TENDÊNCIA DA MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL: desigualdades sociais que se expressam em números

Mylena Carlos Pessôa da Silva[1]
Edineia F. A. Oliveira[2]
Maria Lúcia T. Garcia[3]

RESUMO

O artigo objetiva analisar a mortalidade na infância no Brasil entre 2015 e 2019, explorando as diferenças intrarregionais e de raça/cor/etnia presentes no interior dessa taxa, identificando sua tendência. Utilizamos pesquisa documental de abordagem quantitativa, envolvendo a base de dados do departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). Utilizamos as variáveis: região e cor/raça/etnia. Para análise dos dados utilizamos a estatística descritiva com medidas de tendência central, compondo uma série histórica 2015-2019, apontando a tendência do indicador. Constatamos que as regiões com maior índice de desigualdades econômicas e sociais são também as que possuem maior concentração de óbitos infantis e que as crianças indígenas se encontram em desvantagem em relação a outros segmentos da população brasileira, o que aponta para a necessidade de implementar ou potencializar políticas públicas direcionadas à saúde das mulheres e crianças indígenas e negras.

Palavras-chave: Políticas públicas; Desigualdade social; Mortalidade infantil.

ABSTRACT

The article aims to analyze childhood mortality in Brazil between 2015 and 2019, exploring intra-regional and race/color/ethnicity differences present within this rate, identifying its trend. We used documentary research with a quantitative approach, involving the database of the informatics department of the Brazilian Unified Health System (DATASUS). We used the variables: region and color/race/ethnicity. For data analysis, we used descriptive statistics with measures of central tendency, composing a 2015-2019 historical series, indicating the trend of the indicator. We found that the regions with the highest index of economic and social inequalities are also those with the highest concentration of infant deaths and that indigenous children are at a disadvantage compared to other segments of the Brazilian population, which points to the need to implement or enhance public policies aimed at the health of indigenous and black women and children.

Keywords: Public policies; Social inequality; Child mortality.

[1] Graduanda em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo – UFES. Vinculada ao Grupo de Estudos em Políticas Públicas Fênix (Bolsista CNPq). E-mail: mylenacarlospessoa@hotmail.com

[2] Pós-doutoranda no Programa de Pós Graduação em Política Social pela Universidade Federal do Espírito Santo – UFES. Vinculada ao Grupo de Estudos em Políticas Públicas Fênix (Bolsista FAPES). E-mail: eoliveiranjos@yahoo.com.br

[3] Professora Doutora do Programa de Pós Graduação em Política Social e do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES. Vinculada ao Grupo de Estudos em Políticas Públicas Fênix. Orientadora. E-mail: lucia-garcia@uol.com.br

1 INTRODUÇÃO

A taxa mortalidade infantil (TMI) é um indicador que avalia, além das condições de vida dessa população, a situação de saúde, sendo um problema de saúde pública global e um dos mais sensíveis indicadores de iniquidade social, econômica e de saúde. Tal indicador expressa a frequência de óbitos entre crianças menores de 1 ano para cada mil nascidos vivos, estimando o risco de morte durante o primeiro ano de vida (BRASIL, 2015). Mas, essa frequência atinge de forma diferenciada as famílias brasileiras (EZEQUIEL, 2019), em especial indígenas e negras. Desse modo, falar em mortalidade infantil requer considerar classe e raça/cor/etnia como elementos de debates (CALDAS et al, 2017). Como indicador social, a TMI expressa uma negação de direitos porque denuncia o acesso desigual às ações e serviços de saúde, o grau de escolaridade da mãe, além de fatores biológicos como prematuridade e desnutrição, condições de moradia dentre outros e reforça que para evitar essas mortes é necessária a adoção de políticas públicas plenas e eficazes (COSTA et al, 2001; GARCIA; SANTANA, 2011; FONSECA et al, 2014; MALLMANN et al, 2018; RASELLA et al, 2013; SILVA et al, 2019).

A redução da mortalidade infantil é dos objetivos propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU) por meio dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (2000) e dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (2015). No caso das ODS, dos 17 objetivos, destacam-se o compromisso em reduzir a taxa de mortalidade materna global e acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos são prioridades na agenda global (ONU, 2015). O Brasil, como um dos países signatários, vem adotando estratégias para redução da mortalidade infantil. Mas, como destacado por Iamamoto (2013, p. 340) é mister decifrar os segredos da realidade e dar visibilidade "às possibilidades do devir. Ou seja, precisamos situar o país em um contexto de um capitalismo periférico e dependentes dos centros mundiais, e isso tudo atravessa o fenômeno que estamos aqui analisando.

Em termos históricos, as principais estratégias para redução da mortalidade infantil no Brasil têm como marco a Constituição federal de 1988 (Brasil, 1988) que definiu a saúde como "[...] um direito de todos e um dever do Estado" e o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), que ratifica o compromisso pela promoção do bem-estar desses pequenos cidadãos. Em 2004, o Ministério da

Saúde destacou “Os cuidados com a saúde infantil entre as ações essenciais do Ministério” (BRASIL, 2004, p. 5), criando uma agenda de compromissos para garantir a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil, tendo como principal desafio a organização de uma rede integrada de assistência à criança (BRASIL, 2004).

Em 2011 foi lançada a Rede Cegonha, estratégia do governo federal que visa reduzir as mortalidades materna e infantil, em especial a neonatal (PASCHE; VILELA; GIOVANNI; ALMEIDA; FRANCO NETTO, 2014). A Rede Cegonha orienta a atenção continuada, garantia de acesso e melhoria da qualidade do pré-natal (PASCHE; VILELA; GIOVANNI; ALMEIDA; FRANCO NETTO, 2014). Com um modelo que se contrapõe ao modelo tecnoassistencial e que prevê o cuidado e acompanhamento a gestante antes, durante e após o parto (ademais a atenção a criança nos primeiros dois anos de vida), a Rede Cegonha busca reduzir a mortalidade materna e infantil através de práticas humanizadas e da recusa em intervenções desnecessárias (PASCHE; VILELA; GIOVANNI; ALMEIDA; FRANCO NETTO, 2014).

O Brasil avançou no combate à mortalidade infantil[4], por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na atenção primária à saúde, que possibilitou a melhoria no atendimento materno e ao recém-nascido, bem como, por outras estratégias executadas pelo governo brasileiro (como a promoção do aleitamento materno e a expansão da imunização). Tais estratégias reduziram em 73% a mortalidade infantil no país (ONU, 2015). A ONU também reconheceu a criação de incentivos de proteção social, como os programas de transferência de renda, como uma importante estratégia que impactou na redução da mortalidade infantil. O Programa Bolsa Família (PBF), lançado em 2003 pelo governo federal, é um programa de transferência de renda destinado às famílias de baixa renda que cumpram certos requisitos relacionados à saúde e educação (SILVA; PAES, 2017). Paes-Sousa et al (2011) observou que as famílias beneficiadas pelo programa priorizaram o cuidado nutricional da criança na compra de alimentos, de modo a evitar doenças ocasionadas pela escassez alimentar, como a desnutrição (SILVA; PAES, 2017).

[4] Fato reconhecido pela ONU em 2013.

As estratégias implementadas pelos governos brasileiros para melhoria da assistência e diminuição das desigualdades de renda[5] possibilitaram reduzir a taxa de mortalidade infantil entre 2000 e 2015 de 29,2 para 14,3 (por mil nascidos vivos). Mas apesar dessa redução, que superou a meta prevista para 2015, de 15,7 por mil nascidos vivos (BRASIL, 2015), o maior percentual de óbitos infantil segue sendo observado em famílias pobres:

> [...] o processo saúde-doença manifesta-se empiricamente de maneiras diversas. Por um lado, expressa-se em indicadores, tais como a expectativa de vida, as condições nutricionais e a constituição somática e, por outro, nos modos específicos de adoecer e morrer, isto é, no perfil patológico do grupo, dado pela morbidade ou pela mortalidade. (LAURELL, 1979, p. 11).

Se a expansão de cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitou maior acesso aos cuidados em saúde às gestantes e ao recém-nascido (impactando positivamente na redução da mortalidade infantil), por outro, o SUS historicamente subfinanciado com destinação insuficiente dos recursos para cumprir o direito de acesso universal à saúde, tal como o previsto pela Constituição de 1988. Além do histórico desfinanciamento, atualmente o SUS enfrenta um desfinanciamento crônico em função da aprovação da Emenda Constitucional 95/2016[6], que congelou gastos com programas sociais por 20 anos (FUNCIA, 2019). Assim, o cenário atual nos desafia a questionar qual o impacto dessa realidade sobre os indicadores da mortalidade infantil entre 2015 e 2019?

Este artigo objetiva analisar a mortalidade na infância no Brasil entre 2015 e 2019, explorando as diferenças intrarregionais e de raça/cor/etnia presentes no interior dessa taxa, identificando sua tendência. Para tanto, o texto está estruturado em 04 seções além desta introdução. Na segunda seção apresentamos a metodologia utilizada. Na terceira seção apresentamos nossos resultados e

[5] Iamamoto (2018), ao discutir as relações sociais e desigualdades sociais no Brasil aponta diminuição da desigualdade de renda - mas não da concentração de terra ou de capital - entre 2001-2011, afirmando que essa redução teve como fontes: o trabalho (58%), a previdência (19%), o Programa Bolsa Família (13%), o Benefício de Prestação Continuada (4%) e outras rendas – como aluguéis e juros (6%) (IAMAMOTO, 2018).

[6] Com a justificativa de conter o déficit fiscal, o Congresso Nacional Brasileiro aprovou, em 2016, a Emenda Constitucional 95 que instituiu um novo regime fiscal no país, definindo que os gastos federais (excluídos os juros da dívida pública) fossem congelados por 20 anos, tendo como base os gastos realizados em 2016. Os valores dos orçamentos dos anos seguintes passaram a ser atualizados somente pela inflação e seus valores reais serão revisados somente depois de dez anos, caso haja equilíbrio fiscal (MARQUES, 2019).

discussões mostrando que houve tendência decrescente na taxa de mortalidade infantil nos grupos populacionais, mas que há assimetrias inter e intrarregionais. Por fim, a conclusão aponta para necessidade de potencializar políticas públicas direcionadas às mães e recém-nascidos de grupos populacionais menos favorecidos.

2 METODOLOGIA

Utilizamos pesquisa documental de abordagem quantitativa, envolvendo a base de dados do departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), que dispõe de uma série de dados sobre a situação de saúde. Foram retiradas as informações de saúde nas estatísticas vitais que nos permitiu identificar nascidos vivos e mortalidade infantil no período 2015 e 2019 por região. Com base nos dados foram calculados a taxa de mortalidade infantil, que resulta da relação entre o número de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade, dividido pelo número de nascidos vivos durante o ano em determinado local e período, multiplicados por mil.

Levando-se em consideração as variáveis elencadas no estudo, o cálculo da MI foi feito ano a ano, cruzando as variáveis: região e cor/raça/etnia. Para cada equação foram contemplados os dados particulares de cada universo. Para isso, a fim de definir a Mortalidade Infantil por raça/etnia de determinada região foi feito o seguinte cálculo: número de óbitos infantis segundo a raça/etnia na região em estudo, dividido pelo número de nascidos vivos da mesma raça/cor/etnia naquela região multiplicado por 1000 nascidos vivos.

Exemplo, no caso do cálculo das crianças indígenas na região Norte, teríamos:

$$MI \quad = \frac{Número\ de\ óbitos\ de\ crianças\ indígenas\ da\ região\ Norte}{nascidos\ vivos\ indígenas\ na\ região\ Norte} X1000\ NV$$

Para análise dos dados utilizamos a estatística descritiva com medidas de tendência central, compondo uma série histórica 2015-2019[7], apontando a tendência do indicador. Os dados foram organizados cronologicamente por região e por

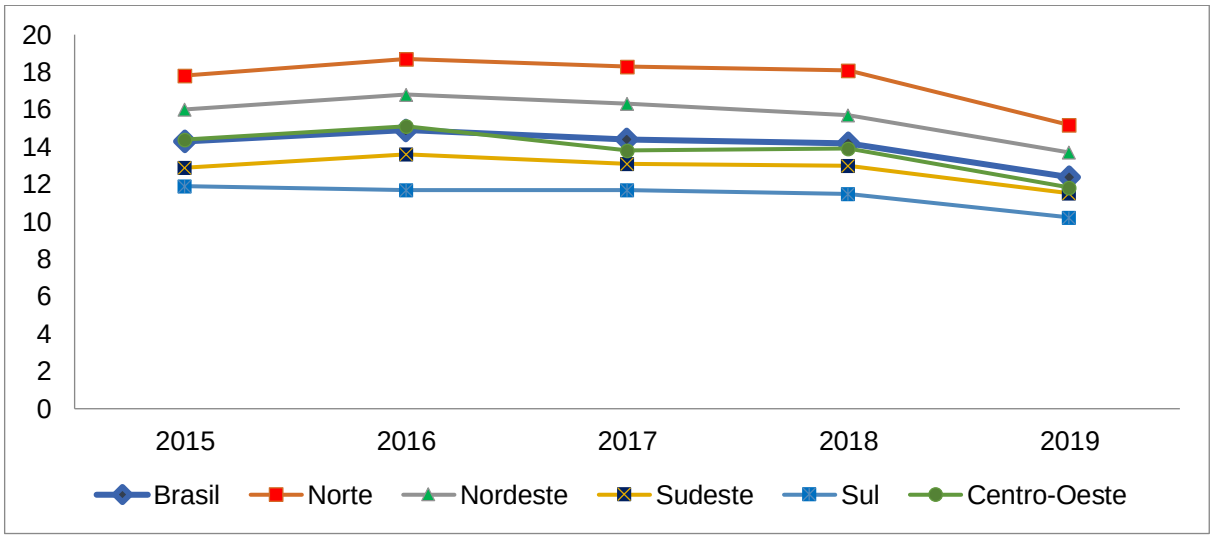
[7] A análise é finalizada no ano 2019 por ser o último ano com dados disponíveis no sistema DATASUS/TABNET no período de coleta de dados da pesquisa.

raça/cor/etnia, por meio do programa Excel e, apresentados em forma de tabelas e gráficos. Optamos por reunir pretos e pardos na mesma categoria como propõe o Movimento Negro.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A taxa de mortalidade infantil no período analisado, em todas as regiões do Brasil, mantiverem tendência estável entre os anos 2015 e 2018, decrescendo em 2019 em todas as regiões.

Gráfico 1- Taxa de Mortalidade Infantil 2015-2019



Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Sisematização das autoras, 2021.

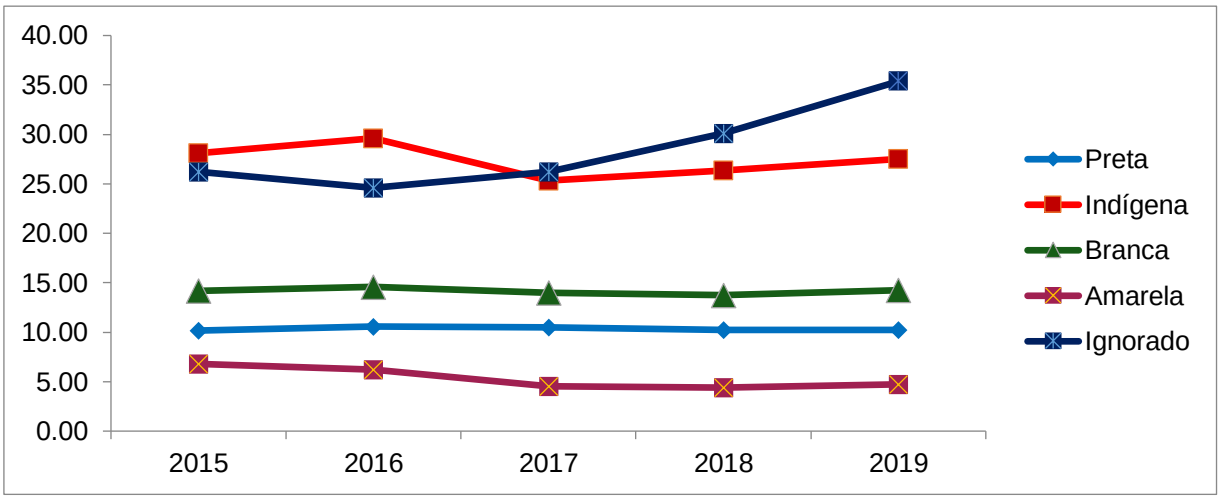
As regiões Norte e Nordeste mantiveram a TMI acima da média do Brasil, enquanto a região Centro-oeste seguiu a média brasileira até 2016 com leve decréscimo a partir de 2017. As regiões Sudeste e Sul mantiveram a TMI abaixo da média nacional, com destaque para a região Sul, que possui os menores indicadores de mortalidade infantil.

A TMI expressa assim as desigualdades interrregionais no país. As regiões Norte e Nordeste mantiveram a TMI acima da média nacional, mas com tendência decrescente a partir de 2016. Trata-se de regiões que historicamente possuem os piores indicadores sociodemográficos. São as regiões com menor rendimento médio mensal per capita (R$ 872 e R$ 884, respectivamente), abaixo da média do país

(R$1.406) e abaixo do salário mínimo (IBGE, 2019), enquanto as regiões Sul e Sudeste alcançaram o valor de R$ 1.320 e R$ 1.720, respectivamente, de média salarial (IBGE, 2019). Quando considerarmos o IDH[8] brasileiro (registrado em 2019 em 0,765), observamos que as regiões Norte e Nordeste mantêm os menores IDHs do país, com 0,667 e 0,663, respectivamente (IBGE, 2019). A região Sudeste é a que possui o maior IDH do país, com valor de 0,766, seguida pela região Centro-Oeste e Sul com IDH de 0,757 e 754, respectivamente.

Mas a TMI requer considerá-la em termos de cor/raça/etnia e, nesse aspecto observamos que, ao considerarmos os dados particulares de cada universo os óbitos entre crianças indígenas são proporcionalmente maiores que entre as demais cores/raças/etnias das crianças brasileiras. Observamos ainda o percentual de registros com informações ignoradas no território brasileiro.

Gráfico 2 - Taxa de mortalidade infantil Brasil cor/raça/etnia

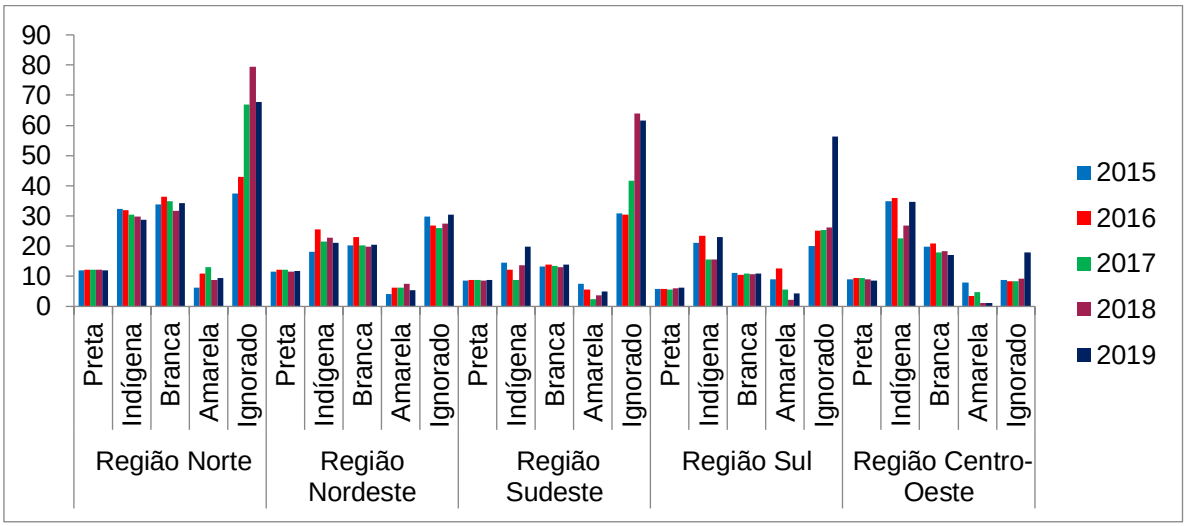


Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e Mortalidade Infantil (SINASC/SIM)

No gráfico acima podemos observar que a média nacional de óbitos entre as crianças indígenas se manteve entre 28,12 (2015) e 27,53 (2019); entre as crianças brancas a média nacional registrou em 14,17 (2015) e 14,27 (2019); entre as crianças pretas 10,17 (2015) e 10,22 (2019). A menor média foi registrada entre as amarelas 6,79 (2015) e 4,71 (2019). Mas, o cenário brasileiro nos instiga a examinar a realidade das regiões do país.

[8] Índice que mede a saúde, a educação e o padrão de vida.

Gráfico 3 - Taxa de mortalidade infantil segundo região, cor/raça/etnia



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e Mortalidade Infantil (SINASC/SIM).

Ao adentrarmos nas regiões do país observamos que as regiões Norte e Nordeste seguiram a mesma tendência, com maior proporção de óbitos entre crianças indígenas e brancas no período com queda em 2019 para as indígenas. Enquanto que entre as crianças pretas os óbitos se mantiveram e entre as amarelas houve oscilação com tendência crescente no período, em relação à 2015. Chama-nos atenção os registros ignorados na região Norte, que aumentou 80% em 2019, em relação à 2015. Na região Sudeste a tendência foi crescente entre as crianças indígenas, entre as crianças brancas e pretas se mantiveram e, entre as amarelas houve queda na TMI. Nesta região chama atenção os registros ignorados, que também aumentaram 80%. Na região Sul a maior proporção de óbitos foi entre as crianças indígenas, com oscilação no período, entres as pretas e brancas os óbitos se mantiveram. Chama-nos atenção os registros ignorado que aumentaram 100% em 2019 em relação à 2015. Na região Centro-oeste a TMI, entre as crianças pretas, brancas e amarelas seguiu tendência decrescente, de forma significativa para as crianças amarelas. Para as crianças indígenas houve oscilação no período, mantendo a taxa alta em 2019. Também houve aumento de mais de 100% nos registros ignorados em 2019 em relação à 2015.

A região norte concentra o maior número de indígenas, 342,8 mil (38,22%), do total de 896,9 de indígenas que vivem no país (IBGE, 2019). A TMI entre as

crianças indígenas se manteve em todos os anos (32,3; 31,8; 30,42; 29,82; 28,75) acima da média da TMI da região (15,17 óbitos por 1000 nascidos vivos, em 2019) e da média nacional (12,4 óbitos por 1000 nascidos vivos, em 2019), e a mesma tendência foi observada entre as crianças brancas. A região Nordeste seguiu a mesma tendência, mantendo a TMI entre as crianças indígenas e brancas acima da média da região (13,7 óbitos por 1000 nascidos vivos em 2019). Nessas duas regiões a proporção de óbitos entre as crianças pretas e amarelas se mantiveram abaixo da média nacional e regional.

Nas regiões Sudeste e Sul, que mantém as TMI abaixo da média nacional, a taxa de mortalidade entre as crianças indígenas ficou acima da média da região (11,52 e 10,23 óbitos por 1000 nascidos vivos, em 2019, respectivamente). Chama-nos atenção a região Sul, que mesmo mantendo a TMI abaixo da média nacional, apresentou significativa concentração de óbitos indígenas. A despeito de possuir menor concentração de indígenas no país, 78,8 mil indígenas (8,7% do total), e tratar-se de uma região com menor desigualdade de rendimento, a região Sul não foi capaz de implementar estratégias eficazes que garantissem a redução de óbitos entre as crianças indígenas. Nessas regiões a taxa de mortalidade entre as crianças pretas e amarelas se manteve abaixo da média nacional e regional.

Também merece destaque a região centro-oeste com alta concentração de óbitos de crianças indígenas (34,7 óbitos por 1000 nascidos vivos, em 2019), seguida de crianças brancas (17 óbitos por 1000 nascidos vivos, em 2019) percentual acima da média nacional e da média da região (11,83 óbitos por 1000 nascidos vivos, em 2019). Vale também destacar que essa região é considerada a segunda menos desigual do país, muito em função do desenvolvimento promovido pelo agronegócio. Trata-se de uma região em que a agropecuária registra um grande dinamismo, ao mesmo tempo em que se mantém uma alta concentração de renda que perpetua a desigualdade social e a pobreza na região (CORRÊA; FIGUEIREDO, 2006).

Em suma, tanto a região Sul quanto a Centro-oeste, com menores índices de desigualdades entre as regiões brasileiras, apresentam o número de óbitos entre os indígenas em proporções acima de 40% do número de óbitos entre crianças brancas.

O IBGE, ao considerar a cor/raça/etnia da população brasileira por autodeclaração, registrou que em 2019[9], 42,7% dos brasileiros se declararam brancos, 56,2% pardos ou pretos e 1,1% amarelos ou indígenas. Considerando o baixo percentual de população brasileira indígena, chama-nos atenção o percentual de óbitos entre as crianças desse gupo populacional. Estudo realizado por Marinho et al (2019) afirmam que as condições de vida das crianças indígenas da Amazônia é muito aquém das condições de vida de crianças não indígenas. Marinho et al (2019) denunciam a alta TMI provocadas por doenças nutricionais e doenças infecciosas, causadas pela falta de saneamento básico nas comunidades indígenas. Para os autores, as disparidades na TMI entre crianças indígenas e não indígenas, denuncia a falta de investimento em políticas públicas para a população indígena (MARINHO et al, 2019). No nosso estudo, o registro da TMI acima da média regional e nacional entre crianças indígenas, em todos os anos denuncia a necessidade de direcionar políticas públicas para esse grupo populacional visando diminuir as iniquidades que resultam na mortalidade infantil dessa população.

Se nos chama atenção o percentual de óbitos entre crianças indígenas, de igual modo nos alerta o percentual de registro com a informação ignorado. Com exceção das regiões Sul e Centro-oeste, o percentual de informação ignorado suplanta o registro de todas as categorías de cor/raça/etnia. Isso aponta para falha nas informações registradas nas Declarações de Óbitos.

A Declaração de Óbito (DO) é o documento utilizado pelos cartórios para a emissão da certidão de óbito e é um documento-base preenchido pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), principal fonte a respeito da mortalidade no Brasil (MENDONÇA; DRUMOND; CARDOSO, 2010). O não preenchimento preciso das DOs compromete as informações, que podem ser utilizadas por gestores e profissionais de saúde para identificar em que condições ocorreram os óbitos e proporem intervenções adequadas.

4 CONCLUSÃO

[9] Disponível em: https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html#:~:text=De%20acordo%20com%20dados%20da,1%25%20como%20amarelos%20ou%20ind%C3%ADgenas.

Nossa questão tem como pano de fundo um conjunto de medidas de austeridade fiscal implementadas pelo governo brasileiro com cortes de recursos para as políticas sociais, dentre elas a política de saúde. Tais medidas tendem a agravar as condições de vida da população mais pobre, portanto mais dependentes das políticas sociais. Considerando essa realidade examinamos a tendência dos indicadores da mortalidade infantil entre 2015 e 2019, observando diferenças intrarregionais e de raça/cor/etnia.

Esse estudo parte do princípio de que a mortalidade infantil expressa um conjunto de desigualdades sociais e econômicas, que atingem em maior ou menor proporção determinados grupos populacionais. Essas desigualdades têm por base a condição de pobreza, racismo, dificuldade de acesso e/ou acesso a serviços de saúde precários.

Concluímos como outros autores que as políticas sociais desenvolvidas no país para atingir as metas estabelecidas internacionalmente para a redução da mortalidade infantil são pontuais visto que não atingem a questão estrutural, que é a diminuição das desigualdades sociais que afetam diretamente às crianças brasileiras. As ações para manter a saúde infantil em destaque prioritário nas políticas públicas têm alcançado resultados positivos para o Brasil de queda da mortalidade infantil, entretanto, esses avanços não alcançam de forma homogênea as regiões do país, evidenciando-se a necessidade de incrementar ações estratégicas de atenção à saúde para melhorar a qualidade ao cuidado de mães e recém-nascidos, mas para, além disso, de ações estruturais para melhorar as condições de vida de grupos populacionais menos favorecidos, em maior peso em determinadas regiões do Brasil.

Nesse sentido, a raça/cor/etnia deve ser considerada como uma variável social, que representa reduzida equidade em saúde e das condições socioeconômicas entre os grupos raciais. Nessa direção vale ressaltar que o preenchimento correto das declarações de óbitos merece ser considerado como um fator importante, por possibilitar a avaliação adequada do indicador, com recorte étnico-racial, por parte dos gestores e profissionais de saúde nas três esferas de gestão, no sentido de propor intervenções e políticas públicas adequadas. O preenchimento adequado das DOs permite ainda maior credibilidade e confiabilidade na mensuração das informações para subsidiar estudos que investiguem a

magnitude das desigualdades raciais na ocorrência de morte infantis e também materna.

Esse estudo aponta para a necessidade de implementar ou potencializar políticas públicas direcionadas a grupos populacionais menos favorecidos atendendo os princípios constitucionais do SUS, sustentado na universalidade e equidade, que manifesta o senso de justiça.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina. **A Declaração de Óbito**: documento necessário e importante. Brasília-DF, 2006.

BRASIL. Funasa. **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**. Disponível:file:///C:/Users/eoliv/Downloads/Inqu%C3%A9rito%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%20e%20Nutri%C3%A7%C3%A3o%20dos%20povos%20Ind%C3%ADgenas%20(2009).pdf.

BRITO, E. C.; DAMAZIO, M. R. Desenvolvimento econômico no Brasil: similaridades e diferenças entre as regiões Sul e Nordeste no período de 2001 a 2015. **Revista de Desenvolvimento Econômico** – RDE - Ano XX – V. 3 - N. 41 – dez. 2018 - Salvador, BA – p. 167 – 198. Disponível em: http://dx.doi.org/10.21452/rde.v3i41.5815. Acesso em: 22 jul. 2021.

CALDAS, A. D. R. et al. Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base no Censo Demográfico de 2010 e nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00046516. Acesso em: 12 jun. 2021.

CARVALHO, M. P. et al. SAÚDE PARA TODOS: REFLEXÕES QUE PERMEIAM ESSA META. **Vittalle - Revista De Ciências Da Saúde**, 23(2), 27–31, 2014. Disponível em: https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/4498. Acesso em: 19 jun. 2021.

CASALI, G. F. R.; SILVA, O. M.; CARVALHO, F. M. A. Sistema regional de inovação: estudo das regiões brasileiras. **Revista Econômica Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 515-550, Set./Dez. 2010.

CHOR, D.; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil **Cad Saúde Pública,** 2005, 21, 1586-94.

CORRÊA, A. M. C. J.; FIGUEIREDO, N. M. S. Riqueza, desigualdade e pobreza: um perfil da região centro-oeste no início do século xxii. **Pesquisa & Debate**, SP, volume 17, número 1 (29) pp. 45-65, 2006. Disponível em:

file:///C:/Users/eoliv/Downloads/11858-28434-1-SM.pdf. Acesso em: 20 de julho de 2021.

CUNHA, A. R. et al. PRINCIPAIS CAUSAS DA MORTALIDADE INFANTIL NA REGIÃO OESTE DE SANTA MARIA – RS. **Disciplinarum Scientia**, Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 15, n. 2, p. 261-268, 2014. Disponivel em: https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/1088/0. Acesso em: 19 jun. 2021.

EZEQUIEL, Pedro. Mortalidade infantil retorna com aumento das desigualdades sociais. **JONRAL DA USP**, São Paulo, 10 jan. 2019. Disponível em: https://jornal.usp.br/atualidades/mortalidade-infantil-retorna-com-aumento-das-desigualdades-sociais/. Acesso em: 12 jun. 2021.

FERNANDES, F. A Revolução Burguesa no Brasil. **Ensaios de interpretação sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

FONSECA, S.C; MONTEIRO, D.S.A; PEREIRA, C.M.S.C; SCORALICK, A.C.D; JORGE, M.G; ROZARIO, S. Desigualdades no pré-natal em cidade do Sudeste do Brasil. **Ciên Saúde Colet**. 2014 jul;19(7):1991-8. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.04212013. Acesso em: 26 jun. 2021.

FRANCA, Elisabeth Barboza et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 46-60, maio 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050005. Acesso em: 19 jun. 2021.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciênc. saúde coletiva** 24 (12), dez. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019. Acesso em: 26 jun. 2021.

GARCIA, Leila Posenato; SANTANA, Lúcia Rolim. Evolução das desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil no Brasil, 1993-2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3717-3728, Sept. 2011. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000009. Acesso em: 11 mar. 2021.

GREMAUD, A. P.; VASCONCELLOS, M. A. S.; TONETO JÚNIOR, R. Desenvolvimento e distribuição de renda. In: _____. **Economia Brasileira Contemporânea**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017. p. 61-85.

IAMAMOTO, M. V. “Questão social” no Brasil: relações sociais e desigualdades. **ConCiencia Social**. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 2 (2018) Nro. 3 - ISSN 2591-5339 3. Disponível em: file:///C:/Users/eoliv/AppData/Local/Temp/21586-Texto%20del%20art%C3%ADculo-62085-1-10-20181019.pdf. Acesso em 10 de agosto de 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **PNAD Contínua 2018: 10% da população concentram 43,1% da massa de rendimentos do país**. Estatísticas sociais, 2019. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-

noticias/releases/25700-pnad-continua-2018-10-da-populacao-concentram-43-1-da-massa-de-rendimentos-do-pais. Acesso em: 20 jan. 2021.

LAURELL, A. C. **A saúde-doença como processo social**. ∗ "La salud-enfermedad como proceso social". Revista Latinoamericana de Salud, México, 2, 1982, pp. 7-25. Trad. E. D. Nunes. Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf. Acesso em: 31 jul. 2021.

MAIA, L. T. S.; SOUZA, W. V.; MENDES, A. C. G. Determinantes individuais e contextuais associados à mortalidade infantil nas capitais brasileiras: uma abordagem multinível. **Cad. Saúde Pública 2020**; 36(2):e00057519. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00057519. Acesso em: 26 jun. 2021.

MALLMANN, Mariana Borsa et al. Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise do período 2000-2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 4, e 2018022, dez. 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000400014. Acesso em 22 mar. 2021.

MARINHO, G. L. et al. Mortalidade infantil de indígenas e não indígenas nas microrregiões do Brasil. **Rev. Bras. Enferm**. 72 (1) - Jan-Feb 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0646. Acesso em: 22 jul. 2021.

MARQUES, R. Permanência e ruptura na proteção social brasileira no período recente **Argumentum,** 2019, 11, 1, 130-145. Disponível em: https://doi.org/10.18315/argumentum.v11i1.23131. Acesso em: 23 ago. 2021.

MENDONÇA, F. M.; DRUMOND, E.; CARDOSO, A. M. P. Problemas no preenchimento da Declaração de Óbito: estudo exploratório. **Rev. bras. estud. popul**. 27 (2) – dez. 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-30982010000200004. Acesso em: 22 jul. 2021.

NIOBEY, F. M. L.; CASCÃO, A. M.; DUCHIADE, M. P.; SABROZA, P. C. Qualidade do preenchimento de atestados de óbitos de menores de um ano na região metropolitana do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 311-8, 1990.

O Brasil e os ODM. **ODM BRASIL**. Disponível em: http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm#:~:text=OBJETIVO%204%20%2D%20REDU%C3%87%C3%83O%20DA%20MORTALIDADE,7%20por%20mil%20nascidos%20vivos. Acesso em: 26 jun. 2021.

ONU: Brasil cumpre meta de redução da mortalidade infantil. **Governo Federal – Governo do Brasil**. 10 set. 2015. Disponível em: https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2015/setembro/onu-brasil-cumpre-meta-de-reducao-da-mortalidade-infantil. Acesso em: 12 jun. 2021.

PAES-SOUSA, R.; SANTOS, L. M. P.; MIAZAKI, E. S. Effects of a conditional cash transfer programme on child nutrition in Brazil. **Bulletin of the World Health**

Organization. 2011; 89(7):496-503. Disponúvel em: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.10.084202. Acesso em: 16 jul. 2021.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. A.; GIOVANNI, M.; ALMEIDA, P. V. B.; NETTO, T. L. F. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 58-71, OUT 2014. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf. Acesso em: 14 jun. 2021.

RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **THE LANCET**. VOLUME 382, ISSUE 9886, P57-64, JULY 06, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60715-1. Acesso em: 26 jun. 2021.

SANTOS, Isabela Soares; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2018, v. 23, n. 7, pp. 2303-2314. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018. Acesso em: 14 jun. 2021.

SILVA, V. A. et al. DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS: UMA ANÁLISE SOBRE OS DETERMINANTES DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS. **Revista Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos**, v. 13, n. 1, p. 73-97, 2019. Disponível em: https://revistaaber.org.br/rberu/article/view/407. Acesso em: 12 jun. 2021.

SOARES, Alexandre. Unicef: relatório aponta 10 países com maiores taxas de mortalidade infantil. **Nações Unidas**. 20 fev. 2018. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2018/02/1611481. Acesso em: 26 jun. 2021.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. D. S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2016. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7270. Acesso em: 20 dez. 2020.