

MORTALIDADE INFANTIL: AINDA UMA PRIORIDADE GLOBAL

CHILDHOOD MORTALITY: STILL A GLOBAL PRIORITY

Hani K. Atrash MD, MPH*

Milhões de crianças morrem a cada ano no mundo. A maioria dessas mortes ocorre em países em desenvolvimento e pode ser evitada utilizando intervenções simples, acessíveis e eficazes atualmente recomendados. Um progresso significativo foi feito na prevenção de mortes de crianças desde a adoção dos *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio em 2000*¹. No entanto, os esforços devem continuar e ser intensificados para alcançar o objetivo do milênio (Reduzir a mortalidade infantil) e, com as mudanças nas principais causas de mortalidade infantil, novas estratégias precisam ser desenvolvidas e adotadas para alcançar novos progressos.

Epidemiologia: devido à vulnerabilidade biológica e social de crianças menores de cinco anos de idade e porque as taxas de mortalidade infantil diminuem drasticamente após os cinco anos, a "Morte Infantil" é normalmente definida entre a comunidade de saúde pública global, como a morte de pessoas menores de cinco anos de idade². As taxas de morte infantil abaixo dos cinco anos (MIA5) também são comumente usadas como indicadores para avaliar a saúde de uma população geral. A maioria das MIA5 ocorre em países em desenvolvimento. Por exemplo, as crianças na África subsaariana têm cerca de 15 vezes mais probabilidade de morrer antes dos cinco anos do que crianças em regiões desenvolvidas^{3,4}.

Estima-se que 6,6 milhões de crianças menores de cinco anos morreram em 2012^{3,4}. Mais da metade dessas mortes de crianças precoces são devido a condições que poderiam ser evitadas ou tratadas com acesso a intervenções simples e acessíveis. As principais causas de morte em menores de cinco anos são a pneumonia, complicações do parto pré-termo, diarreia, asfixia ao nascer e malária. Cerca de um terço de todas as mortes infantis estão ligadas à desnutrição⁴⁻⁶.

Uma análise dos estimados 8,8 milhões nas taxas de morte infantil abaixo dos 5 anos (MIA5) mundial concluiu que 68% foram causadas por doenças infecciosas (18% causadas por pneumonia,

diarreia 15% , e malária 8%)⁵. A desnutrição é o fator que contribui subjacente em mais de um terço de todas as mortes de crianças, tornando as crianças mais vulneráveis a doenças graves⁶. Em 2010, cerca de 20 milhões de crianças em todo o mundo foram estimados a sofrer de desnutrição aguda severa, deixando-as mais vulneráveis à doenças graves e morte precoce. A maioria destas crianças pode ser tratada com sucesso em casa com alimentos terapêuticos prontos para uso (ATPU).

Globalmente, em 2010, um número estimado de 171 milhões de crianças com menos de cinco anos de idade ficaram raquíticas e 104 milhões estavam abaixo do peso. As crianças desnutridas, particularmente aquelas com desnutrição aguda severa, têm um maior risco de morte por doença frequente na infância, como diarreia, pneumonia e malária. Globalmente, cerca de uma em cada seis crianças com menos de cinco anos de idade estão abaixo do peso, uma em cada quatro são raquíticas. Fatores relacionados com a nutrição contribuem para cerca de 45% das mortes em crianças menores de cinco anos de idade^{7,8}.

Mais da metade das taxas de morte infantil abaixo dos 5 anos (MIA5) são devido a doenças que são evitáveis e tratáveis através de intervenções simples e acessíveis. O reforço dos sistemas de saúde para fornecer tais intervenções para todas as crianças vão salvar muitas vidas jovens. Por exemplo, as doenças evitáveis por vacinação são responsáveis por 14% das MIA5 e vacinas contra a tuberculose, sarampo, poliomielite, difteria, tétano, coqueluche, pneumonia por *Haemophilus influenzae* tipo B e *Streptococcus pneumoniae* e diarreia por rotavírus, estão disponíveis e podem proteger as crianças da doença e da morte⁸.

A prevenção e o tratamento de outras doenças que causam morte também estão disponíveis. A diarreia pode ser prevenida através da garantia de água potável, saneamento e higiene. Abordagens simples para o tratamento de diarreia incluem a terapia de reidratação oral, maior quantidade de líquidos, o solução caseira de açúcar/sal/água, sais

* Director, Division of Healthy Start and Perinatal Services. Maternal and Child Health Bureau. Health Resources and Services Administration

Corresponding author: hatrash@hrsa.gov

Suggested citation: Atrash HK. Childhood mortality: still a global priority. *Journal of Human Growth and Development*. 2013; 23(3): 257-260.

Manuscript submitted Aug 01 2013, accepted for publication Sep 19 2013.

de reidratação oral, alimentação contínua (amamentação) e uso seletivo de antibióticos. Da mesma forma, a prevenção da pneumonia pode ser alcançada através da vacinação (sarampo, coqueluche), aleitamento materno exclusivo / alimentação complementar adequada, vitamina A, suplementação de zinco, redução da poluição do ar e higienização das mãos.

O tratamento inclui pronto gerenciamento de casos e administração de antibióticos. Por fim, a prevenção da malária pode ser realizada por meio do controle do mosquito, pulverização residual de interiores, medidas ambientais (por exemplo, redução de água parada) e mosquiteiros tratados com inseticida. A malária pode ser tratada através da administração imediata de drogas antimaláricas^{6,8}.

A resposta global: Em setembro de 2000, os líderes mundiais se reuniram na sede das Nações Unidas em Nova York para adotar a Declaração do Milênio das Nações Unidas e definiu os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) a serem alcançados até 2015. Os Objetivos variam de cortar pela metade a pobreza extrema para deter a propagação do HIV/AIDS a fornecer educação primária universal¹.

Um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio se concentra na mortalidade infantil. *ODM quatro* aponta para "Reduzir a mortalidade infantil" e estabelece uma meta de "reduzir em dois terços a mortalidade infantil de crianças com menos de cinco anos, entre 1990 e 2015". Ligada a esta meta e contribuindo indiretamente para a redução MIA5, está o *ODM cinco*, que se concentra em "Melhorar a saúde materna" e estabelece dois objetivos até 2015: "Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna" e "Alcançar, até 2015, o acesso universal à saúde reprodutiva"¹.

Os *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio* aumentaram a conscientização, identificaram a mortalidade infantil como uma das oito prioridades de ação global e chamaram os líderes mundiais a agir para atingi-los. Em resposta, as organizações globais e muitos países estabeleceram metas e desenvolveram estratégias específicas para reduzir a mortalidade infantil e monitorar o progresso. Desde então, grandes ganhos foram obtidos na sobrevivência das crianças^{7,8}. Entre os anos de 2000 e 2011, vacinas contra o sarampo evitaram mais de 10 milhões de mortes. As taxas de vacinação contra o sarampo têm aumentado na maioria das regiões, particularmente na África Subsaariana e no Sul da Ásia. A cobertura global da primeira dose da vacina contra o sarampo aumentou de 72 por cento para 84 por cento. Estima-se que 10,7 milhões de mortes foram evitadas de 2000 a 2011 devido à imunização contra o sarampo⁷.

O Relatório de Mortalidade Infantil do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) de 2013 indica que o número de mortes de crianças menores de cinco anos em todo o mundo diminuiu de 12,4 milhões em 1990 para 6,6 em 2012. A taxa MIA5

caiu 47% durante o mesmo período de 90 para 48 mortes por 1.000 nascimentos^{2,3}. A taxa MIA5 caiu em todas as regiões do mundo. Em geral, a taxa MIA5 diminuiu 2,9%, a taxa de redução anual foi maior em regiões desenvolvidas (3,8%) do que em regiões em desenvolvimento (2,9%). A taxa de redução foi maior na Ásia Oriental (6,1%) e mais baixa na Oceania (1,4%) e na África Subsaariana (2,7%). Leste da Ásia e norte da África já ultrapassaram o ODM quatro, com uma redução de 74% e 69%, respectivamente. Reduções na América Latina e no Caribe (65%) e Ásia Ocidental (62%) indicam que estas regiões estão em seu caminho para alcançar o ODM quatro. No entanto, a África Subsaariana e a Oceania ficaram para trás e testemunharam reduções de apenas 45% e 26%, respectivamente³.

Em nível nacional, a maioria dos países têm visto uma redução significativa na mortalidade infantil entre 1990 e 2012. Dos 61 países com alta mortalidade, com pelo menos 40 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2012, 25 reduziram sua taxa MIA5 pelo menos pela metade, entre 1990 e 2012. Sete destes países já alcançaram o ODM quatro e reduziram suas taxas de mortalidade para mais de 66% (Bangladesh, Malawi, Nepal, Libéria, Tanzânia, Timor-Leste e Etiópia)³.

Houve também melhorias significativas na saúde materna (ODM cinco). As Nações Unidas estimam que, entre 1990 e 2011, a taxa de mortalidade materna diminuiu em 47% a partir de cerca de 400 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos para uma taxa estimada de 200. Nas regiões em desenvolvimento, a proporção de partos assistidos por pessoal qualificado subiu de 55% para 66%, e a cobertura do pré-natal (pelo menos uma consulta com um médico, enfermeiro ou parteira durante a gravidez) aumentou de 63% para 81%⁷. No entanto, a taxa de mortalidade materna continua a ser muito elevada, cerca de 50 milhões de recém-nascidos em todo o mundo são entregues sem cuidados especializados e uma grande proporção de mulheres não recebem qualquer assistência pré-natal⁷.

Desafios para alcançar o ODM quatro: Apesar das enormes realizações acima resumidas, um progresso mais rápido é necessário para cumprir a meta de 2015, de uma redução de dois terços da mortalidade infantil. Em 2012, mais de 18.000 crianças morreram todos os dias, a maioria por doenças evitáveis³. Hoje, há dois grandes desafios para a comunidade internacional:

A grande disparidade do risco de morte infantil entre os países e o papel emergente da morte neonatal como um dos principais componentes da mortalidade infantil.

Primeiro, em 2012, as taxas de MIA5 variam de 6 por 1.000 nascimentos em países desenvolvidos e 53 em países em desenvolvimento. Das mortes infantis, 49% ocorreram em cinco países: Índia, Nigéria, República Democrática do Congo, Paquistão e China⁸. Em 2012, a maioria dos MIA5 ocorreram

nas regiões e países do mundo mais pobres e nas áreas mais carentes dentro dos países da África Subsaariana e do Sul da Ásia, onde as taxas de MIA5 foram 98 e 58, respectivamente.

Em 2012, essas duas regiões foram responsáveis por 82% dos MIA5 mundial (5,4 de 6,6 milhões). Na África subsaariana, 1 em 9 crianças morrem antes dos cinco anos; no sul da Ásia, 1 em 16. As taxas de mortalidade em alguns países destas regiões são estimadas em cerca de 200 mortes por 1.000 nascimentos, ou seja, um em cada 5 recém-nascidos morre antes de completar 5 anos de idade⁸. Nos países, a mortalidade infantil é maior nas áreas rurais e entre as famílias mais pobres e menos instruídas.

O segundo desafio é o aumento da participação dos óbitos neonatais nas MIA5 (mortes antes da idade de 29 dias). As taxas de mortalidade neonatal estão declinando a uma taxa mais lenta do que as taxas globais MIA5. De 1990 a 2012, a taxa de mortalidade neonatal mundial diminuiu 37%, de 33 para 21 mortes por 1.000 nascidos vivos. Este declínio é muito menos do que o declínio global de 47% na taxa de MIA5. Essa queda mais lenta da taxa de mortalidade neonatal em comparação com a queda na taxa global MIA5 resultou em um aumento da participação dos óbitos neonatais em menores de cinco mortes a partir de 37% em 1990 para 44% em 2012. Esta ação também é maior em áreas com taxas MIA5 baixas e menores em áreas com altas taxas MIA5. Assim, nas regiões desenvolvidas, em 2012, as mortes neonatais como proporção do MIA5 foi de 56%, em comparação com 43% nas regiões em desenvolvimento em geral, mas de 26% na África Subsaariana e 41% na América Latina e no Caribe. (3) Além disso, a variação nas taxas de mortalidade neonatal entre os países é substancial, as taxas de mortalidade neonatal variam de 4 mortes por 1.000 nascidos vivos em países desenvolvidos a taxas superiores a 30 nos países da África Subsaariana. (3) Cerca de dois terços das mortes neonatais ocorrem em apenas 10 países, com a Índia respondendo por mais de um quarto e Nigéria por um décimo do número total de mortes neonatais.

Um componente maior de esforços para reduzir a mortalidade neonatal cai sobre os ombros da comunidade de saúde materna e infantil, com foco renovado em melhorar a saúde materna e cuidados maternos durante a gravidez, trabalho de parto, bem como um foco na saúde neonatal e cuidados neonatais. Muitas das crianças que morrem antes de 28 dias de vida, morrem em casa, na primeira semana de vida e muitos sofrem de doenças e condições que são facilmente evitáveis ou tratáveis com intervenções comprovadas e rentáveis entregues durante o pré, intra e períodos pós-parto.

Globalmente, mais de 80% das mortes neonatais são causadas por complicações da

prematividade e do baixo peso ao nascer, infecções neonatais e asfixia^{5,6,8}. As intervenções para prevenir essas mortes incluem triagem pré-natal e cuidados, o parto feito por parteiras qualificadas, a promoção do aleitamento materno precoce e exclusivo, a higiene da pele e cuidado com o cordão umbilical, mantendo-se os recém-nascidos agasalhados e secos, o reconhecimento da família de sinais de doenças que exigem atenção médica imediata e avaliação precoce de recém-nascidos por profissionais de saúde treinados^{6,9}. A intensificação de soluções de baixo custo para resolver o nascimento prematuro poderia reduzir as mortes em três quartos⁹.

Assim, pergunta-se: o que é necessário para atingir o ODM quatro? Apesar da melhoria significativa na redução MIA5 mundial, atingir a meta do ODM quatro até 2015 exigirá maior foco e um renovado compromisso de atingir as crianças mais vulneráveis. Os esforços atuais devem continuar e novas estratégias devem ser implementadas para se concentrar na prevenção de mortes neonatais que eles começam a representar uma proporção maior de MIA5.

Neste sentido, novos progressos na redução MIA5 e alcançar o ODM quatro também dependerá dos progressos no sentido de alcançar o ODM cinco (melhorar a saúde materna). Os líderes mundiais continuam a apoiar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e adotaram um plano de ação global em 2010 para investir na realização dos ODMs na sequência dos ápices de 2010 sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio intitulado "Mantendo a promessa - unidos para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio".

Em particular, em um grande esforço para acelerar o progresso na saúde das mulheres e das crianças, um número expressivo de Chefes de Estado e de Governo dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, junto com o setor privado, fundações, organizações internacionais, sociedade civil e organizações de pesquisa, prometeram US\$ 40 bilhões em recursos ao longo dos próximos cinco anos¹⁰. Este compromisso pela liderança internacional leva a crer que novos progressos no sentido de alcançar o ODM quatro podem ser alcançados. Com a participação crescente de mortes durante o período neonatal no grupo dos menores de cinco anos em todas as regiões e em quase todos os países, a saúde neonatal terá que ser abordada de forma mais eficaz.

A ação sistemática por parte dos governos e organizações parceiras é necessária para atingir as mulheres e recém-nascidos com atendimento eficaz. O custo-benefício justifica amplamente as intervenções que são muito viáveis, mesmo em nível da comunidade e a maioria está ligada a iniciativas preventivas e curativas para mães e seus conceptos.

REFERENCES:

1. United Nations – Millennium Development Goals. <http://www.un.org/millenniumgoals/bkgd.shtml>. Accessed November 20, 2013 .
2. Wang H, Dwyer-Lindgren L, Lofgren KT, Rajaratnam JK, Marcus JR, Levin-Rector A, Levitz C, Lopez AD, Murray CJL. Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2012 Dec 13; 380: 2071–2094.
3. UNICEF. Levels and trends in child mortality report, 2013 – estimates developed by the UN Interagency Group for Child Mortality Estimation. http://www.childinfo.org/files/Child_Mortality_Report_2013.pdf. Accessed November 20, 2013.
4. UNICEF. 2013 Statistical snapshot. Child mortality. http://www.childinfo.org/files/Child_Mortality_Stat_Snapshot_e-version_Sep_17.pdf. Accessed November 20, 2013.
5. Black RE, Cousens S, Johnson HL, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *Lancet*. 2010 Jun 5; 375(9730):1969-87. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60549-1. Epub 2010 May 11.
6. Denno DM. Global Child Health. *Pediatr Rev*. 32:e25-e38, 2011.
7. United nations - The Millennium Development Goals Report, 2013. <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/report-2013/mdg-report-2013-english.pdf>. Accessed November 20, 2013.
8. World Health Organization – Children: reducing mortality. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/>. Accessed November 20, 2013.
9. March of Dimes, et al., Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth, edited by Christopher P. Howson, Mary V. Kinney and Joy E. Lawn, World Health Organization, Geneva, 2012.
10. United Nations. Keeping the promise – United to achieve the millennium development goals. http://www.un.org/en/mdg/summit2010/pdf/ZeroDraftOutcomeDocument_31May2010rev2.pdf. Accessed November 20, 2013