

A morbilidade e a mortalidade infantil em Luanda: Um estudo de caso no Hospital Pediátrico de Luanda¹

José Garcia Lencastre²

Resumo: Desde o fim da guerra civil em Angola em Abril de 2002, tem-se observado que a morbilidade e a mortalidade infantil em Luanda tinham tendência a baixar. No entanto, os dados estatísticos do Hospital Pediátrico de Luanda David Bernardino, mostram que entre os anos de 2011 e 2012 as taxas de mortalidade tinham tendência a crescer e isso devido a determinadas patologias, a ineficiência do sistema geral de saúde pública e as condições socioeconómicas das famílias. O ressurgimento de epidemias como a cólera, a diarreia ou a febra amarela, têm afectado mais às crianças menores de 1 ano de idade, cujas taxas de morbilidade e mortalidade são consideradas as mais elevadas da Província.

Palavra-chave: Morbilidade e mortalidade infantil, hospital pediátrico, Luanda.

I. O problema

A cidade de Luanda, a capital da República de Angola, está localizada em região tropical considerada propícia e favorável ao desenvolvimento de elementos de patogenias específicas, que facilitam o surgimento de doenças infecciosas e parasitárias, tais como a malária (paludismo), febre tifóide, febra amarela, cólera, diarreia, etc.

Independentemente da evolução económica e do estado ineficiente do sistema de saúde pública do país, desde o ano de 2002 que se tem registado algum progresso na melhoria do atendimento médico, que atestam a queda das taxas de mortalidade infantil.

¹ Comunicação apresentada no dia 25 de Outubro de 2016, «Painel I: População», por ocasião do *VI Colóquio sobre Ciências Sociais: Os desafios da sociedade angolana no século XXI. População, dinâmicas sociais e fluxos migratórios*, que teve lugar em Luanda nos dias 25 e 26 de Outubro de 2016, no anfiteatro principal da Faculdade de Ciências Sociais (FCS) da Universidade Agostinho Neto (UAN).

² **Demógrafo.** É Professor Catedrático do Instituto Superior de Ciências da Educação (ISCED) de Luanda e Investigador no Centro de Estudos e Investigação em População (CEIP-UAN); é vice-presidente da Sociedade Angolana de Sociologia (SAS).

Portanto, tanto as taxas de morbidade quanto o de mortalidade servem como indicadores do estado de saúde da população. Esses indicadores mostram que Angola é um país que precisa de voltar a sua atenção para a população infantil que é sem dúvida a mais vulnerável.

As causas de morbidade e mortalidade infantil em Luanda tem a ver com causas exógenas, e, dentre estas, as principais são a malária, a nutrição extremamente deficiente e as doenças respiratórias agudas. A evolução e o impacto dessas doenças podem ser apreciadas na sua incidência sobre as taxas de morbidade e da mortalidade das crianças menores de 1 ano de idade, conforme atestam os dados estatísticos.

II. Objectivo de estudo

O objectivo fundamental deste trabalho é analisar as causas determinantes da morbidade e da mortalidade infantil em Luanda e determinar as suas consequências.

2.1. Objectivos específicos

- a) Identificar as principais doenças que afectam as crianças em Luanda;
- b) Identificar as causas de mortalidade infantil em Luanda durante o período de 2011 e 2012.

III. Hipóteses de trabalho

H1. A malária, as doenças diarreicas e a má nutrição são algumas das causas de morbidade e mortalidade das crianças em Luanda;

H2. O baixa nível de instrução das mães e a pobreza parecem ser as causas fundamentais de morbidade e mortalidade das crianças em Luanda.

Metodologia

Pretende-se analisar e interpretar os dados estatísticos sobre a morbidade e mortalidade recolhido na Hospital Pediátrico de Luanda David Bernardino no período de 2011 a 2012.

IV. Contexto de estudo

Pode-se dizer que Luanda é uma das 18 províncias de Angola cuja população cresceu muito rapidamente durante estas duas décadas e

que isso não se deve à sua fecundidade. A causa desse crescimento é a sua migração interna que, por motivos económicos, para aqui atrai inúmeras pessoas oriundas do interior do país. De notar que a população de Luanda passou de 1.544.400 habitantes em 1990³ para 6.945.386⁴ em 2014. A taxa média anual de crescimento de Angola está estimada em 2.7%. No entanto, de acordo com a fórmula estatística que se segue

$$1544400 = 6.945.386 \times (1+r)^{24} \quad n = \log^2 / \log(1+0.27) = 1.027;$$

$$n = 0.301029995 / 0.0111570443 = 26.02;$$

$$(1990+26.02 = 2016)$$

A população de Luanda, em 1990 era de 1544400 e em 2014, foi de 6945386 habitantes. Deste modo, constatamos que, hipoteticamente, a população da província de Luanda quatuplicou em 2016.

Observamos, assim, que a população de Luanda cresce rapidamente que a população de Angola, conforme mostra a taxa de crescimento médio anual:

$$r = \sqrt[24]{\frac{6945386}{1544400}} - 1 = \sqrt[24]{4.497141932} - 1$$

$$r = 1.064647139 - 1 = 0.064647139 \times 100 = 6.5$$

A população de Luanda cresce de 6.5% ao ano. No entanto, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), a taxa de crescimento anual de Angola é de 3%.

*** **

Para se perceber alguns dos problemas dos números apontados, convém ter em conta a natureza do crescimento da cidade de Luanda que, em nosso entender se apresenta de forma dicotómica, já que, por um lado, a cidade colonial, na sua parte mais antiga, se desenvolve de forma harmoniosa e isso de acordo com as normas da sua arquitectónica e urbanística; por outro lado, a sua periferia — cujo crescimento não obedece aos critérios rígidos de urbanização e onde não se observa uma harmonia semelhante a do dispositivo anterior — cresce sem normas orientadoras e por isso de forma desorganizada.

³ Instituto Nacional de Estatística (INE), «Estimativas e taxas de crescimento» (*Boletim Demográfico* n.ºs 4, 9 e 10) e de Divisão da População de ONU (1990).

⁴ INE, *Resultados definitivos do Censo de 2014* (2016), p. 89.

Observa-se, assim, que a população de periferia cresce muito rapidamente, contribuindo cada vez mais para a expansão cada vez mais para fora da cidade. No entanto, nesse crescimento desordenado, não existem infraestruturas urbanas que acompanhem esse ritmo de crescimento, observando-se por isso a falta de esgotos, de saneamento básico, de água canalizada, electricidade, etc. A inexistência de infraestruturas apropriadas que permitam a estruturação da vida harmoniosa das populações, constituem as fontes básicas de morbidade e mortalidade (ver Tabelas 1 e 2), que a cidade regista diariamente.

Tabela n.º 1. Morbidade 2011

Tipo de Patologia (Doenças)	Grupo Etário			Total	%
	Menores de 1	1 - 4	5 - 9		
Disenteria	157	149	46	352	3.27
Diarreia aguda	321	323	50	694	6.45
Febre tifóide	0	2	5	7	0.06
Malária (paludismo)	844	1939	1109	3892	36.16
Má nutrição aguda	269	549	133	951	8.84
Meningite	28	30	16	74	0.69
Doenças respiratórias agudas	1080	1833	756	3669	34.09
Raiva	0	7	11	18	0.17
Sarampo	58	258	74	390	3.62
HIV (Sida)	61	172	107	340	3.16
Tétano	6	19	25	50	0.46
Tuberculose	93	116	116	325	3.02
Total	2917	5397	2448	10762	100
Percentagem (%)	27.10	50.15	22.75		

Fonte: Hospital Pediátrico de Luanda David Bernardino (2011)

Tabela n.º 2. Mortalidade 2011

Tipo de Patologia (Doenças)	Grupo Etário			Total	%
	Menores de 1	1 - 4	5 - 9		
Disenteria	0	0	0	0	0
Diarreia aguda	0	3	1	4	0.63
Febre tifóide	0	0	0	0	0
Malaria (paludismo)	39	77	0	116	18.29
Má nutrição aguda	59	117	36	212	33.44
Meningite	8	21	21	50	7.89
Doenças respiratórias agudas	35	81	9	125	19.72
Raiva	0	6	20	26	4.10
Sarampo	13	53	6	72	11.36
HIV (Sida)	4	10	1	15	2.37
Tétano	2	0	0	2	0.31
Tuberculose	3	6	3	12	1.9
Total	163	374	97	634	100
Percentagem (%)	27.71	58.99	15.29		

Fonte: Hospital Pediátrico de Luanda David Bernardino (2011)

V. Análise e interpretação

De acordo com o Institut National d'Étude Démographique de Paris (INED -França), a mortalidade infantil no mundo no ano de 2012 foi de cinco milhões de crianças. Assim, tal como os dados estatísticos mostram, a mortalidade infantil no mundo baixou consideravelmente. No entanto, tal como também se pode observar na Tabela n.º 3, nos países em vias de desenvolvimento (e nós acrescentamos, especialmente na África subsahariana), essa mortalidade permanece alta.

Tabela n.º 3. Mortalidade infantil por continente em 2012

Região	Óbitos de crianças menores de 1 ano	N.º de crianças que morre antes de completar 1 ano em cada 1000 nado vivos
Asia	2.32	31
África	2.22	59
Europa	0.04	6

América Latina e Caraíbas	0.17	16
América do Norte	0.03	6
Oceânia	0.01	20
Mundo	4.80	35

Fonte: IGME, Nações Unidas (2013)

No entanto, graças às melhorias introduzidas nas consultas pré-natal e na luta contra as doenças infecciosas, pode observar-se que em todo o mundo a mortalidade infantil recuou consideravelmente.

Segundo estimativas, em cada ano que passa morrem 287.000 mulheres e isso devido a complicações na gravidez e parto. Ademais, os dados estatísticos mostram também que há 2.6 milhões de crianças nado-mortas e, anualmente, 2.9 milhões de crianças que morrem durante os primeiros meses após o nascimento.

5.1. Principais causas de mortalidade infantil em Luanda

Graças à melhoria das condições de gravidez, de parto e ao progresso na luta contra as doenças infecciosas, parece-nos que a mortalidade infantil em Luanda tem tendência a diminuir. A primeira vista, o combate empreendido contra essas doenças não nos parece difícil e apresenta-se menos dispendiosas em virtude das técnicas simples a que geralmente se recorre: a utilização de vacinas, o tratamento com antibióticos e com soros antidiarreicos.

De acordo com os dados aí compulsados (ver Tabelas 4 e 5), observa-se que no Hospital Pediátrico de Luanda David Bernardino, as principais causas da mortalidade infantil se reportam ao seguinte:

- Má nutrição, com 33.4% de casos de morte;
- Doenças respiratórias, com 19.7% de casos de morte;
- Malária, com 18.3% de casos de morte.

De acordo com a Tabela n.º 4, a faixa etária que registou mais mortes é a de 1-4 anos de idade, com 58.9% casos de óbitos.

Tabela n.º 4. Morbilidade em 2012

Tipo de Patologia (Doenças)	Grupo Etário			Total	%
	Menores de 1	1 - 4	5 - 9		
Disenteria	4	9	2	15	0.11
Diarreia aguda	405	560	40	1005	7.34
Febre tifóide	1	40	54	95	0.69
Malaria (Paludismo)	550	1928	1404	3882	28.37
Má nutrição aguda	210	585	32	827	6.04
Meningite	23	15	14	52	0.38
Doenças respiratórias agudas	2074	3782	1095	6951	5.08
Raiva	0	4	8	12	0.09
Sarampo	17	9	3	29	0.21
HIV (Sida)	43	270	205	518	3.79
Tétano	3	12	22	37	0.27
Tuberculose	13	160	87	260	1.90
Total	3343	7374	2966	13683	100
Percentagem (%)	24.43	53.89	21.68		

Fonte: Hospital Pediátrico de Luanda David Bernardino (2012)

Tabela n.º 5. Mortalidade em 2012

Tipo de Patologia (Doenças)	Grupo Etário			Total	%
	Menores de 1	1 - 4	5 - 9		
Disenteria	0	0	0	0	0
Diarreia aguda	12	8	0	20	3.84
Febre tifóide	0	0	0	0	0
Malaria (Paludismo)	21	70	52	143	27.45
Malnutrição aguda	43	107	4	154	29.56
Meningite	12	12	6	30	5.76
Doenças respiratórias aguda	49	73	12	134	26.10
Raiva	0	4	7	11	2.11
Sarampo	1	1	0	2	0.38
HIV (Sida)	0	0	0	0	0

Tétano	1	5	9	15	2.88
Tuberculose	1	6	5	12	2.30
Total	140	286	95	521	100
Percentagem (%)	26.87	54.89	18.23		

Fonte: Hospital Pediátrico de Luanda David Bernardino (2012)

No ano de 2012, o Hospital Pediátrico de Luanda David Bernardino registou os seguintes casos de morte de menores de 1 ano de idade:

- Má nutrição, com 29.5% de casos de morte;
- Malária, com 27.4% de casos de morte;
- Doenças respiratórias agudas, com 26.1% de casos de morte.

A mortalidade por idade de ponto de vista demográfica, médica e sociais ajuda-nos de ter o conhecimento sobre os factores que afectam de maneira diferencial os grupos particulares.

As informações fornecidas pelas tabelas n.º2 e n.º5 permite de calcular as taxas específicas de mortalidade por idade (TEM).

$$\text{TEM}(1 - 4) = \frac{(\text{óbitos de crianças de 1 a 4 anos de idade})}{1/2(P1+P2)} \times 1000$$

$$\text{TEM}(1 - 4) = 23.39\%$$

Essa taxa reflete apenas os casos de óbitos enregistrados nos anos de 2011 e 2012. E não devemos confundir as taxas com as percentagens de óbitos.

A faixa etária que registou mais mortes é a de 1-4 anos de idade, com 54.9% caso de óbitos.

A partir destes dados, podemos concluir que durante o ano de 2012 a mortalidade por idade era de 23.4%. Portanto, podemos dizer que em cada 1000 crianças de faixa etária de 1 a 4 anos hospitalizadas no Hospital Pediátrico de Luanda tinha a probabilidade de morrer de 23.4%. Porém, a má nutrição era a causa de maior que ceifou vidas humanas.

Referências bibliográficas

INE (2016), *Resultados definitivos do Censo de 2014*. Luanda, INE — Instituto Nacional de Estatística.

- INE (1990), «Estimativas e taxas de crescimento». Luanda, INE — Instituto Nacional de Estatística, *Boletim Demográfico*, n.ºs 4, 9 e 10 e de Divisão da População de ONU.
- MESLE F. (2006), «Progrès récents de l'espérance de vie en France: Les hommes comblent une partie de leur retard», *Population-F*, vol. 61, n.º 4, INED, pp. 437-462.
- MESLE F. e VALLIN J. (2004), «La transition sanitaires: Tendances et perspectives», in G. Caselli, J. Vallin, G. Wunsch (dir.), *Démographie: analyse et synthèse, Tome III. Les déterminants de la mortalité*. Paris, INED — Institut National d'Études Démographiques, pp. 439-461.
- PISON G. (2010), «Le recul de la mortalité des enfants dans le monde: De grandes inégalités entre pays», *Population et Sociétés*, n.º 463, Janvier, INED, 4p. (Disponível no sítio internet do INED).
- PRESSAT R. (1985), *Manuel d'analyse de la mortalité*. Paris, Éditions de l'Institut National d'Études Démographiques (INED).
- PRIOUX F. (s.d.), *L'analyse de la morbidité et de l'état de santé: problèmes de mesure*. Paris, INED.
- RALLU J.-L. (2010), «La démographie de l'Océanie des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique», *Population-F*, vol. 65, n.º 1, pp. 7-116 [Partie sur la fécondité, pp. 34-11].
- ROBERT-BOBEE I. e CADOT O. (2007), «Mortalité aux grands âges: encore des écarts selon le diplôme et la catégorie sociale», *Insee Première*, n.º 1122, Février, INSEE, 4p. (Disponível no sítio internet de l'INSEE).
- SCHOUMAKER B., TABUTIN D. et WILLEMS M. (2004), «Dynamiques et diversités démographiques dans le monde (1950-2000)», in G. Caselli, J. VALLIN, G. Wunsch (dir.), *Démographie: analyse et synthèse, Tome V., Histoire du peuplement et prévisions*, INED, pp. 213-247.
- TABUTIN D. e SCHOUMAKER B. (2004), «La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique», *Population*, vol. 59, n.ºs 3-4, pp. 521-622 [Partie sur la fécondité, pp. 538-550]
- VALLIN J. (2004), «De la mondialisation de la transition au retour des incertitudes (1940-2000)», in G. Caselli, J. Vallin, G. Wunsch

(dir.), *Démographie: Analyse et synthèse, Tome V., Histoire du peuplement et prévisions*. Paris, INED, pp. 117-170.

José Garcia Lencastre

É Doutorado em Demografia em, pela Universidade de Paris X Nanterre, França.