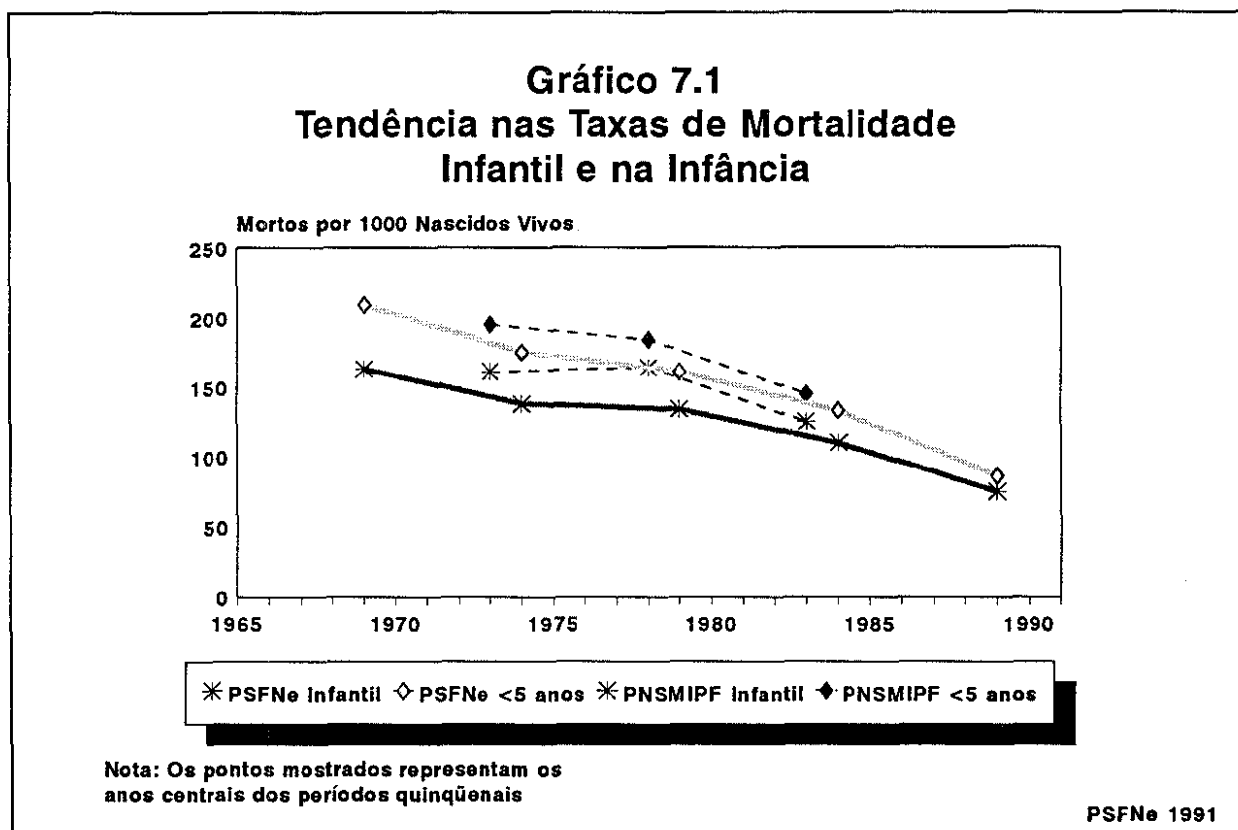


VII. MORTALIDADE INFANTIL E NA INFÂNCIA

As estimativas da mortalidade foram realizadas utilizando-se a história completa de nascimentos. As taxas de mortalidade, estimadas como probabilidade de morte, foram calculadas através de um programa de tábua de mortalidade baseado no tempo de exposição entre o nascimento e a idade na época da entrevista.¹

Nas últimas duas décadas, observa-se, na Região Nordeste, um declínio na mortalidade infantil de aproximadamente 54% (ver Gráfico 7.1). No quinquênio de 1967-71, de cada mil crianças que nasciam, 163 morriam antes de completar o primeiro ano de vida. Para o período de 1987-91, esta proporção passou a ser de 75 crianças por 1000.



Para as crianças que sobreviveram ao primeiro ano de vida, ou seja, para aquelas na faixa etária de 1-4 anos, os ganhos foram mais acentuados. Houve uma queda de quase 80% nas taxas de mortalidade para este grupo da população, passando de 55 por 1000 no quinquênio 1967-71 para 12 por 1000 em 1987-91.

No conjunto, os dados da pesquisa indicam uma queda de 60% nas taxas de mortalidade para crianças menores de 5 anos de idade. Em 1967-71, de cada 5 crianças, mais de uma morria antes de completar 5 anos de idade, ao passo que, para o período de 1987-91, somente uma criança de cada 12 morria antes dos 5 anos.

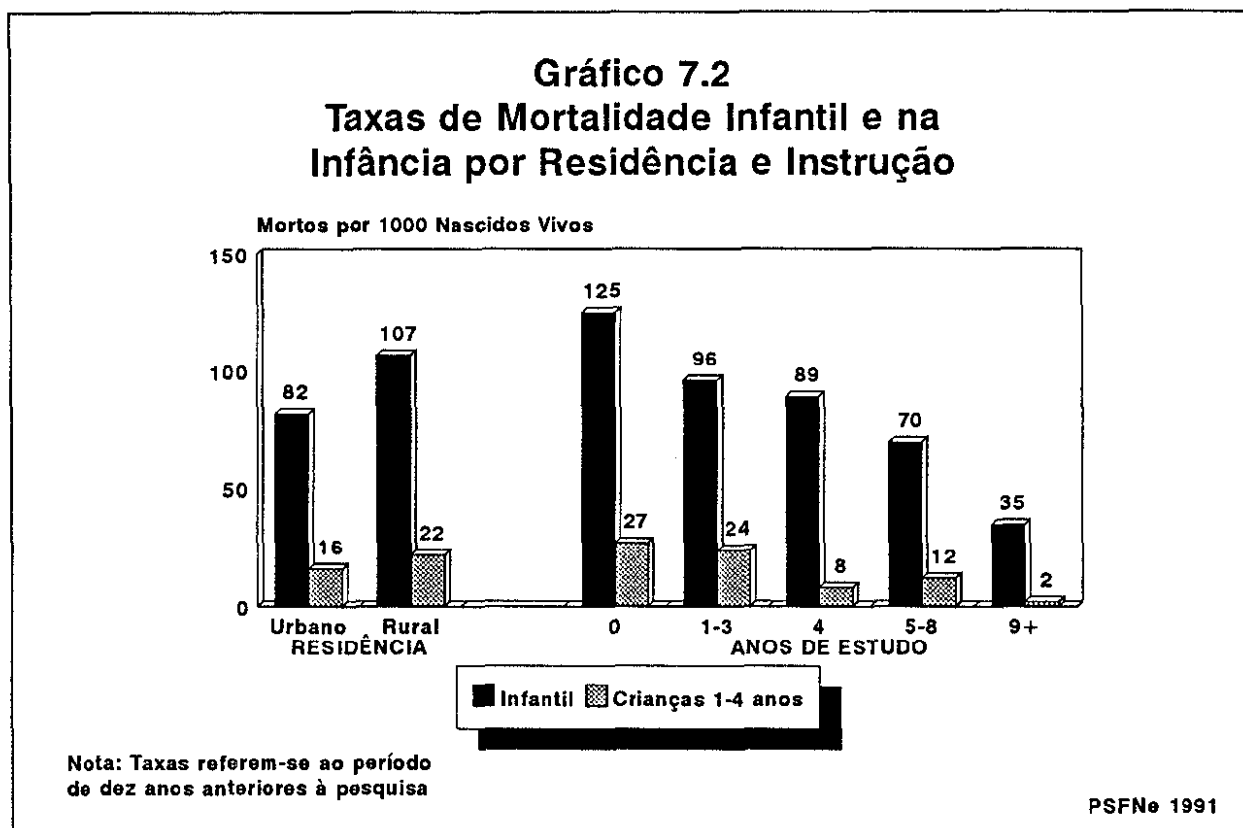
¹ O programa é uma adaptação do usado pela World Fertility Survey. Para maiores detalhes ver Rutstein, S.O. 1984. *Infant and Child Mortality Levels, Trends and Differentials*. Revised edition. WFS Comparative Studies No.43. Voorburg, Netherlands: International Statistical Institute.

Apesar da redução verificada ao longo dos últimos anos, a mortalidade para crianças com menos 5 de anos de idade, especialmente em menores de 1 ano, apresenta níveis bastante altos na Região Nordeste.

Comparando com alguns países da América Latina, observa-se que a taxa de mortalidade infantil na Região Nordeste (75 por 1000) é inferior à da Bolívia (96 por 1000), e a do Brasil como um todo, em 1986 (86 por 1000), similar à da Guatemala (79 por 1000) e Peru (76 por 1000); e mais alta quando comparada com o Equador (59 por 1000), México (56 por 1000), Paraguai (33 por 1000) e Colômbia (17 por 1000).²

É consenso que fatores sócio-econômicos exercem uma influência marcante nos níveis da mortalidade, especialmente para a população abaixo de 5 anos de idade.

A mortalidade nesta faixa etária é influenciada pelo local de residência e grau de instrução da mãe (ver Gráfico 7.2). No Nordeste, para os últimos dez anos, observa-se uma mortalidade infantil 23% mais alta nas áreas rurais, quando comparada à das áreas urbanas (107 e 82 por 1000, respectivamente).



O grau de instrução da mãe constitui-se num bom indicador do nível sócio-econômico da família, permitindo avaliar os diferenciais da mortalidade em distintas classes sociais. Também a instrução da mãe tem uma influência na sobrevivência da criança, no que se refere a um melhor cuidado na parte da higiene e alimentação e a uma percepção mais efetiva para recorrer aos serviços de saúde em geral, quando necessário. Observa-se que a instrução, expressa aqui como a variável "anos de estudo," tem uma influência significativa na mortalidade - quanto maior o número de anos de estudo, mais baixa a mortalidade. Assim,

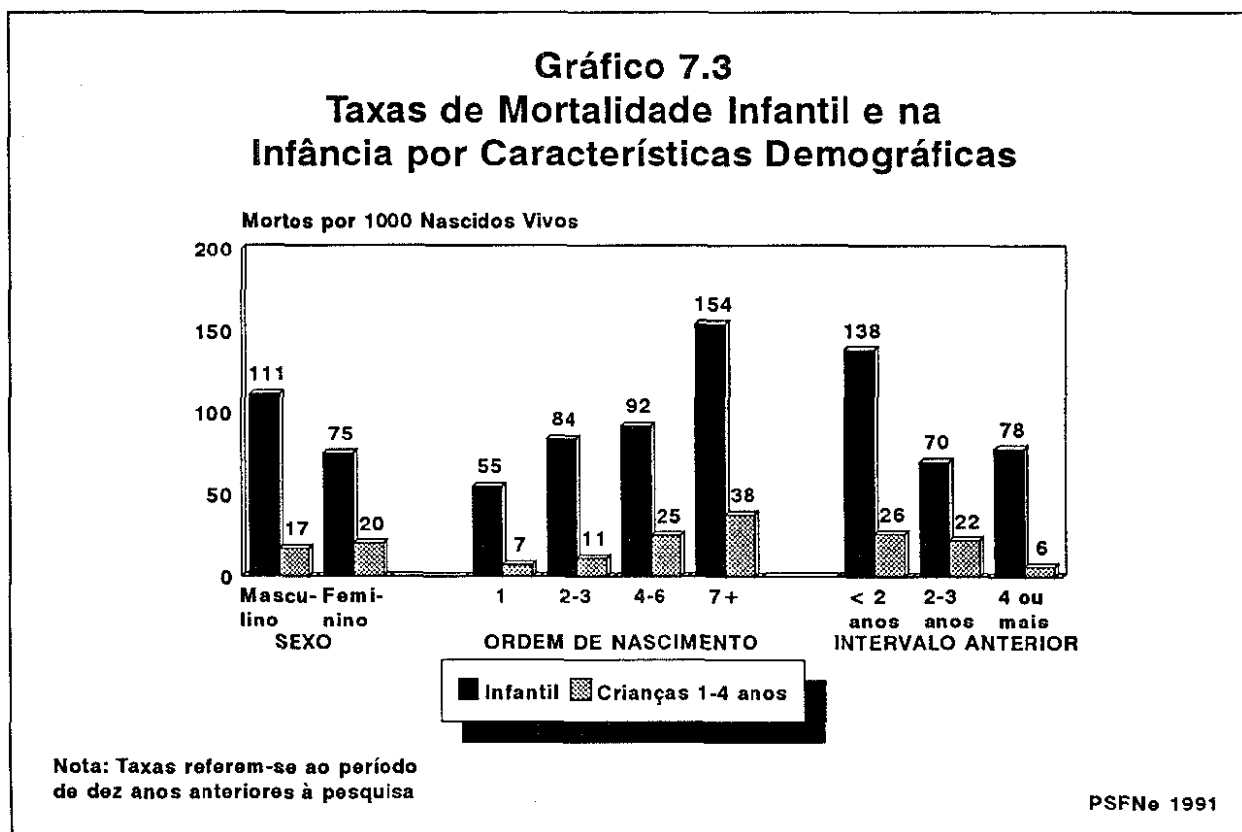
² As taxas de mortalidade infantil dos diversos países foram estimadas através dos dados coletados pelas Pesquisas Demográficas e de Saúde (DHS).

na Região Nordeste, crianças menores de 5 anos de idade filhas de mulheres sem instrução formal estão expostas a uma mortalidade quatro vezes maior que crianças cujas mães têm 9 ou mais anos de estudo. Esta diferença persiste para crianças com menos de 1 ano de idade e é ainda maior entre aquelas na faixa etária de 1-4 anos.

Com referência ao estado da região, observa-se uma grande variação na mortalidade em crianças menores de 5 anos de idade. Alagoas e Ceará apresentam os maiores índices de mortalidade infantil do Nordeste (130 e 113 por 1000, respectivamente), cifras que equivalem a quase duas vezes mais que as estimativas para o Piauí e Sergipe, estados que apresentam as menores taxas de mortalidade infantil da região (57 e 67 por 1000, respectivamente).

A mortalidade infantil é também influenciada pelos cuidados médicos no pré-natal e parto. A probabilidade de uma criança morrer antes do primeiro ano de vida é menor para aquelas crianças cujas mães receberam atenção médica durante o pré-natal e o parto, quando comparada a crianças cujas mães não receberam nenhuma ou somente um destes tipos de serviço.

Como pode ser visto no Gráfico 7.3, às crianças do sexo masculino correspondem as maiores taxas de mortalidade infantil, quando comparadas com as do sexo feminino.



Em relação à idade da mãe, observa-se na Região Nordeste que o risco de morte cresce com o aumento da idade materna na época do nascimento. Crianças cujas mães tinham entre 40-49 anos de idade têm 30% mais chances de morrerem antes do primeiro ano de vida que aquelas cujas mães tinham até 29 anos na época do nascimento.

Os níveis de mortalidade são mais altos em crianças cujas mães já tiveram muitos filhos. No Nordeste, as taxas de mortalidade para crianças até 5 anos de idade é menor para os primeiros filhos, aumentando com a ordem de nascimento. A taxa de mortalidade infantil para o primogênito (55 por 1000) é 2,8 vezes menor que para o sétimo filho ou nascimentos posteriores (154 por 1000). Este fato é ainda mais marcante para crianças entre 1-4 anos, nas quais os nascimentos de ordem 7 ou maior tem uma probabilidade de morrer de 5,4 vezes maior que o primeiro filho.

Os efeitos do intervalo entre os nascimentos influenciam de modo significativo as taxas de mortalidade para o grupo etário 0-4 anos. O risco de morrer até os 5 anos de idade de uma criança posterior a um intervalo menor de 2 anos é quase duas vezes maior que quando o intervalo de nascimento é de 2 anos ou mais. Observa-se que, entre menores de um ano de idade, existe um menor risco de morte entre crianças posteriores a um intervalo de 2-3 anos, comparados com aquelas posteriores a um intervalo maior, ou seja, 4 ou mais anos. Entre as crianças de 1-4 anos de idade, verifica-se uma relação indireta entre o intervalo de nascimento e a mortalidade. As taxas de mortalidade para este grupo etário são 3,5 vezes maior para crianças posteriores a um intervalo de menos de 2 anos, comparadas com aquelas posteriores a um intervalo de 4 ou mais anos. Finalmente, as probabilidades de sobrevivência mostram-se maiores para crianças cujas mães reportaram que seus filhos nasceram com tamanho médio ou grande, em comparação com crianças que nasceram pequenas.

Entre as crianças com elevado risco de mortalidade, incluem-se aquelas cujas mães são muito jovens ou muito idosas na época do nascimento, com alta paridade e curtos intervalos intergestacionais.

Na Região Nordeste, 63% das crianças nascidas nos últimos 5 anos estão em pelo menos alguma categoria de alto risco de mortalidade. Doze por cento das crianças apresentam um intervalo de nascimento inferior a 24 meses, em relação ao nascimento anterior e 16% são crianças cuja ordem de nascimento é 3 ou maior. Aproximadamente 28% dessas crianças estão em mais de uma categoria de alto risco de mortalidade - mais da metade desses nascimentos ocorreram com um intervalo menor que 24 meses e são nascimentos de ordem superior a três.

Uma proporção de dois em cada cinco mulheres unidas são mães potenciais de crianças pertencentes a pelo menos uma categoria de alto risco de mortalidade, e 24% estão em risco de ter uma criança em várias categorias de risco. As mulheres apresentam um maior potencial de ter um filho com elevado risco de mortalidade pela combinação de uma idade mais elevada na época do nascimento com uma alta paridade.