

# Vencer a mortalidade infantil: desafio da humanidade

Jordânia Castanheira Diniz

*Docente da Faculdade Ciências da Vida e do Centro de Estudos III Millenium – Especialista em Nutrição Esportiva pela Universidade Gama Filho e pós-graduanda em Nutrição Clínica Funcional pela Universidade Cruzeiro do Sul e VP Vitalidade Positiva.*

## Resumo

Esse estudo foi realizado a partir do levantamento de dados científicos em uma revisão sobre a mortalidade infantil em seus diversos aspectos apresentando o conceito de mortalidade infantil, as formas de coleta de dados de óbitos infantis e sistemas de avaliação, apuração e construção de dados. Discute principais temas como o cenário da mortalidade infantil no Brasil e no mundo, assim como as causas relacionadas, os projetos de intervenção governamentais e a importância da ação de entidades não governamentais na promoção da redução das taxas de mortalidade infantil. Foram levantadas questões como as causas evitáveis da mortalidade infantil que por sua vez apontaram que ações médicas-sanitaristas com envolvimento da comunidade podem promover uma intensa melhora nos coeficientes de mortalidade infantil. Os programas governamentais são de grande valia, porém há a necessidade da integração da humanização dos processos de saúde pública no atendimento e cuidado a gestantes, mães e crianças. Os programas não governamentais passam a ser uma expectativa para a propagação desses cuidados ao binômio mãe-filho.

**Palavras-chaves:** mortalidade infantil, Programas de Redução da Mortalidade Infantil, Projetos de atenção a gestante, nutriz e lactente.

## Introdução

A mortalidade infantil a muito vem sendo utilizada como importante fator para avaliação dos níveis de saúde, condições de vida e desenvolvimento social de uma população.

Define-se mortalidade infantil como sendo “o número de óbitos de menores de um ano de idade por cada mil nascidos vivos, em determinada área geográfica e período. No sentido de melhor entender o processo saúde-doença por meio da mortalidade infantil, esta pode ser avaliada, também, pelos seus componentes: neonatal (óbitos de crianças durante os primeiros 28 dias de vida em cada mil nascidos vivos) e pós-neonatal (óbitos ocorridos entre o 29º dia de vida até 11 meses e 29 dias de idade, por cada mil nascidos vivos). O componente neonatal pode ser dividido ainda em precoce (0 a 6 dias) e tardio (7 a 27 dias).”<sup>9</sup>

A avaliação da mortalidade infantil é ponderada através do coeficiente de mortalidade infantil (CMI). O CMI é um indicador clássico, que se interpreta como a estimativa do risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida, “além de informar sobre o desenvolvimento social de uma determinada comunidade.”<sup>34</sup> São calculados de forma simples e refletem também a saúde da população que mais requer cuidados especiais. Portanto, valores altos evidenciam níveis precários de saúde, condições de vida e desenvolvimento sócio econômico.

Nos últimos anos o CMI tem apresentado quedas significativas que são creditadas aos óbitos do período pós-neonatal e que são diretamente proporcionais a melhoria das condições de saneamento básico. Em contrapartida, os óbitos do período neonato e perinato não sofreram reduções drásticas o que está implicitamente ligado a fatores como a gestação e o parto. Goulart, L. M. et al.<sup>14</sup> cita Lanski et al.<sup>16</sup>, que em estudo realizado na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, demonstraram que 40,0% dos óbitos perinatais e 60,0% dos óbitos neonatais poderiam ter sido evitados com uma melhor assistência à gestante e à criança.

Os coeficientes de mortalidade infantil (CMI) possuem como referência valores alcançados em países mais desenvolvidos. As taxas são medidas em percentuais.

Em países mais desenvolvidos os valores encontrados são menores que 20 %, enquanto que em países com baixos índices de desenvolvimento, como por exemplo, os localizados no continente africano, o percentual de mortalidade ultrapassa os níveis de 50 %.

“Assim, enquanto a experiência nos países desenvolvidos enfatiza a importância das melhorias sociais (distribuição dos rendimentos, produção de alimentos, mercado interno, ampliação da educação, organização urbana, regulação institucional e proteção social), sem menosprezar o papel dos serviços de saúde e da medicina curativa, nos países com padrão de desenvolvimento similar ao do Brasil, a redução da mortalidade infantil foi muito menos por fatores sociais e melhora das condições de vida do que naqueles países desenvolvidos. O que se observou foi uma ampliação do modelo de controle público da mortalidade pela ação dos serviços médicos-sanitários - fortalecidos pela participação da comunidade, através de ações das mais simples e baratas até as mais complexas e custosas para combater a morbimortalidade infantil.”<sup>32,5</sup>

A necessidade da constante apuração e construção de indicadores de dados referentes à mortalidade infantil, fez com que o Ministério da Saúde criasse dois sistemas de informação: o SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos) e o SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade).<sup>12</sup> Além dos citados, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é responsável pelas estatísticas de registro civil. Relevante citarmos que órgãos de pesquisas como IBGE contribuem com informações indiretas de locais, como norte e nordeste onde o SIM não é tão

eficiente no fornecimento de dados. Por esse motivo, segundo FRIAS et. al.<sup>12</sup>, no ano de 2001 o Ministério da Saúde buscou a parceria do Instituto Materno Infantil Fernando Figueira e a Fundação Oswaldo Cruz para que de maneira direta fosse possível compilar os dados referentes a essas regiões. Esses dados são de grande importância, pois a busca de informação de qualidade permite o subsídio de políticas públicas de saúde e também a participação da população na elaboração de projetos com a finalidade de reduzir esses índices de mortalidade infantil.

Faz-se necessário esclarecer o cenário da mortalidade infantil, as causas vivenciadas no Brasil e no mundo apresentando as políticas para redução, os projetos sociais de ação e os desafios enfrentados para a diminuição da mortalidade infantil.

## **O cenário da mortalidade infantil no Brasil e no mundo**

A redução da mortalidade infantil teve destaque na década de 90, pois até o início do século XX eram altas taxas de mortalidade e a princípio determinadas pelas condições socioeconômicas.

O efeito notável da redução da mortalidade infantil no continente americano foi registrado desde a segunda metade do século XX onde “uma média de 90,34 óbitos de menores de um ano em cada mil nascidos vivos, nos anos 50, pulou para uma taxa média de 31,31 nos anos 90.”<sup>2</sup>

Em 1950 vale ressaltar que há um início da evolução dos métodos técnicos científicos como os surgimentos de vacinas, medicamentos e novas metodologias na medicina sendo possível influenciar na queda da mortalidade infantil. O reforço desses fatores vem na década de 70, cujo tema mortalidade infantil ganhou grande atenção devido a Conferência de Alma – Ata realizada na antiga União Soviética com os cumprimentos da Organização Mundial da Saúde, onde a atenção primária foi considerada o ponto chave para um nível mínimo satisfatório de saúde.

“Apesar dessa redução, as desigualdades no risco de morte infantil persistiram em todo o período, com uma mortalidade cerca de quatro a cinco vezes maiores nos países mais pobres, em comparação aos mais ricos. Além disso, na América Latina, com o agravamento da crise econômica em meados da década de 1980, e sua persistência na década seguinte, observou-se aumento da pobreza e da concentração de renda em várias nações, com conseqüente redução da intensidade de declínio do coeficiente de mortalidade infantil na região.”<sup>2</sup>

Os anos 90 tiveram destaque por grandes acontecimentos que foram cruciais para a redução da taxa de mortalidade: a Reunião da Cúpula Mundial em Favor da Infância, onde o Brasil e outros 158 estados membros da organização das Nações Unidas assinaram a Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança e a promulgação da Lei brasileira número 8.069, conhecida como "Estatuto da Criança e do Adolescente", que buscou incentivar e envolver a sociedade em defesa dos direitos da criança.

O resultado da queda da mortalidade entre 1990 e 2000 no Brasil, tem como marco fundamental outras decisões políticas que permitiram uma melhora significativa do sistema de saúde no Brasil. Merecem comentários o Programa de Saúde da Família e as alterações no sistema de financiamento decorrentes da *Norma Operacional Básica nº. 1/1996* (NOB-96).

“O PSF, fora o programa criado em 1993 pelo Ministério da Saúde, que teve como principal propósito, segundo o discurso oficial, a reorganização à prática de atenção à saúde em novas bases, levando a saúde para mais perto da família e melhorando a qualidade de vida dos brasileiros. O

objetivo do PSF é atuar na manutenção da saúde e na prevenção de doenças, alterando, assim, o modelo de saúde centrado em hospitais. O programa já atende 103 milhões de pessoas. <sup>22</sup> Já a partir da NOB-96 a lógica do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) teve alterações importantes, porém continuou a ser, como antes, baseada em transferências da União para Estados e Municípios e nos recursos oriundos do tesouro estadual e municipal em cada localidade.”<sup>9</sup>

Diante de tal informação é valioso ressaltarmos que os trabalhos para a redução da mortalidade infantil não reagem de uma mesma forma e ou intensidade em todos os países, regiões, estados ou cidades. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), Angola e no Afeganistão era de 260 e 257/1.000 nascidos vivos, respectivamente. No Japão, nesse mesmo ano, essa probabilidade era de 4/1.000 e, no Brasil, de 33/1.000 nascidos vivos. As realidades de cada um desses países são diversas, assim como as possibilidades de intervenção. As relações desses indicadores com o desenvolvimento socioeconômico de cada país estão bem estabelecidas. <sup>34</sup>

Além dessa relação de indicadores diferenciados entre países, podemos citar que “existem, entretanto, decréscimos diferenciados nos índices de mortalidade infantil entre as diversas regiões brasileiras e mesmo entre regiões de um mesmo Estado. Esse fato poderia ser resultado de um impacto diferenciado das ações de saúde sobre determinadas áreas ou segmentos sociais ou poderia ser resultado de políticas diferenciadas de atenção à saúde infantil.” <sup>7</sup>

O perfil brasileiro de mortalidade infantil estudado por Victora CG<sup>33</sup> em 2001 apresenta dados onde a mortalidade infantil no Brasil pode ser considerada alta no Nordeste (> 50%) e média (entre 20% e 49%) para o Brasil e demais regiões. Segundo a metodologia proposta por Szwarcwald et al. <sup>30</sup>, a mortalidade é limítrofe no Nordeste, média para o Brasil e Regiões Norte, Sudeste e Centro-Oeste, e baixa na Região Sul (< 20%).

Esses dados ainda vigoram mediante a afirmativa do Ministério da Saúde que declarou no mês de maio do ano de 2009 que no período de 2000 a 2007 morreram quase 18 mil crianças menores de um ano de idade e que serão destinados 110 milhões de reais para políticas de saúde que deverão ser aplicadas para a redução da mortalidade infantil na região da Amazônia Legal e no nordeste. <sup>19</sup>

Diante do perfil encontrado no Brasil, Bezerra-Filho et al., 2007 <sup>3, 4, 5</sup> reafirma “que diversos estudos voltados à mortalidade infantil têm demonstrado a existência de diferenciais tanto entre extratos sociais, entre regiões e Estados, como entre áreas da mesma cidade, o que leva normalmente à identificação de territórios constituídos de grupos populacionais sob altos riscos de morte infantil ou a correlacionar os riscos desta mortalidade com variáveis sócio-econômicas e de assistência à saúde.”

### **As causas da mortalidade infantil**

As causas da mortalidade infantil são fundamentadas em uma série de fatores estudados na literatura tanto nacional quanto internacional. “Pela vulnerabilidade às condições de vida e de acesso a bens e serviços, o primeiro ano de vida constitui-se em um dos períodos de maior risco de morte. Nas últimas décadas, entretanto, mesmo em países de economia dependente ou onde persistem enormes desigualdades sociais ou, ainda, quando ocorrem períodos de crise econômica, tem-se observado decréscimo no valor dessa taxa, o que tem sido atribuído, principalmente, à redução da fecundidade e à expansão de serviços de saúde e de outros benefícios sociais, além de maior acesso a novas tecnologias em saúde. <sup>2</sup>

Enumerando as causas da mortalidade infantil podemos citar as condições biológicas maternas e infantis, como idade da mãe, paridade, intervalo entre os partos, prematuridade, baixo peso ao nascer, retardo no crescimento uterino, semanas de gestação e o impacto do aleitamento materno. Ainda devemos considerar as condições ambientais que abrangem o saneamento básico, abastecimento de água potável, presença de poluição, exigência e acessibilidade aos serviços de saúde e as condições sociais como moradia, trabalho, renda, nível de informação e proteção social.

As condições maternas e infantis são impactos da atenção à gestante e ao bebê nos períodos pré e pós-partos. “As mortalidades perinatal e neonatal são importantes indicadores da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.”<sup>10</sup>

Entre as causas perinatais de mortalidade infantil, 61,4% estão associadas com a prematuridade, como síndrome de sofrimento respiratório, hipóxia e outros problemas respiratórios. Isso confere à prematuridade um importante papel nos óbitos infantis e, portanto, torna seu controle e manejo adequado a intervenções potencialmente efetivas para a redução desta mortalidade.<sup>29</sup>

A informação adequada e humanização dos serviços de saúde no repasse dos cuidados soam como de extrema importância para desenvolvimento e manutenção da gestação e da saúde da criança pós-parto. Lansky S et al<sup>16</sup> concluiu que qualquer esforço voltado para a diminuição da morbimortalidade infantil somente terá real eficácia se pautado pelo respeito aos direitos de cidadania das mães e das crianças. Evidenciou-se, em seu estudo, a necessidade de uma rede social de apoio para as mulheres e famílias que perderam seus bebês, para que a dor da perda se torne mais amena e para que possam elaborar o luto, o sentimento de culpa e toda a complexa desestruturação causada pela morte. Questionou, pois, quantos desses óbitos poderiam ter sido evitados num diferente contexto no qual as mães pudessem ser ouvidas, informadas, acolhidas sem necessidade de peregrinação nos hospitais, e enfim receber, para elas próprias e para suas crianças, a adequada assistência a que têm direito como cidadãs.

A peregrinação citada por Lansky S et al<sup>16</sup>, 2006 está intimamente ligada ao que VILELA MBR et al<sup>34</sup> afirma: que a iniquidade na saúde é o fruto das desigualdades sociais e a pobreza está associada a diversos fatores de risco gerando o aumento da mortalidade infantil. Muito se questiona a assistência prestada em maternidades às gestantes e aos seus bebês, alguns estudos realizados no Brasil apontam falhas na estrutura da assistência perinatal no Brasil e outros revelam estruturas hospitalares inadequadas para o atendimento da mãe e do bebê.

Drumond EF et al<sup>8</sup> em seu estudo sobre os óbitos neonatais precoces discute que para que o efeito protetor da ampla cobertura da assistência pré-natal se estenda a todo ciclo gravídico-puerperal, as intervenções oportunas e qualificadas no trabalho de parto e na assistência imediata ao recém nascido também devem estar disponíveis para todos.

Muitas causas de óbitos infantis são consideradas evitáveis, ou seja, os conhecimentos e as tecnologias já existentes permitem intervenções eficazes de modo que tais condições jamais ou raramente evoluam a óbito.<sup>6</sup>

Diretamente proporcional a essas condições biológicas instala-se as condições sociais. O nível de informação das mães tem grande impacto na saúde do filho. Alguns estudiosos interpretam que a informação da mãe está ligada proporcionalmente ao nível de escolaridade, ao estado conjugal materno e ao local de moradia. Romero e Cunha<sup>27</sup> em 2006 mostram estar coerente a maior frequência de óbitos infantis entre mães com menor escolaridade.

A baixa escolaridade parece ser fato para as diferenciações na busca do conhecimento e conscientização da mãe sobre temas como dieta gestacional e o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do bebê, duas posturas da mãe que podem com grande impacto reduzir a mortalidade infantil.

A dieta da gestante deve levar em consideração os nutrientes necessários para o desenvolvimento gestacional adequado, porém vale ressaltar que nem sempre está ao alcance de todas e por isso acima de tudo deve-se valorizar a identificação dos alimentos não permitidos ou que devem ter um nível reduzido de consumo durante a gravidez. Mesmo a gestante não recebendo de forma adequada toda a gama de nutrientes necessários durante a gestação, a eliminação ou redução de itens como cloreto de sódio (sal de cozinha) e sacarose (açúcar de mesa) auxiliam na redução ou eliminação dos riscos de desenvolvimento de diabetes gestacional e ou eclampsia.

Quanto ao aleitamento materno, a mãe deve procurar compreender o impacto na saúde do seu filho quando a utilização do leite é realizada até o sexto mês de vida com exclusividade e preconizando o incentivo para o prosseguimento da amamentação até os dois anos de idade.

A renda familiar também contribui para a redução da mortalidade infantil, uma vez que é promotora do acesso a bens e serviços para manutenção da saúde das crianças e explicita o local de moradia.

A moradia como uma das condições ambientais, define que os agravantes da ineficácia ou inexistência de ambiente apropriado sejam por localização geográfica ou por falta de saneamento básico, abastecimento de água potável e presença de poluição disseminam doenças infecciosas e ou parasitárias. O número de crianças que são atingidas pelos fatores ambientais no período pós- natal apresenta quedas expressivas na taxa de mortalidade infantil, porém não aceitáveis, pois as causas são potencialmente evitáveis.

ALVES AC et al <sup>1</sup> afirma que, apesar da expressiva queda das taxas e da mudança no perfil de causas, a ocorrência de cerca de um quarto das mortes infantis pós-neonatais por diarreia, pneumonia, desnutrição e septicemias é motivo de preocupação. Tanto essas, quanto as mortes por aspiração e as mal definidas precisam ser mais bem investigadas, pois certamente muitos destes óbitos são potencialmente evitáveis com ações de promoção de saúde, diagnóstico e tratamento oportuno. Somente com a intensificação dos esforços para a melhor compreensão desses eventos, intervenções adequadas poderão ser direcionadas para a minimização do risco de ocorrência precoces.

As causas encontradas revelaram a potencial evitabilidade desses eventos, uma vez que se constituem em “mortes preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época” <sup>18</sup>

Reafirmando MALTA DC et al <sup>18</sup>, FORMIGLI VLA et al. <sup>11</sup> cita ORTIZ, 1992<sup>26</sup> que em um estudo apontou, no Nordeste, em 1985, a taxa de mortalidade infantil por doenças evitáveis foi 66,7/a 1.000 nascidos vivos, duas vezes maior que a encontrada na região Sudeste. Ao interior desta taxa, a parcela considerada mais diretamente ligada às medidas de prevenção e de assistência representou 1,15/1.000 nascidos vivos no Nordeste e apenas 0,37/1.000 na região Sudeste, naquele ano.

O que se observa é que para impedir o acometimento de crianças por esses motivos evitáveis faz-se necessária a ação de serviços médicos sanitários que somente serão eficazes com a participação da comunidade e de ações de envolvimento social que podem ser das mais complexas e

custosas, como a elaboração de vacinas – imunizações, suporte nutricional para redução das hipovitaminoses e ou simples e baratas como a terapia de reidratação oral, promoção da saúde através de informações de promoção do aleitamento materno exclusivo e da alimentação apropriada à gestante e ao bebê.

### **Ações de intervenção para redução da mortalidade infantil**

As ações de intervenção para erradicação das causas de mortalidade infantil, principalmente as evitáveis têm a participação do Governo em suas três esferas: Federal, Estadual e Municipal, de órgãos como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), organizações não governamentais e sociedades científicas de classe.

O UNICEF desde as décadas de 50 e 60 prioriza a sobrevivência de crianças e adolescentes com campanhas de vacinação, nutrição e atenção primordial a saúde da gestante. Nos anos 70, o acesso a água e o saneamento básico tornaram-se metas para colaborar com a ascensão da saúde na infância.<sup>31</sup>

Em 1979 o UNICEF celebrou o Ano Internacional da Criança e deu início a Década dos Direitos. Em 1982 propôs um modelo de assistência às crianças, esse modelo se baseava em ações simples como acompanhamento do crescimento, reidratação oral, aleitamento materno e imunização. A essas propostas foram associadas o combate ao analfabetismo materno, o planejamento familiar e a suplementação alimentar.

No Brasil, o destaque para ações de intervenção do governo federal foi definido em 1983 através do Ministério da Saúde que implementou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança, cujo objetivo era reduzir a mortalidade das mães e crianças.

Para o desenvolvimento das ações governamentais, o Governo conta com a OPAS que trabalha em apoio de forma a reduzir a mortalidade e a morbidade por doenças diarréicas promovendo o atendimento aos casos e a reidratação oral, divulgando também o diagnóstico adequado e o tratamento das infecções respiratórias agudas. Outro campo de colaboração com os países é relacionado com a provisão de água potável, saneamento e proteção ambiental às comunidades pobres, para reduzir as enfermidades associadas com a má qualidade da água e deterioração do meio-ambiente. Os problemas nutricionais e a redução dos riscos de saúde ocupacional na região, também integram o trabalho de cooperação da OPAS com os países.<sup>25</sup>

Quanto as iniciativas recentes do Ministério da Saúde citamos o Programa de Aleitamento Materno e a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano, que, juntamente com o Programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (PICCN) e Combate à Hipovitaminose A em 1998, substituído em 2001 pelo Programa "Bolsa-Alimentação", atuaram na área de nutrição e suplementação alimentar, estando até 2002 sob a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). O Programa "Bolsa-Alimentação" atualmente está contido em um conjunto de ações sociais intitulado "Bolsa-Família", que engloba outras ações tais como "Bolsa-Escola" e "Auxílio-Gás".<sup>19</sup>

Como já citado, outros programas também são destinados à saúde da mulher e da criança: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1988, o Programa de Saúde da Família - PSF (1994), o Programa de Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) em 1997, Hospital Amigo da Criança (1997), Projeto "Carteiro Amigo", de orientação e incentivo ao

aleitamento materno e ao combate às doenças comuns da infância, o Programa de Apoio à Implantação de Sistemas Estaduais de Referência à Atenção à Gestante e ao Recém-Nascido de Alto Risco e Projeto Mãe Canguru, todos esses projetos foram sendo implementados na intensidade do apoio dos estados e municípios.

No ano 1995, merece destaque a implantação, do Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI), o governo objetivou a queda desses óbitos, bem como a melhoria da situação de saúde das crianças através da intensificação dos diversos programas governamentais, integrando as áreas que atuam em favor da criança e promovendo sua articulação.<sup>19,20,21,22,23</sup>

No presente ano, o Governo propôs ações de mobilização das equipes de saúde para a identificação do óbito infantil e fetal, qualificação das informações, investigação e análise de evitabilidade dos óbitos e identificação das medidas necessárias para a prevenção de novas ocorrências que têm sido estimuladas pelo serviço de saúde.

Recomendou-se a criação de Comitês Estaduais e Municipais de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal como uma importante estratégia de melhoria na organização da assistência de saúde para a redução das mortes preveníveis, bem como a melhoria dos registros sobre a mortalidade. Para a regulamentação da coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio de informações sobre os óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde criou-se a portaria Nº 116, de 11 de fevereiro de 2009, para garantir todo processo.<sup>19</sup>

As ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança pressupõem o compromisso de prover qualidade de vida para que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial.

As linhas de cuidado prioritárias da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno vêm ao encontro aos compromissos do Brasil com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, com o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com o Pacto pela Saúde e com o Programa Mais Saúde.

Além dos projetos de trabalho citados uma boa parte das ações de combate a mortalidade infantil estão ligadas ao desempenho da comunidade e organizações não governamentais (ONGs). As ONGs compartilham a missão de servir às comunidades e necessitados no Brasil e no mundo, dentre as atividades de prestação de serviços estão os cuidados às crianças em situação de risco, a saúde, a alfabetização, problemas populacionais, pobreza, fome e assuntos urbanos. Diante dessas metas as ONGs são grandes parceiros na redução da mortalidade infantil.

## Conclusão

A mortalidade infantil perpetua no Brasil e no mundo como um dos fatores mais vergonhosos. As causas dos óbitos citadas por vários autores são as condições biológicas maternas e infantis, como idade da mãe, paridade, intervalo entre os partos, prematuridade, baixo peso ao nascer, retardo no crescimento uterino, semanas de gestação e o impacto do aleitamento materno, além das condições ambientais que são enfatizadas como o saneamento básico, abastecimento de água potável, presença de poluição, exigência e acessibilidade aos serviços de saúde e as condições sociais como moradia, trabalho, renda, nível de informação e proteção social. Mas vale reafirmar que várias são as causas evitáveis e que essas estão diretamente proporcionais as condições sociais, principalmente ao nível de escolaridade da mãe, ao estado conjugal materno e ao local de moradia.

Importante citar que o aleitamento materno exclusivo ainda constitui um dos maiores impactos de promoção na saúde do bebê e o acesso a saúde, ou seja, a ação de serviços médicos sanitários fideliza a manutenção da bem estar infantil.

Para o desenvolvimento de ações que gerem o impacto na mortalidade infantil é necessário o envolvimento do governo e da comunidade como expressão de uma verdadeira cidadania. Espera-se que as ações governamentais e não governamentais sejam capazes de realizar investimentos na mulher como um fator de prevenção, trabalhando a educação, a saúde e o planejamento familiar. Quanto ao cuidado aos recém nascidos cabem propostas de maior incentivo, treinamento e esclarecimento da importância do aleitamento materno exclusivo como ponto chave para manutenção da hidratação e nutrição adequada.

## Abstract

*This study was carried out following the raising of scientific data on a review about infant mortality in its various aspects , by presenting the concept of infant mortality, the infant deaths data collection forms and evaluation systems , verification and construction data. It discusses key issues such as the scene of infant mortality in Brazil and worldwide , as well as related causes, the government intervention projects and the importance of the action of non- governmental entities in promoting the reduction of infant mortality. Issues as of the preventable causes of infant mortality were raised, which, in their turn pointed out that medical – sanitary actions with the involvement of the community can foster an intense improvement in infant mortality rates. Government programs are worthwhile , however , there is the need for integration of the humanization of the public health service processes in caring for pregnant women , mothers and children. The non- governmental programs raise expectations for the spreading of care to the mother and child binomial.*

**Keywords:** *infant mortality, Program for Reduction of Infant Mortality, Projects of attention to pregnant women, nursing mothers and infants.*

## Referências

1. ALVES AC, FRANCA E, MENDONÇA ML, REZENDE EM, ISHITANI LH, CORTES MCJW. Principais causas de óbitos infantis pós-neonatais em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1996 a 2004 Rev. Bras. Saúde Materno Infantil, Recife, 8 (1): 27-33, jan. / mar., 2008.
2. ANDRADE SM, SOARES DA, MATSUO T, SOUZA RKT, MATHIAS TAF, IWAKURA MLH, ZEQUIM MA. Condições de vida e mortalidade infantil no Estado do Paraná, Brasil, 1997/2001 Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(1):181-189, jan, 2006.
3. BEZERRA-FILHO JG, KERR LRFS, MINÁ DL, BARRETO ML. Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará, Brasil, no período 2000-2002 Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(5):1173-1185, mai, 2007a.
4. BEZERRA-FILHO JG, KERR-PONTES LRS, BARRETO ML Mortalidade infantil e contexto socioeconômico no Ceará, Brasil, no período de 1991 a 2001. Rev. Bras. Saúde Materno. Infantil., Recife, 7 (2): 135-142, abr. / jun., 2007.
5. BEZERRA-FILHO JG, KERR-PONTES LRS, MINÁ DL, BARRETO ML Mortalidade infantil e condições sócio-demográficas no Ceará, em 1991 e 2000 Rev. Saúde Pública 2007b;41(6):1023-31
6. BOING AF, BOING AC. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil: um estudo ecológico no período 2000-2002 Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(2):447-455, fev, 2008
7. CALDEIRA AP, FRANÇAB E, PERPÉTUOC IHO, GOULARTD MA Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984- 1998. Rev. Saúde Pública 2005; 39 (1): 67-74.
8. DRUMOND EF, MACHADO CJ, FRANÇA E. Óbitos neonatais precoces: análise de causas múltiplas de morte pelo método Grade of Membership Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(1):157-166, jan, 2007
9. DUARTE CMR. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(7):1511-1528, jul, 2007
10. DUARTE JLMB, MENDONÇA GAS Fatores associados à morte neonatal em recém- nascidos de muito baixo peso em quatro maternidades no Município do Rio de Janeiro, Brasil Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(1):181-191, jan-fev, 2005
11. FORMIGLI VL, SILVA LMV, CERDEIRA AJP, PINTO CMF, OLIVEIRA RSA, CALDAS AC, VILAS BOAS MJB, FONSECA AC, SOUZA LSF, SILVA LR, PAES MSF. Avaliação da atenção à saúde através da investigação de óbitos infantis Cad. Saúde Pública., Rio de Janeiro, 12(Supl.2):33-41, 1996
12. FRIAS PG , PEREIRA PMH , ANDRADE CLT, SZWARCOWALD CL. Sistema de Informações sobre Mortalidade: estudo de caso em municípios com precariedade dos dados Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(10):2257-2266, out, 2008
13. GASTAUD ALGS, HONER MR, CUNHA RV. Mortalidade infantil e evitabilidade em Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2002 Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(7):1631-1640, jul, 2008
14. GOULART LM, SOMARRIBA MG, XAVIER CC. a perspectiva das mães sobre o óbito infantil: uma investigação além dos números Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3):715-723, mai-jun, 2005

15. JOBIM R, AERTS D Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2003 Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):179-187, jan, 2008
16. LANSKY S, FRANÇA E, CÉSAR CC, NETO LCM, LEAL MC. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999 Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(1):117-130, jan, 2006
17. LANSKY S, FRANÇA E, LEAL MC. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. Cad Saúde Pública 2002; 18:1389-400.
18. MALTA DC, DUARTE EC, ALMEIDA MF, DIAS MAS, MORAIS NETO OL, MOURA L. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol Serv Saúde 2007; 16:233-44.
19. Ministério da Saúde. Ações e programas. Disponível em < [http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=1251](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1251)> Acessado dia 20 de maio de 2009.
20. Ministério da Saúde. Aleitamento Materno. Disponível em < [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1460](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1460)> Acessado dia 20 de maio de 2009).
21. Ministério da Saúde. Atenção a saúde do recém nascido. Disponível em < [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1464](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1464)> Acessado dia 22 de maio de 2009.
22. Ministério da Saúde. Disponível em < <http://portal.saude.gov.br/saude/>> Acessado dia 13 de maio de 2009.
23. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Disponível em < <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/index.php>> Acessado dia 20 de maio de 2009.
24. NASCIMENTO EMR, COSTA MCN, MOTA ELA, PAIM JS. Estudo de fatores de risco para óbitos de menores de um ano mediante compartilhamento de bancos de dados. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(11):2593-2602, Nov, 2008
25. Organização Pan-Americana da Saúde. A OPAS. Disponível em < <http://www.opas.org.br/opas.cfm>> Acessado em 20 de maio de 2009.
26. ORTIZ LP. Características da mortalidade no Brasil – São Paulo. In: Pesquisa Social em Saúde (A.W.P. Spínola, org.), pp.152-165, São Paulo: Cortez Editora, 1992.
27. ROMERO DE, CUNHA CB Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001) Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(3):673-684, mar, 2006
28. SILVA CF, LEITE AJM, ALMEIDA NMGS, GONDIM RC. Fatores de risco para mortalidade infantil em município do Nordeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis – 2000 a 2002 Rev. Bras Epidemiol 2006; 9(1): 69-80
29. SILVEIRA MF, SANTOS IS, BARROS AJD, MATIJASEVICH A, BARROS FC, VICTORA CG. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional Rev. Saúde Pública 2008;42(5):957-64
30. SZWARCOWALD CL, LEAL MC, ANDRADE CLT, SOUZA JR. PRB. Estimção da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde? Cad Saúde Pública 2002; 18:1725-36.
31. UNICEF. Histórico. Disponível em < <http://unicef.org.br/>> Acessado em 20 de maio de 2009.

32. VENTURA RN, OLIVEIRA EM, SILVA EMK, SILVA NN, PUCCINI RF. Condições de vida e mortalidade infantil no município do Embu, São Paulo Rev. Paulista de Pediatria 2008;26(3):251-7.
33. VICTORA CG. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. Rev. Bras Epidemiologia 2001; 4:3-69.
34. VILELA MBR, BONFIM C, MEDEIROS Z. Mortalidade infantil por doenças infecciosas e parasitárias: reflexos das desigualdades sociais, em um município do nordeste do Brasil Rev. Bras Saúde Materno Infantil Recife 8(4): 455-461 out./ dez. 2008