



ORIGINAL ARTICLE

PEDIATRICS MORTALITY INDICES AT A UNIT PEDIATRIC INTENSIVE THERAPY
IN LAGES CITY, SANTA CATARINA, BRAZILÍNDICES DE MORTALIDADE PEDIÁTRICA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
PEDIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE LAGES, SANTA CATARINA, BRASILINDICES DE MORTALIDADE PEDIATRICA EN UNA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA EN EL
MUNICIPIO DE LAGES, SANTA CATARINA, BRASILCamila Neves Sampaio¹, Elaine Rossi Ribeiro²

ABSTRACT

Objective: to investigate the pediatrics mortality indices in children from 0 until 15 years at a Pediatric Intensive Care Unit in Lages city, Santa Catarina, Brazil. **Method:** this about a descriptive study carried through July 2007 whose data had been gathered referring to all deaths occurred in PICU from January 2006 to June 2007 collected from register handbooks and books from PIC. Data were grouped month by month and divided by age, origin, sex, condition and length of stay in PICU. The results were discussed for the development of preventive measures. **Results:** after the collection of these data, the deaths were classified in preventable and not preventable in accordance with the Tenth Revision of the International Classification of Illnesses and suggestions of prevention measures were made in the sense of diminishing these indices, improving the children's life quality treated at PICU. Conclusion: the objectives outlined for this study were reached and the pediatrics mortality at PICU were identified, describing deaths in preventable or not preventable. And with this, some actions have been suggested improve these indices. **Descriptors:** infant mortality; intensive care units; pediatrics; risk factors.

RESUMO

Objetivo: investigar os índices de mortalidade pediátrica em crianças de 0 a 15 anos em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do município de Lages, Santa Catarina, Brasil. **Método:** trata-se de um estudo descritivo realizado no mês de julho de 2007, onde foram reunidos dados através de prontuários, livros de registros da UTIP e protocolos de óbitos. Os dados foram agrupados mês a mês, sendo divididos em idade, procedência, sexo, doenças e tempo de permanência na UTIP. Os resultados foram discutidos para a elaboração de medidas de prevenção. **Resultados:** após a coleta destes dados, os óbitos foram classificados como evitáveis e não evitáveis de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças, e sugestões de medidas de prevenção foram feitas no sentido de que se possa diminuir estes índices, melhorando a qualidade de vida das crianças recebidas na referida UTIP. **Conclusão:** os objetivos traçados para este estudo foram alcançados, conseguiu-se identificar os índices de mortalidade pediátrica nesta UTIP, classificando os óbitos como evitáveis e não evitáveis. E, com isto, foram sugeridas algumas ações que podem melhorar estes índices. **Descritores:** mortalidade infantil; unidades de terapia intensiva pediátrica; fatores de risco.

RESUMEN

Objetivo: investigar la tasa de mortalidad pediátrica en niños de 0 a 15 años en una Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico de la ciudad de Lages, Santa Catarina, Brasil. **Método:** se trata de un estudio descriptivo realizado en julio de 2007, donde se reongieron datos sobre todas las muertes en el PICU entre enero de 2006 y junio de 2007 recogidos a través de registros médicos, los libros, registros y protocolos de la PICU muertes. Los datos fueron agupados por meses y se dividen por edad, origen, sexo, condición u la duración da la estancia en PICU. Los resultados se discutieron para el desarrollo de medidas preventivas. **Resultados:** después de recoger estos datos, las muertes fueron clsificadas como evitables y no evitables de acuerdo con la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, y las sugerencias de las medidas preventivas se han tomado en el sentido de que puede reducir estas tasas, la mejora de la calidad de vida de los niños recibieron em el PICU. **Conclusión:** los objetivos definidos para este estudio se lograron, fuimos capaces de determinar las tasas de mortalidad pediátrica de PICU, que describe la muerte en prevenibles o no prevenibles. Y con esto, alguns han sugerido medidas que pueden mejorar estos índices. **Descriptores:** Mortalidad infantil; Unidades de cuidado intensivo pediátrico; Factores de riesgo.

¹Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Membro do Comitê de Prevenção à Mortalidade Infantil do Hospital Infantil Seara do Bem, Lages, Santa Catarina, Brasil. Pós-graduada em Unidade de Terapia Intensiva e Emergência pelo Ibpex/Paraná. E-mail: cami_enf@yahoo.com.br; ²Enfermeira. Doutora em Clínica Cirúrgica pela Universidade Federal do Paraná. Diretora da empresa Ativa Educacional, Curitiba, Paraná. E-mail: elaine.rossi@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil é um indicador de saúde, que por apresentar índices considerados altos em determinadas regiões, preocupa profissionais da saúde que se encontram mais envolvidos com este tema.

Levando-se em conta que um alto índice de mortalidade pediátrica reflete condições desfavoráveis de vida da população, optou-se por trabalhar este tema de forma a explicitar as condições de vida e de saúde da população de Lages, Santa Catarina, Brasil e região circunvizinha, tentando assim, entender o porquê de um elevado número de crianças está morrendo e se a causa morte poderia ter sido evitada. Investigando fatores de risco, pode-se identificar os grupos de risco, sendo direcionada uma atenção mais eficaz para a redução de óbitos ocorridos numa Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica - UTIP.

Assim, o objetivo geral desse estudo é investigar o índice de mortalidade pediátrica (crianças de 0 a 15 anos) em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do município de Lages, Santa Catarina, Brasil ocorridas no período de janeiro de 2006 a junho de 2007. Como objetivos específicos pretende-se identificar os fatores de risco responsáveis pelos óbitos e conhecer os óbitos evitáveis que tenham ocorrido, especificando algumas medidas de prevenção.

Embora muito já se tenha escrito sobre mortalidade infantil, acreditamos que ao dar enfoque aos óbitos que ocorreram especificamente nesta UTIP, poderíamos contribuir para o desenvolvimento de ações que possam prevenir outros óbitos.

REFERENCIAL TEÓRICO

O tema mortalidade infantil tem sido destaque na literatura científica, principalmente como sendo um dos indicadores de saúde mais utilizados para avaliar as condições de saúde de uma população, pois como já citado, reflete as condições de vida de sua população.

A mortalidade infantil compreende os óbitos de crianças menores de 01 ano e "(...) é decomposta em duas partes: mortalidade neonatal (do nascimento até 27 dias) e mortalidade pós natal (dos 28 dias até 364 dias de vida completos)".^{1:20}

Ainda existe a classificação para o termo mortalidade na infância, que compreende os óbitos de crianças menores de cinco anos.

Para o presente estudo, o termo **mortalidade pediátrica** será utilizado, para que não seja confundido com os conceitos de

mortalidade infantil ou mortalidade na infância, conceitualmente elevando a idade do grupo estudado, ou seja, crianças de 0 a 15 anos de vida.

A saúde é uma das dimensões mais integrais da qualidade de vida da população. Nas crianças, o reflexo da adversidade do ambiente é muito grande porque elas detêm, ao início da existência, uma imaturidade imunológica associada ao desafio do aprendizado de convivência com as agressões do mundo vivo que as circunda. Não é por outro motivo que se diz ser a mortalidade infantil um dos mais sensíveis indicadores de condição de vida.^{1:20}

Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) é a área hospitalar que concentra uma equipe especialmente treinada e sofisticados equipamentos, para que as crianças criticamente doentes ou com potencial risco de vida possam ser tratadas eficientemente.^{2:57}

Portanto, é um setor do Hospital que reúne não só pacientes graves, mas aqueles que necessitam de monitorização e vigilância com possibilidade de recuperação, por se tratar de um setor com estrutura qualificada e pessoal especializado, além de acompanhamento médico 24 horas. No entanto, mesmo com toda a estrutura adequada e profissionais especializados e competentes, acontecem óbitos nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas.

Os fatores de risco para a mortalidade pediátrica são inúmeros, desde acontecimentos na gravidez, passando pelo parto, puerpério, período neonatal, pós-natal, e acontecimentos durante a infância e adolescência. Por exemplo, a não realização do pré-natal por parte da gestante pode ser colocado como um fator de risco, pois o feto e a gestante não terão acompanhamento médico e de enfermagem, que poderia identificar problemas e solucioná-los previamente.

Um fator de risco pode ser definido como um atributo de um grupo da população que apresenta maior incidência de uma doença ou agravo à saúde em comparação com outros grupos definidos pela ausência ou menor exposição a tal característica.^{3:72}

Alguns fatores de risco para a mortalidade pediátrica são:

1. História materna: uso de drogas, condições sócio-econômicas, realização do pré-natal, idade, etc;
2. Doenças maternas: hipertensão arterial, diabetes, infecção por HIV e outros vírus, eclampsia e pré-eclampsia;

- 3. Gravidez: mal formações congênitas, ruptura precoce de membranas, descolamento de placenta, polidrâmnio, oligodrâmnio, etc;
- 4. Pré-natal: ausência deste ou falta de um pré-natal eficiente (baixo peso ao nascer, prematuridade, etc);
- 5. Parto: tipo de parto (normal ou cesáreo), posicionamento do feto (prolapso de cordão, asfixia); tempo entre um parto e outro, gemelaridade;
- 6. Pós-parto: prematuridade, baixo peso, exposição ao HIV, tétano neonatal, etc;
- 7. Mortalidade perinatal: asfixia, hipóxia perinatal, traumatismos, infecções, etc;
- 8. Outras: problemas respiratórios e circulatórios, condições sócio-econômicas, traumatismos, exposição a vírus e bactérias, desnutrição, desidratação, falta de cuidados em geral, uso de substâncias ilícitas, etc.

MÉTODO

Estudo de caráter descritivo, desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica - UTIP de um Hospital Pediátrico de médio porte, em Lages/SC no mês de julho de 2007.

Os dados foram agrupados mês a mês, sendo divididos em idade, procedência, sexo, doenças e tempo de permanência dos pacientes na UTIP. Quanto às doenças, foram consideradas somente as doenças de base, já que todos os protocolos de óbito continham mais de uma doença contribuindo para o óbito. Os resultados foram discutidos em forma de gráficos para a elaboração de medidas de prevenção.

• Estratégias

A pesquisa foi realizada por meio da coleta de dados dos prontuários, livros de registros e dos protocolos de óbitos de todas as crianças que tenham ido à óbito na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital, nos anos de 2006 e 2007 (até junho), independente da procedência das crianças, pois o Hospital atende um grande número de crianças de várias regiões de Santa Catarina. Para tal procedimento, foi solicitada a Direção do Hospital Infantil a liberação para total acesso a estes dados, com o comprometimento de manter sigilo aos dados pessoais das crianças, além de atender os dispositivos legais da Resolução 196/96.

A partir da coleta, foram reunidos os dados para investigar o índice de mortalidade através de gráficos, identificando os fatores de risco e reconhecendo alguns óbitos evitáveis.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

A taxa de mortalidade infantil ou pediátrica preocupa os profissionais da área, e por isso é necessário que tenhamos condições de reduzir estes índices, proporcionando uma melhoria na qualidade de vida destes pacientes.

O Hospital Infantil é mantido por uma Associação Beneficente, figura jurídica de direito privado, filantrópica. Foi inaugurado em 1968.

Em 24 de maio de 1985 foi inaugurada a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, fruto da colaboração da comunidade. Com isso, a qualidade de atendimento foi melhorada, pois crianças que eram transferidas, puderam começar a receber tratamento intensivo adequado. A UTIP tem capacidade para dez leitos (sendo divididos em sete pediátricos e três neonatais), e a grande parte dos óbitos acontece dentro dela, sendo quase insignificante o número de óbitos ocorridos no setor de Emergência do Hospital.

O Hospital conta ainda com diversas comissões, atuando para o bem comum de melhorar o atendimento prestado ao paciente, com um cuidado humanizado. Entre elas, se destaca o Comitê de Prevenção à Mortalidade Pediátrica, pois seus dados serviram de base para o presente estudo.

• Comitê de Prevenção à Mortalidade Pediátrica

O Comitê de Prevenção à Mortalidade Pediátrica foi criado em outubro de 2005 com objetivo de conhecer as circunstâncias que envolvem a morte pediátrica, por meio da investigação de óbitos, subsidiando todo planejamento das ações executadas pelo setor competente. É composto por duas enfermeiras e dois médicos pediatras.

Para a investigação dos óbitos que ocorrem no Hospital, o Comitê se reúne geralmente uma vez ao mês para discussão, levando em conta: o número de óbitos que ocorreram no mês, as idades das crianças, a procedência, o sexo, os diagnósticos; identificando os fatores de riscos e sendo feita a classificação destes óbitos (evitáveis ou não evitáveis). Para identificar os fatores de risco, é interessante caracterizar as causas mais comuns de óbitos para que se possa criar estratégias de resolução.

Em fevereiro de 2006 foi implantado, pelo Comitê, o Protocolo de Óbito (ANEXO) que é um documento que reúne dados, compilando arquivos relevantes para estudos.

O Hospital Infantil é referência em pediatria na região, recebendo crianças de

diversas cidades. O que se constatou foi que a maioria das crianças de 0 a 15 anos que vão à óbito na UTIP são procedentes de outros municípios, e não de Lages. Por isso, o que ocorre, é que muitas vezes, os municípios com menos recursos transferem as crianças já em estado crítico e o transporte nem sempre é feito de maneira adequada. Muitas crianças são enviadas em ambulâncias sem equipamentos e materiais; sem médicos ou apenas com algum profissional de enfermagem, geralmente, um técnico de enfermagem.

● Ano de 2006

Em 2006, 242 crianças foram internadas na UTIP, num total de 253 internamentos (nove crianças reinternaram na UTIP no mesmo mês após terem alta para a enfermaria e uma reinternou duas vezes após ir para a enfermaria). Desses internamentos, 126 foram de outros municípios (123 crianças). O total de óbitos foi de 68.

Para o fechamento da taxa anual de óbitos na UTIP em 2006, levou-se em consideração o número de internamentos, não o de crianças.

Tabela 1. Taxa de óbitos na UTIP em 2006.

Mês	Internamentos	Óbitos	Taxa
Janeiro	12	06	50%
Fevereiro	17	06	35,3%
Março	14	04	28,6%
Abril	21	06	28,6%
Maio	17	05	29,4%
Junho	25	05	20%
Julho	29	08	27,6%
Agosto	21	06	28,6%
Setembro	23	03	13%
Outubro	15	06	40%
Novembro	26	09	34,6%
Dezembro	25	04	16%
Total	253	68	26,8%

Fonte: Livro de Internamentos/UTIP e Protocolo de Óbito. 2006

A tabela 1 evidencia mês a mês os óbitos ocorridos e seus respectivos percentuais, sendo que para 253 internamentos, ocorreram 68 óbitos, totalizando 26,8%. Não se tem registrado um consenso sobre que índices de mortalidade pediátrica seriam considerados

dentro dos limites normais, porém, acreditamos que a taxa de 26,8% no ano de 2006 é alta levando em conta o número de internamentos. Destes óbitos, 15 foram de crianças provenientes de Lages e 53 de crianças de outros municípios (Fig. 1).



Figura 1. Procedência dos pacientes que foram a óbito na UTIP no ano de 2006. Lages, Santa Catarina, 2007.



Figura 2. Faixa etária dos pacientes que foram a óbito na UTIP no ano de 2006. Lages, Santa Catarina, 2007.

Segundo a classificação da faixa etária, dos óbitos ocorridos em 2006, 34 foram de neonatos (sendo quatro provenientes de Lages), 18 de crianças entre 28 dias e 12

meses, e 16 foram de crianças entre 12 meses e 15 anos (Fig. 2).

Quanto ao sexo: 36 crianças do sexo masculino e 32 do sexo feminino (Fig. 3),

mostrando uma pequena predominância do sexo masculino sobre o feminino.

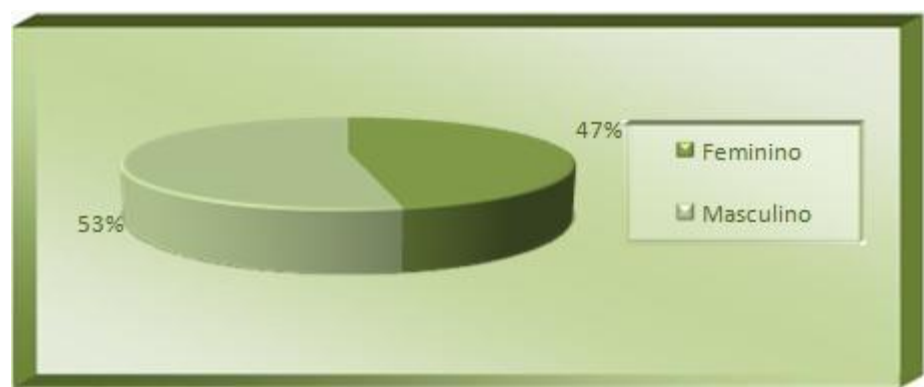


Figura 3. Sexo dos pacientes que foram a óbito na UTIP no ano de 2006. Lages, Santa Catarina, 2007.

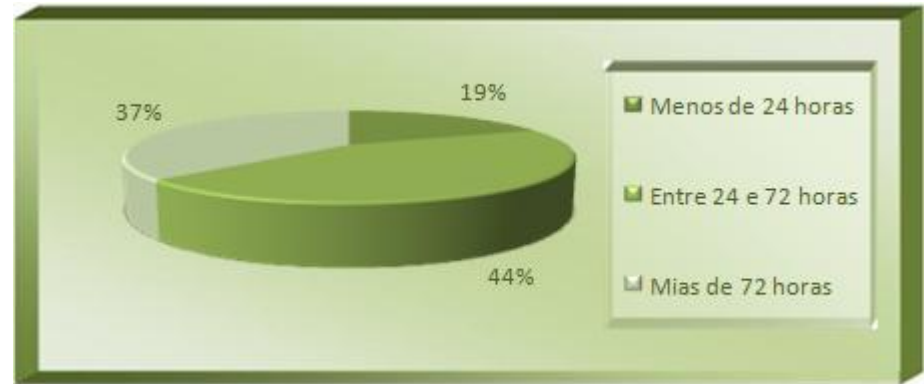


Figura 4. Tempo de permanência dos pacientes que foram a óbito na UTIP no ano de 2006. Lages, Santa Catarina, 2006.

Em relação ao tempo de permanência na UTIP, a maioria permaneceu entre 24 e 72 horas (30 crianças). O índice de 19% - equivalente a 13 crianças - que permaneceram menos de 24 horas na UTIP é considerado alto levando em conta que 78% são provenientes de outros municípios, o que descreve o estado crítico em que estas

crianças estão sendo transferidas para o Hospital Infantil (Fig. 4).

Sabe-se que uma doença de base pode acarretar em várias outras e consequentemente pode também levar ao óbito. Portanto, para os índices de doenças que levaram estas 68 crianças a óbito no ano de 2006, foram consideradas apenas as doenças de base.

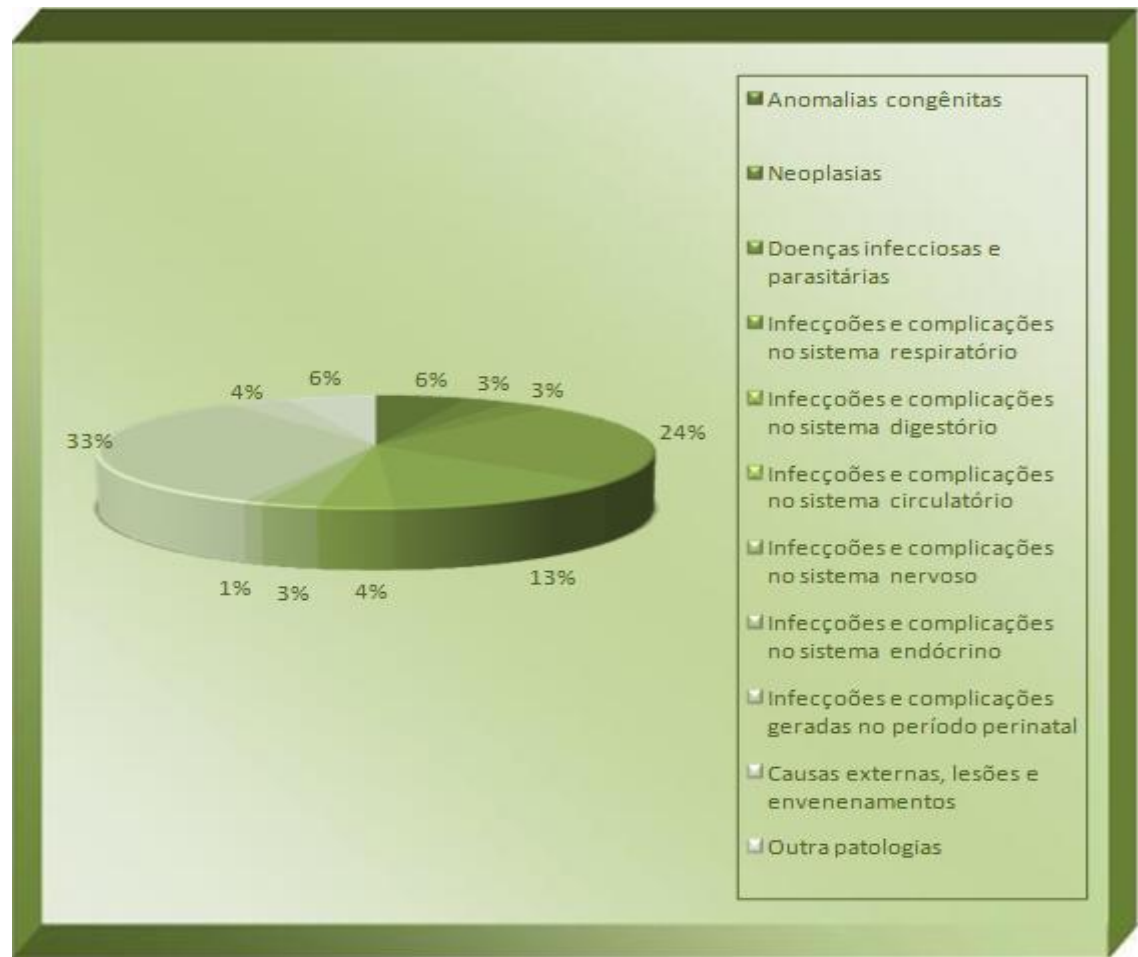


Figura 5. Doenças dos pacientes que foram a óbito na UTIP no ano de 2006. Lages, Santa Catarina, 2006.

As infecções e complicações geradas do período perinatal foram responsáveis por 22 óbitos (totalizando 33%) e as infecções e complicações do sistema respiratório por 16 (totalizando 24%), (Fig. 5).

• **Óbitos evitáveis e não evitáveis no ano de 2006.**

Para a classificação dos óbitos em evitáveis ou não evitáveis, foi usada como referência a lista proposta pelo site do Ministério da Saúde - Datasus⁷, segundo a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10):

1. Evitáveis:

- Redutíveis por imunoprevenção;
- Redutíveis por adequado controle na gravidez;

- Redutíveis por adequada atenção ao parto;
 - Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces;
 - Redutíveis através de parcerias com outros setores;
2. Não evitáveis;
3. Mal definidas;
4. Não classificadas.

Levando em conta que muitas vezes, o óbito pode ser evitado por mais de um desses fatores, criou-se uma tabela (Tab. 3) com as combinações que mais ocorreram acrescidas das já citadas acima.

Tabela 2. Classificação dos óbitos ocorridos na UTIP em evitáveis e não evitáveis. Lages, Santa Catarina, 2007.

Classificação	n
Evitáveis	
Redutíveis por adequado controle na gravidez	06
Redutíveis por adequada atenção ao parto	00
Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces	29
Redutíveis através de parcerias com outros setores	02
Redutíveis por adequado controle na gravidez e adequada atenção ao parto	10
Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces e por adequado controle na gravidez	05
Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces e por adequada atenção ao parto	02
Redutíveis por adequado controle na gravidez e através de parcerias com outros setores	00
Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces e por parcerias com outros setores	02
Não evitáveis	12

Fonte: Ministério da Saúde/Datasus, 2007. Modificado.

Dos óbitos não evitáveis que ocorreram em 2006, cinco foram por anomalias congênicas severas, três por prematuridade extrema, um por tumor extremamente agressivo com péssimo prognóstico e alta taxa de mortalidade e três por desconforto respiratório grave no recém nascido.

• **Ano de 2007**

No ano de 2007, 119 crianças foram internadas na UTIP, num total de 124 internamentos (cinco crianças reinternaram na UTIP no mesmo mês após terem alta para a enfermaria). Desses internamentos, 60 foram de outros municípios (58 crianças). O total de óbitos até junho foi de 18 (de acordo com a tabela 3).

Tabela 3. Taxa de óbitos ocorridos na UTIP entre janeiro e junho. Lages, Santa Catarina, 2007.

Mês	Internamentos	Óbitos	Taxa
Janeiro	21	03	14,3%
Fevereiro	18	01	5,5%
Março	14	02	14,3%
Abril	23	04	17,4%
Maiο	23	06	26%
Junho	26	02	7,7%
Total	124	18	14,5%

Fonte: Livro de Internamentos/UTIP e Protocolo de Óbito. 2007

A tabela 3 evidencia mês a mês os óbitos ocorridos até junho de 2007 e seus respectivos percentuais, sendo que para 124 internamentos, ocorreram 18 óbitos, totalizando 14,5%. No mesmo período (janeiro a junho) de 2006 ocorreram 32 óbitos, o que

prova que no ano de 2007 algumas ações sugeridas aqui foram implantadas, reduzindo o índice de mortalidade. Destes óbitos, seis foram de crianças provenientes de Lages e 12 de crianças de outros municípios (Fig. 6).



Figura 6. Procedência dos pacientes que foram a óbito na UTIP no ano de 2007. Lages, Santa Catarina, 2007.

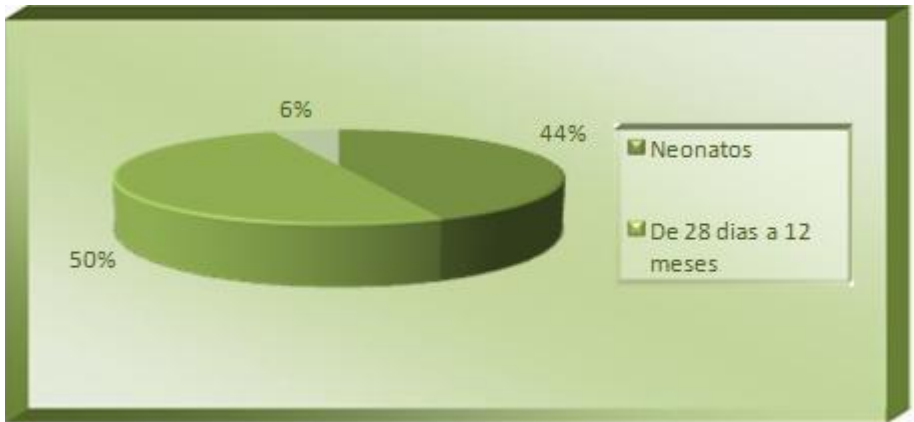


Figura 7. Faixa etária dos pacientes que foram a óbito na UTIP no ano de 2007. Lages, Santa Catarina, 2007.

De acordo com a classificação da faixa etária, dos óbitos ocorridos até junho de 2007, oito foram de neonatos (sendo um procedente de Lages), nove de crianças entre 28 dias e 12 meses e apenas um foi de criança entre 12 meses e 15 anos (Fig. 7).



Figura 8. Sexo dos pacientes que foram a óbito na UTIP no ano de 2007. Lages, Santa Catarina, 2007.

Quanto ao sexo: 11 crianças do sexo masculino e sete do sexo feminino (de acordo com a figura 8). Assim, como no ano de 2006,

os números mostram uma pequena predominância do sexo masculino sobre o feminino.

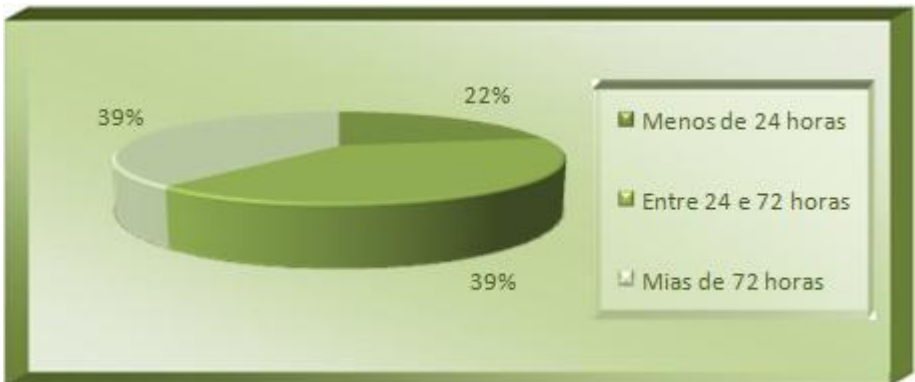


Figura 9. Tempo de permanência dos pacientes que foram a óbito na UTIP no ano de 2006. Lages, Santa Catarina, 2007.

Em relação ao tempo de permanência na UTIP, sete crianças permaneceram entre 24 e

72 horas e outras sete mais de 72 horas (Fig. 9). Quanto às doenças, foi usado o mesmo

critério do usado para o ano de 2006: a doença de base, que acarretando uma série de outras doenças, pode levar ao óbito.

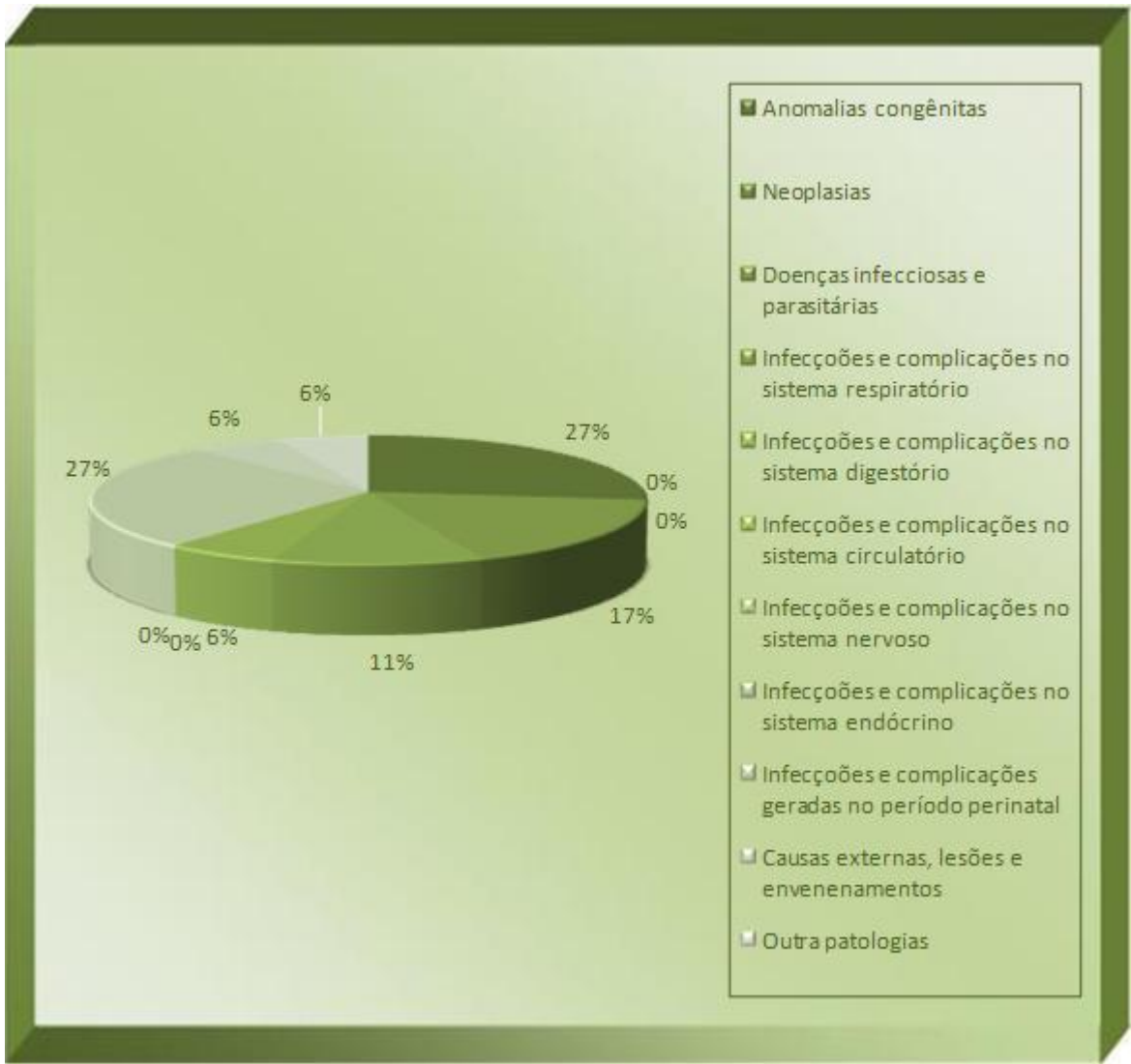


Figura 10. Doenças dos pacientes que foram a óbito na UTIP no ano de 2007. Lages, Santa Catarina, 2007.

As infecções e complicações geradas do período perinatal e as anomalias congênitas foram as principais doenças responsáveis pelos óbitos, cada uma correspondendo a cinco óbitos, como mostra a figura 10.

• Óbitos evitáveis e não evitáveis no ano de 2007

Usou-se o mesmo critério de classificação utilizado para os óbitos de 2006 (Tab. 4).

Tabela 4. Classificação dos óbitos ocorridos na UTIP em evitáveis e não evitáveis. Lages, Santa Catarina, 2007.

Classificação	n
Evitáveis	
Redutíveis por adequado controle na gravidez	00
Redutíveis por adequada atenção ao parto	00
Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces	03
Redutíveis através de parcerias com outros setores	02
Redutíveis por adequado controle na gravidez e adequada atenção ao parto	05
Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces e por adequado controle na gravidez	02
Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces e por adequada atenção ao parto	00
Redutíveis por adequado controle na gravidez e através de parcerias com outros setores	00
Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces e por parcerias com outros setores	00
Não evitáveis	06

Fonte: Ministério da Saúde/Datasus, 2007. Modificado.

Quanto aos óbitos classificados como não evitáveis em 2007, cinco foram por anomalias congênitas severas e um por prematuridade extrema.

DISCUSSÃO

A maioria das 68 crianças que foram a óbito no ano de 2006 e as 18 no ano de 2007 (até junho) são neonatos, o que nos faz refletir

sobre a realização do pré-natal na saúde básica. Além de priorizar as ações de saúde às gestantes no sentido de que o pré-natal seja adequado e eficaz, é necessário que estas gestantes saibam como proceder com os seus bebês no pós-natal para que sejam capazes de identificar qualquer alteração e consigam entender a importância do acompanhamento da equipe de saúde. Afinal, muitas mortes que

ocorrem em crianças com mais de 28 dias são decorrentes de seqüelas do período neonatal.

A grande incidência de doenças de base que acarretaram em óbitos estão classificadas nas infecções e complicações geradas no período perinatal (33% em 2006 e 27% em 2007), provando a necessidade de melhorias no pré-natal e na assistência ao parto.

Quanto ao sexo, 53% dos óbitos de 2006 e 61% dos óbitos de 2007 foram do sexo masculino. Levando em conta que as complicações no período neonatal foram responsáveis pela maioria destes óbitos, podemos relacionar também com o fato de que a prematuridade tem maior incidência em meninos.

De acordo com os dados estatísticos aqui apresentados, a maioria das crianças que foram à óbito na UTI eram procedentes de outros municípios (53 crianças em 2006 e 12 em 2007), fato que preocupa, pois muitas mortes eram evitáveis; porém, a falta de equipamentos, recursos e profissionais nos municípios vizinhos acaba fazendo com que a assistência seja insuficiente gerando graves complicações à estas crianças que são recebidas no Hospital em estados muito graves, não havendo possibilidade de reversão, muitas vezes. Sem contar no transporte inadequado que acontece, mesmo com a advinda do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) para a região, que tem condições de realizar um transporte com segurança.

E em relação ao tempo de permanência, em 2006 44% das crianças que foram à óbito ficaram entre 24 e 72 horas e em 2007 39% ficaram entre 24 e 72 horas e outras 39% mais de 72 horas. O que nos levou à repensar sobre o estado em que estes pacientes são recebidos na UTIP, pois é um período de internamento considerado curto para que ocorram tantos óbitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mortalidade pediátrica ainda apresenta um índice de ocorrência elevado na UTIP, o que é bastante preocupante.

A educação em saúde, neste aspecto, é de extrema importância, pois por meio desta prática, os profissionais da saúde podem interagir com os indivíduos, orientando sobre os cuidados preventivos que devem ser realizados na intenção de diminuir o número de mortes pediátricas.

O Hospital Infantil faz parte do Sistema Estadual de Referência Hospitalar, atendendo todos os municípios da região serrana e também das principais regiões do estado

(podendo, inclusive, receber crianças de outros estados eventualmente).

Estes são problemas que atingem esferas maiores, mas que precisam ser solucionados. Em pleno século XXI, não deveria ser admissível que crianças morram por pneumonia, diarreia e prematuridade, por exemplo.

Os objetivos traçados para este estudo foram alcançados, conseguiu-se identificar os índices de mortalidade pediátrica desta UTIP, classificando os óbitos em evitáveis ou não evitáveis. E, com isto, foram sugeridas algumas ações que podem melhorar estes índices: intensificar os cuidados e orientações no pré-natal; oferecer suporte para esclarecimentos de dúvidas das mães e adequado atendimento ao parto, além de um serviço de saúde composto por equipe multiprofissional que possa prestar assistência à mães, crianças e adolescentes no sentido de prevenir complicações ou identificá-las a tempo de que possam ser solucionadas sem maiores prejuízos. Ainda, seria necessário fazer melhor uso de serviços como o SAMU, que tem um suporte adequado de profissionais e equipamentos para a transferência das crianças de forma segura. Porém, é só o começo.

Concluimos que se as ações sugeridas forem realmente implantadas, os índices de mortalidade pediátrica podem ser reduzidos.

REFERÊNCIAS

1. Alves JGB, Ferreira OS, Maggi RS. *Pediatria*. Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP). 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
2. Einloft L, Zen J, Fuhrmeister M, Dias VLM. *Manual de enfermagem em uti pediátrica*. Rio de Janeiro: Medsi; 1996.
3. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. *Introdução à Epidemiologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
4. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.
5. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
6. Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner e Suddarth - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. 4 v.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus [acesso em 2007 07, 08 e 14 Jul]. Disponível em www.datasus.gov.br

8. Brasil. Ministério da Saúde. [Acesso em 2007 12 Jul]. Disponível em www.saude.sc.gov.br

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2008/10/14
Last received: 2009/01/09
Accepted: 2009/01/10
Publishing: 2009/04/01

Corresponding Address
Camila Neves Sampaio
Rua Santa Cruz, 143 – Centro
CEP: 88501-030 – Lages (SC), Brazil

ANEXO

PROTOCOLO DE ÓBITO

Nome:	
Nº do Prontuário:	
Sexo:	
Raça:	
Procedência (Cidade):	
Data de Nascimento:	
Idade:	
Idade Gestacional (CS e/ou Ballard):	
Peso de nascimento:	
Peso Atual:	
Data e hora de Admissão no Hospital:	
Data e hora de Admissão na UTIP:	
Data do Óbito:	
Hora do Óbito:	
Diagnósticos do Atestado de Óbito:	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
Diagnósticos médicos na UTI:	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
Responsável pelo preenchimento:	
Data do preenchimento:	