

A Propósito de Estatísticas da Saúde em Idade Pediátrica

JOÃO M. VIDEIRA AMARAL

Health Statistics in Paediatrics

Para se poder avaliar o estado de saúde de um povo ou população têm sido estabelecidos indicadores cobrindo campos muito diferentes das relações homem-ambiente, o que mostra a complexidade dos numerosos factores intervenientes. Nesta perspectiva, são habitualmente considerados cinco grandes grupos: indicadores de recursos e actividades de saúde, indicadores sócio-económicos, indicadores de consumo de alimentos e nutrição, indicadores do nível de higiene do meio ambiente e indicadores do nível de saúde geral. Estes últimos, entrando em linha de conta com as expressões negativas da saúde como morte, incapacidade e doença, englobam a taxa de mortalidade geral, a taxa de mortalidade infantil, incluindo a sua componente neonatal, a esperança de vida ao nascimento e no primeiro aniversário, a proporção de óbitos de 1-4 anos em relação ao total de óbitos, a proporção de óbitos de 50 anos e mais em relação ao total de óbitos, as taxas de mortalidade específica por doenças infecciosas, cancro e doenças cardiovasculares, a taxa de mortalidade por acidentes, e as taxas de morbilidade ^(1, 2).

No mês de Novembro de 2001 foram recebidos, através da Direcção Geral da Saúde, os dados estatísticos sobre natalidade, mortalidade infantil e mortalidade perinatal, referentes a 5 anos, entre 1996 e 2000. Neste último ano a mortalidade infantil nacional apurada foi 5,4/1000, verificando-se descida constante desde 1996 (6,8/1000). Quanto à mortalidade perinatal (22 e mais semanas) foram apurados os seguintes números (1996: 9,9/1000; 2000: 8,1/1000) ⁽³⁾.

Considerando as taxas referentes à mortalidade infantil, Portugal tem-se aproximado da generalidade dos países da Europa, com taxas rondando 5/1000. No ano de 1998, as taxas mais baixas registaram-se na Suécia e Suíça (3,4/1000) e na Noruega (4,0/1000). Fora da Europa, também em 1998, as taxas de mortalidade infantil,

mais baixas foram no Japão 3,6/1000, e em Hong-Kong 3,2/1000; nos Estados Unidos: 7,2/1000 ⁽⁴⁾.

O panorama é muito diferente do verificado há cerca de 18 anos, numa fase em que as taxas de mortalidade infantil em Portugal eram praticamente o dobro das verificadas nalguns países da Europa ⁽⁵⁾.

Os nossos indicadores disponíveis, referentes a taxas de mortalidade, traduzem, de facto, progressos assinaláveis no panorama da saúde, há uns anos atrás impensáveis; tais progressos são frequentemente invocados pelos políticos como demonstração de trabalho feito constituindo até justificação para o desinvestimento, quer em recursos humanos e materiais, quer na formação ⁽⁶⁾. Mas, de acordo com os critérios de avaliação do nível de saúde atrás mencionados, as estatísticas de mortalidade em idade pediátrica, embora fundamentais, dão-nos uma visão parcelar do problema, não sendo totalmente representativas do panorama do país neste campo. O ideal seria conhecer igualmente, de modo sistemático e com regularidade, as estatísticas de morbilidade; ou seja, diminuindo os óbitos, quais os problemas de saúde dos sobreviventes em idade pediátrica?

Actualmente verifica-se a emergência de certa morbilidade implicando a necessidade de apoio assistencial dispendioso que também importa contabilizar; tal morbilidade diz respeito, nomeadamente, às sequelas da imaturidade extrema de recém-nascidos ex-inviáveis, à diabetes, às doenças neoplásicas e imuno-alérgicas, à SIDA, à tóxico-dependência, aos acidentes, aos problemas decorrentes da urbanização e da poluição do ambiente, aos problemas psicossociais relacionados com a violência e a tensão familiar, assim como a todas as formas de doença crónica no sentido mais lato ⁽⁷⁾.

Existem em Portugal importantes estudos sobre estatísticas de morbilidade – nem sempre divulgados com regularidade e de âmbito mais ou menos parcelar – inte-

grando, alguns, redes de notificação para a idade pediátrica ⁽⁸⁾.

A nível oficial, no âmbito de diversas instituições, onde é notório um grande esforço de modernização, são publicadas diversas estatísticas de morbilidade de que são exemplos os seguintes Registos: o Oncológico Nacional, o dos Médicos Sentinela, o dos casos de SIDA – Infecção VIH, o das Doenças de Declaração Obrigatória, o do chamado Programa ISAAC referente a casos de asma, o do rastreio neonatal de hipotiroidismo e fenilectonúria, o da Amostra Ecos referente a morbilidade inquirida em meio doméstico por via telefónica, o do Sistema de Acidentes Domésticos e de Lazer e o do chamado Grupo de Diagnósticos Homogéneos (GDH) de âmbito hospitalar. No entanto, estes estudos, embora de grande utilidade, nem sempre permitem extrapolações pela grande variabilidade da metodologia utilizada e por alguma insegurança dos registos feitos pelos profissionais de saúde e pelas próprias instituições. Nos casos do registo dos GDH, o qual é levado a cabo numa perspectiva de financiamento institucional em função da patologia registada, existe inclusivamente a possibilidade de algumas incorrecções justificadas na perspectiva do financiamento o que constitui perversão do sistema ⁽⁹⁻¹²⁾.

No âmbito da Sociedade Portuguesa de Pediatria foram dados passos muito positivos. Refiro-me especificamente: ao Registo do Recém-Nascido de Muito Baixo Peso, sob os auspícios da respectiva Secção de Neonatologia com a colaboração de todas as unidades neonatais do país e um bom exemplo para países com mais recursos que o nosso; e à Unidade de Vigilância Pediátrica (UVP) baseada no modelo de vigilância activa já experimentado na Grã-Bretanha e que tem como objectivo promover o conhecimento de entidades clínicas pouco frequentes de modo a serem desenvolvidas acções de vigilância epidemiológica e investigação clínica, com repercussões práticas ⁽¹³⁾.

Admito que é irrealista proceder a uma notificação exhaustiva – que se pressupõe rigorosa – de toda e qual-

quer patologia indiscriminadamente. Há que estabelecer prioridades. No entanto, o êxito de todo e qualquer projecto para o apuramento de dados estatísticos confiáveis dependerá, não só de uma maior sensibilização dos profissionais de saúde para a importância da notificação correcta, mas também de um bom sistema de informação da saúde dotado de estruturas organizativas modernas para o indispensável e complexo apoio logístico. Entendo, no entanto, que tal sensibilização passa pela necessidade de viabilizar estratégias motivadoras que facilitem a tarefa dos notificadores e promovam, junto destes, a informação de retorno sobre os dados colhidos, o mais completamente possível e com perfeita regularidade.

Bibliografia

1. Ferreira FAG. Política de Saúde e Serviço Nacional de Saúde em Portugal. Lisboa: Editora Biblioteca Progresso Cultura, 1975.
2. Ferreira FAG. Moderna Saúde Pública. Lisboa: Editora Fundação Calouste Gulbenkian, 1978.
3. Direcção Geral da Saúde/Divisão de Estatística. Lisboa: Editora Direcção Geral da Saúde, 2001.
4. Hoyert DL, Freedman MA, Strobino DM, Guyer B: Annual Summary of Vital Statistics: 2000. *Pediatrics* 2001;108:1241-55.
5. Lucas J. Taxa de mortalidade infantil: dobro da dos países da CEE. *Notícias Médicas* 1985; 14: 4-11.
6. Cunha O. Editorial. *Boletim Informativo da Secção de Neonatologia da SPP* 1999; 4: 1.
7. Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, Nelson Textbook of Pediatrics. Philadelphia: WB Saunders Company, 2000.
8. Carvalho MCA. Saúde Infantil em Portugal – Evolução de alguns indicadores. Lisboa: Editora Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, 1987.
9. Cordeiro M. Comunicação pessoal. INSA. Lisboa, 2002.
10. Catarino J. Comunicação pessoal. DGS. Lisboa, 2002.
11. Falcão IM. Doenças e situações com notificação contínua pela Rede de Médicos Sentinela. *Tempo Medicina* (17 Dez. 2001).
12. Direcção Geral da Saúde. Relatório de Actividades dos Médicos Sentinela 1997/Vinte Passos em Frente – Volume 11. Lisboa: Edição da DGS, 1997.
13. Mota HC. Editorial. *Boletim da Unidade de Vigilância Pediátrica SPP* 2001; 1: 2.