

# A importância das políticas públicas para a primeira infância enquanto estratégia voltada à redução da mortalidade infantil no estado do Piauí

The importance of public policies for early childhood as a strategy to reduce infant mortality in the state of Piauí

Geysa Elane Rodrigues de Carvalho Sá\*  

Edna Maria Goulart Joazeiro\*\*  

**Resumo:** Este artigo aborda a implementação de políticas públicas voltadas para a primeira infância na área da saúde, com foco na redução das taxas de mortalidade infantil. Discute o conceito de desenvolvimento sustentável como multidimensional, alinhado às Agendas 2021 e 2030, destacando políticas para crianças de zero a seis anos. A análise histórica das políticas de saúde infantil no Brasil revela avanços após a criação do SUS. Contudo, destaca-se que metas como a 3.2 dos ODS – que visam eliminar óbitos evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos até 2030 – ainda estão longe de ser alcançadas, especialmente no Piauí, considerando-se o recorte de mortalidade infantil até um ano de vida. O estudo reforça a necessidade de identificar ações que contribuam para a melhoria desses indicadores, promovendo impactos positivos na qualidade de vida das famílias e na sociedade.

**Abstract:** This article examines the implementation of public policies aimed at early childhood health, focusing on the reduction of infant mortality rates. It discusses the concept of sustainable development as multidimensional, aligned with the 2021 and 2030 Agendas, highlighting policies targeting children from zero to six years of age. The historical analysis of child health policies in Brazil reveals progress following the establishment of the Unified Health System (SUS). However, it is important to note that targets such as SDG 3.2 — which aim to eliminate preventable deaths of newborns and children under the age of five by 2030 — remain far from being achieved, particularly in the state of Piauí, when considering infant mortality under one year of age. The study reinforces the need to identify actions that can improve these indicators, generating positive impacts on the well-being of families and society as a whole.

**Palavras-chaves:** Primeira infância; Políticas públicas de saúde; Mortalidade infantil; Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS).

**Keywords:** Early childhood; Public health policies; Infant mortality; Sustainable Development Goals (SDGs).

\* Universidade Federal do Piauí. E-mail: geysaelane@hotmail.com

\*\* Universidade Federal do Piauí. E-mail: emjoazeiro@gmail.com

## Introdução

Este artigo discorre sobre uma temática que integra a tese de doutorado intitulada "Promoção da Saúde e Vacinação: Concepção, Temporalidade, Intersetorialidade e Produção do Cuidado na Infância". Dessa maneira, aborda a relação que se estabelece entre a implementação de políticas voltadas à primeira infância e os índices de mortalidade, que são altos especialmente no contexto piauiense. Nesse cenário, compreende-se que a primeira infância, período que contempla a faixa dos 0 aos 6 anos de idade, desempenha um papel crucial no desenvolvimento humano, e, portanto, ao se investir nessa fase, corrobora-se com a redução de desigualdades socioeconômicas na idade adulta.

Considerando-se esse panorama, no item 1, introduz-se o conceito multidimensional do desenvolvimento, partindo-se de uma abordagem abrangente. Dessa forma, parte-se de uma perspectiva que supera a apresentação somente do conceito de crescimento econômico, trazendo à tona, portanto, a discussão sobre a ação global da Organização das Nações Unidas (ONU), que defende a importância de se promover um mundo sustentável, cujos objetivos a serem alcançados, sobretudo no que concerne à redução da mortalidade infantil, foram desenvolvidos ao longo do século XX, tornando-se, assim, uma prioridade sanitária dos países que assumem uma agenda internacional voltada à redução desses números.

Posteriormente, no item 2, embora não se queira esgotar o debate sobre as ações implementadas, principalmente no que tange à explanação das principais transformações históricas relacionadas à saúde da criança, apresentar-se-á uma breve contextualização, identificando, nesse percurso, quais são as principais mudanças viabilizadas pelas políticas públicas de saúde da criança em âmbito nacional, considerando-se, como recorte, as conquistas a partir do século XX, destacando, ao abordar sobre esse processo, a manutenção de índices de morbimortalidade infantil, o que a torna um componente basilar assumido pela assistência à saúde.

Na sequência, no item 3, apresentam-se os conceitos e as estatísticas relacionadas à mortalidade infantil, enquadrando-a como um grave problema de saúde pública que tem sido enfrentado pelo país ao longo dos séculos, destacando quais as taxas de mortalidade do Estado do Piauí, bem como identificando quais são os possíveis efeitos atrelados à redução ao longo dos anos. Ao realizar essa análise, destaca-se o debate sobre a Meta 3.2, que integra os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), pois ela revela qual é a metodologia adotada pelo Brasil com vistas a atender a Agenda 2030 da ONU.

Mesmo com a progressiva redução desses números, é preciso que se verifique, continuamente, quais são as melhores estratégias para se combater as constantes lacunas e

desafios que se apresentam, dentre eles, a própria pandemia da Covid-19 e a necessidade de promover ações integradas e intersetoriais que garantam a perenidade do investimento voltado à primeira infância, reforçando, ainda, sobre a necessidade de explorar políticas públicas que efetivamente almejem o alcance das metas propostas pela agenda mundial, para, assim, assegurar o nascimento seguro e saudável para essa população específica que integra a primeira infância.

Diante das delimitações apresentadas, metodologicamente, este trabalho assume uma natureza essencialmente teórica, adotando-se uma abordagem qualiquantitativa para a elucidação dos dados ao longo das seções. Enquadra-se dessa maneira por mesclar, na discussão, aspectos inerentes à pesquisa qualitativa, como a interpretação de fenômenos e a atribuição de significados, e à pesquisa quantitativa, que se utiliza de recursos estatísticos para análises (Prodanov; Freitas, 2013). Por tais motivos, o estudo contempla aspectos tanto bibliográficos quanto documentais.

Dada a natureza qualitativa da pesquisa, adotou-se, em uma primeira etapa, a análise documental e bibliográfica, contemplando legislações, políticas públicas, documentos institucionais e literatura acadêmica pertinente. Tal abordagem buscou contextualizar historicamente a evolução das políticas de saúde voltadas à infância no Brasil. A análise interpretativa teve como objetivo compreender os impactos dessas políticas sobre os índices de mortalidade infantil, além de identificar os principais desafios enfrentados na sua implementação, com ênfase nas particularidades do estado do Piauí.

Complementarmente, com base no viés quantitativo da pesquisa, foram utilizados dados secundários provenientes de bases públicas oficiais, especialmente do *DataSUS*, *TabNet* e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Esses dados possibilitam a compreensão dos indicadores de saúde, com ênfase nas taxas de mortalidade infantil no estado do Piauí. A partir dessas informações, foram elaborados gráficos e figuras ilustrativas que subsidiaram análises comparativas, permitindo observar tendências, reduções e oscilações ao longo dos anos, bem como confrontar os dados estaduais com as metas estabelecidas pela Agenda 2030 da ONU (ODS 3.2), em especial o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3.2.

## 1 - Desenvolvimento sustentável: fundamentos e contexto atual

O desenvolvimento sustentável é um conceito multidimensional que não está atrelado apenas ao crescimento econômico. Esse conceito reconhece a interdependência entre aspectos sociais, ambientais e econômicos e, a partir disso, busca promover um equilíbrio entre eles, reconhecendo, nesse processo, a necessidade de atender às demandas presentes sem

comprometer as capacidades das futuras gerações de suprirem suas próprias necessidades. Por tais motivos, a discussão sobre o conceito de desenvolvimento é retomada por inúmeros autores, tais como por Koldo Satrústegui (2013).

Em sua análise, Satrústegui (2013) demonstra a quão necessária se faz a discussão teórica sobre os elementos que influenciaram e influenciam os processos de desenvolvimento, de crises, assim como no mau-desenvolvimento, fenômenos característicos do capitalismo global ao longo dos séculos. A partir disso, defende que é preciso propor alternativas para o enfrentamento efetivo de crises econômicas, envolvendo estratégias de análise de sustentabilidade, de direitos humanos e equidade, superando a proposta basilar da economia que trata especificamente do crescimento econômico como solução teórica para os óbices proporcionados pelo mercado global.

Contudo, essa discussão alternativa não é inaugurada no século XX. Essa temática já é posta em tela desde os anos 1960, mediante à publicação, pela autora Rachel Carson, do livro chamado *Silent Spring*<sup>1</sup>. Na obra, a pesquisadora apresenta os problemas relacionados à utilização de praguicidas que podem causar impactos na saúde e no meio ambiente.

Sob essa ótica, ressalta-se um outro marco, agora da década de 1970, ocasião em que corre a primeira Conferência Internacional Ambiental na ONU, a chamada Conferência da Rio-92, momento em que diversos acordos foram estabelecidos até referendar o primeiro que seria o “plano de ação conjunto das nações com vistas ao desenvolvimento sustentável”. Nasce, aqui, a **Agenda 21**, documento que aborda sobre temas da infância. Também apresenta o primeiro dos marcos globais voltado ao impulsionamento de políticas de desenvolvimento, o designado Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

Os ODM foi um pacto firmado entre a Organização das Nações Unidas (ONU) e mais 189 países, inclusive o Brasil, no ano de 2000. Neles, o ODM 4: Reduzir a mortalidade infantil, em específico, buscou reduzir em 2/3 a taxa de mortalidade em crianças menores de cinco anos (Pereira *et al.*, 2021).

Cumprе salientar que, no contexto atual, a preocupação com o desenvolvimento sustentável tem ganhado cada vez mais relevância. Tal cenário é impulsionado pelo fato de que o mundo enfrenta desafios ligados à mudança climática, perda de biodiversidade, pobreza, desigualdades sociais e escassez de recursos naturais. Para lidar com esses desafios, a comunidade internacional estabeleceu uma série de instrumentos de combate, dentre eles, a Agenda 2030.

<sup>1</sup> Para mais informações, confira Carson (2010).

A Agenda 2030 é um plano de ação global adotado pelas Nações Unidas em setembro de 2015, que consiste em um conjunto de objetivos, metas e indicadores chamados de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que visam à continuidade dos avanços da ONU e estabelecem meios para a promoção de um mundo mais sustentável, equitativo e próspero até o fim de 2030. Compreendem metas e indicadores que visam abordar sobre os principais desafios globais e orientar ações impulsionadoras do desenvolvimento sustentável.

Há, portanto, 17 objetivos interligados, que abrangem uma gama de questões sociais, econômicas e ambientais, como erradicação da pobreza, igualdade de gênero, saúde, educação, energia limpa, trabalho digno, cidades sustentáveis, entre outros. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) refletem a necessidade de se adotar uma abordagem integrada e holística, na qual o progresso em um dos objetivos está intrinsecamente relacionado ao avanço dos demais. Dessa forma, as ações voltadas ao cumprimento das metas são orientadas em âmbito global, nacional e local.

O aspecto integrado, tanto dos problemas como dos objetivos, enfatiza a importância de estabelecer parcerias e colaborações entre os diferentes atores, incluindo governos, setor privado, sociedade civil e organismos internacionais. É essa ação conjunta que possibilita a construção de um futuro mais próspero e equitativo para as gerações presentes e futuras. Dentre as áreas, a **ODS nº 3** de Saúde e Bem-estar objetiva “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades” (ONU, 2015).

Sob esse prisma, ressalta-se que, em razão do escopo atrelado às suas metas, adota meios que permitem quantificar o desenvolvimento sustentável no campo da saúde com indicadores amplamente utilizados, o que permite visualizar como se tem fomentado o desenvolvimento socioeconômico. Nesse contexto, verifica-se que essa busca por indicadores é essencial, pois, a partir deles, é possível realizar uma análise situacional sobre a saúde pública:

com os avanços no controle das doenças infecciosas e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes sociais, passou-se a analisar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de **morbidade**, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros (REDE, 2008, p. 13, grifo nosso).

Nesse âmbito, destaca-se a relevância da **meta 3.2** das ODS, que propõe, aos países adotantes, até 2030, “acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos” (ONU, 2015). O parâmetro almejado é a redução da taxa de mortalidade neonatal, o que culmina na necessidade de se reduzir a taxa de mortalidade das crianças com menos de 28 dias de nascido para pelo menos **12 por 1000 nascidos vivos**, e da taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos **25 por 1000 nascidos vivos**.

Dessa maneira, observa-se que os indicadores utilizados e mencionados nas metas propostas, com vistas a atingir esse objetivo, servem para regular e nortear as políticas públicas a serem implementadas ao longo dos anos. Por tais motivos, adotam-se meios que permitam a identificação de problemas estruturais básicos, que são aqueles que representam maior impacto na cadeia de desenvolvimento sustentável. Sobre os indicadores da meta 3.2, destaca-se que:

a taxa de mortalidade infantil é usada internacionalmente como o indicador que melhor retrata o estágio de desenvolvimento econômico de um país ou região, justamente por possuir relação direta com características socioeconômicas e, conseqüentemente, ser sensível às suas variações (Kropiweic; Franco; Amaral, 2017, p. 392).

O problema da mortalidade é mais perceptível quando se compara países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo os primeiros detentores do maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), aqueles, portanto, que apresentam as menores taxas de mortalidade infantil – com três mortes a cada mil nascidos vivos –, o que reforça a necessidade de alcançar tais metas (Kropiweic; Franco; Amaral, 2017). O Brasil, por sua vez, apesar da meta voltada à redução da mortalidade ter sido alcançada mediante à implementação dos ODM, ainda enfrenta desafios.

Os novos parâmetros estabelecidos na Agenda 2030 estão aquém dos que foram objetivados nacionalmente frente à ODS 3, particularmente quanto à meta 3.2. A conexão entre os ODS e a discussão sobre a infância, sobretudo no que diz respeito à diminuição da mortalidade infantil, é essencial para promover uma sociedade mais justa e equitativa. Nesse contexto, destaca-se o ODS 3, que fomenta a existência saudável, em todas as faixas etárias, possuindo como um de seus objetivos basilares (3.2) a liquidação dos falecimentos evitáveis de recém-nascidos e crianças com menos de cinco anos (ONU, 2015).

Contudo, para alcançar esse objetivo da ODS 3.2, é fundamental que se reforcem as políticas públicas direcionadas à atenção primária à saúde, como o acesso ao pré-natal, parto seguro, imunização e monitoramento nutricional, além da expansão da infraestrutura básica de saneamento. Sob essa perspectiva, destaca-se o ODS 1, que tem como intuito a eliminação da pobreza, também está diretamente relacionado ao tema, uma vez que crianças em condição de vulnerabilidade social apresentam maiores riscos de falecimento por causas evitáveis (ONU, 2015).

Nesse âmbito, destaca-se, também, o ODS 2, uma vez que visa erradicar a escassez e impulsionar a segurança alimentar, o que implica o desenvolvimento de políticas públicas que tenham como foco o enfrentamento da desnutrição infantil e o estímulo à alimentação saudável, principalmente durante a primeira infância. Por outro lado, ressalta-se a relevância do ODS 6, que aborda sobre o acesso à água potável e ao saneamento, destacando-se que a falta dessas



condições essenciais é um fator agravante da mortalidade infantil, especialmente por provocar o aparecimento de doenças diarreicas (ONU, 2015).

Sob essa ótica, Guasch (2022) compreende as crianças como o público prioritário das iniciativas da ONU, especialmente após o advento da Agenda 2030 e dos ODS. Desse modo, estabelece-se uma relação direta entre os elevados índices de mortalidade infantil, as condições de pobreza e a ineficácia das políticas públicas no passado da saúde pública. Nesse sentido, Guasch (2022) enfatiza que intervenções como o Programa Primeira Infância Melhor (PIM) representam não somente respostas locais a essa questão, mas também a materialização dos compromissos internacionais assumidos pelo Brasil.

Complementarmente, Guasch (2022) reconhece que os ODS, particularmente aqueles direcionados à eliminação da pobreza (ODS 1) e à diminuição das disparidades (ODS 10), somente serão eficazes se integrarem a primeira infância como um eixo fundamental das políticas públicas. Contudo, quando o contexto estadual é posto em análise, conforme será observado no item 4, percebe-se, ainda, uma mais elevada taxa de mortalidade infantil, que denota o desafio no atingimento das metas da Agenda 2030 e abre espaço para provocar os implementadores de políticas, que devem desenvolver estratégias para promover mudanças paradigmáticas regionais e locais.

## 2 - Breve histórico das políticas de saúde da criança no Brasil

O contexto histórico relacionado à origem do conceito de criança remonta à transição do século XIX para o XX (Albernaz; Couto, 2022). Sem dúvida, o Século XX foi marcado por inúmeras transformações políticas, econômicas e sociais impulsionadas, especialmente, pela Revolução Industrial que o mundo vivenciou nesse período. Até o início desse século, as ações do campo de cuidado às crianças possuíam caráter filantrópico, sendo o momento em que, efetivamente, criaram-se e reconheceram-se as primeiras instituições de proteção à infância.

As mais importantes e representativas foram, em 1899, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância (Ipaí), criado por Moncorvo Filho, e a Policlínica Botafogo, instituída por Luiz Torres Barbosa, ambas filantrópicas. Em 1909, foi criada a Policlínica das Crianças; e, em 1914, o Hospital São Zaccharias, ambos da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Em 1924, vinculado ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), foi fundado o Hospital Abrigo Arthur Bernardes, dirigido pelo pediatra Antônio Fernandes Figueira. Em 1946, transformou-se no Instituto Fernandes Figueira e, em 2010, no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira - IFF/ Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz (Sanglard; Ferreira, 2014).

Especificamente no governo Vargas, no ano de 1940, é criado o Departamento de Saúde da Criança, cuja perspectiva assistencial era voltada à prestação de auxílio à classe trabalhadora,

oferecendo-se acesso a serviços como creches junto às fábricas. Em 1973, foi lançado o Programa Nacional de Imunizações (PNI), no intuito de coordenar o processo de imunização, cuja cobertura, até então, era reduzida (Tyrrel, 1997). Já em 1976 surge o Programa de Atenção à Criança, entretanto, fomentava um atendimento muito burocrático, o que impedia a população geral de usufruí-lo (Zanolli; Merhy, 2001).

Posteriormente, em 1984, foi implantado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), que executava ações voltadas diretamente à área da saúde, correspondendo, assim, a uma tentativa de promoção da atenção integral à saúde na infância (Brasil, 1995). Já com o advento da Carta Magna de 1988 e mediante à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde passa a ser um direito garantido a todos os brasileiros, sendo que o Programa Saúde da Família assume uma notória importância, dado o seu objetivo.

Impulsionado por esse cenário, em 1995, o Ministério da Saúde (MS) lança o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (Brasil, 1995). Contudo, verifica-se que, no Brasil, a garantia dos direitos para crianças e adolescentes somente é regulamentada, de fato e de direito, a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990. Nesse contexto, ressalta-se a importância histórica do pediatra Antônio Figueira para o próprio ECA, pois, mesmo que tenha atuado início do século XX, ao reconhecer a importância de se manter as mães junto às crianças internadas, promoveu mudanças importantes:

Destaca-se, entre 1900 e 1910, a sua atuação como chefe da enfermaria pediátrica do Hospital São Sebastião (...) indicado por Oswaldo Cruz, então na Diretoria-Geral de Saúde Pública (DGSP). Figueira foi vanguardista ao permitir o acompanhamento das mães durante as internações, o que somente foi regulamentado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1991 (Albernaz; Couto, 2022, p. 239).

Entretanto, mesmo diante dos avanços observados, cumpre destacar que foi apenas nos anos 2000 que o Ministério da Saúde lançou um programa com o intuito de manter o maior contato das mães com os bebês, o chamado ‘método Canguru’, cuja proposta era fomentar a atenção e cuidado, com vistas ao aprimoramento da participação da família de forma acolhedora e contínua (Araújo, 2014). Já no século XXI, em 2001, é implantada a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDIP), que teve como objetivo a redução da mortalidade em crianças até 05 anos de idade (Brasil, 2002).

No governo Lula, em 2006, a mortalidade infantil foi considerada como uma política de governo e inserida no Pacto pela Vida (Brasil, 2006), dentre outras ações promovidas até novembro de 2014, quando se aprovou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que tinha direcionamento às crianças, especialmente as da primeira infância. Em junho de 2011, o governo brasileiro implementou a *Rede Cegonha*, fomentando



“uma rede de cuidados com vistas a garantir segurança e qualidade assistencial à mulher em todo seu ciclo reprodutivo, bem como garantir à criança segurança e o cuidado integral ao nascimento, crescimento e desenvolvimento” (Araújo, 2014, p. 1004).

Por fim, dentre as ações executadas pela própria sociedade civil, é importante destacar a criação Rede Nacional Primeira Infância, que é responsável pelo desenvolvimento do Plano Nacional pela Primeira Infância, estratégia que prioriza a execução de ações direcionadas e específicas para este público. A partir disso, conclui-se que a assistência à saúde da criança deve permanecer em constante avanço, pois a história revela que houve uma evolução na qualidade dos cuidados direcionados à essa população, refletida no angariamento de índices de redução de mortalidade infantil mais promissores. No entanto, algumas taxas se mantêm elevadas, em especial na mortalidade neonatal, como será discutido no próximo item.

### 3 - A mortalidade infantil e na infância no Piauí

Inicialmente, destaca-se que “a mortalidade infantil (MI) é considerada um grave problema de saúde pública e possui relação direta com as condições de vida, acesso e qualidade da atenção à saúde materno-infantil, sendo na maioria das vezes evitável” (Silva, *et al.*, p. 2, 2023). Esse índice corresponde a um aspecto social tão socialmente significativo que compôs o conjunto de Metas do Desenvolvimento do Milênio (ODM) e também foi inserido como meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) na Agenda 2030.

A mortalidade infantil, embora seja tradicionalmente considerada um parâmetro técnico de saúde pública, reflete de maneira significativa as desigualdades estruturais que atravessam o desenvolvimento social e econômico do país. Nesse sentido, fatores sociais como saúde, renda, educação, moradia, saneamento, entre outros, são fundamentais para entender a persistência da mortalidade infantil em regiões como o estado do Piauí, marcado historicamente por condições de elevada vulnerabilidade social. Trata-se, portanto, não apenas de um desafio técnico no campo da medicina preventiva, mas uma expressão concreta de injustiça social acumulada, que incide de forma mais intensa sobre territórios e populações historicamente marginalizados.

Sob essa ótica, observa-se que a evitabilidade da mortalidade infantil está diretamente relacionada à distribuição equitativa de bens públicos essenciais. Quando essa distribuição não ocorre de forma justa, as causas da mortalidade infantil tornam-se múltiplas, impulsionadas por fatores socioeconômicos, como o acesso precário a serviços de saúde de qualidade, ausência de saneamento básico, desnutrição, entre outros.

Nesse sentido, Alves e Coelho (2021) destacam que as principais causas da mortalidade infantil no Brasil decorrem da interação entre fatores biológicos, sociais e econômicos. Entre as causas diretas mais importantes estão a prematuridade, doenças diarreicas, anomalias congênitas, asfixia no parto e desnutrição – todas associadas a situações passíveis de prevenção por meio da oferta de cuidados qualificados no pré-natal, no parto e no período neonatal. Entretanto, os autores também chamam atenção para as fragilidades das políticas públicas, que, em geral, negligenciam as particularidades de gênero relacionadas à mortalidade infantil.

Embora o Brasil tenha apresentado uma redução significativa das taxas de mortalidade infantil nas últimas décadas, os índices permanecem elevados quando comparados aos países desenvolvidos, sobretudo em razão das persistentes desigualdades regionais. Nesse contexto, a renda exerce um papel determinante na redução da mortalidade infantil, com impacto ainda mais acentuado sobre a população masculina, o que reforça a necessidade de estratégias públicas centradas no enfrentamento da pobreza.

Assim, compreende-se que as origens da mortalidade infantil, embora multifatoriais, não devem ser interpretadas unicamente como falhas técnicas ou sanitárias. A continuidade desse fenômeno está associada à ausência de condições mínimas para uma vida digna, que priva muitas famílias dos recursos e oportunidades necessários para exercerem autonomia e alcançarem padrões básicos de bem-estar. Nesse cenário, programas como a Estratégia Saúde da Família revelam-se fundamentais ao promoverem o acesso a cuidados básicos, incentivarem a autonomia e fortalecerem competências essenciais relacionadas ao cuidado e à promoção da saúde.

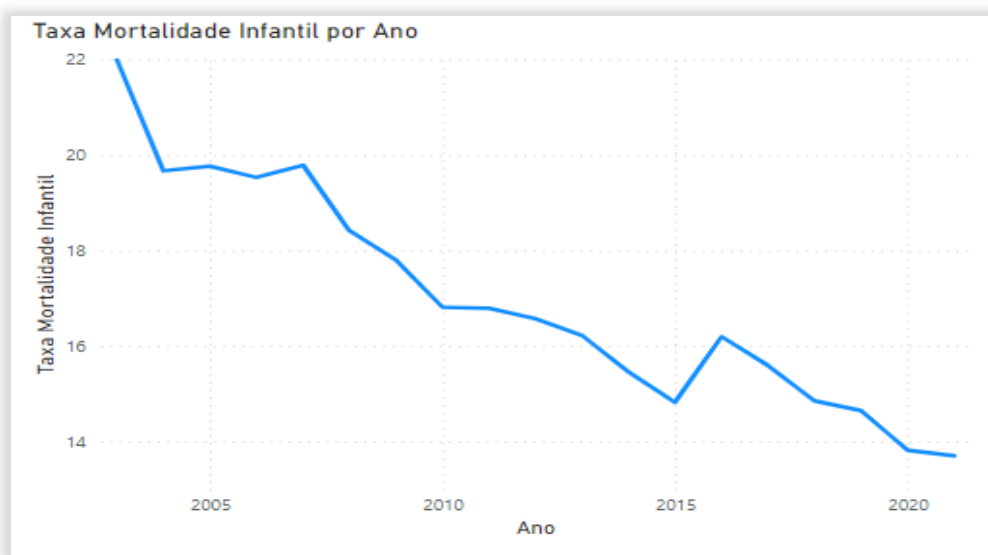
Diante desse cenário, as políticas públicas desempenham um papel crucial na redução da mortalidade infantil e na promoção da saúde das crianças. Especificamente no caso do Estado do Piauí, a mortalidade infantil tem sido uma preocupação recorrente devido às taxas elevadas que persistem ao longo dos anos; assim, estudar este indicador permite avaliar a qualidade da saúde e as políticas públicas atreladas a esta região. Contudo, antes de se apresentar tais dados, é preciso esclarecer que a mortalidade infantil possui dois componentes:

[...] a mortalidade neonatal e a mortalidade pós-neonatal, referente aos óbitos ocorridos em menores de um ano de vida, entre 0 e 27 dias de vida e entre 28 a 364 dias de vida, respectivamente. Na mortalidade neonatal as causas de morte estão associadas à qualidade da atenção à saúde, enquanto na mortalidade pós-neonatal existe uma relação com o ambiente em que a criança cresce e interage (Silva *et al.*, 2023, p. 2).

O Estado do Piauí tem adotado medidas e políticas voltadas ao enfrentamento desse problema. Estratégias como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Bolsa Família, por exemplo, têm sido

executadas, cujo objetivo é oferecer atendimento adequado às gestantes, garantir o acompanhamento médico durante a gravidez e promover a saúde das crianças. O resultado do conjunto dessas medidas, aliado a outros fatores, como o avanço da medicina, é visualizado no Gráfico 1:

Gráfico 1: Taxa de Mortalidade Infantil – Piauí (2003-2021).



Fonte: Elaboração própria a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (Brasil, 2023).

Sob essa perspectiva, a taxa de mortalidade na infância é compreendida como um indicador social representado pelo número de crianças que foram a óbito antes de completar 5 anos de vida para cada 1.000 nascidas vivas no período de um ano. Essa taxa é influenciada pela composição da mortalidade do 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 (Brasil, 2002). Assim, no Gráfico 2, é possível observar a evolução da taxa de mortalidade na infância do estado do Piauí:

Gráfico 2: Taxa de Mortalidade na Infância – Piauí (2003-2021).



Fonte: Elaboração própria a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (Brasil, 2023).

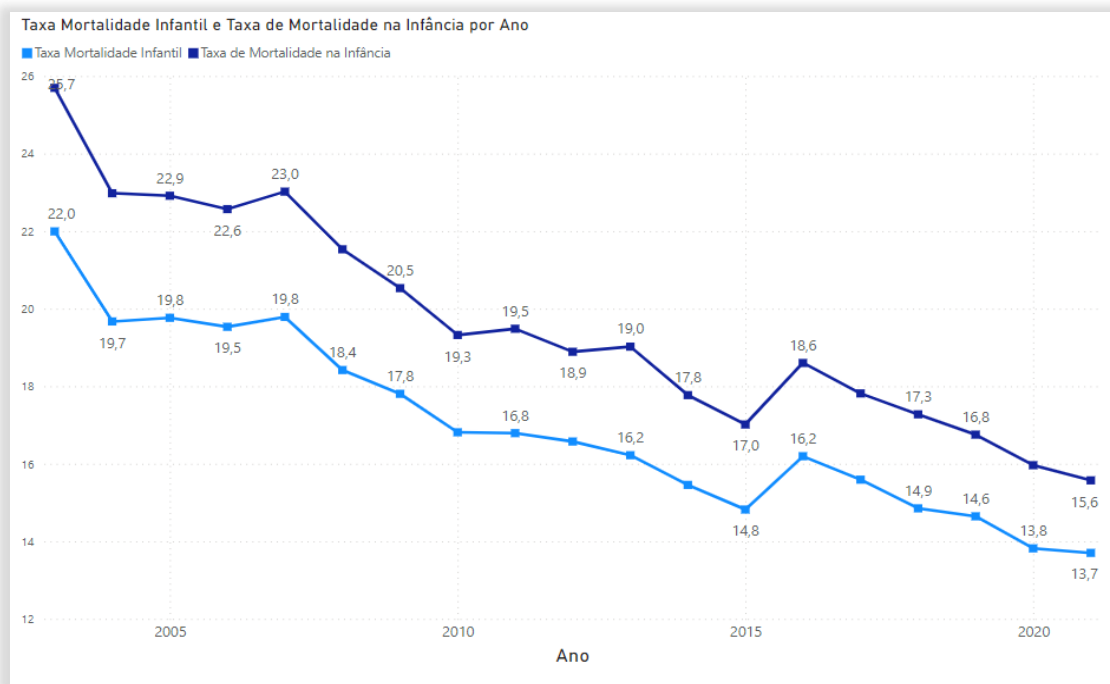
Apesar de alguns retrocessos pontuais, observa-se uma tendência geral de redução na taxa de mortalidade, o que sinaliza avanços nesse indicador ao longo do tempo. A análise dos dados apresentados revela uma queda progressiva nos índices de mortalidade infantil e pueril entre os anos de 2003 e 2021. No entanto, os retrocessos identificados nos anos de 2015 e 2016 coincidem com um intervalo de contração fiscal e redução de investimentos no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme analisado por José Mendes Ribeiro Funcia (2022). Esse cenário evidencia a vulnerabilidade das políticas públicas frente à instabilidade macroeconômica, especialmente nos estados fortemente dependentes de transferências federais, como o Piauí.

Dessa forma, os dados não devem ser interpretados de maneira linear, mas sim como indicadores sensíveis às mudanças no pacto federativo, às prioridades fiscais e à capacidade do Estado de sustentar políticas redistributivas em cenários de crise. Ressalta-se, contudo, que a estratégia macroeconômica adotada no Brasil tem contribuído para o agravamento das dificuldades econômicas e sociais preexistentes, tornando o contexto de austeridade fiscal particularmente crítico, na medida em que impacta diretamente a continuidade e efetividade dos serviços públicos de saúde.

Diante desse cenário, observa-se que a redução da mortalidade infantil decorre de múltiplos fatores, o que demanda a implementação articulada de ações voltadas à educação em saúde, à promoção do aleitamento materno exclusivo, ao incentivo à vacinação, à prevenção de doenças, à capacitação de profissionais de saúde, à melhoria na infraestrutura dos serviços, de fortalecimento da vigilância epidemiológica, entre outras estratégias. Tais medidas são

fundamentais para o enfrentamento do problema e para redução dos índices de mortalidade infantil. Nesse sentido, ao se sobrepor os dois indicadores analisados, identifica-se uma tendência regular de queda para ambos, conforme demonstrado no Gráfico 3.

Gráfico 3: Taxa de Mortalidade Infantil e Taxa de Mortalidade na Infância – Piauí (2003-2021).



Fonte: Elaboração própria a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (Brasil, 2023).

No entanto, apesar dos esforços empreendidos, é necessário que haja o monitoramento constante dessas ações. Por outro lado, também é fundamental que seja feita uma avaliação periódica das políticas públicas para garantir que se mantenham efetivas. A identificação de lacunas e desafios é fundamental para se aprimorar as estratégias e direcionar os recursos de forma adequada, visando à redução da mortalidade infantil e ao bem-estar das crianças no Estado do Piauí.

Como forma de controle e acompanhamento, tanto a sociedade quanto o Estado têm buscado aprimorar sua capacidade de mensuração, adotando metodologias mais adequadas às realidades enfrentadas. A seguir, são apresentadas as primeiras formas pelas quais a Agenda 2030 estabelece a mensuração dos índices de mortalidade, no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a serem alcançados pelos países signatários das Nações Unidas.

### 3.1 - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS): A Meta 3.2

Os índices de mortalidade são mensurados tendo como base diferentes fatores, tais como faixa etária, a abrangência, a geografia, a quantidade de óbitos por ocorrência ou residência, dentre outros. Entende-se que a delimitação de cada fator leva ao estabelecimento de uma taxa de mortalidade adaptada à necessidade de mensuração.

O Ministério da Saúde, como forma de retratar essa realidade, faz uso do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) para registrar as declarações de óbito e mensurar os óbitos infantis e fetais. Adicionalmente, utiliza-se do sistema para identificar taxas de mortalidade distintas, sendo várias as taxas neonatais; precoce, tardia, neonatal e pós-neonatal, além da infantil (Brasil, 2001).

Contudo, há que se reiterar que a Agenda 2030, ao estabelecer os parâmetros da ODS, registra somente **duas metodologias**, sendo que a primeira delas corresponde ao número de óbitos de menores de 1 ano de idade, a cada 1000 nascidos vivos. Por outro lado, a segunda considera o número de óbitos de menores de 5 anos de idade, a cada 1000 nascidos vivos. Este trabalho considera ambas em sua análise.

A seguir descreve-se a metodologia estabelecida para esses dois indicadores.

#### 3.1.1 - Número de óbitos de menores de 1 ano de idade, a cada 1000 nascidos vivos

Esse indicador compreende a soma dos óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (0 a 6 dias de vida), neonatal tardio (7 a 27 dias de vida) e pós-neonatal (28 dias a 364 dias), cujo objetivo é mensurar o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida. Aqui, compreende-se o índice como **mortalidade infantil**, ou mortalidade para os menores de um ano de idade.

Portanto, nomeia-se a mortalidade infantil como mortalidade de menores de um ano de idade, e, pelo Brasil ser um **dos países integrantes às Nações Unidas, visa reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 a cada 1000 nascidos vivos**.

#### Método de Cálculo:

$$Tx. Mortalidade Infantil = \left( \frac{NOR1}{NVMR} \right) * 1000$$

*NOR1*: Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade;  
*NVMR*: Número total de nascidos vivos de mãe residentes.



A taxa de mortalidade infantil é utilizada internacionalmente, compreendida como o indicador que melhor retrata o estágio de desenvolvimento econômico e social de um país ou região, justamente por possuir relação direta com características socioeconômicas e, consequentemente, por ser sensível às suas variações.

### **3.1.2 - Número de óbitos de menores de 5 anos de idade, por 1000 nascidos vivos**

Esse indicador social tem por objetivo mensurar os dados relacionados às crianças que chegam a óbito antes de completar 5 anos de vida a cada 1000 nascidos vivos. Para as Nações Unidas **o objetivo, até 2030, é acabar com a mortalidade de crianças menores de 5 anos, reduzindo o número para, pelo menos, 25 a cada 1000 nascidos vivos.**

#### **Método de Cálculo:**

$$Tx. Mortalidade na Infância = \left( \frac{NOR5}{NVMR} \right) * 1000$$

*NOR5*: Número de óbitos residentes com menos de 5 anos de idade;

*NVMR*: Número total de nascidos vivos de mãe residentes.

Considerando-se as contribuições de ambas as metodologias, conclui-se que os dois indicadores de mortalidade são reflexos de diferentes condições às quais as crianças estão submetidas. Dessa maneira, verifica-se que cada um deles corresponde ao estágio do desenvolvimento infantil. Portanto, a sua representatividade implica na necessidade de se investir nas estratégias de controle e monitoramento das métricas.

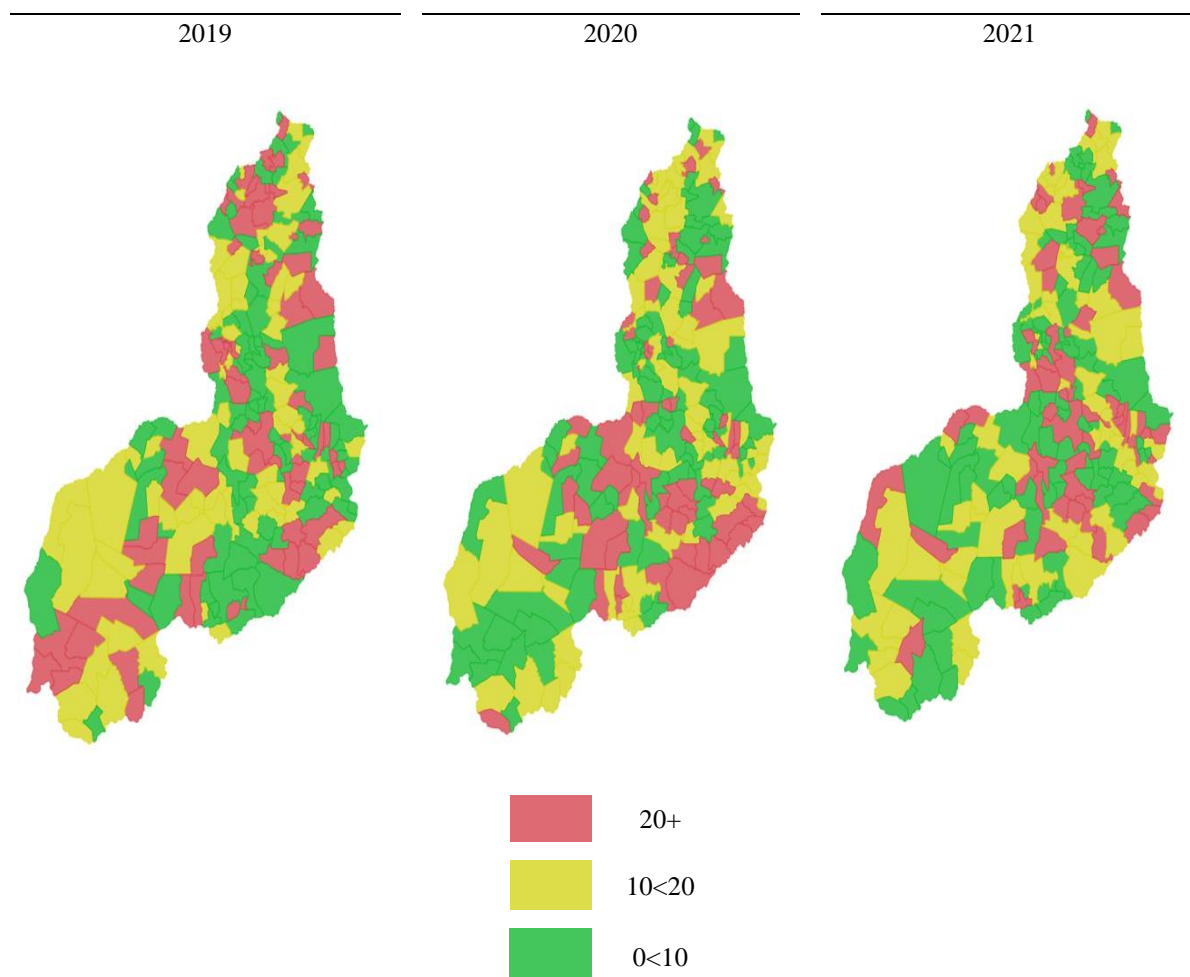
Diante desse cenário, a seguir, apresenta-se uma representação visual dos indicadores para o estado do Piauí, desagregando os índices nas metas estabelecidas nacionalmente, de acordo com a ODS, com o intuito de verificar, de acordo com os dados de 2019 a 2022, se o Estado do Piauí se encaminha para acabar com as mortes evitáveis até os 5 anos de idade, de modo a garantir que as gerações seguintes tenham acesso a essas ações sustentáveis.

### **3.1.3 - A Meta 3.2 nacionalmente – Acabar com as mortes evitáveis até 5 anos**

As taxas altas refletem, de maneira geral, em baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida. Sob essa lógica, ressalta-se que o Brasil possui como meta 3.2 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS – Saúde e Bem-Estar) “reduzir a mortalidade neonatal para no máximo 5 por 1000 nascidos vivos” (IPEA, 2019, grifo nosso).

Observa-se que o compromisso assumido pelo Brasil é mais ousado, pois a meta está além do que é exigido pela própria ODS para os países de maneira geral. Contudo, ao observar as taxas apresentadas anteriormente no Gráfico 3, pode-se observar que o Piauí tende a não cumprir essa meta. Esses índices tendem a piorar nas diversas regiões do estado (vide figura 1).

Figura 1: Evolução Mortalidade Infantil (até 1 ano) – Piauí (2019-2021).



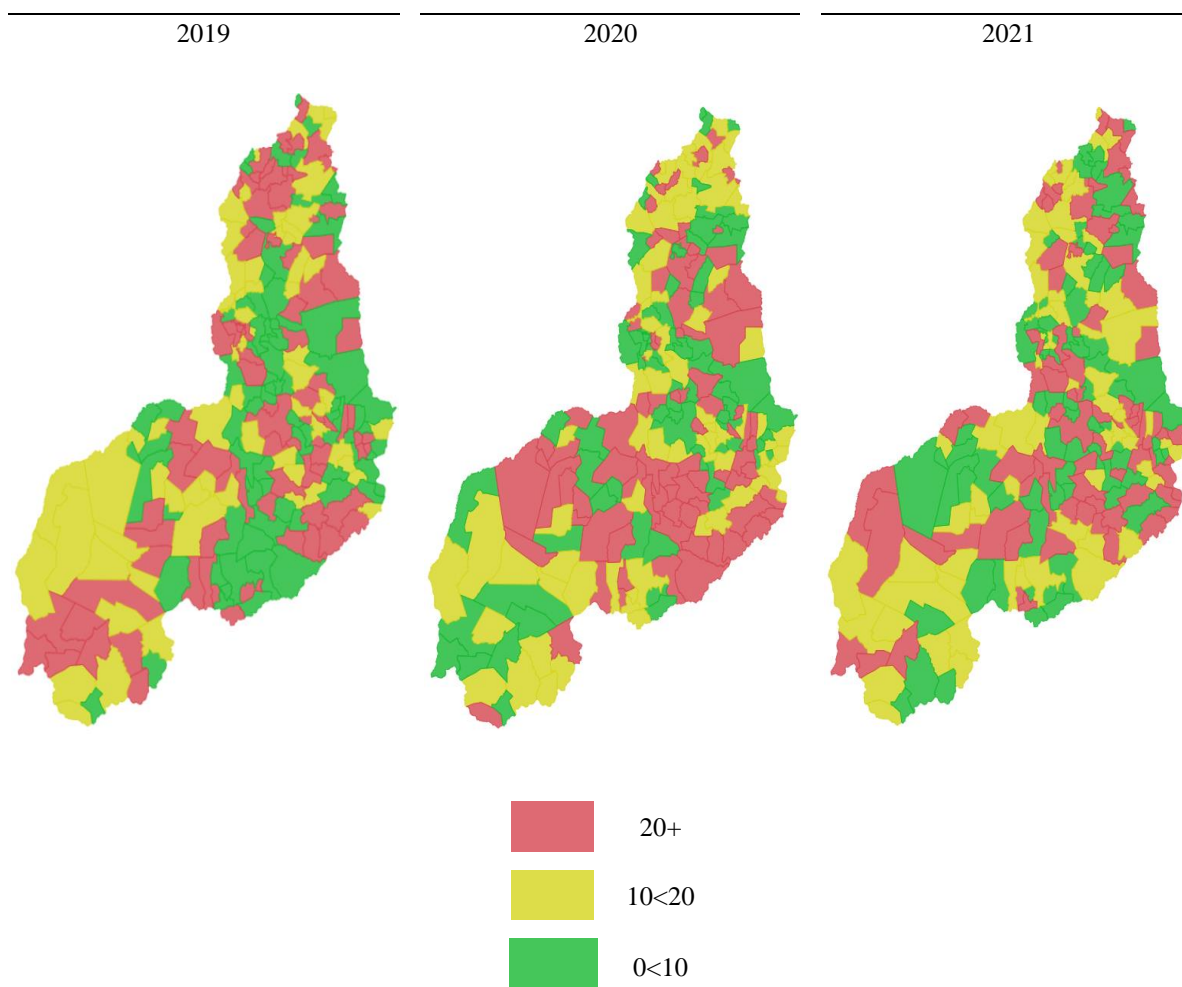
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados DataSUS e TabNet 2019-2022.

Com base no cenário evidenciado pela figura 1, observa-se que a desigualdade espacial retratada nos mapas confirma a existência de zonas de exclusão sanitária, conforme conceituado por Milton Santos (2000). Nessas áreas, a presença do Estado é inexistente ou insuficiente, refletindo-se em indicadores de saúde significativamente fragilizados.

A análise espacial das taxas de mortalidade revela, portanto, que a vulnerabilidade não se restringe à dimensão econômica, mas se manifesta também de forma territorial, o que exige a formulação de estratégias diferenciadas por microrregiões e a ampliação das ações de vigilância em saúde. No que tange à meta brasileira 3.2 dos Objetivos do Desenvolvimento

Sustentável (ODS – Saúde e Bem-Estar) acerca da mortalidade na infância (<5 anos), o foco é reduzir para, no máximo, 8 a cada 1000 nascidos vivos (IPEA, 2019).

Figura 2: Evolução Mortalidade na Infância (<5 anos) – Piauí (2019-2021).



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados DataSUS e TabNet 2019-2022.

Mesmo com a tendência contínua de queda desde o ano de 2016 (conforme observado no Gráfico 3) o Brasil, e em especial, o Piauí, não conseguirá atingir os valores estabelecidos como meta até 2030.

### Considerações finais

Após verificar os índices de mortalidade infantil presentes no Brasil a partir dos anos 2000, conclui-se que o país, em especial o estado do Piauí, não irá atingir um dos objetivos da Agenda 2030, compromisso assumido a partir dos anos 2015, no que tange à redução da taxa de mortalidade neonatal e de infância. Esse cenário implica reconhecer que a efetivação de políticas de intervenção na primeira infância depende da identificação e análise dos pontos em

que a política de equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta fragilidades ou falhas de implementação.

Sob essa perspectiva, torna-se fundamental identificar as ações voltadas à promoção de melhorias nas condições de vida no presente, de modo a avaliar, com base nesse diagnóstico, o país que se deseja construir para o futuro. Assim, defender o desenvolvimento sustentável implica priorizar intervenções que promovam o bem-estar na primeira infância, considerando que as experiências vivenciadas nessa fase têm repercussões ao longo de todo o curso de vida. Nesse sentido, as políticas públicas voltadas à primeira infância devem ocupar posição central na agenda de desenvolvimento.

Nesse estudo, verificou-se, mesmo que brevemente, uma constante evolução histórica das políticas públicas de saúde da criança acompanhada *pari passu* ao desenvolvimento dos países e melhorias de condições de vida das pessoas que nele fazem parte. Dessa maneira, implica-se registrar que, não por acaso, essas mudanças positivas refletem, de forma inversamente proporcional, nas taxas de mortalidade infantil. Muito se fez, porém, muito ainda há que se fazer.

Entretanto, a consolidação dos direitos de proteção às crianças ainda precisa sair do papel e do âmbito apenas das normas legais. Deve-se fomentar, portanto, não somente o desenvolvimento da integridade física e mental, mas, também, do bem-estar social desses que são a representação do próprio conceito de esperança. Assim, ao se buscar compreender a importância do alinhamento das políticas públicas na primeira infância com os princípios do desenvolvimento sustentável, depara-se com um desafio.

É preciso fortalecer a interconexão entre as dimensões social, ambiental e econômica, pois é esse intercâmbio entre ambas que impulsiona o desenvolvimento de soluções abrangentes e sustentáveis para promover um futuro melhor para as crianças do Estado do Piauí. Nesse contexto, como ressalta a literatura, a melhoria desse indicador culmina, diretamente, na melhora dos índices gerais de todo país. A partir disso, entende-se a importância de priorizar as políticas públicas direcionadas à primeira infância.

Conclui-se, por fim, que, embora se reconheça uma tendência de queda nas taxas de mortalidade infantil, conforme demonstrado ao longo deste estudo, há uma limitação metodológica relevante, relacionada ao uso de dados oficiais disponíveis apenas até o ano de 2021. Nesse sentido, destaca-se a importância de incorporar, em análises futuras, os dados referentes aos anos de 2022 e 2023, a fim de avaliar se a aparente melhora observada representa, de fato, uma tendência consistente ou se está vinculada a efeitos pontuais decorrentes da pandemia de Covid-19.

## Referências bibliográficas

- ALBERNAZ, Antonio Luiz Gonçalves; COUTO, Maria Cristina Ventura. A puericultura no SUS: o cuidado da criança na perspectiva da atenção integral à saúde. *Saúde em Debate*, [s. l.], v. 46, n. spe5, p. 236–248, 2022. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042022000900236&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042022000900236&tlng=pt). Acesso em: 28 jul. 2023.
- ALVES, Taytiellen Fernandes; COELHO, Alexandre Bragança. Mortalidade infantil e gênero no Brasil: uma investigação usando dados em painel. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 1259–1264, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n4/1259-1264/#>. Acesso em: 23 maio 2025.
- ARAÚJO, J. P. *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 67, n. 6, p. 1000–1007, nov./dez. 2014.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. (Série Legislação Brasileira).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Instrumento gerencial da saúde da mulher, da criança e do adolescente*: avaliação, sistema de informação e programação. Brasília, DF, 1995.
- BRASIL, Manual de procedimento do sistema de informações sobre mortalidade: - Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sis\\_mortalidade.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sis_mortalidade.pdf). Acesso em 12 jun. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. *Saúde da criança*: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2002 (Série Cadernos de Atenção Básica, n. 110).
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. Portal do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) [recurso eletrônico]. Brasília, Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://svs.ais.gov.br/daent/cgiae/sim/>. Acesso em: 12 jun. 2023.
- BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 23 fev. 2006.
- BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em: 6 jan. 2023.
- CARSON, Rachel. *Primavera Silenciosa*, São Paulo: Gaia, 2010.
- FUNCIA, Francisco R. *Nota de política econômica*: Nova Política de Financiamento do SUS. Rio de Janeiro: Instituto de Economia da UFRJ, 2022. 34 p. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Esther-Dweck/publication/364118941\\_Nova\\_Politica\\_de\\_Financiamento\\_do\\_SUS/links/633aee1c769781354eb67c78/Nova-Politica-de-Financiamento-do-SUS.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Esther-Dweck/publication/364118941_Nova_Politica_de_Financiamento_do_SUS/links/633aee1c769781354eb67c78/Nova-Politica-de-Financiamento-do-SUS.pdf). Acesso em: 23 maio 2025.
- GUASCH, Fabiene Silva Batista Rosa. *O impacto das políticas direcionadas à primeira infância sobre o índice de mortalidade infantil no Rio grande do Sul*. 2022. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2022. Disponível em: [https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/25642/DIS\\_PPGAP\\_2022\\_GUASCH\\_FABIENE.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/25642/DIS_PPGAP_2022_GUASCH_FABIENE.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 23 maio 2025.
- IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA APLICADA. *ODS Brasil*. 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>. Acesso em 21.08.2023.
- KROPIWIEC, Maria Volpato; FRANCO, Selma Cristina; AMARAL, Augusto Randüz Do. Fatores associados à mortalidade infantil em município com índice de desenvolvimento humano elevado. *Revista Paulista de Pediatria*, [s. l.], v. 35, n. 4, p. 391–398, 2017.



- Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822017000400391&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822017000400391&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 11 jul. 2023.
- ONU. NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL – ONU BR. *A Agenda 2030*. 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em 11.07.2023.
- PEREIRA, Felipe Zibetti *et al.* Mortalidade Infantil e sua relação com as políticas públicas em saúde sob o olhar dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Estado de Goiás. *Brazilian Journal of Health Review*, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 3331–3348, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/24957/19901>. Acesso em: 28 jul. 2023.
- PRODANOV, C. C.; DE FREITAS, E. C. *Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico*. 2. ed. Novo Hamburgo/RS: Universidade Feevale, 2013.
- REDE Interagencial de Informação para a Saúde 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.
- SANGLARD, G; FERREIRA, LO. *Pobreza e filantropia*: Fernandes Figueira e a assistência à infância no Rio de Janeiro (1900-1920). *Estud Hist (Rio J)*. 2014. 27(53):71-91. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eh/a/pGxhfrq8GCrNr4GFrnNKXKt/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2022.
- SANTOS, Milton. *Por uma outra globalização: Do Pensamento Único à Consciência Universal*. [S. l.]: Editora Record, 2000. 85 p. Disponível em: [http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/sugestao\\_leitura/sociologia/outra\\_globalizacao.pdf](http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/sugestao_leitura/sociologia/outra_globalizacao.pdf). Acesso em: 23 maio 2025.
- SATRÚSTEGUI, Koldo Unceta. Desenvolvimento, subdesenvolvimento, mau-desenvolvimento e pós-desenvolvimento: um olhar transdisciplinar sobre o debate e suas implicações. *Revista Perspectiva do Desenvolvimento*, p. 34-69, v. 1, n. 1, nov. 2013.
- SILVA, Aline Vanessa Da *et al.* Mortalidade infantil em um estado do Nordeste Brasileiro entre os anos de 2009 e 2018: uma abordagem espaço temporal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, [s. l.], v. 23, p. e20220032, 2023. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292023000100413&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292023000100413&tlng=pt). Acesso em: 28 jul. 2023.
- TYRREL, Maria Antonieta Rubio. Programas nacionais de saúde materno infantil: impacto social e inserção da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 119-134, 1997.
- ZANOLLI, Maria de Lourdes; MERHY, Emerson Elias. A pediatria social e as suas apostas reformistas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 977-987, ago. 2001.