

Estudio epidemiológico de la mortalidad por infecciones del aparato respiratorio en menores de 5 años en la región de Butantã, São Paulo, Brasil

*Anna Maria Chiesa¹
Maria Rita Bertolozzi¹
Alumnos EPC 1995²*

Resumen

Se presentan datos referentes a la mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años, ocurridas entre 1993 y 1994, en la región del Distrito de Salud del Butantã, São Paulo.

Se trata de una investigación desarrollada por alumnos de graduación del curso de Enfermería de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, bajo la orientación de docentes del Departamento de Enfermería en Salud Colectiva.

En la región estudiada, las IRA ocupaban el 4º lugar como causa de muerte de menores de 5 años. A través de encuestas a domicilio, se pueden conocer las condiciones de vida y de salud de las familias en las que ocurrieron los fallecimientos. Se discuten los determinantes sociales que incidieron en la enfermedad concernida y se proponen modificaciones en la asistencia prestada por las Unidades Básicas de Salud.

¹ Profesora Ayudante del Departamento de Enfermería en Salud Colectiva de la Universidad de São Paulo.

² Asignatura de Enfermería Preventiva y Comunitaria de la Universidad de São Paulo, grupo marzo/abril de 1995.

Introducción

Las enfermedades respiratorias de la infancia constituyen cada vez más un motivo de preocupación para los profesionales de la salud, debido a su morbilidad elevada en términos mundiales y a su elevada mortalidad en los países del tercer mundo.

Varios estudios han demostrado que el aumento de la incidencia de estas enfermedades respiratorias en el ámbito mundial está relacionado tanto con el proceso de urbanización creciente, que altera la calidad del aire a consecuencia del deterioro del medio ambiente, en virtud de un desarrollo tecnológico desenfrenado, como con el proceso de socialización precoz del niño, que permanece en ambientes colectivos por periodos prolongados (1).

A pesar de que los indicadores de morbilidad presenten una cierta homogeneidad de distribución en las diferentes regiones del mundo, exceptuando las diferencias percibidas entre la zona rural y la urbana, no ocurre lo mismo con la mortalidad. En lo concerniente a este último aspecto, las diferencias son marcadas en cuanto a su magnitud y, en los países más pobres, se observa que los niños mueren más por neumonías de origen bacteriano, las cuales son susceptibles de control con la terapia antibiótica adecuada.

En Brasil, las enfermedades respiratorias son responsables de aproximadamente un 10% de los fallecimientos entre los menores de 1 año, siendo las neumonías bacterianas predominantes en este grupo. En São Paulo, a pesar de tratarse del Estado que posee los mejores índices de supervivencia para la población de 0 a 6 años de edad (2), la mortalidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) también es significativa, llegando a ocupar el tercer lugar para la población infantil. Las enfermedades respiratorias constituyen, en el grupo de 0 a 1 año, la segunda causa de muerte y, en el grupo de edades entre 1 y 4 años, la primera causa de muerte.

Un análisis global de esta problemática debe articularse en torno a la comprensión de la estructuración de los sistemas de salud de los países, así como al reconocimiento de que las diferencias mencionadas anteriormente no pueden ser discutidas fuera del contexto del proceso de formación de las sociedades y de sus respectivos modos de producción.

La red pública de salud brasileña, en sus diferentes grados de complejidad, afronta serios problemas de orden financiero, gerencial y de adecuación de la asistencia, lo que contribuye aún más al mantenimiento de los índices de morbilidad y de mortalidad en rangos elevados.

En concomitancia con esta situación, se vive la tarea de implementación del Sistema Único de Salud (SUS), creado a partir de la Ley 8.080, de 1988, que preconiza, en lo tocante a la organización de la atención de la salud, entre otras directrices, el fortalecimiento del nivel local como puerta de entrada del sistema y responsable de la vigilancia de la salud de la población bajo su administración.

Dicha situación coloca a los profesionales de la salud, que actúan a ese nivel, ante el desafío de buscar estrategias que permitan el reconocimiento de los perfiles epidemiológicos, que caracterizan a la población y la implementación de acciones de alcance colectivo que tengan impacto sobre los mismos.

No hay duda de que la transformación del panorama de la morbilidad y de la mortalidad es un horizonte a alcanzar a través de los esfuerzos del área asistencial y del aparato formador de recursos humanos. En este sentido, la universidad, ante el compromiso de buscar una vivencia social integrada de salud y de acercar los mundos de la escuela y del trabajo, de la ciencia y de la realidad social (3), debe dotar de instrumentos a los profesionales para el desempeño de una acción transformadora, orientada hacia las necesidades de salud identificadas de forma concreta.

La Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo asumiendo ese compromiso, a través del Departamento de Enfermería en Salud Colectiva, viene realizando algunas actividades para el control de las IRA. El presente trabajo tiene por fin divulgar una experiencia de investigación desarrollada dentro de la asignatura de Enfermería Preventiva y Comunitaria, con los alumnos del 4º curso de graduación.

Esa asignatura adopta, como teoría para explicar la causa del proceso de salud-enfermedad, la Teoría de la Determinación Social. Según dicha teoría, el proceso de salud-enfermedad se deriva de la forma en que las personas se integran en el sistema de producción.

Por lo tanto, este trabajo tiene por fin la divulgación de un estudio epidemiológico que investigó las condiciones de vida y de salud de las familias en las que tuvieron lugar los fallecimientos por infecciones del aparato respiratorio de niños menores de 5 años, durante los años 1993 y 1994, buscando comprender las determinantes sociales que inciden en la enfermedad en cuestión, para proponer modificaciones en la asistencia proporcionada por las Unidades Básicas de Salud (UBS).

Se establecieron como objetivos del estudio:

- verificar los determinantes que llevan a la enfermedad y a la muerte por IRA, en niños de 0 a 5 años de edad de la región vinculada al Distrito Sanitario (DS) del Butantã (subdistritos Raposo Tavares y Vila Sônia);
- identificar informaciones relativas a las condiciones de existencia y del proceso salud-enfermedad de las familias en las que ocurrieron los fallecimientos.
- proponer modificaciones en la atención sanitaria proporcionada.

Materiales y métodos

El ámbito de estudio

El Distrito Sanitario del Butantã está ubicado en la región oeste del Municipio de São Paulo y compone, junto con los Distritos de Salud de Lapa y Pinheiros, la Administración Regional de Salud 2 (ARS2), de la Secretaría Municipal de Salud.

El presente estudio se llevó a cabo en el área de acción de 4 UBS pertenecientes al DS. Butantã: Paulo VI, São Jorge; Vila Borges y Jardim Jaqueline. El distrito del Butantã contaba en la época con un número absoluto de 57.772 habitantes y una densidad demográfica de 46,22 hab/km².

En lo que concierne a la distribución de la población por grupos de edad y por área de acción de la UBS, los datos son los siguientes:

- UBS Paulo VI (10,2%), 2.851 eran niños menores de 5 años en una población total de 27.898 habitantes;
- UBS São Jorge (10,8%), 3.591 eran niños menores de 5 años en una población total de 33.178 habitantes;
- UBS Jd. Jaqueline (10,8%), 3.211 eran niños menores de 5 años en una población total de 29.465 habitantes;
- UBS Vila Borges (10,2%), 2.749 eran niños menores de 5 años en una población total de 26.908 habitantes.

Con el fin de reflejar, aunque sea parcialmente, la realidad de esa población, se presentan a continuación algunos indicadores socioeconómicos.

En el área de acción de las UBS estudiadas se constató que 25% de la población percibía hasta 4 salarios mínimos (sm)³; 25,7% de la población percibía de 4 a 8 sm; 25,1% percibía de 8 a 15 sm; 21,8% percibía de 15 a 30 sm y 2,4% percibía más de 30 sm.

En el área de acción de la UBS Jardim Jaqueline, se constató que 24,1% de la población recibía hasta 4 sm; 13,3% percibía de 4 a 8 sm; 21,3% percibía de 8 a 15 sm; 20% percibía de 15 a 20 sm y 21,3% de la población percibía más de 30 sm.

En lo tocante a los empleos por sector de actividad, se constató que el sector público era significativo. En relación a algunos datos sobre instituciones públicas de enseñanza, apenas había 7 escuelas estatales de estudios secundarios. A fin de identificar el déficit que representaba este número, hay información de que serían necesarias más de 11 escuelas de primera y segunda enseñanza y 5 escuelas de educación infantil.

En relación a algunos datos sobre morbilidad y mortalidad en la región, las anomalías congénitas, las causas externas y las afecciones perinatales se revelaron como las 3 primeras causas de muerte de los niños menores de 5 años, mientras que las enfermedades relacionadas con el aparato circulatorio ocupaban en esa época la 4ª principal causa de muerte en el grupo de edad anteriormente mencionado.

Las enfermedades respiratorias en el Distrito Sanitario de Salud del Butantã son responsables del 11,9% del total de defunciones ocurridas en 1992, siendo la 4ª principal causa de muerte. El riesgo de morir por este grupo de causas en el distrito de referencia fue de 5,3/10.000. Los grupos de edad de menores de 1 año y de 5 años y más son los que presentaron el mayor riesgo de muerte por este grupo de causas: 30,7 y 31,1%/10.000 respectivamente (NEPI-DS Butantã - julio de 1994).

³ Salario mínimo, a partir de julio de 1994, correspondía a R\$ 100,00, equivalente a aproximadamente US\$ 110,00.

Según los datos del Núcleo de Epidemiología del D.S. Butantã, las muertes por enfermedades del aparato respiratorio se distribuían en aquella época de la manera siguiente:

- UBS Paulo VI: 8,2%
- UBS São Jorge: 10,8%
- UBS Jd. Jaqueline: 12,4%
- UBS Vila Borges: 13,2%

La tasa de fallecimientos de niños menores de 5 años fue la siguiente, por UBS en el DS Butantã:

- UBS Paulo VI: 8,2%
- UBS São Jorge: 11,7%
- UBS Jd. Jaqueline: 9,3%
- UBS Vila Borges: 13,2%

Las variables del estudio fueron definidas teniendo como base el conocimiento teórico acumulado anteriormente y como referente explicativo de la Teoría de la Determinación Social del Proceso de Salud-Enfermedad.

Tenemos, por lo tanto, que la morbilidad y la mortalidad para esas enfermedades no se explican solamente a partir del estudio de las causas biológicas, sino también de las condiciones de vida y de existencia a las que está sujeta la población, es decir, la forma de inserción del individuo en la sociedad determina a qué enfermedad está sujeto y a qué tipo de servicios tiene acceso.

Partiendo de esta premisa, se seleccionaron las siguientes variables:

a) Variables referentes al individuo/familia

- edad
- renta
- ocupación
- vínculo laboral/contrato laboral
- escolaridad
- procedencia
- tipo de parto
- peso al nacer
- lactancia materna/tiempo
- inmunizaciones
- persona que se ocupaba del niño la mayor parte del tiempo
- seguimiento de la salud
- problemas de salud anteriores al fallecimiento
- tipos de servicios de salud utilizados por la familia

b) Variables referentes al ambiente:

- tipo de habitación
- tabaquismo pasivo
- confinamiento
- polución interna/externa
- agua corriente
- tipo de baño
- presencia de animales doméstico de pelo o pluma

Etapas del desarrollo del estudio

El Municipio de São Paulo lleva algunos años sistematizando los datos de mortalidad mediante el Programa de Perfeccionamiento de Informaciones sobre Mortalidad (PRO-AIM). A partir de estos datos sobre muertes ocurridas en el Distrito del Butantã, en el periodo de 1993 a 1994, se observó que las IRA representaban la 4ª causa de muerte de niños de edades comprendidas entre 0 y 5 años. La recolección de datos se realizó utilizando la encuesta a domicilio en las familias en las que había ocurrido la defunción, mediante la aplicación de un formulario. Antes de la aplicación de la encuesta, fue realizado un test previo.

De los 35 fallecimientos (32 encontrados a través del PRO-AIM y 3 encontrados a través del registro en la UBS São Jorge), 20 pertenecían al área de acción de las UBS Jd. Jaqueline y Vila Borges, y 15 al área de acción de las UBS São Jorge y Paulo VI. De todos estos casos, se encontraron 10 familias, 2 familias se negaron a responder y 23 no fueron localizadas por diferentes motivos: cambio de dirección, datos incorrectos y dirección inexistente.

El distrito de Butantã está ubicado cerca de un centro de gran valoración inmobiliaria, próximo al centro de la ciudad. Esto puede explicar la gran rotación de la población local, puesto que las familias con menor poder adquisitivo están siendo alejadas hacia la periferia, en razón del alto costo de los arrendamientos o por la adquisición de inmuebles, lo cual se puede comprobar en los 35 casos registrados en la lista del PRO-AIM, de los 23 que no fueron localizados por cambio de domicilio.

Otro punto que demuestra esta movilidad es el hecho de que la mayor parte de las familias vivían en la residencia desde hacía menos de 6 años, lo que terminó por dificultar el registro de datos.

Discusión de los resultados

De las defunciones ocurridas, se pudo comprobar que 6 eran niñas y 4 niños. Respecto a la edad de los niños fallecidos, se constató que 7 se encontraban en el grupo de edad meta de los programas de salud infantil.

Cuando se preguntó a los responsables de los niños acerca de la búsqueda de atención sanitaria, se observó que 8 de los niños tenían un seguimiento regular. De éstos, 7 lo hacían a través del servicio de puericultora y 1 debido a episodios de enfermedad. Por lo tanto se trataba de niños que tenían adhesión al sistema de salud del nivel local y que la enfermedad hubiera podido ser controlada durante el desarrollo de los programas de asistencia.

En lo que concierne a la procedencia del cabeza de la familia de los fallecidos, la mayoría era del propio Estado de São Paulo.

En cuanto a la escolaridad de los padres, la mayoría no había completado la enseñanza de primer grado, aunque algunos habían cursado algunos estudios de segundo grado.

Además, cabe destacar la presencia de dos madres, cabeza de familia, analfabetas. Este dato reviste una importancia fundamental en lo relativo a la práctica asistencial que, en general, esquematiza los procedimientos terapéuticos en informaciones escritas, a menudo de difícil comprensión para los usuarios.

La mayoría de los cabezas de familia trabajaba en el sector terciario - prestación de servicios, funcionariado público, comercio, aunque sólo 50% estaba registrado oficialmente. Los demás eran trabajadores autónomos o no estaban registrados, habiendo, además, dos casos que no supieron contestar. La importancia de consignar el ítem del tipo de contrato laboral está vinculada a la existencia de derechos laborales como: cesta básica, vale de transporte, convenios, vacaciones remuneradas, paga extraordinaria, descanso semanal, baja por maternidad y paternidad, vale de comida y afiliación sindical. Todos estos aspectos van a modificar el cuadro de salud-enfermedad de esa familia.

En cuanto a la variable de la renta familiar de la población meta, se encontraba distribuida de la siguiente forma:

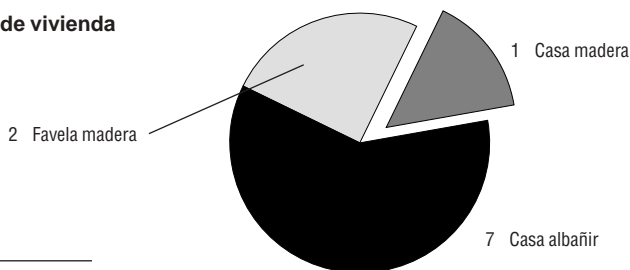
- 3 familias tenían una renta per capita de 0 a 1 sm;
- 2 familias tenían una renta per capita de 1 a 2 sm;
- 3 familias tenían una renta per capita de 2 a 3 sm;
- 1 familia tenía una renta per capita de 3 a 4 sm.

A pesar de que los resultados hallados revelan un relativo poder adquisitivo en comparación con otras regiones del país, la variable de renta ofrece una aproximación imperfecta a la pobreza, pues el mismo nivel de renta puede encubrir perfiles diferenciados de consumo y, por tanto, de condiciones de vida muy diversas (NEPI, 1991).

En relación a las condiciones de vida y de existencia, se constató que: gran parte de la población estudiada vivía en una casa de albañilería¹; que hay divergencias en lo referente a las opiniones del entrevistado y del observador respecto a las condiciones de vivienda. Este último dato se obtuvo en base a dos parámetros: la evaluación del entrevistado sobre la ventilación, la iluminación y la presencia de humedad y la evaluación del observador respecto a los mismos aspectos.

En lo que concierne al ítem “humedad”, llama la atención que 4 casas fueron clasificadas como “buenas” y cuatro como “malas por el observador. La opinión sobre la condición *no procedía* del conjunto de preguntas relativas a la observación del encuestador, puesto que el mismo no obtuvo permiso para entrar en el domicilio. Dada la importancia del factor humedad para que perduren los procesos patológicos del

Tipo de vivienda



1 Albañilería: ladrillo, piedra, etc.

tracto respiratorio es relevante el hecho de que fue este aspecto el que mayor discrepancia ocasionó entre la evaluación del entrevistado y la del entrevistador.

La mayoría de la población estudiada tenía cuarto de baño interior y para uso exclusivo de la familia. El objeto de esta pregunta era averiguar si el baño era exterior, puesto que el niño al salir del baño quedaría expuesto al frío. Según la fundación SEADE, en un estudio sobre las condiciones de vida, en 1990 (4), fueron clasificadas como viviendas precarias aquellas que tuvieran baño colectivo. En dos casos del presente estudio, se verificó esta condición de precariedad, lo cual también resulta considerable en una población de 10 familias.

Al analizar el conjunto de factores y las condiciones de vivienda de estas familias estudiadas, se reconocen algunos que son nocivos para el ambiente y que pueden revelarse como potencial de riesgos y no de beneficios.

Sería interesante resaltar que, incluso con un tipo de vivienda regular (albañilería), hay patrones que condicionan la enfermedad en el caso de las de índole respiratoria, tales como la iluminación, la humedad y la ventilación inadecuadas. Existen, por lo tanto, malas condiciones ocultadas por una casa de construcción de albañilería. Así, un factor relevante a tener en cuenta es que estas casas son de “autoconstrucción” y que, por lo tanto, están siempre inacabadas o en reformas.

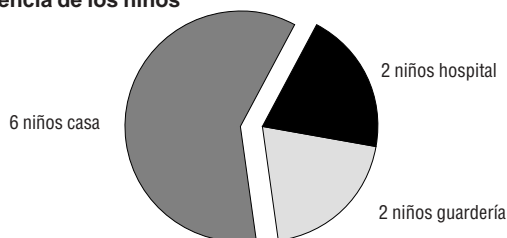
Por consiguiente, es necesario que los técnicos en salud consideren estos factores en la práctica asistencial, valiéndose del transcurso de la misma como espacios en los que se puede compartir los conocimientos, descodificando junto con los pacientes, los factores de riesgo y no sólo la difusión de consejos incompatibles con la realidad local.

En relación a algunos aspectos referentes a las condiciones ambientales se recogieron, entre otros, datos sobre la contaminación interior y exterior. El hábito de fumar es un factor de riesgo en el desarrollo de las IRA. Según un informe de la OMS (5), incluso hay evidencias de que el tabaquismo pasivo compromete la función pulmonar. El humo del tabaco contiene determinados agentes químicos que promueven la diferenciación celular a nivel de la tráquea, los bronquios y los bronquiolos, interfiriendo así en las funciones cuyo objetivo es impedir la entrada de microorganismos patógenos (6). El humo actúa interrumpiendo la actividad mucociliar y de los macrófagos (7).

En un estudio citado en documentos de la reunión de los expertos en IRA, en 1991, se observó que 50% de los niños que habían sido hospitalizados por neumonía pertenecían a familias cuyos padres fumaban. En el presente estudio, se verificó que en 6 de las familias en las que había ocurrido un fallecimiento existía al menos un fumador.

Respecto a la contaminación exterior, las 10 familias entrevistadas refirieron que había recogida de basuras. En cuanto a la presencia de industrias en un radio de 1 km., la mayoría afirmó que no existían industrias cercanas, siendo que 3 familias residían en las proximidades de una industria química y 1 familia vivía cerca de una industria metalúrgica. Se puede concluir, a pesar de la exigüidad de las informaciones, que había un riesgo mayor para el desarrollo de las IRA, especialmente debido a la presencia de industrias en la zona.

Lugar de permanencia de los niños



En lo concerniente a algunos datos específicos que reflejan la exposición de los niños a algunos factores que podrían incidir en el aumento de las IRA, se advirtió que la mayoría de los niños (6) permanecía en casa con la madre la mayor parte del tiempo. Solamente dos frecuentaban una guardería, que puede ser considerada como un “locus” de mayor exposición. Otros dos fallecieron sin conseguir el alta posparto. De los 8 niños que residían con sus padres, 5 compartían el dormitorio con otras dos personas y 3 lo hacían con 3 e incluso 6 personas más.

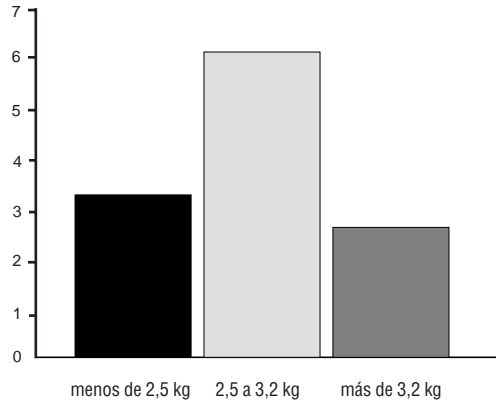
Se concluye por ende que el ítem de mayor peso fue el referente al número de personas que dormían en la misma habitación y no el ambiente en el que permanecían la mayor parte del día.

En el intento de obtener información sobre el tipo de establecimientos de salud a los recurrían las familias en caso necesario, se observó que la mayoría frecuentaba unidades básicas de salud. Este dato revela la dependencia de la población estudiada de la asistencia pública. Paradójicamente, lo que se ha encontrado en la práctica cotidiana de la asistencia es que el nivel primario de salud ha orientado sus acciones hacia aquellas curativas/terapéuticas e individualizadas que fragmentan la asistencia. En este sentido, hacer viable el Sistema Único de Salud (SUS) es la estrategia principal para recuperar la calidad y la efectividad de la asistencia. Ofrecer un modelo asistencial de atención integral orientado a las acciones de prevención, promoción de la salud y rehabilitación es una necesidad que se impone en el sentido de hacer valer el artículo 196 de la Constitución Federal de 1988, que reza que la salud es un derecho de todos y un deber del Estado.

En relación a la variable del peso al nacer, conforme se puede apreciar en el gráfico, 3 niños presentaron bajo peso al nacer, dato significativo en relación a la población estudiada, justificando así un seguimiento pediátrico más riguroso, además de otras estrategias, tales como visitas domiciliarias y consultas de enfermería, entre otras medidas que podrían estar siendo utilizadas para orientar y prevenir posibles complicaciones.

Según un estudio realizado en Brasil y en la India (5), se observó que los niños con bajo peso al nacer tiene mayor probabilidad de fallecer por neumonía, durante el periodo de lactancia. Esto se debe a que dichos lactantes serán más susceptibles a las infecciones. Es un hecho comprobado que la supervivencia del recién nacido está directamente vinculada al peso al nacer, ya que éste se relaciona con el tiempo de gestación y con la calidad del crecimiento intrauterino (6).

Peso al nacer



La mayoría de los niños nació en hospitales, mereciendo destacar el hecho de que, a pesar de poder contar con una maternidad en la localidad de residencia de la población estudiada, se refirió el caso de 1 niño nacido en el domicilio.

En cuanto al importante dato de la lactancia, se advirtió que 7 niños fueron amantados. Sin embargo, al averiguar las condiciones prácticas de la lactancia, se observó que la duración fue de menos de 2 meses para 5 niños y de 4 a 6 meses para sólo 2 niños. Otro dato que cabe destacar es que la mayoría de los niños recibieron lactancia mixta.

El alimento ideal en los primeros meses de vida es la leche materna, pues atiende a las características del desarrollo de los sistemas gastrointestinal y neuropsicomotor, además de responder a las necesidades nutritivas del niño. Desempeña un papel protector en la reducción de enfermedades infecciosas graves durante el periodo de la lactancia, al poseer células de defensa contra muchos tipos de agentes infecciosos (6).

En estudios realizados en Brasil, se constató que para los niños que no habían recibido lactancia materna el riesgo de morir de neumonía durante el primer año de vida se había triplicado (5).

Al contrastar los datos del presente estudio con los relativos a la edad del fallecimiento, se observó que la mitad de los niños estudiados tenía menos de 6 meses y habían tenido lactancia materna menos de 2 meses, con el agravante de haber recibido lactancia mixta. Estos datos nos permiten concluir que fue de gran importancia en el estudio del problema el factor de la lactancia materna, ya que ésta fue realizada de manera inadecuada.

La adhesión a la lactancia materna debe ser trabajada desde la fase prenatal, ya que reviste una complejidad por cuestiones de género y económicas, entre otras. Es imprescindible, por lo tanto, proponer programas multidisciplinarios que incentiven la lactancia materna desde la fase prenatal, no con la intención de obligar sino de estimular a la mujer, sin olvidar su realidad, sus temores y preocupaciones.

En relación a la cobertura de vacunación, se constató que todos los niños, excepto los dos que fallecieron en el hospital, estaban al día, lo cual es relevante cuando se discute el tema como potencial factor de riesgo para el desarrollo de las IRA.

Al considerar la presencia de alérgenos como otro factor potencial de riesgo para las IRA, se advirtió que de los 5 casos que poseían animales domésticos de pelo o pluma, ningún niño tenía contacto con ellos.

En lo concerniente a la morbilidad referida a toda la vida de los niños, se constató que 6 niños habían tenido episodios de resfriado antes de morir, de ellos 5 padecieron 1 episodio y 1 padeció 3; 5 niños tuvieron 1 neumonía anterior a la causante del fallecimiento, de ellos 2 padecieron 1 episodio, 2 padecieron 2 y 1 tuvo 3 episodios. Dos niños habían presentado otitis con un episodio cada uno; 1 niño había padecido una amigdalitis con sólo 1 episodio y 3 niños habían tenido otras enfermedades.

Se observó que la mayoría de los niños estudiados había presentado al menos 1 episodio de IRA anterior al causante del fallecimiento. Cabe destacar que este dato contradice la literatura sobre este tema, en lo que se refiere a la elevada morbilidad de la enfermedad entre los niños menores de 5 años, y que no justifica la elevada mortalidad de la misma en los países en desarrollo. Llama la atención la fragilidad de la estrategia de seguimiento de los niños, porque los que manifestaron episodios de neumonía no fueron sometidos a un seguimiento más riguroso y siguieron con puericultura de rutina.

Cuando se revisa la información obtenida sobre la vacunación, se advierte que la población estudiada tuvo acceso a la estrategia y, además, siguió la asistencia de puericultura, utilizando la UBS cuando era necesario. Se puede, por lo tanto, concluir que la población no fue negligente y que recurrió al servicio. Es pues tarea de éste estructurar mejor las acciones básicas del Programa de Asistencia Integral a la Salud Infantil como un todo.

El último aspecto estudiado respecto al proceso de salud-enfermedad fue el tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad y el fallecimiento. Se constató que para la mitad de los niños, pasó menos de 1 mes entre la manifestación de la enfermedad y el fallecimiento. Cabe destacar además que en 4 casos el episodio que culminó en fallecimiento tuvo una evolución muy rápida (menos de 7 días).

Al observar la trayectoria recorrida por los familiares, que fue relatada durante la recolección de datos (Anexos 1, 2 y 3), se constató que de los diez niños estudiados, 5 se dirigieron a la UBS como primer lugar de asistencia, 4 a los servicios de urgencia y 1 a la farmacia. Esto nos lleva a creer que la mitad de la población estudiada reconoce la Unidad Básica de Salud como puerta de entrada para la resolución de sus problemas, reiterando así lo mencionado anteriormente respecto al tipo de institución utilizada por la familia. Cabe destacar que de los 5 niños presentados primero a la UBS, 4 fueron referidos al servicio de urgencias.

Aunque el acceso a las unidades de salud estuvo garantizado, esto no tuvo una repercusión positiva en la evolución del caso, que se resolvió en fallecimiento. Cabe

subrayar además el hecho de que muchos familiares tuvieron que acudir a varios servicios de salud antes del desenlace final, lo que viene a reforzar, por consiguiente, la necesidad de una estructuración de los programas adecuada a las demandas presentadas por la colectividad.

Las preguntas abiertas del cuestionario, por su parte, tenían por objeto conocer la experiencia de los familiares respecto al caso, haciendo posible que expresaran sus sentimientos. A continuación, se transcriben las opiniones relatadas.

1) ¿Cuál cree usted que fue la causa de la enfermedad y de la muerte del niño?

Entre las opiniones de los 10 entrevistados, se destacó la mala asistencia. Entre ellos, 4 se refirieron a fallos en la fase prenatal, a la asistencia en el parto, a errores de diagnóstico y a malas conductas de los profesionales de la salud. Además, 2 familiares establecieron una relación con el ambiente, uno de ellos refiriéndose directamente al ambiente físico (humedad, mala ventilación, iluminación) y otro a la contaminación del mismo “por medio de virus”; otro se refirió al hecho como inevitable, 2 no supieron contestar y 1 consideró que el fallecimiento había ocurrido por problemas congénitos.

Una parte de la población entrevistada (8) identificó la mala asistencia como un factor agravante de la morbilidad y la mortalidad. Se deduce, en consecuencia, que las dificultades afrontadas por la población, en lo concerniente a su articulación como comunidad, pueden ser explicadas por las propias condiciones de vida y de existencia a las que está sometida.

2) ¿Cómo se dio usted cuenta de que el niño estaba enfermo?

Los entrevistados refirieron los siguientes signos y síntomas:

- referentes a las IRA: 3 mencionaron la fiebre, 1 la inapetencia, 2 el cansancio, 1 la falta de aire, 1 el resfriado;
- referentes a molestias gastrointestinales: 1 la deshidratación (ojo hundido), 2 la diarrea;
- referente a otras patologías: 1 el abdomen distendido; 1 la ictericia, 1 problemas congénitos.

Conclusiones

El artículo nº 196 de la Constitución Federal de 1988 establece que: “La salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas orientadas a la reducción del riesgo de enfermedades y de otros problemas y al acceso universal e igualitario a las acciones y a los servicios para su prevención y recuperación”.

A pesar de este artículo constitucional, se observa todavía la existencia de una parte significativa de la población que sufre desigualdades en el acceso cuantitativo y cualitativo a los servicios de salud. Esto ocurre debido a la existencia de diferentes potencialidades de acceso a los servicios, determinadas por condiciones diferentes

según la inserción social. De este modo, el público es utilizado por la población desfavorecida mientras que los que tienen mayores recursos utilizan los servicios privados, contratados o de convenio.

La crisis observada en el servicio público adquiere una gran importancia, puesto que éste es la única opción para la mayoría de la población, que sufre tantas carencias debido a los bajos salarios, las pésimas condiciones de vivienda; al subempleo que impide el acceso legal a una serie de derechos laborales; al bajo nivel de escolaridad, que dificulta la inserción en el mercado de trabajo, etc. Revertir ese proceso, de ineficacia de la asistencia prestada, que no atiende a las necesidades de la población, presupone un cambio en el modelo de asistencia, pasando del médico-curativo a la asistencia integral. Ese modelo de asistencia sólo es posible si se hacen viables las propuestas del SUS, que son, a saber: la regionalización, la jerarquización, la accesibilidad de los recursos de salud; la equidad en la asistencia, la participación popular y la integralidad de las acciones. En este sentido, es importante que haya una alianza y una identificación entre el servicio y la población, lo que permitiría el control social de la salud, propiciado por una responsabilidad compartida y la construcción conjunta de intervenciones en el proceso de salud-enfermedad.

Según Valla (9), las posibles estrategias que busca la implementación del SUS serían: la vigilancia epidemiológica y el diagnóstico participativo.

A partir de la detección de la realidad social, los técnicos, junto con la población, deben buscar los medios para elaborar el diagnóstico participativo, los cuales sólo pueden ser alcanzados a través del conocimiento de la demanda activa y pasiva. Es importante subrayar que el diagnóstico participativo no se limita solamente al mapeo de las enfermedades sino que también se preocupa de cualquier situación o problema que pueda provocar daños a la salud. Partiendo del presupuesto de que la salud es un deber del Estado y un derecho del ciudadano, en el nuevo modelo asistencial, compete a las instituciones públicas imprimir nuevas direcciones a la prestación de servicios de forma que garantice el acceso de todos a una asistencia de calidad. En ese aspecto, la UBS serviría en el ámbito local como puerta de entrada al sistema de salud, proporcionando la resolución de los problemas en su esfera acción. Para ello, es preciso que haya una reestructuración de su atención y la garantía de un sistema de referencia y contrarreferencia con otros niveles de mayor complejidad.

El estudio mencionado constata que la característica actual de mortalidad por IRA es el reflejo de las condiciones de vida y de existencia de la población e, igualmente, de la asistencia de salud ofrecida a la misma. Por consiguiente, planificar esta asistencia de manera a volverla eficaz es una tarea imprescindible para el control de las IRA.

El presente estudio provee elementos que permiten definir el momento actual como un momento difícil, en el que hay mucho por hacer. Las IRA son la cuarta causa de mortalidad en los niños menores de 5 años en todo el DS Butantã; las condiciones socioeconómicas de la población son precarias, reflejo de los bajos salarios, del desempleo/subempleo, del bajo nivel de escolaridad y de las pésimas condiciones de vivienda; los recursos y los programas de salud existen, pero deben organizarse mejor.

Entre las posibles estrategias, destacamos las siguientes:

- mapeo del riesgo
- incentivo a la lactancia materna
- programa de inmunizaciones
- implementación de consultas de enfermería
- implementación de visitas domiciliarias
- trabajo con guarderías.

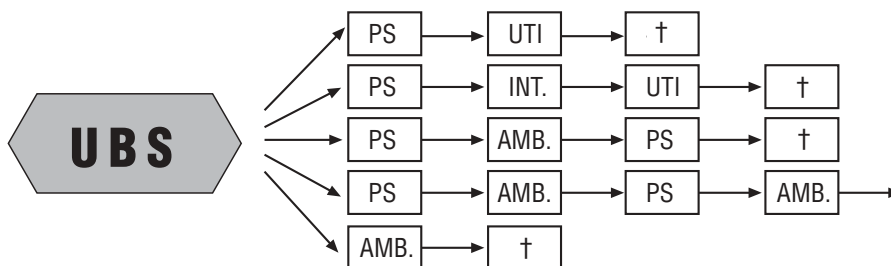
Reiterando lo que se dijo anteriormente, estas sugerencias no se agotan por sí mismas, puesto que el campo de acción de los profesionales de la salud es amplio, hace posible la articulación multiprofesional y facilita una asistencia integral y positiva, que responda a los intereses de la población, satisfaciendo al mismo tiempo a los técnicos implicados.

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Programa Especial de Salud Maternoinfantil y Población: Control de las infecciones respiratorias agudas. Bases técnicas para las recomendaciones de la OPS/OMS*. p.25, 1993.
2. Fundos das Nações Unidas para a Infância/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (UNICEF/IBGE). *Municípios brasileiros: crianças e suas condições de sobrevivência*, 1994.
3. Rezende, A.L.M. *Saúde: Dialética do pensar e do fazer*. São Paulo, Cortez, 1986. p.119-30.
4. Fundação SEADE. *Mensuração da pobreza na Região Metropolitana de São Paulo*, 1990.
5. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Programa Especial de Salud Maternoinfantil y Población: control de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años*. p.27, 1991.
6. Marcondes, et al. *Pediatría básica*. São Paulo, Sarvier, 1985. p.342, 574-575, 1388-1398.
7. Brunner, L.S. & Suddart, D.S. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 7ed, v.1, p 828, 1992.
8. Informe de la Primera Reunión Consultiva Internacional sobre el Control de las Infecciones. RCICIRA. *Neumonía en los niños. Estrategias para enfrentar el desafío*. 1991. p.101.
9. Valla, V.V. *Participação popular e os serviços de saúde. O Controle social como exercício de cidadania. Programa de apoio à reforma sanitária*. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 1993.

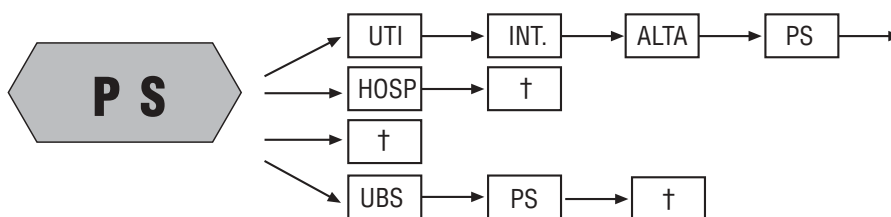
Anexo 1

Trayectoria de los niños hasta el fallecimiento



Anexo 2

Trayectoria de los niños hasta el fallecimiento



Anexo 3

Trayectoria de los niños hasta el fallecimiento

