



# Infância ainda vulnerável

Embora a mortalidade infantil venha diminuindo no Brasil, o País continua enfrentando grandes desafios nessa área, como as disparidades entre regiões e grupos sociais e a precariedade da atenção à mãe e ao recém-nascido

Reduzir a mortalidade de crianças é uma das principais metas das políticas para a infância em todos os países. A atenção se concentra principalmente no primeiro ano de vida, faixa em que ocorre a maior parte dos óbitos. Usadas como indicadores básicos de desenvolvimento humano, a taxa de mortalidade infantil, número de crianças que morrem antes de completar 1 ano de vida para cada mil nascidos vivos, e a taxa de mortalidade de menores de 5 anos, também chamada de taxa de mortalidade na infância, revelam muito sobre as condições de vida e a assistência de saúde em um país.

No Brasil, a taxa de mortalidade infantil vem caindo continuamente. Em 1980, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), era de 82,8 por mil. Em 2004, ano da estimativa mais recente, chegou a 26,6. Só no período de 1994 a 2004, a taxa diminuiu 32,6% (veja Tabela 1).

Embora essa tendência de queda seja positiva, a taxa de mortalidade infantil brasileira conti-

nua alta. Corresponde a quase 100 mil crianças mortas antes de completar 1 ano. Uma comparação feita pelo UNICEF em 2005 revelou que o Brasil tem a terceira maior taxa da América do Sul, atrás da Bolívia e da Guiana. Segundo a classificação internacional da Organização Mundial da Saúde

Tabela 1

Evolução da taxa de mortalidade infantil no Brasil (1994-2004)*	
1994	39,5
1995	37,9
1996	36,4
1997	34,8
1998	33,2
1999	31,7
2000	30,1
2001	29,2
2002	28,4
2003	27,5
2004	26,6

Fonte: IBGE.

\* Número de mortes a cada mil nascidos vivos

Tabela 2

Taxa de mortalidade infantil por regiões e unidades da Federação (2002)*	
<b>Brasil</b>	<b>28,4</b>
<b>Centro-Oeste</b>	<b>20,4</b>
Distrito Federal	17,5
Goiás	20,7
Mato Grosso	21,5
Mato Grosso do Sul	19,2
<b>Nordeste</b>	<b>41,4</b>
Alagoas	57,7
Bahia	38,7
Ceará	35,1
Maranhão	46,3
Paraíba	45,5
Pernambuco	44,8
Piauí	33,1
Rio Grande do Norte	41,9
Sergipe	40,6
<b>Norte</b>	<b>27,7</b>
Acre	33,2
Amapá	24,9
Amazonas	28,8
Pará	27,3
Rondônia	24,6
Roraima	17,8
Tocantins	28,4
<b>Sudeste</b>	<b>20,2</b>
Espírito Santo	20,9
Minas Gerais	20,8
Rio de Janeiro	19,5
São Paulo	17,4
<b>Sul</b>	<b>17,9</b>
Paraná	20,7
Rio Grande do Sul	15,4
Santa Catarina	18,2

Fonte: IBGE, Síntese de Indicadores Sociais 2003 e Síntese de Indicadores Sociais 2004.

\* Número de mortes a cada mil nascidos vivos

#### Um mundo para as crianças

[www.unicef.org/brazil/wfc.htm](http://www.unicef.org/brazil/wfc.htm)

#### Plano Presidente Amigo da Criança e do Adolescente

[www.mj.gov.br/sedh/ct/planoamigo/planoamigo.htm](http://www.mj.gov.br/sedh/ct/planoamigo/planoamigo.htm)

Tabela 3

	Taxas de mortalidade neonatal (até 27 dias) e pós-neonatal (de 28 a 364 dias) por região (2002)	
	Neonatal	Pós-neonatal
<b>Brasil</b>	<b>18,2</b>	<b>9,6</b>
Centro-Oeste	14,0	6,5
Nordeste	24,6	16,9
Norte	17,5	10,2
Sudeste	14,0	6,1
Sul	11,8	6,1

Fonte: IBGE, Síntese de Indicadores Sociais 2003.

(OMS), o País apresenta taxa de mortalidade infantil considerada média (entre 20 e 49 por mil). A OMS estabelece que a partir de 50 por mil as taxas são altas e abaixo de 20 por mil são baixas. Índices de mortalidade infantil baixos são encontrados não só no mundo desenvolvido, mas também em países vizinhos ao Brasil, como Venezuela (18), Argentina (17), Uruguai (12) e Chile (8).

Continuar reduzindo a mortalidade infantil é fundamental para que o País cumpra até 2015 a meta estabelecida pelas Nações Unidas (ONU) no documento *Um mundo para as crianças* (2002): diminuir em dois terços os óbitos de crianças menores de 1 ano e de crianças menores de 5 anos. A taxa de mortalidade na infância normalmente acompanha a evolução da taxa de mortalidade infantil. O Brasil tinha 53,7 óbitos de menores de 5 anos para cada mil nascidos vivos em 1990 e 33,7 em 2002, queda proporcional à verificada nos óbitos de menores de 1 ano no mesmo período (de 47,5 para 28,4). Em 2015, de acordo com o documento da ONU, o Brasil deve chegar à taxa de mortalidade na infância de 17,9 por mil e à taxa de mortalidade infantil de 16 por mil.

O cumprimento dos compromissos assumidos pelo Estado brasileiro ao assinar o documento *Um mundo para as crianças* é acompanhado pela Rede de Monitoramento Amigo da Criança, união de entidades ligadas aos direitos da infância, entre as quais o UNICEF. Segundo avaliação da rede, a redução da mortalidade na infância e da mortalidade infantil é uma das metas que o País tem boas chances de cumprir. No *Plano Presidente Amigo da Criança e do Adolescente* (2003), que traça diretrizes para o governo brasileiro a partir do documento das Nações Unidas, essa meta se traduz em atingir a taxa de mortalidade infantil de 24 por mil em 2007. Se a tendência observada nos últimos anos se mantiver, é provável que esse objetivo também seja alcançado sem grande dificuldade.

Porém, não basta atingir as metas de redução da mortalidade de crianças. Chegar a uma taxa menos preocupante em nível nacional é necessário, mas há outros desafios importantes a superar. O primeiro deles é diminuir a iniquidade da

mortalidade infantil no País. Ao observar a situação de regiões ou grupos sociais específicos, ainda se verificam no Brasil taxas bem mais altas que a média nacional. Além disso, uma análise aprofundada do problema revela que, apesar dos avanços conquistados, os cuidados com o nascimento continuam muito precários. Nos últimos anos, enquanto o número de óbitos a partir do segundo mês de vida caiu significativamente, a mortalidade de recém-nascidos se manteve relativamente estável, o que mostra a necessidade de intensificar o acompanhamento pré-natal e a atenção ao parto e ao pós-parto.

## DESAFIOS REGIONAIS

A queda da mortalidade infantil no Brasil está associada a uma série de melhorias nas condições de vida e na atenção à saúde da criança, em relação a questões como segurança alimentar e nutricional, saneamento básico e vacinação. Esses progressos não beneficiam a população de maneira uniforme. Em termos geográficos, a Região Nordeste é a mais vulnerável do Brasil quanto à mortalidade infantil. Sua taxa equivale a mais que o dobro das taxas verificadas nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste (veja Tabela 2). Na região do Semi-Árido, que engloba a maior parte do território do Nordeste e o norte de Minas Gerais e do Espírito Santo, encontram-se os municípios brasileiros com as piores taxas de mortalidade infantil, alguns deles com números superiores aos de países africanos. De acordo com dados do Ministério da Saúde registrados no triênio 2001-2003, alguns municípios no Semi-Árido ultrapassam a taxa de mortalidade infantil do Sudão, que é de 63 por mil.

A desigualdade regional manifesta-se também na proporção de óbitos ocorridos depois das quatro primeiras semanas de vida. A mortalidade infantil divide-se em mortalidade neonatal (até o 27º dia de vida) e mortalidade pós-neonatal (entre o 28º e o 364º dia). Por estar diretamente ligados às condições socioeconômicas da população, os óbitos pós-neonatais foram reduzidos a uma proporção

muito pequena nos países desenvolvidos, mas ainda representam parcela significativa da mortalidade infantil nos países pobres.

No Brasil, observam-se as duas situações. O Sudeste, o Sul e o Centro-Oeste têm taxas de mortalidade pós-neonatal próximas de 6 por mil (veja Tabela 3). No Norte e principalmente no Nordeste, essa taxa ainda não atingiu o mesmo grau de redução, o que revela a persistência de problemas básicos, como desnutrição infantil e mortes por diarreia e pneumonia.

As taxas de mortalidade infantil diferem também dentro de uma mesma região, de acordo com o grupo social. Em nível nacional, a taxa relativa aos 20% mais pobres era mais que o dobro da taxa dos 20% mais ricos em 2000 (veja Tabela 4). A raça é outro fator determinante. Entre os filhos de mulhe-

## A queda da mortalidade infantil no Brasil está associada a uma série de melhorias nas condições de vida e na atenção à saúde da criança

res brancas, em 2000, a taxa de mortalidade infantil era 39,7% menor que entre os filhos de mulheres negras e 75,6% menor que entre filhos de mulheres índias (veja Tabela 5). De acordo com as estimativas da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), de 2000 a 2004, a mortalidade infantil

Tabela 4

Taxa de mortalidade infantil segundo a renda familiar (2000)	
20% mais ricos	15,8
20% mais pobres	34,9
<b>Brasil</b>	<b>30,1</b>

Fonte: IBGE, cruzamento feito por Celso Simões a partir de dados do Censo 2000.

Tabela 5

Taxa de mortalidade infantil segundo raça/cor da mãe (2000)	
Branca	22,9
Negra	38,0
Índia	94,0
<b>Brasil</b>	<b>30,1</b>

Fontes: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud-Brasil), Atlas Racial Brasileiro 2004 e Funasa.

Tabela 6

Proporção de óbitos neonatais (até 27 dias) e pós-neonatais (de 28 a 364 dias) no total de óbitos de menores de 1 ano no Brasil (1984-2003)					
	1984	1990	1993	2000	2003
Neonatais	39,7%	47,9%	49,9%	63,6%	64,6%
Pós-neonatais	60,3%	52,1%	50,1%	36,4%	35,4%

Fonte: IBGE, Síntese de Indicadores Sociais 2004.

de indígenas caiu para menos da metade. Mesmo assim, continua altíssima para os padrões do País: 46 por mil em 2004.

Para atingir maior equidade nas taxas de mortalidade infantil dentro do País é preciso reforçar a atenção aos grupos mais vulneráveis na execução dos programas sociais e de saúde. O governo federal já segue essa orientação em termos regionais. Um exemplo é a cobertura do programa Bolsa Família, que concede benefícios mensais a famílias em situação de pobreza e extrema pobreza. Criado em 2003, a partir da unificação dos programas de transferência de renda existentes no País, o Bolsa Família deu prioridade desde o início à Região Nordeste. Dos 7,5 milhões de famílias atendidas em agosto de 2005, 49,2% eram nordestinas.

## A maior parte dos óbitos se concentra no primeiro mês de vida, o que evidencia a importância dos fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto

No Programa Saúde da Família (PSF), que presta assistência às famílias por meio de equipes de saúde que atuam dentro das comunidades, há também uma preocupação maior com os Estados nordestinos. A participação da região cresceu nos últimos anos. Em 1998, 38% das equipes do PSF estavam no Nordeste, e, em 2002, essa proporção tinha aumentado para 41%. Um levantamento divulgado pelo Ministério da Saúde em 2005 indica que o impacto do PSF sobre a mortalidade infantil é maior no Nordeste e no Norte que nas outras regiões do País, por apresentarem taxas mais baixas. Segundo o mesmo levantamento, o aumento da cobertura do PSF contribui mais para

a queda das taxas de mortalidade infantil que a ampliação do acesso à água tratada ou a criação de novos leitos hospitalares.

## CUIDADOS DESDE A GESTAÇÃO

Outro aspecto que tem de ser considerado nos esforços para reduzir a mortalidade infantil no País é o fato de hoje a maior parte dos óbitos se concentrar no primeiro mês de vida, o que evidencia a importância dos fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto. A partir da década de 1990, observa-se a diminuição contínua da mortalidade pós-neonatal, em comparação com relativa estabilidade das taxas de mortalidade neonatal. Esse processo inverteu a composição da taxa de mortalidade infantil brasileira: os óbitos neonatais, que eram proporcionalmente menos numerosos, passaram a representar mais de 60% do total (veja Tabela 6).

A alta proporção de óbitos neonatais está relacionada à evolução das causas de mortalidade de crianças no Brasil. Nas últimas décadas, à medida que diminuiu a participação de doenças infecciosas e parasitárias, doenças respiratórias e desnutrição, o principal grupo de causas de mortalidade infantil e de mortalidade de menores de 5 anos passou a ser o das afecções perinatais (problemas originados até a primeira semana de vida). Nessa categoria, estão incluídas, por exemplo, a prematuridade, a asfixia durante o parto e as infecções neonatais.

Segundo levantamento do epidemiologista Cesar Victora, divulgado no estudo "Intervenções para Reduzir a Mortalidade Infantil Pré-Escolar e Materna no Brasil"<sup>1</sup>, entre 1995 e 1997, as afecções perinatais já eram responsáveis por 48,5% de todas as mortes de menores de 5 anos no Brasil. Entre os menores de 1 ano, de acordo com o Ministério da Saúde, elas eram responsáveis por 55% dos óbitos em 2003. No ranking dos grupos de causas de mortalidade infantil, vêm em seguida as más-formações congênitas, as doen-

1. Publicado na *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 4, 2001, pp. 3-69.

Tabela 7

Mortalidade infantil no Brasil por grupos de causas (2003)	
Afecções perinatais	55,0%
Más-formações congênicas	14,0%
Doenças infecciosas e parasitárias	8,0%
Causas mal definidas	8,0%
Doenças do aparelho respiratório	7,0%
Outras causas	4,0%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2,0%
Causas externas	2,0%

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2003.

ças infecciosas e parasitárias e as doenças respiratórias (veja Tabela 7).

Para diminuir a mortalidade neonatal e a prevalência das afecções perinatais, é preciso acompanhamento pré-natal adequado das gestantes e reforços nos cuidados com o parto e o pós-parto. Essas medidas podem evitar boa parte dos óbitos infantis que ainda ocorrem no País. Os números do Ministério da Saúde indicam duas tendências diferentes em relação à assistência pré-natal. Entre 1995 e 2002, a proporção de mulheres que não fizeram nenhuma consulta durante a gestação caiu quase dois terços (veja Tabela 8). No extremo oposto, a porcentagem de gestantes que fizeram mais de seis consultas, mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde, sofreu flutuações, mas não teve alteração significativa no mesmo período (veja Tabela 9).

Diminuíram, portanto, os casos de desatenção total à gestação, mas não cresceu o número de mulheres que fazem acompanhamento pré-natal com a regularidade desejável. A contribuição do pré-natal para evitar um óbito infantil depende não

só do número de consultas, mas também da fase da gestação em que é feita a primeira consulta e principalmente da qualidade do acompanhamento. No Brasil, faltam indicadores que permitam fazer uma análise qualitativa da assistência pré-natal, mas sabe-se que esse é um ponto que ainda demanda investimento para garantir a atenção necessária à mãe e à criança.

Além do pré-natal, a adoção de cuidados adequados no parto e no pós-parto pode diminuir consideravelmente o número de óbitos neonatais evitáveis no País. Isso significa preparar melhor o sistema de saúde para a assistência à mãe e ao recém-nascido. Hoje, a grande maioria das crianças brasileiras nasce em hospitais. Em 2002, segundo dados do Ministério da Saúde, os partos hospitalares representaram 96,7% do total do País, sem considerar os partos realizados em outros estabelecimentos de saúde. As medidas necessárias para reduzir o risco para os recém-

## No Brasil, a assistência pré-natal ainda demanda investimento para garantir a atenção necessária à mãe e à criança

nascidos envolvem desde a regionalização da assistência, o melhor aparelhamento dos hospitais e a capacitação dos profissionais para lidar com complicações no parto até o investimento na qualidade das informações sobre o óbito neonatal hospitalar no País.

Tabela 8

Percentual de gestantes brasileiras que não fizeram nenhuma consulta pré-natal (1995-2002)	
1995	10,73%
1996	9,85%
1997	8,02%
1998	7,14%
1999	5,81%
2000	4,93%
2001	4,54%
2002	3,77%

Fonte: Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (Datatus).

Tabela 9

Percentual de gestantes brasileiras que fizeram mais de seis consultas pré-natais (1995-2002)	
1995	49,74%
1996	50,28%
1997	49,76%
1998	49,45%
1999	50,69%
2000	45,97%
2001	47,33%
2002	49,14%

Fonte: Datatus.

Em nível federal, a principal iniciativa em andamento para reforçar os cuidados com o pré-natal, o parto e o pós-parto é o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, firmado em março de 2004. O pacto envolve o Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de Saúde nas 27 unidades da federação, entidades não-governamentais e o UNICEF. Como o próprio nome sugere, o objetivo é diminuir não ape-

a iniciativas de auxílio a gestantes e recém-nascidos de risco e implantação de comitês de investigação de óbitos em todo o País. Até junho de 2005, foram realizados quinze seminários estaduais e um no Distrito Federal para a implementação do pacto, além de um seminário nacional para profissionais da área, sobre urgências e emergências pediátricas. Também foram desenvolvidas ações em benefício dos 78 municípios com mais de 100 mil habitantes que foram identificados como prioritários. Para atender a esses municípios, o governo federal destinou 31 milhões de reais ao projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (Proesf) e promoveu a qualificação de profissionais de maternidades que atuarão como multiplicadores.

O alcance das ações do pacto depende do grau de engajamento dos Estados e principalmente dos municípios, onde se efetiva a política de atenção à gestante e ao recém-nascido. Já existem, sobretudo nas capitais, iniciativas bem-sucedidas nessa área. Um exemplo é a Comissão Perinatal de Belo Horizonte, que desenvolve trabalho de atenção integral ao parto e ao pós-parto desde 1999.

## A atenção integral à mulher pode ajudar a diminuir consideravelmente o risco de vida das crianças

nas a mortalidade neonatal mas também a mortalidade materna, problema que ainda atinge proporções inaceitáveis no País (*veja o texto Risco materno*). A meta inicial é atingir uma redução de 15% até o final de 2006.

Para isso, estão previstas medidas como: capacitação de profissionais e gestores para a reorganização da assistência materna e neonatal, apoio

## Risco materno

*Medidas para reduzir a mortalidade de recém-nascidos podem ajudar a diminuir também o alto número de mulheres que morrem por fatores relacionados à gravidez e ao parto no País*

A insuficiência da atenção ao pré-natal, ao parto e ao pós-parto no Brasil é responsável não apenas pelas altas taxas de mortalidade neonatal. Contribui também para a mortalidade materna, que ainda atinge proporções preocupantes no País.

O indicador utilizado para mensurar o problema é a razão de mortalidade materna, número de óbitos de mulheres durante a gestação ou até 42 dias depois do fim da gestação, para cada 100 mil nascidos vivos. Só são considerados os óbitos por causas que

tenham alguma relação com a gravidez, o parto ou o pós-parto.

Segundo a última estimativa oficial, referente a 2002, a razão de mortalidade materna brasileira era de 74,8, muito acima do índice considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 20 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos. Essa estimativa oficial considera não apenas os óbitos maternos notificados, pois sabe-se que a subnotificação nessa área é grande no mundo inteiro. Por isso, o Ministério da Saúde multiplica

os óbitos registrados por um fator de correção. Atualmente, o fator de correção adotado (1,4) é o da pesquisa A Mortalidade Materna nas Capitais Brasileiras: Algumas Características e Estimativa de um Fator de Ajuste, realizada em 2002 pelo Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. Trata-se de um estudo feito apenas em capitais, mas, na falta de outro mais abrangente no Brasil, seu fator de correção é utilizado para o País inteiro.

A redução da mortalidade materna está entre os objetivos incluídos tan-

A comissão já promoveu melhorias da estrutura das maternidades, qualificação dos profissionais, fechamento de maternidades de baixa qualidade e regionalização da assistência, de modo a garantir atendimento imediato à gestante em qualquer parte da cidade. Hoje, todas as maternidades de Belo Horizonte têm condições de receber uma gestante que apresente complicações no parto. Com essas mudanças, a taxa de mortalidade de crianças nos primeiros seis dias de vida caiu de 10 para 6 por mil entre 1999 e 2001.

## O PAPEL DA MÃE

Todas as políticas voltadas para a redução da mortalidade infantil têm de levar em consideração o papel fundamental desempenhado pela mãe na prevenção de óbitos infantis. A atenção integral à mulher pode ajudar a diminuir consideravelmente o risco de vida das crianças. Isso não significa apenas assegurar acompanhamento pré-natal e parto seguro, embora essas sejam medidas necessárias. Envolve também, por exemplo, a garantia

de condições de amamentação do bebê. A recomendação internacional de que o aleitamento materno seja exclusivo até os 6 meses de idade e se prolongue pelo menos até os 2 anos está muito longe de ser cumprida no Brasil, onde, segundo os últimos dados do Ministério da Saúde, em 1999 apenas 9,7% das crianças alimentavam-se apenas de leite materno até os 6 meses.

## A recomendação internacional de que o aleitamento materno seja exclusivo até os 6 meses de idade e se prolongue até os 2 anos está longe de ser cumprida no Brasil

De acordo com o estudo *Intervenções para Reduzir a Mortalidade Infantil, Pré-Escolar e Materna no Brasil (2001)*, do epidemiologista Cesar Victora, se metade das crianças que não recebem aleitamento materno desde o nascimento até os 11 meses de idade passasse a recebê-lo, poderiam ser evitados 9,2% dos óbitos de menores de 5 anos por pneumonia.

to no documento *Um mundo para as crianças*, da ONU, quanto no Plano Presidente Amigo da Criança e do Adolescente, do governo brasileiro. As metas traçadas são, respectivamente, diminuir o número de óbitos em três quartos até 2015 e atingir a marca de 55,9 óbitos por 100 mil nascidos vivos nas capitais brasileiras até 2007. As ações necessárias para cumprir essas metas podem contribuir também para a queda da mortalidade de recém-nascidos.

Os dois problemas precisam ser tratados como decorrência de um mesmo quadro de precariedade no pré-natal e nos cuidados com o parto e o pós-parto. Isso já vem sendo

considerado em iniciativas como o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. No caso da mortalidade materna, uma melhora no acompanhamento pré-natal e na assistência hospitalar à gestante e ao recém-nascido, objetivos expressos no pacto, tem grandes chances de mudar a situação atual, pois, segundo estimativa do Ministério da Saúde, 92% dos óbitos maternos são evitáveis.

Para conhecer quais são as principais causas de morte e traçar estratégias para enfrentá-las, os Comitês Estaduais de Prevenção da Mortalidade Materna existentes no País têm papel fundamental. Um caso exem-

plar é o do Paraná. Formado por representantes de 25 entidades, o comitê paranaense existe desde 1989 e atua tanto na vigilância e investigação dos óbitos maternos quanto em ações preventivas, como campanhas educativas para os hospitais. O Estado possui comitês semelhantes, atuando de forma integrada, em todas as suas 22 regionais de saúde e em 182 dos 399 municípios.

Graças ao trabalho realizado, a mortalidade materna no Paraná caiu em média 3% ao ano entre 1994 e 2002, e o conhecimento do problema hoje é muito maior. Em 2004, foram investigados 92% dos óbitos de mulheres em idade fértil.

O aumento da proporção de aleitamento materno depende não apenas das campanhas de esclarecimento, que já vêm sendo realizadas no País desde a década de 1980, como também do cumprimento da legislação brasileira no que diz respeito à proteção das mães em fase de amamentação. A licença-maternidade de 120 dias, a existência de locais apropriados para deixar o lactente próximo ao trabalho da mãe e os horários de descanso durante a jornada de trabalho para amamentar o filho (dois por jornada, com duração de meia hora) são estabelecidos por lei, mas não fazem parte da realidade de boa parte das mulheres, especialmente as que estão no mercado de trabalho informal.

Outro aspecto de grande impacto sobre a mortalidade de crianças é o grau de instrução das mulheres. Diferentes estudos comprovam que, quanto maior o número de anos de estudo da mãe,

## 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

mais chances ela tem de evitar a morte de um filho nos primeiros cinco anos. De acordo com os dados do IBGE, em 2000 a taxa de mortalidade de menores de 5 anos entre os filhos de mulheres com até três anos de estudo (consideradas analfabetas funcionais) era 2,5 vezes maior que entre os filhos de mulheres com oito anos ou mais de estudo (veja Tabela 10).

A média de anos de estudo das mulheres brasileiras vem aumentando. De 1993 a 2003, cresceu 29,4% (veja Tabela 11). Mesmo assim, é preciso avançar mais. Por considerar a importância desse fator para a garantia de vida das crianças, o UNICEF inclui entre os indicadores que compõem o Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI)

Tabela 10

### Taxa de mortalidade de menores de 5 anos no Brasil por anos de estudo da mãe (2000)

Até 3 anos	49,3
De 4 a 7 anos	30,2
8 anos ou mais	20,0

Fonte: IBGE, Síntese de Indicadores Sociais 2003.

Tabela 11

### Média de anos de estudo das mulheres\* no Brasil (1993-2003)

1993	5,1
1996	5,4
1999	5,9
2002	6,4
2003	6,6

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).  
\* Mulheres de 10 anos ou mais.

o percentual de crianças menores de 6 anos morando com mães com escolaridade precária.

A importância da mãe para evitar a mortalidade de crianças também é levada em consideração no trabalho de fortalecimento das competências familiares que o UNICEF realiza no Brasil. Em 2003, o UNICEF elaborou o kit Família Brasileira Fortalecida, composto de cinco álbuns com informações e orientações sobre os cuidados necessários com a criança, desde antes do nascimento até os 6 anos de idade. Um dos objetivos é contribuir para reduzir a mortalidade infantil, a mortalidade na infância e a mortalidade materna. Alguns dos temas abordados estão diretamente ligados a esse objetivo, como a importância do pré-natal, os cuidados com o parto e o pós-parto, a alimentação das crianças e as medidas de saúde que podem ser adotadas pela família.

Usados por agentes comunitários de saúde, líderes da Pastoral da Criança e professores de creches e pré-escolas, os kits já beneficiaram até 2005 quase 2 milhões de famílias em cerca de dezesseis Estados. O livro *O município e a criança de até 6 anos* dará continuidade ao trabalho, fortalecendo os atores sociais municipais na atenção às crianças.

# O direito à vida

A articulação comunitária ajuda Alagoas a superar uma de suas grandes marcas: o alto índice de mortalidade infantil

Alagoas conseguiu diminuir seu Índice de Mortalidade Infantil por meio de ações voltadas diretamente aos cuidados com as crianças em risco e ações preventivas de capacitação de pessoal e multiplicação de informações sobre o desenvolvimento infantil. A tendência é de queda substancial, embora ainda não exista uma taxa oficial no Estado. Em geral, a subnotificação predomina e os dados variam de acordo com a cobertura dos três sistemas de informações: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab). No ano 2000, os dados foram: 60 por mil, 39,3 por mil e 49,9 por mil, respectivamente.

A pedido do UNICEF, o epidemiologista Cesar Victora realizou um estudo no qual combinou os dados dos sistemas de informações. Apesar da discrepância dos índices e da ausência de uma cobertura eficiente, o pesquisador concluiu que, entre 2000 e 2002, a taxa de mortalidade foi reduzida em 28%: passou de 46,3 por mil para 33,5.

Essa tendência à diminuição da mortalidade infantil é confirmada por iniciativas como as que salvaram a vida do pequeno José Firmino, de 1 ano e 10 meses, que mora em Murici, município de 21 mil habitantes a 55 quilômetros da capital do Estado. Ele nasceu com baixo peso e sua situação era tão vulnerável que os médicos lhe conferiram um alto grau de risco de vida. A mãe, Aparecida Firmino dos Santos, já havia perdido dois

dos seus oito filhos por causa de doenças decorrentes de desnutrição e falta de higiene. “Não sabia nem o que era isso. Não fazia consultas. Eles simplesmente tiveram diarreia e morreram”, conta a dona de casa de 38 anos. Analfabeta, moradora de uma comunidade de baixa renda onde não há saneamento, ela se surpreendeu ao perceber que a situação de seu caçula poderia ser revertida. “Hoje nem parece que ele era tão doente. Está quase bom”, comemora.

José Firmino sobreviveu graças ao sistema de monitoramento das crianças em risco e a uma ação de vigilância implementados em 2004 pelo município. O menino foi acompanhado semanalmente por José Carlos dos Santos, agente comunitário de saúde do Programa Saúde da Família (PSF). Morador da mesma comunidade, ele avaliava a evolução do peso do menino e também orientava a mãe. Ensinou Aparecida dos Santos a ter cuidados básicos com a saúde do filho (como medidas de higiene e administração da reidratação oral), realizar consultas médicas periódicas e ficar atenta aos possíveis sinais de doença.



## ESFORÇO CONJUNTO

O sistema de monitoramento das crianças em risco congrega equipes do PSF, representantes comunitários, administração municipal e famílias para analisar e planejar ações de combate à mor-

talidade infantil. Uma vez por mês, esses atores se reúnem para acompanhar a evolução das crianças de determinada comunidade e orientar os pais. “O bom é que, como moramos no mesmo lugar, conhecemos eles, sabemos quando as coisas estão bem ou quando não estão”, diz o agente comunitário José Carlos dos Santos, que cuida de 130 famílias da comunidade, supervisionado por médicos e enfermeiros do PSF, e chama todos pelo nome.

O sistema de monitoramento das crianças em risco reúne equipes do Programa Saúde da Família, representantes comunitários, administração municipal e famílias

Somam-se a essas iniciativas a garantia de equipes de plantão todos os dias da semana, a articulação com o Conselho Tutelar e a priorização das famílias nos programas de atendimento e acompanhamento psicológico e nutricional. Como resultado, houve queda acentuada na taxa de mortalidade infantil. Em 2004, com nove equipes do programa distribuídas pelas comunidades, das 263 crianças que nasceram com baixo peso e corriam risco de vida, 1,9% morreu. Houve redução de 32% em relação ao ano anterior.

## VISÃO INTEGRADA

A articulação comunitária contribui para o enfrentamento da mortalidade infantil em outras localidades de Alagoas. No Semi-Árido do Estado, um pequeno projeto iniciado em 1987 pela organização não-governamental Movimento Pró-Desenvolvimento Comunitário de Palmeira dos Índios, na cidade de Palmeira dos Índios, deu origem a uma rede de municípios comprometida com a questão. É o Fazer Valer os Direitos em Alagoas, que atua no desenvolvimento infantil, na educação e na promoção social. Apoiado pelo UNICEF desde 2000, o projeto envolve prefeituras e entidades da sociedade civil organizada de seis municípios: Cacimbinhas, Estrela de Alagoas, Igaci, Palmeira dos Índios, Quebrângulo e Viçosa.

Coordenado pela ONG Movimento Pró-Desenvolvimento Comunitário de Palmeira dos Índios, o Fazer Valer tem como objetivo promover o atendimento integrado a crianças e adoles-



centes, desenvolvendo competências familiares e municipais nas áreas de assistência social, educação e saúde. São abordadas desde a questão da geração de renda familiar até a prevenção ao câncer de colo de útero.

Fazem parte da idéia de atendimento integral: capacitação das equipes interdisciplinares; apoio ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Parto; e incentivo aos Grupos de Mães no aprendizado sobre aleitamento materno e carências nutricionais. Até agora, 8.328 crianças de até 6 anos foram beneficiadas direta ou indiretamente, como Stéfanie Gabriele Tenório Oliveira, a primeira filha de Gracielli Tenório Oliveira, de 21 anos.

Jovem e inexperiente, ao longo da gravidez Gracielli participou das reuniões do Grupo de Mães promovidas pelas entidades integrantes do Fazer Valer os Direitos. Nesses encontros, teve contato com cuidados básicos, que agora põe em prática ao cuidar da pequena Stéfanie, de 2 meses. “Aprendi como lidar com ela no primeiro dia de vida, a dar banho, a prestar atenção no leite para não secar antes do tempo”, enumera.

## CONQUISTAS

O processo de registro de nascimento de Stéfanie iniciou-se logo após o nascimento. Na recepção da Maternidade Santa Olímpia, no município de Palmeira dos Índios, onde nasceu, há um Posto de Apoio aos Cartórios do Registro Civil. O objetivo é fazer com que toda criança nascida já saia com o registro civil garantido.

Além disso, a menina pôde desfrutar de algumas melhorias realizadas na maternidade nos últimos anos. Graças a parcerias com a Sociedade de Pediatria de Alagoas, a Universidade Federal de Alagoas e a Fundação Universitária de Ciências da Saúde de Alagoas, todos os funcionários passaram por processos de capacitação. As mães, após o parto, permanecem no hospital, junto com o filho ou a filha. Com oito leitos de UTI Neonatal disponíveis e equipes de plantão em regime integral, a maternidade é referência para 23 municípios da região.



Todas essas melhorias também foram garantidas pela mobilização e articulação das instituições com o poder público. Fazem parte da iniciativa: Associação das Mulheres Trabalhadoras Rurais de Palmeira dos Índios, Associação de Agricultores Alternativos de Igaci (Aagra), Pastoral da Criança, Centro Social Xucurus, Ministério Público e Conselho Regional de Medicina de Alagoas. Os conselhos municipais dos Direitos da Criança, da assistência social e da saúde também integram o grupo. Todos eles têm representação no grupo gestor, que decide os rumos do projeto.

Além do UNICEF, o Fazer Valer os Direitos conta com o apoio da Visão Mundial e do Fórum Lixo e Cidadania em Alagoas. São parceiros também a Fundação de Amparo ao Menor (Fundamor) de Palmeira dos Índios, o Centro de Apoio Comunitário de Tapera em União a Senador (Cactus), dos municípios de Tapera e Senador Rui Palmeira, e a Associação de Proteção à Criança e ao Adolescente em Risco Pessoal e Social (Pró-Ser), do município de Bom Conselho (PE). Outros sete municípios da região se articulam para compor o grupo do projeto.

---

Fazem parte da idéia de atendimento integral a capacitação das equipes interdisciplinares, o apoio ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Parto e o incentivo aos Grupos de Mães no aprendizado sobre aleitamento materno e carências nutricionais