



PERFIL DE SEGURANÇA INFANTIL DO PAÍS 2012



Portugal

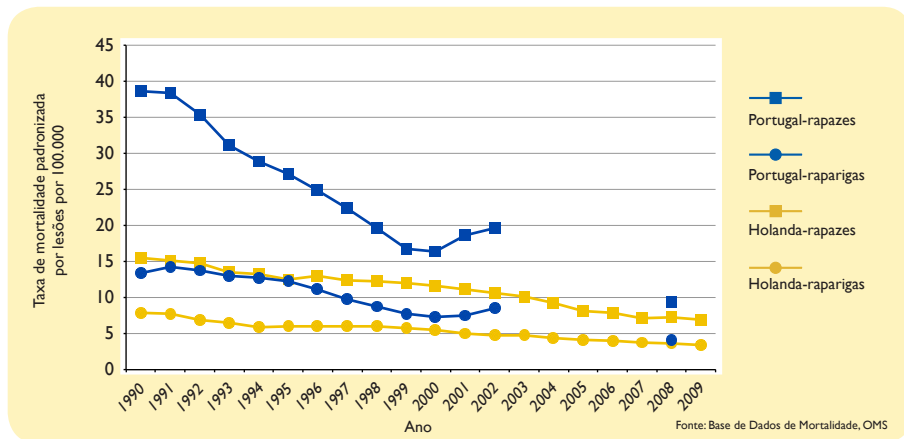
O Perfil de Segurança Infantil de Portugal 2012 realça o peso das lesões e traumatismos em crianças e adolescentes e analisa fatores sociodemográficos, constituindo o ponto de partida para a interpretação dos resultados do Relatório de Avaliação de Segurança Infantil de Portugal 2012. É também a base para o estabelecimento de metas para a redução das mortes e das incapacidades resultantes de lesões em crianças e adolescentes, bem como para a avaliação do progresso da segurança infantil em Portugal.

Os traumatismos e as lesões são a principal causa de morte das crianças e dos adolescentes entre os 0 e os 19 anos, em Portugal. Quando comparado com os 31 países que participaram nos Relatórios de Avaliação da Segurança Infantil 2012, Portugal ocupa o 7º lugar quanto às taxas de mortalidade por traumatismos e lesões nos rapazes e o 8º lugar para as raparigas, tendo em conta o ano mais recente para o qual há dados disponíveis.

Em 2009, as mortes de crianças e adolescentes resultantes de traumatismos e lesões em Portugal representaram 10.353 anos de vida potencial perdida (AVPP), sendo 8.928 AVPP relacionados com traumatismos não intencionais – anos esses em que as crianças e os adolescentes não puderam crescer, aprender e eventualmente contribuir para a sociedade.

As taxas de mortalidade devido a traumatismos e lesões em crianças e adolescentes diminuíram em Portugal de forma consistente entre 1990 e 2000, altura em que aumentaram, até descerem novamente. Em 2008, as taxas para rapazes e raparigas eram cerca de 1,3 e 1,1 vezes, respetivamente, maiores que as taxas da Holanda, um dos países mais seguros da Europa (Figura A). Os traumatismos e lesões foram responsáveis por mais de 19% do total de mortes de crianças e de adolescentes, em Portugal, com as lesões não intencionais responsáveis por 1 em cada 5 mortes nos rapazes e 1 em cada 9 mortes nas raparigas, nesta faixa etária (Quadro 1).

Figura A – Taxa de mortalidade padronizada por lesões em crianças e adolescentes em Portugal e na Holanda, (Evolução das médias de 3 anos, crianças e adolescentes dos 0 aos 19 anos)



Quadro 1 – Valores relativos à mortalidade por lesões em crianças e adolescentes

	Portugal (2009)			EU-27		
	Rapaz	Rapariga	Total	Rapaz	Rapariga	Total
Taxa de mortalidade por lesões não intencionais, padronizada por idade, dos 0 aos 19 anos/100.000	8.42	3.18	5.86	10.20	4.59	7.46
Contribuição das lesões não intencionais no total da mortalidade das crianças e adolescentes (%)	20.21	11.07	16.62	21.28	13.55	18.24
Taxa de mortalidade por lesões intencionais, padronizada por idade, dos 0 aos 19 anos/100.000	1.53	0.35	0.95	3.08	1.09	2.11
Contribuição das lesões intencionais no total da mortalidade das crianças e adolescentes (%)	3.79	1.30	2.81	7.10	3.51	5.71

Fonte: Base de Dados de Mortalidade, OMS

Uma análise mais detalhada indica que as taxas de mortalidade por lesões não intencionais mais elevadas verificam-se nos rapazes, dos 15 aos 19 anos, seguidos dos rapazes do 1 aos 4 anos e com menos de 1 ano. As taxas de mortalidade por lesões intencionais mais altas verificam-se nos rapazes dos 15 aos 19 anos, seguidos dos rapazes com menos de 1 ano e das raparigas dos 15 aos 19 anos (Quadro 2).

A análise das causas de morte específicas indica que a asfixia / estrangulamento nas raparigas com menos de 1 ano tem a maior incidência. No entanto, há outros acidentes que contribuem significativamente para as mortes por lesões (Quadro 3). São de salientar as taxas de mortalidade por suicídio nos rapazes e raparigas dos 15 aos 19 anos e os afogamentos nos rapazes do 1 aos 19 anos.

No entanto, as mortes são apenas a “ponta do iceberg” e existem muitas mais crianças que são hospitalizadas ou observadas em ambulatório na sequência de um traumatismo ou lesão. Por exemplo, os dados sobre internamentos devido a queimaduras e intoxicações (Quadros 4 e 5) realçam a necessidade de prevenção deste tipo de acidentes na primeira infância, mas também ilustram que as intoxicações são uma questão a ter em conta em todas as idades.

Quadro 2 – Taxa de mortalidade padronizada por lesões e traumatismos por idade e género/100.000

	Anos	Portugal (2009)		EU-27	
		Rapaz	Rapariga	Rapaz	Rapariga
Mortes por lesões não intencionais	<1	5.75	4.04	11.03	8.42
	1-4	8.29	3.41	5.48	5.05
	5-9	3.50	1.11	3.79	2.28
	10-14	3.27	3.03	5.84	3.08
	15-19	19.23	5.00	25.07	7.13
Mortes por lesões intencionais	<1	1.92	0.00	1.30	1.42
	1-4	0.00	0.00	0.71	0.33
	5-9	0.00	0.00	0.17	0.20
	10-14	1.09	0.00	0.89	0.59
	15-19	4.81	1.43	10.75	3.11

Base de Dados de Mortalidade, OMS

Quadro 3 – Taxa de mortalidade devido a lesões em crianças e adolescentes dos 0-19 anos, por causa específica (média de 3 anos, padronizada por idade, 2007-2009)

	Taxas de mortalidade por lesões /100.000									
	Rapazes					Raparigas				
	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	<1	1-4	5-9	10-14	15-19
Peões	0.00	0.30	0.94	0.73	0.45	0.00	1.44	0.25	1.14	0.47
Passageiros / Condutores de veículos motorizados	0.00	0.15	0.00	0.12	0.34	0.00	0.00	0.00	0.13	0.00
Condutores de Motociclos	0.00	0.00	0.00	0.12	0.34	0.00	0.00	0.00	0.13	0.00
Ciclistas (rodoviários e não-rodoviários)	0.00	0.00	0.00	0.24	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Afogamentos	0.00	1.81	1.06	0.36	1.36	0.00	0.32	0.25	0.13	0.24
Quedas	0.00	0.45	0.12	0.12	0.90	0.00	0.16	0.00	0.13	0.12
Incêndios, queimaduras e escaldões	0.64	0.46	0.00	0.00	0.11	0.66	0.16	0.12	0.00	0.24
Intoxicações	0.00	0.15	0.00	0.00	0.11	0.00	0.16	0.00	0.00	0.00
Asfixia/Estrangulamento	1.88	0.90	0.12	0.00	0.11	3.33	0.16	0.00	0.00	0.00
Suicídio/Autoinfligidas	0.00	0.00	0.00	0.36	3.06	0.00	0.00	0.00	0.25	1.29
Homicídios	0.64	0.00	0.12	0.60	1.13	0.00	0.00	0.12	0.38	0.12

Fonte: Base de Dados de Mortalidade, OMS

Quadro 4 – Taxa de internamento por lesões, em crianças e adolescentes, 0-19 anos, por causa específica, ajustada para representar uma cobertura de 100%, 2008 (código CID para lesões e intoxicações)

	Taxa de internamento por lesões /100,000									
	Rapazes					Raparigas				
	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	<1	1-4	5-9	10-14	15-19
Fraturas de ossos longos	23.21	119.87	253.80	280.25	201.54	27.23	71.25	119.38	77.38	27.39
Queimaduras e corrosões	58.79	96.42	20.29	13.11	14.38	50.13	73.13	12.93	7.19	10.76
Intoxicações	7.22	37.73	8.01	8.13	13.94	6.01	35.24	7.44	37.43	60.24
Efeitos tóxicos do álcool	0.00	0.57	0.00	2.02	0.58	1.70	0.20	0.16	0.82	0.60

Fonte: Base de Dados Europeia de Morbilidade Hospitalar, OMS

Quadro 5 – Taxa de internamento por intoxicações e queimaduras não-intencionais em crianças e adolescentes, 0-19 anos, 2008 (código CID para causas externas)

	Taxa de internamento por lesão /100,000									
	Rapazes					Raparigas				
	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	<1	1-4	5-9	10-14	15-19
Queimaduras	4.04	8.08	5.07	4.54	5.52	4.28	5.92	2.10	2.12	2.28
Intoxicações	8.79	57.60	10.35	7.18	3.48	9.39	44.23	12.64	9.62	7.10

Fonte: Base de Dados Europeia de Morbilidade Hospitalar, OMS

Os traumatismos e lesões afetam de forma desproporcionada as crianças e os adolescentes mais vulneráveis e, em muitas circunstâncias, a saúde do indivíduo está relacionada com a sua condição socioeconómica e com a riqueza do País.*

Há um maior número de crianças e adolescentes a sofrer lesões nas famílias com rendimentos mais baixos, com uma escolaridade e literacia mais baixas, que vivem em espaços confinados e quando não existe um financiamento adequado para a saúde pública integrado no sistema de saúde. Além destes fatores, a perda continuada de crianças e adolescentes devido a lesões é uma questão demográfica e económica muito crítica.

É importante analisarmos e considerarmos estes fatores na interpretação da resposta de Portugal ao problema das lesões em crianças e adolescentes. O Quadro 6 fornece informação sobre alguns dados sociodemográficos com impacto nos traumatismos e lesões.

É também necessário ter em conta que a análise da influência das desigualdades socioeconómicas é complexa, uma vez que as desigualdades na incidência de lesões e traumatismos nas crianças e adolescentes parecem estar a aumentar, apesar de, no geral, a incidência das lesões estar a diminuir.**

Quadro 6 – Medidas sociodemográficas e determinantes das lesões

	Portugal	EU-27
População total (2011)	10,561,614	502,486,499
Densidade populacional média (população/km ² , 2011)	115	116.2
Percentagem de habitantes que vivem em áreas densamente povoadas(≥500 habitantes/Km ² , 2010)	43.8%	47%
Percentagem da população abaixo dos 14 anos de idade (2011)	15.1%	15.6%
Crescimento natural da população (nascimentos – mortes, EuroStat 2010)	-0.430	1.029
Taxa de iliteracia nos adultos (15 anos e superior, 2009)	5.1%	1.3%
Produto Interno Bruto (PIB) per capita (index EU-27=100, 2010)	80	100
Percentagem do PIB gasta em despesas de saúde (estimativa OMS, 2008)	10.1	9.76%
Percentagem de pessoas em risco de pobreza ou exclusão social (EuroStat, 2010)	25.3%	23.5%
Percentagem de crianças e adolescentes até aos 17 anos a viver em agregados familiares onde há desemprego (EuroStat 2010)	7.0%	10.6%
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH, 2011)	0.809	N/A
Posição no Ranking global IDH (2011)	41	—
Índice de GINI (2010)	33.7	30.5

N/A – Não Aplicável ou Indisponível

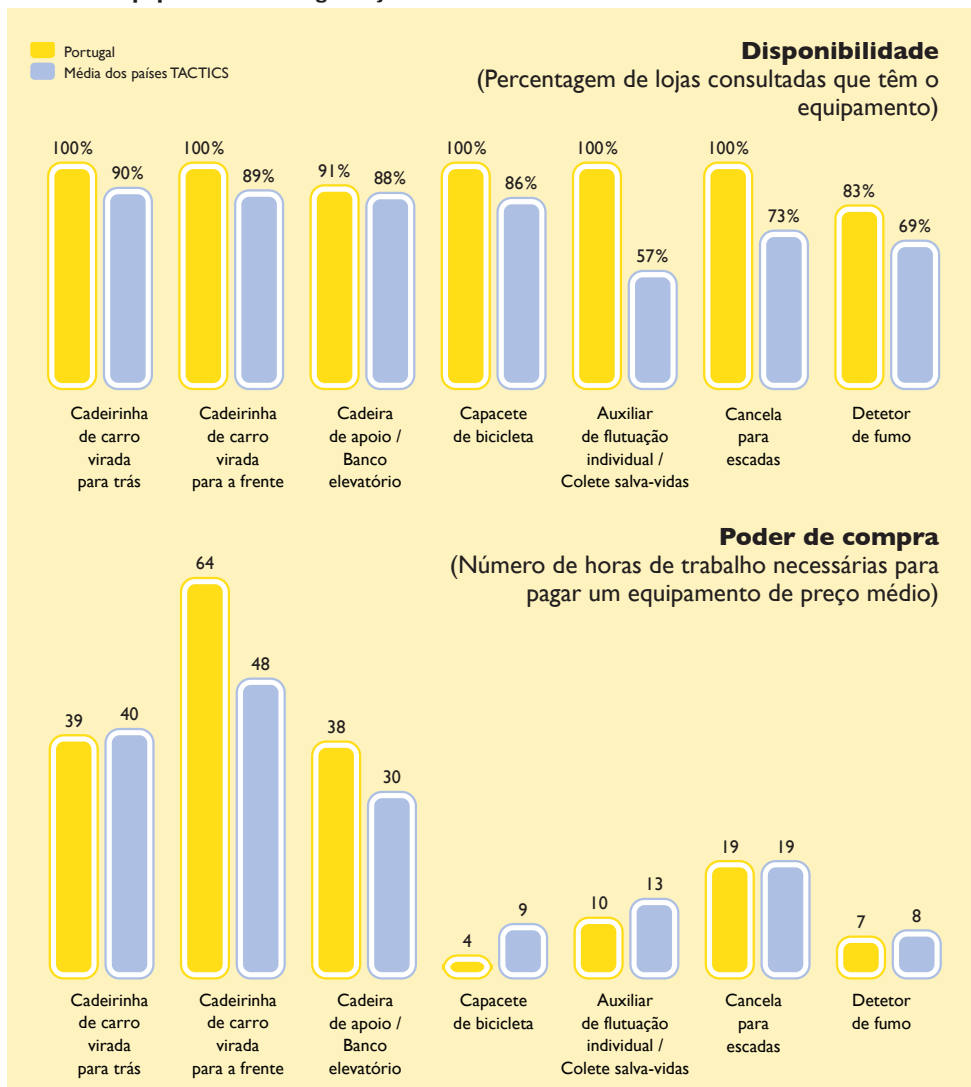
Source: WHO HFA database, EurStat, UNHDP

* UNICEF Innocenti Research Centre. A league table of child death by injury in rich nations. UNICEF; 2001. Report Card No. 2. Florence.

** Laflamme L, Burrows S, Hasselberg M. (2009) Socioeconomic Differences in Injury Risks: A review of findings and a discussion of potential countermeasures. Karolinska Institute / WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark; Reimers AM, deLeon AP, Laflamme L. (2008) The area-based social patterning of injuries among 10 to 19 year olds. Changes over time in the Stockholm County. BMC Public Health Apr 23; 8:131.

A figura B compara o poder de compra dos portugueses e a disponibilidade de equipamentos de segurança cuja utilização é recomendada para reduzir o risco de lesões em crianças e adolescentes. Os resultados sugerem que Portugal precisa de trabalhar para garantir que cada criança que nasce tem um ambiente seguro para viver, aprender, crescer e brincar, de forma a tornar-se um adulto que possa contribuir ativamente para a sociedade. Para tal, é necessário que as desigualdades existentes, incluindo a disponibilidade no mercado e o custo dos equipamentos de segurança recomendados, sejam tidas em conta nas políticas e nos programas de prevenção dos traumatismos e lesões.

Figura B – Disponibilidade e poder de compra dos portugueses relativamente a equipamentos de segurança selecionados



DEFINIÇÕES E TERMOS

Taxa de risco de pobreza

– a proporção da população cujo rendimento equivalente, após transferências sociais, se encontra abaixo da linha de pobreza. Este limiar do rendimento foi convencionado pela Comissão Europeia como sendo o correspondente a 60% da mediana do rendimento por adulto equivalente de cada país. (INE)

Crianças e adolescentes entre os 0 e os 17 anos em lares onde há desemprego

– a percentagem de crianças e adolescentes entre os 0 e os 17 anos que vivem em casas onde ninguém trabalha. Tanto os dados dos numeradores como dos denominadores provêm do Inquérito à Mão-de-obra da União Europeia. (Eurostat)

Índice GINI

– índice quantitativo que mede a desigualdade entre a totalidade da distribuição do rendimento ou do consumo; o coeficiente GINI é expresso como percentagem. Um valor 0 representa a igualdade absoluta e um valor de 100 a desigualdade absoluta. Assim, quanto mais alto for esse coeficiente, maior será a desigualdade da distribuição de rendimentos. (Eurostat)

Produto Interno Bruto (PIB)

– medida da atividade económica; o valor de todos os bens e serviços produzidos menos o valor de quaisquer bens ou serviços utilizados na sua criação. O Índice do PIB per capita nos Padrões de Poder de Compra (PPC) são expressos em relação à média da União Europeia (EU-27) estabelecido em 100. Se o índice de um país é maior que 100, o nível do PIB per capita desse país é mais alto que a média da União Europeia e vice-versa. (Eurostat)

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

– medida sumária do desenvolvimento humano. Mede o desempenho médio de um país com base em três vertentes do desenvolvimento humano: 1) uma vida longa e saudável, calculada pela esperança de vida à nascença; 2) o conhecimento, calculado pela taxa de alfabetização dos adultos (com um peso de dois terços) e o rácio bruto do conjunto das matrículas no ensino básico, secundário e superior (com um peso de um terço) e 3) um bom nível de vida, calculado pelo PIB per capita em termos de Paridade do Poder de Compra em dólares americanos (Projeto para o Desenvolvimento Humano das Nações Unidas)

Crescimento natural da população

– diferença entre o número de nascimentos vivos e o número de mortes durante o ano. Um número negativo indica que o número de mortes ultrapassa o número de nascimentos (Eurostat)

Anos de vida potencial perdida

– um indicador de mortalidade prematura representando o número total de anos NÃO vividos por um indivíduo que morra antes da idade de esperança de vida à nascença. Para este perfil, utilizaram-se as idades de 78 anos para os homens e de 83 anos para as mulheres.

Mais informações em:

www.childsafetyeurope.org

As opiniões e pontos de vista expressos são dos autores e não refletem necessariamente os pontos de vista das organizações suas parceiras.

Métodos para a elaboração do Perfil de Segurança Infantil

- O Perfil de Segurança Infantil foi elaborado no âmbito do projeto Tools to Address Childhood Trauma, Injury and Children's Safety (TACTIS), com o objetivo de fornecer um ponto de partida para a interpretação dos resultados do Relatório de Avaliação de Segurança Infantil 2012 e traçar metas e avaliar os progressos na redução das mortes e incapacidades devido a lesões e traumatismos nas crianças e adolescentes. Este Perfil realça o peso das lesões nas crianças e nos adolescentes, usando os dados relativos à mortalidade e, sempre que disponíveis, à morbilidade, e analisa os determinantes sociodemográficos das lesões e traumatismos em crianças e adolescentes, que podem influenciar tanto o peso das lesões e traumatismos como os esforços para a sua prevenção.
- Os dados de mortalidade devido a lesões e os fatores sociodemográficos foram recolhidos a partir de bases de dados geridas por várias organizações, incluindo a OMS, o Eurostat e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, no início de 2012. A única exceção refere-se ao País de Gales e à Inglaterra, cujos dados foram obtidos através da Saúde Pública do País de Gales e do Instituto Nacional de Estatística, respetivamente. Os indicadores de mortalidade e morbilidade foram compilados e/ou calculados pelo Collaboration for Accident Prevention and Injury Control (CAPIC), na Universidade de Swansea, no País de Gales. Os dados apresentados referem-se aos últimos anos disponíveis nas bases de dados consultadas, na altura da sua recolha. Os dados de mortalidade referem-se à faixa etária dos 0 aos 19 anos, uma vez que não estavam disponíveis dados dos 0 aos 17. Todas as taxas são padronizadas por idade (europeu) e as taxas de morbilidade de países com cobertura de recolha de dados nos hospitais inferior a 100% foram ajustadas a 100%. Em complemento, foram usadas taxas ajustadas das médias de 3 anos para analisar as tendências da mortalidade e as causas de lesão externas (por exemplo, quedas e afogamentos) quando se previam taxas menos estáveis devido a números pequenos.
- Os dados referentes à disponibilidade e ao poder de compra relativamente a equipamentos de segurança foram recolhidos pelos países parceiros participantes em 2012 e os indicadores foram calculados pela Aliança Europeia de Segurança Infantil.

Co-financiamento e Parcerias:



norden

Nordic School of Public Health
NHV



Maastricht University



Swansea University
Prifysgol Abertawe



Ollscoil Chathair Bhaile Átha Cliath
Dublin City University



Os Perfis de Segurança Infantil nacionais foram elaborados no âmbito do projeto Tools to Address Childhood Trauma, Injury and Children's Safety (TACTICS), uma iniciativa em larga escala e plurianual que pretende oferecer melhor informação, ferramentas práticas e recursos que suportem a adoção e implementação de medidas de eficácia comprovada para a prevenção de lesões nas crianças e adolescentes na Europa. Esta iniciativa é liderada pela European Child Safety Alliance da EuroSafe, cofinanciada pela Comissão Europeia e desenvolvida em parceria com a Nordic School of Public Health, a Universidade de Maastricht, a Universidade de Swansea, a Universidade de Dublin, a Aliança Europeia de Saúde Pública e parceiros em mais de 30 países, incluindo a APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil, em Portugal.

Um dos objetivos deste projeto é rever e expandir os indicadores do projeto Child Safety Action Plan (CSAP), ferramentas de recolha standardizada de dados, para continuar a monitorizar e medir o progresso na redução das lesões de crianças e adolescentes, à medida que os países passam do planeamento para a implementação. Os Relatórios de Avaliação de Segurança Infantil e os Perfis de Segurança Infantil de cada país, bem como o Relatório de Avaliação Europeu sobre Segurança Infantil para 31 países são o resultado desta iniciativa.

Para mais informações sobre o projeto TACTICS, os Relatórios de Avaliação de Segurança Infantil 2012 dos outros países participantes e o Relatório de Avaliação Europeu, aceda ao sítio da European Child Safety: www.childsafetyeurope.org

ISBN: 978-1-909100-58-9 © Junho 2012



em parceria com:



European Commission

