

revista baiana de saúde pública

ISSN 0100-0233

MORBIDADE E MORTALIDADE INFANTIL
MORTALIDADE INFANTIL POR BLENFARINGITE
A SAÚDE DA CRIANÇA
RECUPERAÇÃO HOSPITALAR
MOLESTIAS ENDEMICAS EM BAHIA

12 - 4 - OUT/DEZ 1985

secretaria da saúde do estado da bahia

ARTIGOS ORIGINAIS

MORBIDADE E MORTALIDADE NA INFÂNCIA EM UMA ÁREA RURAL DO ESTADO DA BAHIA: UM ESTUDO RETROSPECTIVO DA HISTÓRIA MATERNA

Eduardo Mota *
Raimundo Santana Ribeiro Filho **
Maria da Conceição Nascimento Costa *
Greice Maria de Souza Menezes ***
Vania Regina Maciel de Aguiar ****

Este estudo objetivou descrever as características da morbi-mortalidade na infância, entre 1965 e 1979, em uma população não-selecionada, de uma área rural definida no Município de Castro Alves, Bahia. Um questionário sobre a história de gestações e partos e o estado de saúde dos filhos menores de 15 anos, foi aplicado a um grupo de 113 mães com idade entre 15 e 54 anos. Observou-se que a mortalidade infantil entre 1965 e 1979 foi de 78,9 por 1000 nascidos-vivos, sendo porém menor no período 1977-1979 (67,3) do que nos anos anteriores. A mortalidade neonatal foi maior do que a pós-neonatal, e o menor intervalo entre as gestações associou-se à maior mortalidade infantil. As causas de óbito referidas mais frequentemente pelas mães, foram aquelas do grupo das doenças infecciosas e parasitárias, entretanto, 8,2% dos óbitos em menores de um ano ocorreram por causas ignoradas. Entre as crianças menores de um ano residentes na área no momento do estudo, 25,5% encontravam-se doentes. Os quadros mórbidos mais frequentemente encontrados em menores de 15 anos estavam associados às infecções respiratórias, quadros diarreicos, sarampo, infecções de pele e anemia.

1 – INTRODUÇÃO

As características da condição de vida de grande parte da população residente em áreas de padrão estritamente rural, estão associadas a um elenco de fatores de risco para a manutenção da morbidade e da mortalidade, em níveis eleva-

dos, na infância. Ademais, a predominância de causas ligadas ao grupo das doenças infecciosas e parasitárias em áreas rurais, revela o baixo nível das condições de educação, habitação, nutrição e proteção contra as doenças vacináveis. Em 1980, na região Nordeste, a proporção de domicílios sem abastecimento de água e

* Professores, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

** Médico-Pediatra, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

*** Médica-Sanitarista, Universidade Federal da Bahia.

**** Médica.

sem instalações sanitárias era de, respectivamente, 44,0% e 83,6% sendo mais grave a situação na área rural¹³.

Estudos efetuados no Nordeste pelo IBGE⁴, indicam que fatores como a pouca ou nenhuma instrução materna, o baixo rendimento familiar per capita e a ausência de sistemas de saneamento, expõem as crianças de áreas rurais a riscos muito altos de mortalidade, em contraste com riscos menores em áreas onde são melhores as condições de vida. Neste mesmo estudo, as estimativas de mortalidade até os dois anos de vida, revelaram para a região Nordeste em 1970 e 1977 valores de, respectivamente, 192,3 e 154,7 por 1000 nascimentos. Nestes mesmos anos, a esperança de vida ao nascer, em área rural do Nordeste, foi de 45,9% e 48,2, respectivamente. Yunes e cols.¹⁴ apontam que na região Nordeste em 1969-1970, 24% de todos os óbitos ocorreram por doenças transmissíveis.

Em 1980, a participação no obituario do grupo dos menores de 5 anos foi de 39,1% no Nordeste, cifra superior às observadas no País e nas demais regiões¹³. Mesmo apresentando declínio no período de 1970-1980, a mortalidade infantil no Nordeste foi de 92,6 óbitos por 1000 nascidos-vivos em 1980, sendo as principais causas de mortalidade infantil as doenças infecciosas intestinais, afecções perinatais, doenças do aparelho respiratório e as deficiências nutricionais. Entretanto, a carência de informações mais detalhadas sobre a morbi-mortalidade na infância em áreas rurais não permite uma avaliação precisa das condições de saúde em nosso meio.

Com o objetivo de determinar o padrão de morbidade e de mortalidade na infância, em uma população não selecionada de área rural, foi levantada a história de gestações e partos, e aplicado um questionário sobre o estado de saúde infantil,

a um grupo de mães residentes em uma área geográfica definida.

2 - ÁREA E POPULAÇÃO

O Município de Castro Alves está localizado a 187 km oeste de Salvador, na área de influência da Baía de Todos os Santos. O Censo de 1970¹², revelou uma população de 46.727 habitantes, com 75% de residentes em área rural e uma densidade populacional geral de 19,2 habitantes por km².

A área de estudo, localizada ao sul da sede do Município, tem topografia acidentada, com casas em sua maioria distribuídas esparsamente e localizadas nos pontos altos. A zona de estudo é formada por 10 localidades (unidades geopolíticas tradicionalmente definidas pelos residentes) com área total de aproximadamente 25 km², entre as "fazendas" Morro do Afonso e Boa Paz. O transporte dentro da área e entre a área e a sede do Município depende exclusivamente de estradas não pavimentadas, algumas delas temporárias ou intransitáveis durante a estação chuvosa entre abril e agosto. A área tem um total de 209 casas, sendo de taipa 72% destas⁸, com um ou dois cômodos, abrigando em média cinco pessoas. A Esquistossomose⁶ e a Doença de Chagas⁸ são endêmicas na população estudada. O censo realizado anualmente, como parte de um estudo longitudinal para doenças transmissíveis, revelou que as crianças menores de um ano representam em torno de 3% da população; 45% tem idade inferior a 14 anos e menos de 5% tem mais de 70 anos de idade. Em cada ano aproximadamente 9% da população deixa a área de estudo. Entre os que emigram, a maioria está na faixa de 10 a 39 anos, deslocando-se mais freqüentemente para a sede do Município de Castro Alves e para Salvador (E. Mota, dados não publicados).

A população dedica-se principalmente a cultura de mandioca e fumo, com pequena atividade pecuária.

3 – MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo, de base populacional, foi realizado em dezembro de 1980. Em outubro do mesmo ano foi feito o censo da área, envolvendo todas as famílias, revelando um total de 1.045 habitantes, sendo 249 mulheres na faixa de 15 a 54 anos.

Foi adotado como critério de participação a referência de pelo menos uma gestação ocorrida entre 1965 e 1979. A limitação da análise a este período foi feita para minimizar os efeitos da subin-formação por falha de memória. Do grupo de mulheres entre 15 e 54 anos foram excluídas 136 pelas seguintes razões: 33 por encontrarem-se temporariamente fora da área de estudo, não podendo ser localizadas para a entrevista; outras 86 mulheres informaram não terem tido gestações até 1979, e 15 mulheres referiram gestações somente até 1965. Outras duas mulheres forneceram informações incompletas da história materna.

No grupo de 113 mulheres incluídas no estudo, foi aplicado um questionário para a história materna e estado de saúde infantil. Deste questionário constavam as seguintes informações: gestações por ordem de nascimento, ano em que ocorreu a gestação, idade materna na época do parto, resultado das gestações (perda fetal por idade gestacional, natimortalidade, prematuridade e nascidos-vivos). Para os nascidos-vivos foi questionado o estado de saúde atual (em caso de óbito obteve-se a idade do óbito e a causa referida, e em caso de doença atual, a doença referida e o tempo de doença). As causas dos óbitos e as doenças referidas para as crianças afetadas na época do estudo foram

anotadas literalmente; tanto quanto possível procedeu-se à classificação da afecção referida dentro de grandes grupos de causas. As crianças que apresentavam problemas de saúde foram assistidas durante o estudo por profissional médico.

As 113 mulheres entrevistadas referiram um total de 816 gestações na história materna completa, resultando em 711 nascidos-vivos. Na análise foram consideradas somente as 541 gestações referidas para o período 1965-1979 correspondendo a 469 nascidos-vivos. Encontravam-se na área 400 crianças com idade inferior a 15 anos, filhas do grupo de mulheres entrevistadas. Destas, 370 nasceram entre 1965 e 1979 e outras 30 crianças nasceram em 1980.

4 – RESULTADOS

As 113 mulheres participantes deste estudo apresentaram média de idade (± 1 desvio padrão) de $36,3 \pm 8,9$ anos em 1980.

4.1 – Mortalidade

Do grupo entrevistado, 30 mulheres (26,5%) referiram todos os óbitos de menores de um ano ocorridos entre 1965 e 1979 na área de estudo. As mulheres que referiram óbito infantil apresentaram número médio de gestações (± 1 desvio padrão) de $9,4 \pm 4,2$ em contraste com o grupo de mulheres que não referiu óbitos em menores de um ano, que apresentou número médio de gestações de $6,8 \pm 3,6$ com diferença estatisticamente significativa ($t_{111} = 3,24$; $p < 0,05$). A média de idade (± 1 desvio padrão) da primeira gestação no grupo de mulheres que referiu óbito infantil foi semelhante aquela do grupo que não referiu óbito infantil, respectivamente, $21,3 \pm 2,9$ anos e $21,2 \pm 4,4$ anos,

assim como foi semelhante a idade das mulheres destes dois grupos, em 1980, respectivamente, $37,1 \pm 8,4$ anos e $36,1 \pm 9,1$ ano.

O grupo de mulheres entrevistadas referiu 37 óbitos de crianças menores de um ano, para 469 nascidos-vivos entre 1965 e 1979, o que corresponde a um coeficiente de mortalidade infantil no período de 78,9 por 1000 nascimentos. A mortalidade infantil apresentou variação de ano para ano, entretanto, no período entre 1977 e 1979 observa-se uma mortalidade infantil menor que nos anos anteriores (Tabela 4.1.1).

Entre os nascidos-vivos após 1965 observa-se também a ocorrência de 26 óbitos de crianças com idade entre 1 e 4 anos. Destes, 11 (42,3%) óbitos ocorreram entre 1965 e 1969, 10 (38,5%) entre 1970 e 1974 e outros 5 óbitos entre 1975 e 1979. Registrou-se ainda 2 óbitos de crianças aos 9 e 10 anos, ocorridos, respectivamente, em 1974 e 1976.

A mortalidade proporcional por faixa etária em menores de um ano revelou uma maior frequência de óbitos de crianças com idade inferior a 28 dias, do que no grupo com idade igual ou superior a 28 dias. Entre os óbitos neonatais a maior proporção ocorreu nos primeiros sete dias de vida; de um total de 20 óbitos observados entre 1965 e 1979, 16 ocorreram na primeira semana de vida (Tabela 4.1.2.).

A distribuição da mortalidade infantil por idade materna revelou que o grupo de mães com idade entre 35 e 44 anos apresentou uma frequência maior de óbitos infantís (87,9 por 1000 nascimentos) do que os grupos com 15 a 24 anos (60,2) e com 25 a 34 anos (85,7) (Tabela 4.1.3.).

A ordem da gestação determinou um padrão de mortalidade para óbitos de menores de um ano, referidos na área de

estudo (Tabela 4.1.4.). Assim, a mais baixa mortalidade infantil foi observada no grupo de nascidos-vivos da ordem 1-2 (18,0 por 1000 nascimentos). A ordem de gestação 3-4 apresentou a mais alta mortalidade infantil (122,2) seguida pela ordem 5-6 (100,0) e 7+ (84,3). A distribuição da mortalidade infantil por ordem de gestação, de acordo com os períodos considerados, revela que a frequência de óbitos de menores de um ano entre os nascimentos da ordem 1-2 aumenta entre 1965 e 1979. Para a ordem igual ou superior a cinco gestações, observa-se um aumento entre o primeiro e o segundo períodos e uma diminuição entre o segundo e o terceiro períodos.

O intervalo entre as gestações condicionou um padrão de mortalidade infantil em menores de um ano, representado por um coeficiente maior para os nascimentos com intervalo para a última gestação igual ou inferior a um ano (112,2) e um coeficiente menor para os nascimentos com intervalo igual ou superior a 4 anos (48,8). Os nascimentos com intervalos de 2 e 3 anos apresentaram coeficientes de respectivamente, 60,6 e 68,2. Coeficiente maior de mortalidade infantil para os nascimentos com intervalo igual ou inferior a um ano, foi observado nos três períodos considerados (Tabela 4.1.5).

A distribuição por grupos de causas dos óbitos em menores de um ano revelou que 8,2% dos óbitos tiveram causas ignoradas pela mãe (Tabela 4.1.6). As doenças infecciosas e parasitárias participaram em 29,7% dos óbitos, sendo 82% destes em crianças com idade inferior a 28 dias; neste grupo foram referidos oito casos de tétano ("mal de umbigo"), dois casos de sarampo, e um caso de diarreia febril. As doenças do aparelho digestivo, mais frequentes em menores de seis meses, participaram com 18,9% dos óbitos. Neste

grupo foram classificados os seis casos de diarreia e/ou desidratação afebril.

Entre os 26 óbitos da faixa etária de 1-4 anos, de crianças nascidas entre 1965 e 1979, 11 casos (42,3%) ocorreram por doenças infecciosas e parasitárias (Tabela 4.1.7.). Entre estes foram referidos dois casos de sarampo, três de coqueluche, um caso de poliomielite e quatro casos de diarreia e febre. Causa ignorada figurou em 11,5% dos óbitos nesta faixa etária, e outros 15,4% referiram-se a casos de desidratação e/ou diarreia afebril, classificados como doenças do aparelho digestivo.

Observou-se que as mães referiram desconhecer o estado de saúde de 10 crianças nascidas entre 1965 e 1979, que residiam fora da área de estudo.

4.2 – Morbidade

Como parte do questionário sobre a história de gestação e parto das mães en-

trevistadas, foi questionado o estado de saúde dos menores de 15 anos presentes em cada família. O estado de saúde quando comprometido foi caracterizado quanto à duração e tipo de doença de acordo com as informações prestadas pelas mães.

De um total de 34 crianças com idade inferior a um ano, 8 (23,5%) apresentaram-se doentes (Tabela 4.2.1). Neste grupo, cinco crianças encontravam-se doentes por um período de 7 a 30 dias. Para as 120 crianças da faixa de 1 a 4 anos a proporção de doentes foi de 15,8%, sendo seis com tempo de doença menor que uma semana e seis com tempo de doença entre 7 e 30 dias. Sete indivíduos desta faixa etária encontravam-se doentes por tempo superior a dois meses. Na faixa de 5 a 9 anos havia 126 crianças, com 11,1% doentes no momento do estudo. Cinco destas estavam doentes por um período de 7 a 30 dias, e seis por tempo superior a dois meses.

TABELA 4.1.1
MORTALIDADE INFANTIL POR 1000 NASCIDOS-VIVOS, EM UM
GRUPO DE NASCIMENTOS ENTRE 1965 E 1979,
CASTRO ALVES – BAHIA

Períodos	Número de Nascidos-vivos	Número de Óbitos < 1 ano	Mortalidade Infantil
1965-1967	95	8	84,2
1968-1970	86	7	81,4
1971-1973	91	7	76,9
1974-1976	93	8	86,0
1977-1979	104	7	67,3
TOTAL	469	37	78,9

TABELA 4.1.2
MORTALIDADE PROPORCIONAL POR FAIXA ETÁRIA DOS ÓBITOS
DE MENORES DE 1 ANO NO GRUPO DE NASCIDOS-VIVOS
ENTRE 1965 E 1979
CASTRO ALVES – BAHIA

FAIXA ETÁRIA	TOTAL DE ÓBITOS		PERÍODOS					
			1965-1969		1970-1974		1975-1979	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 – 7 dias	16	43,2	6	50,0	5	38,5	5	41,7
8 – 27 dias	4	10,8	1	8,3	3	23,0	—	—
28 dias					4	30,8	3	25,0
5 meses	11	29,7	4	33,4			4	33,3
6 a 11 meses	6	16,3	1	8,3	1	7,7		
TOTAL	37	100	12	100	13	100	12	100

TABELA 4.1.3
MORTALIDADE INFANTIL POR 1000 NASCIDOS-VIVOS DE ACORDO
COM A IDADE MATERNA NO GRUPO DE NASCIMENTO
OCORRIDOS ENTRE 1965 E 1979
CASTRO ALVES – BAHIA

PERÍODOS	IDADE MATERNA			TOTAL
	15-24	25-34	35-44	
1965-1969	28,6 (1/35)	77,8 (7/90)	181,8 (4/22)	81,6 (12/147)
1970-1974	80,0 (4/50)	109,6 (8/73)	43,5 (1/23)	89,0 (13/146)
1975-1979	62,5 (3/48)	73,2 (6/82)	65,2 (3/46)	68,2 (12/176)
TOTAL	60,2 (8/133)	85,7 (21/245)	87,9 (8/91)	78,9 (37/469)

Entre parênteses: nº de óbitos/nº de nascidos-vivos.

TABELA 4.1.4
MORTALIDADE INFANTIL POR 1000 NASCIDOS-VIVOS DE ACORDO
COM A ORDEM DA GESTAÇÃO EM CRIANÇAS NASCIDAS
ENTRE 1965 E 1979
CASTRO ALVES – BAHIA

PERÍODOS	ORDEM DA GESTAÇÃO			
	1-2	3-4	5-6	7+
1965-1969	— (0/28)	115,4 (3/26)	83,3 (3/36)	105,3 (6/57)
1970-1974	23,8 (1/42)	117,6 (4/34)	266,7 (4/15)	72,7 (4/55)
1975-1979	24,4 (1/41)	133,3 (4/30)	51,3 (2/39)	75,8 (5/66)
TOTAL	18,0 (2/111)	122,2 (11/90)	100,0 (9/90)	84,3 (15/178)

Entre parênteses: n^o de óbitos/n^o nascidos-vivos.

TABELA 4.1.5
MORTALIDADE INFANTIL POR 1000 NASCIDOS-VIVOS EM UM GRUPO
DE NASCIMENTOS ENTRE 1965 E 1979, DE ACORDO COM O
INTERVALO ENTRE O NASCIMENTO E A GESTAÇÃO ANTERIOR
CASTRO ALVES – BAHIA

PERÍODOS	INTERVALO PARA A GESTAÇÃO ANTERIOR (anos)			
	≤ 1	2	3	4+
1965-1969	100,0 (7/70)	76,9 (3/39)	90,0 (1/11)	90,9 (1/11)
1970-1974	142,9 (8/56)	69,8 (3/43)	76,9 (1/13)	— (0/14)
1975-1979	100,0 (7/70)	40,0 (2/50)	50,0 (1/20)	62,5 (1/16)
TOTAL*	112,2 (22/196)	60,6 (8/132)	68,2 (3/44)	48,8 (2/41)

* Exclui-se 56 nascidos-vivos, resultantes de uma primeira gestação; neste grupo ocorreram 2 óbitos em menores de 1 ano.
 Entre parênteses: n^o de óbitos/n^o nascidos-vivos.

TABELA 4.1.6
DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS DE MENORES DE 1 ANO POR GRUPOS
DE CAUSAS E FAIXA ETÁRIA, PARA OS NASCIDOS ENTRE 1965 E 1979
CASTRO ALVES – BAHIA

CAUSAS*	IDADE			Nº	TOTAL %
	0-27 dias	28 dias 5 meses	6-11 meses		
Doenças Infecciosas e Parasitárias	9	1	1	11	29,7
Estado Febril não esclarecido	—	2	2	4	10,8
Doenças do Aparelho Respiratório	—	1	—	1	2,7
Doenças do Aparelho Digestivo	1	4	2	7	18,9
Infecção da Pele	—	—	1	1	2,7
Doenças Congênitas	—	2	—	2	5,4
Afecções Perinatais	7	1	—	8	21,6
Causa Ignorada	3	—	—	3	8,2
TOTAL*	20	11	6	37	100

* Classificadas de acordo com a "causa" do óbito, referida na história materna.

TABELA 4.1.7
DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS DE CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS POR GRUPOS
DE CAUSAS, PARA OS NASCIDOS ENTRE 1965 E 1979
CASTRO ALVES – BAHIA

CAUSAS*	Nº	%
Doenças Infecciosas e Parasitárias	11	42,3
Estado Febril não esclarecido	5	19,2
Doenças do Aparelho Respiratório	2	7,7
Doenças do Aparelho Digestivo	4	15,4
Doenças Congênitas	1	3,9
Causa Ignorada	3	11,5
TOTAL	26	100

* Classificadas de acordo com a "causa" do óbito, referida na história materna.

Foram observadas oito crianças com quadro de incapacidade permanente. Dessas, três apresentavam grave comprometimento do desenvolvimento psico-motor, atestado por observação direta durante a visita do entrevistador, sendo uma delas com idade inferior a um ano e portadora de micro-cefalia, e outras duas na faixa de 10 a 14 anos. Duas crianças na faixa de 5 a 9 anos apresentavam sequela sugestiva de poliomielite, e outras duas crianças na faixa de 5 a 14 anos tinham acentuada diminuição da acuidade auditiva, segundo informação materna e atestada durante as entrevistas.

Os tipos de doenças apresentadas pelas crianças em Castro Alves são mostrados na Tabela 4.2.2. Na faixa etária dos menores de um ano, predominaram as infecções de pele e as infecções respiratórias. No grupo de 1 a 4 anos a diarreia e/ou a desidratação mostraram-se com a maior frequência, seguidas de infecção respiratória e sarampo. As crianças com idade entre 5 e 9 anos apresentaram padrão de doença semelhante ao grupo etário anterior, notando-se a ocorrência de casos de anemia e infecção urinária. As crianças com idade entre 10 e 14 anos apresentaram, principalmente, infecção respiratória, sarampo e anemia.

TABELA 4.2.1
CRIANÇAS DOENTES (NÚMERO E PROPORÇÃO) DE ACORDO COM A DURAÇÃO DA DOENÇA POR FAIXA ETÁRIA CASTRO ALVES – BAHIA – 1980

Idade (Anos)	Total de Crianças	Total Doentes* Nº	%	TEMPO DE DOENÇA (dias)				Incapacidade Permanente Nº
				< 7	7-30	30-60	> 60	
< 1	34	8	23,5	1	5	1	1	1
1- 4	120	19	15,8	6	6	—	7	1
5- 9	126	14	11,1	2	5	1	6	3
10-14	120	10	8,3	2	6	—	2	3

* Não inclui as crianças com incapacidade permanente.

TABELA 4.2.2.
QUADROS MÓRBIDOS REFERIDOS PARA CRIANÇAS RESIDENTE
NA ÁREA DE ESTUDO, POR FAIXA ETÁRIA,
CASTRO ALVES – BAHIA – 1980

	IDADE (ANOS)			
	< 1 (n = 34)	1-4 (n = 120)	5-9 (n = 126)	10-14 (n = 120)
Infecção de Pele	2	1	0	0
Infecção Respiratória	2	3	3	3
Doenças do Ap. Digestivo	1	—	—	—
Diarréia e/ou desidratação	1	4	4	1
Parasitoses intestinais	—	1	—	—
Anemia	—	1	2	2
Asma	—	2	—	—
Infecção Urinária	—	—	1	—
Infecção do Ouvido	—	2	—	—
Sarampo	1	3	3	3
Varicela	—	2	—	—
Estado Infeccioso não esclarecido	—	—	1	—
Traumatismo	1	—	—	1
Incapacidade Permanente	1	1	3	3
TOTAL	9	20	17	13

5 – DISCUSSÃO

Os resultados apresentados neste trabalho, demonstram que a área em estudo, apresentou um elevado coeficiente de mortalidade infantil (78,9 por 1000 nascidos-vivos) no período de 1965 a 1979, exibindo uma tendência decrescente. Entretanto, por se tratar de uma área rural, onde se espera serem piores as condições de vida e de atenção à saúde, esta taxa não parece ser tão alta quanto se poderia esperar, principalmente se comparada com aquela do Brasil em 1977⁴ e de

Salvador de 1970 a 1979¹, que estiveram em torno de 85,2 e 90,0 por 1000 nascidos-vivos, respectivamente. É possível que tenha ocorrido uma sub-estimação decorrente de falha de memória da mãe, em virtude de se tratar de um estudo retrospectivo e também do seu desconhecimento dos óbitos de crianças que sobreviveram apenas alguns minutos ou talvez horas após o nascimento.

Outro aspecto interessante diz respeito a uma maior proporção de óbitos ocorridos no período neonatal, distribuição esta, característica das regiões mais desen-

volvidas. Sabe-se que nas zonas rurais, é baixa a cobertura de atenção ao parto, ou seja a população rural além de mais vulnerável a danos perinatais não recebe cuidados adequados por parte do pessoal técnico, nem os benefícios da tecnologia moderna⁹ além disso, as precárias condições em que vivem fazem com que as causas de óbitos mais comuns ao período pós-neonatal, aquelas decorrentes das condições ambientais adversas, atuem desde os primeiros dias de vida da criança. Também o baixo peso ao nascer pode ser apontado como um fator que desempenha um papel importante na determinação da mortalidade neonatal¹⁰. Deste modo, estas áreas podem apresentar uma distribuição percentual da mortalidade infantil semelhante as regiões desenvolvidas embora por razões bastante diferentes.

A idade materna e a ordem de nascimento também têm sido citadas como fatores que influenciam na mortalidade infantil e neonatal. Vários estudos^{5, 11}, têm demonstrado que a mortalidade infantil é mais elevada nas idades extremas, ou seja, entre as mães menores de 20 anos e maiores de 35 anos, e mais baixa nas idades 25-29 anos. Contudo aqui, o padrão diferiu, sendo a mortalidade infantil mais elevada justamente no grupo de mães de 25-34 anos que nos grupos de 15-24 e 35-44 anos. É possível que esta aparente discrepância se deva ao acaso por questões referentes ao número de mulheres entrevistadas.

Com relação ao intervalo entre as gestações e a ordem de nascimento, os resultados estão de acordo com a literatura existente, reafirmando o fato já conhecido de que a mortalidade infantil se eleva a medida que diminui o intervalo entre os nascimentos¹¹ e que a ordem de nascimento ocupa posição mais alta. As taxas de mortalidade infantil entre as crianças que ocuparam o 5.^o lugar e posi-

ções posteriores na ordem de nascimento foram de 90,0 por 1000 nascimentos em Monterrey, México, e 160,3 por 1000 nascimentos em El Salvador. Estes valores foram mais que o dobro daqueles verificados para os primeiros produtos da história de gestações¹².

Entre as causas que levaram ao óbito infantil, as causas desconhecidas obtiveram uma grande proporção, o que provavelmente resultou do fato de ter sido a própria mãe a fonte de informação. A seguir vieram as doenças infecciosas e as doenças do aparelho digestivo (inclusive diarreia afebril), causas estas que também no Brasil e suas regiões menos desenvolvidas ocupam a primeira posição^{6, 7, 10}. Em 1980, os dados consolidados em publicação do Ministério do Interior¹³ apontam que as enterites e outras enfermidades diarreicas foram responsáveis por 35,9% dos óbitos de menores de cinco anos no Nordeste; as demais doenças infecciosas e parasitárias responderam por outros 16,6% dos óbitos nesta faixa etária.

No que diz respeito a mortalidade no grupo de crianças de 1 a 4 anos, não foi possível quantificá-la, face a não disponibilidade da população desta faixa etária, assim como do número total de óbitos. Pode-se apenas observar que como nos menores de um ano, o número de óbitos desta faixa de idade vem diminuindo, e também que as doenças infecciosas e parasitárias e as doenças do aparelho digestivo foram as mais referidas como causas de óbito.

Quanto à morbidade exibida pelas crianças residentes na área de estudo, constata-se que prevaleceram as infecções respiratórias, as diarreias e/ou desidratação e o sarampo. O percentual de doenças diminuiu com o aumento da idade das crianças, e entre os menores de um ano predominaram as infecções respiratórias

e de pele, enquanto que as diarréias e/ou desidratação, o sarampo e as infecções respiratórias foram as mais freqüentes entre as crianças de 1 a 4 anos. Caso a amamentação seja uma prática freqüente nesta área, poderia ser uma das razões que pudesse explicar a menor prevalência de diarréia entre menores de 1 ano.

SUMMARY

The study was carried out in 1980 in a nonselected population, living in a defined rural area of the Castro Alves County, state of Bahia, Brazil, with the objective to describe the characteristics of infant morbidity and mortality, from 1965 to 1979. A group of 113 mothers aged 15 to 54 years old were interviewed for their history of pregnancies and the health status of children aged less than 15 years old. The overall infant mortality rate for the study period was 78.9 per 1000 live-births. Although it was observed variation from year to year, the infant mortality rate for the period 1977-1979 of 67.3 was lower than those of the preceding years. Neonatal mortality was higher than post-neonatal mortality. In addition, it was observed that the smallest birth interval was associated to the highest infant mortality rate. The parasitic and infectious diseases were the most frequent cause of infant death, as referred by the mothers, however, some 8.2% of infant deaths had unknown causes. Among resident children aged less than one year, 25.5% presented illnesses at the moment of the study. The most frequent illnesses presented at all ages were respiratory infections, diarrhoeal diseases, measles, skin infections and anemia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOLETIM TRIMESTRAL DO CEPRO. Salvador, Centro de Estatística e Processamento de Dados de Secretaria de Saúde, v.2, n. 1, set. 1981. 39p.
2. ESTRUTURA da mortalidade em 1979. *RADIS: Dados*, Rio de Janeiro, 1(5):1-8, jun. 1983.
3. ESTRUTURA da mortalidade em 1980. *RADIS: Dados*, Rio de Janeiro, 1(6):1-4, nov. 1983.
4. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: características sócio-demográficas, 1970-1977*. Rio de Janeiro, 1982. 424p.
5. LAURENTIN, A. R. & BENOIT, D. Infant. mortality and birth interval. *Popul. Stud.* 30(2):279-83, 1976.
6. LEHMAN, J. S. et alii. The intensity and the effects of infection with schistosoma mansoni in rural community in Northeast Brazil. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 25:552-62, 1976.
7. MORTALIDADE nas capitais brasileiras, 1930-1980. *RADIS: Dados*, Rio de Janeiro, 1(6):1-4, nov. 1983.

8. MOTT, K. L. et alii. House construction, triatomine distribution, and household distribution of seroreactivity the *Trypanosoma Cruzi* in a rural community in Northeast/Brazil. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 27:1116-22, 1978.
9. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Las condiciones de la salud em las Américas, 1973-1976. Washington, 1978. 329p. (Publ. Ci., 364).
10. PUFFER, R. R. & SERRANO, C. V. *Características de la mortalidad en la niñez*. Informe de la Investigación Interamericana de Mortalidad en la niñez. Washington, OPS/OMS, 1973. 490p.
11. _____. Birthweight, maternal age and birth order: three important determinants in infant mortality. Washington, OPS/OMS, 1975. 43p. (Publ. Ci. 294).
12. SINOPSE PRELIMINAR DO CENSO DEMOGRÁFICO, 7. Recenseamento geral, 1970, v. n. Rio de Janeiro, 1971.
13. SUPERINTENDÊNCIA DO DESENVOLVIMENTO DO NORDESTE. (SUDENE). Divisão de Estudos e Diagnósticos. Saúde e Nutrição. In: _____. *Aspectos do quadro social do nordeste*. Recife, 1985. p. 141-62.
14. YUNES, J.; SORENZE, J.; RONCHEZEL, V. S. Tendência da mortalidade por causas no Brasil. *Rev. bras. Estat.*, 36(142):257-80, 1985.