

PÁGINA DO ESTUDANTE

MORTALIDADE INFANTIL TARDIA EM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

Kátia Poles*

Cristina Maria Garcia de Lima Parada**

1. INTRODUÇÃO

O coeficiente de mortalidade infantil é um indicador que, além de informar sobre os níveis de saúde de uma população, sintetiza as condições de bem-estar social, político e ético de uma dada sociedade. Ele representa a probabilidade de sobrevivência no primeiro ano de vida e, por isto mesmo, reflete não só as condições concretas de moradia, salário, alimentação e atenção à saúde mas, também, e talvez principalmente, o compromisso de uma sociedade com a reprodução social (FERREIRA et al., 1988 e LEAL & SZWARCOWALD, 1996).

A mortalidade infantil é dividida em dois componentes: mortalidade neonatal ou infantil precoce - que compreende os casos de crianças falecidas durante os primeiros 28 dias de vida - e mortalidade pós-neonatal ou infantil tardia - que corresponde aos óbitos ocorridos entre o 29º dia de vida e um ano de idade (LAURENTI et al., 1987).

Os óbitos neonatais são, na quase totalidade, devidos às causas endógenas, ou seja, às chamadas causas perinatais e às anomalias congênitas. São, portanto, predominantemente ligados a problemas da gestação, do parto e fatores maternos. Quanto a mortalidade infantil tardia, depende, fundamentalmente, das chamadas causas exógenas, ligadas a fatores ambientais, tais como doenças infecciosas e desnutrição (FERREIRA et al., 1988).

Assim, o desenvolvimento de ações de educação para saúde, melhoria das condições de saneamento básico e implementação de ações preventivas são importantes para se reduzir a mortalidade infantil. Outros fatores sabidamente interferem neste índice: o

nível educacional dos pais, principalmente da mãe, (MONTEIRO & NAZÁRIO, 1995 e TELAROLLI JR., 1997), a paridade, o intervalo interpartal e a renda familiar (JAMES, 1989 e PAIM & COSTA, 1993).

Como lembram NAKAMURA et al. (1991), subestimar a mortalidade infantil pode ter efeitos danosos, com cortes de financiamento dos programas de saúde materno-infantil. Por outro lado, o exame das causas de óbito tem sido importante no planejamento de estratégias visando reduzir a mortalidade infantil. O conhecimento de dados locais de mortalidade são, também, necessários para conscientizar a população e dar apoio a programas de intervenção.

Neste sentido, o conhecimento dos dados de mortalidade pós neonatal em Botucatu poderá subsidiar os serviços de saúde do município no planejamento de suas atividades relativas às crianças menores de 1 ano. Partindo dessas afirmações é que nos propusemos a realizar este estudo, cujo **objetivo** foi descrever os casos de óbitos de crianças entre 29 dias e 1 ano de vida ocorridos em Botucatu - SP no ano de 1998.

2. MATERIAL E MÉTODO

2.1. Local de realização do estudo

O local onde se desenvolveu o presente trabalho é o município de Botucatu-SP. Este localiza-se na região centro-sul do estado de São Paulo e abrange, além da sede, 4 distritos. Dista, aproximadamente, 230 km da capital, ocupa uma área de 1522km² e possui uma população de 105.230 habitantes estimada para o ano de 1998.

* Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, bolsista de Iniciação Científica do CNPq

** Professor Assistente Doutor do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, coordenador de Projeto Integrado de Pesquisa - CNPq

2.2. Coleta de Dados

Foram estudados todos os óbitos pós-neonatais ocorridos no município de Botucatu-SP no ano de 1998. Utilizamos como fonte de dados as informações contidas no atestado de óbito, declaração de nascidos vivos, informações dos prontuários da criança e sua mãe. Além disso, realizamos entrevistas domiciliárias com as mães das crianças ou, na ausência destas, parentes próximos que, na época do óbito, residiam com a criança e, para tal, foi solicitado o consentimento dos entrevistados, garantindo-se o sigilo acerca das informações obtidas. Os dados foram colhidos nos meses de outubro e novembro de 1999 e este trabalho foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ocorreram 7 óbitos pós neonatais em Botucatu no ano de 1998. Assim, o coeficiente de mortalidade infantil do município de Botucatu em 1998 foi 12 por mil nascidos vivos e o coeficiente de mortalidade pós-neonatal foi de 3,7 óbitos por mil nascidos vivos. Assim, houve maior participação do componente neonatal. Estes dados estão de acordo com as afirmações de LAURENTI et al. (1987): quando o coeficiente de mortalidade infantil é baixo, ou seja, inferior a 20 por mil nascidos vivos, ele é quase totalmente representado pela mortalidade neonatal e, ao contrário, quando ele é alto, prevalece a mortalidade pós neonatal.

A seguir, apresentaremos e discutiremos os resultados encontrados, abordando aspectos apontados pela literatura como relacionados com a mortalidade infantil tardia.

3.1. Caracterização das mães

A escolaridade das mães pode ser considerada baixa, pois a grande maioria não tinha concluído o primeiro grau. Entretanto, deve-se ponderar que este fato pode estar relacionado com a baixa idade das mães: entre 14 e 20 anos. Segundo MACHARELLI & OLIVEIRA (1991), a educação materna é fator importante para redução das taxas de mortalidade infantil, pois este achado traduz a posição social e capacidade de consumo de bens e serviços.

Considerando que a estabilidade conjugal pode traduzir maiores chances de seguridade social para a criança, é importante destacarmos que das 7 mulheres, 3 não tinham companheiro.

3.2. O perfil sócio-econômico familiar

Com relação a ocupação das mães, 3 delas exerciam atividade remunerada no momento do parto, sendo 1 empregada doméstica, 1 trabalhadora rural e a outra guarda-mirim. Enquanto trabalhavam, as crianças ficavam com o pai ou com a avó. A renda *per capita* familiar (RPCF) variou pouco: de 0,2 a 1,8 salários mínimos e, assim, 5 famílias foram considerados miseráveis, pois possuíam RPCF inferior a 0,6 salários mínimos e 2 famílias foram consideradas pobres, com renda entre 0,6 e 1,8 salários mínimos (FUNDAÇÃO SEADE, 1992).

Para MACHARELLI (1995) a importância da renda na determinação do processo saúde-doença é consenso entre os autores, pois a renda é um medidor através do qual os agentes de determinada classe social, conseguem consumir bens e serviços, como assistência médica, escola, alimentos, entre outros, essenciais para a manutenção da saúde.

O local de residência foi variado, sendo que 3 óbitos, um deles classificado como não evitável, ocorreram na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Vila Jardim, a qual tem características semelhantes a outras Unidades, atendendo a moradores da periferia do município, incluindo Conjuntos Habitacionais. A investigação acerca das condições de moradia evidenciou que 2 famílias moravam em casa própria. O número de cômodos das casas variou de 2 a 9 e o número de moradores variou de 3 a 7, sendo que a maioria tinha mais de 5 moradores.

Quanto ao saneamento básico, em apenas 1 casa o abastecimento de água era através de poço, utilizava-se de fossa para destino dos dejetos e o lixo era incinerado. Ressaltamos que crianças com inadequação no abastecimento de água apresentam um risco de morrer 8,5 vezes maior que as outras e, conforme já salientamos, as doenças infecciosas têm estreita relação com o saneamento básico e/ou educação sanitária (MACHARELLI & OLIVEIRA, 1991).

3.3. História obstétrica pregressa das mães e assistência pré-natal

Com relação ao número de gestações, 3 mulheres eram múltiparas, sendo que o número máximo de gestações observado foi 3. Entre as mulheres que já tinham filhos, 1 tinha o intervalo de 3 anos entre o último parto e o óbito infantil tardio e para 2 mães o intervalo foi de 1 ano, o que, sabidamente, constitui fator de risco para a mortalidade infantil tardia.

Todas as mulheres foram assistidas durante o pré-natal, a maioria em serviço público de saúde. Quanto

a época de início, 3 mães iniciaram precocemente, até o terceiro mês de gestação. Com relação ao número de consultas pré-natais, 5 mães compareceram a pelo menos 6 consultas. Todas as mães fizeram os exames de sangue e urina preconizados na rotina do atendimento pré-natal e a maioria realizou ultrassom, sendo detectada anormalidade em 1 caso.

Investigamos a ocorrência de problemas de saúde durante a gravidez, e observamos que uma mãe apresentou e tratou infecção urinária e outras 2 foram internadas, ambas devido a trabalho de parto prematuro, sendo que em apenas um destes casos foi possível inibir o parto.

3.4. Assistência ao parto, condições de nascimento e evolução dos bebês

O parto foi freqüentemente realizado por médico plantonista: 5 casos. Quanto ao local, 5 ocorreram em hospital secundário e 2 em hospital terciário: um caso de parto prematuro e outro cujo bebê tinha múltiplas malformações. Em 3 casos os bebês foram assistidos por pediatra na sala de parto.

Com relação a idade gestacional ao nascimento, 6 bebês tinham entre 37 e 41 semanas ao nascer e, destes, 2 tinham baixo peso, pois pesavam entre 1500 e 2499g.; o outro bebê, com peso entre 1000 e 1500g e idade gestacional entre 28 e 36 semanas, deve ser classificado como muito baixo peso e moderadamente prematuro. Segundo GRANDI & SARAQUESTA (1997), os recém-nascidos de baixo peso têm 20 vezes mais chance de óbito no primeiro ano de vida.

A avaliação do índice de Apgar mostra-nos que apenas 1 bebê apresentava depressão grave no 1º minuto de vida, pois recebeu nota 4, com boa recuperação no 5º minuto, sendo a ele atribuída nota 8 e tal bebê apresentava anomalia congênita. As outras 6 crianças tiveram, no 1º minuto de vida, índice de Apgar igual ou superior a 8 e no 5º minuto, igual ou superior a 9, demonstrando boas condições ao nascer. Cabe ressaltarmos que o índice de Apgar no 1º minuto de vida em geral relaciona-se com o pH do cordão umbilical e traduz uma asfixia intraparto, sendo que a nota do 5º minuto tem relação com eventuais seqüelas neurológicas (SEGRE & MARINO, 1991).

O local mais freqüente de internação dos bebês após o parto foi o berçário normal ou o alojamento conjunto: 5 casos, o que é compreensível, devido as boas condições de nascimento das crianças; nos outros 2 casos foi necessária internação em UTI Neonatal, devido a anomalia congênita e prematuridade em criança com muito baixo peso e persistência do canal arterial.

A criança que possuía anomalia congênita

recebeu alta hospitalar com 19 dias de vida, tendo sofrido cirurgia para correção de meningocele no segundo dia de vida. Após a alta voltou a ser internada, sendo instalada derivação ventrículo-peritoneal para correção da hidrocefalia. A criança prematura permaneceu internada 1 mês e após este período recebeu alta hospitalar. Os outros 5 bebês tiveram alta com aproximadamente 48 horas de vida.

3.5. Atendimento pré-óbito e descrição do óbito

Optamos por descrever caso a caso, apontando a causa básica de morte, definida como doença (ou lesões) que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte e/ou circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal, bem como a classificação segundo os critérios de evitabilidade proposta por ORTIZ (1996).

Caso 1. Criança nascida de termo e em boas condições, embora apresentasse baixo peso. Foi levada à Unidade Básica de Saúde (UBS) pela mãe por apresentar febre, após ter recebido a vacina BCG. Foi orientada a observar a criança e retorno se não houvesse melhora. No dia seguinte, a mãe procurou o pronto-socorro, sendo mantida a conduta anterior. Dois dias após, a criança havia piorado e apresentava, além da febre, tosse. Voltou a UBS e foi encaminhada para o hospital terciário com diagnóstico de broncopneumonia, sendo internada na UTI pediátrica. O óbito ocorreu 1 dia após a internação. Causa básica de morte: Broncopneumonia. Classificação: reduzível por diagnóstico e tratamento precoces.

Caso 2. Criança nascida de termo e em boas condições. Foi admitida em hospital terciário com vários hematomas no corpo, traumatismo craniano e parada cardio-respiratória. Permaneceu 3 dias internada na UTI pediátrica e foi a óbito. Causa básica de morte: Síndrome da Criança Espancada. Classificação: parcialmente reduzível por diagnóstico e tratamento precoces.

Caso 3. Criança nascida de termo e em boas condições. Foi atendida 3 vezes em uma UBS devido a febre, tosse e irritação, sendo diagnosticado gripe e orientado os cuidados. Após 1 semana, foi levada ao pronto-socorro do hospital terciário, sendo diagnosticado pneumonia. Criança foi medicada e encaminhada para casa. Dois dias após, havia piorado e, voltando ao hospital, foi internada na UTI pediátrica, indo a óbito no mesmo dia. Causa básica de morte: Broncopneumonia. Classificação: reduzível por diagnóstico e tratamento precoces.

Caso 4. Criança nascida de termo, apresentou depressão neonatal. Era portadora de hidrocefalia, pé torto, rotação externa das pernas, implantação baixa de orelha e

meningomielocele. Foi internada no hospital terciário devido a refluxo gastro-esofágico e broncopneumonia. Permaneceu internada 9 dias na UTI pediátrica e o óbito foi devido a parada cardio-respiratória. Causa básica de morte: Hidrocefalia e Mielomeningocele. Classificação: não evitável.

Caso 5. Criança nascido de termo e em boas condições, embora apresentasse baixo peso. Apresentou diarreia, foi atendida no pronto-socorro do hospital terciário. Mãe foi orientada a fazer terapia de reidratação oral. Em casa, ofereceu alternadamente soro e leite de vaca. Criança passou a apresentar vômitos, com conseqüente piora. Uma semana após, o bebê voltou a ser atendido no mesmo hospital, sendo internado na UTI pediátrica com desequilíbrio hidroeletrólítico, falecendo 5 horas depois. Causa básica de morte: Desnutrição. Classificação: parcialmente reduzível por diagnóstico e tratamento precoces.

Caso 6. Criança nasceu moderadamente prematura e com muito baixo peso. Mãe adolescente, referiu estar dormindo com a criança e, rolando por cima desta, sufocou-a. Criança chegou ao hospital terciário morta. Causa básica de morte: Asfixia Mecânica por Sufocação. Classificação: parcialmente reduzível por diagnóstico

e tratamento precoces.

Caso 7. Criança nascida de termo e em boas condições. Era saudável antes do óbito, que ocorreu enquanto dormia. Causa básica de morte: Síndrome da Morte Súbita Infantil. Classificação: não evitável.

Dos 7 óbitos ocorridos, 5 podem ser classificados como reduzíveis ou parcialmente reduzíveis por diagnóstico e tratamento precoces e 2 podem ser classificados como óbitos não evitáveis. Assim, mais de dois terços dos óbitos poderiam ter sido total ou parcialmente evitados e, por tratar-se de óbitos infantis, isso só ocorrerá com a melhoria não apenas da qualidade da assistência à saúde prestada nos diferentes níveis de complexidade às crianças, mas também com a melhoria das condições de vida – educação, moradia, alimentação, salário, entre outros – de toda população, especialmente a parcela mais carente.

Finalizando, destacamos que a descrição dos casos de óbitos pós neonatais aqui realizada poderá contribuir com os serviços de saúde de Botucatu envolvidos com o atendimento a crianças menores de 1 ano, para que avaliem a assistência atualmente prestada, planejando ações futuras.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. FERREIRA, C.E.C. et al. A mortalidade. In: MONTEIRO, C.A. **Saúde e nutrição das crianças de São Paulo**. São Paulo: Hucitec Nupens, 1988. p. 143-58.
02. FUNDAÇÃO SEADE. **Pobreza e riqueza**: pesquisa de condições de vida na região metropolitana de São Paulo. São Paulo: SEADE, 1992. 82p.
03. GRANDI, C.; SARAQUESTA, P. Crontol prenatal: evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal. **J. Pediatr.**, v. 73, p. 15-20, 1997.
04. JAMES, S.A. Mortalidade infantil e sobrevivência de crianças na Bahia, Brasil: uma revisão da literatura sócio-epidemiológica. **Rev. Baiana Saúde Pública.**, v. 16, n. 1/4, p. 15-29, 1989.
05. LAURENTI, R. et al. **Estatísticas de saúde**. 2. ed. São Paulo: EPU, 1987. p. 101-34.
06. LEAL, M.C.; SZWARCOWALD, C.L. Evolução da mortalidade neonatal, no estado do Rio de Janeiro, Brasil, de 1979 a 1993. 1. Análise por grupo etário segundo região de residência. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, p. 403-12, 1996.
07. MACHARELLI, C.A. **A mortalidade perinatal em Botucatu, SP, 1991/1992**. Ribeirão Preto, 1995. 109p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
08. MACHARELLI, C.A.; OLIVEIRA, L.R. Perfil do risco de óbito de crianças menores de um ano residentes em localidade do estado de São Paulo, Brasil, 1987. **Rev. Saúde Pública**, v. 25, p. 121-8, 1991.
09. MONTEIRO, C.A.; NAZÁRIO, C.L. Declínio da mortalidade infantil e equidade social: o caso da cidade de São Paulo. In: MONTEIRO C.A. **Velhos e novos males de saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec Nupens, 1995. p. 173-85.
10. NAKAMURA, R.M. et al. Excess infant mortality in an american indian population, 1940-1990. **JAMA**, v. 266, p. 2244-8, 1991.
11. ORTIZ, L.P. Utilização das causas evitáveis na mortalidade infantil como instrumento de avaliação das ações de saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, Caxambu, 1996. **Anais**. v.4. p.2253-68.
12. PAIM, J.S.; COSTA, M.C.N. Decréscimo e desigualdade da mortalidade infantil: Salvador, 1980-1988. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, v. 114, n. 5, p. 415-28, 1993.
13. SEGRE, C.A.M.; MARINO, W.T. Atendimento ao RN na sala de parto. In: SEGRE, C.A.M. et al. **RN**. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 1991. p. 24-31.
14. TELAROLLI JUNIOR, R. **Mortalidade infantil**: uma questão de saúde pública. São Paulo: Moderna, 1997. 127p.