



A Criança em Portugal e no Mundo em 2008. A propósito da TMM5

João M Videira Amaral

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

Foi publicado muito recentemente o relatório do organismo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF - United Nations Children's Fund) sobre aspectos demográficos da Saúde Infantil e Juvenil no Mundo (incluindo, claro está, Portugal)¹, em que é dada ênfase ao indicador TMM5 (taxa de mortalidade de menores de 5 anos por 1000 nado vivos), o qual não é abordado habitualmente entre nós².

De acordo com a UNICEF, a TMM5 constitui o principal indicador do desenvolvimento social global, de bem-estar e de saúde em particular³.

Como instrumento de medida do desenvolvimento humano, a TMM5 oferece vantagens em relação à TMI (taxa de mortalidade infantil ou número de óbitos no primeiro ano de vida por 1000 nado vivos), a saber:

- a TMM5 mede um “produto” do processo de desenvolvimento e não determinados factores tais como a disponibilidade de alimentos *per capita* ou o número de médicos por habitante, os quais constituem meios para atingir determinado fim;
- a TMM5 representa, por outro lado, a comparticipação de um grande número de intervenientes, tais como o acesso a medicamentos e a meios para prevenção de doenças (educação para a saúde da mãe/família e educadores, disponibilidade de serviços de saúde com garantia de acesso, segurança do meio ambiente, programas gratuitos de imunização, cuidados pré-natais, etc.);
- a TMM5 é menos susceptível à falácia da média do que, por exemplo o produto nacional bruto (PNB) *per capita*. Isto ocorre porque este pressupõe que a probabilidade de uma criança rica sobreviver é mil vezes maior do que a de uma criança que vive em condições precárias com rendimento mil vezes inferior; ou seja, é muito mais difícil que a TMM5 nacional seja influenciada por uma minoria rica;
- a velocidade dos progressos na redução da TMM5 pode ser medida com objectividade pelo cálculo da sua taxa média de redução anual (TMRA), com significado diverso daquele que se obtém quando são comparados valores absolutos, isto é, à medida que são atingidos níveis mais

baixos de TMM5, a mesma redução em valor absoluto representa, em proporção, redução maior; por exemplo, uma redução de 10 pontos na TMM5 (de 100 para 10) corresponde a uma redução de 10%, ao passo que a mesma redução de 10 pontos, mas de 20 para 10, representa uma redução de 50%; uma taxa negativa de redução indicará um incremento da TMM 5 ao longo do período considerado¹.

Eis alguns dos dados mais impressionantes do Relatório¹:

1. Por volta de 1960, aproximadamente 20 milhões de crianças morriam anualmente. Em 2006, pela primeira vez, o número anual de mortes de crianças menores de 5 anos caiu para 9,7 milhões, o que corresponde a um decréscimo de cerca de 60%; apesar de se tratar duma evolução considerada favorável pelos peritos de Saúde Pública, tais resultados situam-se muito aquém dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio até 2015 (redução da TMI na ordem de 2/3)^{1,4,5}.
2. Entre 1990 e o início de 2007 houve progressos assinaláveis em todas as regiões do mundo; a TMM5 reduziu-se na China na ordem de 47% (de 45 para 24) e na Índia cerca de 34%. No mesmo período, em seis outros países, observou-se a seguinte evolução em números absolutos: Bangladesh 149→69, Butão 166→70, Bolívia 125→61, Laos 163→75, e Nepal 142→59, o que corresponde a reduções da ordem de 50%.
3. Dos 62 países em que não ocorreram progressos, ou cujos progressos foram insuficientes em termos de TMM5 para alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, mais de 75% estão localizados no continente africano (exemplificando com dados “registados” da TMM5 referentes a 2006: Angola 260; Mali 217; Guiné Bissau 200; Camarões 149; Moçambique 138; Mauritânia 125; Tanzânia 118; São Tomé e Príncipe 96. Em posição intermédia, quer em valores absolutos, quer em taxa de redução de TMM5, citam-se como exemplos os respectivos valores absolutos registados em 2006 na Índia 76; Egipto 35; Cabo Verde 34; Brasil 20.

Correspondência:

João M Videira Amaral
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa
Campo dos Mártires da Pátria, 130
1160-056 Lisboa
Facsimile (+351) 21 458 18 72
jmvamaral@fcm.unl.pt

4. No extremo oposto, cabe referir os países com menor TMM5 no Mundo:

1º lugar (TMM5=3): Liechtenstein, Andorra, Islândia, Santa Sé, Suécia, Singapura;

2º lugar (TMM5=4): Alemanha, Bélgica, Chipre, Eslovénia, Espanha, Finlândia, França, Grécia, Itália, Japão, Luxemburgo, Mónaco Noruega, República Checa;

3º lugar (TMM5=5): Áustria, Coreia do Sul, Dinamarca, Holanda, Irlanda, Israel, **Portugal**, Suíça;

4º lugar (TMM5=6): Austrália, Canadá, Croácia, Malta, Nova Zelândia, Reino Unido;

5º lugar (TMM5=7): Cuba, Estónia, Hungria, Polónia;

6º lugar (TMM5=8): Emiratos Árabes Unidos, Eslováquia, Estados Unidos da América do Norte, Lituânia, Sérvia, Tailândia;

7º lugar (TMM5=9): Birmânia, Chile, Letónia.

5. Relativamente a outros países: Uruguai em 10º com TMM5 de 12, Brasil em 18º lugar com TMM5 de 20, Federação Russa em 19º com TMM5 de 16, e China em 22º com TMM5 de 24.

6. Quanto a Portugal, comparando as TMRA (% nos períodos 1970-1990 e 1990-2006), e a redução desde 1990 (%) com três países europeus colocados respectivamente nos 1º, 2º e 3º lugares da classificação atrás referida, foram obtidos os seguintes dados:

| | TMRA (%) | | Redução desde 1990 (%) |
|-----------------|------------|------------|------------------------|
| | 1970-1990 | 1990-2006 | |
| Suécia | 3,8 | 5,3 | 57 |
| Noruega | 2,6 | 5,1 | 56 |
| Dinamarca | 3,7 | 3,7 | 44 |
| Portugal | 7,4 | 6,4 | 64 |

TMRA - taxa média de redução anual da TMM5 (taxa de mortalidade de menores de 5 anos por 1000 nado vivos).

Após esta súmula, será pertinente comentar alguns aspectos:

– continua a existir (infelizmente) um grande fosso entre o panorama dos países industrializados e o dos países em

desenvolvimento, podendo concluir-se que muitos problemas evitáveis afectando uma fracção importante (mas altamente vulnerável) da Humanidade - as crianças - poderiam ser resolvidos com verbas gastas em armamento e com políticas de redução de desperdícios¹⁻³;

- não é possível obter bons resultados finais em termos de saúde e bem-estar apenas à custa de cuidados médicos (ideia divulgada redundantemente, mas ignorada por quem detém o poder); os mesmos, de facto, não substituem alimentação insuficiente, habitação precária ou falta dela, pobreza, iliteracia⁶⁻⁸;
- os dados oficiais divulgados no âmbito dos países em desenvolvimento correspondem aos que foram registados (e os não registados?); por conseguinte, é possível, que nalguns deles, os mesmos sejam ainda mais pejorativos;
- relativamente ao nosso país, os progressos têm sido (felizmente) assinaláveis, salientando-se TMRA e redução de TMM5 superiores às dos países assinalados atrás ocupando os primeiros três lugares da classificação mundial.

Referências

1. UNICEF. *Progress for Children: A World Fit for Children. Statistical Review*. UNICEF, New York 2007.
2. UNICEF. *Situação Mundial da Infância 2008*. UNICEF Brasil, Brasília 2007.
3. Organização Mundial da Saúde. *Health Status: Mortality, World Health Statistics 2006*. WHO, Geneva 2007. (também acessível em <http://www.who.int/healthinfo/statistics/indunder5mortality/en/>)
4. Jamison DT. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd ed. Oxford University Press and the World Bank, Washington DC, USA 2006.
5. UNICEF. *Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio*. (acessível em http://www.unicef.pt/docs/os_objectivos_de_desenvolvimento_do_milenio.pdf).
6. Torrado da Silva A. Situação da Criança no Mundo. *Saúde Infantil* 1990;12:185-7.
7. Carmona da Mota H. Panorama da Saúde da Criança Portuguesa. *Saúde Infantil* 1991;13: 85-7.
8. Carvalho MCA. Saúde da Criança Portuguesa em 1989 – alguns indicadores. *Saúde Infantil* 1989;11:157- 72.