



G. Diaz/NHO

capítulo um

as mães e as crianças são importantes – tal como a sua saúde

O futuro saudável da sociedade depende da saúde das crianças de hoje e das suas mães, que são as guardiãs desse futuro. Contudo, apesar do grande e meritório esforço que tem vindo a ser feito ao longo dos anos, 10.6 milhões de crianças e 529 000 mães ainda morrem todos os anos, em larga medida, por causas evitáveis. Neste capítulo faz-se a avaliação do estado actual dos programas de saúde materna e infantil, tendo em conta a sua evolução histórica. A seguir, analisa-se, de forma mais detalhada, o quadro dos avanços, das paragens e dos recuos na saúde das mães e crianças de todo o mundo, chamando-se a atenção para o problema da mortalidade infantil, que até aqui foi subestimado.

A maioria das mulheres grávidas espera dar à luz, em condições de segurança, uma criança viva e sem problemas, bem como vê-la crescer de boa saúde. As possibilidades de que esse desejo se realize são maiores em 2005 do que antes – o que muito se deve também a uma maior consciência dos seus direitos. Graças ao conhecimento e à tecnologia do presente, grande parte dos problemas que ameaçam as mães e as crianças de todo o mundo podem ser prevenidos ou remediados. A maioria dos milhões de mortes prematuras é evitável, assim como muito do sofrimento que advém da doença. A morte de uma mãe é uma tragédia única, não só pelo enraizado sentimento de que ninguém deveria morrer no decurso do processo normal de reprodução, mas também pelos efeitos devastadores que essa morte tem na família (1). Em todas as culturas, tanto as famílias como as comunidades reconhecem a necessidade de cuidar das mães e das crianças e procuram fazê-lo o melhor possível.

Um número cada vez maior de países tem sido bem sucedido na melhoria das condições de saúde e bem-estar das mães, dos bebés e das crianças nos últimos anos, com resultados evidentes. Todavia, os países com as mais altas taxas de mortalidade e morbilidade à partida fizeram poucos progressos durante a década de 90. Em alguns deles, a situação até piorou nos últimos anos. Assim, o progresso não tem sido uniforme e, a menos que seja acelerado significativamente, há pouca esperança de reduzir a mortalidade materna para três quartos e a mortalidade infantil para dois terços até à data-limite de 2015 – metas fixadas pela Declaração do Milénio (2, 3).

São demasiados os países em que a saúde das mães e das crianças não tem melhorado como deveria. Isto

deve-se a razões complexas que variam de país para país. Entre elas estão os conhecidos e persistentes inimigos da saúde – a pobreza, a desigualdade, a guerra e instabilidade social e a influência destrutiva do VIH/SIDA – mas também a incapacidade para traduzir o saber que permite salvar vidas em acção efectiva, assim como para investir adequadamente na saúde pública e num ambiente seguro. Isto faz com que muitas mães e crianças, sobretudo de entre as mais pobres, não possam aceder aos cuidados eficazes, prestados em tempo útil e com baixo custo, a que têm direito.

Durante séculos, a assistência durante o parto e os cuidados prestados às crianças pequenas foram encarados como um assunto doméstico, pertencente ao domínio das mães e das parteiras. No século XX, a saúde das mães e das crianças passou de uma preocupação puramente familiar a uma prioridade de saúde pública, o que implicou a consequente responsabilização do Estado. Nos primeiros anos do século XXI, os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio colocam esta preocupação no centro da luta contra a pobreza e a desigualdade, como uma questão de direitos humanos. Esta mudança de tónica tem profundas consequências na forma como o mundo reage a um progresso tão diferente nos diferentes países.

OS PRIMEIROS ANOS DA SAÚDE MATERNA E INFANTIL

A criação de programas de saúde pública para melhorar a saúde das mulheres e das crianças teve a sua origem na Europa, no final do século XIX. Olhando agora para trás, os motivos para essa medida parecem-nos cínicos: mães e crianças saudáveis eram vistas pelos governos da época como um meio para atingir objectivos políticos e económicos. Muitos políticos europeus partilhavam a ideia de que a falta de saúde das crianças constituía uma ameaça às aspirações culturais e militares da nação (4). Este sentimento era particularmente vivido em França e na Grã-Bretanha, dada a dificuldade que tinham tido em recrutar soldados suficientemente em forma para participar na guerra. Os governos viram uma possibilidade de solução nas experiências pioneiras realizadas em França na década de 1890, como os centros de saúde *Goutte de lait* (“gota de leite”), de Léon Dufour, e os de consultas pediátricas, de Pierre Budin (5). Estes programas apresentavam uma forma científica e convincente de ter filhos saudáveis que se tornariam trabalhadores produtivos e soldados robustos. Por isso, foram sendo cada vez mais apoiados pelas reformas sociais emergentes e pelos movimentos

Um dos primeiros serviços de saúde materna e infantil, nos finais do século XIX, foi “L’Ouvre de la goutte de lait”: Consulta do Dr. Variot no Dispensário de Belleville, Paris.



de solidariedade da época. Como consequência, todos os países industrializados, as respectivas colónias, bem como a Tailândia e muitos países da América Latina tinham já instituído, no início do século XX, pelo menos uma forma rudimentar de serviços de saúde materno-infantis (6). A Primeira Grande Guerra acelerou este movimento. Josephine Baker, então Chefe da Divisão de Higiene Infantil de Nova Iorque, resumiu a situação desta forma:

“Pode parecer uma observação fria e insensível, mas alguém devia dizer que a Guerra Mundial representou uma irónica vantagem para as crianças ... à medida que milhares e milhares de homens iam sendo chacinados todos os dias, as nações beligerantes, fosse qual fosse o lado por que lutavam, começaram a perceber que as novas vidas humanas, que mais tarde poderiam substituir as vidas adultas brutalmente aniquiladas, eram um precioso bem nacional. [As crianças] passaram a ser vistas como a grande esperança da nação. Essa é a forma mais bonita de perspectivar as coisas. A forma mais feia – e, estou em crer, a mais verdadeira – é dizer francamente que foi a utilidade militar da vida humana que trouxe a mudança. Quando uma nação combate numa guerra e se prepara para outra ... deve zelar pelo seu futuro abastecimento de carne para canhão” (7).

Pouco depois, os cuidados de saúde prestados à mãe e à criança ganharam uma legitimidade intrínseca, para além dos interesses militares e económicos. O envolvimento crescente de diversas autoridades – médicas e laicas, governamentais e de solidariedade – reflectiam as crescentes expectativas e o activismo político da sociedade civil (7). Os movimentos de trabalhadores, as associações de mulheres e as organizações profissionais e de solidariedade comprometeram-se com a causa da saúde da mulher e da criança de variadas formas. Por exemplo, a Organização Internacional do Trabalho propôs padrões legais para a protecção da maternidade no emprego em 1919; o *New York Times* publicou artigos sobre a mortalidade materna no início da década de 30; em 1938, a Carta das Mães foi proclamada por 60 associações locais no Reino Unido. Apoiada por um grande número de relatórios oficiais, a saúde materno-infantil tornou-se uma prioridade para os ministérios da saúde. Os programas de saúde materno-infantil transformaram-se num paradigma da saúde pública, a par da batalha contra as doenças infecciosas (8).

Estes programas começaram realmente a ganhar terreno após a Segunda Grande Guerra. Os acontecimentos globais aumentaram o interesse público pelo papel e pelas responsabilidades dos governos; a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, elaborada pelas recém-formadas Nações Unidas, garantia a sua obrigação de prestar “assistência e cuidados especiais” às mães e às crianças (9). Isto veio acrescentar uma dimensão moral e internacional à questão da saúde das mães e crianças, representando um enorme passo em frente relativamente às preocupações políticas e económicas de há 50 anos atrás.

Uma das principais funções atribuídas à Organização Mundial da Saúde (OMS) na sua Constituição de 1948 era “promover a saúde e o bem-estar da criança e da mãe” (10). Nos anos 50, os planos nacionais de saúde e as políticas das agências de desenvolvimento eram unânimes em sublinhar que as mães e as crianças constituíam grupos particularmente vulneráveis e, por isso, eram “alvos” prioritários das acções de saúde pública. A ideia de que as mães e as crianças eram grupos vulneráveis também esteve no cerne do movimento de cuidados de saúde primários lançado em Alma-Ata (hoje Almaty, no Cazaquistão), em 1978. A primeira grande tentativa de aumentar largamente o âmbito dos cuidados de saúde nas zonas rurais veio intensificar os

programas de saúde materno-infantil, que se centravam em iniciativas para aumentar a cobertura da vacinação e para resolver problemas de malnutrição, diarreia e doenças respiratórias. Na prática, os programas de saúde infantil eram, habitualmente, o principal – e muitas vezes o único – conteúdo programático das primeiras tentativas de implementar cuidados de saúde primários (11).

O MOMENTO PRESENTE: UM IMPERATIVO MORAL E POLÍTICO

Os primeiros desenvolvimentos em cuidados de saúde primários poderão ter tido um âmbito reduzido, mas entre os seus méritos conta-se o facto de terem lançado as sementes para a relação entre a saúde e o desenvolvimento e para um amplo debate da sociedade civil sobre as desigualdades. As más condições de vida das mães e das crianças começaram rapidamente a ser vistas como muito mais do que uma questão de vulnerabilidade biológica. O Pedido de Acção a Favor da Maternidade Segura, de 1987, perspectivava-as explicitamente como um problema “profundamente enraizado nos deletérios ambientes sociais, culturais e económicos da sociedade, sobretudo o ambiente que as sociedades criam para as mulheres” (12). A Caixa 1.1 relembra alguns dos mais importantes marcos no estabelecimento dos direitos das mulheres e das crianças.



WHO Archives: WHO12, SEARO 211

Os programas de saúde infantil estiveram no centro das primeiras tentativas de implementação dos cuidados de saúde primários. Tailândia. Uma enfermeira de saúde pública vê como uma mãe pesa o seu bebé.

Caixa 1.1 Marcos no desenvolvimento dos direitos das mulheres e crianças

No século XX, celebraram-se vários tratados internacionais que responsabilizavam os países signatários pelos direitos humanos dos seus cidadãos. Nas duas últimas décadas, os organismos das Nações Unidas, bem como os tribunais regionais, nacionais e internacionais têm vindo a focar cada vez mais os direitos humanos das mulheres e das crianças.



Nesta visão mais politizada, a relativa falta de poder de decisão das mulheres e a desigualdade das suas condições de acesso ao emprego, à economia, à educação, aos cuidados básicos de saúde e a outros recursos são consideradas causas da insegurança da sua saúde e dos seus filhos. A má nutrição nas raparigas, o início prematuro da actividade sexual e a maternidade na adolescência têm consequências no bem-estar durante e após a gravidez, tanto para as mães como para as crianças. Milhões de mulheres e respectivas famílias vivem num ambiente social que as impede

Caixa 1.2 Porquê investir dinheiros públicos na saúde da mãe e da criança?

Os estados modernos garantem direitos de saúde às mães, recém-nascidos e crianças, com base nas convenções de direitos humanos. Assegurar-lhes o acesso aos cuidados tornou-se num imperativo moral e político, que também tem uma forte base racional.

Do ponto de vista da saúde pública, um importante critério para o estabelecimento de prioridades e financiamento público é a existência de pacotes de intervenção custo-efectivos. Esses pacotes estão bem documentados, no que respeita à saúde da mãe e da criança (14, 15). Mas o custo-efectividade é apenas um dos critérios para o investimento público. Outros critérios frequentemente utilizados incluem: a geração de outros ganhos em saúde; a produção de bens públicos e a regra de retorno; o potencial para aumentar a equidade e evitar as despesas catastróficas (16). Qualquer destes critérios pode ser condição suficiente para o investimento público por si. Quando está presente mais do que um, como acontece nas intervenções da saúde materna e infantil, os motivos para o financiamento público são ainda mais fortes.

Os cuidados de saúde às mães e crianças dão origem a óbvios ganhos suplementares, através da vacinação e do tratamento das doenças contagiosas da infância e através do incremento da saúde infantil, que decorre de uma melhor saúde materna. Tem havido pouca investigação sistemática sobre o capital humano, social e económico gerado pela melhoria da saúde das mães e crianças; no entanto, as perdas relacionadas com a doença são bem claras.

A saúde das mães é um factor essencial para a saúde das crianças, afectando assim, indirectamente, a formação de capital humano. As crianças órfãs de mãe morrem mais frequentemente, estão em maior risco de malnutrição e têm menos probabilidades de frequentar a escola (17, 18). Os filhos de mulheres doentes ou malnutridas durante a gravidez têm maiores probabilidades de nascer com pouco peso

(19–21) e fraco potencial de desenvolvimento (19, 22–24). As crianças que nascem com baixo peso, por sua vez, correm maior risco de morrer, de contrair infecções e de sofrer atrasos no crescimento (25), têm resultados mais baixos nos testes cognitivos (26–28) e podem correr maior risco de desenvolver doenças crónicas na idade adulta (29, 30).

As crianças saudáveis constituem a base de formação do capital humano. As doenças infantis e a malnutrição reduzem o desenvolvimento cognitivo e o desempenho intelectual (31–33), diminuindo também a percentagem de matrículas e de assistência escolares (34, 35), o que compromete a realização educacional. O retardamento do crescimento intra-uterino e a malnutrição durante o início da infância têm efeitos a longo prazo na estatura e na força corporal (36, 37), com implicações na produtividade na idade adulta.

Para além disto, com a morte ou a doença de uma mulher, a sociedade perde um membro cujo trabalho e actividades são essenciais para a vida e a coesão das famílias e das comunidades. As mães saudáveis têm mais tempo e estão mais disponíveis para a interacção social e para a criação de laços, que constituem o pré-requisito do capital social. Têm também um papel fundamental ao cuidarem dos que estão doentes.

Os custos económicos da falta de saúde materna e infantil são altos (38); as poupanças substanciais na despesa futura podem ser atingidas através dos programas de planeamento familiar (39, 40) e de intervenções para melhorar a saúde materna e infantil a longo prazo. Os ganhos resultantes em capital humano e social traduzem-se em benefícios económicos a longo prazo (41). Existem provas de que há retornos económicos para o investimento na vacinação (42), nos programas de nutrição (41, 43), nas intervenções para reduzir o baixo peso à nascença (36), assim como nos programas integrados de desenvolvimento social e de saúde (44, 45).

Os programas de saúde materna e infantil são também os principais candidatos ao financiamento público porque produzem bens públicos. Embora muitas intervenções de saúde materna e infantil possam ser classificadas de benefícios restritos, um programa abrangente também inclui componentes como a informação sobre contracepção, saúde e direitos sexuais, amamentação e cuidados infantis, que naturalmente constituem benefícios públicos. Para além disso, a regra do retorno, que dá prioridade às intervenções para salvar vidas, aplica-se a muitas intervenções de saúde materno-infantil.

Finalmente, o financiamento público dos cuidados de saúde materno-infantil justifica-se com base na equidade. A maternidade e a infância constituem períodos de particular vulnerabilidade, que requerem “cuidados e assistência especiais” (19); são também períodos de grande vulnerabilidade porque as mulheres e as crianças têm mais probabilidade de serem pobres. Embora seja escassa a documentação que demonstra a sua sobre-representação entre os pobres (46), as mulheres estão mais sujeitas ao desemprego, aos salários baixos, a um menor acesso à educação e a outros recursos, assim como a um poder de decisão mais restrito, o que limita o seu acesso aos cuidados. O investimento público na saúde materno-infantil justifica-se plenamente para corrigir estas desigualdades.

Além disto, quando as mulheres e crianças representam uma grande percentagem das pessoas pobres, subsidiar serviços de saúde que lhes sejam destinados pode ser uma estratégia eficaz de redistribuir os rendimentos e aliviar a pobreza (14). O défice de saúde das mães e das crianças e, em particular, a ocorrência de graves problemas obstétricos, é em larga medida imprevisível, podendo levar a despesas tão pesadas (47) que causem a pobreza das famílias. O risco destas despesas impede muitas vezes o recurso aos cuidados em tempo útil – um importante argumento, técnico e politicamente, para o investimento público.

de procurar e gozar de boa saúde. Muitas vezes, as mulheres têm um acesso limitado à educação, à informação e aos novos conhecimentos, que poderiam poupá-las a sucessivas maternidades e salvar-lhes a vida durante o parto. Elas podem não ter qualquer poder de decisão sobre o uso de contraceptivos ou o local onde dar à luz. Também é frequente terem relutância em recorrer aos serviços de saúde onde se sentem ameaçadas e humilhadas pelos funcionários, ou forçadas a aceitar tratamentos que vão contra os seus valores e costumes (13). A pobreza, as tradições culturais e as barreiras legais restringem o seu acesso aos recursos financeiros, o que dificulta ainda mais a procura de cuidados de saúde para si próprias ou para os filhos. A injustiça desta situação torna óbvio que a saúde das mães e das crianças é uma questão de direitos, assim como de luta diária para assegurar esses direitos.

A transição para a preocupação com os direitos das mulheres e crianças foi acelerada pela Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, que teve lugar no Cairo, no Egipto, em 1994. Da conferência resultou um plano de acção para 20 anos, centrado no acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva (nos quais os cuidados de saúde materno-infantil passaram a ser incluídos como um subgrupo) e assente em direitos e escolhas individuais. Esta mudança de perspectiva é importante, na medida em que altera os princípios básicos sobre o investimento na saúde das mães e crianças.

Hoje em dia, há mais conhecimento do que antes sobre aquilo que influencia a saúde da mãe e da criança e sobre as intervenções que originam melhorias eficazes a baixo custo. Este conhecimento torna o investimento mais bem sucedido, pelo que a não



Rafiqur Rahman/Reuters

A saúde da mãe e da criança é agora vista como uma questão de direitos, de poderes e de luta quotidiana para assegurar esses poderes

prestação de cuidados é ainda menos aceitável. A saúde da mãe e dos filhos satisfaz os critérios clássicos para o estabelecimento de prioridades em saúde pública (ver Caixa 1.2). Contudo, por mais convincentes que sejam estes argumentos, eles falham em dois aspectos vitais.

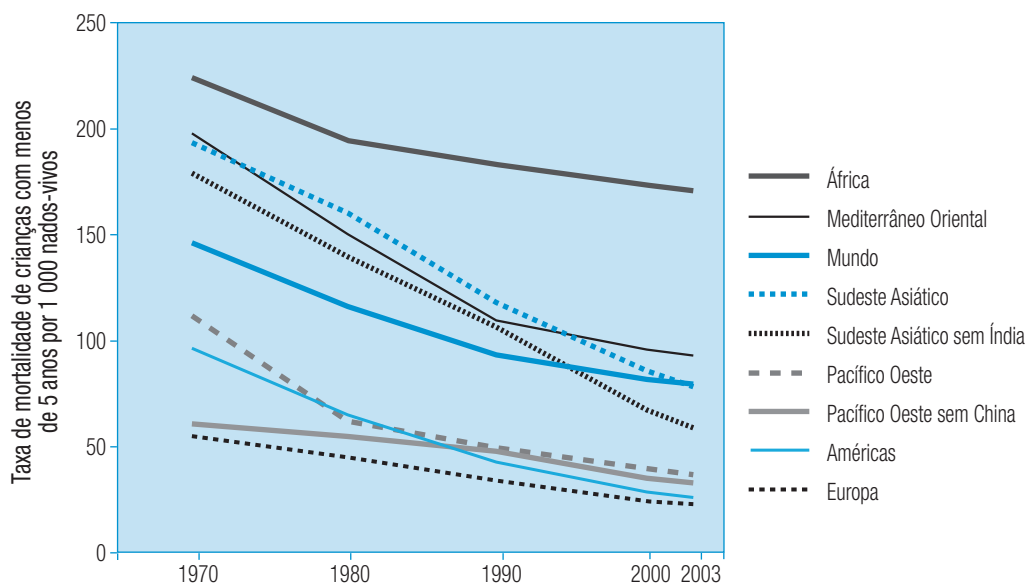
Em primeiro lugar, as crianças são o futuro da sociedade, e as suas mães as guardiãs desse futuro. As mães fazem muito mais do que prestar cuidados e construir o lar, tarefas que já são frequentemente desvalorizadas. Elas transmitem a história cultural das famílias e das comunidades, juntamente com as normas sociais e as tradições. As mães influenciam os primeiros comportamentos e estabelecem padrões de vida que não só determinam o futuro desenvolvimento e a saúde dos seus filhos, como inclusivamente modelam as próprias sociedades. Por essa razão, a sociedade considera a saúde da mãe e da criança como um valor em si mesmo, e não apenas como um contributo para a saúde da nação (48).

Em segundo lugar, poucas consequências das injustiças sociais são tão prejudiciais como aquelas que afectam a saúde e a sobrevivência das mulheres e crianças. Para os governos que assumem seriamente a sua função de reduzir as desigualdades e redistribuir a riqueza, melhorar as condições de vida e garantir o acesso a cuidados de saúde às mães e aos seus filhos é um bom começo. Melhorar a sua saúde está no centro da preocupação mundial de reduzir a pobreza e as desigualdades sociais.

A MÃE, A CRIANÇA E OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO

No seu Relatório para a Cimeira do Milénio, o Secretário-Geral das Nações Unidas, Kofi Annan, pediu à “comunidade internacional, ao mais alto nível – os Chefes de Estado e de Governo convocados para a Cimeira do Milénio –, que assumisse o objectivo de reduzir para metade o número de pessoas a viver em condições de extrema pobreza, o que significaria libertar 1 bilião de pessoas dessas condições, até 2015” (49). Solicitou ainda que não fossem poupados quaisquer esforços para que esse objectivo fosse

Figura 1.1 Progresso mais lento na redução da mortalidade infantil: África cada vez mais longe



atingido na data estabelecida, em todas as regiões e em todos os países. A Declaração do Milénio (50), que surgiu após uma década de “estagnação e deterioração sem precedentes” (51), apresenta oito Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), cada um com as suas metas numéricas e indicadores de avaliação do progresso. Os ODM galvanizaram os países e a comunidade internacional, levando-os a uma parceria global, que, pela primeira vez, estabeleceu um compromisso articulado entre países ricos e pobres, de modo a combater um conjunto de diferentes dimensões de pobreza e desigualdade de forma concertada e integrada.

A agenda para a saúde está bem patente nos ODM: aparece explícita em três dos oito objectivos, em oito das 18 metas e em 18 dos 48 indicadores. Esta ênfase na saúde reflecte o consenso global de que o défice de saúde é em si mesmo uma dimensão importante da pobreza. A doença contribui para o aumento da pobreza. Melhorar a saúde é uma condição para o combate à pobreza e para o desenvolvimento. A melhoria sustentável da saúde depende da diminuição da pobreza e da redução das desigualdades.

Não é por acaso que a formulação das metas e indicadores dos ODM revelam uma prioridade especial concedida à saúde e ao bem-estar das mulheres, mães e crianças. A saúde das mães e das crianças está claramente na agenda internacional, ainda que o acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva não seja um dos objectivos específicos da Declaração do Milénio. Globalmente, estamos a fazer progressos para atingir os ODM no que respeita à saúde materno-infantil. O sucesso está, no entanto, comprometido pela persistência de taxas de mortalidade infantil inaceitáveis e pela crescente desigualdade nos índices de saúde materno-infantil e no acesso aos cuidados de saúde pelo mundo fora.

GANHOS DESIGUAIS EM SAÚDE INFANTIL

Ser saudável significa muito mais do que sobreviver apenas. Porém, as taxas de mortalidade das crianças até aos cinco anos de idade são um bom indicador do progresso efectuado – ou da trágica falta dele. As taxas de mortalidade até aos cinco anos caíram em todo o mundo, ao longo das últimas décadas do século XX: de 146 por 1000, em 1970, para 79 por 1000, em 2003. Desde 1990, esta taxa caiu cerca de 15%, o que se traduz em mais de dois milhões de vidas poupadas só em 2003. No final do milénio, contudo, a tendência decrescente global mostrava sinais de abrandamento. Entre 1970 e 1990, a taxa de mortalidade até aos cinco anos caiu cerca de 20% em cada década; entre 1990 e 2000 foi reduzida apenas em 12% (ver Figura 1.1).

As médias globais também escondem importantes diferenças regionais. O abrandamento do progresso começou nos anos 80, nas regiões OMS de África e do Pacífico Oeste, e durante a década de 90, nas regiões do Leste Mediterrânico. As regiões africanas começaram nos índices mais elevados, tiveram as mais baixas reduções (cerca de 5%, por década, entre 1980 e 2000) e o abrandamento mais acentuado. Ao contrário, na região OMS das Américas, no Sudeste Asiático e nas regiões europeias, o progresso manteve-se ou aumentou.

Isto significa que as diferenças entre as regiões estão a acentuar-se. A mortalidade infantil até aos cinco anos é agora sete vezes mais elevada na região africana do que na região europeia; a taxa era “apenas” de 4.3 mais alta em 1980 e 5.4 em 1990. A mortalidade infantil está cada vez mais concentrada na região africana (43% do total global em 2003, mais de 30% em 1990). Uma vez que 28% da mortalidade infantil ainda acontece no Sudeste Asiático, duas das seis regiões OMS – África e Sudeste

Asiático – contam com mais de 70% de todas as mortes infantis. Ou, perspectivando as coisas de forma diferente, mais de 50% de todas as mortes infantis estão concentradas apenas em seis países: a China, a República Democrática do Congo, a Etiópia, a Índia, a Nigéria e o Paquistão.

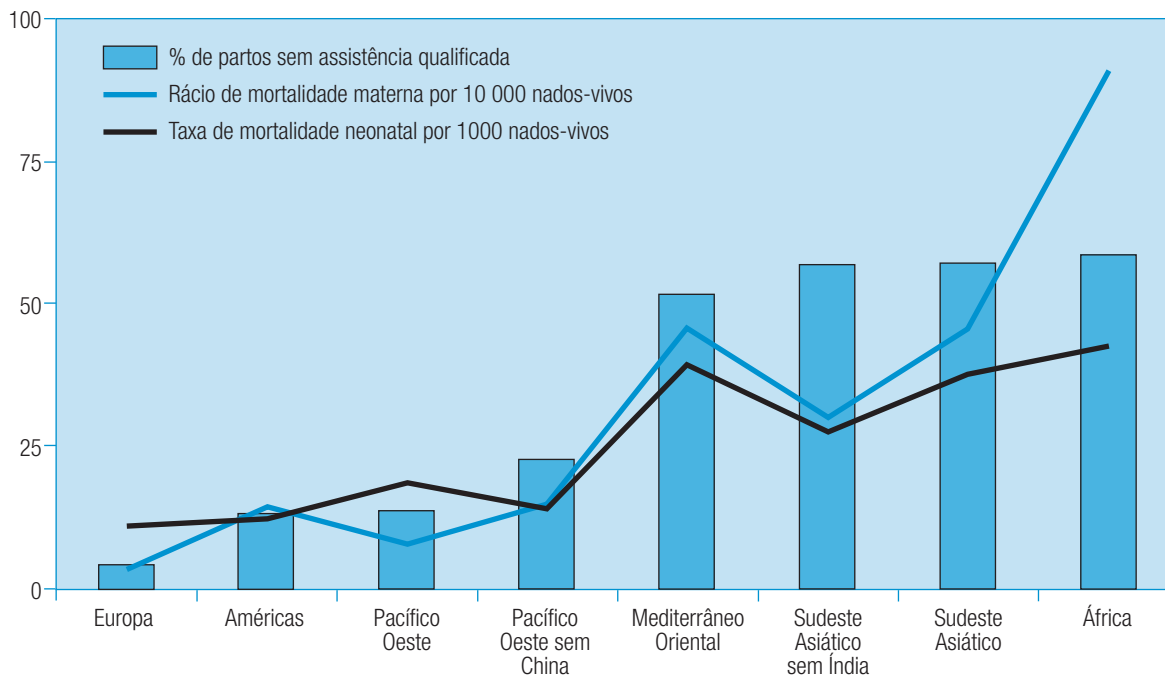
A sorte das crianças do mundo também tem sido diferente em termos do seu estado nutricional. De uma maneira geral, as crianças são hoje mais bem alimentadas: entre 1990 e 2000, a prevalência global do raquitismo e do baixo peso decresceu 20% e 18%, respectivamente. Todavia, as crianças da Ásia central e do sul continuam a sofrer de elevados níveis de malnutrição, e nas regiões da África Subsariana o número de crianças raquíticas ou com baixo peso aumentou no mesmo período (52).

AS MORTES DE RECÉM-NASCIDOS QUE PASSARAM DESPERCEBIDAS

Para haver mais progressos na redução da mortalidade infantil, é necessário concertar esforços que reduzam significativamente o número de mortes neonatais. As primeiras estimativas de mortalidade neonatal, feitas em 1983 (53), resultaram do uso de dados históricos, e considera-se que dão apenas uma vaga ideia da magnitude do problema. Para 1995 e 2000, foram disponibilizadas estimativas mais rigorosas. Estas são baseadas em estudos demográficos nacionais e em modelos estatísticos. As novas estimativas revelam que o fardo da mortalidade infantil é bem maior do que muitas pessoas pensam.

Todos os anos, cerca de quatro milhões de recém-nascidos morrem antes de atingir as quatro semanas: 98% destas mortes ocorrem nos países em vias de desenvolvimento. A morte de recém-nascidos representa agora cerca de 40% do número total de

Figura 1.2 Relação da mortalidade neonatal e materna com a ausência de assistência qualificada durante o parto



mortes em crianças com menos de cinco anos de idade, em termos globais, e mais de metade da mortalidade infantil (54, 55). As taxas mais altas verificam-se nas regiões da África Subariana e na Ásia. Dois terços das mortes neonatais ocorrem nas regiões da África da OMS (28%) e no Sudeste Asiático (36%) (56). O fosso entre os países ricos e os países pobres é cada vez maior: a mortalidade neonatal é agora 6.5 vezes mais baixa nos países de elevado rendimento do que nos outros. Em África, o risco de uma mulher perder um filho recém-nascido durante a sua vida é agora de 1 em 5, proporção que é de 1 em 125 nos países mais desenvolvidos (57).

As figuras acima não contemplam os 3.3 milhões de nados-mortos por ano. Os dados sobre os nados-mortos são ainda mais reduzidos do que os relativos às mortes dos recém-nascidos. Isto não surpreende, se considerarmos que apenas 14% dos nascimentos no mundo são registados. Tanto os nados-vivos como os nados-mortos são em número superior àquele que é reportado; e ainda é mais provável a não notificação das mortes fetais, em particular das mortes fetais em fase inicial.

Apesar de o fardo dos nados-mortos e da mortalidade neonatal ser muito substancial, em muitos casos é apenas uma parte do problema, já que as condições que contribuem para essas situações também causam graves incapacidades, muitas vezes para toda a vida. Por exemplo, todos os anos, mais de um milhão de crianças que sobrevivem à asfixia intraparto vêm a ter problemas como a paralisia cerebral, dificuldades de aprendizagem ou outras incapacidades (58). Por cada recém-nascido que morre, pelo menos 20 outros sofrem de lesões durante o parto, infecções, complicações devidas a prematuridade de parto e outras condições neonatais. As suas famílias não estão normalmente preparadas para estas tragédias e são profundamente afectadas.

A saúde e a sobrevivência das crianças recém-nascidas está intimamente ligada à das suas mães. Em primeiro lugar, porque as mães mais saudáveis têm bebés mais saudáveis; em segundo, porque as condições de poucos ou nenhuns cuidados recebidos durante a gravidez, o parto e o período pós-parto serão também, em princípio, as que o bebé recém-nascido irá ter. A Figura 1.2 mostra que tanto as mães como os recém-nascidos têm uma maior hipótese de sobrevivência quando são assistidos por pessoas qualificadas durante o parto.

Caixa 1.3. Uma inversão da mortalidade materna no Malawi

O Malawi é um país que testemunhou uma inversão significativa na mortalidade materna: de 752 mortes maternas por cada 100 000 nados-vivos, em 1992, passou para 1120, em 2000, de acordo com os Estudos Demográficos e de Saúde do Malawi. Segundo inquéritos confidenciais sobre as mortes maternas nas unidades de saúde, em 1989 e 2001, três factores terão contribuído para este aumento. Primeiro, houve um significativo aumento proporcional de mortes causadas pela SIDA. Isto não surpreende, dado que a prevalência nacional do VIH já atingiu os 8.4%. Segundo, houve menos mães a dar à luz em unidades de saúde: a proporção diminuiu de 55% para

43%, entre 2000 e 2001. Terceiro, a qualidade dos cuidados prestados nas unidades de saúde deteriorou-se. Entre 1989 e 2001, a proporção de mortes associadas a deficiências nos cuidados de saúde aumentou de 31% para 43%. Em 2001, apenas uma mãe em cada quatro das que morreram no hospital tinha recebido cuidados *standard*. Diagnósticos errados (11% das mortes), atrasos no início do tratamento (19%), tratamento inadequado (16%) ou falta de sangue para transfusões (18%): cuidados hospitalares deficientes constituíram o principal factor evitável em 38% das mortes.

A diminuição da cobertura e a perda de qualidade dos cuidados estão relacionadas com a

situação deteriorada dos recursos humanos (ela mesma não independente da epidemia do VIH/SIDA). Em zonas remotas, uma única parteira tem de gerir todo o centro de saúde rural e vê-se obrigada a trabalhar dia e noite, sete dias por semana. Uma maternidade em cada 10 está encerrada por falta de pessoal. Os hospitais também sofrem de uma grave escassez de parteiras, e são funcionárias sem quaisquer qualificações, até da limpeza, que muitas vezes assistem aos partos. A escassez de pessoal nas maternidades tem efeitos catastróficos e está a piorar rapidamente; as hipóteses de as mulheres do Malawi darem à luz num ambiente seguro estão, conseqüentemente, a diminuir.

POUCOS SINAIS DE DESENVOLVIMENTO NA SAÚDE MATERNA

A gravidez e o parto, bem como as suas consequências, ainda são as principais causas de morte, doença e incapacidade entre as mulheres em idade reprodutiva nos países em vias de desenvolvimento – mais do que qualquer outro problema de saúde individual. Mais de 300 milhões de mulheres nos países em vias de desenvolvimento são actualmente afectadas por doenças causadas, a curto ou a longo prazo, pela gravidez e pelo parto; 529 000 morrem todos os anos (68 000 das quais em virtude de uma interrupção da gravidez feita sem condições de segurança), deixando para trás crianças que serão mais susceptíveis de morrer por terem ficado órfãs de mãe (59).

Tem havido poucos sinais de melhorias a nível global neste tipo de situação. Contudo, desde as décadas de 60 e 70, alguns países conseguiram reduzir para metade a mortalidade materna, num período de 10 anos ou até menos. Um reduzido número de países, como a Bolívia e o Egipto, conseguiram-no nos últimos anos. Outros países parecem ter assistido a uma regressão (ver Caixa 1.3). Histórias recentes de sucesso em termos de saúde materna são ouvidas menos frequentemente do que em termos de saúde infantil. Isto deve-se, em parte, ao facto de os resultados levarem mais tempo a ser notados e, em parte, ao facto de as mudanças na mortalidade materna serem bem mais difíceis de medir com as fontes de informação que possuímos actualmente.

Caixa 1.4. Contar nascimentos e mortes

Se ninguém contabilizar os seus nascimentos e as suas mortes, as mulheres e as crianças simplesmente não contam (61). As taxas de mortalidade correspondem muitas vezes a estimativas grosseiras cuja fiabilidade é variável. Isto acontece porque as formas de estimar a mortalidade estão longe da perfeição e, em muitos casos, é dada prioridade insuficiente à obtenção dessas informações vitais.

Muitas vezes, presume-se que os números citados de mortes infantis e maternas dependem de **estatísticas dos hospitais**. Mas, para além dos problemas da manutenção dos sistemas de recolha de dados, apenas uma fracção dos acontecimentos tem lugar em unidades de saúde. A informação dos hospitais é actualmente a fonte de dados mais imperfeita no que respeita aos nascimentos e às mortes.

A melhor abordagem para fazer estimativas da mortalidade materna e infantil é contabilizar os nascimentos e as mortes através de **sistemas de registo**. Contudo, em muitos países em desenvolvimento esses sistemas ainda são incompletos. Os nascimentos e mortes que são registados constituem uma sub-representação da população rural e das pessoas mais carenciadas em termos socioeconómicos. Em 47 países, menos de 50% da população regista as respectivas mortes. Assim, uma taxa de mortalidade neonatal, por exemplo, pode ser calculada apenas em 72 países – menos de 14% dos nascimentos no mundo. As definições internacionalmente recomendadas sobre o que constitui uma morte materna nem sempre são usadas (62, 63). Por isso, as taxas calculadas, sobretudo na Ásia Central, nem sempre são comparáveis entre países (64). Os sistemas

de registo são actualmente ainda menos satisfatórios para calcular a mortalidade materna. Determinar a causa de morte e relacioná-la com a gravidez é difícil, sobretudo quando a maior parte das mortes acontece em casa. A classificação errada ou a contagem insuficiente é frequente em países com sistemas de registo em funcionamento – entre 17% e 63% (65) – e muito mais naqueles onde esses sistemas cobrem apenas uma parte da população.

Muitos países em desenvolvimento, onde os nascimentos e as mortes não são contabilizados rotineiramente, procedem a **estudos baseados em amostras**, fazendo perguntas às mulheres sobre o seu historial de partos, sobre o número de filhos falecidos e sobre quando e em que idade a sua morte ocorreu. Desses levantamentos é que resultam as estimativas de mortalidade infantil. Muitas vezes bastante consistentes, elas podem ser influenciadas ou inexactas quando os estudos não têm uma boa amostra e não são representativos da totalidade da população. A informação relativa à morte de uma criança cuja mãe também morreu simplesmente não pode ser recolhida. Muitas vezes, as mães não sabem as datas exactas do nascimento ou podem não conseguir ou não querer lembrar-se da data em que um filho faleceu. A plenitude e o rigor dependem em larga medida das competências e da sensibilidade cultural do entrevistador. Infelizmente, muitas vezes não é possível avaliar a qualidade dos dados destes levantamentos no domínio público.

A mortalidade materna é ainda mais difícil de calcular através de estudos de amostragem. A informação tem de ser recolhida junto dos familiares. Geralmente, pergunta-se às mulhe-

res se as suas irmãs morreram durante o parto ou pouco tempo depois (66). Isto pressupõe que cada mulher que morreu ao dar à luz tinha uma irmã, que a sua irmã está viva para contar a história, que sabe que a irmã morreu, e que sabe a idade da sua irmã e do seu estado de gravidez aquando da morte. Uma vez que as mortes maternas são estatisticamente raras, é difícil obter dados sobre mortes suficientes para calcular o rácio de mortalidade materna com fiabilidade e precisão, sem recorrer a estudos mais dispendiosos, como é um estudo de mortalidade em idade reprodutiva (60). Como consequência, os índices e as tendências são muitas vezes bastante difíceis de interpretar.

Nos países onde os registos não estão completos e onde não foram efectuados quaisquer estudos, a única opção que resta para avaliar a mortalidade é construir uma **estimativa modelada**. Trata-se de um processo de extrapolação, baseado em informação de países semelhantes ou vizinhos. Um total de 28 países utiliza apenas esse tipo de estimativas para a mortalidade neonatal; 62 fazem-no para a mortalidade materna. Estas estimativas modeladas devem ser tratadas com bastante cautela, mas podem ser a única informação disponível.

Pela primeira vez, este *Relatório Mundial de Saúde* apresenta, separadamente, quadros com as estimativas de mortalidade por país, resultantes de estudos ou de registos, e quadros para todos os países com estimativas por país, que foram modeladas e padronizadas. Estas estimativas encontram-se nos Quadros Anexos 2a, 2b e 8.

Nos dias de hoje, como seria de prever, a maior parte da mortalidade materna ocorre nos países mais pobres. As mortes são mais numerosas em África e na Ásia. A percentagem nos países de elevado rendimento é de menos de 1%. A mortalidade materna é, de longe, mais alta em África, onde o risco de morte materna ao longo da vida é de 1 em 16, comparativamente a 1 em 2800, nos países ricos.

A informação sobre a mortalidade materna continua a ser um problema grave. No final da década de 70, menos de um país em vias de desenvolvimento em cada três podia apresentar dados – e estes dados provinham, normalmente, apenas de estatísticas parciais elaboradas nos hospitais. A situação melhorou nos últimos anos, mas os nascimentos e mortes nos países em desenvolvimento referem-se muitas vezes só a uma reduzida parte da população, excepto em alguns países asiáticos e da América Latina. A causa da morte é referida sistematicamente apenas em 100 países do mundo, cobrindo um terço da população mundial. É até difícil obter dados resultantes de estudos que sejam fiáveis e representativos a nível nacional. Em 62 países em desenvolvimento, incluindo a maior parte dos que têm índices muito altos de mortalidade, as únicas estimativas existentes baseiam-se em modelos estatísticos. A sua interpretação é ainda mais perigosa do que a dos estudos ou dos registos de óbito parciais. Os países que se baseiam em dados resultantes de modelação estatística apresentam 27% dos nascimentos mundiais. Na realidade, isto deixa de fora o destino de 36 milhões – 1 em cada 4 – de mulheres que dão à luz todos os anos.

Os desenvolvimentos graduais na disponibilização de dados, contudo, significam que hoje existe uma base de dados crescente sobre a mortalidade materna, por país. Desde 1990, um grupo de trabalho conjunto da OMS, do Fundo das Nações Unidas para as Crianças (UNICEF) e do Fundo das Nações Unidas para as Populações (FNUAP), tem vindo a avaliar e a resumir regularmente a informação disponível (60). Não tem sido possível, no entanto, avaliar as mudanças ocorridas ao longo do tempo de forma segura: a incerteza associada às estimativas sobre a mortalidade materna torna difícil concluir se a mortalidade tem aumentado ou diminuído, pelo que ainda não se pode determinar se houve alguma diminuição nos rácios de mortalidade materna.

Apesar disso, sente-se que houve algum progresso, o que é sugerido pelos indicadores que apontam para aumentos significativos na prestação de cuidados durante a gravidez e o parto em todas as regiões, excepto na África Subsariana, durante os anos 90. A proporção de nascimentos assistidos por uma pessoa especializada aumentou em 24% durante a década de 90, o número de cesarianas triplicou e os cuidados pré-natais subiram 21%. Dado que a assistência profissional é crucial para evitar mortes maternas, assim como para melhorar a saúde materna, é provável que os rácios de mortalidade materna estejam a decrescer em toda a parte, excepto nos países que entraram na década de 90 com os índices mais elevados. Nestes casos, situados sobretudo na África Subsariana, não tem havido quaisquer sinais de progresso.

UM MOSAICO DE EVOLUÇÃO, ESTAGNAÇÃO E REGRESSÃO

O abrandamento da melhoria dos indicadores globais, que tanto preocupa os dirigentes mundiais (67), esconde um quadro heterogéneo, em que se incluem os países que estão no bom caminho, os que mostram um progresso lento e os que estagnaram ou estão a regredir. À medida que os progressos acontecem, sobretudo nos países que já apresentam índices relativamente baixos de mortalidade infantil e materna, e em que os piores casos são de estagnação, o fosso entre os diferentes países tende naturalmente a aumentar.

Figura 1.3 Alterações nas taxas de mortalidade de menores de 5 anos, 1990–2003: países que apresentam evolução, estagnação ou inversão

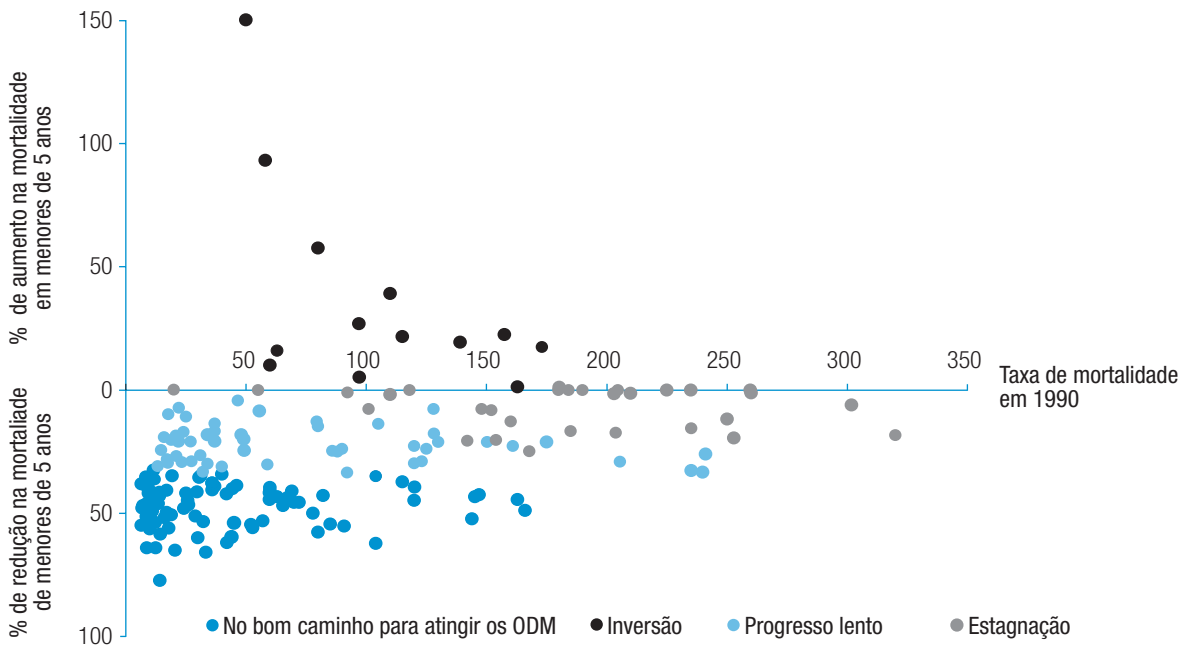


Figura 1.4 Padrões de redução das taxas de mortalidade de menores de 5 anos, 1990–2003

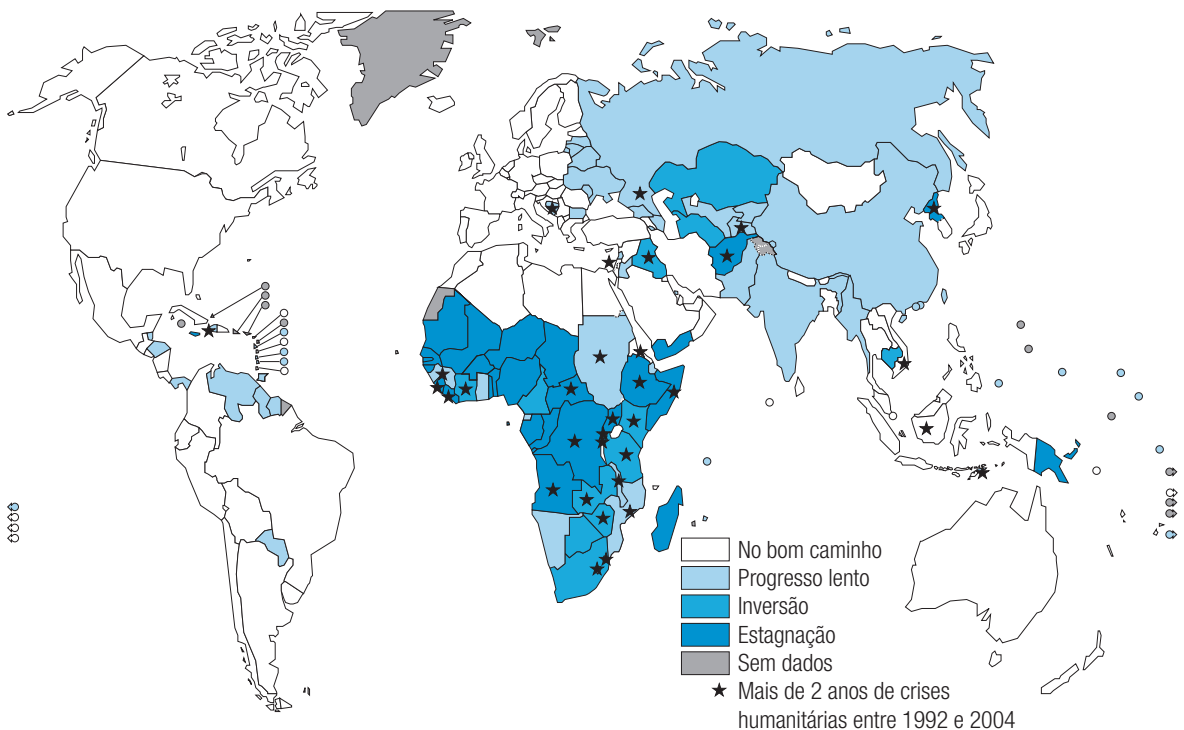


Figura 1.5 Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos em 2000

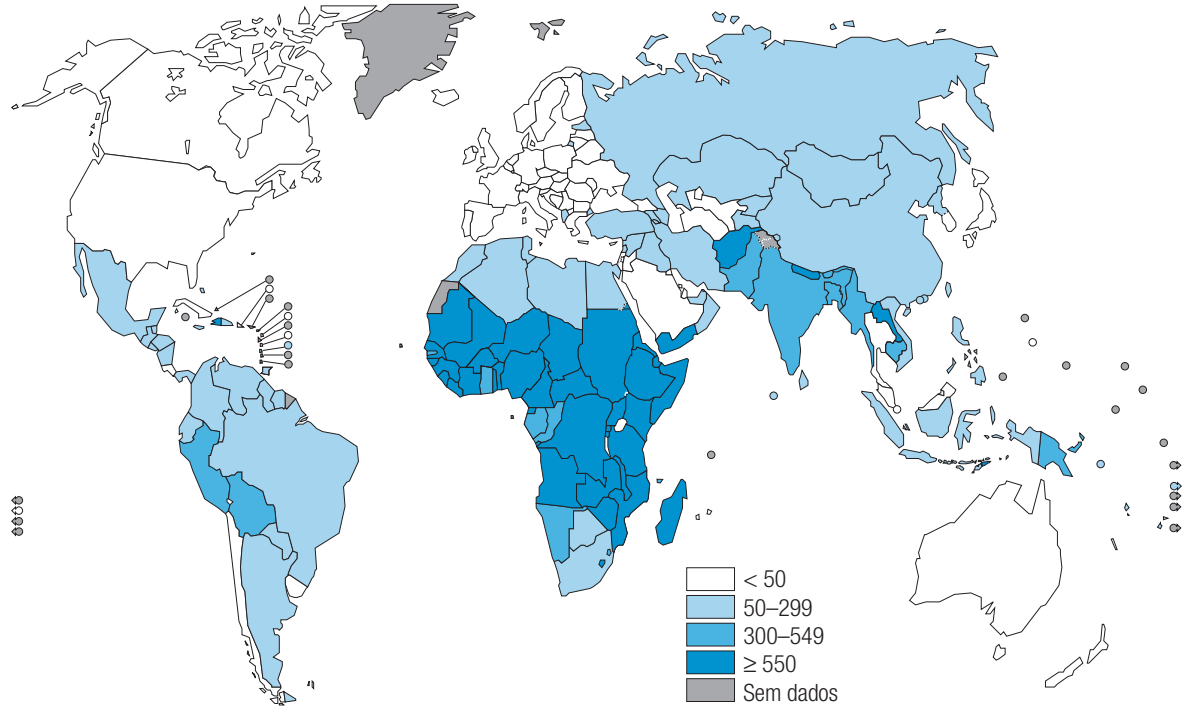
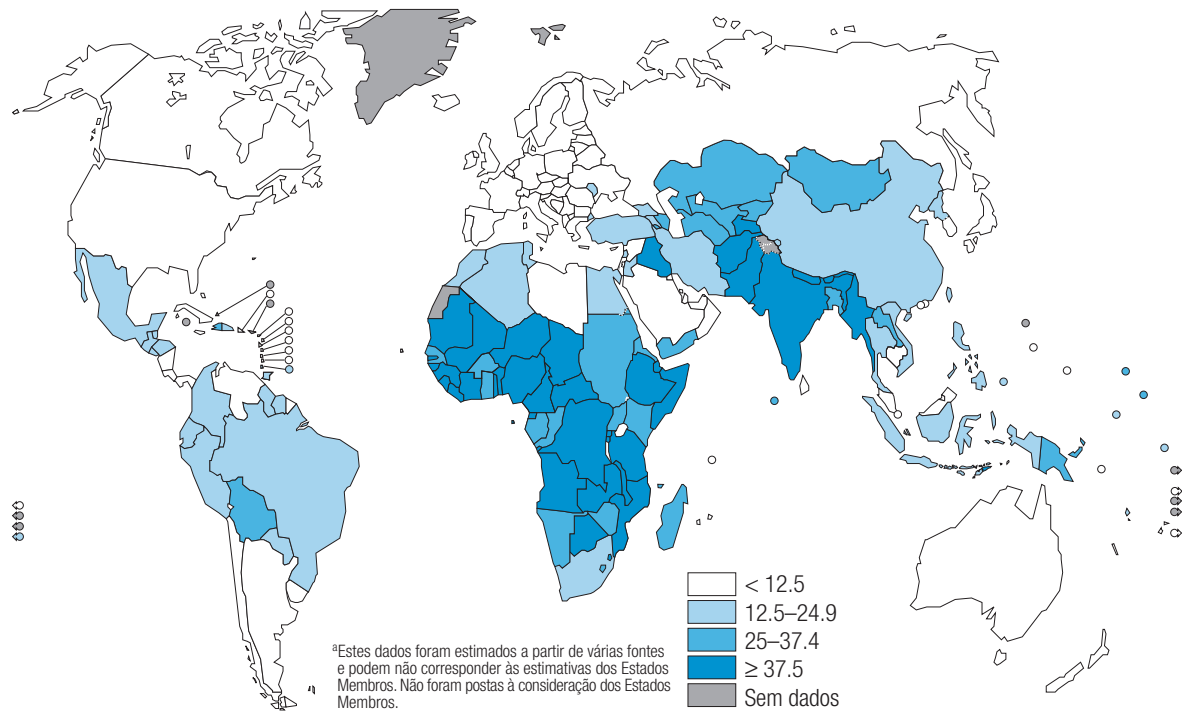


Figura 1.6 Taxa de mortalidade neonatal por 1000 nados-vivos em 2000^a



Quadro 1.1 Mortalidade neonatal e materna em países onde o declínio da mortalidade infantil estagnou ou regrediu

Declínio da mortalidade infantil (1990-2003)	N.º de países	População (2003) ^a	Média de nados-vivos por ano (2000-2005) ^a	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (1990) ^b	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (2003) ^b	N.º de mortes de menores de 5 anos (2003) ^a	Taxa de mortalidade neonatal (2000) ^b	N.º de mortes neonatais (2000) ^a	Rácio de mortalidade materna (2000) ^c	N.º de mortes maternas (2000) ^a
A progredir	30 (OCDE)	1 155 219 (18%)	14 980 (11%)	22	13	190.5 (2%)	7	110.5 (3%)	29	4.3 (1%)
	63 (não-OCDE)	1 386 579 (22%)	30 782 (23%)	78	39	1 200.5 (12%)	19	591.6 (15%)	216	65 (12%)
Progresso lento	51	3 011 922 (48%)	58 858 (44%)	92	72	4 185.5 (40%)	35	2 069.5 (52%)	364	212.9 (40%)
A recuar	14	241 209 (4%)	7 643 (6%)	111	139	1 046.9 (10%)	41	305.4 (8%)	789	59.9 (11%)
Estagnados	29	487 507 (8%)	20 678 (16%)	206	188	3 773.9 (36%)	47	921.3 (23%)	959	185.8 (35%)

^a Números em milhares

^b Por 1000 nados-vivos

^c Por 100 000 nados-vivos

Um total de 93 países, incluindo a maior parte daqueles que se encontram na faixa dos de alto rendimento, estão “no bom caminho”, no sentido de reduzir as suas taxas de mortalidade de crianças até aos cinco anos, verificadas em 1990, para dois terços, até 2015 ou antes. Estes países são os que já tinham as taxas mais baixas em 1990 (juntos, apresentavam uma taxa de 59 em 1990).

Um total de 51 outros países mostram sinais de um progresso mais lento: o número de mortes entre crianças menores de cinco anos está a descer e os índices de mortalidade têm caído, mas não tão rapidamente que atinjam um terço do seu nível de 1990 até 2015, a menos que o progresso seja significativamente acelerado durante os próximos 10 anos. Estes países tinham à partida índices consideravelmente mais altos do que aqueles que estão agora a evoluir melhor: uma taxa média de mortalidade infantil de menores de cinco anos de 92 por 1000.

Bem mais problemático é o caso dos 29 países cujas taxas de mortalidade estão a “estagnar” – onde o número de mortes continua a crescer, já que as pequenas reduções nas taxas de mortalidade são demasiado insignificantes para contrabalançarem o aumento dos nascimentos. Estes são os países que tinham os mais altos índices (207 em média) em 1990. Finalmente, existem 14 países em ritmo de “reco”, onde as taxas de mortalidade infantil de menores de cinco anos desceram para uma média de 111 em 1990, mas têm vindo a aumentar desde então. Durante a década de 90, havia mais países nessas condições do que durante as duas décadas anteriores juntas. Estes recuos também têm sido mais pronunciados do que no passado. Os países que apresentam regressão ou estagnação são na sua esmagadora maioria da região de África.

Este grupo de países¹, classificado de acordo com o progresso verificado na mortalidade de menores de cinco anos durante a década de 90, mostra uma situação cor-

¹ Sem dados disponíveis para cinco países

respondente, de uma maneira geral, à que se verificou em termos de saúde neonatal e materna. Apesar de não estarem disponíveis dados tendenciais, a mortalidade neonatal e materna é mais alta nos países que apresentam regressão e estagnação na mortalidade de menores de cinco anos (Ver Quadro 1.1 e Figuras 1.3–1.6).

OS NÚMEROS PERMANECEM ELEVADOS

À medida que a situação vai melhorando a um ritmo mais lento do que seria de esperar – e do que seria desejável – os ganhos em mortes evitadas são parcialmente contrabalançados pelo aumento demográfico. O número de mortes prematuras de mães e crianças pode estar a aumentar, pois, apesar de os índices diminuírem, o número de mães, de nascimentos e de crianças continua a aumentar. Mundialmente, o número de nascimentos subirá até 137 milhões por ano, por volta de 2015 (68): 3.5 milhões mais do que actualmente. Grande parte desse aumento terá lugar nas regiões da África Subsariana e em zonas da Ásia – como o Paquistão e o norte da Índia – onde o número de nascimentos continuará a subir até à década de 2020, mesmo que a fertilidade continue a diminuir. Estas são as regiões onde a protecção de adolescentes e mulheres jovens contra a gravidez prematura ou indesejada é mais desadequada, onde a mortalidade resultante de abortos praticados sem condições de segurança é mais evidente, onde dar à luz é mais perigoso e onde as crianças encontram maiores dificuldades de sobrevivência.

Por que razão é ainda necessário que este relatório sublinhe a importância de centrar a atenção na saúde das mães e das crianças, após décadas de estatuto prioritário, e mais de 10 anos depois da Conferência Internacional das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento? O progresso tornou-se mais lento e cada vez mais desigual, existindo um fosso cada vez maior entre os países ricos e pobres, bem como, muitas vezes, entre as pessoas ricas e pobres num mesmo país. Os motivos para esta desigualdade no progresso são analisados no próximo capítulo.

Referências

1. Loudon I. Childbirth. In: Bynum WF, Porter R, eds. *Companion encyclopedia of the history of medicine*. Londres e Nova Iorque, NY, Routledge, 1993:1050–1071.
2. Haines A, Cassels A. Can the Millennium Development Goals be attained? *BMJ*, 2004, 329:394–397.
3. Nullis-Kapp C. The knowledge is there to achieve development goals, but is the will? *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:804–805.
4. Dwork D. *War is good for babies and other young children*. Londres, Tavistock, 1987.
5. Budin P. La mortalité infantile de 0 à 1 na [Infant mortality from 0 to 1 year]. *L'Obstétrique*, 1903:1–44.
6. Ungerer RLS. *Começar de novo: Uma revisão histórica sobre a criança e o alojamento conjunto mãe-filho [Starting afresh: a historical overview of children and keeping mothers and newborns together in hospital]*. Rio de Janeiro, Papel Virtual Editora, 2000.
7. Baker S.J. *Fighting for life*. Nova Iorque, NY, MacMillan, 1939.
8. Van Lerberghe W, De Brouwere, V. Of blind alleys and things that have worked: history's lessons on reducing maternal mortality. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W., eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Antuérpia, ITG Press, 2001 (Studies in Health Organization and Policy, 17:7-33).
9. *United Nations Universal Declaration of Human Rights*. Nova Iorque, NY, United Nations, 1948.
10. Constitution of the World Health Organization, Article 2. Genebra, World Health Organization, 1948 (http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=Basicdoc&softpage=Browse_Frame_Pg42, acedido a 22 de Novembro de 2004).

11. Walsh JA, Warren K. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine*, 1979, 301:967–974.
12. Mahler H. The Safe Motherhood Initiative: a call to action. *Lancet*, 1987,1:668–670.
13. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. *Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest [Inhospitable medicine: difficult relations between carers and cared for in five West African capital cities]*. Paris, Karhala, 2003.
14. Jowett M. Safe Motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness. *Health Policy*, 2000, 53:201–228.
15. *The world health report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002.
16. Musgrove P. Public spending on health care: how are different criteria related? *Health Policy*, 1999, 47:207–223.
17. Strong MA. *The effects of adult mortality on infant and child mortality*. Artigo não publicado apresentado no Workshop do Comitê de População sobre as Consequências da Gravidez, Morbilidade e Mortalidade Maternas para as Mulheres, suas Famílias e para a Sociedade, Washington, DC, 19–20 Outubro de 1998.
18. Ainsworth M, Semali I. The impact of adult deaths on the nutritional status of children. In: *Coping with AIDS: the economic impact of adult mortality on the African household*. Washington, DC, World Bank, 1998.
19. Reed HE, Koblinsky MA, Mosley WH. *The consequences of maternal morbidity and maternal mortality: report of a workshop*. Washington, DC, National Academy Press, 1998.
20. Kramer MS. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 1987, 65:663–737.
21. Prada JA, Tsang RC. Biological mechanisms of environmentally induced causes of IUGR. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52(Suppl. 1):S21–S27.
22. Murphy JF, O'Riordan J, Newcombe RG, Coles EC, Pearson JF. Relation of haemoglobin levels in first and second trimesters to outcome of pregnancy. *Lancet*, 1986, 1(8488):992–995.
23. Zhou LM, Yang WW, Hua JZ, Deng CQ, Tao X, Stoltzfus RJ. Relation of hemoglobin measured at different times in pregnancy to preterm birth and low birth weight in Shanghai, China. *American Journal of Epidemiology*, 1998, 148:998–1006.
24. Meriadi M, Caulfield LE, Zavaleta N, Figueroa A, DiPietro JA. Adding zinc to prenatal iron and folate tablets improves fetal neurobehavioral development. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1999, 180:483–490.
25. Ferro-Luzzi A, Ashworth A, Martorell R, Scrimshaw N. Report of the IDECG Working Group on Effects of IUGR on Infants, Children and Adolescents: immunocompetence, mortality, morbidity, body size, body composition, and physical performance. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52(Supl. 1):S97–S99.
26. Grantham-McGregor SM. Small for gestational age, term babies, in the first six years of life. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52(Supl. 1):S59–S64.
27. Grantham-McGregor SM, Lira PI, Ashworth A, Morris SS, Assuncao AM. The development of low-birth-weight term infants and the effects of the environment in northeast Brazil. *Journal of Pediatrics*, 1998, 132:661–666.
28. Goldenberg R, Hack M, Grantham-McGregor SM, Schürch B. *Report of the IDECG/IUNS Working Group on IUGR: effects on neurological, sensory, cognitive, and behavioural function*. Lausanne, IDECG Secretariat, c/o Nestlé Foundation, 1999.
29. Barker DJP. *Mothers, babies and health in later life*, 2nd ed. Sydney, Churchill Livingstone, 1998.
30. Grivetti L, Leon D, Rasmussen K, Shetty PS, Steckel R, Villar J. Report of the IDECG Working Group on Variation in Fetal Growth and Adult Disease. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52(Suppl. 1):S102–S103.
31. Bhargava A. *Nutrition, health and economic development: some policy priorities*. Geneva, World Health Organization, 2001 (Commission on Macroeconomics and Health, CMH Working Paper Series, Paper No. WG1:14).
32. Scrimshaw NS. Malnutrition, brain development, learning, and behavior. *Nutrition Research*, 1998, 18:351–379.
33. Grantham-McGregor SM, Ani CC. *Undernutrition and mental development*. Lausanne, Nestlé, 2001 (Nutrition Workshop Series, Clinical Performance Programme, 5:1–14).

34. Alderman H, Behrman JR, Lavy V, Menon R. *Child nutrition, child health, and school enrollment: a longitudinal analysis*. Washington, DC, World Bank (Policy Research Department, Poverty and Human Resources Division), 1997.
35. Glewwe P, Jacoby HG, King EM. Early childhood nutrition and academic achievement: A longitudinal analysis. *Journal of Public Economics*, 2001, 81:345–368.
36. Alderman H, Behrman JR. *Estimated economic benefits of reducing low birth weight in low-income countries*. Washington, DC, World Bank, 2004 (Health, Nutrition and Population Discussion Paper).
37. Martorell R, Ramakrishnan U, Schroeder DG, Melgar P, Neufeld L. Intrauterine growth retardation, body size, body composition and physical performance in adolescence. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52(Suppl. 1):S43–S52.
38. Islam MK, Gerdtam U-G. *A systematic review of the estimation of costs-of-illness associated with maternal newborn ill-health*. Geneva, World Health Organization, 2004. Maternal-Newborn Health and Poverty (MNHP) Project.
39. Legislator's Committee on Population and Development. Family planning saves lives and P303 million for the Philippine Government. *People Count*, 1993, 3:1–4.
40. Martinez Manautou J. *Análisis del costo beneficio del programa de planificación familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (impacto económico) [Cost-benefit analysis of the Mexican Social Security Institute's family planning programme (economic impact)]*. Cidade do México, Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica, 1987.
41. Belli PC, Appaix O. *The economic benefits of investing in child health*. Washington, DC, World Bank, 2003 (Health, Nutrition and Population Discussion Paper).
42. Karoly LA, Greenwood PW, Everingham SS, Houbé J, Kilburn MR, Rydell CP et al. *Investing in our children, what we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions*. Santa Mónica, CA, RAND Corporation, 1998.
43. Behrman JR. The economic rationale for investing in nutrition in developing countries. *World Development*, 1993, 21:1749–1771.
44. Behrman JR, Hoddinott J. *Evaluación del impacto de progreso en la talla del niño en edad preescolar [An evaluation of the impact of PROGRESA on pre-school child height]*. Washington, DC, International Food Policy Research Institute, 2000.
45. Van der Gaag J, Tan JP. *The benefits of early child development programs: an economic analysis*. Washington, DC, World Bank, 1996.
46. Quisumbing AR, Haddad L, Pena C. Are women overrepresented among the poor? An analysis of poverty in 10 developing countries. *Journal of Developing Economics*, 2001, 66:225–269.
47. Borghi J, Hanson K, Acquah CA, Ekanmian G, Filippi V, Ronsmans C et al. Costs of nearmiss obstetric complications for women and their families in Benin and Ghana. *Health, Policy and Planning*, 2003, 18:383–390.
48. Sen A. *Development as freedom*. Nova Iorque, NY, Anchor Books, 1999.
49. *Millennium Report of the Secretary-General of the United Nations*. Nova Iorque, NY, Organização das Nações Unidas, 2000 (<http://www.un.org/millennium/sg/report/>, acessado a 22 de Novembro de 2004).
50. *United Nations Millennium Declaration*. Nova Iorque, NY, United Nations, 2000 (United Nations General Assembly resolution 55/2; <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>, acessado a 22 de Novembro de 2004).
51. *Human development report 2004 – Cultural liberty in today's diverse world*. Nova Iorque, NY, Programa de Desenvolvimento da Organização das Nações Unidas, 2004.
52. de Onis M, Blossner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications. *International Journal of Epidemiology*, 2003, 32:518–526.
53. Maternal and child health: regional estimates of perinatal mortality. *Weekly Epidemiological Record*, 1989, 24:184–186.
54. *Perinatal mortality. A listing of available information*. Geneva, World Health Organization, 1996 (WHO/FRH/MSM/96.7).
55. *State of the world's newborns: a report from Saving Newborn Lives*. Washington, DC, Save the Children Fund, 2004:1–28.
56. Hyder AA, Wali SA, McGuckin J. The burden of disease from neonatal mortality: a review of South Asia and Sub-Saharan Africa. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 2003, 110:894–901.

57. Tinker A, Ransom E. Healthy mothers and healthy newborns: the vital link. Washington, DC, Save the Children/Population Reference Bureau, 2002 (Policy Perspectives on Newborn Health).
58. *Best practices: detecting and treating newborn asphyxia*. Baltimore, MD, JHPIEGO, 2004.
59. Katz J, West KP Jr., Khatri SK, Christian P, LeClerq SC, Pradhan EK et al. Risk factors for early infant mortality in Sarlahi district, Nepal. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:717–725.
60. *Maternal mortality in 2000. Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Geneva, World Health Organization, 2004.
61. Graham W, Hussein J. The right to count, *Lancet*, 363:67-68.
62. Elkoff VA, Miller JE. Trends and differentials in infant mortality in the Soviet Union, 1970-90: how much is due to misreporting? *Population Studies*, 1995, 49:241-258.
63. Mugford M. A comparison of reported differences in definitions of vital events and statistics. *World Health Statistics Quarterly*, 1983, 36:201-212.
64. *Social Monitor, 2003, Special feature: infant mortality*. Nova Iorque, NY, United Nations Children's Fund, 2003.
65. Bouvier Colle MH, Varnoux N, Costes P, Hatton F. Reasons for the under-reporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age. *International Journal of Epidemiology*, 1991, 20:717-721.
66. *The sisterhood method for estimating maternal mortality: guidance for potential users*. Geneva, World Health Organization, 1997 (WHO/RHT/97.28).
67. *Human development report 2003 – Millennium Development Goals: a compact among nations to end human poverty*. Nova Iorque, NY, Oxford University Press for the United Nations Development Programme, 2003.
68. United Nations Population Division. *World population prospects: the 2002 revision population database* (<http://esa.un.org/unpp/>).

