

Mortalidade na infância no Brasil e regiões no período de 2000 a 2011: o impacto da atenção básica

Infant mortality in Brazil and regions from 2000 to 2011: the impact of primary care

Tabatha Gonçalves Andrade
Castelo Branco Gomes¹
Leonardo Dos Santos Ferreira¹
Murilo Neves de Queiroz¹
Paulo Batista Dos Reis Netto¹
Vinicius Neves Bezerra¹
Ana Maria Costa²

RESUMO

Objetivos: Analisar as tendências da mortalidade na infância no Brasil e regiões, no período de 2000 a 2011, e correlacionar as tendências de duas das mais prevalentes causas de óbito na infância, doença diarreica aguda e infecção respiratória aguda, com a cobertura da atenção básica no Brasil e regiões.

Métodos: Trata-se de um estudo epidemiológico que visa estimar o efeito da atenção básica na taxa de mortalidade na infância. Foram coletados dados de cobertura populacional do Programa Saúde da Família, indicadores de saúde e informações demográficas, obtidos no DATASUS, base de dados disponibilizada pelo Ministério da Saúde, no período de 2000 a 2011.

Resultados: No Brasil, a Taxa de Mortalidade na Infância vem apresentando tendência constante de queda, com uma redução de 41,1% no período analisado enquanto a cobertura nacional da atenção básica no período de 2000 a 2011 teve aumento de 36%. A mortalidade na infância por doença diarreica aguda apresentou redução de 78,98%; enquanto que a mortalidade na infância por infecção respiratória aguda reduziu em 48,40%.

Discussão: A tendência nacional é de queda global da mortalidade na infância no período analisado. Em 2000, a classificação nacional da taxa de mortalidade na infância era média (30,1/1000 NV), enquanto em 2011, baixa (17,7/1000 NV). A cobertura populacional realizada pela atenção básica foi maior nas regiões com as maiores TMI (Norte e Nordeste) as quais demonstraram maiores decréscimos. Os dados apontam que a expansão do PSF, juntamente com outras melhorias em condições socioeconômicas, está associada a reduções na mortalidade na infância.

Palavras-chave: Taxa de mortalidade na infância; atenção básica; PSF.

¹Graduação em Medicina, Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília-DF
²Doutora, médica, professora orientadora da disciplina de Saúde Coletiva, Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília-DF

Correspondência

Tabatha Gonçalves Andrade Castelo
Branco Gomes
Stabatha31@hotmail.com

ABSTRACT

Objectives: Analyze trends in infant mortality in Brazil and regions, from 2000 to 2011, and correlate trends from two of the most prevalent causes of death in childhood, acute diarrheal disease and acute respiratory infection, with the coverage of primary care in Brazil and regions.

Methods: It's an epidemiological study to estimate the effect of primary care in the mortality rate in childhood. We collected population data coverage of the Family Health Program, health indicators and demographic information obtained in DATASUS database made available by the Department of Health, from 2000 to 2011.

Results: In Brazil, the mortality rate in Childhood has been showing steady downward trend, with a reduction of 41.1% in the analyzed period while national coverage of primary care from 2000 to 2011 increased by 36%. The infant mortality from acute diarrheal disease decreased by 78.98%; while child mortality from acute respiratory infections fell by 48.40%.

Discussion: The national trend is the global decline in infant mortality during the period. In 2000, the national classification of mortality in childhood was average (30.1 / 1,000 live births), while in 2011, low (17.7 / 1,000 live births). The population coverage by primary care was higher in regions with the highest IMR (North and Northeast) which showed greater decreases. The data indicate that the expansion of the PSF, along with other improvements in socioeconomic conditions, is associated with reductions in mortality in childhood.

Keywords: Mortality rate in childhood; primary care; PSF.

INTRODUÇÃO

Em 2000, líderes mundiais se reuniram sob o comando da Organização das Nações Unidas (ONU) para estabelecer uma agenda global de compromissos mínimos pela promoção da dignidade humana e o mundo começou a trabalhar em conjunto no combate a inimigos históricos da humanidade, como doenças transmissíveis e evitáveis e condições precárias de vida. Surgiram então os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), sendo o “ODM 4 meta A: Até 2015, reduzir a mortalidade na infância a dois terços do nível de 1990”.

O ODM 4 leva em conta três indicadores: a taxa de mortalidade na infância (menores de 5 anos), a taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano) e a proporção de crianças de até 1 ano vacinadas contra o sarampo.

Segundo o Relatório Nacional de Acompanhamento/Coordenação dos ODM6, à frente de muitos países, o Brasil já alcançou a meta de redução da mortalidade na infância. A taxa passou de 53,7 em 1990 para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2011. Tudo indica que os níveis vão continuar a cair, apontando para um resultado, em 2015, superior à meta estabelecida para este ODM. Porém, o nível da mortalidade ainda é elevado. Por esta razão, muita ênfase tem sido dada às políticas, programas e ações que contribuem para a redução da mortalidade na infância.

O principal indicador da meta A do ODM 4 é a taxa de mortalidade entre crianças menores de 5 anos. Também referida como taxa de mortalidade na infância, a taxa expressa a frequência de óbitos nessa faixa etária para cada mil nascidos vivos; ou seja, estima o risco de morte durante os cinco primeiros anos de vida. É importante dife-

reenci-la de outro indicador deste ODM, a taxa de mortalidade infantil, que se refere apenas ao primeiro ano de vida.

A estimativa do risco de morte durante o primeiro ano de vida é o segundo indicador oficial do ODM 4. Mais de 85% das mortes de crianças com menos de 5 anos no Brasil ocorre no primeiro ano de vida.

As melhorias das condições sanitárias e sociais, além das mudanças demográficas, são responsáveis por parte do sucesso brasileiro no alcance da meta A do ODM 4. Também foram relevantes a implantação de um sistema de saúde universal, o Sistema Único de Saúde (SUS), após a Constituição Federal de 1988, e a ampliação das coberturas de atenção básica, principalmente por meio da estratégia de Saúde da Família.

A conjuntura da saúde brasileira, nos anos que antecedem 1994, era baseada em um modelo “hospitalocêntrico”. A assistência prestada à população era focada em setores de média-alta complexidade, causando uma demanda maior de recursos e uma baixa resolutividade. Tais fatos produziram uma insatisfação crescente de todos os participantes do processo: gestores, profissionais de saúde e população que utiliza o serviço.

Na promulgação da constituição de 1988 foram determinadas as diretrizes que iriam reger o SUS, tendo como seus princípios a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade. Assim, a partir de 1994, frente à essa conjuntura e visando reorientar o modelo assistencial, o Ministério da Saúde brasileiro criou o Programa Saúde da Família (PSF), sendo essa a mais importante mudança estrutural já realizada na saúde pública no Brasil.

Enquanto em 1995 a estratégia Saúde da Família era adotada por 115 municípios, em dezembro de 2011 já estava presente em mais de 94% das cidades brasileiras⁷. As 32.355 equipes atendiam cerca de 102 milhões de pessoas, o equivalente a 53,5% da população. Essa estratégia tem contribuído bastante para a redução da mortalidade infantil. Pesquisas⁸ apontam que, em 2002, os municípios com mais de 70% de cobertura do PSF tinham 34% menos crianças com baixo peso ao nascer, além de melhor cobertura vacinal. A implementação do PSF estava associada a reduções na mortalidade, principalmente nas fases iniciais da vida, devido à intervenção nas condições perinatais, doenças infecciosas, endócrinas e respiratórias.

De acordo com o Relatório Nacional de Acompanhamento/Coordenação dos ODM6, pesquisas realizadas ao longo dos anos demonstraram que unidades de saúde básica, funcionando adequadamente, de forma humanizada, oportuna e resolutiva, eram capazes de resolver cerca de 85% dos problemas em saúde da população. Os outros 15% necessitariam, em sua maioria, de atendimento ambulatorial especializado, e a menor parte, de atendimento hospitalar.

O PSF não surge no cenário nacional como uma opção pelo “mais barato”. Surge como uma forma de reorientar a assistência, e focar as ações em saúde não apenas em reabilitação e assistência à doença, mas em promoção da saúde e prevenção dos fatores de risco que levam ao adoecimento, permitindo intervir de forma apropriada.

O PSF propõe um modelo integrativo entre os diversos domínios da sociedade (educação, saneamento básico, cultura, transporte) e dentro do próprio sistema de saúde, com ações integrativas de práticas clínicas e saúde coletiva, permitindo uma abordagem holística do indivíduo - como um ser saudável em todo seu potencial.

O PSF surge como um meio de racionalizar recursos e tecnologias disponibilizados para a saúde, não sendo um programa isolado, mas sim articulado à alta complexidade, permitindo maior e melhor acesso aos seus recursos.

Tal modelo em saúde foi empregado em diversos outros países, e entre estes citam-se Canadá, Cuba e Reino Unido. Tais países apresentam indicadores positivos, demonstrando que realmente mais de 85% dos problemas podem ser solucionados na atenção básica.

No Brasil, a taxa de mortalidade infantil continua a decrescer. Segundo dados disponibilizados, a mortalidade em 1980 era de 82,8 por mil. Em 2004, chegou a 26,6 por mil. Entretanto, pesquisas realizadas pelo UNICEF em 2004 revelaram que o Brasil possuía a terceira maior taxa da América do Sul, atrás de Bolívia e Guiana. Em 2002, foi estabelecido pela ONU o documento Um Mundo para as Crianças (2002), com a meta de reduzir em dois terços os óbitos de crianças menores de 1 ano e de crianças menores de 5 anos.

Faz-se necessário não apenas reduzir as taxas de mortalidade, mas também reduzir a iniquidade revelada pela mortalidade na infância. Em

algumas regiões e em alguns grupos populacionais no país são verificadas taxas superiores às médias nacionais. Além disso, apesar de haver queda da mortalidade acima dos 2 meses de vida, ainda se carece de melhoria nas taxas de mortalidade precoce, as quais são mais elevadas, mostrando a necessidade de aperfeiçoamento na assistência pré-natal, no parto e no pós-parto.

O Bolsa Família, programa de transferência de renda implementado no Brasil a partir de 2003, também vem contribuindo significativamente para redução da mortalidade infantil no país. Estudo publicado em 2013⁹ estima uma redução de 20% na taxa de mortalidade infantil no Brasil entre 2004 e 2009. Nos casos de mortes por insuficiência nutricional e problemas respiratórios, a queda chega a 60%.

A queda da mortalidade na infância está associada a uma série de melhorias de vida e na atenção à saúde da criança, principalmente na atenção básica: acesso às consultas de pré-natal, acompanhamento do recém-nascido em centros de saúde, orientações alimentares, suplementação de sulfato ferroso, saneamento básico e calendário vacinal, por exemplo.

Em 2013, o Programa Nacional de Imunizações completou 40 anos de uma bem-sucedida história no controle de doenças imunopreveníveis. O primeiro calendário vacinal era voltado para o público infantil e previa quatro vacinas: tríplice bacteriana, contra difteria, tétano e coqueluche; BCG (Bacilo Calmette-Guerin), contra tuberculose; monovalente contra sarampo; e oral contra poliomielite. Ao longo dos anos, novas vacinas foram introduzidas e novos grupos populacionais passaram a ser cobertos. Esse processo se acelerou com a progressiva implementação do SUS. Por meio da descentralização, foram organizados serviços de saúde onde antes não existiam ou eram incipientes. As elevadas coberturas vacinais em todas as regiões do país levaram ao efetivo controle de várias doenças imunopreveníveis. Atualmente, o calendário vacinal cobre todas as faixas etárias.

Portanto, além de refletir o status de saúde e desenvolvimento socioeconômico de uma determinada população, a taxa de mortalidade na infância também reflete a eficácia das políticas públicas para as áreas de saúde, educação e saneamento, bem como a geração e distribuição de rendas.

No Relatório ODM 2013⁶, a ONU aponta que a precariedade dos sistemas de estatísticas vitais - registros de nascimentos e mortes - em muitos países tende a prejudicar as estimativas, que podem subestimar o tamanho do problema. Em função disso, este órgão internacional estimula as nações a aperfeiçoarem tais sistemas de informação. O Brasil tem adotado diversas estratégias, ações públicas e técnicas analíticas para melhorar as estatísticas vitais, reduzindo o sub-registro e a subnotificação de nascimentos e óbitos, fazendo inclusive busca ativa de informação.

Portanto faz-se importante ressaltar as dificuldades e limitações que apareceram no decorrer do processo de elaboração dessa pesquisa. Dentre elas: o fato da taxa de mortalidade na infância ser uma variável dependente e, por isso, fazer-se necessário analisar seus componentes (neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal) para uma análise mais profunda; a tendência declinante do indicador de mortalidade, podendo fragilizar seu papel como indicador; e a dificuldade na obtenção de dados sobre a cobertura da assistência pré-natal no país.

O presente trabalho objetiva analisar as tendências da mortalidade na infância no Brasil e regiões, no período de 2000 a 2011, e compará-las com as taxas da população brasileira coberta pela atenção básica à saúde, avaliando o impacto desta estratégia de saúde na mortalidade em menores de cinco anos de idade. Optou-se por abordar adicionalmente a tendência da mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda e por doença diarreica aguda, por sua alta prevalência e relevância na taxa de mortalidade na infância, e pelo impacto das ações da atenção básica diretamente nessas morbidades.

OBJETIVOS

Analisar as tendências da mortalidade na infância no Brasil e regiões, no período de 2000 a 2011, e compará-las com as taxas da população brasileira coberta pela atenção básica a saúde.

Analisar o papel da atenção básica a saúde na mortalidade em menores de cinco anos de idade.

Correlacionar as tendências de duas das mais prevalentes causas de óbito na infância, doenças diarreicas e infecção respiratória aguda, com a cobertura da atenção básica no Brasil e regiões.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico realizado a partir de fontes secundárias, dispostas em série histórica, para inferir sobre a relação entre a cobertura da atenção básica e o comportamento da taxa de mortalidade na infância. Foram coletados dados da cobertura populacional da atenção básica, particularmente do PSF e do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), indicadores de saúde e informações demográficas obtidos nos sistemas de informação da Atenção Básica (SIAB), sobre Mortalidade (SIM) e sobre Nascidos Vivos (SINASC); todos desenvolvidos pelo DATASUS, base de dados disponibilizada pelo Ministério da Saúde, no período de 2000 a 2011.

Para avaliar a efetividade de um programa com impacto em saúde pública, tal como o PSF, são utilizados diversos indicadores. Entre eles, destacam-se a taxa de mortalidade infantil, a taxa de mortalidade em menores de cinco anos e a razão de mortalidade materna. De acordo com o DATASUS, Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) pode ser definida como o “número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado”. Assim, estima o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida.

$$\text{Taxa de mortalidade} = \frac{\text{número de óbitos de menores de um ano}}{\text{número total de nascidos vivos do mesmo período}} \times 1000$$

Pode ser classificada segundo o período de vida em: neonatal precoce (0 a 6 dias de vida); neonatal tardio (7 a 27 dias de vida), pós-neonatal (28 ou mais dias de vida). Outra forma de classificação existente leva em conta os valores relativos: alta (50 óbitos/1000 nascidos vivos), média (20-49) e baixa (menos de 20).

Já a Taxa de Mortalidade na Infância é definida como “número de óbitos de menores de 5 anos de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado”. Estimando, assim, o risco de morte dos nascidos vivos durante os cinco primeiros anos de vida.

$$\text{Taxa de mortalidade} = \frac{\text{número de óbitos de menores de cinco anos}}{\text{número total de nascidos vivos do mesmo período}} \times 1000$$

De modo geral, expressa o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental precários, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário, que é também influenciada pela composição da mortalidade no primeiro ano de vida (mortalidade infantil), amplificando o impacto das causas pós-neonatais, a que estão expostas também as crianças entre 1 e 4 anos de idade.

É importante ressaltar que tais indicadores não expressam as tendências de mudança nos componentes da mortalidade infantil, como o rápido declínio das causas pós-natais. Logo, faz-se necessário observar os indicadores de mortalidade neonatal e perinatal, os quais refletem melhor a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nato.

Utilizou-se como variável dependente a taxa de mortalidade na infância. Para compor as variáveis independentes foram selecionados indicadores relacionados a assistência à saúde: porcentagem da população coberta pela atenção básica, as condições de saneamento básico, cobertura vacinal, porcentagem de cobertura de consultas pré-natal, mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda e por doença diarreica aguda.

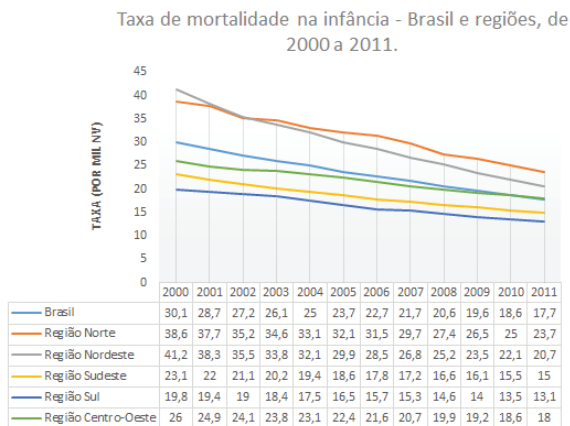
As análises foram realizadas com o auxílio do *software* Microsoft Excel 2013, versão 15.0, parte do Microsoft Office 365; com utilização de dados secundários disponíveis na internet.

Não foi necessária a submissão do estudo ao Comitê de Ética.

RESULTADOS

No Brasil, a Taxa de Mortalidade na Infância vem apresentando tendência constante de queda, com uma redução de 30,1 óbitos em menores de 5 anos por mil nascidos vivos (NV) em 2000, para 17,7/1.000 NV em 2011, o que representa uma diminuição de 41,1% neste período (Gráfico 1). Essa queda ocorreu em todas as regiões brasileiras, com destaque para a Região Nordeste, com 49,7% de redução, passando de 41,2/1.000 NV para 20,7/1.000 NV no mesmo período. As regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste já apresentavam menores taxas em 2000, resultando em uma queda mais discreta no decorrer desta década.

GRÁFICO 1 – Taxa de mortalidade na infância – Brasil e regiões, de 2000 a 2011.

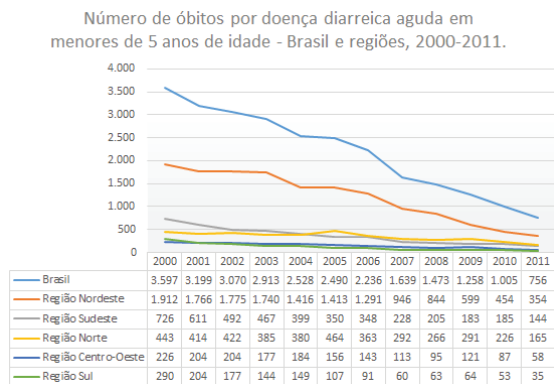


Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Dentre as principais causas de óbito em crianças menores de 5 anos de idade, destacamos duas das mais prevalentes para uma análise mais específica, sendo elas: doença diarreica aguda e infecção respiratória aguda.

Em relação ao componente da mortalidade na infância por doença diarreica aguda, pode-se observar, de acordo com a gráfico 2, que o número total de óbitos por doenças diarreicas decresceu muito neste período, de 3.597 para 756 no Brasil. O maior decréscimo ocorreu na região Nordeste, com uma queda de 81,4%. As outras regiões também apresentaram redução proporcional dos óbitos, com destaque para a região Sul.

GRÁFICO 2 – Número de óbitos por doença diarreica aguda em menores de 5 anos de idade – Brasil e regiões, de 2000 a 2011.

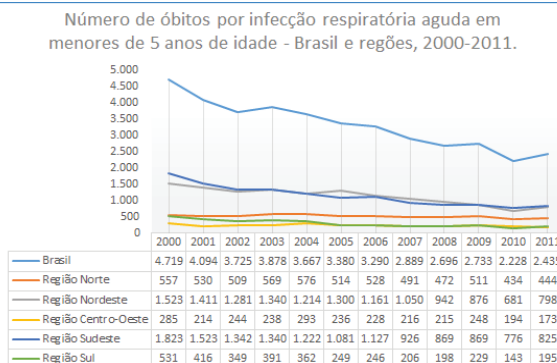


Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

Já o componente mortalidade na infância por infecção respiratória aguda, demonstrado no gráfico 3, ainda permanece elevado. No período considerado, houve redução desse número em âmbito nacional, sendo 4719 óbitos por infecção respiratória aguda

em menores de 5 anos no ano 2000 e 2435 óbitos em 2011, ou seja, reduziu quase pela metade. No entanto, algumas regiões do país apresentaram queda pouco significativa, como o Centro-Oeste, que em 2000 apresentou 285 óbitos, e em 2011, 173.

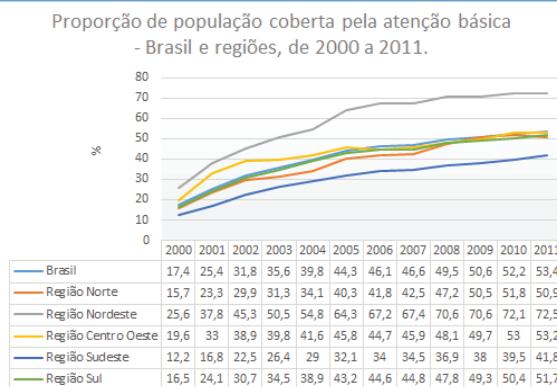
GRÁFICO 3 - Número de óbitos por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos de idade – Brasil e regiões, de 2000 a 2011.



Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Ao observar a cobertura da atenção básica para a população brasileira no período de 2000 a 2011 (gráfico 4), nota-se aumento nacional em todos os níveis. A cobertura nacional elevou-se em 36%. E o Nordeste, região que apresentava a maior cobertura em 2000, possuía em 2011 apenas 27,5% de sua população sem acesso à atenção básica.

GRÁFICO 4 - Proporção de população coberta pela atenção básica - Brasil e regiões, de 2000 a 2011.



Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

DISCUSSÃO

A taxa de mortalidade na infância no Brasil em 2011 foi de 17,7/1.000 NV, de forma que persiste, portanto, a tendência de queda anterior. É importante destacar que, mantendo esse ritmo de queda, o Brasil deve alcançar o ODM 4 Meta A.

No período analisado, o componente doença diarreica aguda foi o que apresentou a maior redução. No entanto, sua importância é ainda considerável, visto que os níveis das taxas são elevados e inclusive maiores do que as taxas de vários países do mundo, corroborando a evitabilidade da maioria desses óbitos.

O componente da mortalidade por infecção respiratória aguda ainda se mostra alarmante. Apesar da cobertura aumentada do PSF nas regiões Norte e Nordeste, é justamente em tais regiões que a mortalidade por infecções respiratórias aumentou ou permaneceu igual no período compreendido na análise. Nas demais regiões, houve apenas um decréscimo discreto, demonstrando que os esforços da atenção básica não apresentaram um impacto expressivo nesta variável.

A tendência nacional, demonstrada pelos dados apresentados, é de queda global da mortalidade na infância no período analisado. Em 2000, a classificação nacional da taxa de mortalidade na infância era média (30,1/1000 NV), enquanto em 2011, baixa (17,7/1000 NV).

Macinko, Guanais e Souza (2007), conduziram um estudo que avaliou o impacto do PSF na taxa de mortalidade infantil das unidades federativas brasileiras. Os resultados mostraram que a expansão do PSF, juntamente com outras melhorias em condições socioeconômicas, está associada a reduções na mortalidade infantil.

Peixoto e Rocha (2008) avaliaram o impacto que a política de atenção básica exerceu sobre diferentes indicadores de saúde, utilizando uma amostra de municípios da região Sudeste no período de 1999 a 2003. Considerando a cobertura populacional do PSF e do PACS, conclui-se que a política de atenção básica reduz de forma significativa a mortalidade infantil e a subnotificação de óbitos.

Uma pesquisa desenvolvida por Zanini et al (2009), mostrou a evolução das taxas de mortalidade infantil nas microrregiões do estado do Rio Grande do Sul no período de 1994 a 2004. A pesquisa

constatou que o acréscimo de 10% na cobertura do PSF está associado à redução de 1% nas taxas de mortalidade infantil.

A cobertura populacional realizada pela atenção básica foi maior nas regiões com as maiores taxas de mortalidade na infância, as regiões Norte e Nordeste, as quais demonstraram maiores decréscimo de tal taxa. Isso demonstra os esforços nacionais realizados em prol da melhoria das condições sociais e de saúde. Assim, o impacto foi maior em tais regiões.

Rocha (2008), em outro estudo similar realizado, descreveu que realmente o impacto do PSF foi maior nas regiões Norte e Nordeste, enquanto nas regiões Sul e Sudeste o programa pareceu não surtir efeitos sobre a mortalidade infantil, resultados semelhantes aos encontrados nesta pesquisa.

Cadwell (1986) descreveu que, em Sri Lanka, Kerala e Costa Rica, houve reduções drásticas na taxa de mortalidade infantil após a instalação de unidades de atenção básica em áreas rurais, devido principalmente à expansão dos cuidados com a gestação, com o parto e com os recém-nascidos.

O percentual de cobertura de consultas pré-natal é uma variável importante que deve ser lembrada na análise por influenciar principalmente a mortalidade neonatal precoce (0-7 dias de vida). Estudos demonstram que, apesar da tendência à queda global da TMI, a mortalidade neonatal precoce ainda apresenta níveis elevados, o que reflete diretamente a dificuldade de acesso adequado às consultas de pré-natal, assistência ao parto e pós-parto. Entretanto, no Brasil, o acesso ao atendimento pré-natal apresenta bons indicadores, atingindo níveis acima de 95% em algumas regiões.

CONCLUSÃO

A mortalidade em menores de cinco anos de idade no Brasil, no período de 2000 a 2011, vem em queda constante, com destaque para a região Nordeste. Dentre as causas destacadas, mortalidade na infância por doenças diarreicas sofreu maior redução do que mortalidade na infância por infecção respiratória aguda. A cobertura da atenção básica no período analisado mostra aumento à nível nacional e regional, com destaque também para a região Nordeste, que em 2011 atingiu 72,5% de cobertura.

Os desafios para o enfrentamento dos condicionantes da mortalidade na infância exigem um grau de comprometimento e de desempenho cada vez maior por parte do gestor público, nas três esferas do poder, para alcançar maior qualidade e eficiência nos serviços de saúde na assistência gestacional, neonatal e pediátrica na rede do SUS.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, com o objetivo de reverter essa situação e melhorar a qualidade de vida das crianças brasileiras, vem liderando um conjunto de ações de promoção,

proteção e recuperação da saúde, identificando nas diferentes regiões os principais riscos e necessidades de saúde. Destaca-se a implantação e ampliação da cobertura do PSF em todo o território nacional, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de saúde para crianças brasileiras por intermédio do desenvolvimento de ações que reduzam a mortalidade deste grupo populacional.

REFERÊNCIAS

1. Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública. 2000 Junho; 34(3):316-319.
2. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. - 2. ed. - Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il.
3. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento Análise de Situação em Saúde. 2012; 1 ed., 1. reimp., p. 163-182
4. Rocha RCB, Soares RR. Impacto do Programa de Saúde a Nível Familiar e Comunitário: Evidências do Programa Saúde da Família. ANPEC. 2008.
5. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impacto do Programa de Saúde da Família na redução da mortalidade infantil em municípios brasileiros. American Journal of Public Health, 98 (12), Dez 2008.
6. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Ipea : MP, SPI, 2014.
7. Perfil dos Municípios Brasileiros. IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 28/03/2015
8. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002, Journal of Epidemiology and Community Health, 2006;60:13-19.
9. Rasella D, Aquino R, Santos CAT, Paes-Sousa R, Barreto M.L. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: A nationwide analysis of Brazilian municipalities. The Lancet, 2013; 382, issue 9886:57-64.
10. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acessado em 25/mar/2015.
11. Diretório de Atenção Básica (DAB). Disponível em: dab.saude.gov.br/. Acessado em 29/mar/2015.