

Infelizmente, em nosso meio, existem poucos serviços que se preocupam em rastrear adequadamente seus pacientes para o diagnóstico precoce da ROP. Esse procedimento deve ser estimulado de forma que menos crianças venham manifestar deficiências visuais secundárias a problemas neonatais.

Referências bibliográficas

1. Phelps DL. Retinopathy of prematurity: an estimate of vision loss in the United States – 1979. *Pediatrics* 1981;67:924-6.
2. Silverman WA. *Retrolental fibroplasia: a modern parable*. New York: Grune & Stratton, 1980.
3. Bancalari E, Flynn J, Goldberg RN, Bawol R, Cassady J, Schiffman J, et al. Influence of transcutaneous oxygen monitoring on the incidence of retinopathy of prematurity. *Pediatrics* 1987;79:663-9.
4. Procianoy RS, Garcia-Pratts JA, Hittner H, Adams JM, Rudolph AJ. An association between retinopathy of prematurity and intraventricular hemorrhage in very low birth weight infants. *Acta Paediatr Scand* 1981;70:473-7.
5. Phelps DL. Retinopathy of prematurity. In: Fanaroff AA, Martin RJ (ed). *Neonatal-Perinatal Medicine*, 6ª ed, Mosby, 1997; 1701-8.
6. American Academy of Pediatrics. Screening examination of premature infants for retinopathy of prematurity. *Pediatrics* 1997;100:273.

Óbitos infantis: como melhor estudá-los (ou de como devemos evitá-los)

Infant deaths: how to better investigate them (or how to prevent them)

Álvaro J. Madeiro Leite*

Investigações que se ocupam em desvendar a validade dos sintomas ou subsistemas de informação na área materno-infantil podem trazer contribuições fundamentais para a organização das ações de saúde, que podem minorar o sofrimento e os danos às crianças e suas famílias. Ao pediatra clínico preocupado com os limites e a abrangência de sua prática, esses estudos possibilitam um melhor entendimento dos nexos existentes entre os campos da clínica e da epidemiologia. Ou, ainda, das complexas relações entre a prática clínica cotidiana que se debruça sobre o indivíduo doente (no espaço "agenciado" dos ambulatórios e hospitais) e os eventos que emergem quando se reúnem todos esses indivíduos-crianças com diferentes chances de vida numa perspectiva coletiva (no espaço "refrigerado" da academia universitária.

Neste número de nosso *Jornal de Pediatria*, Menezes e cols.¹ apresentam uma investigação exemplar do aspecto

aludido acima. Os autores estudaram os óbitos perinatais e infantis comparando os dados de 1982 e 1993, enfocando nessa publicação, as taxas de sub-registro para a mortalidade infantil e a concordância entre a declaração de óbito oficial e a declaração de óbito modificada por árbitros independentes, após revisão detalhada do prontuário hospitalar.

Os resultados evidenciam o escopo das mudanças positivas que vêm experimentando a saúde das crianças da cidade de Pelotas, RS, a partir do amplo diagnóstico realizado, de forma pioneira, por Victora, Barros e Vaughan² ao estudarem longitudinalmente as 6.000 crianças nascidas no município em 1982. Onze anos após (1993) novos estudos foram realizados e as contribuições podem ser melhor avaliadas, em seu conjunto, em uma publicação recente³.

Para o contexto do estudo ora publicado nesta edição, pode-se ressaltar as significativas mudanças ocorridas no coeficiente de mortalidade perinatal e infantil. Assim, a redução da mortalidade perinatal foi de 31% (de 32,3/1.000 em 1982 para 22,1/1.000 em 1993); para a mortalidade infantil, a redução foi 50% (de 36,4/1000 para 21,1/1.000 para o mesmo período). Ao considerar a redução da morta-

*Veja artigo relacionado
na página 383*

* Professor Assistente de Pediatria / Departamento de Saúde Materno-Infantil/Universidade Federal do Ceará.

lidade perinatal em função do peso ao nascer, observa-se que, para o grupo de recém-nascidos, foi de apenas 6,8% em 1993; para óbitos pós-neonatais, foi de 24% para 5,4% para o mesmo período. Para óbitos infantis, a média brasileira é de aproximadamente 25%⁸. Acompanhando a melhora no registro dos óbitos, observa-se uma melhor qualidade do preenchimento da declaração de óbitos (valores de Kappa bem expressivos para a maioria das causas de óbitos).

Se, por um lado, cerca de 75% dos óbitos ocorreram em unidades de terapia intensiva, não deixa de ser um aspecto intrigante para uma cidade de porte médio, com renda *per capita* familiar maior que a média nacional como Pelotas, apresentar um percentual de óbitos domiciliares de 18,9% do total de óbitos.

Mais recentemente, a literatura da área materno-infantil tem enfatizado a necessidade de se estimar as "mortes evitáveis" no primeiro ano de vida. Esses óbitos têm sido considerados "eventos sentinela" na avaliação da qualidade da assistência⁹, como eventos "desnecessários"¹⁰ ou "consentidos"¹¹. Assim, Carvalho e Silver, em 1995¹², utilizando o sistema de classificação de mortes redutíveis da Fundação SEADE-SP¹³ para analisar uma amostra de 15% dos óbitos neonatais ocorridos na região metropolitana do Rio de Janeiro entre maio de 1986 e abril de 1987, classificaram 75% dos óbitos como redutíveis ou parcialmente redutíveis. Leite e cols., em 1997¹⁰, utilizando-se da classificação de Wigglesworth modificada¹⁴, estimaram, a partir do estudo de todos os nascimentos no município de Fortaleza em 1995, em 34% a proporção de mortes perinatais redutíveis. Esta estimativa é bastante subestimada face às limitações da própria classificação utilizada e à função de viabilidade fetal no contexto do estudo.

Almeida e Mello-Jorge¹⁵, recentemente, enfatizaram a utilidade da técnica de "Linkage" - "Ligação" dos bancos de dados obtidos com os sistemas de informação, SINASC (Sistema de Informação dos Nascidos Vivos) e SIM (Sistema de Informação de Mortalidade), nos estudos acerca dos fatores de risco que adicionam maiores probabilidades de óbitos. Esse aspecto é fundamental para identificar recém-nascidos de risco, bem como para dimensionar mais adequadamente a necessidade de cuidados que devem ser dispensados a essas crianças. Essa técnica mostrou-se viável na condução de estudos de coorte de mortalidade neonatal com baixo custo operacional.

Uma questão ainda pouco estudada no Brasil refere-se à contribuição da síndrome da Morte Súbita Infantil para o coeficiente de mortalidade infantil. Menezes e cols.¹ encontraram seis óbitos domiciliares classificados nessa condição, segundo avaliação independente dos árbitros, sendo este o principal ponto de discordância na análise da declaração dos óbitos (pneumonia foi a causa de morte em quatro declarações oficiais).

Ao fim, deve-se focalizar a importância vital da integração entre a academia (*locus* privilegiado para a produção de

um saber crítico e de mentalidades afinadas com os projetos transformadores) e as instituições e profissionais mais diretamente responsáveis pela formulação e prestação de serviços de saúde à população. Esse encontro, bastante produtivo e, ao que parece, feliz, ajuda a entender as mudanças ocorridas em Pelotas^{1,3}. Certamente, os que compartilharam essas experiências ("homens e mulheres de boa vontade") não são os mesmos. Seus engajamentos, suas vidas, mudaram vidas de milhares; famílias poupadas de sofrimentos - "desnecessários" ou "consentidos". Crianças livres de dor, de desaparecimento precoce, com direito a vida digna. Talvez seja essa uma das funções do setor social de saúde...

Informações oriundas de qualquer fonte (boletins internos, jornais, publicações científicas, etc.) que possam circular em escala ampliada no Brasil e no exterior, documentando ou analisando tais experiências e perspectivas humanas, é tarefa urgente. Movimento que possa se incorporar aos alvissareiros projetos: Defesa da Vida dos Lactentes (Bauru e Santos, SP); Nascer em Curitiba, Vale a Vida (Curitiba, PR); Nascer com Futuro (Londrina, PR); Viva Criança (Ceará); Salvar Vidas (Pernambuco), etc.^{16,17}.

Referências bibliográficas

1. Menezes AMB, Victora CG, Barros FC, Mezes FS, Jannke H, Albernaz E, Halpern R, Grassi P, Oliveira ALB. Estudo populacional de investigação de óbitos perinatais e infantis: metodologia, validade do diagnóstico e sub-registro. *J pediatri* (Rio J.) 1997; 73:371-375.
2. Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. *Epidemiologia da desigualdade: um estudo longitudinal de 6.000 crianças brasileiras*. São Paulo: HUCITEC, 1988.
3. Menezes AMB, Victora CG, Barros FC, Albernaz E, Menezes FS, Jannke HAM et al. Mortalidade perinatal em dois coortes de base populacional no sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cadernos de Saúde Pública* 1996; 12, 79-86.
4. Bobadilla JL. Los efectos de la calidad de la atención médica en la sobrevivencia perinatal. *Salud Pública Mex* 1988; 30:416-31.
5. Victora CG, Barros FC, Tomasi E, Ferreira FSF, Macauliffe J, Silva AC, et al. A saúde das crianças dos estados do Ceará, Rio Grande do Norte e Sergipe, Brasil: descrição de uma metodologia para diagnósticos comunitários. *Rev Saúde Pública* 1991; 25:218-25.
6. Leite AJM. *Mortalidade perinatal e aspectos da qualidade da atenção no município de Fortaleza, Ceará, 1995* [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade de São Paulo, 1996.
7. Cartlidge PHT, Stewart JH. Effect of changing the stillbirth definition on evaluation of perinatal mortality rates. *Lancet* 1995; 346:486-8.
8. Becker RA, Lima DD, Costa Jr ML. *Investigação sobre perfis de saúde, Brasil, 1994*. Brasília, Ministério da Saúde, 1989.

9. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *N Engl J Med* 1976; 294:582-8.
10. Leite AJM, Marcopito LF, Diniz RLP, Silva AVS, Souza LCB, Borges JC, et al. Mortes perinatais no município de Fortaleza, Ceará: o quanto é possível evitar? *J pediatr (Rio J.)* 1997; 73:376-382.
11. Hartz ZMA, Champagne F, Leal MC, Contandriopoulos AP. Mortalidade infantil "evitável" em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. *Rev Saúde Publ* 1996; 30:310-8.
12. Carvalho ML e 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.
13. Fundação SEADE. Conjuntura Demográfica 1991; 14/15:49-50.
14. Keeling JW, Macgillivray I, Golding J, Wigglesworth J, Dunn PM. Classification of perinatal death. *Arch Dis Child* 1989; 64:1345-51.
15. Almeida MF e Mello-Jorge MHP. O uso da técnica de "linkage" de sistemas de informação em estudos de coorte sobre mortalidade neonatal. *Rev Saúde Pública* 1996; 30:141-7.
16. Congresso Brasileiro de Epidemiologia 1995. Salvador. Anais. Instituto de Saúde Coletiva - UFBA, 1995.
17. McAuliffe J, Lima LC, Granjeiro GP. III Pesquisa de Saúde Materno-infantil do Ceará/1994 - PESMIC 3. Fortaleza SESA, 1995.

Investigação dos óbitos perinatais e infantis: seu uso no planejamento de políticas públicas de saúde

Investigation of infant and perinatal deaths: its use in planning public health policies

Denise Rangel Ganzo de Castro Aerts*

A mortalidade infantil tem sido considerada como um excelente indicador de saúde, capaz de medir a qualidade de vida de uma população. No entanto, cada vez mais, observa-se a queda dos coeficientes de mortalidade infantil, sem que tenhamos verificado uma melhora de igual magnitude nos indicadores sociais, principalmente no que se refere às últimas décadas.

Alguns autores, investigando as possíveis causas dessa complexa realidade, têm sugerido que a redução da mortalidade está associada a melhorias na assistência à saúde, expansão da rede de serviços básicos de saúde, realização de programas voltados para grupos populacionais em maior risco, incentivo à amamentação, campanhas de vacinação e ao desenvolvimento tecnológico das UTIs neonatais. É inegável, também, que a extensão da infra-estrutura urbana e a queda da

fecundidade tiveram uma contribuição importante para a diminuição da mortalidade em todo o país¹⁻³.

No entanto, parece ser cada vez mais aceito que o impacto dessas medidas assistenciais e sanitárias sobre a mortalidade infantil é limitado, provocando uma redução da mesma até um patamar que tende a não ultrapassar, a não ser que se incida nas desigualdades sociais existentes.

Nesse cenário de declínio da mortalidade infantil, observa-se o aumento percentual dos óbitos neonatais entre o total de óbitos. É certo que esse aumento é desejável, na medida que ocorre pela diminuição dos óbitos pós-neonatais, mais comumente associados às condições de vida, e nos aproxima do perfil epidemiológico dos países mais desenvolvidos, onde o componente neonatal é responsável por cerca de dois terços dos óbitos de menores de um ano. Contudo, diferentemente desses países, onde a principal causa de óbito é a mal formação congênita, no Brasil encontramos as causas perinatais.

***Veja artigo relacionado
na página 388***

* Doutora em clínica-médica:epidemiologia, coordenadora da Equipe de Informação em Saúde do Centro de Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre - RS.