



“NASCIDOS PARA ADOECER?”: MORBIDADE INFANTIL EM MENORES DE 5 ANOS EM CONTEXTO DE VULNERABILIDADE SOCIAL NO BRASIL

LORENA COLLIARD DE FARIAS ANTAS; CAIO MELO DE MOURA

RESUMO

A morbidade infantil em menores de 5 anos, quando associada à vulnerabilidade social, revela profundas desigualdades no acesso à saúde no Brasil. Este estudo analisou, entre os anos de 2019 e 2024, os padrões de internação e mortalidade infantil em todo o território nacional, comparando municípios categorizados em extrema pobreza com os demais. Utilizando uma abordagem quantitativa, descritiva e analítica, foram utilizados dados secundários extraídos do banco DATASUS, com base nas categorias da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). As variáveis foram organizadas por cor/raça, sexo, grupos de morbidade e causas específicas de internação. Identificou-se equilíbrio entre os sexos e predominância de internações entre crianças pardas e indígenas nas áreas de extrema pobreza, enquanto crianças brancas, amarelas e negras predominaram nos outros municípios. Pneumonia, diarreia e gastroenterite, outras doenças bacterianas e infecciosas intestinais, septicemia, asma, dengue, gripe, anemia por deficiência de ferro e desnutrição estiveram entre as causas mais prevalentes em regiões mais vulneráveis, com percentuais superiores às demais localidades. A prevalência de morbidades relacionadas a doenças infecciosas, respiratórias e nutricionais nesses locais é um reflexo, além da dificuldade de acesso a serviços de saúde estruturados, da escassez de saneamento básico, das condições habitacionais precárias e da insegurança alimentar crônica que afeta esses grupos, fatores que moldam um ambiente propício ao adoecimento infantil. A taxa média de mortalidade dessas crianças também foi mais elevada em municípios de extrema pobreza, bem como em todos os anos analisados, ininterruptamente. Os dados demonstram a persistência de causas evitáveis de adoecimento de crianças entre 0 e 4 anos, refletindo as fragilidades no acesso à atenção primária para grupos cotidianamente expostos.

Palavras-chave: Adoecimento; Crianças; Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Caracterizado por dimensionar o número de pessoas que adoecem em um determinado período e local, o conceito de morbidade possibilita a identificação das enfermidades mais comuns e como essas afetam a vida e o cotidiano dos indivíduos (Fiocruz, s.d.). Nesse contexto, é imperativo destacar a chamada Gestão Integrada da Saúde Infantil ou IMCI (do inglês “Integrated Management of Childhood Health”), consolidada em 1995 com o objetivo de reduzir a morbidade, a mortalidade e a deficiência em menores de 5 anos, melhorando o crescimento e o desenvolvimento infantil (OMS, 2023). Isso ocorre, porque, por se referir à faixa etária infantil mais vulnerável a doenças e morte, crianças menores de 5 anos possuem intrínseca relação com indicadores como desenvolvimento social e emocional, aprendizagem, motivação para aprender, atenção, desenvolvimento da linguagem e da cognição e, especialmente, saúde física e mortalidade, os quais se tornam, então, cruciais na determinação da qualidade dos sistemas de saúde e das condições socioeconômicas de uma população (UNICEF; WHO, 2024). Quanto à taxa de mortalidade, por exemplo, em crianças entre 0 e 4 anos, faz-se possível medir a sobrevivência infantil, bem como condições sociais, econômicas, ambientais e de saúde (OMS, 2023).

Essas variáveis, por sua vez, são classificadas, de proximal para distal, enquanto determinantes de saúde, havendo direta influência sobre a criança, em fatores individuais (idade, sexo e carga genética), saúde materna e contexto familiar, redes sociais e comunitárias e aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais gerais (Mato Grosso do Sul, 2021).

Dessa forma, é notório que o ambiente, no contexto da realidade vivenciada pela criança, influencia de forma ímpar no seu bem-estar, subjetivado a partir de contextos sociais. Segundo Bertolozzi *et al.* (2009) e Lima e Nascimento (2021), situações de vulnerabilidade social, por exemplo, interferem no desenvolvimento infantil, em aspectos psicológicos e físicos, ao suscetibilizarem mais aos agravos e morte e provocarem falta de recursos e serviços básicos, como saúde e saneamento. A ausência desse, por sua vez, no Brasil, acomete 7,2 milhões de crianças na primeira infância (cerca de 35% do grupo em questão) a um ambiente hostil e insalubre, com maior disposição a infecções, verminoses, gastroenterites, desidratação, hepatite A, doenças respiratórias e impactos no desenvolvimento cognitivo. Ademais, por ano, cerca de 300 mil crianças são internadas no país por doenças relacionadas à precariedade do acesso à água tratada e esgoto (Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2025).

É válido destacar, também, que a ausência de infraestrutura adequada afeta as crianças de forma desigual. Exemplo disso é que, dentre aquelas sem acesso à água canalizada, 61% residem no Nordeste e 81% são negras. Quanto à falta de esgoto, 64% são negras e 42% vivem no Nordeste, e, quanto à falta de coleta de lixo, 72% são negras e 52% moram na região (Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2025). Essa perspectiva também é evidenciada por Silva *et al.* (2025), que fundamenta a importância de associar vulnerabilidade, raça e acesso à saúde, partindo da noção anacrônica de marginalização da parcela negra populacional, bem como das dificuldades acrescidas pela precariedade no que tange ao processo saúde-doença.

Frente a essas considerações, pode-se afirmar que crianças menores que 5 anos, quando vulneráveis e imersas em fatores socioeconômicos complexos, como baixa renda, habitação precária e falta de acesso a serviços básicos, permanecem continuamente expostas aos riscos de adoecimento e óbito. Com isso, analisar a morbidade hospitalar em crianças de 0 a 4 anos no Brasil, entre 2019 e 2024, comparando essas relações entre municípios classificados ou não como de extrema pobreza e considerando variáveis sociodemográficas, torna-se essencial para assegurar estratégias eficazes de prevenção, intervenção e tratamento, com políticas de saúde voltadas à mitigação das disparidades sociais, desempenhando função fulcral na redução de desigualdades e no aumento do alcance da promoção da saúde para todo o corpo civil.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo epidemiológico descritivo e analítico, de delineamento longitudinal, com abordagem quantitativa, analisou os padrões de morbidade em crianças menores de cinco anos inseridas em contextos de vulnerabilidade social no Brasil entre os anos de 2019 a 2024. Os dados utilizados são secundários, extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com base nos sistemas SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS) e SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade).

Além disso, como contextualização, a definição desses territórios foi realizada a partir do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). À coleta de dados de saúde, foram associadas variáveis de cor/raça, sexo, causas de internação (CID-10) específicas e por grupos de morbidade às de idade e região geográfica, com ênfase às áreas caracterizadas por alta vulnerabilidade. Também houve a correlação das condições de morbidade com os determinantes sociais, com base na literatura científica, a qual forneceu artigos e documentos técnicos que complementam essa interpretação. Com isso, os dados foram organizados em tabelas e analisados por meio de estatística descritiva (frequência absoluta e relativa), taxa de mortalidade infantil, tendência temporal, comparação entre categorias de município e distribuição por causas, com enfoque nas variações

entre os anos estudados, permitindo a contextualização social e ambiental no processo de adoecimento infantil no país.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do estudo, faz-se imprescindível mencionar, a princípio, que os territórios mais vulneráveis do Brasil, analisados conforme 16 indicadores nas dimensões de infraestrutura urbana, capital humano e renda e trabalho, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2010), estão concentrados majoritariamente nas regiões Norte e Nordeste, com destaque para áreas urbanas periféricas e zonas rurais.

Com base na identificação desses territórios e, de acordo com estimativas populacionais do IBGE 2012, no DATASUS, havia 14.044.593 de crianças menores que 5 anos no Brasil, sendo 11.938.098 residentes de municípios não inclusos na categoria de extrema pobreza e 2.106.495 habitantes daqueles inclusos. Além disso, entre 2019 e 2024, são apresentados os valores de 893.340 crianças internadas em municípios de extrema pobreza e 5.641.509 crianças internadas em municípios com exceção daqueles em extrema pobreza (Brasil, 2025). Nesse mesmo período, segundo o IBGE (2023), a média de crianças entre 0 e 4 anos era de 13.880.490. Ao considerar uma queda populacional infantil de 2012 em relação média de 2019-2024, para esse grupo de, aproximadamente, 1,1684%, pode-se estabelecer um comparativo, estimando, então, 11.798.613 crianças em municípios não inclusos na categoria de extrema pobreza e 2.081.883 naqueles inclusos.

Em outras palavras, esses valores permitem a estimativa de um percentual de internação atual, correlacionando o número de habitantes entre 0 e 4 anos e a condição na qual aqueles locais se encontram. Nesse caso, 42,91% do grupo residente em municípios de extrema pobreza são submetidos à internação, em contrapartida a 47,81% do grupo não residente. Os resultados obtidos a partir dessa base, indicam, então, que os municípios com maiores índices de vulnerabilidade social, em condição de pobreza extrema, concentram menores taxas de internações hospitalares em crianças menores que 5 anos. Esse fator pode ser determinado pelo acesso limitado aos serviços de saúde nesses municípios cerceados pela precariedade (em termos de infraestrutura hospitalar, distância e transporte), ou seja, embora as crianças adoeçam, não são submetidas à internação. Além disso, a subnotificação de casos (devido à menor cobertura de sistemas de informação), os perfis de internação (em locais não precários, casos mais leves podem ser submetidos à internação, enquanto naqueles mais carentes a internação tende a acontecer apenas em casos mais graves, pela deficiência na infraestrutura hospitalar) e as questões culturais (resistência em procurar hospitais, especialmente àquelas que recorrem a métodos tradicionais de cura, como indígenas) também podem interferir nesse cenário.

Essas desigualdades no âmbito da saúde são abordadas por Costa (2023), o qual aponta que regiões mais pobres, quando detentoras de acesso adequado à saúde, podem ter maiores níveis de internação, devido à maior incidência de doenças. Por outro lado, em áreas de extrema pobreza, a falta desse acesso pode levar à subnotificação e, consequentemente, menores taxas de registro, mesmo com a alta incidência. Assim, pode-se dizer que as internações realizam o parâmetro não só do panorama de doenças, mas da estrutura da saúde disponível.

Dessa forma, ao relacionar essa variável com cor/raça e sexo, tem-se as Tabelas 1 e 2, as quais expõem um cenário relativamente equilibrado de internações entre crianças no que tange ao sexo, para ambas as categorias de município, e prevalente de pardos e indígenas, para locais de extrema pobreza, e brancos, negros e amarelos para os demais. Isso acontece, porque, além dos pardos representarem o maior grupo racial do Brasil, sendo a parcela mais afetada por desigualdades estruturais que limitam o acesso à saúde (IPEA, 2023), a população indígena brasileira se concentra, em sua maioria, nas regiões com os piores indicadores socioeconômicos do país (IBGE, 2022a), o que interfere diretamente no encaminhamento dessas crianças. Por outro lado, populações negras e brancas estão, majoritariamente, em

regiões urbanas e mais desenvolvidas (Fiocruz, 2023), bem como as amarelas, que se concentram nas regiões Sudeste e Sul (IBGE, 2022b), com maior acesso a serviços de saúde, influenciando os padrões de morbidade.

Tabela 1: Internações conforme cor/raça de crianças entre 0 e 4 anos residentes ou não de municípios de extrema pobreza de 2019 a 2024 no Brasil

Cor/raça	Internações em áreas de extrema pobreza	Internações exceto áreas de extrema pobreza
Total	893.340	5.641.509
Branca	137.871 / 15,43%	1.678.543 / 29,75%
Preta	9.832 / 1,10%	147.821 / 2,62%
Parda	583.296 / 65,29%	2.714.710 / 48,12%
Amarela	7.402 / 0,83%	49.396 / 0,87%
Indígena	21.309 / 2,38%	26.809 / 0,47%
Sem informação	133.630 / 14,96%	1.024.230 / 18,15%

Fonte: Brasil, 2025

Tabela 2: Internações conforme sexo de crianças entre 0 e 4 anos residentes ou não de municípios de extrema pobreza de 2019 a 2024 no Brasil

Sexo	Internações em áreas de extrema pobreza	Internações exceto áreas de extrema pobreza
Total	893.340	5.641.509
Masculino	493.938 / 55,29%	3.110.599 / 55,14%
Feminino	399.402 / 44,71%	2.530.910 / 44,86%

Fonte: Brasil, 2025

Já ao analisar a lista de morbidades, a partir da Tabela 3, infere-se que algumas têm relação mais íntima com a esfera socioeconômica na qual se está condicionada aquela realidade, como as doenças infecciosas e parasitárias (devido ao menor acesso a saneamento básico, água potável e condições adequadas de moradia); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (especialmente desnutrição, deficiência de micronutrientes e distúrbios associados à insegurança alimentar); doenças do aparelho respiratório (devido à exposição a ambientes insalubres, poluição doméstica e falta de ventilação adequada); doenças da pele e do tecido subcutâneo (relação com higiene precária, falta de acesso à água limpa e condições de moradia); afecções do período perinatal (baixo peso ao nascer, prematuridade e falta de acompanhamento pré-natal adequado, comum em populações vulneráveis) e lesões, envenenamento e causas externas (maior exposição a riscos domésticos, acidentes e violência).

Todas essas categorias, por sua vez, apresentam maiores valores percentuais em áreas de vulnerabilidade, com exceção das doenças da pele e do tecido subcutâneo e das afecções do período perinatal, o que pode ser justificado pela subnotificação em áreas mais pobres, acompanhada da dificuldade de acesso a serviços mais especializados, como os dermatológicos, e do menor número de maternidades de referência, principalmente com UTIs neonatais. Em outras palavras, regiões com menores condições estruturais de saúde têm menor detecção e registro de doenças neonatais, fator capaz de reduzir os índices de morbidade hospitalar (Victora et al., 2011). Nesse contexto, as doenças do aparelho digestivo, embora associadas à alimentação inadequada e infecções gastrointestinais, também podem estar relacionadas a causas clínicas diversas, sendo realizada uma melhor observação estatística a partir de dados mais específicos, abordados na Tabela 4.

Tabela 3: Internações por grupos de morbidade em crianças de 0 a 4 anos residentes ou não de municípios de extrema pobreza de 2019 a 2024 no Brasil

Lista Morbidade CID-10	Internações em áreas de extrema pobreza	Internações exceto áreas de extrema pobreza
Doenças infecciosas e parasitárias	156.975 / 17,57%	709.360 / 12,57%
Neoplasias (tumores)	13.430 / 1,50%	93.963 / 1,66%
Doenças hematológicas e imunológicas	8.774 / 0,98%	54.030 / 0,96%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	13.328 / 1,49%	64.551 / 1,14%
Transtornos mentais e comportamentais	158 / 0,02%	1.805 / 0,03%
Doenças do sistema nervoso	18.360 / 2,05%	125.531 / 2,22%
Doenças do olho e anexos	1.193 / 0,13%	13.125 / 0,23%
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	3.915 / 0,44%	34.245 / 0,61%
Doenças do aparelho circulatório	6.879 / 0,77%	41.434 / 0,73%
Doenças do aparelho respiratório	275.031 / 30,79%	1.569.388 / 27,82%
Doenças do aparelho digestivo	42.695 / 4,78%	266.469 / 4,72%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	17.725 / 1,98%	136.247 / 2,41%
Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	2.788 / 0,31%	22.533 / 0,40%
Doenças do aparelho geniturinário	30.525 / 3,42%	212.669 / 3,77%
Gravidez, parto e puerpério	290 / 0,03%	1.939 / 0,03%
Afecções do período perinatal	213.642 / 23,91%	1.707.141 / 30,26%
Malformações congênitas e anomalias cromossômicas	29.083 / 3,25%	227.827 / 4,04%
Sintomas, sinais e achados clínico-laboratoriais anormais	14.803 / 1,66%	77.247 / 1,37%
Lesões, envenenamento e causas externas	36.353 / 4,07%	219.657 / 3,89%
Contatos com serviços de saúde	7.265 / 0,81%	61.746 / 1,09%

Fonte: Brasil, 2025**Tabela 4:** Proporção de internações por causas específicas entre crianças de 0 a 4 anos residentes ou não de municípios de extrema pobreza de 2019 a 2024 no Brasil

Condição	Casos (extrema pobreza)	% Casos (extrema pobreza)	Casos (outros)	% Casos (outros)
Pneumonia	148.512	16,62%	762.132	13,51%
Diarreia e gastroenterite	52.230	5,85%	160.288	2,84%
Outras doenças infecciosas intestinais	29.474	3,30%	91.922	1,63%
Retardo no crescimento fetal, desnutrição fetal, entre outros	45.128	5,05%	321.073	5,69%
Anemia por deficiência de ferro	907	0,10%	3.413	0,06%
Septicemia	12.311	1,38%	74.388	1,32%
Outras doenças bacterianas	28.575	3,20%	139.107	2,47%
Asma	23.917	2,68%	133.545	2,37%
Influenza/Gripe	11.693	1,31%	26.052	0,46%
Sífilis congênita	9.601	1,07%	105.200	1,87%
Doenças infecciosas e parasitárias congênitas	8.719	0,98%	71.750	1,27%

Desnutrição	4.526	0,51%	21.853	0,39%
Dengue	3.478	0,39%	18.252	0,32%
Depleção de volume	3.289	0,37%	13.865	0,25%

Fonte: Brasil, 2025

Ao partir para uma análise mais restrita, tem-se doenças predominantes em crianças menores que 5 anos em locais de extrema pobreza, como pneumonia (devido à exposição a poluição, infecções não tratadas precocemente e má ventilação); diarreia e gastroenterite (falta de saneamento básico, água potável e higiene adequada) e outras doenças infecciosas intestinais (más condições sanitárias e alimentares); anemia por deficiência de ferro (alimentação pobre em ferro e baixo acesso à suplementação); septicemia (falta de acesso a saneamento básico, atenção primária à saúde e retardo no diagnóstico e tratamento); outras doenças bacterianas (menor acesso à vacinação e antibióticos, bem como ambientes de risco); asma (por poluição doméstica e pouca orientação médica); influenza/gripe (baixa cobertura vacinal e maior exposição a ambientes superlotados); desnutrição (pobreza alimentar por alimentação insuficiente ou inadequada); dengue (devido à falta de saneamento e de controle vetorial) e depleção de volume (ou desidratação, decorrente, principalmente, de infecções gastrointestinais não tratadas precocemente).

As demais apresentam-se em maior número nas áreas fora da extrema pobreza, haja vista que são, como já mencionado, doenças mais detectadas em áreas com melhor acesso ao pré-natal e exames, também havendo subnotificação devido à falta de acesso a partos hospitalares qualificados.

Tabela 5: Taxa de mortalidade de crianças entre 0 e 4 anos residentes ou não de municípios de extrema pobreza de 2019 a 2024 no Brasil

Extrema pobreza	Taxa de mortalidade/ano						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Média
Sim	1,86	2,56	2,47	1,81	1,71	1,61	2,00
Não	1,76	2,27	2,03	1,72	1,65	1,53	1,83

Fonte: Brasil, 2025

Com isso, cabe a averiguação da taxa de mortalidade, ano a ano, durante o período de 2019 a 2024, dessas crianças, como demonstrado na Tabela 5. Assim, é possível inferir que, apesar das variações, de aumento entre 2019 e 2020 e de diminuição a partir de 2021, para ambas as categorias, possivelmente decorrente da pandemia da COVID-19, em todos os anos analisados, a taxa de mortalidade permaneceu mais alta para municípios submetidos à extrema pobreza. Estatisticamente, a taxa média em áreas de extrema pobreza foi 9,3% maior que os demais. Outro fator relevante é que a diferença mais expressiva, no ano de 2021, revela como esses grupos em vulnerabilidade foram mais atingidos pelas dificuldades de acesso a serviços, diagnósticos tardios e sobrecarga dos sistemas de saúde locais. Desse modo, evidencia-se como as desigualdades sociais e econômicas refletem diretamente nos padrões de morbimortalidade infantil no Brasil.

4 CONCLUSÃO

Neste estudo, a análise das internações hospitalares em crianças menores que 5 anos no Brasil, no período de 2019 a 2024, marca um cenário de profundas desigualdades. As maiores proporções de doenças infecciosas, respiratórias e nutricionais em contextos de extrema pobreza, bem como a maior taxa média de mortalidade em todos os anos, apontam para a persistência de determinantes sociais de saúde, como saneamento precário, insegurança

alimentar e acesso desigual a esses serviços. Além disso, a prevalência de internações entre crianças pardas e indígenas nesses territórios reforça os efeitos de marginalização histórica regional e local de grupos populacionais específicos. É importante considerar, por outro viés, que os dados considerados podem estar sujeitos à subnotificação, especialmente nas regiões mais carentes, onde há mais limitações e fragilidades no sistema de saúde, fator que pode comprometer a acurácia das informações registradas. Diante desse trabalho, faz-se notória a imperatividade de que políticas públicas sejam direcionadas à redução dessas disparidades, com maior foco em investimentos estruturais na saúde básica, saneamento, alimentação e melhoria das condições de vida da infância brasileira como um todo, de modo a assegurar perspectiva de vida, dignidade e desenvolvimento saudável a essas crianças.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Características étnico-raciais da população: classificações e identidades. Rio de Janeiro: IBGE, 2022a. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/>. Acesso em: 15 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Acesso em: 13 abr. 2025.

FIOCRUZ. Morbidade. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/glossario/morbidade>. Acesso em: 7 abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Proportion of newborn mortality rate in under 5 mortality rate. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3437>. Acesso em: 07 abr. 2025.