



EDITORIAL

Por que as mortes neonatais precoces precisam ser reduzidas no Brasil?

Why must early neonatal mortality be reduced in Brazil?

Álvaro Madeiro Leite*

O estudo realizado por Araújo e colaboradores, apresentado nesta edição do *Jornal de Pediatria*¹, acerca da mortalidade neonatal precoce na cidade de Caxias do Sul, vem revelar aspectos fundamentais para a saúde da criança em nosso país. Ao apresentar informações da parte mais desenvolvida do país, traz à luz várias dimensões das vicissitudes e desigualdades sociais que se expressam no âmbito do setor saúde.

A redução do coeficiente de mortalidade infantil observada no país nos últimos anos, apesar de significativa - 85,6‰, em 1980, para 37,5‰, em 1996², oculta vários aspectos fundamentais: 1) a redução não foi uniforme para todo o país, pois a região Nordeste continua com índices superiores à média brasileira (60‰, em 1996); 2) a redução ocorreu, basicamente, às custas do componente pós-neonatal da mortalidade, considerado como componente mais sensível a políticas compensatórias de natureza socioinstitucional; 3) os indicadores da parte desenvolvida do Brasil ainda estão muito longe dos apresentados por países desenvolvidos.

O predomínio das mortes de crianças antes do 1º mês de vida já é realidade para a maioria dos estados brasileiros². Investigações realizadas em vários municípios ou estados de todas as regiões têm revelado que os coeficientes de mortalidade neonatal precoce são muito elevados, e que são bastante complexos os fatores relacionados à qualidade da atenção à saúde prestada às mulheres e seus filhos recém-nascidos.

Essa complexidade tem sido reconhecida pelos órgãos nacionais e internacionais de saúde, que têm considerado o problema como um dos maiores desafios à ação coordenada da Pediatria e da Obstetrícia dos países subdesenvolvi-

dos⁷. No entanto, esses órgãos assinalam que condições adequadas de assistência à mulher grávida durante o pré-natal, assim como uma boa atenção ao parto e ao recém-nascido, lançando mão de recursos humanos e equipamentos adequados, são os componentes essenciais para a redução da morbi-mortalidade perinatal. Esta compreensão global vem suscitando um amplo processo de desenvolvimento interdisciplinar nesse ramo das ciências da saúde.

Nesse particular, o conceito de Perinatologia surge como uma idéia integradora que visa a defender o feto no momento de máxima vulnerabilidade, integrar a família e proteger o futuro da humanidade. A tarefa comum é fazer com que a gestação se produza e evolua

nas melhores condições biofísicas e psicológicas, e que o crescimento e desenvolvimento intra-uterino do produto da concepção ocorra em condições favoráveis.

Para ilustrar os diferenciais brasileiros relacionados com a mortalidade neonatal precoce, é útil comparar estudos prospectivos de base populacional como os de Fortaleza⁴, representando a região mais pobre do país, com o de Caxias do Sul¹, o lado rico e desenvolvido.

Assim, observa-se que a mortalidade neonatal precoce em Fortaleza é o dobro da encontrada em Caxias do Sul: (15,1‰ e 7,44‰), respectivamente. Ainda para Fortaleza, os coeficientes específicos por peso ao nascer são extremamente mais elevados para todas as faixas de peso. Uma criança menor de 2.500 gramas apresenta uma probabilidade de morrer em Fortaleza 2,5 vezes maior que aquela encontrada em Caxias do Sul (171,8‰ e 70,9‰, respectivamente).

Interessante observar que, em Caxias do Sul, aproximadamente 30% dos óbitos neonatais precoces foram classificados como evitáveis, e que, na maioria dos hospitais do sistema único de saúde, o pediatra estava ausente da sala de parto. Também chama atenção a elevada taxa de cesariana (55%).

Veja artigo relacionado na página 200

* Professor Assistente de Pediatria - Faculdade de Medicina/UFC.

O fato de estimativas realizadas para outras cidades brasileiras (Rio de Janeiro, São Paulo, Recife e Fortaleza) acerca da mortalidade neonatal evitável (aqui denominada de mortes evitáveis, consentidas ou desnecessárias) alcançarem 70 a 85% das mortes neonatais pode ser decorrente do instrumento utilizado para tal análise⁴⁻⁷. No estudo de Caxias do Sul não ficam explícitos os critérios utilizados para a conceituação da morte evitável (“análise minuciosa dos prontuários médicos”). Nos estudos realizados nas cidades mencionadas, foram utilizados critérios mais definidos, através de instrumentos validados cientificamente, como os propostos pela Fundação SEADE-São Paulo⁹ ou a classificação de Wigglesworth modificada¹⁰.

Apesar de Caxias do Sul representar a parte mais desenvolvida do Brasil, os dados apresentados por Araújo et al. revelam uma situação bastante desfavorável em relação ao mundo desenvolvido - em todas as faixas de peso, são evidentes as desvantagens para as crianças de Caxias quando se compara, por exemplo, aos coeficientes de mortalidade do País de Gales¹¹, autêntico representante dos países desenvolvidos. A mortalidade neonatal precoce no País de Gales é de apenas 2,43‰ e de 24,3‰ para recém-nascidos de baixo peso ao nascer. Esse aspecto (indicadores de saúde do Brasil desenvolvido comparado com os de países do primeiro mundo) foi, entre nós, estudado por Szwarcwald et al.¹² Esses autores analisaram a evolução da mortalidade infantil na década de 80, época em que alguns pesquisadores apontavam para a existência de dois Brasis, um que se encaminhava para patamares de saúde próximos aos dos países desenvolvidos (Bélgica) e outro que permanecia em condições precárias de vida (Índia). A conclusão do estudo revelou que o padrão de indicadores semelhantes aos da Índia ainda está bem presente entre nós e que nosso lado desenvolvido não enseja grandes otimismo. Rio Grande do Sul, São Paulo e Rio de Janeiro, estados com melhores condições de vida segundo os critérios utilizados pelos autores, apresentam indicadores no mesmo patamar de países como Chile, Argentina, Venezuela e Uruguai, indicando que o caminho ainda é bastante longo para se alcançar o mundo desenvolvido¹². Os autores sugerem ainda que seria mais condizente com os dados falar em permanência do lado Índia e da substituição da Bélgica por Bulgária, país que representa situação de saúde de país intermediário.

Vale mencionar que, se por um lado é possível alcançar progressos importantes na saúde infantil através de medidas específicas relacionadas à prevenção e cura das doenças, por outro, é improvável uma ação positiva diante dos diferenciais nos níveis de saúde que são devidos às desigualdades entre as classes sociais. Medidas de caráter médico-assistenciais provavelmente consigam reduzir os níveis de mortalidade infantil até um determinado patamar, limite a partir do qual a redução só será possível através de significativas melhorias na qualidade de vida¹³.

Por fim, revelo-me bastante desconfortável e constrangido em apresentar realidades tão negativas em relação à saúde de nossas crianças; depõe sobre nossa incapacidade de construir uma sociedade que saiba reivindicar o direito à vida para suas crianças¹². Imagino que resta aos que almejam desenvolver ações sociais nessa “sociedade de desiguais” apresentar as contribuições de suas sensibilidades e perspectivas de trabalho na direção de defender, humanamente, a dinâmica da renovação da vida, onde nascer é um ato social de amor.

Referências bibliográficas

1. Araújo BF, Bozzetti MC, Tanaka ACA. Mortalidade neonatal precoce em Caxias do Sul: um estudo de coorte. *J pediatr* (Rio J.) 2000;76:200-206.
2. Simões CCS, Monteiro CA. Tendência secular e diferenças regionais da mortalidade infantil no Brasil. In: Monteiro CA, org. *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec; 1995. p.153-6.
3. Ministério da Saúde, UNICEF. *A mortalidade perinatal e neonatal no Brasil*. Brasil, 1988.
4. Leite AJM, Marcopito LF, Diniz RLP, Silva AVS, Souza LCB, Borges JC et al. Mortes perinatais no município de Fortaleza: o quanto é possível evitar? *J pediatr* (Rio J.) 1997; 73:388-94.
5. Fundação Seade. *Conjuntura demográfica 1991*; (14/15): 49-50.
6. Carvalho ML, Silver LD. Confiabilidade da declaração da causa básica de óbitos neonatais: implicações para o estudo da mortalidade prevenível. *Rev Saúde Pública* 1995; 29: 342-8.
7. Bechara SC. *Mortalidade Neonatal em cinco maternidades da cidade de Recife, Pernambuco*. 1996; 92p.
8. Organización Panamericana de la Salud. Centro Latino Americano de Perinatología y Desarrollo Humano. *Salud Perinatal: artigos seleccionados*. Boletim do CLAP Montevideo; 1988. 179p.
9. Keeling JW, MacGillivray I, Golding J, Wigglesworth J, Berry J, Dunn PM. Classification of perinatal death. *Arch Dis Child* 1989; 64: 1345-51.
10. Cartlidge PHT, Stewart JH. Effect of changing the stillbirth definition on evaluation of perinatal mortality rates. *Lancet* 346: 486-8, 1995.
11. Szwarcwald CL, Leal MC, Castilho EA, Andrade CLT. Mortalidade infantil no Brasil: Belíndia ou Bulgária? *Cad Saúde Pública* 1997, 13:503-16.
12. Victora CG, Barros FC. Repensando a associação entre indicadores de saúde e de qualidade de vida. In: Costa MFFL, Souza RP. *Qualidade de vida: compromisso histórico da Epidemiologia*. Belo Horizonte, 1994. p. 1-23. [Anais do II Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Coopmed/Abrasco, 1992].