



MORTALIDADE INFANTIL NO PIAUÍ: reflexos das desigualdades sociais e iniquidades em saúde

Jorge Otavio Maia Barreto ¹

Inez Sampaio Nery

RESUMO

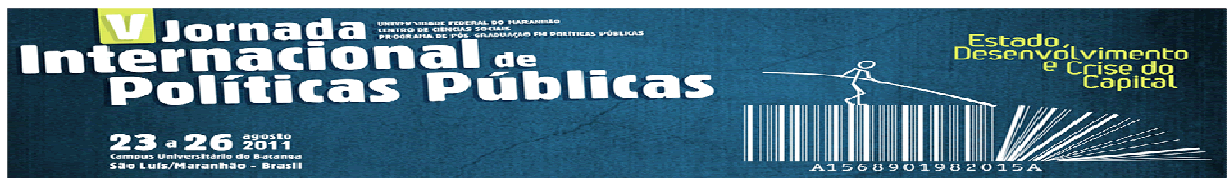
No Brasil, a mortalidade infantil geral foi reduzida nos últimos anos. Porém, persistem desigualdades regionais e populacionais que repercutem iniquidades socioeconômicas. Este trabalho discute a mortalidade infantil sob o prisma das desigualdades regionais e sociais. O objetivo foi contribuir com a discussão nacional da redução das desigualdades e da mortalidade infantil. Verificou-se a manutenção das desigualdades entre os estados do Nordeste e o eixo Sul/Sudeste, sendo a maior parte das mortes infantis potencialmente evitáveis mediante a ampliação do acesso e qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde e atenção ao parto e neonato.

Palavras-chave: Mortalidade Infantil, Saúde e Desigualdade, Iniquidade na Saúde

ABSTRACT

In Brazil, the overall infant mortality has been reduced in recent years. But inequalities persist, regional and socioeconomic inequities that impact population. This paper discusses child mortality through the prism of regional and social inequalities. The objective was to contribute to the national discussion on reducing inequalities and infant mortality. There was the persistence of inequality among states in the Northeast and the axis south/southeast, and the most infant deaths potentially preventable through increased

¹ Mestre. Secretaria Municipal de Saúde de Piripiri. jorgeomaia@hotmail.com



access and quality of Primary Health Care and delivery care and newborn.

Keywords: Infant Mortality, Health and Inequality, Inequity in Health

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil tem ganhado maior evidência no Brasil pela adesão do país aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), programa da ONU que prevê oito metas sociais para países em desenvolvimento, dentre as quais o objetivo número quatro é alcançar uma mortalidade infantil em patamares mais aceitáveis nesses países, reduzindo-a, no mínimo, em dois terços entre 1990 e 2015 (UNITED NATIONS, 2009).

Um dos principais indicadores da mortalidade em crianças é a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), obtida de forma direta pela razão entre óbitos de crianças menores de um ano de idade e por mil nascimentos com vida em um determinado território no ano considerado (RIPSA, 2008; BRASIL, 2009). Entre 1990 e 2007 se observou redução de 59,0% na TMI nacional, uma vez que o Brasil saiu da TMI de 47,1, em 1990 para 19,3, em 2007 (BRASIL, 2009). Assim, o país obteve ao longo desse período melhores colocações no *ranking* internacional da mortalidade em crianças, que considera de forma crescente, da menor para a maior, as TMI nacionais, ascendendo nove posições e se colocando a caminho de reduzir a mortalidade infantil em dois terços até 2015.

No entanto, o país ainda ocupa a 90^ª posição neste *ranking*, apresentando com número bem mais alto de mortes na faixa etária de 0 a 5 anos do que o encontrado nos países desenvolvidos e mesmo em outros países em desenvolvimento (RAJARATNAM *et al.*, 2010).

No âmbito nacional, se verificou evolução positiva do óbito infantil nas duas últimas décadas, sendo a redução média anual de 5%. Porém, regiões e grupos populacionais mais pobres ainda apresentam taxas inaceitáveis, que contrastam com a baixa mortalidade em regiões e grupos populacionais mais favorecidos



economicamente (BRASIL, 2009). Este contexto evidencia a desigualdade de oportunidades de acesso à saúde entre regiões e grupos populacionais, refletindo aspectos da, ainda profunda, iniquidade social brasileira.

Os bons resultados em nível nacional são relevantes, mas existem questões relacionadas à continuidade da redução da mortalidade infantil no Brasil que devem ser considerados. Este trabalho discute a mortalidade infantil no Brasil, a partir de aspectos regionais e sociais, considerando que a TMI nacional, por si, não torna evidente diferenças entre regiões e grupos populacionais mais relevantes.

2 DESIGUALDADE DA MORTALIDADE INFANTIL ENTRE REGIÕES E GRUPOS SOCIAIS NO BRASIL

Em 2007, os estados do Nordeste brasileiro concentraram quase a metade (48%) das mortes em crianças com menos de 1 ano de idade no Brasil, o mesmo ocorrendo com o óbito fetal (BRASIL, 2009). Se comparado com o início da década, se verifica a manutenção da proporção da participação nordestina no cenário nacional óbito infantil e fetal (IBGE, 2009). Tal constatação implica no reconhecimento de que ainda subsistem profundas desigualdades entre as regiões brasileiras, apesar da redução geral da mortalidade infantil no Brasil haver sido muito positiva.

Isso porque a redução da mortalidade infantil nas regiões mais pobres não ocorreu na mesma proporção das desigualdades existentes, reproduzindo assim clivagens históricas nas regiões mais pobres, especialmente no Nordeste. Nove das dez maiores taxas estaduais da mortalidade infantil no Brasil, estão no Nordeste. Existe mortalidade em municípios nordestinos comparáveis às de países africanos muito pobres, onde sequer direitos civis mínimos são garantidos (UNICEF, 2008).

Por outro lado, dentro das desigualdades regionais, as desigualdades entre grupos com características socioeconômicas diversas, também se reproduzem na mortalidade infantil. Mães analfabetas funcionais, com menos de 4 anos de estudo, correm muito maior risco de perda no Nordeste, sendo a escolaridade insuficiente



ainda um elemento adicional importante na cadeia dos determinantes da mortalidade infantil, apesar do número de analfabetos tenha reduzido de forma significativa nesta região nos últimos anos (CNDSS, 2008). Crianças pobres continuam sofrendo maiores chances de morrer antes de completar 1 ano de vida, estimando-se ser duas vezes mais do que entre crianças com melhores condições econômicas (BRASIL, 2009).

Assim, a mortalidade infantil no Brasil reproduz desigualdades da vida social, atingindo mais as populações mais vulneráveis e sua redução geral pode não representar necessariamente a produção de maior equidade no campo da saúde, sustentando desigualdades regionais na medida a participação dos estados mais pobres no cômputo da mortalidade infantil geral no Brasil foi mantida.

Essas perspectivas indicam a necessidade de que maiores esforços se concentrem na promoção do acesso aos serviços de saúde pela população dos estados do Nordeste do Brasil, como forma de viabilizar a equidade no acesso à saúde, minimizando os efeitos das desigualdades sociais.

Dentre os estados nordestinos, o Piauí, segundo os dados do IBGE (2009), manteve-se entre as dez piores TMI do país em 2007, ocupando a décima colocação no *ranking* nacional, com 29,3 óbitos infantis por mil nascidos vivos. Vale ressaltar que as maiores taxas de mortalidade infantil do Brasil foram observadas nos mesmos estados do Nordeste, tanto em 1991 quanto em 2007, com alterações nas posições do *ranking*, sendo o Piauí um dos que apresentou alguma melhoria, já que em 1991, ocupava a nona colocação, com 61,9 óbitos por mil nascidos vivos (UNICEF, 2008).

Mesmo com a redução de 45% dos óbitos infantis entre 1991 e 2007, o Piauí ainda tem uma das mais elevadas taxas de mortalidade infantil do Brasil (IBGE, 2009) e, apesar da redução observada, a situação de desigualdade em relação aos outros estados foi pouco alterada. Por outro lado, considerando que a região Nordeste apresentou em 2007 TMI de 36,9 óbitos por mil nascidos vivos verificada, esta foi superior à do Piauí, especialmente em face da contribuição dos estados de Alagoas e Maranhão, primeiros colocados no *ranking* da mortalidade infantil no Brasil (UNICEF, 2008). Em outras palavras, o Piauí apresenta, dentre os piores resultados, a melhor situação.



Outro aspecto que evidencia a desigualdade da mortalidade infantil no Brasil é a sua composição quanto às faixas etárias: neonatal (precoce e tardio) e pós-neonatal, além do óbito fetal (BRASIL, 2009).

Em 2007, seguindo a tendência de redução do componente pós-neonatal, se observou que 31% dos óbitos infantis se deram em crianças nessa faixa etária em todo o Brasil (BRASIL, 2009a). Em 2000, a proporção de óbitos pós-neonatais na mortalidade geral, em números absolutos, era próxima a 35%. Quando se toma a taxa de mortalidade infantil deste componente em separado, no ano 2000 encontram-se 9,6 óbitos por 1000 nascidos vivos e, em 2007, 6,2 (BRASIL, 2009a). A redução da taxa de mortalidade se apresenta maior, pois a proporcionalidade se dá em função do número de nascidos vivos no período.

Assim, embora não tenha havido uma redução importante no óbito pós-neonatal entre 2000 e 2007, sua proporção em termos absolutos não foi modificada de forma relevante, com uma redução de apenas 5%. Por outro lado, em 2000, o número absoluto de óbitos pós-neonatais no Brasil foi de 24.540, enquanto que em 2007 esse número foi de 14.483 (BRASIL, 2009a).

Apesar da redução absoluta próxima a 41%, a mortalidade em crianças nessa faixa etária permaneceu alta no Norte e Nordeste, fazendo com que a sua proporção na composição geral da mortalidade infantil não fosse alterada. Isso sugere que, apesar da grande cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF) na região Nordeste, próxima a 70% (BRASIL, 2009b), no Nordeste, a equidade do acesso aos serviços de saúde ainda não pode ser considerada em sua plenitude.

Do outro lado do problema da mortalidade infantil estão os óbitos infantis localizados na faixa etária neonatal precoce. Crianças com menos de 7 dias de vida, que morrem por causas na maioria relacionadas com o acesso aos serviços de saúde de qualidade. No Brasil, esse componente da mortalidade infantil é o mais complicado e teve a menor redução nos últimos anos (BRASIL, 2009).

De uma forma geral, as taxas de mortalidade neonatal precoce no Nordeste do Brasil são o dobro das encontradas no Sul e Sudeste. Embora as desigualdades entre essas regiões sejam constantes nas outras faixas etárias do óbito infantil, o componente neonatal precoce aproximou as duas realidades regionais, pois responde



em média por 50% da mortalidade infantil em todas as regiões do Brasil (BRASIL, 2009).

A participação dos óbitos neonatais precoces na mortalidade infantil no Brasil em 2007 apresentou os seguintes números: no Nordeste, 8.827 crianças morreram antes do sétimo dia de vida, enquanto no Sudeste esse número foi de 7.720, e no Sul, 2.351 óbitos neonatais precoces ocorreram. É uma diferença que se torna ainda mais relevante se considerarmos que, por exemplo, no Sudeste, ocorreram 22% mais nascimentos no ano de 2007 (BRASIL, 2009a).

Outra questão a evitabilidade das mortes infantis mediante a atuação dos serviços de saúde com profissionais de saúde capacitados para maior equidade no acesso nas regiões e populações menos favorecidas economicamente.

Nesse aspecto, muitas mortes neonatais precoces e fetais ocorrem em crianças com peso ao nascer adequado ou viável. Em 2007, as mortes nas faixas de peso ao nascer maior que a 1.500 gramas corresponderam a 42% das mortes neonatais precoces no Brasil e 47% no Nordeste (BRASIL, 2009a). Óbitos fetais nessa faixa de peso também foram comuns, representando 48% de mortes fetais no Brasil no mesmo ano. Dentre os óbitos infantis e fetais em faixas de peso superior a 1500 gramas, se observou, que 61% das mães tinham menos de quatro anos de estudo (BRASIL, 2009a).

No contexto das barreiras para a redução da mortalidade infantil no Brasil, o óbito perinatal, apresenta-se ligado a fatores socioeconômicos, representado pela prevalência das mortes entre mães que não tiveram acesso à educação, com forte indicativo de correlação com a vulnerabilidade social.

Outro aspecto importante para a evitabilidade dos óbitos neonatais precoces e fetais no Brasil é a sua causa básica. Dentre as principais causas da mortalidade infantil no Brasil ainda figuram doenças infecciosas e parasitárias, mas o primeiro lugar cabe às afecções perinatais (BRASIL, 2009). As afecções perinatais são intercorrências na gestação, em geral evitáveis ou tratáveis, ligadas a doenças como a hipertensão arterial e diabetes gestacional e ainda têm frequência elevada, influenciando a maior parte dos óbitos perinatais em todo o país.



Cerca de 80% das mortes neonatais são atribuídas a esse grupo de causas (BRASIL, 2009). Se considerarmos os 554 óbitos infantis de crianças de mães com menos de 4 anos de estudo e com peso ao nascer superior a 2.500 gramas, ocorridos em toda a região Nordeste no ano de 2007, 78% apresentou causa básica ligada às afecções perinatais, coadunando-se com o quadro nacional. Na sua maioria se trataram de óbitos de crianças com peso ao nascer adequado, porém com mães analfabetas. No Sudeste, com números absolutos bem menores, a frequência dessas causas nas mesmas circunstâncias foi de 65% e no Sul, de 66% (BRASIL, 2009a).

Vários fatores ligados às condições gerais de vida também são apontados como determinantes da tendência de queda da mortalidade infantil no país, tais como o aumento do acesso ao saneamento básico; a queda da taxa de fecundidade; a melhoria geral das condições de vida, da segurança alimentar e nutricional e do grau de instrução das mulheres; o maior acesso aos serviços de saúde e ampliação da cobertura da ESF; o avanço das tecnologias de saúde, em especial a imunização e a terapia de reidratação oral; o aumento da prevalência do aleitamento materno, entre outros, como apontado por Lansky *et al.* (BRASIL, 2009).

Entretanto, a persistência das desigualdades regionais da mortalidade infantil está expressa nas taxas encontradas no Norte e Nordeste do país. Além da iniquidade, devida em grande medida aos aspectos socioeconômicos, as taxas de mortalidade infantil apontam para a precariedade dos cuidados com o nascimento, especialmente nas regiões mais pobres e para as populações com menor acesso a serviços hospitalares de qualidade.

Usualmente é apontada uma estreita relação entre a mortalidade infantil, condições gerais de vida da população e fatores socioeconômicos, bem como a manutenção das desigualdades sociais em saúde, apesar da redução dos níveis da mortalidade infantil, permanecendo a importância para sua determinação dos processos sociais que comprometem as condições de vida (COSTA, 2001).

As desigualdades educacionais e de renda têm se apresentado como as mais importantes variáveis socioeconômicas, quando analisado o seu impacto sobre a evolução da mortalidade infantil. Assim, o aumento da proporção de mulheres em idade fértil com mais anos de estudo poderia ter impactado positivamente sobre o



óbito infantil por razões ligadas principalmente à qualidade do cuidado que a mãe proporciona ao seu filho quando possui maior escolaridade.

Em 1991, o Brasil apresentou 29,6% das mulheres em idade fértil com menos de 04 anos de estudo. No mesmo ano, o Nordeste tinha 44,9%. Em 2005, se observou que houve melhoria geral da escolaridade materna, mas as diferenças internas em desfavor do Nordeste foram mantidas, com o Brasil apresentando 12,3% de mulheres em idade fértil com menos de 04 anos de estudo, e o Nordeste, 20,3% (CNDSS, 2008)

A mesma situação de desigualdade na sobrevivência de crianças se repete quando se considera o impacto da renda familiar *per capita*. O relatório da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) demonstrou que, quando a renda familiar é analisada de forma detalhada, o resultado mostra que a mortalidade na infância é superior onde a renda familiar *per capita* é menor (CNDSS, 2008).

Além dos determinantes ligados à escolaridade da mãe e à renda familiar, outros aspectos dos serviços de saúde são apontados como relevantes para o contexto do óbito infantil, dentre eles: baixo peso ao nascer e nascimento pré-termo (prematividade); duração do aleitamento materno; estado nutricional materno e infantil e a deficiência de micro-nutrientes, além das doenças na gestação e na infância. Porém, mais ligados com os serviços de saúde estão o acesso e qualidade da atenção pré-natal; assistência ao parto e puerpério e acompanhamento do desenvolvimento da criança.

Tais aspectos dependem diretamente da disponibilidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), bem como da garantia do acesso e da qualidade dos serviços prestados. Nesse aspecto, a chave para a redução das desigualdades no acesso à saúde entre regiões e grupos populacionais pode ser a ampliação do acesso e da resolutividade dos serviços de APS, especialmente mediante a utilização de modelos baseados na comunidade, tal qual a Estratégia Saúde da Família, cuja efetividade na redução da mortalidade infantil geral no Brasil já foi demonstrada (MACINKO *et al.* 2006; AQUINO *et al.* 2008).

Assim, as desigualdades socioeconômicas encontram repercussão no campo da saúde, manifestando-se nas piores condições de saúde encontradas nas regiões



mais pobres. Além disso, os grupos sociais menos favorecidos também sofrem os efeitos das iniquidades no acesso a serviços de saúde resolutivos.

3 CONCLUSÃO

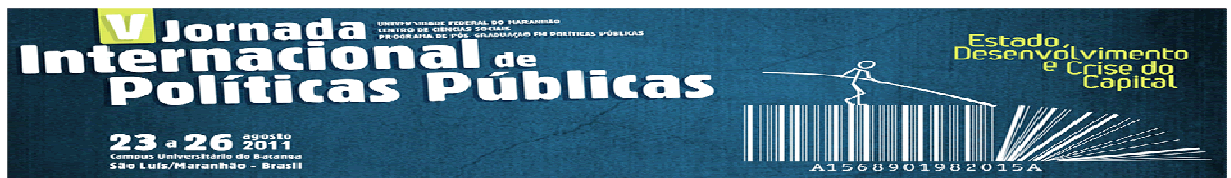
Em síntese, as principais questões relacionadas com a mortalidade infantil como expressão das desigualdades regionais e entre grupos sociais: i) a mortalidade infantil no Brasil é um reflexo da desigualdade social, apresentando clivagens regionais e populacionais; ii) o óbito neonatal precoce e o fetal são similares quanto às suas determinantes e apresentam maior complexidade para redução; iii) a maior parte das mortes infantis são evitáveis mediante a adequada atenção pré-natal, ao parto e ao neonato, aparentemente a atenção inadequada ao parto e ao neonato tem sido responsável pela maior parte dos óbitos em todo o Brasil, situação agravada na região Nordeste pelo grande volume de mortes causadas por afecções perinatais, que, em princípio, pode ser consideradas evitáveis.

REFERÊNCIAS

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. de F., BARRETO, M.L. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *American Journal of Public Health*, v.99, p. 87/93, nov. 2008.

BRASIL. *Manual dos Comitês de prevenção do óbito infantil e fetal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. *Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1979-2007, 2009a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>> Acessado em 02 de novembro de 2009.



_____. *Página do Departamento de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf.php> Acessado em 10 de julho de 2009.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *Relatório Final*. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/comissao.asp>> Acessado em 15 de outubro de 2009.

COSTA, M.C.N. *et al.* Mortalidade infantil e condições de vida: a reprodução das desigualdades sociais em saúde na década de 90. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 555-567, mai./jun. 2001.

IBGE. *Síntese dos Indicadores Sociais 2009*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Série Estudos e Pesquisas, v. 26, 2009.

MACINKO, J; GUANAIS F.C.; SOUZA, M.F.S. An evaluation of impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, n. 60, p. 13-19, 2006.

RAJARATNAM, J.K. *et al.* Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. *Lancet* 2010; n. 375, p. 1988-2008, published online May 24. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60703-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60703-9/fulltext)> Acessado em: 24 de outubro de 2010.

RIPSA. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil 2008: conceitos e aplicações*. Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa. 2ª.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

UNICEF. *Situação mundial da infância 2008 – Caderno Brasil*. Brasília: Fundo das Nações Unidas para Infância, 2008. Disponível em: <<http://www.unicef.org.br>>. Acessado em 05 de setembro de 2009.

UNITED NATIONS. *Millennium Development Goals*. New York: United Nations, 2009. Disponível em: <<http://www.un.org/millenniumgoals/>> Acessado em 05 de setembro de 2009.