

# MONITORAMENTO DA MORTALIDADE INFANTIL

## *Monitoring of Infant Mortality*

Curso proferido por:

### Álvaro Jorge Madeiro Leite

Prof. Adjunto da Fac. de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC)

### Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

Mestre em Saúde Pública

Profa. Assistente da Fac. de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC)

Relato feito por:

### Carlos Hilton Albuquerque Soares

Dentista, Mestre em Gestão e Modernidade Pública e

Subsecretário de Desenvolvimento Social e Saúde do Município de Sobral

#### sinopse

**N**o Brasil, há uma redução expressiva da mortalidade infantil, nos últimos quatro anos. Em 1990, a mortalidade infantil foi reduzida em 33% e, a morte por diarreia foi reduzida em mais de 50%. A contribuição que a diarreia tem para o total de morte no primeiro ano, espelha a capacidade do sistema público de saúde (federal, estadual ou municipal) em salvar as crianças. Em um país desenvolvido, a probabilidade de uma criança morrer por diarreia é, aproximadamente, 0,6%. Esse fato, atesta que a morte por diarreia é um componente da mortalidade infantil diretamente ligado à pobreza.

#### palavras-chave

Mortalidade infantil; atenção primária; diarreia; pediatria.

#### abstract

**I**n Brazil, there has been an expressive reduction in infant mortality, in the last four years. In 1990, infant mortality was reduced by 33% and death through diarrhea was reduced by more than 50%. The contribution that diarrhea makes to the total of deaths in the first year of age is a mirror image of the public health system capacity (federal, state or municipal) to save children. In a developed country, the probability of a child dying from diarrhea is, approximately, 0.6%. This fact certifies that death through diarrhea is an infant mortality component directly linked to poverty.

#### key words

Infant mortality; primary care; diarrhea.

## DINÂMICA DO CURSO:

*O curso ministrado pelos profs. Álvaro Jorge Madeiro Leite e Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto tratou da dura realidade da mortalidade infantil no país, que sofre com a pobreza, que contribui com o aumento da diarreia - um dos principais fatores da mortalidade infantil. Foram apresentados dois casos de óbitos infantis e tratou-se, ainda, da autópsia verbal.*

## CAUSAS E EFEITOS

Nas regiões menos desenvolvidas do Brasil, a mortalidade infantil por diarreia é três vezes maior do que nas regiões mais desenvolvidas. Essa disparidade é justificada pela diferença de condições de vida entre as regiões, principalmente, a possibilidade de se ter água potável e, às questões relacionadas à alimentação precoce, particularmente, aleitamento materno e aleitamento artificial. Mesmo nas regiões mais desenvolvidas do Brasil, os indicadores de saúde são, basicamente, o dobro dos países desenvolvidos. No Nordeste do Brasil, ainda existem localidades, cujos padrões de vida podem ser facilmente comparados aos padrões de vida da Índia. Na corrida do desenvolvimento, baseando-se no padrão de civilização, o Brasil ainda está há, mais ou menos, cinquenta anos distante do primeiro mundo.

Nas comunidades pobres de nosso país, onde, do ponto de vista da cidadania, o atraso em média é de duzentos anos, a preocupação

**Em países como o Brasil, carregado de desigualdades, é o setor saúde que pode fazer a diferença.**

é a capacidade do serviço público de saúde em colocar à disposição das famílias que vivem nessas comunidades, para que a desvantagem de se viver na pobreza seja superada.

Em países subdesenvolvidos como o Brasil, carregado de desigualdades, é o setor saúde que pode fazer a diferença. Tomando como exemplo o Ceará, enquanto a melhora da base econômica foi limitada nos últimos anos, os indicadores de saúde são extremamente favoráveis. Ainda assim, devemos enfatizar que os índices de mortalidade infantil do Estado, e da grande maioria dos Municípios, ainda são, praticamente, o dobro das regiões desenvolvidas do país.

Garantir a sobrevivência da criança, possibilitando que a idade de um ano seja alcançada, não é o único dever de uma sociedade. Os horizontes de desenvolvimento de uma criança, após seu primeiro ano de vida são, na verdade, o compromisso que uma sociedade deve assumir. A ruptura do ciclo da pobreza deve ser alcançada.

## ESTUDO DA MORTALIDADE INFANTIL

O aborto é definido como a perda fetal, que ocorre até o peso de 500 gramas ou menos, ou 22 semanas, quando se tem certeza da idade gestacional. O conceito anterior abrangia as perdas de crianças até 1 Kg.

Crianças com mais de 500 gramas, ou mais de vinte e duas semanas, até o nascimento, são chamadas de natimortos ou perdas fetais. Conceitualmente, a mortalidade infantil só é medida entre os nascidos vivos.

Os natimortos não entram nas estatísticas; as causas de suas perdas não são investigadas. As perdas intra-uterinas se constituem, então, em um capítulo nebuloso no estudo da mortalidade infantil. Em países, como o Japão, crianças com menos de 500 (450 gramas) já têm sido salvas, devemos, entretanto, considerar qual a qualidade dessas sobrevivências.

Após o nascimento podemos definir dois períodos: o período do primeiro mês, *período neonatal*, e o período que compreende o intervalo do segundo mês ao primeiro ano de vida. As características do primeiro mês são diretamente relacionadas ao que ocorreu durante a gravidez. Por esse fato, é válido se dividir os eventos que ocorrem no primeiro mês, em dois subgrupos: os acontecimentos da primeira semana (*neonatal precoce*) e os que ocorrem entre uma a quatro semanas (*neonatal tardio*). O *período perinatal* compreende todo o período de gravidez, (desde a vigésima segunda semana) até a primeira semana de vida. Nos países desenvolvidos, é o período perinatal, o objeto de maiores estudos. A justificativa deve-se ao fato de ser esse período o definidor da vida inteira da criança. Durante o período perinatal deve existir o diálogo perfeito entre obstetras e pediatras. O período *pós-neonatal* compreende do primeiro mês até o primeiro ano de vida. Esses períodos devem ser compreendidos e, a eles associados às doenças que mais os atingem, para que possam ser estabelecidas as estratégias para suas superações. A perspectiva de melhor saúde para as mães e para os bebês deve ser prioridade. Com isso, as querelas das corporações e, das vaidades individuais serão reduzidas.

**Os horizontes de desenvolvimento de uma criança, após seu primeiro ano de vida são, na verdade, o compromisso que uma sociedade deve assumir. A ruptura do ciclo da pobreza deve ser alcançada.**

**Em Sobral,  
nascem 3.500  
crianças por ano  
(no ano de 2000,  
nasciam 4.000).  
52,5 crianças  
nascem, então,  
nessa faixa de  
peso, durante o  
ano. Esse  
percentual  
contribui para a  
mortalidade  
infantil entre  
15% a 20%.**

Um bom acompanhamento pré-natal é imprescindível. Parto e gravidez estão relacionados à biologia da mulher, às condições econômicas da família e à qualidade do serviço de saúde oferecido.

Define-se como acumulação epidemiológica a soma de novos problemas de saúde pública, a problemas que poderiam ter sido solucionados (diarréia, pneumonia e outros), entretanto, ainda são persistentes em uma comunidade. Gestores de sistema público de saúde se deparam com problemas, como os da oncologia, enquanto que ainda têm, em seu Município, mortes por diarréia, por deficiência de assistência ao parto, ou por falta de medicamentos, ou ainda, por outros problemas banais de saúde pública.

A média de proporção de crianças nascidas com menos de 1,5 Kg é de 1,5%. Em Sobral, nascem 3.500 crianças por ano (no ano de 2000, nasciam 4.000). 52,5 crianças nascem, então, nessa faixa de peso, durante o ano. Esse percentual contribui para a mortalidade infantil entre 15% a 20%.

## **CESÁRIA E PREMATURIDADE**

Em Sobral, foram registrados casos de prematuridade iatrogênica, como conseqüência da indiferença de profissionais para a maturidade fetal, no momento de uma laqueadura tubária. É imprescindível então, que nos municípios exista a estrutura, para que seja realizada a laqueadura pós-parto.

A associação entre cesárea e prematuridade é real. É difícil a percepção dos prejuízos de uma cesárea, quando essa é mal indicada. A mortalidade materna é mais provável na cesárea do que no parto natural.

Os componentes da mortalidade infantil podem ser divididos em dois grupos: o componente neonatal e o componente pós-neonatal.

As mortes no primeiro mês de vida são, basicamente, conseqüência de problemas ligados à gravidez e ao parto, que por sua vez, estão intimamente relacionados às características biológicas das mães, às condições sócio-econômicas da família e com a disponibilidade e qualidade da atenção médica perinatal. (BOBADILLA, 1988).

O componente pós-neonatal engloba as doenças ligadas às precárias condições de vida e, à falta de acesso a serviços de saúde com qualidade, doenças imunopreveníveis, doenças infecciosas (diarréia, infecções respiratórias), doenças mais vulneráveis às intervenções do setor saúde e, ações de ampliação do saneamento básico. Mas, uma vez em sua residência, a sobrevivência da criança é definida pela base econômica.

As causas da mortalidade infantil são múltiplas. A realidade se mostra complexa, e deve existir a participação dos gestores, profissionais de saúde e comunidade, para que haja a alteração favorável das estatísticas. Deve existir a fidelidade nas notificações. A introdução do Sistema de Informação da Mortalidade (SIM), torna favorável, o prognóstico para esse fim.

Alguns pesquisadores, inicialmente, associavam a mortalidade infantil apenas a doenças (pneumonia, diarréia, meningite), outros associaram-na à condição de pobreza. Como estratégia de convergir esses diferentes pontos de vista, criou-se um novo modelo de estudo que associa as causas sociais com as doenças, que é o modelo de determinantes da mortalidade infantil que foram divididos em dois grupos: os *determinantes distais*, que estão longe da condição de morte, mas condicionam a causa da morte, são correlacionados aos problemas da base econômica e, que estabelecem a associação entre situação sócio-econômica e níveis e padrões de mortalidade na população; e os *determinantes proximais*, que estabelecem a associação entre situação sócio-econômica e, níveis e padrões de mortalidade na população. São definidos como aqueles intimamente ligados à variável desfecho de interesse, no caso, a mortalidade infantil; agem de maneira direta ou imediata para influenciar o risco de morte infantil.

## **ESTUDO DE CASOS**

Foram apresentados dois casos de óbitos infantis por doenças infecciosas, ocorridos no Município de Fortaleza, cujas evoluções apresentaram históricos semelhantes e, que refletiram a negligência do serviço de saúde a

eles prestados. Nos dois casos, as mães procuraram por assistência médica pública.

Para a manutenção da saúde da criança ou para sua recuperação, existe um conjunto de ações que são de responsabilidade ou que se desenvolvem no âmbito da família. Da mesma forma, para a manutenção ou recuperação da saúde da criança, existe outro conjunto de intervenções que são realizadas fora da família, na interação entre serviços de saúde e família. No âmbito familiar, podem ser citados: o aleitamento materno, desmame, higiene e outros comportamentos de prevenção dos pais. Fora do seio familiar, programas de agentes comunitários de saúde, Programa Saúde da Família, unidades básicas de saúde e unidades de referência devem constituir meios de interação com a família, para a manutenção ou recuperação da saúde infantil. Ao serviço público, obviamente, cabe a responsabilidade, inadiável de garantir o acesso e a qualidade dos serviços públicos prestados. À comunidade, cabe o processo educativo para o fluxo correto do sistema público de saúde. Secretários Municipais de saúde e Assessores relatam episódios de mortalidade infantil ligados diretamente ao comportamento da comunidade, que uma vez inadequado, pode resultar em mais um óbito. É importante aqui ressaltar que o aumento no índice da mortalidade infantil pode ser associado à melhora da notificação.

A **autópsia verbal** é uma técnica que procura averiguar a rede de eventos relacionados às mortes infantis, levando em consideração o processo de atenção à saúde recebida pela criança, o papel desempenhado pelas instituições e suas relações com as famílias (Bang, Bang & SEARCH team, 1992; Martínez et al, 1993).

Os problemas de observação e análise dos fenômenos demográficos nas regiões com estatísticas deficientes, podem ser ainda mais críticos no caso da mortalidade infantil. A mensuração desse fenômeno, por intermédio das estatísticas vitais, pressupõe a disponibilidade e a confiabilidade dos dados, não somente entre os óbitos, mas também sobre os nascimentos que constituem o denominador para a construção dos indicadores. É necessário, portanto, uma perfeita compatibilidade entre as informações relativas a esses eventos. Os métodos de observação, baseados em entrevistas domiciliares, defrontam-se com um agravante relacionado com o fato de que, a morte de uma criança não é jamais um evento sobre o qual os pais tenham vontade de falar. Na prática, é mais freqüentemente omitido que os demais eventos familiares.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podem ser citadas algumas intervenções para reduzir a probabilidade de morte no primeiro ano de vida. Devem ser realizadas campanhas educativas para a prevenção da gravidez não planejada, cujos grupos alvos seriam as adolescentes e mulheres múltiparas. Todas as gestantes devem ser captadas. Devem ser identificadas as gestantes de médio e alto risco, e ser garantido

um pré-natal de qualidade. Finalmente, o parto hospitalar tem que ser assegurado e, a assistência neonatal de absoluta qualidade. Para a efetividade dessa seqüência de intervenções, obrigatoriamente, têm que ser envolvidos os níveis primários, secundários e terciários de atenção à saúde. Os óbitos infantis que ocorrerem devem ser, criteriosamente, auditados. E sem dúvida, a principal estratégia para reduzir a mortalidade infantil é o combate à iniquidade social e às diferenças na atenção à saúde.

**“A disponibilidade de boa atenção à saúde varia inversamente com a necessidade da população atendida.”**



**Para a manutenção da saúde da criança ou para sua recuperação, existe um conjunto de ações que são de responsabilidade ou que se desenvolvem no âmbito da família. Da mesma forma, para a manutenção ou recuperação da saúde da criança, existe outro conjunto de intervenções que são realizadas fora da família, na interação entre serviços de saúde e família.**