

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL

1. Conceituação

Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- ▬ Estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida.
- ▬ As taxas de mortalidade infantil são geralmente classificadas em *altas* (50 por mil ou mais), *médias* (20-49) e *baixas* (menos de 20)¹.
- ▬ Esses parâmetros devem ser periodicamente ajustados às mudanças verificadas no perfil epidemiológico. Atualmente, vários países apresentam valores abaixo de 10 por mil.
- ▬ Quando a taxa de mortalidade infantil é alta, o componente pós-neonatal é predominante. Quando a taxa é baixa, o seu principal componente é a mortalidade neonatal, com predomínio da mortalidade neonatal precoce.
- ▬ Altas taxas de mortalidade infantil refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico. As taxas reduzidas também podem encobrir más condições de vida em segmentos sociais específicos.

3. Usos

- ▬ Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade infantil, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais.
- ▬ Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população.
- ▬ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.

4. Limitações

- ▬ O cálculo direto da taxa, a partir de dados obtidos de sistemas de registro contínuo, pode exigir correções da subenumeração de óbitos infantis e de nascidos vivos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.
- ▬ As estimativas demográficas da mortalidade infantil estão sujeitas a imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, que se fundamentam em pressupostos de difícil verificação em condições reais. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações. As estimativas estão calcadas em tendências históricas, podendo não refletir o padrão demográfico atual.

¹ PEREIRA, M.G. Mortalidade. In: **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p.126.

5. Fonte

IBGE: Estimativas baseadas no Censo Demográfico, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) e em estudos especiais².

Ministério da Saúde/Cenepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

6. Método de cálculo

Direto:

$$\frac{\text{número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade}}{\text{número total de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

Alternativo: estimativa por técnicas demográficas especiais.

7. Categorias sugeridas para análise

- ✎ Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
- ✎ Componentes da mortalidade infantil: mortalidade neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardia (7-27 dias de vida) e pós-neonatal (28 dias e mais de vida).

8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de mortalidade infantil (por mil).
Brasil e grandes regiões – 1991, 1996 e 1998.

Região	1991 ^(a)	1996 ^(a)	1998
Brasil	45,2	37,5	33,1
Norte	42,3	36,1	34,6 ^(a)
Nordeste	71,2	60,4	53,5 ^(a)
Sudeste	31,6	25,8	22,1 ^(b)
Sul	25,9	22,8	18,7
Centro-Oeste	29,7	25,8	25,5 ^(c)

(a) Taxa estimada. (b) Inclui estimativa para MG. (c) Inclui estimativa para MT, GO e DF.

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: SIM e Sinasc; e IBGE: estimativas demográficas.

Há consistente tendência de redução da mortalidade infantil em todas as regiões brasileiras, que reflete a melhoria nas condições de vida, o declínio da fecundidade e o efeito de intervenções públicas nas áreas de saúde, saneamento e educação, entre outros aspectos. Ainda assim, os valores médios continuam elevados, sobretudo nas regiões Nordeste e Norte. Para 1998, as taxas calculadas para os estados brasileiros (dados não constantes da tabela) mostram variações entre 17,3 por mil (Rio Grande do Sul) e 68,2 por mil (Alagoas).

² SIMÕES, C. **Estimativas da mortalidade infantil por microrregiões e municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.