

O IMPACTO DA MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL NOS ANOS DE 2000 A 2010

THE IMPACT INFANT MORTALITY IN BRAZIL IN THE YEARS 2000 TO 2010

*Jonyson dos Santos Gonçalves¹

Resumo

O Brasil avançou muito com suas políticas públicas de saúde, e políticas sociais em um espaço de dez anos, que compreende os anos de 2000 a 2010, mais ainda é destaque no mundo por possuir um alto índice de mortalidade infantil em crianças menores de um ano de vida. O objetivo deste artigo é mostrar os índices de mortalidade nos anos acima descritos, e, que fatores contribuíram para a diminuição no número de mortes dessas crianças. A metodologia da pesquisa utilizou-se de literaturas e artigos encontrados no site da SCIELO, MEDILINE, LILACS, com estatísticas no DATASUS, RIPSAs e Sistemas de informações SIM e SINASC, verificando que no ano de 2000 morreram 27,4 crianças por mil nascidos vivos, enquanto que em 2010 morreram 16,0 crianças por mil nascidos vivos, o índice considerado aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é de 10 mortes por mil nascidos vivos, este indicador mostra que tanto as políticas públicas de saúde, quanto às políticas sociais ainda não são equânimes, esses indicadores possuem diferentes variações de acordo com as regiões do país. Na região Nordeste no ano 2010 morreram 19,1 crianças por mil nascidos vivos, na região Sul morreram 11,6 crianças por mil nascidos vivos, isso mostra que a oferta de serviços de saúde é melhor na região Sul do que na região nordeste. Os resultados obtidos na pesquisa mostram que é notório que as condições de vida, tanto sociais como econômicas, afetam a saúde e o bem estar da população infantil. Concluí-se então que ao lado de padrões de vida mais elevados, o progresso na área da saúde, atuando principalmente no campo da saúde pública, através de medidas como a vacinação e melhor qualidade de vida para essas crianças, reduza drasticamente a morbidez e a mortalidade. Nos países em desenvolvimento com o Brasil a saúde pública enfrenta desafios peculiares ao seu processo de evolução.

Palavras-Chave: Mortalidade infantil. Desnutrição. Sistemas de Informações.

Abstract

Brazil has advanced a lot with their public health policies , and social policies in a space of ten years comprising the years 2000-2010 , is even more prominent in the world to possess a high infant mortality rate in children under one year of life. The

¹ * Mestrando em Gestão em Saúde pela Universidade Lusófona Humanitária e Tecnológica – ULHT - Portugal
E-mail: jony.sg33@yahoo.com.br

purpose of this article is to show the mortality rate for the years described above , and what factors contributed to the decrease in the number of deaths of these children . The research methodology was used in literature and articles found on SCIELO , Medline , LILACS site with stats Datasus , RIPSAS YES birth and death certificates and information systems , noting that in 2000, 27.4 children per thousand live births died while children died in 2010 16.0 per thousand live births , the rate considered acceptable by the World health Organization (WHO) , is 10 deaths per thousand live births , this indicator shows that both public health policies , for the social policies are still not equitable , these indicators have different variations according to regions. In the Northeast in 2010 died 19.1 children per thousand live births died in the southern region 11.6 children per thousand live births , it shows that the provision of health services is better in the South than in the Northeast . The results obtained in this research show that it is clear that the conditions of life , both social and economic , affecting the health and welfare of the child population . I concluded then that is next to higher standards of life to the progress in health , working mainly in the field of public health , through measures such as vaccination and better quality of life for these children , dramatically reduce morbidity and mortality . In developing countries with public health Brazil faces peculiar to the process of evolution challenges .

Keywords: Infant mortality. Malnutrition. Information Systems.

Introdução

Os indicadores de mortalidade infantil é um dos principais marcadores que mostram a saúde de um país, e também o grau de desenvolvimento de uma nação. No cenário mundial o Brasil é destaque como uma das grandes potências econômicas do mundo, mas no contexto saúde ainda está distante da realidade de muitos países.

Num espaço de dez anos que compreende 2000 a 2010, houve um decréscimo no número de mortes de crianças menores de um ano de vida, em virtude da aplicação de programas de saúde pública voltado para as grávidas e crianças, como o Pré-Natal, Rede Cegonha, Programa Nacional de Imunizações (PNI), Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno (Pró-ame), Programa de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil (CDI), Programa de Suplementação de Ferro e Vitamina A, e programas sociais como o Bolsa família e o Bolsa escola (FRIAS, 2009).

Todas essas ações por parte do governo são tentativas que tendem a contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, principalmente nas regiões norte e nordeste as quais se encontram os piores indicadores de

saúde inclusive os de mortalidade infantil, onde a oferta de serviços de saúde é desigual e insuficiente para atender a demanda com a qualidade necessária.

Quanto melhor os indicadores de saúde melhor a qualidade de vida da população, a qual é resultado do trabalho por parte não só dos trabalhadores da área da saúde mais também dos gestores, ou seja, dos governantes políticos que trabalham seriamente e se preocupam com a qualidade da saúde oferecida a população, adotando tais colocações como veracidade, esta pesquisa também visa mostrar esses indicadores, para ver a distribuição da mortalidade em crianças menores de um ano e que fatores implicaram para a diminuição da taxa de mortalidade no Brasil nos anos de 2000 a 2010.

Para desenvolvimento deste trabalho foi analisado como fonte principal a rede RIPSAs, a análise foi realizada considerando-se os óbitos infantis da população residente no Brasil. Entre os óbitos infantis, foram detalhados os componentes:

- Taxa de mortalidade infantil segundo Região e UF;

- Taxa de mortalidade infantil e variações relativas segundo região e UF
- Taxa de mortalidade neonatal precoce segundo Região e UF;
- Taxa de mortalidade neonatal tardia segundo Região e UF;
- Taxa de mortalidade pós-neonatal segundo Região e UF.

Procedeu-se, a partir de então, à análise detalhada dos resultados obtidos pelos estudos mediante auxílio do programa Excel 2007, em cujos gráficos foram feitos e listados as regiões e UF, para atingir o objetivo do estudo, e também os fatores da diminuição dos óbitos e variáveis independentes estudadas para os referidos desfechos. Diante deste contexto, foram utilizados neste artigo, métodos qualitativos e quantitativos, e a variação das taxas de mortalidade por regiões.

2 Referencial teórico

2.1 Políticas de saúde no Brasil

Para uma melhor compreensão da concepção de Políticas de Saúde devemos, primeiramente, nos familiarizar sobre o entendimento do conceito da mesma.

Acurcio (2001), observa com propriedade que as políticas públicas são um conjunto das diretrizes e referências ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta. Assim política de saúde é a maneira com que o Estado interfere nas necessidades vividas ou manifestadas pela sociedade.

De forma que as políticas públicas são fomentadas e implementadas pelo Estado para o enfrentamento de problemas sociais, dentre eles aqueles relacionados à saúde. É certo que existe um hiato entre o conjunto de problemas sociais e a capacidade do Estado de enfrentamento. A existência deste hiato possibilita uma visão crítica de como o Estado prioriza maior ou menor importância para a tomada de medidas de resolução, por meio de políticas públicas (KORNIS, 1996).

Neste ponto da delimitação do assunto aparece um conceito crucial para a compreensão do processo de implementação de políticas públicas, o qual vários autores o referem como

“ator social”, fazendo menção como um coletivo de pessoas ou, no seu extremo, uma personalidade que participa de determinada situação, tendo organização minimamente estável, sendo capaz de intervir nas situações e tendo um projeto de execução para um problema, este compreendido como uma necessidade não satisfeita, desde que se tenha consciência desta e o desejo de satisfazê-la (ACURSIO, 1998).

A política de saúde de uma época, como a elaboração, implementação e o resultado obtido, reflete o momento histórico no qual foi criada, tendo como pontos críticos à situação econômica, a situação social em relação a sua capacidade de influenciar a política em um determinado momento.

A partir da determinação da meta saúde para todos no ano 2000, os governos dos países em desenvolvimento foram impulsionados a desenvolverem políticas e/ou estratégias pensadas para o alcance deste. Um dado claro é que para o alcance da meta só seria possível a partir da implantação de ações em formas de cuidados primários de saúde os quais foram definidos como:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em método e tecnologia práticas, cientificamente bem fundamentados socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação (NUNES, 2000, p.56).

Atenção primária de saúde representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

A realização desta Conferência apresenta-se como contribuição para formulação da tendência a um novo tipo de assistência a saúde que começa a estruturar-se num panorama internacional em saúde pública como modelo a ser implantado, principalmente nos países em desenvolvimento.

Desta maneira várias interpretações do teor operacional desta nova metodologia de assistência

à saúde são questionadas desde a sua concepção até a real resolubilidade. Conforme enfatiza Sharaiber (1996, p.34):

A atenção primária tem sido associada a uma assistência de baixo custo, pois parece tratar-se de um serviço simples e quase sempre com poucos equipamentos. Por isso parecerá também ser uma organização própria do setor público da prestação de serviços, contendo uma prática fadada a ser uma medicina simplificada.

Essa forma de abordagem efetiva da atenção primária exprime uma vertente de sua criação como uma maneira de ampliar os serviços de saúde às populações sem acesso aos mesmos. Assim pode-se caracterizar bem a atenção primária como um conjunto de ações mínimas combinadas em medidas básicas em saúde pública, assistência médica e social (SOBERON, 1998).

Os modelos atuais em saúde pública são baseados, de uma forma ou de outra no dano a saúde já constituída, utilizando-se das especialidades médicas, dos exames complementares de custo elevado e dos hospitais como apanágio de sua operacionalidade almejando a recuperação do estado de salubridade

do indivíduo, o qual pode ter, ou não acesso ao serviço público de saúde.

O objeto de atuação da atenção primária é diverso das outras especialidades da saúde, onde o seu objetivo maior é trabalhar em nível primário de atenção extra-ambulatorial a saúde do indivíduo, da família e da comunidade (DUCAN, 1996).

Ao se determinar às necessidades básicas de uma população podemos detectar que uma gama destas extrapolam a esfera da intervenção curativa individual. É o que muitos autores denominam de necessidades básicas de saúde.

Particularmente no Brasil, o conjunto específico dessas necessidades inclui demandas principalmente sanitárias, tais como, o saneamento, o desenvolvimento nutricional, a imunização ou a informação em saúde, que geram as ações tradicionais da saúde pública (MELLO, 2007).

Essa gama de demandas, delimitada pela noção de necessidades básicas, agrega, pois, um conjunto de ações que na qualidade de atuação médica e sanitária envolve trabalho complexo: os requisitos assistenciais serão os de alta capacidade resolutiva e ao mesmo tempo alta sensibilidade diagnóstica,

para atuar corretamente nas demandas primárias e propor encaminhamentos adequados no interior do sistema assistencial.

Nenhum paradigma se sobrepõe ao outro radicalmente é necessário introduzir novas práticas de saúde vislumbrando a apropriação dessa população desse novo paradigma pensando na prática da atenção primária.

Desta forma, a aceitação e a viabilidade da atenção primária possuem peculiaridades a serem consideradas. São recentes no Brasil e há um amplo campo para investigação e discussões em torno da insatisfação e desilusão com o sistema de saúde pública de onde podemos vislumbrar novos horizontes de idealização e fomentar novas expectativas para realizações concretas em Saúde Pública (NASCIMENTO, 2012).

Ao contemplarmos a situação dos modelos de assistência à saúde no Brasil e no mundo, podemos observar um quadro de crise acumulativa neste setor, resultante do emprego de vários modelos de saúde. Diante desse quadro novas ideologias vêm sendo formuladas sobre a concepção da produção em serviços de saúde.

Uma teoria adequada para resolver a situação da atenção primária exige discutir a saúde em um contexto social mais amplo, o qual ampliaria o panorama de novas perspectivas de idealização da participação social na criação de novas tecnologias de planejamento em saúde onde os verdadeiros atores e/ou sujeitos teriam participação efetiva nesse processo e conseqüentemente com impacto positivo para demandas identificadas em cada localidade (SIMÕES, 1991).

A situação da saúde pública reflete o surgimento de uma nova visão social onde as expectativas de qualidade de vida cresceram a partir do gerenciamento e oferta dos serviços fundamentais, como a educação, moradia e, com maior ênfase, a saúde.

Na incerteza do modo de ação e na impossibilidade de abranger o todo, meios adaptados de atuação, diante das insatisfações e incertezas, começam a se formar, em prol das necessidades, colocando-se em prática uma medicina mais efetiva, visando otimizar benefícios e minimizar custos. Em busca da otimização, pode-se apreciar a existência de vários modelos de atenção à saúde funcionando,

paralelamente, na prestação de serviços à população.

Conforme Ducan (1996), no Brasil há fragmentos de modelos assistenciais adaptados através das experiências realizadas em outros países. Esses modelos de atenção são, em sua essência, uma ideologia política. Dessa forma, as diretrizes das políticas de saúde devem proporcionar uma uniformidade das ações em saúde, onde seja possível uma resposta mais adequada aos anseios sociais em vista da colossal carência de intervenções coesas e tecnicamente respaldadas, necessárias à reestruturação das políticas de saúde.

O princípio da integralidade das ações em saúde é uma razão a ser incorporada como ação transformadora da ideologia, onde se atribui ao trabalho em saúde ações curativas e ações preventivas, ignorando-se diferenças importantes no seu processo de produção (MACHADO, 1991).

No que se refere à dicotomia que estabelece entre prevenção de doenças e recuperação da saúde, é preciso distinguir, em primeiro lugar, no campo preventivo, o que pode ser feito pelos serviços de saúde e o que não (MACHADO, 1991, pg. 32).

Entre muitos pontos a serem analisados é necessário compreender que as ações em saúde pública estão vinculadas a razões institucionais embasadas no poder de mando das classes dominantes, processos denominados de verticalização. Tentar realizar mudanças nesta forma de intervir e fazer saúde é ter pela frente uma tarefa árdua, é provocar, dar espaço para o processo de inversão do modelo atual de saúde.

Ao se falar em planejamento, constatamos que o seu significado apresenta-se agregado a sentidos distintos nos vários contextos em que é utilizado. O planejamento de ações em saúde.

É necessário se pensar no planejamento como uma atividade crucial para o desenvolvimento de ações coerentes com a comunidade em que estas serão realizadas. Por isso a importância de realizar diagnósticos locais, subsidiando a escolha dessas ações tendo clareza da priorização das necessidades, e também sem perder de vista a promoção da saúde e a esfera política – econômica e social de cada comunidade (SZWARCZAK, 2011).

2.2 O Brasil no contexto da Mortalidade Infantil na Década de 2000 a 2010. Indicadores e fatores

Um exemplo de desafio se apresenta na alta incidência de doenças infecciosas, e nas elevadas taxas de morbidade e mortalidade delas decorrentes, particularmente no caso das doenças diarréicas, que resultam na mortalidade infantil e são mais persistentes nas comunidades com menor acesso aos cuidados primários à saúde. Outro desafio à saúde pública é a subnutrição da população como entrave e agravamento do estado de saúde (FRIAS, 2009).

A diminuição da mortalidade infantil no Brasil está relacionada a aplicação das políticas sociais e públicas, como descrito anteriormente. No período de dez anos que compreende 2000 a 2010 uma série de melhoramentos nas condições de vida e na atenção à saúde materno infantil, contribui para que o Brasil tivesse um avanço social significativo, onde isso é mostrado na análise feita neste trabalho de pesquisa onde os gráficos mostram o declínio da mortalidade infantil no Brasil, mesmo não sendo na mesma proporção nas cinco grandes regiões que subdividem o país (KORNIS, 1996).

Os grandes investimentos deixaram de ser apenas nas capitais dos estados, passou a ser também no interior, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, onde os coeficientes de mortalidade infantil em todas as faixas de idade, nessas regiões, foram as que mostraram os maiores índices (NASCIMENTO, 2012).

A diminuição da taxa de natalidade, impulsionada pela aplicação do programa de controle da natalidade, chamado também de programa de planejamento familiar, foi um dos responsáveis pela diminuição do índice da taxa de mortalidade infantil, na razão de que as mulheres tiveram a oportunidade de optar por qual método contraceptivo queriam usar, tendo com opção desde a laqueadura, que é a esterilização por método cirúrgico até ao simples ato de usar o preservativo, este programa teve uma importância de extrema relevância, pois as mulheres poderiam escolher qualquer dos métodos de forma gratuita oferecida nos serviços públicos de saúde (MELLO, 2007).

Os centros de referência para o pré-natal de alto risco também foram descentralizados para o interior dos estados, com isso o acompanhamento da gestante que precisasse de um atendimento especializado, ficou mais

fácil e acessível, pois, toda grávida que se enquadre neste grupo passa a ter acesso a esse serviço especializado. Isso ocorreu com o processo de regionalização da saúde que é um dos princípios do SUS (SIMÕES, 1991).

Outro fator importante é um estudo na área da saúde infantil que comprova que, um dos aspectos de grande impacto para a diminuição da mortalidade de crianças é o grau de instrução das mulheres que querem ser mãe, e que, quanto maior o número de anos de estudo da mãe, mais chances ela tem de evitar a morte de um filho nos primeiros cinco anos de vida (SZWARCOWALD, 2011).

Pode-se afirmar também que a capacitação de profissionais e gestores para a reorganização da assistência materna e neonatal, apoio às iniciativas de auxílio a gestantes e recém-nascidos de risco e implantação de comitês de investigação de óbitos em todo o País são fatores que tem que ser levado em consideração, pois, o conjunto desses fatores somados é que fizeram com que o Brasil passasse a ser visto pelo mundo como um país que tem investido sobre tudo em políticas Sociais e de Saúde, nessa razão o país tende a fazer cumprir outro princípio do SUS que é a

Equidade, dando a oportunidade de acesso aos serviços de saúde de forma igualitária (FRIAS, 2009).

A evolução da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Constituição de 1988, ao ser desenvolvido sobre os pilares da Universalização, da descentralização e da integralidade da assistência, visa reduzir o hiato ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta dos serviços públicos de saúde à população brasileira (KORNIS, 1996).

O modelo assistencial ainda predominante no país caracteriza-se pela prática "hospitalocêntrica", pelo individualismo, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e com baixa resolubilidade. Vem gerando alto grau de insatisfação para todos os partícipes do processo - gestores, profissionais de saúde e população que utiliza os serviços (MELLO, 2007).

A rede pública de saúde brasileira, nos seus diferentes graus de complexidade apresenta-se com sérios problemas de ordem financeira, gerencial e de adequação da assistência, em função da política econômica adotada, o que contribui ainda mais para a manutenção dos

índices de morbi-mortalidade em patamares elevados.

3 Resultados

No Brasil a saúde foi marcada por importantes modificações estimuladas pela ampliação conjunta de políticas públicas e políticas sociais direcionadas aos diferentes setores do país.

Diante desta perspectiva, quanto à saúde infantil especificamente, tais mudanças estiveram continuamente relacionadas à extensão do acesso ao abastecimento de água, em especial ao saneamento básico, à melhoria do poder aquisitivo da população, permitindo acesso das camadas de famílias de baixo poder aquisitivo aos produtos da cesta básica, à ampliação da cobertura de vacinação, das consultas de pré-natal, aos serviços médico-hospitalares e a outros componentes do padrão de vida das populações. Juntos, esses fatores atuaram ao mesmo tempo na redução da mortalidade infantil e na alteração dos tipos de agravos mais recorrentes à saúde da criança, e que também, tem o papel principal na continuidade do processo de diminuição da

mortalidade infantil no Brasil, (VETTER, SIMÕES, 1981).

Com isso, as estimativas de atenção da mortalidade infantil praticadas em todo o país alcançaram bons resultados, especialmente na redução dos óbitos de crianças menores de um ano de vida a qual será analisada posteriormente, no entanto, as medidas que objetivavam minimizar os efeitos maléficos do modelo econômico de desigualdade social sobre a população brasileira, foram inicialmente muito seletivas, as quais vinham beneficiando principalmente aquelas regiões onde as atividades econômicas já apresentavam maior dinamismo, a exemplo das regiões do sul e sudeste do País.

A Taxa de mortalidade infantil, segundo região e UF, onde pode se perceber a variação da mortalidade infantil de região para região nos diferentes anos da década em análise. Entre os óbitos infantis, foram detalhados os componentes: Mortalidade Neonatal precoce (menor de 7 dias); Mortalidade Neonatal tardio (de 7 a 27 dias); Mortalidade Pós-neonatal (de 28 a 365 dias).

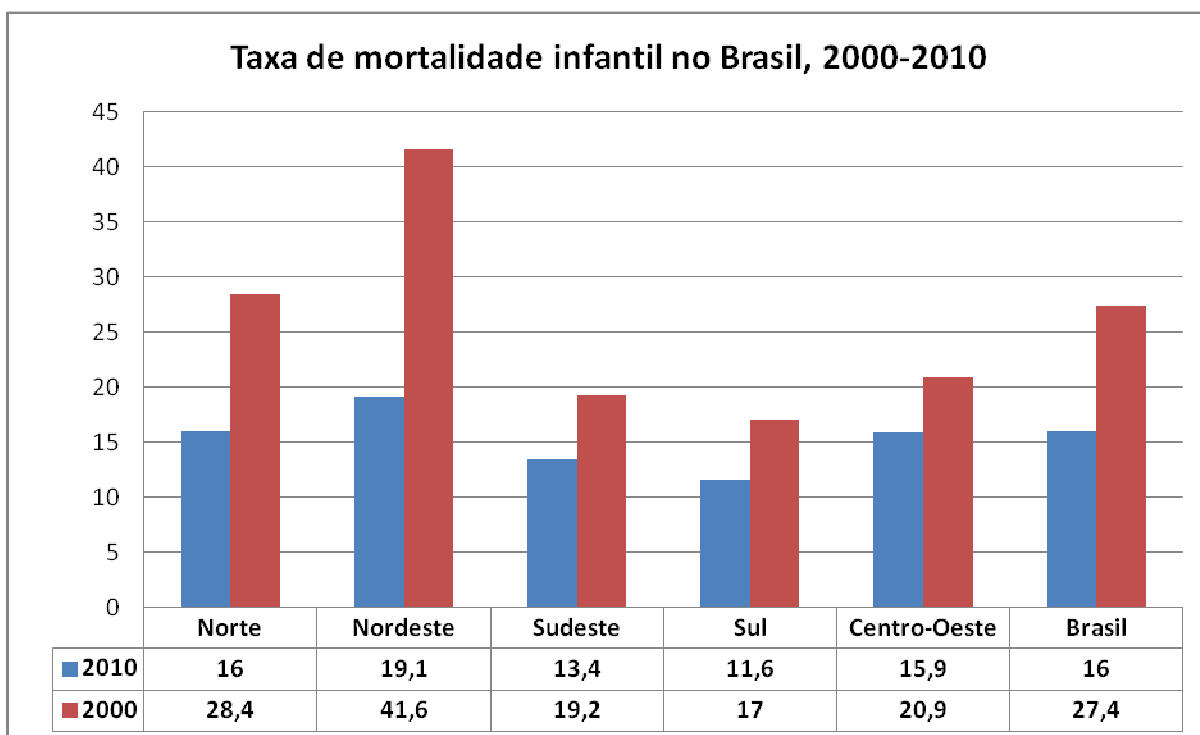


Gráfico 1 - Óbito Infantil - Brasil, 2000-2010.

Fontes: MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM - (GONÇALVES 2013).

No gráfico 1, é mostrado de forma perceptível, as diferenças das taxas de mortalidade infantil durante as décadas de 2000 a 2010, denota-se claramente, as alterações entre elas de região para região. Com efeito, visualizando as disposições da mortalidade infantil entre as diferentes regiões brasileira, podemos garantir que as diferenças eram bem acentuadas no ano de 2000 em todas as regiões do país, vindo a diminuir essas diferenças à medida que se evoluem os anos, ao longo das décadas em análise. Assim, a diferença da mortalidade infantil entre

a região Norte e a região Sul que era de 11,4 por mil nascidos vivos em 2000, passa para 4,4 em 2010, ou seja, há uma diminuição de quase 40%. A diferença maior ocorre na região Nordeste onde no ano de 2000 morriam 41,6 crianças por mil nascidos vivos, em 2010 passam a morrer somente 19,1, com uma diminuição de quase 50% em uma mesma região, isso tudo em virtude da aplicação das políticas públicas de Saúde e sociais que foram aplicadas nesses dez anos. Há de se considerar que, entre 2000/2010, a mortalidade infantil declinou proporcionalmente com menos intensidade, em todas as

regiões brasileiras, observando-se, inclusive, estabilização nos níveis de mortalidade infantil, tanto para o País

que se mantem com taxa de 16 mortes em 2010 a cada mil nascidos vivos, como para as demais regiões.

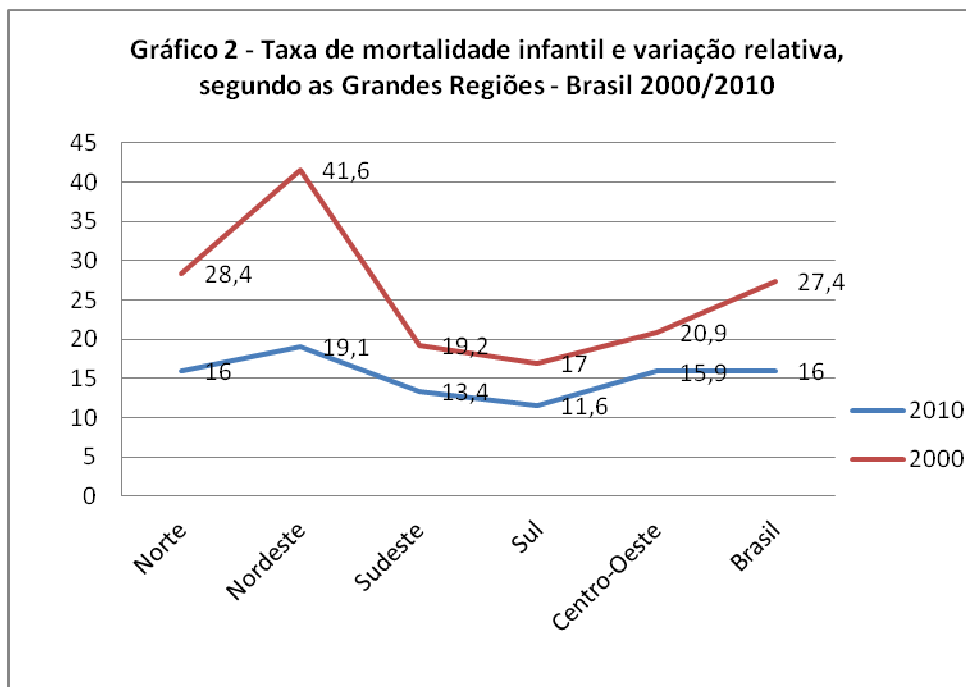


Gráfico 2 - Óbito infantil Brasil e Regiões - Brasil, 2000-2010.

Fontes: MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e MS/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, (GONÇALVES 2013).

A inclinação da mortalidade infantil que se observa no gráfico da variação relativa, a partir do início da década de 2000, parece estar densamente dependente do modelo de intervenção na área das políticas públicas direcionadas a essas regiões, então adotadas sobre tudo no campo da medicina preventiva, de saneamento básico, sanitária e de modo recente, na ampliação dos programas de saúde materno-infantil, sobre tudo voltados para o pré-natal, parto e puerpério; a ampliação da oferta de serviços na área da saúde

como: Médico hospitalares nas diferentes regiões do país, até então bastante carentes, as campanhas de vacinação, os programas de aleitamento materno e reidratação oral. Estes fatores implicaram diretamente para a redução da mortalidade infantil em todo o país, em conjunto com as grandes mudanças nos moldes reprodutivos, com quedas acentuadas nos níveis de fecundidade, um conjunto explicativo da evolução da queda da taxa de mortalidade infantil, sobretudo, a partir dos anos posteriores a 2000.

Continuando a discussão com relação à mortalidade infantil e seus fatores contribuintes para sua diminuição no país, não pode deixar de ser citada a ampliação no que diz respeito às políticas públicas direcionadas a mesma, nas quais, tais ações resultaram nas melhorias ocorridas ao longo das últimas décadas como exposto anteriormente, combinando menos pobreza com maior oferta e acesso aos serviços de saúde e melhor qualidade de vida, além de propiciar adequada utilização destes serviços por parte das famílias com crianças nas diferentes fases da idade. O acesso e a utilização de ampla variedade de serviços expandiram-se muito mais entre crianças, em famílias com elevada vulnerabilidade do que entre aquelas não vulneráveis. Diante desse contexto, tendemos também contribuir para o debate sobre os processos da

mudança da taxa de mortalidade infantil no Brasil através das amostras dos indicadores colocados ao longo do trabalho, e dos fatores os quais contribuíram para a diminuição da mortalidade em suas dimensões regionais, que somadas, refletem o nível nacional.

Desse modo, a partir de então, pode ser verificado a análise do gráfico: Taxa de mortalidade neonatal precoce, segundo Região e UF; Brasil, (2000-2010). Numero de óbitos na idade de 0 a 6 por 1000 nascidos vivos no Brasil na década em análise. Os componentes referentes à redução da mortalidade infantil no que diz respeito ao componente neonatal precoce mostram, também, uma diminuição do número de óbitos na idade de 0 a 6 anos por 1000 nascidos vivos em todas as regiões do Brasil, conforme mostra o gráfico 3, a taxa de mortalidade neonatal precoce.

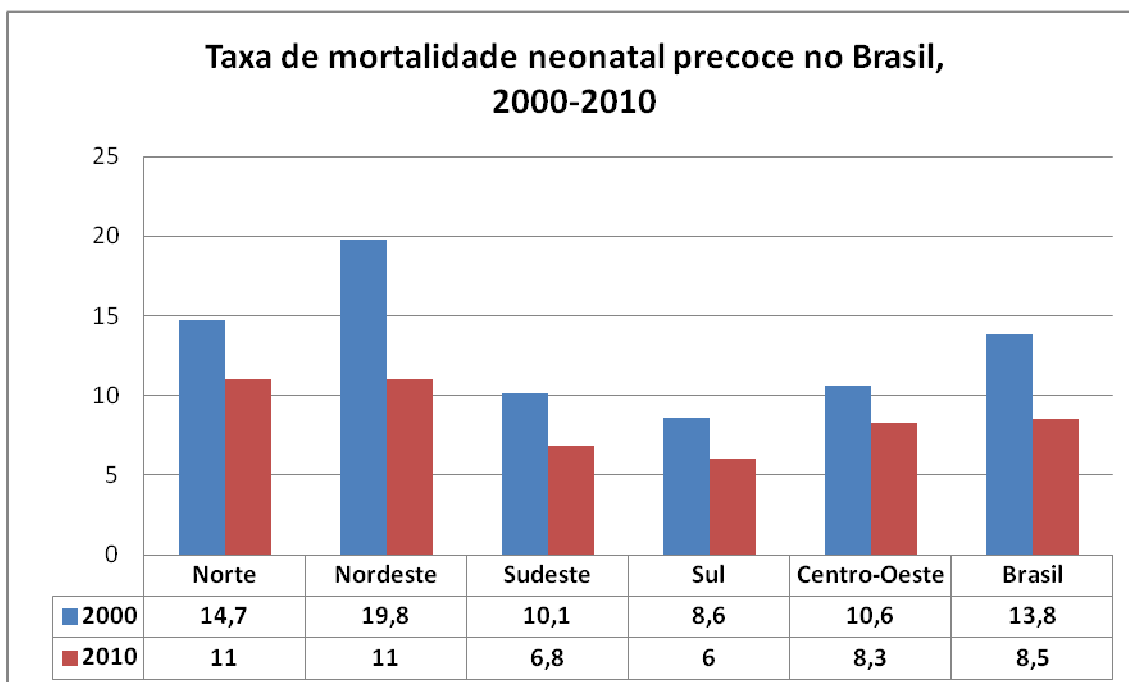


Gráfico 3 - Óbitos na idade de 0 a 6 dias por 1.000 nascidos vivos - Brasil, 2000-2010.
Fontes: MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, (GONÇALVES 2013).

Detalhando-se mais a análise, em relação ao componente neonatal precoce, observa-se que persistem importantes desigualdades regionais (gráficos 3) permitindo observar que as taxas das regiões Norte e do Nordeste respectivamente (14,7/1000 e 19,8/1000) nascidos vivos no ano de 2000, são quase que, duas vezes mais elevadas que as da região Sul (8,6/1000 e 6/1000) respectivamente, apresentando redução das desigualdades regionais no período de 2000 a 2010 (Gráfico 3). Observa-se também no gráfico que a redução da mortalidade nesse período, a componente neonatal precoce foi mais expressiva na região Nordeste com queda de aproximadamente 60%,

passando de 14,7/1.000 NV para 11/1.000 nascidos vivos entre 2000 e 2010 (Gráfico 3).

Prosseguindo a análise da componente neonatal precoce, evidencia-se que na década em análise no Brasil, no ano de 2000, morreram 13,8 crianças por 1000 nascidos vivos, e no ano de 2010 morreram 8,5 crianças por 1000 nascidos vivos, apresentando uma queda de mais de 60% em 10 anos (Gráfico 3). As maiorias das mortes neonatais precoce estão relacionadas à prematuridade, a asfixia ao nascer e as infecções, que são decorrentes principalmente de condições potencialmente controláveis por meio de ações efetivas no pré-natal, parto,

nascimento e período neonatal. Faz-se um destaque para a mortalidade no primeiro dia de vida, visto que a maioria desses óbitos apresentam relação com a assistência prestada a

gestante e ao recém-nascido durante o período do pré-parto, parto e atendimento imediato a criança no nascimento e nas primeiras horas de vida.

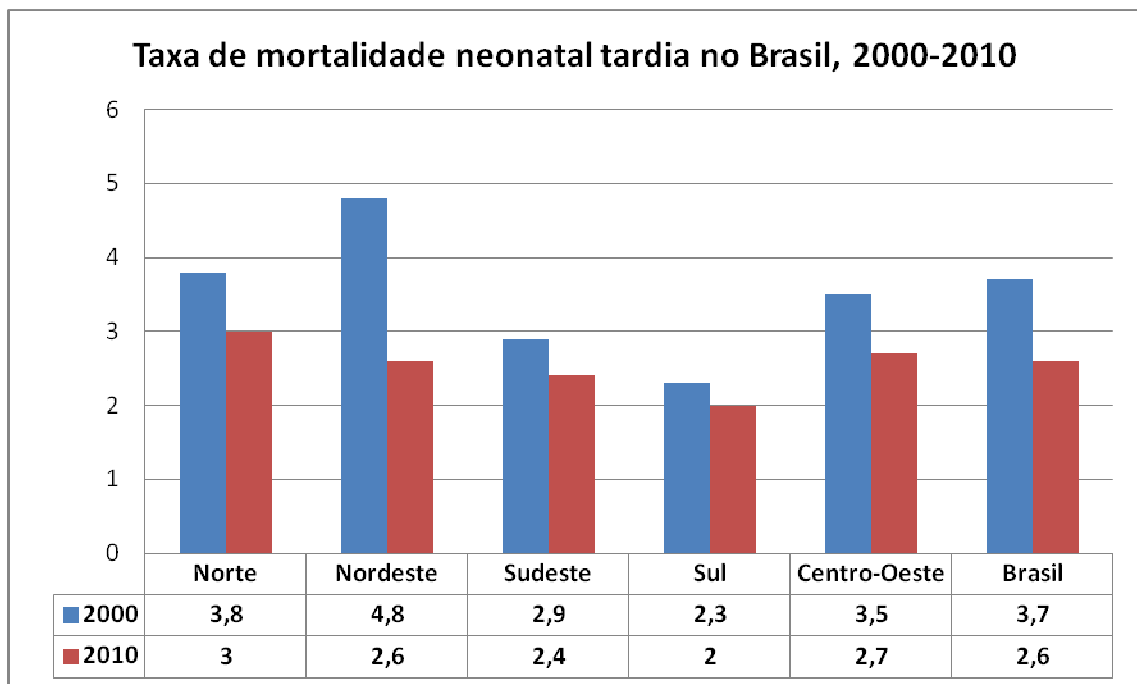


Gráfico 4 - Óbitos na idade de 7 a 27 dias por 1.000 nascidos vivos - Brasil, 2000-2010.
Fontes: MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, (GONÇAVES 2013)

Considerando-se o período de mortalidade neonatal tardio, que são crianças que morrem de 7 a 27 dias no pós-nascimento, o Brasil apresenta no ano de 2000, 3,7 mortes por 1000 nascidos vivos, em 2010 2,6 mortes por 1000 nascidos vivos, isso mostra no gráfico em destaque uma redução de mais de 70% no número de mortes, uma diminuição expressiva no período em análise. E mais uma vez nessa faixa de mortes, a região nordeste no ano de 2000 apresenta o maior índice

de mortalidade com uma taxa de 4,8 mortes por 1000 nascidos vivos, em relação as outras regiões, mesmo com a aplicação das políticas públicas sociais e de saúde no período de dez anos a região nordeste fica na frente somente da região centro-oeste que apresenta uma taxa de 2,7 mortes por 1000 nascidos vivos.

Fazendo um paralelo do índice de mortalidade neonatal precoce e tardio, o número de mortes é menor na mortalidade tardia na razão de que, o

risco de morte é maior nas primeiras horas de vida do que após os primeiros seis dias de nascimento, mesmo com essa afirmativa ainda ocorrem algumas milhares de mortes nesse período por falhas nos serviços de saúde e no acompanhamento da puérpera e da criança. A mortalidade neonatal tardia e devida principalmente as infecções perinatais, e mais do que isso, muitas mortes ocorrem por doenças preveníveis que é o caso das diarreias que matam por desidratação, e algumas doenças do aparelho respiratório que quando diagnosticadas no início podem ser

tratadas. Outro fator importante são as doenças imunopreveníveis, onde ainda se morre por doenças que não poderiam ocorrer uma vez que, o sistema único de saúde dispõe de forma gratuita muitas vacinas que estão no programa nacional de imunizações, mais muitas mães não tem consciência da importância de vacinar a criança, e ela acaba acometida por algumas dessas doenças e tende a vir a óbito, aumentando assim a estatística do número de mortes de crianças no Brasil.

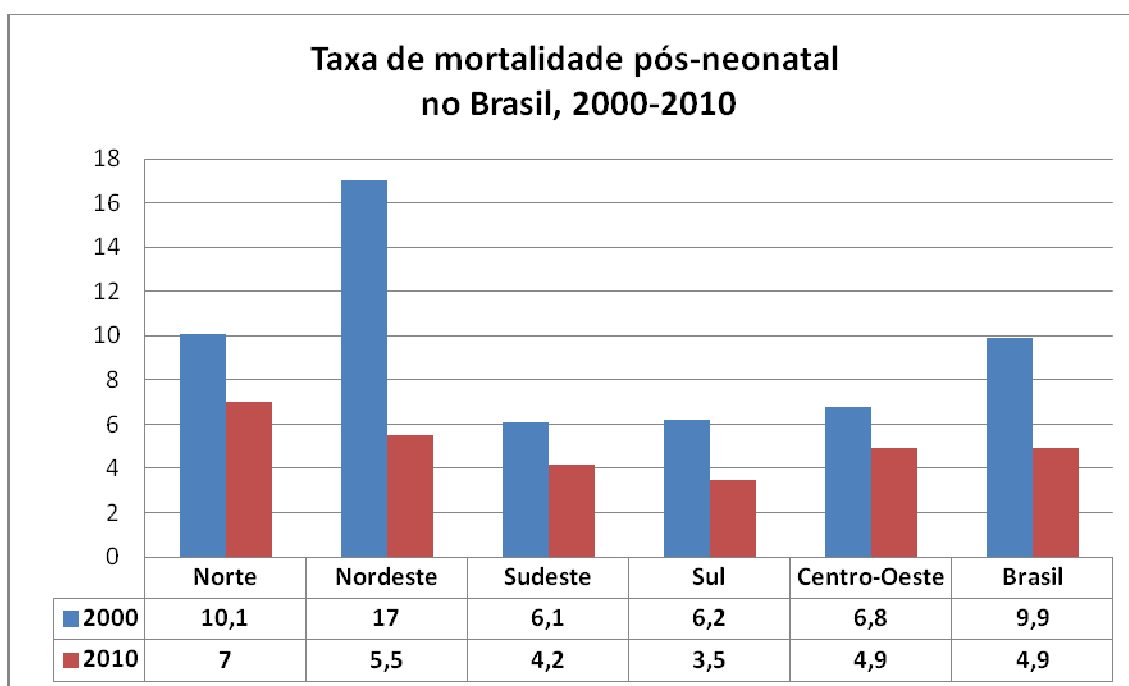


Gráfico 5 - Número de óbitos na idade de 28 a 365 dias por 1.000 nascidos vivos Brasil, 2000-2010.

Fontes: MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM - (GONÇAVES 2013)

O gráfico mostra com clareza, que há uma redução expressiva na taxa da mortalidade infantil no componente pós-neonatal no Brasil, como mostra o gráfico o quantitativo de mortes no ano de 2000 era de 9,9 crianças a cada 1000 nascidos vivos, e passa para 4,9 no ano de 2010, no período da década em análise houve uma diminuição de 44% no número de mortes, considerando as regiões brasileira nas suas mais diversas diferenciações, não deixa de ser um número a ser considerado uma vez que, as políticas públicas sociais e de saúde, não são equânimes, nem toda a população tem acesso aos serviços de saúde, e essa distribuição é melhor nas regiões mais desenvolvidas, que é visivelmente percebido no gráfico nas regiões Sul e Sudeste, onde é apresentado os melhores indicadores.

Analisando ainda mais o gráfico da componente pós-neonatal, as regiões Norte e Nordeste apresentam um número maior na taxa de mortalidade infantil, nesta faixa de idade, a exemplo da taxa de mortalidade infantil precoce e tardia, ambas as regiões estão evidentemente com as maiores taxa de mortalidade na década em análise, provando mais uma vez que a falta de investimento nas políticas públicas

sociais e de saúde não estão sendo distribuídas de forma igualitária nas regiões que subdividem o Brasil.

Conclusão

Este trabalho de pesquisa mostrou o índice de mortalidade infantil no Brasil e nas suas cinco grandes regiões que compõe o país, e evidenciou que a mortalidade infantil tem diminuído ao longo desses dez anos (2000 a 2010), mesmo que não tenha sido de maneira uniforme nas diferentes regiões, pois, a taxa de mortalidade mesmo em declínio se mostrou alta nas regiões Norte e Nordeste do país em todas as faixas de idade, tanto na mortalidade infantil precoce, quanto na neonatal e pós-neonatal, a atenção em saúde não foi dada na mesma proporção para essas regiões como foi dada para as outras, se fosse distribuída as ações de saúde de forma igualitária milhares de crianças não teriam morrido nesses dez anos.

Em contrapartida a isso, muitas mortes de crianças foram evitadas nas regiões Sul e Sudeste, que são as regiões mais desenvolvidas do país e onde possuem o maior número de habitantes, a oferta dos serviços de saúde é mais bem distribuída e o

acesso é mais facilitado, prova disso é que nos dez anos dessa pesquisa, foram as regiões onde aparecem as menores taxa de mortalidade infantil. Uma série de investimentos tem sido feito para melhorar a qualidade e o acesso dos usuários aos serviços de saúde, principalmente em se tratando da saúde materno infantil, mais os números mostram a insuficiência e má distribuição das políticas públicas de saúde em todas as regiões do país, pois, mesmo em declínio, de forma geral o índice ainda é alto, frente a muitos programas de assistência voltados para as crianças, e que são ofertados nas unidades básicas de saúde do país, é preciso qualificar os profissionais de saúde para ofertarem serviços de qualidade, isso melhoraria e faria o país a manter as taxa de mortalidade baixas e de forma uniforme, tem que ser dada atenção equânime para todas as regiões do Brasil.

Não podendo ser mais aceito mortes em crianças ocasionadas por doenças preveníveis, isso é a confirmação da falha da oferta e qualidade no atendimento nos serviços de saúde. Espera-se que nos próximos anos, tais falhas sejam vistas e corrigidas, dessa forma muitas mortes em crianças serão evitadas.

Referências Bibliográficas

FRIAS PG, Mullachery PH, Giugliani ERJ. **Políticas de Saúde direcionadas às crianças brasileiras**: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde. In: Saúde Brasil 2008. 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 2009; p. 85-110.

KORNIS, George E., ROCHA, Paulo de M. **A saúde no Brasil dos "Tucanos"**: Quo Vadis? Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 1996. (Estudos em saúde coletiva, n. 144).

MELLO Jorge MH, Laurenti R, Gotlieb SLD. **Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras**: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12: 643-54.

NASCIMENTO MN, Leite AJM, Almeida NMGS, Silva CF. **Determinantes de mortalidade neonatal**: estudo caso-controle em Fortaleza. Ceará, Brasil. Cad Saúde Publica 2012; 28(3): 559-72.

SIMÕES, Celso, C. S. O acesso à infra-estrutura de saneamento básico e mortalidade. **Revista Brasileira de Estatística**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 165, p.17-35, jan./mar. 1991.

SZWARCWALD CL, et al. **Busca ativa de óbitos e nascimentos no Nordeste e na Amazônia Legal**: estimação das coberturas do SIM e dos Sinasc nos municípios brasileiros. In: Ministério da Saúde (Brasil). Saúde Brasil 20 10: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de

vigilância em saúde. Brasília; 2011. p. 117-34.

[http://www.epi2008.com.br/apresentacoes/MESA_REDONDA_22_09_15H45_pdf/EI sa%20Giugliani.pdf](http://www.epi2008.com.br/apresentacoes/MESA_REDONDA_22_09_15H45_pdf/EI%20sa%20Giugliani.pdf)

http://www.unicef.org/brazil/pt/Pags_008_019_Mortalidade.pdf

<http://search.sweetim.com/search.asp?q=mortandade+infantil+no+brasil+pdf&ln=pt&src=10&sf=0&lcr=0>

www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/evolucao_perspectivas_mortalidade/evolucao_mortalid

www.ceae.ibmecmg.br/wp/wp36.pdf

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/c01.htm>

Rede Interagencial de Informações para Pesquisa – RIPSA – acesso em 26 de Abril de 2013

www.datasus.gov.br - DATASUS-MS – acesso em 4 de Maio de 2013

Secretaria de Vigilância em Saúde-SIM e SINASC-MS – acesso em 4 de Maio de 2013