequentam as Unidades Funcionais do ACES da Amadora e do Arco Ribeirinho, seja por motivo de consulta de rotina ou outros. Esta amostra de 560 crianças faz parte de um estudo mais alargado sobre a trajetória de saúde das crianças nascidas em Portugal e fora de Portugal residentes nos Concelhos da Amadora, Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete. Os dados foram recolhidos entre Junho de 2019 e Março de 2020 para a Amadora e entre Maio de 2022 e Março de 2023 para os restantes Concelhos.

##### 3.1.1- Caracterização da amostra

Do total de crianças, 65,9% nasceu no ano de 2015 (n= 369) no Concelho da Amadora e o sexo predominante foi o masculino, correspondendo a 51,2% da amostra (n= 287) (tabela 2, gráfico 1).

De forma a analisar detalhadamente cada um dos grupos, analisou-se o uso de cada uma das Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), consoante a sua localização. De acordo com os resultados, o USF Querer Mais, pertencente ao ACES Arco Ribeirinho, foi o mais utilizado, representando 14,6% da amostra (n= 82), seguido pelo UCSP António Arnaut do ACES da Amadora com 13,2% (n= 74). Esta diferença entre localidades e grupos, pode ser justificada, pelo facto de neste estudo, terem sido consideradas mais unidades de saúde localizadas na Amadora (gráfico 2).

### 3. Resultados

Variáveis sociodemográficas	Frequência absoluta	Frequência relativa %
<b>Sexo</b>		
Masculino	287	51,2
Feminino	273	48,8
<b>Ano de nascimento</b>		
2015	369	65,9
2018	75	13,4
2020	116	20,7

Tabela 2- Caracterização da amostra

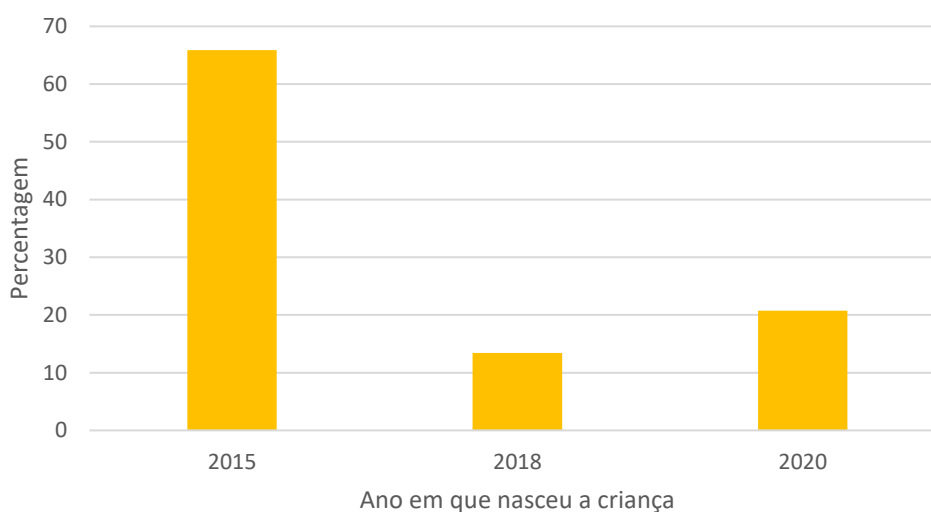


Gráfico 1- Ano em que as crianças nasceram

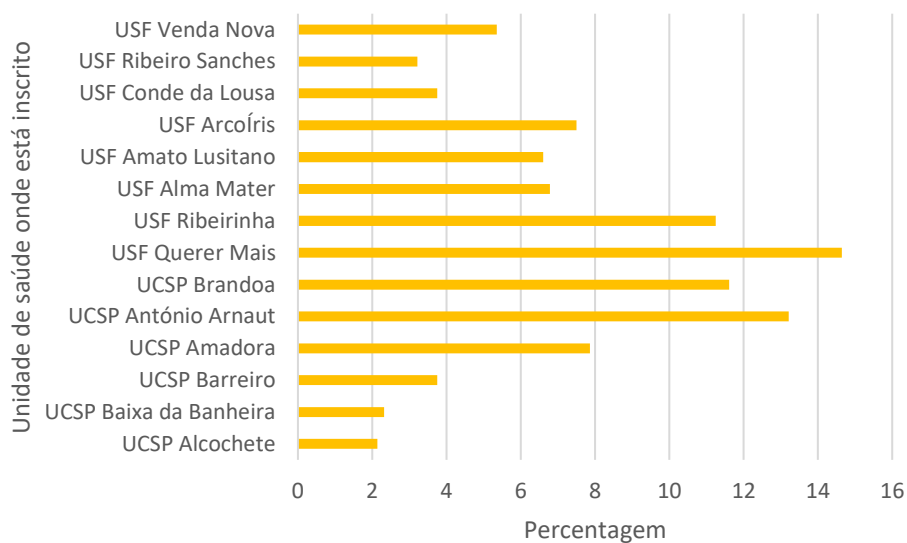


Gráfico 2- Unidades de saúde onde as crianças estão inscritas

### 3. Resultados

#### 3.1.2- Caracterização dos indicadores de saúde infantil

Para esta caracterização teve-se em consideração os indicadores de saúde e os indicadores de acesso aos cuidados de saúde. Como tal, para o primeiro foram apreciadas as variáveis Peso à nascença em gramas, Número de vezes que esteve doente nos últimos 3 meses, Perceção do estado geral da criança por parte dos pais/cuidadores e o Consumo diário de frutas e legumes, enquanto para o segundo indicador teve-se em conta as variáveis: Local de atendimento quando esteve doente, Motivo de acesso ao CS e Seguro de Saúde.

Por se mostrar pertinente para este estudo, também foi analisada a variável Despesas em saúde, como um indicador de Economia da saúde.

Verificou-se que a média do peso das crianças à nascença em gramas foi de 3211,16 gramas (DP=604,748). Tentando perceber se o peso das crianças era baixo, adequado ou macrossómico, agrupou-se as crianças consoante o seu peso em: inferior a 2500 gramas, entre 2500 e 4000 gramas e superior a 4000 gramas, respetivamente. Num total de 539 crianças, constatou-se que 75,5% teve um peso adequado à nascença (n=407) (tabela 3, gráfico 3, 4 e 5).

Variável	Estatística descritiva	Frequência absoluta	Frequência relativa %
<b>Peso da criança à nascença em gramas</b>	N: 484		
	Média: 3211,16		
	Desvio padrão: 604,748		
	Min-Máx: 940-5200		
<b>Peso ao nascer classificado</b>			
<2500		98	18,2
Entre 2500 e 4000		407	75,5
>4000		34	6,3
<i>Não respondeu</i>		21	3,8

Tabela 3- Caracterização do Peso da criança à nascença em gramas

### 3. Resultados



Gráfico 3- Histograma do Peso da criança à nascença em gramas

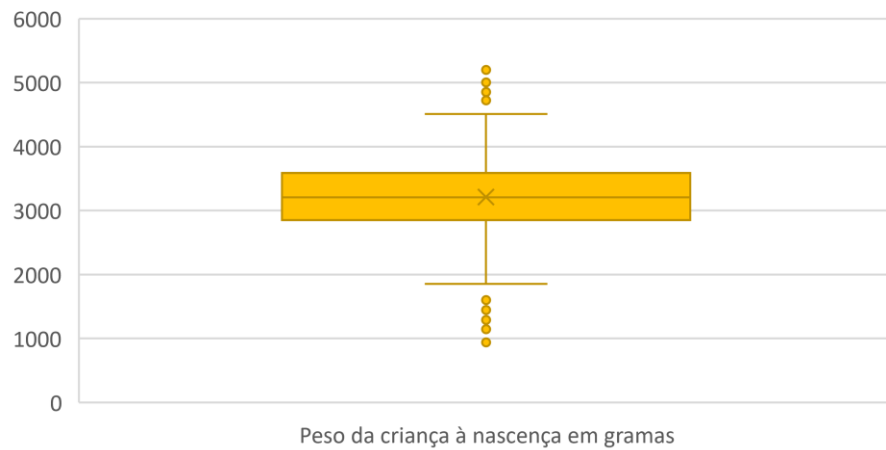
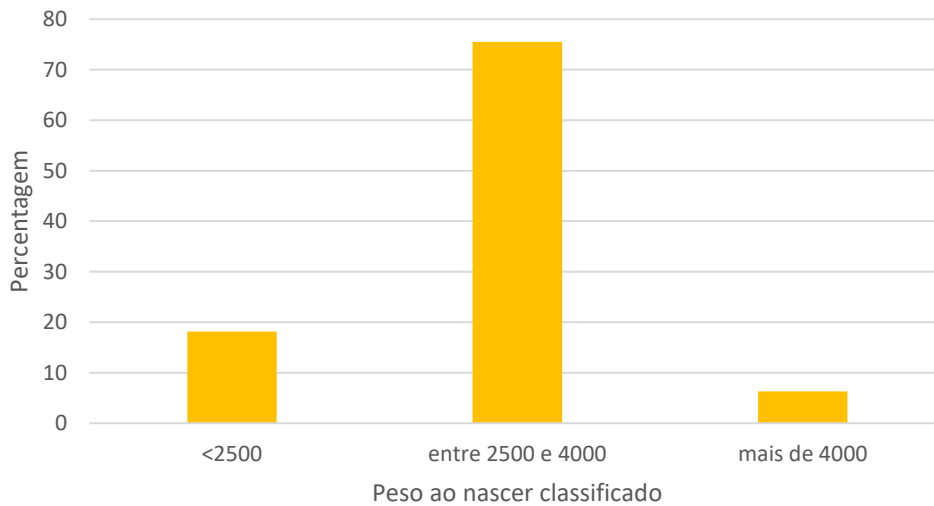


Gráfico 4- Diagrama de Extremos e Quartis do Peso da criança à nascença em gramas

### 3. Resultados



*Gráfico 5- Peso ao nascer classificado*

Quanto ao número de vezes que a criança esteve doente nos três meses anteriores ao questionário, a mediana do número de vezes foi igual a 1 episódio, considerando como valores mínimo e máximo de episódios 0 e 6, respectivamente. Ainda que algumas crianças tivessem tido 6 ou mais episódios de doença, 36,6% apenas tiveram um episódio de doença nos três meses anteriores (n=202), ao contrário de 33,9% que nunca tiveram doentes durante os três meses (n=187) (tabela 4, gráfico 6 e 7).

Variável	Estatística descritiva
<b>Número de vezes que a criança esteve doente nos últimos 3 meses</b>	N: 552 Média: 1,18 Mediana: 1 Desvio padrão: 1,248 Min-Máx: 0-6

*Tabela 4- Número de vezes que a criança esteve doente nos últimos 3 meses*

### 3. Resultados

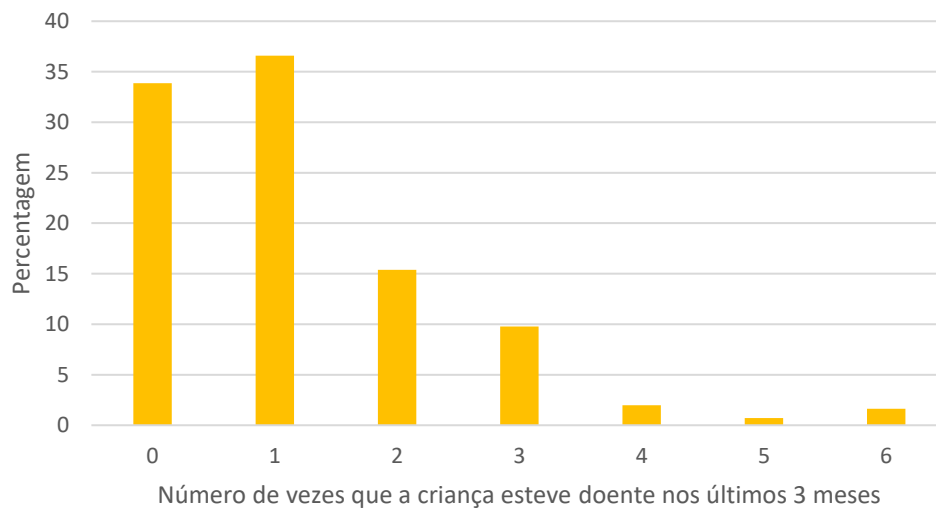


Gráfico 6- Número de vezes que a criança esteve doente nos últimos 3 meses

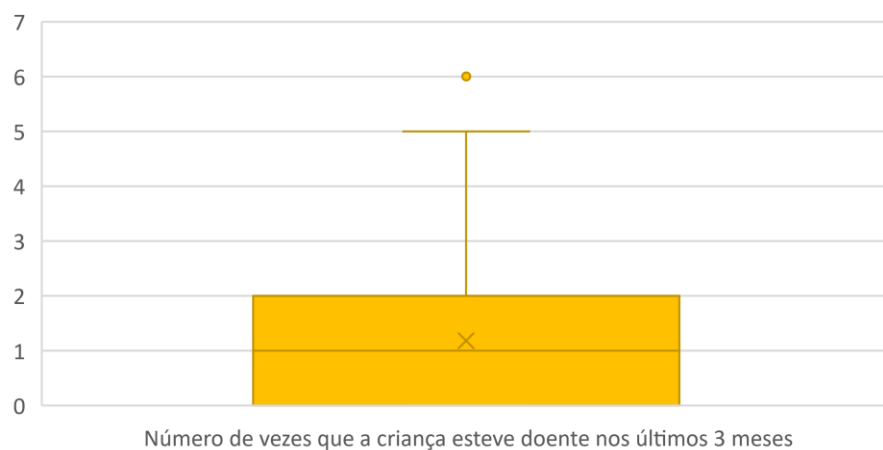


Gráfico 7- Diagrama de Extremos e Quartis do número de vezes que a criança esteve doente nos últimos 3 meses

Relativamente à perceção da saúde da criança, 46,4% dos pais/cuidadores entrevistados consideraram que a saúde das suas crianças era boa (n=258). Pelo contrário, 2,3% consideraram que a saúde das suas crianças era má (n=13) e apenas 1 entrevistado classificou a saúde da sua criança como muito má (tabela 5, gráfico 8).



### 3. Resultados

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa %
<b>Percepção do estado de saúde geral da criança</b>		
Muito boa	194	34,9
Boa	258	46,4
Razoável	90	16,2
Má	13	2,3
Muito má	1	0,2
<i>Missing values</i>	4	0,7

Tabela 5- Percepção do estado de saúde geral da criança

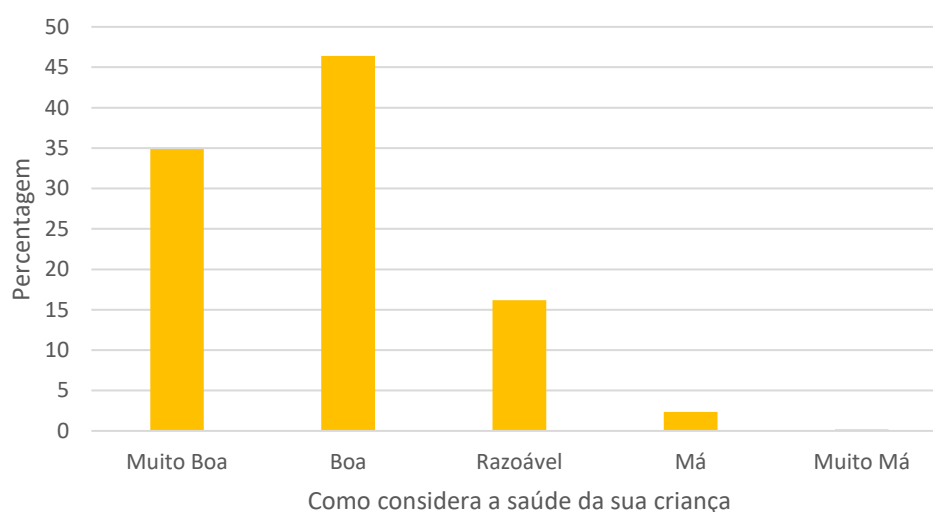
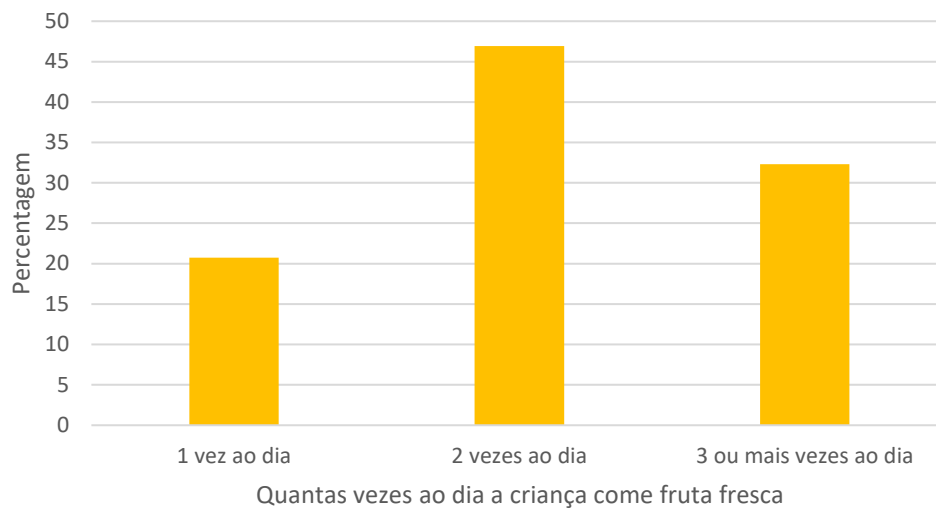


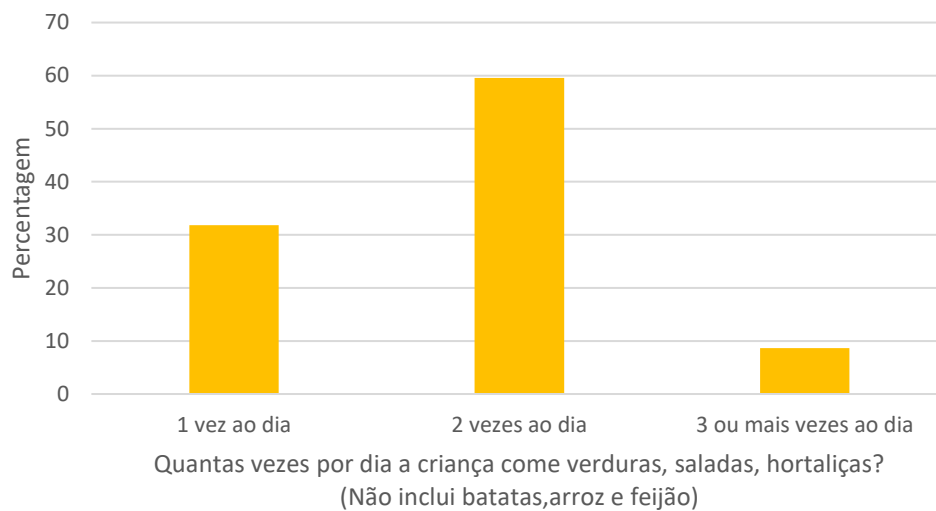
Gráfico 8- Percepção do estado de saúde geral da criança

Relativamente aos hábitos alimentares, 46,9% das crianças comem fruta fresca 2 vezes ao dia (n= 260) e 59,5% das crianças comem verduras, saladas e hortaliças 2 vezes ao dia (n= 331) (gráfico 9 e 10). Apesar de haver um maior número de crianças a comer legumes 2 vezes por dia do que fruta, verifica-se uma inversão desta proporção quando se compara o número de crianças que consomem frutas e legumes 3 ou mais vezes por dia (32,3% versus 8,6%). Contudo, quando se compara o consumo de frutas e legumes 1 vez por dia, constata-se que existem mais crianças a comer legumes 1 vez por dia do que fruta (31,8% versus 20,8%). Estes resultados podem ser justificados por uma maior preferência no consumo de frutas por parte das crianças, mas os familiares preferirem que as suas crianças comam mais leguminosas do que fruta (gráfico 9 e 10).

### 3. Resultados



*Gráfico 9- Consumo diário de fruta fresca*



*Gráfico 10- Consumo diário de legumes*

Passando aos indicadores de acesso aos cuidados de saúde, denota-se que das 284 crianças que tiveram de ser assistidas por episódio de doença, houve uma preferência no uso dos serviços públicos, sendo que 29% das crianças dirigiram-se à Urgência pública (n=105) (tabela 6 e gráfico 11).

### 3. Resultados

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa %
<b>Local onde a criança foi atendida quando esteve doente</b>		
Outro	36	9,9
Não precisou	78	21,5
Urgência público	105	29
Urgência privado	38	10,5
Centro de saúde	48	13,3
Saúde 24	17	4,7
CS e urgência privado	5	1,4
CS e urgência público	27	7,5
Urgência público+privado	4	1,1
Todos	4	1,1
<i>Missing values</i>	198	35,4

Tabela 6- Local de atendimento quando a criança esteve doente

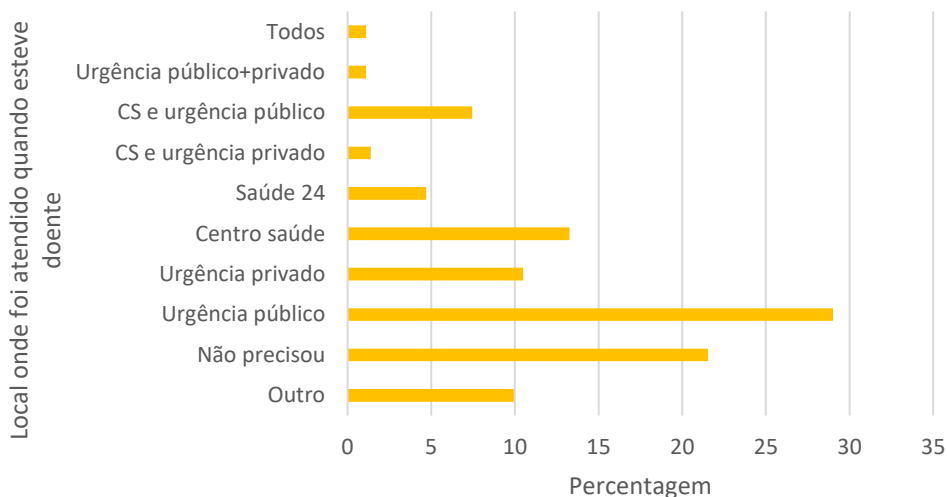


Gráfico 11- Local de atendimento quando a criança esteve doente

Segundo os dados da tabela 7 (gráfico 12), a grande maioria das crianças, com 96% (n=527), utiliza o centro de saúde (CS) para consultas de vigilância/rotina, nas quais se incluem as consultas de saúde infantil, vacinação e/ou por doença.

### 3. Resultados

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa %
<b>Motivos para ir ao CS</b>		
Consultas de vigilância/rotina (saúde infantil + vacinas + doença ; saúde infantil + vacinas ; saúde infantil	527	96
Vacinas, doença	22	4
<i>Missing values</i>	11	2

Tabela 7- Motivos que levam a criança a ir ao centro de saúde

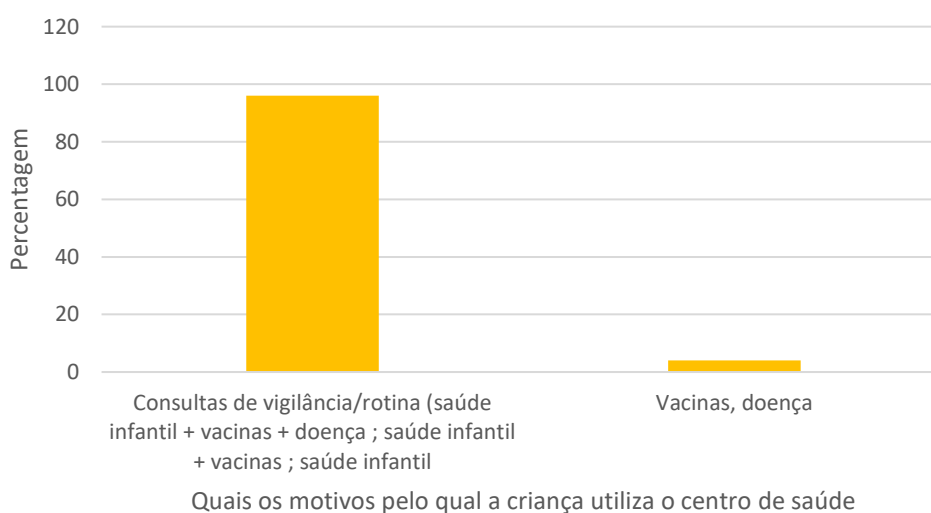


Gráfico 12- Motivos que levam a criança a ir ao centro de saúde

Quanto à presença de subsistema ou seguro de saúde, 54,3% das crianças não têm qualquer tipo de subsistema ou seguro de saúde (n=300) (tabela 8 e gráfico 13 e 14). Contudo, das que tinham subsistema ou seguro de saúde, o seguro privado representava 63,9% das crianças, não deixando margem para dúvida da sua utilização (n=154) (tabela 8 e gráfico 13 e 14).

### 3. Resultados

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa %
<b>Subsistema ou seguro de saúde</b>		
Não	300	54,3
Sim	252	45,7
<i>Missing Values</i>	8	1,4
<b>Tipo de subsistema ou seguro de saúde</b>		
ADSE	31	12,9
ADM	16	6,6
SAD-PSP	5	2,1
SAD-GNR	1	0,4
SAMS-bancários	5	2,1
Seguro privado	154	63,9
SAD-PSP e Seguro privado	29	12
<i>Missing values</i>	319	57

Tabela 8- Subsistema ou seguro de saúde

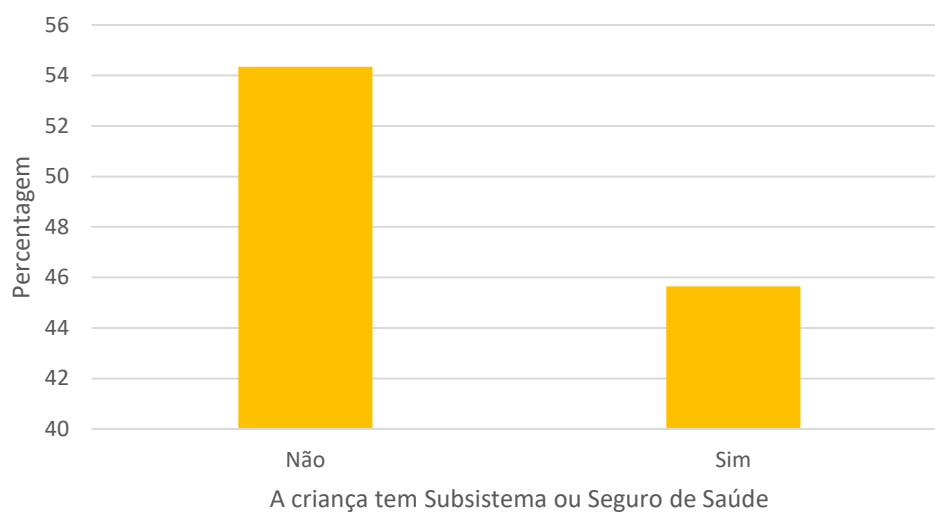


Gráfico 13- Crianças com subsistema ou seguro de saúde

### 3. Resultados

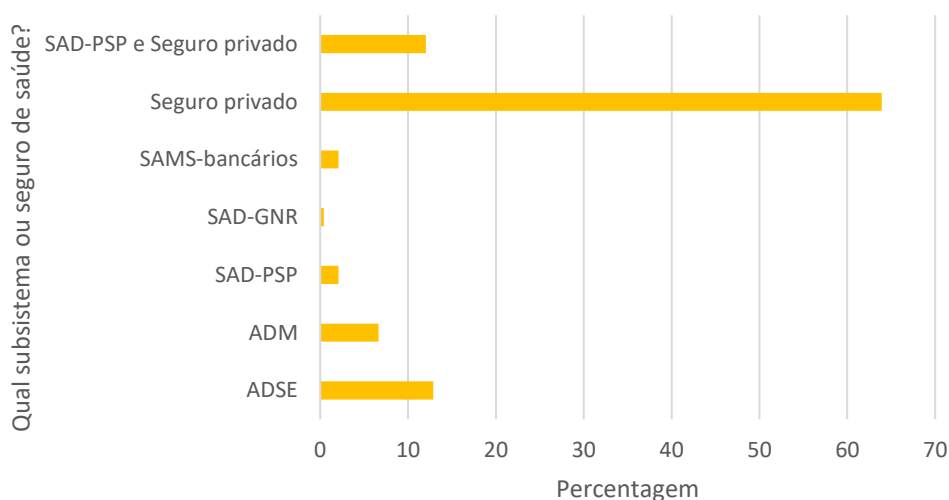


Gráfico 14- Tipo de subsistema ou seguro de saúde

Para o último indicador, observa-se que 62,9% das crianças (n=350) teve despesas em saúde, que poderiam ir desde consultas, a exames ou tratamentos, sendo que 34,3% teve um gasto monetário mensal que variava entre os 10€ e os 25€ (n=117), enquanto 24,9% teve despesas que variavam entre os 25€ e os 50€ (n=85) e 22% teve despesas com valores superiores ou iguais a 50€ (n= 75) (tabela 9 e gráfico 15 e 16).

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa %
<b>Despesas em saúde</b>		
Não	206	37,1
Sim	350	62,9
<i>Missing values</i>	4	0,7
<b>Valor monetário mensal gasto</b>		
<10€	64	18,8
[10€ a 25€[	117	34,3
[25€ a 50€[	85	24,9
≥50€	75	22
<i>Missing values</i>	219	39,1

Tabela 9- Despesas em saúde mensais e quantidade monetária

### 3. Resultados

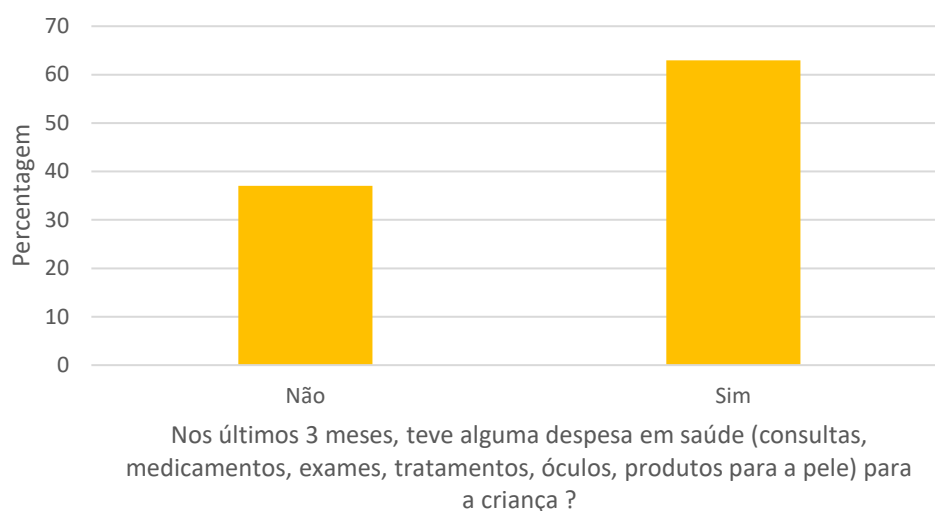


Gráfico 15- Despesas em saúde

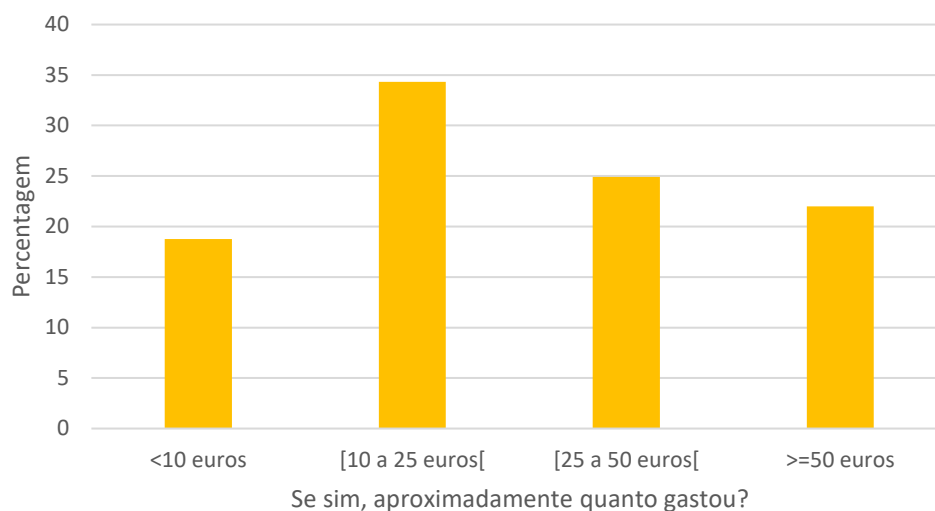


Gráfico 16- Valor aproximado das despesas em saúde

#### 3.1.3- Caracterização dos indicadores de pobreza familiar

Para os indicadores de pobreza familiar foram considerados os rendimentos familiares mensais, a profissão do pai/cuidador entrevistado e a sua situação laboral.

Num total de 534 entrevistados, 25,3% afirmou que o rendimento familiar, após os descontos, variava entre os 500€ e os 750€ (n=135), com uma mediana que variava entre os 750€ e os 1000€ (tabela 10 e gráfico 17).

### 3. Resultados

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa %
<b>Rendimento familiar mensal</b>		
Até 500€	59	11
[500€ até 750€[	135	25,3
[750€ até 1000€[	91	17
[1000€ até 1500€[	112	21
[1500€ até 2000€[	65	12,2
Superior a 2000€	72	13,5
<i>Missing values</i>	26	4,6

Tabela 10- Rendimento familiar mensal, após os descontos

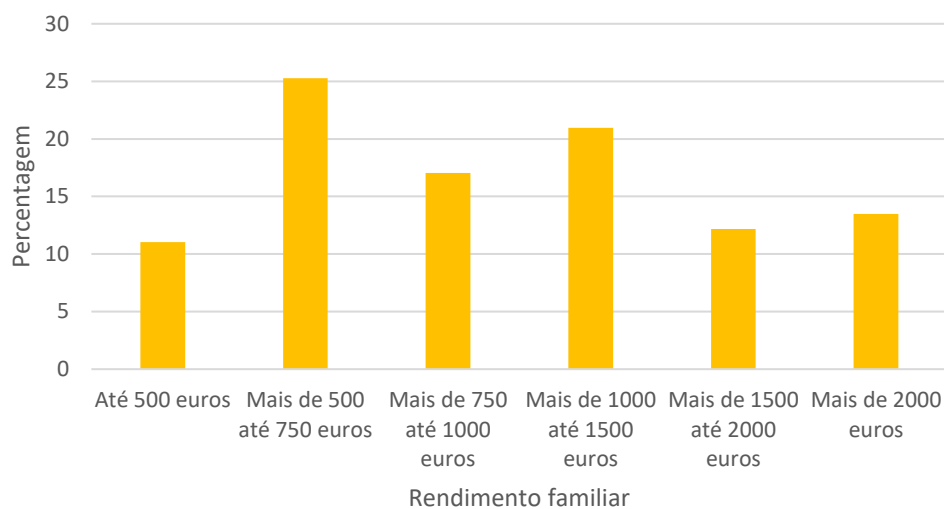


Gráfico 17- Rendimento familiar mensal, após os descontos

Entende-se pela tabela 11 (gráfico 18) que existe um maior número de familiares não qualificados comparativamente aos qualificados, sendo que 36,4% pertence ao grupo dos trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (n=204).



### 3. Resultados

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa %
<b>Grupo de profissões</b>		
Profissões das Forças Armadas	3	0,5
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	9	1,6
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	70	12,5
Técnicos e profissões de nível intermédio	59	10,5
Pessoal administrativo	52	9,3
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	204	36,4
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	20	3,6
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	4	0,7
Trabalhadores não qualificados	118	21,1
Estudante	10	1,8
Sem profissão definida	11	2

*Tabela 11- Grupo de profissões, segundo Classificação Portuguesa de Profissões, 2010, com acréscimo de duas categorias*

### 3. Resultados

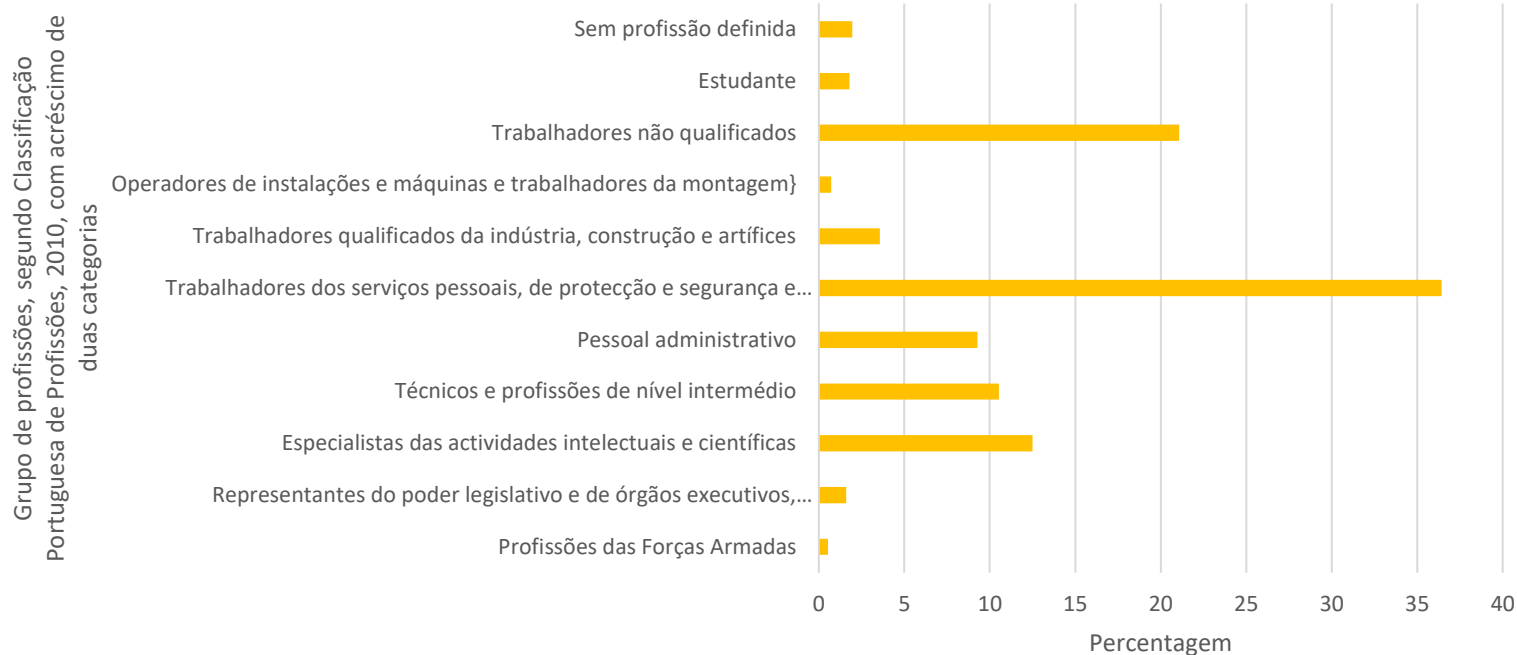


Gráfico 18- Grupo de profissões, segundo Classificação Portuguesa de Profissões, 2010, com acréscimo de duas categorias

Questionados sobre a sua situação laboral, 66,9% dos pais/cuidadores entrevistados afirmaram que estariam empregados com contrato (n=374) (tabela 12 e gráfico 19).

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa %
<b>Situação perante o emprego</b>		
Empregado com contrato	374	66,9
Empregado sem contrato	23	4,1
Desempregado com subsídio	41	7,3
Desempregado sem subsídio	48	8,6
Rendimento de inserção social	14	2,5
Doméstico	9	1,6
Trabalhador independente	35	6,3
Estudante	11	2
Reformado	4	0,7
Não respondeu	1	0,2

Tabela 12- Situação perante o emprego dos pais/cuidador entrevistado

### 3. Resultados

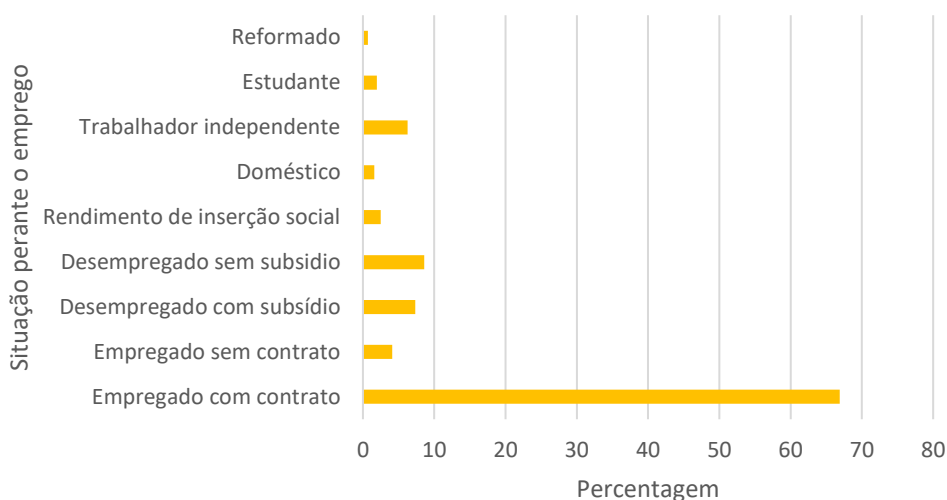


Gráfico 19- Situação perante o emprego dos pais/cuidador entrevistado

#### 3.2- Associação entre variáveis

Com o intuito de analisar se existia associação entre as variáveis, e assim responder aos restantes objetivos específicos deste estudo, procedeu-se ao Teste de Qui-Quadrado/Fisher/Fisher alargado.

Antes de se proceder à verificação de associação entre as variáveis, fez-se o reagrupamento das mesmas, uma vez que as respostas do questionário eram, na sua grande maioria, de resposta múltipla. Na tabela 13 é demonstrado como foi feito o reagrupamento das variáveis.

Variável	Valor da Variável	Agrupamento dos valores
<b>Perceção da saúde</b>	1- Muito Boa 2- Boa	1- Muito boa ou Boa
	3- Razoável	2- Razoável
	4- Má 5- Muito má	3- Má ou Muito má
<b>Peso à nascença classificado</b>	1- <2500 gramas 2- Entre 2500 e 4000 gramas 3- >4000 gramas	
<b>Come fruta fresca ao dia</b>	1- 1 vez ao dia	1- Nunca ou 1 vez ao dia
	2- 2 vezes ao dia	2- 2 vezes ao dia
	3- 3 ou mais vezes ao dia	3- 3 ou mais vezes ao dia
	4- Nunca	1- Nunca ou 1 vez ao dia
<b>Come legumes, salada ao dia</b>	1- 1 vez por dia	1- Nunca ou 1 vez por dia
	2- 2 vezes por dia	2- 2 vezes por dia
	3- 3 ou mais vezes por dia	3- 3 ou mais vezes por dia
	4- Nunca	1- Nunca ou 1 vez por dia
<b>Número de episódios de doença 3M</b>	0	1- Nunca esteve doente
	1	2- 1 vez doente

### 3. Resultados

	2	3- 2 vezes ou mais doente
	3	
	4	
	5	
	6	
<b>Local atendimento</b>	0- Outro	4- Outros
	1- Não precisou	1- Não precisou
	2- Urgência público	2- Público
	3- Urgência privado	3- Privado
	4- Centro de saúde	2- Público
	5- Saúde 24	2- Público
	6- CS e urgência privado	4- Outros
	7- CS e urgência público	2- Público
	8- Urgência público+privado	4- Outros
	9- Todos	4- Outros
<b>Situação emprego</b>	1- Empregado com contrato	1- Empregado
	2- Empregado sem contrato	1- Empregado
	3- Desempregado com subsídio	2- Não empregado
	4- Desempregado sem subsídio	2- Não empregado
	5- Rendimento de inserção social	2- Não empregado
	6- Doméstico	2- Não empregado
	7- Trabalhador independente	1- Empregado
	8- Estudante	2- Não empregado
	9- Reformado	2- Não empregado
<b>Rendimento familiar</b>	1- Até 500€	1- Até 750€
	2- Mais de 500€ até 750€	
	3- Mais de 750€ até 1000€	2- Mais de 750€ até 1500€
	4- Mais de 1000€ até 1500€	
	5- Mais de 1500€ até 2000€	3- Mais de 1500€
	6- Mais de 2000€	
<b>Grupo de profissões, segundo Classificação de Profissões 2010, com acréscimo de duas categorias</b>	0- Profissões das Forças Armadas	1- Qualificados
	1- Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	
	2- Especialistas das atividades intelectuais e científicas	
	3- Técnicos e profissões de nível intermédio	
	4- Pessoal administrativo	2- Não qualificados
	5- Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	
	6- Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	
	7- Trabalhadores qualificados de indústria, construção e artífices	
	8- Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	
	9- Trabalhadores não qualificados	

### 3. Resultados

	10- Estudante	
	11- Sem profissão definida	
<b>Motivo de ir à consulta no CS</b>	0- Consultas de vigilância/rotina (saúde infantil+vacinhas+doença ; saúde infantil+vacinhas ; saúde infantil	0- Consultas
	1- Vacinas, doença	1- Outros

Tabela 13- Agrupamento das variáveis

Primeiramente, fez-se o teste de associação entre o peso à nascença e o rendimento familiar. Visualizando-se a tabela 14, constata-se pelo valor de  $p$  que estas duas variáveis são independentes, ou seja, não estão associadas ( $p=0,865$ ). O mesmo se verifica quando se compara os pais/cuidadores com profissões qualificadas com os não qualificadas ( $p=0,947$ ). Contudo, o peso à nascença está associado com a situação laboral dos pais/cuidadores da criança ( $p=0,000$ ), com uma maior percentagem de pais/cuidadores desempregados a terem crianças de baixo-peso à nascença (29% versus 14,7%).

<b>Variável</b>				
<b>Peso ao nascer classificado</b>	<b>Agrupamento do rendimento familiar</b>			<b>Valor de <math>p</math></b>
	Até 750€	[750€ até 1500€[	Mais de 1500€	
<2500	33	31	27	
Entre 2500 e 4000	137	152	100	0,865
Mais de 4000	13	11	9	
<b>Peso ao nascer classificado</b>	<b>Agrupamento do grupo de profissões</b>			
	Qualificados	Não qualificados		
<2500	25	73		
Entre 2500 e 4000	106	301		0,947
Mais de 4000	8	26		
<b>Peso ao nascer classificado</b>	<b>Agrupamento da situação perante o emprego</b>			
	Empregado	Não empregado		
<2500	61	36		
Entre 2500 e 4000	330	77		0,000
Mais de 4000	23	11		

Tabela 14- Associação entre Peso à nascença classificado e o Agrupamento dos indicadores de pobreza familiar

A situação laboral dos familiares não está associada com o consumo diário de frutas e legumes ( $p=0,324$ ;  $p=0,820$ ) (tabela 15 e 16). No entanto, para um nível de significância

### 3. Resultados

de 10%, o consumo diário de frutas e legumes está associado com o rendimento familiar ( $p=0,066$ ;  $p=0,053$ ), e com a presença ou ausência de qualificações nos pais/cuidadores da criança ( $p=0,075$ ;  $p=0,073$ ). Para o rendimento familiar existe uma maior percentagem de pais/cuidadores com rendimento mensal familiar até 750€ a terem crianças a não comer ou comer somente 1 vez por dia frutas e legumes (27% versus 15%; 39,9% versus 25,2%). Já para as qualificações dos pais/cuidadores, existe uma maior percentagem de pais/cuidadores não qualificados a terem crianças com nenhum ou somente um consumo diário de frutas e legumes (22,9% versus 14,4%; 34,5% versus 24,11%).

<b>Variável</b>				
<b>Agrupamento do consumo diário de fruta fresca</b>	<b>Agrupamento do rendimento familiar</b>			<b>Valor de <math>p</math></b>
	Até 750€	[750€ até 1500€[	Mais de 1500€	
Nunca ou 1 vez ao dia	52	37	21	0,066
2 vezes ao dia	83	100	62	
3 ou mais vezes ao dia	57	65	52	
<b>Agrupamento do consumo diário de fruta fresca</b>	<b>Agrupamento do grupo de profissões</b>			
	Qualificados	Não qualificados		
Nunca ou 1 vez ao dia	20	95		0,075
2 vezes ao dia	67	193		
3 ou mais vezes ao dia	52	127		
<b>Agrupamento do consumo diário de fruta fresca</b>	<b>Agrupamento da situação perante o emprego</b>			
	Empregado	Não empregado		
Nunca ou 1 vez ao dia	87	28		0,324
2 vezes ao dia	208	52		
3 ou mais vezes ao dia	132	46		

*Tabela 15- Associação entre o consumo diário de fruta fresca e os indicadores de pobreza familiar*

### 3. Resultados

<b>Variável</b>				
<b>Agrupamento do consumo diário de verduras, saladas e hortaliças</b>	<b>Agrupamento do rendimento familiar</b>			<b>Valor de <i>p</i></b>
	Até 750€	[750€ até 1500€[	Mais de 1500€	
Nunca ou 1 vez ao dia	77	59	34	0,053
2 vezes ao dia	100	126	89	
3 ou mais vezes ao dia	16	17	12	
<b>Agrupamento do consumo diário de verduras, saladas e hortaliças</b>	<b>Agrupamento do grupo de profissões</b>			
	Qualificados	Não qualificados		
Nunca ou 1 vez ao dia	34	143	0,073	
2 vezes ao dia	94	237		
3 ou mais vezes ao dia	13	35		
<b>Agrupamento do consumo diário de verduras, saladas e hortaliças</b>	<b>Agrupamento da situação perante o emprego</b>			
	Empregado	Não empregado		
Nunca ou 1 vez ao dia	135	42	0,820	
2 vezes ao dia	258	72		
3 ou mais vezes ao dia	36	12		

*Tabela 16- Associação entre o consumo diário de verduras, saladas e hortaliças e os indicadores de pobreza familiar*

Relativamente ao número de vezes que a criança está doente, na tabela 17 constata-se que nenhuns dos indicadores de pobreza familiar estão associados com a presença ou ausência de doença na criança ( $p=0,719$ ;  $p=0,505$ ;  $p=0,735$ ).

### 3. Resultados

<b>Variável</b>				
<b>Agrupamento do número de episódios que a criança esteve doente</b>	<b>Agrupamento do rendimento familiar</b>			<b>Valor de <i>p</i></b>
	Até 750€	[750€ até 1500€]	Mais de 1500€	
Nunca esteve doente	66	72	44	0,719
1 vez doente	65	71	55	
2 ou mais vezes doente	61	54	38	
<b>Agrupamento do número de episódios que a criança esteve doente</b>	<b>Agrupamento do grupo de profissões</b>			
	Qualificados	Não qualificados		
Nunca esteve doente	51	136		0,505
1 vez doente	53	149		
2 ou mais vezes doente	36	127		
<b>Agrupamento do número de episódios que a criança esteve doente</b>	<b>Agrupamento da situação perante o emprego</b>			
	Empregado	Não empregado		
Nunca esteve doente	141	46		0,735
1 vez doente	158	43		
2 ou mais vezes doente	127	36		

*Tabela 17- Associação entre o número de episódios que a criança esteve doente e os indicadores de pobreza familiar*

Analisou-se igualmente a associação entre a perceção geral do estado geral de saúde e os indicadores de pobreza, não tendo havido evidência desta associação ( $p=0,315$ ;  $p=0,145$ ;  $p=0,275$ ) (tabela 18).



### 3. Resultados

<b>Variável</b>				
<b>Agrupamento do estado de saúde da criança</b>	<b>Agrupamento do rendimento familiar</b>			<b>Valor de <i>p</i></b>
	Até 750€	[750€ até 1500€[	Mais de 1500€	
Muito boa ou Boa	150	166	116	0,315
Razoável	34	33	17	
Má ou Muito má	8	3	3	
<b>Agrupamento do estado de saúde da criança</b>	<b>Agrupamento do grupo de profissões</b>			
	Qualificados	Não qualificados		
Muito boa ou Boa	119	333		0,145
Razoável	15	75		
Má ou Muito má	4	10		
<b>Agrupamento do estado de saúde da criança</b>	<b>Agrupamento da situação perante o emprego</b>			
	Empregado	Não empregado		
Muito boa ou Boa	354	97		0,275
Razoável	64	26		
Má ou Muito má	10	4		

*Tabela 18- Associação entre o estado de saúde da criança e os indicadores de pobreza familiar*

Para o último objetivo, teve-se em conta duas variáveis: o local de atendimento quando a criança esteve doente e quais os motivos que levam a criança ao CS.

Existe evidência que o rendimento mensal familiar está associado tanto com o local de atendimento como com os motivos para a escolha entre o sector público e privado e o seu uso ( $p=0,001$ ;  $p=0,000$ ) (tabela 19 e 20) com uma maior percentagem de pais/cuidadores com rendimentos familiares mensais até 750€ a levarem as crianças ao sector público quando a criança esteve doente (63,5% versus 44,6%) e a utilizarem o centro de saúde para consultas (98% versus 90,1%).

Segundo a tabela 19, a escolha pelo local de atendimento do sector público ou privado aquando situações de doença ou urgentes está associada com a situação laboral ( $p=0,035$ ), mas não com as qualificações dos pais ou cuidadores ( $p=0,153$ ), havendo uma maior percentagem de pais/cuidadores empregados a utilizarem o sector público (56,4% versus 48,1%). Quanto aos motivos de ir ao CS, este está associado com a qualificação dos pais/cuidadores ( $p=0,004$ ), todavia não está associado com a situação laboral ( $p=0,571$ ),

### 3. Resultados

com uma maior percentagem de pais/cuidadores não qualificados a utilizarem por consultas (97,4% versus 91,7%) (tabela 20).

<b>Variável</b>				
<b>Agrupamento do local de atendimento quando a criança esteve doente</b>	<b>Agrupamento do rendimento familiar</b>			<b>Valor de <i>p</i></b>
	Até 750€	[750€ até 1500€[	Mais de 1500€	
Não precisou	31	26	15	0,001
Público	80	66	41	
Privado	6	13	18	
Outros	9	18	18	
<b>Agrupamento do local de atendimento quando a criança esteve doente</b>	<b>Agrupamento do grupo de profissões</b>			
	Qualificados	Não qualificados		
Não precisou	18	60	0,153	
Público	42	155		
Privado	14	24		
Outros	15	34		
<b>Agrupamento do local de atendimento quando a criança esteve doente</b>	<b>Agrupamento da situação perante o emprego</b>			
	Empregado	Não empregado		
Não precisou	53	25	0,035	
Público	159	38		
Privado	34	4		
Outros	36	12		

*Tabela 19- Associação entre o local de atendimento quando a criança esteve doente e os indicadores de pobreza familiar*

### 3. Resultados

<b>Variável</b>				
<b>Agrupamento dos motivos pelo qual a criança utiliza o CS</b>	<b>Agrupamento do rendimento familiar</b>			<b>Valor de <i>p</i></b>
	Até 750€	[750€ até 1500€[	Mais de 1500€	
Consultas	188	197	118	0,000
Outros	4	4	13	
<b>Agrupamento dos motivos pelo qual a criança utiliza o CS</b>	<b>Agrupamento do grupo de profissões</b>			
	Qualificados	Não qualificados		
Consultas	122	405		0,004
Outros	11	11		
<b>Agrupamento dos motivos pelo qual a criança utiliza o CS</b>	<b>Agrupamento da situação perante o emprego</b>			
	Empregado	Não empregado		
Consultas	403	123		0,571
Outros	18	4		

*Tabela 20- Associação entre os motivos que levam a criança a ir ao CS e os indicadores de pobreza familiar*

## 4. Discussão

A pobreza infantil, caracterizada pela saúde precária e a falta de educação, é comumente associada aos países de baixa renda. Apesar da literatura, continuamente, alertar para os riscos que o capital social sofrerá se mantivermos as desigualdades de saúde e educação infantil, a verdade é que permanece a lacuna em admitir que os países desenvolvidos também têm disparidades entre as famílias mais abonadas e as mais desfavorecidas.

A simplicidade em olharmos para os países desenvolvidos, tais como Portugal, como países com muitas oportunidades, deve-se, muito em parte, à falta do reconhecimento que os fatores socioeconómicos das famílias poderão ser um dos responsáveis pela escassa inclusão social que as crianças vão experienciando ao longo da sua infância.

É possível concluir, através deste estudo, que até mesmo nas capitais dos países desenvolvidos existem desigualdades entre famílias, resultantes das condições monetárias e de literacia, e que limitarão as escolhas mais saudáveis e o acesso aos cuidados de saúde com qualidade, representando uma “ameaça à saúde” (Marmot, 2020).

Assim, estes resultados visam a reforçar a ideia de que, até nos países desenvolvidos, é necessário criar estratégias para diminuir as desigualdades infantis, que são divergentes entre classes sociais e que poderão contribuir para a morbilidade e a mortalidade infantil quando relacionadas à pobreza contínua (Stacey, 1980).

### 4.1- Associação do peso à nascença aos indicadores de pobreza familiar

A escolha do peso à nascença, como um indicador de saúde infantil deve-se ao facto de ser considerado como um bom preditor de saúde e por ser possível predizer, através do mesmo, se os familiares da criança vivem em condições desfavoráveis.

De acordo com Starfield (1992), o baixo peso à nascença é um transmissor de desvantagens de saúde entre gerações e repetível entre nascimentos com uma probabilidade duas vezes superior em mães pobres.

Já o estudo de Spencer et al. (1999) realizado em 58.547 crianças que nasceram entre 1985 e 1994, concluiu que 10% da variação de peso à nascença era devido à privação da

#### 4. Discussão

área de residência e que as desigualdades sociais eram fatores responsáveis para um peso inferior a 3500 gramas em 9,6% das crianças, ressalvando, assim, a importância que os fatores socioeconómicos têm perante o peso à nascença.

O peso médio à nascença, neste estudo, foi igual a 3211,16 gramas e 75,5% das crianças tiveram um peso à nascença que variava entre as 2500 e as 4000 gramas, isto é, tinham um peso adequado quando nasceram e, somente, a situação de emprego/desemprego é que mostrou ser um indicador de pobreza associado ao peso das crianças à nascença.

Embora os resultados deste estudo estejam em concordância com Reading (1997) que defende que “a média do peso à nascença e a proporção de crianças que nasceram com baixo peso” é variável de acordo com as “circunstâncias sociais dos pais”, não nos podemos esquecer que o Sistema Nacional de Saúde Português (SNS), permite a que todas as grávidas, independentemente das suas classes sociais e posses económicas, tenham direito ao acompanhamento médico, através de consultas e exames, a preço reduzido ou totalmente suportado pelo Estado Português, o que pode explicar a razão pela qual, mesmo nas zonas mais pobres da Área Metropolitana de Lisboa, o peso à nascença era maioritariamente adequado.

##### 4.2- Associação dos hábitos alimentares com os indicadores de pobreza

As frutas e os legumes são as maiores fontes de nutrientes fundamentais para o desenvolvimento e o crescimento das crianças. Para enfatizar a importância que o consumo de frutas e legumes tem no desenvolvimento e crescimento das crianças, vários estudos em países de baixo rendimento, têm comprovado que uma má nutrição tem repercussões na saúde e na educação das crianças.

Pode-se considerar como uma quantidade de ingestão de frutas e legumes aceitável, quando é igual ou superior a 2 porções por dia. (Direcção-Geral da Saúde, 2012)

Consoante os resultados, verificou-se que pouco mais de metade das crianças consumia legumes duas vezes por dia (59,5%) e pouco menos da metade comia fruta fresca duas vezes por dia (46,9%). Pelo contrário, quando se comparava o número de crianças que

#### 4. Discussão

comiam somente uma vez por dia, este era superior nos legumes comparativamente à fruta, muito provavelmente, porque existe uma maior apreciação no sabor da fruta.

Os hábitos alimentares das crianças deste estudo, que se mostraram promissores, vão ao encontro do estudo de Baptista et al. (2007), no qual é referido que as crianças portuguesas são as que mais consomem frutas entre os países da OCDE. De facto, não é apropriado comparar os hábitos alimentares das crianças portuguesas, com as dos restantes países europeus, uma vez que a comida portuguesa, tipicamente mediterrânea, leva à introdução de frutas e legumes desde tenra idade. Além disso, há que destacar o esforço nas creches e escolas primárias que continuamente oferecem refeições, tais como pequeno-almoço, almoço ou lanche, onde a introdução de frutas e legumes é uma “obrigatoriedade”.

Apesar de uma boa alimentação desde muito cedo, Portugal não consegue escapar à escalada que a obesidade tem vindo a ter nos países da UE (Rito et al., 2013).

Uma alimentação mais cuidada e com melhor qualidade é característica de famílias onde as remunerações e as qualificações são favoráveis, ao contrário de famílias mais pobres e com pouco conhecimento, onde a alimentação tende a ser, igualmente, pobre.

Esta teoria é sustentada pelos resultados deste estudo, uma vez que se observou uma associação positiva, embora com pouco significado estatístico, entre o consumo de frutas e legumes e os rendimentos e o grupo de profissões dos familiares, ou seja, das suas qualificações.

Estes resultados estão em concordância com o estudo de Kinra et al. (2000), em 20.973 crianças, de Plymouth, com idades compreendidas entre os 5 e os 14 anos, no qual foi comprovado que a obesidade tinha maior prevalência nas crianças que tinham maior privação, sem distinção entre géneros.

Também o estudo de Victora et al. (2022), realizado num conjunto de países com diferenças económicas, confirmou que as desigualdades nutricionais estavam “positivamente associadas ao grau de desigualdades económicas”.

A associação entre os rendimentos e as qualificações familiares e os hábitos alimentares pode ser justificado por um menor consumo de carne, frutas e legumes por semana, como é recomendado pela UE, e por uma maior compra em alimentos ricos em energia, carboidratos e altos teores de açúcar e gorduras, mais conhecidos por comida de plástico

#### 4. Discussão

ou *fast-food* (Shah et al., 1987; Karp, 1989; Kinra et al. 2000). Esta preferência por comidas com pouco valor nutricional pode ser explicada, primeiramente, pelo escasso conhecimento que a população mais pobre tem (Shah et al., 1987), e pelo facto de este tipo de comida ser mais barato por caloria ou energia, quando comparado aos alimentos com maior valor nutricional (Karp, 1989; Kinra et al, 2000).

Por essa razão, Shah et al. (1987) citam que a “complexidade da associação entre a pobreza e a saúde é ilustrada por evidência na dieta e no rendimento”. Por outro lado, Marmot (2020), afirma que a pobreza é responsável pelas “escolhas menos saudáveis e a má saúde dos que estão mais abaixo na hierarquia social”.

##### 4.3- Associação entre a saúde e a doença da criança com os indicadores de pobreza

Ao longo deste estudo, tem se mostrado como uma saúde menos boa e o surgimento e ressurgimento de certo tipo de doenças é característico em crianças provenientes de familiares com pouco rendimento e/ou literacia em saúde, especialmente infantil.

O estudo de Spencer et al. (1993) é um bom exemplo de como um indicador indireto de morbilidade infantil - a múltipla admissão hospitalar - é mais intenso nas crianças que vivem em meios de maior privação de material.

Porém, os resultados deste estudo contrariam este conhecimento comum. Segundo os resultados deste estudo, havia pouca diferença entre o número de crianças que nunca tinham estado doentes nos últimos três meses antes do estudo e aquelas que tinham estado uma vez doente (33,9% versus 36,6%), sendo que um número apreciável de familiares considerava que o estado de saúde das suas crianças era boa (46,4%).

Tanto o estado geral de saúde da criança como o número de vezes que esteve doente, não tiveram qualquer tipo de associação com os indicadores de pobreza familiar, o que dá uma ideia de que a saúde da criança, propriamente dita, não é influenciada diretamente pelos rendimentos, situação laboral ou qualificações.

Estes resultados, que arriscaremos em classificá-los como positivos, podem ser o resultado de uma taxa de vacinação eficaz em Portugal. De acordo com o Plano de Vacinação português, algumas vacinas têm de ser administradas durante os primeiros dias

## 4. Discussão

de vida, referentes às doenças que poderão contribuir para a mortalidade neonatal. Mas para que o sistema imunitário das crianças se mantenha forte durante o seu desenvolvimento, são administradas mais tipos de vacinas com os seus respetivos reforços durante a infância das crianças, o que torna Portugal um dos países da OCDE que tem uma maior taxa de imunização, contra as principais doenças prevenidas com vacinação (Baptista et al., 2007). A adesão ou não à vacinação nas crianças portuguesas não é influenciável pelo rendimento nem pela literacia dos familiares, dado que o Estado Português se compromete em vacinar as crianças sem ter em ponderação os rendimentos familiares.

Além disso, esta ida regular, principalmente aos centros de saúde, faz com que haja uma maior vigilância e aproximação dos profissionais de saúde com a criança e os seus familiares, contribuindo para uma deteção precoce no desenvolvimento de doenças e uma aprendizagem em como cuidar das crianças. Esta hipótese pode ser vista através do indicador de economia de saúde, uma vez que a maioria das crianças teve despesas em saúde que variavam entre consultas, tratamentos e medicamentos.

### 4.4- Associação dos acessos aos cuidados de saúde com os indicadores de pobreza familiar

O pouco acesso aos cuidados de saúde durante a infância, é considerado pela literatura como um dos principais indicadores de pobreza infantil, principalmente quando nos referimos aos países de baixo e médio rendimento.

Somente alguns países europeus, nos quais se inclui Portugal, oferecem serviços de saúde à população gratuitos ou com baixo custo, independentemente dos rendimentos familiares. No entanto, continua a haver uma falta de informação de como os rendimentos familiares, a situação laboral e a qualificação afetam o uso dos serviços de saúde.

Apesar de ser empírico a noção de que as situações laborais e as fracas qualificações resultam em baixos rendimentos e, por consequente, poucos cuidados de saúde infantil, a verdade é que os escassos estudos sobre este tema tornam difícil de perceber se os serviços de saúde portugueses correspondem, ou não, à expectativa.



#### 4. Discussão

Contudo, tentou-se perceber neste estudo como os serviços de saúde estão a ser utilizados pelas famílias menos favorecidas. Os resultados apontam para um uso preferencial no SNS, ou seja, do serviço público, nas suas mais diversas formas.

Constatou-se que em situação de urgência ou doença, havia um maior uso no SNS, com 29% das crianças a usar a urgência do sector público, sendo este uso dependente do rendimento familiar e da situação de emprego. Por outro lado, as idas ao centro de saúde correspondiam a 96% da amostra a utilizar este serviço, consoante o rendimento familiar e a profissão.

Apesar da situação laboral e as qualificações não estarem associadas, com ambos os locais de cuidados de saúde, tal como acontece com o rendimento familiar, sabe-se que tanto o desemprego como os trabalhos de baixos salários influenciam a gestão financeira dos indivíduos. De acordo com a Classificação Portuguesa de Profissões de 2010 (INE, 2011), sendo acrescidas as categorias Estudante e Sem profissão definida, somente os quatros primeiros grupos de profissões, da tabela no subcapítulo Materiais e Métodos, é que são considerados como qualificados, o que, à partida, serão as profissões mais bem remuneradas desta amostra. Além das qualificações, também não podemos descorar o facto que alguns pais/cuidadores estavam desempregados, seriam domésticos, estudantes ou teriam algum tipo de apoio estatal, através de subsídios ou rendimentos, que pesarão na forma como o dinheiro é distribuído consoante as necessidades familiares e intensificarão a Lei de Engel. Assim, entende-se a razão pela qual o rendimento familiar é o único indicador de pobreza que tem uma associação, estatisticamente significativa, com o acesso aos cuidados de saúde.

A atribuição de um médico de Medicina Geral e Familiar às crianças, assim que registadas nos serviços portugueses, podem fundamentar o uso preferencial do SNS e as associações anteriormente mencionadas. Esta atribuição de um médico de família, permite a que haja um acompanhamento regular da criança, quer em consultas de vigilância ou doença, com baixo custo ou total isenção.

Embora no centro de saúde não seja possível a realização de exames e determinados tratamentos, estes podem encaminhar as crianças para outros meios hospitalares e clínicas para os procedimentos médicos necessários, nos quais os familiares poderão pagar a baixo custo ou estarem totalmente isentos. Contudo, as longas listas de espera exigem aos

## 4. Discussão

familiares das crianças a aquisição de seguros de saúde que participam na realização de exames e/ou tratamentos. Todavia, por vezes o pagamento das mensalidades pode ser difícil de cumprir, principalmente em famílias desfavorecidas, como é o caso da amostra deste estudo. Por essa razão, os resultados apresentaram um maior número de crianças que não tinham seguro ou subsistema de saúde.

Ora os resultados referentes ao acesso dos cuidados de saúde, enaltecem como algumas estratégias, por parte do Governo Português, possibilitaram o uso extensivo dos serviços de saúde por toda a população, porque tal como Marmot (2020) alude “a saúde da população não é apenas uma questão de quão bem o serviço de saúde funciona e é financiado”, mas acima de tudo não nos devemos esquecer que “a saúde está intimamente ligada às condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem e as desigualdades no poder, dinheiro e recursos – os determinantes sociais da saúde”.

### 4.5- Limitações

Se bem que a amostra permitiu a realização do estudo, esta torna-se numa limitação pela sua direção às crianças residentes a certos Concelhos da Área Metropolitana de Lisboa, não sendo os resultados aqui apresentados generalizáveis a outras Regiões/Localidades de Portugal. A amostra usada neste estudo foi retirada de dois estudos mais alargados, um dos quais ainda não terminou, o que poderá condicionar os resultados da zona Arco-Ribeirinho.

Por outro lado, as análises estatísticas realizadas foram apenas de associações (análise bivariada). A construção de modelos mais complexos, com regressões multivariável e baseadas em quadros conceptuais de múltiplas determinantes sociais de saúde poderia ser uma abordagem a realizar num futuro próximo.

Outro tipo de limitação está relacionado com os indicadores de pobreza infantil e de saúde, visto que apenas foram utilizados alguns dos principais indicadores de saúde infantil e de pobreza familiar; podíamos estender o estudo com a utilização de outros indicadores igualmente importantes, tais como: a estrutura familiar e a literacia materna (apesar de subentendida nas profissões).

## **5. Conclusão**

A facilidade com que as crianças são influenciadas por fatores externos, que poderão afetar a sua saúde física e mental e, conseqüentemente, a sua vida adulta, tornam a sua vulnerabilidade inquestionável.

Apesar das discussões mundiais sobre a pobreza infantil e as desigualdades levarem os nossos pensamentos a identificar países de baixo rendimento, onde a sociedade é castigada por uma pobreza extrema sem precedentes, a verdade é que os países desenvolvidos também são fustigados com desigualdades entre classes sociais.

Este estudo foi realizado com o intuito de contribuir para uma melhor compreensão de como a pobreza familiar está associada com a saúde das crianças na região de Lisboa e Vale do Tejo, na tentativa que possa ser uma ilustração dos restantes países desenvolvidos.

Neste estudo analisou-se a saúde infantil em função dos rendimentos familiares, a situação laboral e as qualificações dos pais/cuidadores das crianças. Se bem que estes indicadores não são os únicos responsáveis por uma saúde infantil desfavorável, é uma realidade que famílias de baixos recursos financeiros, com maior taxa de desemprego ou com poucas qualificações não têm capacidade financeira e conhecimento suficiente para optar por escolhas saudáveis e responder em situações de urgência ou doença fundamentais para o correto desenvolvimento da criança.

Embora se verifique uma associação entre alguns dos indicadores de saúde infantil e um ou dois indicadores de pobreza familiar, os resultados mostram que mesmo as crianças portuguesas provenientes dos locais mais desfavorecidos da zona de Lisboa e Vale do Tejo, conseguem ter um peso à nascença e um consumo diário de frutas e legumes dentro dos limites da normalidade. A oferta de um serviço de saúde público gratuito ou de baixo custo está também a garantir um acompanhamento da saúde da criança adequado, quer por doença ou, simplesmente, por vigilância, devido à grande adesão no acesso aos serviços públicos, contribuindo para uma deteção precoce de doença ou ensino aos pais/cuidadores de como devem atuar nos mais variáveis percalços do desenvolvimento infantil.

## 5. Conclusão

A falta de associação entre os indicadores de pobreza familiar e a percepção do estado geral de saúde e o número de vezes que a criança esteve doente, mostram que a saúde e a doença das crianças portuguesas residentes na região de Lisboa e Vale do Tejo, não são afetadas diretamente pelo rendimento mensal familiar, pela situação laboral e pelas qualificações. Pelo contrário, estes últimos indicadores têm impacto direto com os restantes indicadores de saúde infantil e de acesso aos cuidados de saúde, que poderão desencadear episódios de doença e/ou má progressão da saúde da criança.

De uma forma geral, os indicadores de saúde infantil das crianças portuguesas, embora instáveis pelos fatores socioeconómicos familiares, apresentaram-se satisfatórios em grande parte da amostra. Estes resultados positivos e promissores são o resultado de uma cultura e de um sistema de saúde português, na qual a qualidade é desejável, comprovando como Portugal, ao longo dos anos, tem vindo a combater as desigualdades com aprovação de sistemas de saúde, de ensino e de proteção para todas as crianças, independentemente do meio onde residem e das posses económicas dos seus familiares. Contudo, os resultados deste estudo, levam-nos a suspeitar que à mínima instabilidade económica, a saúde das crianças portuguesas mais desfavorecidas será prejudicada como consequência dos resultados socioeconómicos não só dos seus familiares, como também das políticas.

A degradação da saúde infantil não é exclusiva aos fatores socioeconómicos dos familiares e, por essa razão, é recomendável que futuros estudos se concentrem, igualmente, noutros fatores que direta ou indiretamente poderão afetar a saúde da criança, tais como a literacia materna, as condições habitacionais, o agregado familiar, entre outros, de modo que a acoplagem entre fatores identificados e estratégias possam contribuir para uma deteção precoce da saúde infantil arrasada pela pobreza.

Uma população pouco saudável e incapacitada não é desejável para nenhum país e, por isso, o interesse por compreender como a pobreza atinge a saúde infantil deverá ser contínuo.

## 6. Referências bibliográficas

A melhor Lei de Economia A: Lei de Engel. Disponível em: <https://14dias.org/2021/02/17/lei-de-engel/>

Alves, M, Bastos, A & Ferrão, M 2022, *Escala do índice de exposição da criança à privação material em Portugal: validação e interpretação*, Revista Sociedade e Estado, vol. 37, no. 2, pp. 435-456.

Assembleia Geral das Nações Unidas 1959, ‘Declaração dos Direitos da Criança’.

Augusto, A 2014, *Metodologias quantitativas/metodologias qualitativas: mais do que uma questão de preferência*, OpenEdition Journals vol. 24, pp. 73-77.

Banco Mundial 2023, *Fertility rate, total (births per woman) – Portugal*. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN?locations=PT>

Banco Mundial 2023, *Mortality rate, infant, female (per 1,000 live births) – Portugal*. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicador/SP.DYN.IMRT.FE.IN?locations=PT>

Banco Mundial 2023, *Mortality rate, infant, male (per 1,000 live births) – Portugal*. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicador/SP.DYN.IMRT.MA.IN?locations=PT>

Baptista, I & Maciel, C 2007, *Combater a pobreza infantil e promover a inclusão social das crianças*, Peer review and assessment in social inclusion.

Belli, P, Bustreo, F & Preker, A 2005, *Investing in children’s health: what are the economic benefits?*, Bulletin of the World Health Organization, vol. 83, no. 10, pp. 777-784.

Bonati, M & Campi, R 2005, *What Can We Do to Improve Child Health in Southern Italy?*, PLoS Medicine, vol. 2, no. 9, pp. 849-852.

Bradshaw, J & Richardson D 2009, *An Index of Child Well-Being in Europe*, Child Indicators Research, doi 10.1007/s12187-009-9037-7.

Bremberg, S 2003, *Does an increase of low income families affect child health inequalities? A Swedish case study*, Journal of Epidemiology & Community Health, vol. 57, no. 8. Pp. 584-588.

Brooks-Gunn, J, McCormick, M, Klebanov, P & McCarton, C 1998, *Health care use of 3-year-old low birth weight premature children: Effects of family and neighborhood poverty*, The Journal of Pediatrics, vol. 132, no. 6, pp. 971-975.

Claussen, B, Smith, G & Thelle, D 2003, *Impact of childhood and adulthood socioeconomic position on cause specific mortality: the Oslo Mortality Study*, Journal of Epidemiology & Community Health, vol. 57, no. 1, pp. 40-45.

Connolly, K 1985, *Poverty and human development in the Third World*, Archives of Disease in Childhood, vol. 60, no. 9, pp. 880-886.

Diogo F 2013, *A infância na Crise: notas sobre os desafios ao bem-estar infantil na atual conjuntura a partir da perspectiva da pobreza infantil*, Rediteia – revista política social, no, 46, pp. 15-29.

Direção-Geral da Saúde, *10 anos, Promoção da Alimentação saudável*, homepage. Disponível em: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos/>

## 6. Referências Bibliográficas

Eurochild, homepage. Disponível em: <https://www.eurochild.org/>

European Anti-Poverty Network 2022, *Poverty watch – Portugal 2022*.

European Anti-Poverty Network, homepage, atualizada em 2023. Disponível em: <https://www.eapn.eu/>

Eurostat 2021, *1 in 4 children in the EU at risk of poverty or social exclusion*. Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20211028-1>

Eurostat 2022, *Children at risk of poverty or social exclusion*. Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tespm040/default/map?lang=en>

Eurostat 2023, *Children (aged less than 18) at risk of poverty or social exclusion*. Disponível em: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr\\_lm412/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr_lm412/default/table?lang=en)

Eurostat 2023, *Health statistics – children*. Disponível em: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Health\\_statistics\\_-\\_children#Children.E2.80.99s\\_level\\_of\\_general\\_health](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Health_statistics_-_children#Children.E2.80.99s_level_of_general_health)

Farthing R 2010, *Health, inequality and child poverty in London*, London Journal of Primary Care, vol. 3, pp. 2-4.

Flores, M, García-Gómez, P & Zunzunegui, M 2014, *Crisis económica, pobreza e infancia. ¿Qué podemos esperar en el corto y largo plazo para los “niños y niñas de la crisis”?* Informe SESPAS 2014, Gaceta Sanitaria, vol. 28, no. 1, pp. 132-136.

Fortin MF, *O processo de investigação – Da concepção à realização*. Loures: SIG- Sociedade Industrial Gráfica, Lda, 1999

González, L, Estarlich, M, Murcia, M, Isabel Larrañaga, I, Barreto, F, Santa-Marina, L, Arranz, E, Cirugeda, L, Simó, S & Rebagliato, M 2021, *Risk of child poverty and social exclusion in two Spanish regions: social and family determinants*, Gaceta Sanitaria, vol. 35, no. 3, pp. 216-223.

Healthdata 2023, *Health-related SDGs – Portugal*. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/sdg/>

Healthdata 2023, *Portugal*. Disponível em: <https://www.healthdata.org/portugal>

INE 2011, *Classificação Portuguesa das Profissões: 2010*. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt)

INE 2021, *O risco de pobreza aumentou para 18,4% em 2020*.

INE 2022, *Condições de vida das crianças: módulos “Saúde e Privação Material das Crianças” e “Famílias separadas ou reconstituídas” – 10,7% das crianças em privação material e social em 2021*.

INE 2022, *Estimativas mensais de emprego e desemprego*. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=540173661&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=540173661&DESTAQUESmodo=2)

Karp, R 1989, *The social context of malnutrition in childhood*, Bulletin New York Academy Medical, vol. 65, no. 10, pp. 1026-1031.

## 6. Referências Bibliográficas

Kinra, S, Nelder, R & Lewendon, G 2000, *Deprivation and childhood obesity: a cross sectional study of 20 973 children in Plymouth, United Kingdom*, Journal of Epidemiology & Community Health, vol. 54, no. 6, pp. 456-460.

Lai, E, Wickham, S, Law, C, Whitehead, M, Barr, B & Taylor-Robinson, D 2019, *Poverty dynamics and health in late childhood in the UK: evidence from the Millennium Cohort Study*, British Medical Journal, vol. 104, no. 11, pp. 1049-1055.

Manning, D, Brewster, B & Bundred, P 2005, *Social deprivation and admission for neonatal care*, Archive of Disease in Childhood, Fetal & Neonatal Edition, vol. 90, no 4, pp. 337-338.

Marmot M 2020, *Health equity in England: The Marmot review in 10 years on*, Institute of Health Equity.

Mølland, E, Vigsnes, K, Bøe, T, Danielsen H, Lundberg, K, Haraldstad, K, Ask, T, Wilson, P & Abildsnes, E 2020, *The New Patterns study: coordinated measures to combat child poverty*, Scandinavian Journal of Public Health, vol. 49, no. 5, pp.571-579.

Moro-Egido, A & Navarro, M 2022, *Child material deprivation: within region disparities by degree of urbanization*, Paper prepared for the 37th IARIW General Conference.

Newacheck, P & Halfon, N 1986, *Access to ambulatory care services for economically disadvantaged children*, Pediatrics, vol. 78, no.5, pp. 813-819

Newacheck, P & Starfield B 1988, *Morbidity and Use of Ambulatory Care Services among Poor and Nonpoor Children*, American Journal of Public Health, vol. 78, no. 8, pp. 927-33.

Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, homepage. Disponível em: <https://ods.pt/>

Organização Mundial da Saúde 2020, *Children: improving survival and well-being*. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

Organização Mundial da Saúde 2023, *Child mortality and causes of death*. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/child-mortality-and-causes-of-death>

Pickett, K & Wilkinson, R 2007, *Child wellbeing and income inequality in rich societies:ecological cross sectional study*, British Medical Journal, vol. 335, no. 1080, pp. 1-7.

Pillas, D, Marmot, M, Naicker, K, Goldblatt, P, Morrison, J & Pikhart, H 2014, *Social inequalities in early childhood health and development: a European-wide systematic review*, Pediatric Research, vol. 76, no. 5, pp. 418-424.

Rajmil, L, Díez, E & Peiró, R 2010, *Desigualdades sociales en la salud infantil. Informe SESPAS 2010*, Gaceta Sanitaria, vol. 24, no. 1, pp. 42-48.

Rajmil, L, Hjern, A, Spencer, N, Taylor-Robinson, D, Gunnlaugsson, G & Raat, H 2020, *Austerity policy and child health in European countries: a systematic literature review*, BMC Public Health, vol. 20, no. 564, pp. 1-9.

Rajmil, L, Siddiqi, A, Taylor-Robinson, D & Spencer, N 2015, *Understanding the impact of the economic crisis on child health: the case of Spain*, International Journal for Equity in Health, vol. 14, no. 95.

## 6. Referências Bibliográficas

Ramos, N 2005, *Famílias e crianças em contexto de pobreza e exclusão – do desenvolvimento à saúde e à educação*, *Psychologica*, no. 38, pp. 241-263.

Reading, R 1997, *Poverty and the health of children and adolescents*, *Archives of Disease in Childhood*, vol. 76, no. 5, pp. 463-467.

Reading, R, Raybould, S & Jarvis, S 1993, *Deprivation, low birth weight, and children's height: a comparison between rural and urban areas*, *British Medical Journal*, vol. 307, no. 6917, pp. 1458-62.

Rito, A, Carvalho, M, Ramos, C & Breda, J 2013, *Program Obesity Zero (POZ) – a community-based intervention to address overweight primary-school children from five Portuguese municipalities*, *Public Health Nutrition*, vol. 16, no. 6, pp. 1043-1051.

Rod, NH, Bengtsson, J, Budtz-Jørgensen, E, Clipet-Jensen, C, Taylor-Robinson, D, Andersen, AM, Dich N & Rieckmann, A 2020, *Trajectories of childhood adversity and mortality in early adulthood: A population-based cohort study*, *The Lancet*, vol. 396, no. 10249, pp. 498-497.

Rueden, U, Gosch, A, Rajmil, L, Bisegger, C & Ravens-Sieberer, U 2006, *Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study*, *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 60, no. 2, pp. 130-135.

Sarmiento, M & Veiga, F 2010, *A pobreza das crianças – realidades, desafios, propostas*, 1ª ed., Edições Húmus, Lda, V.N. Famalicão.

Shah, C, Kahan, M & Krauser, J 1987, *The health of children of low-income families*, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 137, no. 6, pp. 485-490.

Spencer, N, Lewis, M & Logan, S 1993, *Multiple admission and deprivation*, *Archives of Disease in Childhood*, vol. 68, no. 6, pp. 760-762.

Spencer, N, Logan, S & Gill, L 1999, *Trends and social patterning of birthweight in Sheffield, 1985–94*, *Archive of Disease in Childhood, Fetal & Neonatal Edition*, vol. 81, no. 2, pp- 138-40.

Stacey M 1980, *Realities for change in child health care: existing patterns and future possibilities*, *British Medical Journal*, pp. 1512-1515.

Starfield B 1989, *Child health care and social factors: poverty, class, race*, *Bulletin New York Academy Medical*, vol. 65, no. 3, pp. 299-306.

Starfield, B 1992, *Effects of poverty on health status*, *Bulletin New York Academy Medical*, vol. 68, no. 1, pp. 17-24.

Tampubolon, G 2015, *Growing Up in Poverty, Growing Old in Infirmary: The Long Arm of Childhood Conditions in Great Britain*, *PLOS one*, vol. 10, no. 12.

Unicef – Comité Português 2013, *As crianças e a crise em Portugal – vozes de crianças, políticas públicas e indicadores sociais, 2013*.

Unicef 2017, *Child poverty in Europe and Central Asia region: definitions, measurement, trends and recommendations*, Geneva, Suíça.

Unicef 2019, *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Unicef Portugal.

Unicef 2023, *How many*. Disponível em: <https://data.unicef.org/how-many/>



## 6. Referências Bibliográficas

Unicef 2023, *Key demographic indicators – Portugal*. Disponível em: <https://data.unicef.org/country/prt/>

Unicef 2023, *Under-five mortality*. Disponível em: <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>

Victoria, C, Hartwig, F, VIDALETTI, L, Martorell, R, Osmond, C, Richter, L, Stein, A, Barros, A, Adair, L, Barros, F, Bhargava, S, Horta, B, Kroker-Lobos, M, Lee, N, Menezes, A, Murray, J, Norris, S, Sachdev, H, Stein, A, Varghese, J, Bhutta, Z & Black, R 2022, *Effects of early-life poverty on health and human capital in children and adolescents: analyses of national surveys and birth cohort studies in LMICs*, *The Lancet*, vol. 399, nº 10336, pp. 1741-1752.

Walker, B 1989, *Protecting our children*, *Journal of the National Medical Association*, vol. 81, no. 7, pp. 815-818.

Wickham, S, Anwar, E, Barr, B, Law, C & Taylor-Robinson, D 2016, *Poverty and child health in the UK: using evidence for action*, *British Medical Journal*, vol. 101, no. 8, pp. 759-766.