

Mulheres e Crianças na Agenda 2030

Maria Teresa Rossetti Massari

Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes

12. Aceleração rumo às metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para a saúde materna e Mortalidade infantil

Os progressos para reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2030 (meta 3.1 dos ODS) estagnaram entre 2016 e 2020. Além disso, 54 países não estão no caminho certo para acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos de idade - a meta 3.2 dos ODS é de reduzir mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos-vivos e mortalidade de menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos.

Mortalidade Materna

Globalmente, a razão de morte materna caiu de 339 por 100.000 nascidos vivos em 2000 para 216 por 100.000 nascidos vivos em 2015 (Souza). Estes números demonstram que a mobilização global em torno dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) produziu um progresso considerável em muitas dimensões do desenvolvimento social, contribuindo significativamente para a melhoria da vida de mulheres em todo o mundo. Apesar deste progresso, a mortalidade materna continua sendo inaceitavelmente alta, na maior parte do mundo.

Já ultrapassada a metade do caminho para a Agenda 2030, a meta de alcançar uma razão global de mortalidade materna (RMM) de até 70 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos permanece muito distante, com 223 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos em 2020. A estagnação destes indicadores globalmente é uma questão urgente, já que estima-se que 287.000 mulheres morreram por causas relacionadas à gravidez, parto e pós-parto apenas no ano de 2020 (trends, 2023). A perda evitável de quase 3 milhões de mulheres entre 2010 e 2020 não é apenas uma tragédia global, mas também um indicador de desigualdade entre e dentro dos países, além de uma grave violação dos direitos humanos. (Lancet)

Durante muito tempo a hemorragia, doenças hipertensivas, sepse e complicações do aborto foram consideradas as principais condições que acarretam mortes maternas (Souza 2015). Mas as evidências têm reiterado que a saúde materna não é só uma questão biomédica, mas um indicador de desenvolvimento social.

Uma série publicada em dezembro de 2023 no The Lancet ([Análise global dos determinantes da saúde materna e transição na mortalidade materna](#)) explorou os determinantes distais e proximais, bem como exposições e fatores de risco relacionados à mortalidade materna. Os autores reitera que as mortes evitáveis de milhões de mulheres não são apenas devido a complicações biomédicas da gravidez, parto e período pós-natal, mas são também manifestações dos determinantes sociais e das desigualdades persistentes nas condições socioeconômicas e de desenvolvimento e sua relação com a saúde materna. A série considera que:

- A saúde materna é uma questão social - os problemas de saúde e a deficiência materna não são apenas problemas médicos, mas resultados de uma interação complexa de forças ecossociais, estilos de vida, exposições, e fatores individuais.

- Concentrar-se apenas nas causas biomédicas da mortalidade materna é insuficiente e tem sido possivelmente a causa de muitos países permanecerem na mesma fase de transição da mortalidade materna durante décadas (121 dos 185 países analisados estão na mesma fase de transição da mortalidade materna há 20 anos).
- Abordar as questões de saúde materna e reduzir a mortalidade materna são esforços complexos, devido a fatores modificáveis e não modificáveis que afetam os resultados - é necessária uma abordagem ampla e multifacetada, incluindo a promoção do desenvolvimento social e da igualdade de gênero para enfrentar os determinantes que atuam na cadeia de eventos que conduzem à morbidade grave e à morte materna.
- O setor saúde tem um papel crucial de salvar a vida das mulheres com complicações na gravidez, no parto e no pós-parto, e deve ser expandido para mitigar os efeitos prejudiciais dos determinantes da saúde materna.
- A expansão da procura e do acesso a serviços e produtos de saúde reprodutiva de alta qualidade (incluindo o aborto seguro, a contracepção moderna e os cuidados pré-natais, intraparto e pós-parto) são necessários para a prevenção primária, para a identificação precoce das complicações e gestão da gravidez, do parto e do pós-parto.
- Alcançar a cobertura universal de saúde é essencial para garantir o acesso a cuidados de qualidade durante a gravidez, o parto e o período pós-parto e para reduzir a mortalidade materna.

Desde 2016 a razão da mortalidade materna diminuiu apenas em duas regiões: Ásia Central e do Sul, e Austrália e Nova Zelândia. A África Subsaariana, a Oceania (excluindo a Austrália e a Nova Zelândia), o Leste e Sudeste Asiático e o Norte de África registaram uma estagnação na RMM enquanto na Europa, América do Norte, América Latina e Caribe ela aumentou (Lancet).

Embora o Brasil tenha se empenhado para garantir melhorias na assistência obstétrica e neonatal, os ganhos no declínio das RMM têm se mantido estagnados nos últimos anos e muito acima do acordado para o país conforme os ODS: até 30 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos até 2030. Dos óbitos registrados no Brasil neste período, cerca de 67% decorreram de causas obstétricas diretas - complicações obstétricas durante a gravidez, o parto ou o puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou eventos resultantes dessas causas (Ferreira, Coutinho e Queiroz).

Para estas mulheres, que estão grávidas, dando à luz ou no período pós-parto, a adequada organização do sistema de saúde oferece uma oportunidade crucial para interromper a cadeia de eventos que pode potencialmente culminar na morte materna. Em última instância, o adequado provimento dos sistemas de saúde tem o potencial combater, ou pelo menos mitigar, os efeitos dos determinantes sociais que culminam na morte materna.

Planejamento Reprodutivo

O acesso à contracepção reduz as mortes maternas, prevenindo ou retardando a gravidez em mulheres que não pretendem engravidar ou naquelas com maior risco de complicações. Para que a contracepção tenha um efeito significativo na redução da mortalidade materna, ela deve alcançar as mulheres com maior risco de morte materna: mulheres com idade mais avançada e alta paridade, com condições patológicas conhecidas por estarem associadas a maior risco de mortalidade e mulheres que não desejam engravidar (Ganatra).

O acesso ao planejamento reprodutivo é crucial para que mulheres e adolescentes possam exercer os seus direitos sexuais e reprodutivos, obtendo melhores resultados de saúde, o que abarca:

- Acesso ao planejamento pré-concepcional de qualidade que promova gestações seguras, planejadas e desejadas;
- Atender às necessidades individuais de cada mulher, respeitando as diferenças culturais e religiosas, promovendo ações efetivas para aumentar o uso de métodos contraceptivos reversíveis e de longa duração (incluindo a inserção do DIU pós-parto e pós-aborto e inserção de DIU por médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde).

Aborto

Nem todas as gravidezes indesejadas podem ser evitadas através do aumento do uso de contraceptivos, e o acesso ao aborto seguro é necessário para prevenir abortos inseguros. No Brasil, o aborto é criminalizado – exceto nos casos de violência sexual, anencefalia fetal e risco de vida para a gestante. O abortamento é um problema de saúde pública que tem maior incidência nos países em desenvolvimento e é uma das principais causas de mortalidade materna no mundo, inclusive no Brasil. É um tema cuja discussão envolve um complexo conjunto de aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais (AMPARA).

Apesar do código penal brasileiro criminalizar o aborto, a Lei não se mostrou eficaz para inibir sua prática, deixando muitas mulheres em situações de risco. Na maioria das vezes, o aborto é realizado por pessoas não capacitadas em locais insalubres e sem segurança para atender eventuais complicações. Seu status de ilegalidade dificulta a análise de sua prevalência e magnitude, com subnotificação nos registros oficiais, principalmente quando se trata de abortos provocados. Um inquérito nacional, realizado em 2010, verificou que 15% das mulheres brasileiras, no final da vida reprodutiva, já haviam feito aborto e cerca de 50% delas necessitaram de internação. O percentual de aborto chega a 22% entre mulheres de 35 e 39 anos (Motta e Moreira).

O aborto, embora apareça entre as principais causas de morte materna, certamente teria posição mais relevante se não tivesse diagnóstico, muitas vezes, declarado como infecção puerperal, hemorragias, septicemias etc. Avançar na discussão do aborto seguro é importante não apenas para prevenir mortes maternas, mas também enquanto uma política pública que respeita as decisões das mulheres e garante que elas tenham acesso a cuidados oportunos e baseados em evidências (Ganatra).

- Nos casos já previstos em lei, garantir acesso ao aborto seguro, respeitando a vontade da mulher e acolhendo as suas necessidades;
- Prestação de cuidados de emergência para complicações do aborto, prevenindo as mortes causadas pelos abortos inseguros;
- Descriminalizar e ampliar o acesso ao aborto seguro.

Pré-natal

O pré-natal constitui um conjunto de ações simultaneamente preventivas, promotoras de saúde, diagnósticas e curativas que têm por objetivo o bom desfecho da gestação para a mulher e seu filho (WHO 2016). Nesse sentido, a atenção ao pré-natal deve garantir:

- A detecção precoce da gestação e assistência pré-natal qualificada, que possibilite gerir condições sociais e clínicas que possam representar riscos de complicações durante a gravidez, trabalho de parto e pós-parto;
- Exames laboratoriais mínimos de rastreio e outros exames (dependendo das condições da gestação), de acordo com protocolos nacionais e regionais.

A pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, a hemorragia pós-parto, as infecções e as complicações do aborto inseguro representam quase 75% de todas as mortes maternas no país. Outras causas envolvem complicações de doenças pré-existentes (como doenças cardíacas) que pioram durante a gravidez, especialmente se não forem tratadas no pré-natal. Nestes casos, ter acesso ao pré-natal especializado e a um sistema de encaminhamento adequado é essencial para reduzir o risco de morte (Pacagnella).

Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) mostram uma evolução na cobertura do pré-natal no Brasil, onde menos da metade das gestantes faziam sete ou mais consultas de pré-natal em 1995 para uma cobertura de 66,5% com mais de sete consultas em 2015 (DUCA, 2020).

Ainda que a cobertura da atenção pré-natal no Brasil para as gestantes que utilizam o SUS pelo critério de pelo menos uma consulta seja quase universal, esse panorama se modifica ao analisar recomendações como número mínimo de exames realizados e vinculação à maternidade para o parto. Neste caso, a adequação do pré-natal é reduzida para pouco mais de um quarto de todas as mulheres (DUCA, 2020).

A qualidade precária dos serviços de saúde, a falta de integração de cuidados pré-natal e assistência ao parto e o aumento das cesarianas injustificadas são possíveis explicações para o descompasso entre o aumento do acesso ao pré-natal e a persistência de elevadas razões de mortalidade materna (Motta e Moreira)

Conexão entre serviços de pré-natal e unidades de parto

Especificamente sobre a vinculação das gestantes ao local de parto durante o pré-natal, ainda há uma importante desconexão entre os níveis de atenção primária, ambulatorial e hospitalar, questão que se reveste de importância na mortalidade materna. Dados da Pesquisa Nascer no Brasil (2011-2012) mostraram que, no SUS, 32% das mulheres com algum risco obstétrico foram atendidas em hospitais sem unidades de cuidado intensivo, enquanto 29,5% das de baixo risco realizaram o parto em hospitais com esse tipo de estrutura (Bittencourt). Isso mostra que o sistema não está adequadamente articulado para disponibilizar atenção de alta complexidade a quem necessita, ofertando-a desnecessariamente a quem não precisa (DUCA, 2020). As consequências dessa desarticulação levam ao mal uso de recursos humanos, tecnológicos e financeiros, além de colocar em risco a vida de mulheres e bebês.

Mesmo nas situações onde se realiza um pré-natal adequado, não é possível prever quais mulheres necessitarão de atendimento emergencial. E, embora o pré-natal adequado seja essencial para prestar cuidados de qualidade, identificar e gerir condições de risco e reduzir a morbidade materna e perinatal, ele não é capaz por si só de reduzir a mortalidade materna. Ações sistêmicas também são necessárias para qualificar o atendimento emergencial e garantir o acesso a esses serviços, incluindo:

- Organização regional, com sistema eficiente de encaminhamento e de regulação;
- Sistema de transporte adequado e ágil para encaminhamentos, sempre que forem necessários.

Cuidados Obstétricos

As taxas de mortalidade materna são extremamente sensíveis a cuidados obstétricos adequados quando surgem complicações. Considerando que as principais causas da mortalidade materna são evitáveis, e que seus determinantes e condicionantes estão diretamente relacionados à falta de assistência adequada, as ações para reduzir a mortalidade materna no Brasil devem basear-se no pressuposto de que as mulheres precisam de acesso a cuidados qualificados e abrangentes do ponto de vista técnico e humanístico, antes, durante e depois da gravidez e do parto, isso inclui (Pacagnella):

- Equipes capacitadas e experientes para situações de baixa e alta complexidade;
- Assistência multidisciplinar de qualidade durante o trabalho de parto, que atenda aos desejos e expectativas da mulher e esteja alinhada aos protocolos de segurança para a mãe e o recém-nascido;
- Acesso aos principais medicamentos para o tratamento imediato de complicações que levam à morte materna em todos os níveis da rede obstétrica, incluindo serviços de pronto atendimento;
- Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) com fácil acesso a serviços hospitalares para mulheres que apresentam complicações ou apresentam maior risco de complicações e não têm fácil acesso a transporte ou que vivem em áreas remotas;
- Centros de Parto Normal (CPN) e maternidades de baixo risco com acesso rápido a cuidados de emergência, incluindo anestesia e acesso oportuno a exames laboratoriais e hemoterapia (bancos de sangue e/ou serviços de transfusão);
- Estrutura adequada para realização de cesarianas e outros procedimentos cirúrgicos de emergência, garantindo acesso à hemoterapia imediata (bancos de sangue e/ou serviços de transfusão) em todos os seus pontos de atendimento;
- Maternidades de referência com UTI obstétrica para o alto risco (quando as maternidades não possuem UTI, convênios com UTIs de hospitais gerais evitando demora nas transferências);
- Comitês de Vigilância do Óbito - em casos de morbidade materna e perinatal grave nas maternidades e nas regiões de saúde, além de monitoramento de intervenções e desfechos relacionados (cesarianas, episiotomias, uso de medicamentos para indução/condução, etc.).

Recursos Humanos

As evidências indicam que, para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), é necessário garantir acesso equitativo aos sistemas de saúde, mas também acesso a profissionais qualificados, especialmente em países de baixa e média renda (Lassi). Cuidados adequados, prestados por profissionais de saúde qualificados, antes, durante e depois do parto, salvam a vida de mulheres e recém-nascidos (WHO19-20).

Neste contexto, uma questão que se apresenta é a forma desigual de distribuição da força de trabalho na saúde, realidade em muitos países, inclusive no Brasil. Questões como dificuldades no recrutamento e retenção de profissionais de saúde, número insuficiente de instituições de ensino, baixa remuneração (principalmente para profissionais não médicos), más condições de trabalho e de infra-estruturas são algumas causas proeminentes para a escassez de profissionais de saúde em algumas localidades.(Lassi).

Além disso, os profissionais de saúde devem ser instruídos para a assistência obstétrica de rotina e de emergência, com apoio de entidades de classe, associações profissionais, universidades e gestores de saúde, incluindo:

- Residência médica, de enfermagem e multidisciplinar, cursos de especialização e graduação centrados nos princípios básicos da assistência pré-natal, nascimento e pós-parto, incluindo cuidados durante o parto normal fisiológico e estratégias para reduzir intervenções na ausência de indicações clínicas (indicações, ocitocina, cesarianas, etc.);
- Protocolos de atendimento atualizados e equipes treinadas para situações obstétricas mais graves: pré-eclâmpsia e eclâmpsia, hemorragias (protocolos de transfusão e manejo adequado da hemorragia pós-parto) e sepse materna;
- Espaços para formação (presenciais e em plataformas virtuais) para que os profissionais possam identificar e gerir condições obstétricas graves, baseados em evidências e que valorizem as práticas interprofissionais.

A mortalidade materna se configura como uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento. É fundamental a organização de ações de cuidado que garantam acesso e qualidade na atenção à saúde de gestantes e puérperas.

Os [Dez Passos do Cuidado Obstétrico para Redução da Morbimortalidade Materna](#) (PORTAL) é um documento organizado por especialistas do Ministério da Saúde, liderados pelo IFF/Fiocruz, com apoio e participação da ABENFO Nacional e Febrasgo. Ele apresenta orientações para profissionais que atuam no cuidado obstétrico:

1. Garanta [encontros de qualidade](#), centrados nas necessidades de cada mulher, durante todos os contatos com os serviços de saúde.
2. Institua ações de [profilaxia e identificação das síndromes hipertensivas](#) durante o pré-natal.
3. Realize [triagem oportuna de infecções](#) do trato geniturinário.
4. [Identifique precocemente sinais de gravidade](#) clínica materna e garanta tratamento oportuno.
5. Ofereça [treinamento das equipes](#) de assistência regularmente, para o pronto reconhecimento e condução dos casos de urgências e emergências obstétricas.
6. Garanta o [reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado](#) dos quadros de [síndromes hipertensivas graves](#) na gestação.
7. Garanta o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado dos [quadros infecciosos](#) na gestação.
8. Garanta o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado das [síndromes hemorrágicas](#) na gestação e puerpério.
9. [Reduza as taxas de cesariana desnecessárias](#).
10. Garanta [vigilância e assistência permanente no puerpério](#).

A saúde materna e perinatal é uma questão para o desenvolvimento nacional. Para que o Brasil alcance a Meta ODS 3.1 da Agenda 2030, é necessária a correção das desigualdades internas, implementação de políticas públicas eficientes que considerem as especificidades dos territórios e as necessidades individuais de cada mulher do país.

Mortalidade Neonatal

A morte neonatal é aquela que ocorre no período de zero a 27 dias de vida. Ela é considerada um importante indicador de saúde pública nos países, com causas relacionadas aos cuidados de saúde ofertados na gestação, parto e após o nascimento.

O progresso no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, bem como das condições de educação e renda da população contribuíram para a redução da mortalidade infantil no Brasil e no mundo. Ainda assim, a mortalidade neonatal mantém-se com elevadas taxas, principalmente em sua fase precoce, que é aquela compreendida entre o nascimento e o sexto dia de vida (PEZZOTO causas).

De 2000 a 2018 foram identificados 56.442.235 nascimentos no Brasil (SINASC - Sistema Nacional de Nascidos Vivos) e 591.097 registros de mortes neonatais (SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade), sendo 76% classificadas como evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde. No Brasil, a taxa de mortalidade neonatal por todas as causas reduziu de 13,60 por mil nascidos vivos, em 2000, para 8,54, em 2018. Neste período observou-se uma redução nas taxas de mortalidade neonatal evitável em todas as regiões, sendo que as regiões Norte e Nordeste apresentaram as maiores taxas de mortalidade neonatal evitável e a região Sul, as menores (PEZZOTO trend).

Diversos estudos constataram que fatores como intervenções excessivas durante o parto, a falta de acompanhante, peregrinação da gestante entre maternidades, são fatores que influenciam a mortalidade neonatal. A síndrome da angústia respiratória, asfixia e septicemia foram as causas mais frequentes nos grupos de causas reduzíveis por adequada atenção durante a gestação, parto e cuidados com o recém-nascido. Estas causas tratam de problemas relacionados com a prematuridade, com implicação em maior tempo de permanência hospitalar e tratamentos intensivos (PEZZOTO causas).

Um estudo brasileiro mostrou que gestantes com pré-natal inadequado foram mais suscetíveis a terem recém-nascidos prematuros espontaneamente. Outro estudo com essa mesma amostra de mulheres observou que a prematuridade espontânea se associou com a pobreza e inadequação do pré-natal, fatores que contribuem também para a manutenção das altas taxas da mortalidade infantil do país, dado que o nascimento pré-termo é o maior fator de risco para a morbidade e mortalidade no primeiro ano de vida e na infância (DUCA, 2020).

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) preconizam ações para a redução da mortalidade infantil, em especial para a erradicação da mortalidade neonatal por causas evitáveis. E considerando que a maior parte da mortalidade neonatal evitável é consequência da falta de adequada atenção no pré-natal, parto e cuidados com o recém-nascido, agir sobre estes fatores têm grande impacto na mortalidade dos bebês com menos de 27 dias de vida.

Mortalidade de Menores de 5 Anos

A mortalidade e os problemas de saúde das crianças menores de 5 anos e o acesso desigual às intervenções que salvam vidas refletem um desenvolvimento social e econômico deficientes. A pobreza, a má nutrição e a falta de acesso à água potável e ao saneamento básico são fatores contribuintes para esta deficiência, assim como a falta de acesso aos serviços de saúde de qualidade que ofereçam cuidados essenciais para os recém-nascidos. BUSS

A Taxa de Mortalidade na Infância é um importante indicador que estima o risco de morte dos nascidos vivos até o 5º ano de vida. Expressa, num contexto geral, as condições

socioeconômicas, de infraestrutura, acesso e qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil. O Brasil conseguiu cumprir antecipadamente a meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável de redução da TMI (Taxa de Mortalidade Infantil - menores de 1 ano) ao atingir a taxa de 15,3 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2011. Entretanto, em 2016, observou-se aumento da TMI, motivo de preocupação em termos de gestão e saúde pública (**Saúde Brasil**).

Os indicadores brasileiros apontam melhorias nas taxas de mortalidade na infância. Um estudo realizado entre 2000 e 2013 mostrou redução com maior intensidade de óbitos por causas consideradas evitáveis, enquanto as causas não evitáveis apresentaram menor declínio (cerca de metade). As maiores reduções (6,8% ao ano), foram devidas às ações de promoção à saúde vinculadas a ações de atenção (causas como as doenças infecciosas intestinais) e à adequada atenção ao recém-nascido (transtornos respiratórios do período neonatal), seguidas das ações de diagnóstico e tratamento adequado (pneumonia, infecções bacterianas). A adequada atenção à mulher no parto (causas como hipóxia, asfixia) resultou em uma redução de 4,4% dos óbitos infantis ao ano, e a menor redução nas taxas se deu pelas doenças imunopreveníveis, pois já representavam taxas bastante reduzidas, pelos avanços ocorridos em décadas passadas, com a introdução das vacinas contra poliomielite, sarampo, difteria, tétano, entre outras. As causas ligadas à adequada atenção à gestação respondem a 25% das causas de morte e tiveram a segunda menor redução no período. As menores taxas de mortalidade na infância foram evidenciadas nas regiões Sul e Sudeste. A Região Nordeste apresentou o maior declínio da mortalidade infantil reduzível (6,1% ao ano) e o Centro-Oeste, o menor (3,5% ao ano) (Malta).

O Boletim epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde também aponta que de 1990 a 2019 houve redução da TMI no Brasil e em todas as Regiões. Em 2019 estima-se que ocorreram 38.619 óbitos infantis, o que corresponde a uma TMI de 13,3 óbitos por mil nascidos vivos. Este patamar é o mesmo de 2015. As maiores reduções foram observadas nos estados da Região Nordeste. A menor e a maior TMI foram estimadas para o Distrito Federal e o Amapá, com 8,5 e 22,9 óbitos para cada mil NV, respectivamente. (BOLETIM)

O Brasil vem avançando na redução da mortalidade infantil e já apresenta indicadores positivos quanto aos compromissos dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. No entanto, ainda é preciso um grande esforço para enfrentar as diferenças regionais e alcançar patamares mais baixos nas TMI. Acompanhamento ao desenvolvimento infantil, vacinas, tratamentos para doenças prevalentes na infância, acesso à educação e direitos são essenciais para um crescimento saudável e a sobrevivência de todas as crianças.