INSTITUTO LATINO AMERICANO DE ECONOMIA,
SOCIEDADE E POLÍTICA (ILAESP)

CIÊNCIA POLÍTICA E SOCIOLOGIA –
SOCIEDADE, ESTADO E POLÍTICA NA AMÉRICA
LATINA

MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU:

ALGUNS ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

GEOVAR CORRÊA

Foz do Iguaçu

2016

INSTITUTO LATINO AMERICANO DE ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA (ILAESP)

CIÊNCIA POLÍTICA E SOCIOLOGIA – SOCIEDADE, ESTADO E POLÍTICA NA AMÉRICA LATINA

MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU:

ALGUNS ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

GEOVAR CORRÊA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino Americano de Economia, Sociedade e Política, da Universidade Federal da Integração Latino Americana, como requisito parcial à obtenção de título de Bacharel em Ciência Política e Sociologia – Sociedade, Estado e Política na América Latina.

Orientadora: Profª. Drª. Silvia Aquino

Foz do Iguaçu

2016

GEOVAR CORRÊA

MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU:

ALGUNS ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino Americano de Economia, Sociedade e Política, da Universidade Federal da Integração Latino Americana, como requisito parcial à obtenção de título de Bacharel em Ciência Política e Sociologia – Sociedade, Estado e Política na América Latina.

BANCA EXAMINADORA

_____

Orientadora Profª. Drª. Silvia Lima Aquino

Universidade Federal da Integração Latino Americana

_____

Prof. Dr. Exzolvildres Queiroz Neto

Universidade Federal da Integração Latino Americana

Foz do Iguaçu, 13 de julho de 2016.

Dedico este trabalho, àqueles que tanto se dedicaram a mim, meus pais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Nelson Corrêa (em memória) e Delurdes Corrêa, por terem me ensinado que o mundo, é um local de constante aprendizado e ainda, pelo caráter e honradez que me transmitiram.

À minha esposa e filhos, que toleraram minha ausência e me incentivaram em mais esta empreitada em minha vida.

Agradeço a possibilidade que me foi oportunizada, de cursar uma universidade pública de qualidade.

Agradeço aos amigos Latino Americanos que amealhei na UNILA, com quem compartilhei estes últimos cinco anos, aos quais devo muito de meu aprendizado.

Agradeço a Divisão de Vigilância Epidemiológica, do departamento de Vigilância em saúde, da Secretaria Municipal de Saúde, por ter franqueado o acesso às fichas de investigação de óbito infantil.

Agradeço aos professores da Unila, particularmente ao professor Dr. Exzolvildres Queiroz Neto, visto prontamente ter aceitado o convite, pra fazer parte da avaliação do presente trabalho.

Agradeço em especial a Profª. Drª. Silvia Lima de Aquino, por ter aceitado o convite e pacientemente, ter orientado meus passos, nesse Trabalho de Conclusão de Curso.

CORRÊA, Geovar. **Mortalidade infantil no município de Foz do Iguaçu**: alguns aspectos socioeconômicos. 2016. 89 p. Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Ciência Política e Sociologia – Sociedade, Estado e Política na América Latina – Universidade Federal da Integração Latino Americana. Foz do Iguaçu, 2016.

RESUMO

Este trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo o estabelecimento de uma análise dos aspectos socioeconômicos que subjazem a mortalidade infantil. Para tanto realizamos um estudo de caso no município de Foz do Iguaçu, localizado no Estado do Paraná e selecionamos como fonte de dados, as questões relacionadas aos aspectos socioeconômicos da mãe da criança que veio a óbito, presentes na ficha de investigação de óbito infantil, preenchidas nos anos de 2011, 2012 e 2013. Esta ficha consiste em um documento oficial do Departamento de Análise de Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, com a qual se realiza uma entrevista domiciliar com a mãe do recém-nascido que viera a óbito, as quais têm o potencial de revelar esta realidade. Para subsidiar esta análise, apresentamos um breve debate sobre algumas abordagens acerca do conceito de desenvolvimento e, em seguida, estabelecemos uma reflexão sobre os chamados indicadores sociais, frequentemente utilizados, para avaliação dos níveis de desenvolvimentismo de determinada região, os quais subsidiam a análise da realidade social, objeto deste estudo. Além disso, apresentamos uma perspectiva histórica da mortalidade infantil no Brasil, relacionando-a, com ciclos de desenvolvimento e ainda, a tendência contemporânea da mesma. A par disso, estabelecemos uma discussão acerca da taxa de mortalidade infantil no Paraná, e as razões de apresentar coeficiente considerado baixo. Com base em dados do DATASUS, por conseguinte, apresentamos a taxa de mortalidade infantil do município de Foz do Iguaçu, para os anos de 2004 a 2013, e com base na pesquisa documental, realizamos uma reflexão sobre a influência de condições socioeconômicas deficitárias, e dos níveis de atenção à saúde, na taxa de mortalidade infantil.

Palavras-chave: Desenvolvimento; Pobreza; Desigualdade Social; Indicadores Sociais; Mortalidade Infantil.

CORRÊAS, Geovar. **Infant mortality rate in city of Foz do Iguaçu: some socioeconomic aspects**. 2016. 89 p. Monograph in Political Science and Sociology – Society, State and Politics in Latin America – Universidade Federal da Integração Latino Americana. Foz do Iguaçu, 2016.

ABSTRACT

This monograph This monograph aims to establish an analysis of the socioeconomic aspects that underlie child mortality. Thus, we conducted a study in Foz do Iguaçu city, in Paraná State and socioeconomic aspects concerning the mother of the deceased child were selected as source for the research, data that was presented in the child's death investigation form in the 2011-2013 period. This form is an official document from the Department of Health Situation Analysis of the Health Surveillance Secretary, subordinated to the Health Ministery, which performs a home interview with the mother of the deceased newborn and has conditions to reveal this reality. To support this analysis we present a brief discussion about some of the approaches concerning the concept of development. Following that, we establish a reflection on the so-called social indicators, often used to evaluate regional developmentalism levels, which subsidizes the social reality, analysis object of this study. Furthermore we present a historical perspective of infant mortality in Brazil, linking it to development cycles and also to the contemporary trend. Besides, we establish a discussion of child mortality in Parana and the reasons why it presents a coefficient considered as low. Based on DATASUS, therefore, we present the infant mortality rate in Foz do Iguaçu city, for the 2004-2013 periods, and based on documental research, we conducted a reflection on the influence of deficient socioeconomic conditions and levels of health care, in the child mortality rate.

Keywords: Development; Poverty; Social inequality; Social indicators; Child mortality.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Ficha de investigação de óbito infantil.....81

ANEXO B – Questões selecionadas.....87

ANEXO C – Requerimento para realização da pesquisa documental.....88

ANEXO D – Autorização para realização da pesquisa.....89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos – Brasil – 2000 a 2015.....43

Tabela 2 – Taxa de mortalidade infantil Paraná – Anos 2000 a 2013.....46

Tabela 3 – Taxa de mortalidade infantil Foz do Iguaçu – Anos 2004 a 2013.....54

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Taxa de mortalidade infantil Brasil – Anos 2000 a 2015.....44

Figura 2 – Taxa de mortalidade infantil Brasil e regiões – Anos 1990 a 2011.....45

Figura 3 – Taxa de mortalidade infantil Paraná – Anos 2000 a 2013.....45

Figura 4 – Localização geográfica de Foz do Iguaçu.....51

Figura 5 – Evolução populacional Foz do Iguaçu 1991 – 2010.....52

Figura 6 – Pirâmide etária – Foz do Iguaçu, Paraná e Brasil.....53

Figura 7 – Taxa de mortalidade infantil Foz do Iguaçu – Anos 2004 a 2013.....55

Figura 8 – Número de óbitos infantis por sexo – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.....56

Figura 9 – Número de óbitos infantis pós-neonatal e neonatal – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.....57

Figura 10 – Número de óbitos neonatal precoce e neonatal tardio – Foz do Iguaçu.....58

Figura 11 – Número de óbitos infantis e cor da pele criança – Foz do Iguaçu 2011 a 2013...58

Figura 12 – Tipo de residência da mãe, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.....59

Figura 13 – Condições de higiene da residência da mãe, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.....60

Figura 14 – Forma de abastecimento de água na residência da mãe, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.....61

Figura 15 – Forma de destino dos dejetos da residência da mãe, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.....61

Figura 16 – Mapa de localização óbitos infantis segundo distritos sanitários – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.....63

Figura17 – Região de residência da mãe, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.....64

Figura18 – Idade da mãe, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.....65

Figura19 – Escolaridade da mãe, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.....66

Figura 20 – Número de mães que possui trabalho remunerado, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.....68

Figura 21 – Mãe que realizaram pré-natal, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.....69

Figura 22 – Local onde realizou o pré-natal, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013....70

Figura 23 – A gravidez foi planejada, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.....71

Figura 24 – Número de gestações anteriores, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013...72

Figura 25 – Número de fumantes na residência, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.....72

Figura 26 – Substâncias consumidas pela mãe na gestação, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.....73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEPAL – Comissão Econômica Para a América Latina

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social

MS/SVS/CGIAE – Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Coordenação Geral de Informação e Análises Epidemiológicas

MS/SVS/DASIS – Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Análise da Situação de Saúde

NV's – Nascidos Vivos

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PIB – Produto Interno Bruto

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde

SANEPAR – Companhia Concessionária de Saneamento do Paraná

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SUS – Sistema Único de Saúde

TMI – Taxa de Mortalidade Infantil

TRO – Terapia de Reidratação Oral

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNILA – Universidade Federal da Integração Latino Americana

UNRISD – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Social das Nações Unidas

UTI's – Unidades de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....**13**

METODOLOGIA.....**17**

1. DESENVOLVIMENTO, DESIGUALDADE E POBREZA.....**20**

1.1. Diferentes abordagens sobre desenvolvimento e suas implicações para as percepções sobre pobreza e desigualdade social.....20

1.2. O debate sobre desigualdade e pobreza a partir dos Indicadores Sociais.....29

1.3. A taxa de mortalidade infantil como um Indicador Social.....32

2. MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL E NO PARANÁ.....**37**

2.1. Mortalidade infantil: uma perspectiva histórica.....37

2.1.2. Mortalidade infantil na contemporaneidade: algumas considerações.....41

2.2. Mortalidade infantil: o contexto do Paraná.....45

3. MORTALIDADE INFANTIL EM FOZ DO IGUAÇU.....**50**

3.1. Foz do Iguaçu: alguns dados.....50

3.2. A mortalidade infantil no contexto de Foz do Iguaçu.....54

3.3. Mortalidade infantil em Foz do Iguaçu: alguns resultados.....55

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....**74**

REFERÊNCIAS.....**77**

ANEXOS.....81

ANEXO A – Ficha de investigação de óbito infantil.....81

ANEXO B – Questões selecionadas.....87

ANEXO C – Requerimento para realização da pesquisa documental.....88

ANEXO D – Autorização para realização da pesquisa.....89

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso tem o objetivo analisar, em que medida fatores socioeconômicos deficitários, desencadeiam, estão relacionados ou associados, ou ainda predispõem uma dada coletividade, a maior à incidência da mortalidade infantil, e ainda analisar, se a mesma está relacionada ao nível de atendimento à saúde, dispensado à gestante e ao recém-nascido. Para tanto, nos apoiaremos numa discussão sobre desenvolvimento, desigualdade e pobreza e ainda, na temática dos indicadores sociais, a partir dos autores Amartya Sen (2000), Celso Furtado (1981/1986), Paulo de Martino Jannuzzi (2001), entre outros, citados ao longo do trabalho.

Selecionamos como estudo de caso, o município de Foz do Iguaçu, uma vez que taxa de mortalidade infantil no mesmo, tem demonstrado ascensão, nos últimos anos. O conjunto de anos selecionados para o estudo, ou seja, o recorte temporal de 2011, 2012 e 2013, reflete a disponibilidade de dados para livre consulta no banco de dados do DATASUS, bem como, a preocupação com a ascensão da taxa de mortalidade infantil no município de Foz do Iguaçu, durante o período, e seu aumento significativo, no último ano estudado.

Para coletar os dados para a presente análise, nos fundamentamos nas fichas de investigação do óbito infantil[1] dos anos 2011, 2012 e 2103. Tais fichas consistem, em um conjunto de questões que vão desde as características da mãe e da família, até as causa que levaram ao óbito, cuja finalidade, forma de coleta de dados, e como a utilizaremos, explicaremos de maneira mais detalhada, ao discorrermos acerca da metodologia utilizada.

Para fundamentar debates como os mencionados, em geral, as pessoas recorrem a indicadores sociais. Isto porque, tanto a desigualdade social e a pobreza, quanto o nível de desenvolvimento humano, são aspectos da realidade social, passíveis serem avaliados mediante a utilização de indicadores sociais, haja vista que:

> (...) os indicadores sociais se prestam a subsidiar as atividades de planejamento público e formulação de políticas sociais nas diferentes esferas de governo, possibilitando o monitoramento das condições de vida e bem-estar da população por parte do poder público e sociedade civil e permitem o aprofundamento da investigação acadêmica sobre a mudança social e sobre as determinantes dos diferentes fenômenos sociais (JANNUZZI, 2001, p. 15).

Dentre os indicadores sociais, ressaltamos a taxa de mortalidade infantil. A taxa de mortalidade infantil é um indicador social, que além de estimar *"o risco de morte dos*

[1]Disponível: file:///C:/Users/user/Downloads/ficha-de-investigacao-do-obito-infantil-entrevista-domiciliar-i3-[93-150310-SES-MT]%20(3).pdf.

nascidos vivos durante seu primeiro ano de vida", constitui um indicador do nível de saúde e um indicador de desenvolvimento de dada população, uma vez que *"reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infra-estrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para a atenção a saúde materna e da população infantil"* (RIPSA, 2008, p. 108).

Segundo Jannuzzi (2001), a mortalidade infantil é um índice que pode ser definido *"como a razão entre o número de óbitos entre crianças de até 1 ano e o total de crianças nascidas vivas durante o ano, expresso em termos de milhares"* (JANNUZZI, 2001, p, 72)

A par disso, o estudo da mortalidade infantil é fundamental, pois além de um indicador das condições de saúde, poderá denotar situação ambiental e socioeconômica desfavorável, a que a mesma esteja vinculada, pois *"a mortalidade de menores de um ano de idade é importante como sinalizadora de condições ambientais e socioeconômicas"* (MELLO JORGE et al., 2001, p. 70).

Desta forma, a mortalidade infantil representa uma temática cuja mirada sociológica não deve passar despercebida. Assim, nos reportaremos ao fenômeno social da mortalidade infantil, como um acontecimento de suma importância em uma sociedade, visto que, para o Sociólogo Herbert Jose de Souza (2012), *"devemos distinguir fato de acontecimento. Na vida real ocorrem milhares de fatos todos os dias e em todas as partes, mas somente alguns desses fatos são "considerados" como acontecimentos: aqueles que adquirem um sentido especial para um país, uma classe social, um grupo social ou uma pessoa"* (SOUZA, 2012, p. 9).

No presente trabalho, analisaremos aspectos socioeconômicos que podem estar relacionados à mortalidade infantil. Deste modo, examinaremos este acontecimento, não sob a perspectiva biológica, em um primeiro momento, em geral, a mais evidente, mas voltaremos nosso olhar para pontos ainda pouco observados, quando comparados aos que repousam no terreno da biologia e que, portanto, podem estar por detrás do problema. Para tanto, assumiremos a perspectiva de Souza (2012), que em sua obra explica como acontecimentos, como o aqui estudado, devem ser analisados.

> É fundamental perceber o conjunto de forças e problemas que estão por detrás dos acontecimentos. Tão importante quanto apreender o sentido de um acontecimento é perceber quais as forças, os movimentos, as contradições, as condições que o geram. Se o acontecimento aparece direto à nossa percepção este pano de fundo que produz nem sempre está claro. Um esforço e um cuidado maiores devem então ser feitos para situar os acontecimentos e extrair deles os seus possíveis sentidos (SOUZA, 2012, p. 14).

Ademais, a mortalidade infantil é um acontecimento do mundo social, que também pode ser entendido como um problema social, embora *"o que é constituído como "problemas*

sociais" varia segundo a época e as regiões e pode desaparecer como tal, precisamente no momento em que subsistem os fenômenos designados por eles." (LENOIR, 1996, p. 63-4). Para delimitação de um acontecimento da realidade social como um problema social, Lenoir (1996) afirma que:

> De fato, para que um problema tome a forma de um problema social, não basta que encontre agentes socialmente reconhecidos como competentes para examinar a sua natureza e propor soluções aceitáveis; ainda será preciso, de alguma forma, impô-lo no cenário dos debates públicos. (...) uma das fases essenciais da constituição de um problema como problema social é justamente seu reconhecimento como tal pelas instâncias estatais (LENOIR, 1996, p. 88-9).

Além disso, Lenoir (1996) remete à necessidade de reconhecimento, por parte do poder constituído, de que determinada circunstância da realidade social, representa um problema social, e também afirma ser do interesse deste, uma vez que:

> A constituição de uma situação como "problema social" interessa aos poderes públicos por dois motivos: a essa definição estão associados "soluções" que o estado poderá aplicar através de medidas apropriadas; ou tal situação é passível de ser apreendida e avaliada com uma aparente exatidão, dando assim a impressão de que os poderes públicos têm condições de controlá-la (...) (LENOIR, 1996, p. 103).

Assim, a pertinência do tema se dá, na medida em que os estudos existentes se situam geralmente nas causas biológicas da mortalidade infantil. Evidencia-se, por conseguinte, a necessidade de estudos que busquem as causas socioeconômicas, as quais subjazem às causas meramente biológicas, e muitas vezes, pode estar ligada a aspectos que corroboram para a exclusão social, tais como baixa escolaridade, ausência de habitação adequada, serviços de saúde de qualidade, saneamento básico, renda familiar ínfima, deficiência na prestação de serviços públicos, entre outras.

Deste modo, a pesquisa se justifica, na medida em que entendemos que a mortalidade infantil é um indicador de nível de saúde, com interface direta com o aspecto do desenvolvimento socioeconômico de uma determinada sociedade (RIPSA 2008, p, 108). Desta forma, sua relevância reside no fato de que a mesma poderá revelar problemas sociais, atrelados ou associados à mortalidade infantil, que poderão ser atacados pelas autoridades a fim de minimizar suas consequências, via políticas públicas.

A par disso, o presente trabalho se desenvolverá no intuito de demonstrar que a diminuição da mortalidade infantil, com sua aproximação a índices considerados baixos, passa fundamentalmente, por um maior nível de desenvolvimento socioeconômico, pelo acesso ao conjunto de outros direitos sociais, como por exemplo, acesso à renda, saúde de qualidade, educação, água tratada, esgoto e coleta de lixo, condições adequadas de

habitabilidade e de urbanização do espaço geográfico social, em que se encontra inserida a futura mãe.

Isto posto, as principais perguntas que orientam este trabalho são: há uma correlação entre fatores socioeconômicos críticos ou deficitários, tais como nível de renda, nível de educação e saneamento, entre outros, apresentados no decorrer do trabalho, com a mortalidade infantil? E ainda, especificamente se tratando de Foz do Iguaçu, há essa correlação entre as condições socioeconômicas críticas ou deficitárias em que vivem as gestantes, com as causas biológicas da mortalidade infantil nos anos 2011 a 2013? O aumento da taxa de mortalidade infantil no município, neste período, está correlacionado ao nível de saúde ou a condições socioeconômicas?

A primeira hipótese do presente estudo é a de que subjacentes às causas biológicas, preponderantes na mortalidade infantil do município de Foz do Iguaçu nos anos de 2011 a 2013, encontram-se um conjunto de problemas situados no terreno socioeconômico, que por sua vez, contribuem para o processo de exclusão social e, portanto, influenciam ou repercutem na conduta da mãe durante a gravidez e no primeiro de vida do recém-nascido, senão sua história de vida. Tais fatores são circunstâncias ou contingencias, às quais a gestante está sujeita durante a vida, que impactam negativamente o seu viver, a exemplo do baixo nível ou ausência de rendar, baixo nível de instrução, falta de saneamento básico, dentre outras circunstâncias que poderão estar associados à maior incidência de óbito infantil.

A segunda hipótese deste trabalho é a de que condições ambientais desfavoráveis tornam as crianças que vivem em um meio com tais características, mais vulneráveis e apresentam relação com as causas da mortalidade infantil, ou ainda que a prestação de serviços de saúde relacionados ao atendimento a gestante e ao recém-nascido, no parto e pós-parto, se encontrem deficitários. Feita esta breve apresentação, a seguir destacaremos a metodologia utilizada, para a coleta dos dados que fundamentam este trabalho.

METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em um estudo de caso da mortalidade infantil, no município de Foz do Iguaçu, entre os anos de 2011 a 2013. A escolha deste recorte temporal se deve ao fato da taxa de mortalidade infantil em Foz do Iguaçu, apresentar um crescimento preocupante no período. A escolha do recorte espacial por sua vez, reside no fato de Foz do Iguaçu, além de apresentar acréscimo no número de óbitos infantis, tratar-se de um dos municípios de referência regional, no qual a Universidade se encontra inserida.

Para coletar os dados aqui analisados, utilizamos como estratégias metodológicas: 1) a revisão da literatura sobre o tema e, 2) pesquisa documental a partir do estudo da ficha de investigação de óbito infantil (anexo A), documento oficial do Departamento de Análise de Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, com a qual se realiza uma entrevista domiciliar com a mãe do recém-nascido que viera a óbito, com o objetivo de vigilância ao óbito infantil, a fim de alimentar o banco de dados do DATASUS. A partir dos dados coletados na referida ficha, realizamos uma análise quantitativa.

O sociólogo Tim May (2004), ao abordar a pesquisa documental como fonte da pesquisa social, afirma que *"elas podem nos dizer muitas coisas sobre a maneira na qual os eventos são construídos, as justificativas empregadas, assim como fornecer materiais sobre os quais basear investigações mais aprofundadas"* (MAY, 2004, p. 100).

A ficha de investigação de óbito infantil consiste em um questionário a ser respondido através de entrevista domiciliar, preferencialmente a ser realizada com a mãe, ou na impossibilidade desta, com alguém que presenciou o óbito ou todo processo que levou a este fato. Na entrevista constam oitenta e dois itens a serem preenchidos pelo entrevistador, os quais vão desde a identificação da criança que veio a óbito, características da mãe e da família, as condições de gestação e pré-natal, até a assistência ao parto e informações sobre a doença que levou a criança à morte.

O preenchimento da ficha de investigação de óbito infantil, mediante entrevista domiciliar, é realizado por profissionais do SUS, ligados ao Departamento de Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde do município, que se desloca até residência, para fins de investigação do óbito ocorrido.

No conjunto de questões correspondentes às características da mãe e da família da criança que veio a óbito, constantes da ficha de investigação de óbito infantil, foram selecionadas vinte e quatro questões (anexo B), as quais possuem relevância para o presente

trabalho, uma vez que o conteúdo das mesmas indica entre outras coisas a idade do óbito, ou onde este ocorreu e, fundamentalmente, podem denotar as condições socioeconômicas críticas ou formas de exclusão social, que subjazem às causas biológicas do fenômeno.

Há que se evidenciar, que os dados colhidos a partir da entrevista domiciliar, contida na ficha de investigação de óbito infantil, representam dados secundários e como tal devem ser apreciados. Além disso, há que se levar em consideração as dificuldades no preenchimento da ficha de investigação de óbito infantil, uma vez que para alguns casos, a investigação se torna infrutífera, dado ao fato de que a gestante ou os familiares não se disponibilizam a fornecer informações atinentes ao óbito infantil, ou ainda por dificuldades, tais como falta de segurança aos entrevistadores, no acesso ao local para realização da entrevista.

Desta forma, o período estudado, compreende a ocorrência de cento e quarenta e seis óbitos, porém, na apresentação estatística dos dados apurados, invariavelmente oito casos ou mais, constarão como dados ignorados visto as dificuldades acima expostas, ou ainda, em razão das fichas de investigação de óbito infantil, não se encontrarem disponíveis para consulta, à época da coleta de dados, uma vez que a investigação não se encontrava conclusa.

Esses são aspectos a serem levados em consideração, na apreciação e análise de dados secundários. May (2004), ao abordar as críticas à pesquisa documental afirma que estas *"tendem a originar-se de como os documentos são utilizados, e não de sua utilização"* (MAY, 2004, p. 111). Tal assertiva feita pelo autor decorre do fato de que:

> A própria história e o nosso entendimento dela podem ser informados por uma leitura seletiva de documentos, ou esses mesmos documentos podem ser seletivos. Assim, aquilo que as pessoas decidem registrar, incluir ou deixar de fora, é informado pelas decisões que se relacionam ao ambiente social, político e econômico dos quais são partes. (...) Ao realizar a pesquisa documental, deveríamos estar cientes dessas influências e não supor que os documentos são simplesmente artefatos neutros do passado (MAY, 2004, p. 112).

May (2004) traz ainda a perspectiva da classificação dos documentos em três grupos, *"(...) primeiro, os documentos primários, secundários e terciários; segundo, documentos públicos e os privados, e, terceiro, as fontes solicitadas e as não solicitadas"* (MAY, 2004, p. 103). Assim, a fonte documental do presente trabalho, além de pública, já que é produzida por um ente estatal, se classifica como secundária, uma vez que *"estas são escritas depois de um evento que o autor não testemunhou pessoalmente, e o pesquisador tem que estar ciente dos problemas potenciais na produção destes dados"* (MAY, 2004, p. 103).

Para a obtenção dos dados, fora solicitado pela Universidade Federal da Integração Latino Americana (anexo C), à Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, autorização para acesso do autor às fichas de investigação do óbito infantil, a fim de se realizar a pesquisa,

correspondente aos anos que o trabalho se reporta, sendo a autorização expedida pelo titular daquela secretaria (anexo D), possibilitando a coleta de dados.

Dito isto, ressaltamos que este trabalho de conclusão de curso, está dividido em três capítulos, além desta introdução e das considerações finais. No primeiro capítulo do presente trabalho, realizaremos um breve debate sobre diferentes perspectivas sobre o que é desenvolvimento, as quais, classificamos em dois principais grupos. No primeiro, abordaremos perspectivas que, de certa forma, entendem o desenvolvimento a partir dos seus aspectos econômicos, conferindo especial relevância ao crescimento econômico. No segundo, se situam algumas das abordagens que, em nossa perspectiva tomam o desenvolvimento para além do econômico, ou seja, como um fator que deve propiciar, entre outras coisas, um menor nível de desigualdade social, a diminuição da pobreza, a elevação do índice de desenvolvimento humano. Este capítulo traz ainda, considerações a respeito dos indicadores sociais e a sua utilização como forma de mensurar a realidade social.

No segundo capítulo, faremos uma exposição da evolução da taxa de mortalidade infantil no Brasil ao longo dos últimos anos e possíveis fatores associados à mesma, bem como a tendência da taxa na contemporaneidade. Finalizaremos este capítulo com uma discussão a respeito da evolução da taxa de mortalidade infantil no Estado do Paraná e os respectivos números. O terceiro capítulo é destinado à apresentação e discussão dos números, referentes à taxa de mortalidade infantil no município de Foz do Iguaçu, bem como, a apresentação e discussão dos dados coletados junto à ficha de investigação de óbito infantil. Por fim, apresentaremos as considerações finais, com as respectivas inferências resultantes do estudo realizado.

1. DESENVOLVIMENTO, DESIGUALDADE E POBREZA

Neste capítulo, abordaremos primeiramente, o debate sobre a ideia de desenvolvimento econômico, confrontando-o com a discussão sobre o desenvolvimento em um sentido mais amplo, no qual inclui a categoria social, de modo a pensá-lo como um fator de expansão das liberdades humanas, capaz de melhor desenvolvê-las, conforme entendimento de Amartya Sen, exposto em sua obra *Desenvolvimento como liberdade*. Em segundo momento, se discutirá sobre a pobreza e a desigualdade como resultado de estratégias de um desenvolvimento, focadas apenas no âmbito econômico. Por fim, se abordará a temática dos indicadores sociais, os quais são fundamentais na avaliação do desenvolvimento e das políticas públicas adotadas pelos entes estatais, em especial o Índice de Desenvolvimento Humano, que traduz, em tese, o quanto uma sociedade se encontra desenvolvida socioeconomicamente e ainda, a Taxa de Mortalidade Infantil, bem como sua importância enquanto indicador social, não só das condições de saúde de uma dada população, mas também como indicador do nível de desenvolvimento socioeconômico desta.

1.1. DIFERENTES ABORDAGENS SOBRE DESENVOLVIMENTO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA AS PERCEPÇÕES SOBRE A POBREZA E A DESIGUALDADE SOCIAL

Muito se fala em desenvolvimento econômico e políticas públicas destinadas a promover esse desenvolvimento. Contudo, para que se entenda o que é o desenvolvimento econômico, tem-se que antes de tudo, falar de um de seus componentes, o crescimento econômico, que nas palavras de Mochón Morcillo e Troster (1994), exposto na obra *Introdução à Economia*, consiste em:

> (...) um aspecto de outro processo mais geral: o desenvolvimento de uma sociedade que provoca, ao longo do tempo, mudanças fundamentais em sua organização e em suas instituições. Com o estudo do crescimento econômico, somente se pretende analisar uma parte desse desenvolvimento econômico e social, a que a evolução da produção e da riqueza se refere (MOCHÓN MORCILLO & TROSTER, 1994, p. 315).

Mochón Morcillo e Troster (1994, p. 315), afirmam ainda que *"o crescimento econômico é um processo sustentado ao longo do tempo, no qual os níveis de atividade econômica aumentam constantemente".*

Ainda sob esta vereda economicista, desconsiderando as desigualdades na distribuição da renda interna dos países, Mochón Morcillo e Troster (1994, p. 331), afirmam que

"desenvolvimento é o processo de crescimento de uma economia, ao longo do qual se aplicam novas tecnologias e se produzem transformações sociais, que acarretam uma melhor distribuição da riqueza e renda".

Neste sentido, a ideia de desenvolvimento implica em mudanças fundamentais nas instituições e na organização da própria sociedade. Já o crescimento econômico está condicionado ao crescimento quantitativo da economia, ao uso de novas tecnologias, que se traduz em um processo de industrialização com mudanças fundamentais, por vezes condicionados aos padrões de consumo, ditados pelos países centrais. De acordo com Oliveira (2002), ha um entendimento de que o desenvolvimento pressupõe um processo de industrialização, deste modo, nas palavras do autor:

> Na literatura especializada em economia é muito comum associar desenvolvimento com industrialização, pois a indústria é responsável por incrementos positivos no nível do produto, no assim chamado crescimento econômico. Isso ocorre, principalmente, devido à ampliação da atividade econômica advinda dos efeitos de encadeamento oriundos do processo de industrialização. Tais efeitos servem para aumentar a crença de que a industrialização é indispensável para se obter melhores níveis de crescimento e qualidade de vida. Essa é a razão pela qual todos os países do mundo almejam tanto industrializar seu território (OLIVEIRA, 2002, p. 43-4).

Embora o tema do desenvolvimento faça parte das concepções gerais da Economia Política, e muitas vezes se confunda como sinônimo de processos de industrialização, para Maluf (2000, p. 53), *"mais do que nunca estamos colocados frente ao desafio de atribuir sentido, talvez mais de um sentido, à noção de desenvolvimento quando aplicada aos processos sociais, em particular ao se tratar de desenvolvimento econômico".*

Atribuir, portanto, sentido ao desenvolvimento econômico, por certo não tem sido tarefa fácil ao longo dos anos, tão pouco constitui tema novo, neste sentido argumenta Baran (1977, p. 50):

> Lembramos que um grande interesse pelo problema do desenvolvimento econômico não constitui, de forma alguma, novidade sem precedente no campo da Economia Política. Desenvolvimento econômico foi o tema central da economia clássica, como nos indicam o título e o conteúdo da obra pioneira de Adam Smith. Numerosas gerações de economistas, a despeito dos títulos que deram a suas obras, preocuparam-se, também, em analisar as forças determinantes do progresso econômico (apud BONENTE, 2007, p. 17).

Contudo, não é preocupação aqui, abordar a teoria do desenvolvimento econômico, advindo desde os clássicos, passando pela crítica de Marx, aos postulados da economia clássica e, pelas modificações ou reformas introduzidas pelo pensamento neoclássico, onde a perspectiva costumeira dada ao tema se envereda para sentidos quantitativos. Nesta

perspectiva, se considera o crescimento econômico, a expansão do Produto Interno Bruto e a sua divisão per capita – consequência da produção e reprodução de riquezas – como sinônimo de desenvolvimento. Neste sentido, Oliveira (2002) acrescenta que:

> O debate acerca do conceito de desenvolvimento é bastante rico no meio acadêmico, principalmente quanto à distinção entre desenvolvimento e crescimento econômico, pois muitos autores atribuem apenas os incrementos constantes no nível de renda como condição para se chegar ao desenvolvimento, sem, no entanto, se preocupar como tais incrementos são distribuídos (OLIVEIRA, 2002, p. 38).

O que o autor esta a nos orientar é de que, em sua perspectiva o desenvolvimento requer ainda a equidade na distribuição dos incrementos proporcionados pelo aumento da renda. Luiz Carlos Bresser Pereira (2008), ao abordar o tema do desenvolvimento econômico[2], afirma que:

> O desenvolvimento econômico de um país ou estado-nação é o processo de acumulação de capital e incorporação de progresso técnico ao trabalho e ao capital que leva ao aumento da produtividade, dos salários, e do padrão médio de vida da população. A medida mais geral de desenvolvimento econômico é a do aumento da renda por habitante porque esta mede aproximadamente o aumento geral de produtividade (BRESSER PEREIRA, 2008, p. 1).

Argumenta ainda o autor (2008), no tocante aos objetivos das sociedades, que:

> O desenvolvimento econômico vise atender diretamente um objetivo político fundamental das sociedades modernas – o bem estar – e, apenas indiretamente os quatro outros grandes objetivos que essas sociedades buscam – a segurança, a liberdade, a justiça social e a proteção ao ambiente. Por isso, é importante não confundi-lo com o desenvolvimento ou o progresso total da sociedade que implica um avanço equilibrado nos cinco objetivos (BRESSER PEREIRA, 2008, p. 2).

Bresser Pereira (2012), ainda sobre desenvolvimento econômico, em ensaio em comemoração aos 80 anos da economista Maria da Conceição Tavares, assevera que:

> O desenvolvimento econômico exige uma estratégia nacional de desenvolvimento. Historicamente, países que conseguiram alcançar o nível de desenvolvimento das nações ricas adotaram estratégias de desenvolvimento nacional ou de competição nacional. O que é uma estratégia nacional de desenvolvimento? É um conjunto de valores, ideias, leis e políticas orientadas para o desenvolvimento econômico que leva à criação de oportunidades para que empresários dispostos a assumir riscos possam investir e inovar (BRESSER PEREIRA, 2012, p. 29).

O desenvolvimento geral da sociedade em amplos sentidos, mais efetivamente entendido como progresso, requer um foco especial no âmbito econômico. Segundo Bresser Pereira (2012):

> Uma estratégia nacional de desenvolvimento implica um conjunto de variáveis fundamentais para o desenvolvimento econômico. Essas variáveis são tanto reais como institucionais. O aumento da capacidade de poupança e de investimento da nação; os meios pelos quais ela incorpora o progresso técnico na produção; o

[2]Disponível: http://www.bresserpereira.org.br/Pepers/2007/07.22.CrescimentoDesenvolvimento.Junho19.2008.pdf

> desenvolvimento do capital humano; o aumento da coesão social, resultando em capital social ou em uma nação mais forte, mais democrática; uma política macroeconômica capaz de assegurar a saúde financeira do Estado e do Estado-nação, levando a índices moderados de endividamento interno e externo – todos esses são elementos constitutivos de uma estratégia nacional de desenvolvimento (BRESSER PEREIRA, 2012, p. 30).

De um modo geral, a visão mais tradicional da economia política, percebe o desenvolvimento sob a perspectiva do crescimento econômico, onde o aumento no nível da produção de renda e riqueza são os principais objetivos almejados, tendo como consequência uma distribuição igualitária desses dividendos, entre todos os membros da sociedade.

Entretanto, este viés não é único sob o qual o assunto pode ser focado. Na obra *"Dinâmica da População: teoria, métodos e técnicas de análise"* organizada por SANTOS et al. (1980), os economistas Paul Singer e Tamãs Szmrecsãnyi, analisam o caráter estrutural do desenvolvimento, ao abordar o tema da relação entre o desenvolvimento econômico e a dinâmica populacional, expondo que:

> O desenvolvimento econômico de um país, ou de uma região, é muito mais do que o simples crescimento de seu produto – total ou per capita – ou da renda de sua população. Não se trata de um processo puramente quantitativo e mecânico, passível de ser medido estatisticamente ano a ano. O desenvolvimento econômico, acima de tudo, constitui um processo qualitativo de mudança estrutural (SINGER & SZMERECSANYI, 1980, p. 275).

Nessa perspectiva de desenvolvimento, as mudanças estruturais vão além de crescimento ou mudanças econômicas passíveis de ocorrer em dada sociedade, alcançando outros valores tutelados por esta mesma sociedade ao longo do tempo, conforme complementam Singer e Szmrecsãnyi (1980), ao afirmarem que:

> Mais especificamente, o desenvolvimento econômico pode ser visto como um processo histórico de transformação estrutural das economias "coloniais" ou subdesenvolvida, em economias "industrializadas", ou "desenvolvidas." Essa transformação não é apenas econômica, mas também social, cultural e política, na medida em que acaba abrangendo todas as instituições da sociedade (SINGER & SZMERECSANYI, 1980, p. 275).

Ainda, com outro enfoque, há a visão estruturalista de desenvolvimento, melhor dizendo, uma visão que busca explicar o porquê da não ocorrência do desenvolvimento, elaborada pela Comissão Econômica Para a América Latina CEPAL, criada pela ONU no pós Segunda Guerra Mundial, para orientar as políticas de desenvolvimento adotadas pelos países latino-americanos. Nas palavras de Moraes (1995):

> A Cepal (Comissão Econômica para a América Latina) foi criada pela ONU em 1948. Desde então, seus estudos marcaram todos aqueles que se aventuraram na compreensão dos problemas sociais do continente, influindo decisivamente na seleção de métodos e temas considerados relevantes. E freqüentemente as políticas de desenvolvimento de numerosos países da região tiveram como referência as análises dessa instituição (MORAES, 1995, p. 5).

Embora não se faça aqui um aprofundamento do pensamento cepalino, não é demais trazer à baila a percepção de Moraes (1995, p. 38), acerca do tema, segundo o qual *"para os cepalinos, a economia mundial deveria ser entendida como uma estrutura centro-periferia que se auto-reproduz, eternizando (e não moderando) ritmos diferentes na absorção dos frutos do progresso técnico".*

Tal contexto desigual de relações comerciais e distribuição das benesses do progresso, entre o considerado centro do mundo, composto pela Europa Ocidental, Japão e América do norte, ou seja, por regiões caracterizadas como desenvolvidas e a sua periferia, composta pela África, América Latina e Ásia (com exceção do Japão), regiões consideradas subdesenvolvidas, deveria ser minimizado com ação estatal. Isto porque, como afirma Moraes (1995, p. 44) *"no arrazoado cepalino, são decisivos o planejamento e a força interventora do Estado, através das políticas fiscal, alfandegária, monetária e creditícia, além de investimentos básicos não realizáveis pelo setor privado".*

Um dos principais integrantes da CEPAL foi Celso Furtado. Este estudioso é um dos responsáveis pelo debate e construção das concepções de desenvolvimento e subdesenvolvimento elaborados pela Comissão. Celso Furtado (1981), em sua obra *"O Brasil pós-milagre"*, ao abordar o tema do desenvolvimento da região nordeste do Brasil e as alternativas institucionais, faz uma distinção entre o que se convencionou chamar de desenvolvimento e o que considerava de fato desenvolvimento. Deste modo, afirma que:

> O que se tendeu chamar de desenvolvimento, no mundo de hoje, é, no essencial, um processo de modernização, ou seja, de adoção por uma sociedade de padrões de comportamento, no que respeita ao consumo, imitados de outros países que são vistos como ocupando posição de vanguarda no progresso (FURTADO, 1981 p. 151).

Neste passo de crítica à sociedade capitalista calcada no consumo, Furtado (1981) vai mais adiante, assegurando que o consumismo não se traduz em verdadeiro desenvolvimento, uma vez que:

> Esses hábitos de consumo implicam em um estilo de vida que privilegia o transporte privado e produz a esterilização de grande parte dos investimentos que realiza a coletividade. Ora, o verdadeiro desenvolvimento é a complexificação da sociedade a todos os níveis e vai acompanhado do aumento da capacidade para acumular conhecimento e transformá-lo e instrumento de ação (FURTADO, 1981 p. 151).

Por conseguinte, Furtado (1981) conclui seu entendimento a respeito do tema arguindo no sentido de que o conhecimento é uma ferramenta que leva ao caminho do verdadeiro desenvolvimento, uma vez que:

> A simples modernização prescinde dessa transformação das estruturas mentais, sendo as pessoas preparadas não para ter iniciativa e criar, e sim para comportar-se passivamente como consumidor. A primeira condição para que haja um verdadeiro desenvolvimento é que a acumulação de conhecimento se transforme em

> instrumento para atuar sobre a realidade: para identificar problemas e abrir caminhos à solução dos mesmos (FURTADO, 1981 p. 151).

Percebe-se que o pensamento de Furtado (1986), em obra cujo título denomina-se *"Teoria e Política do Desenvolvimento Econômico"*, vai muito além das concepções clássicas e neoclássicas a respeito da economia do desenvolvimento. Após discorrer acerca de crescimento e desenvolvimento econômico e o aumento do fluxo de renda decorrente proporcionado, este afirma que:

> Assim, o conceito de desenvolvimento econômico compreende a ideia de crescimento, superando-a. Com efeito: ele se refere ao crescimento de um conjunto de estrutura complexa. Essa complexidade estrutural não é uma questão de nível tecnológico. Na verdade ela traduz a diversidade das formas sociais e econômicas engendrada pela divisão do trabalho social. Porque deve satisfazer às múltiplas necessidades de uma coletividade é que o conjunto econômico nacional apresenta sua grande complexidade de estrutura. Esta sofre a ação permanente de uma multiplicidade de fatores sociais e institucionais que escapam à análise econômica corrente. (FURTADO, 1986, p. 78).

Este entendimento, de que desenvolvimento não se encerra apenas no aspecto econômico, também foi estudado por Pedro Calderan Beltrão em meados dos anos 1960. Para este autor o desenvolvimento não se restringia apenas ao aspecto econômico, mas também comportava o aspecto social, conforme expunha em sua obra *"Sociologia do desenvolvimento"*, ao afirmar sucintamente e em linhas gerais que (1965, p. 115): *"o desenvolvimento é um processo inédito e irreversível de mudança social, através do qual se instaura numa região um mecanismo endógeno de crescimento econômico cumulativo e diferenciado".*

Além disso, Beltrão (1965) ao esmiuçar seu conceito de desenvolvimento item a item, afirma que a mudança social a que alude se dá em razão de que:

> O desenvolvimento é um fenômeno predominantemente tecnológico-econômico, mas não o é exclusivamente: seja como pré-requisitos, seja como concomitantes e conseqüênciais, observam-se no seu decorrer transformações inéditas e irreversíveis em todos os demais elementos do complexo social (BELTRÃO, 1965, p. 116).

Amartya Sen (2000), em sua obra *"Desenvolvimento como liberdade"*, apresenta uma perspectiva na qual (2000, p. 17) *"o desenvolvimento pode ser visto como um processo de expansão das liberdades reais que as pessoas desfrutam",* e pondera mais adiante que o desenvolvimento assim entendido, além de estar a serviço do aprimoramento e expansão das liberdades, tem que tê-las como meio e fim, uma vez que:

> Nesta abordagem, a expansão da liberdade é considerada (1) *o fim primordial* e (2) *o principal meio* do desenvolvimento. Podemos chama-los respectivamente, o "papel constitutivo" e o "papel instrumental" da liberdade no desenvolvimento (SEN, 2000, p, 52).

Para Sen (2000), o crescimento do Produto Nacional Bruto e da renda das pessoas, certamente são importantes meios de expansão das liberdades humanas. No entanto, não se configuram como os únicos meios capazes de propiciar a manutenção e expansão das mesmas, pois estas estão atreladas à existência de outras circunstâncias das quais dependem, uma vez que (2000, p. 52), "*(...) as liberdades dependem de outros determinantes, como as disposições sociais e econômicas (por exemplo, os serviços de educação e saúde) e os direitos civis (por exemplo, a liberdade de participar de discussões e averiguações públicas)".*

Nesse compasso se percebe que a concepção de Sen (2000), acerca do desenvolvimento, vai além do econômico, o qual privilegia entre outros aspectos do mundo material, o consumismo, a produção de riqueza e renda. Para o autor, embora se viva em um mundo em que cada vez mais se produz riquezas, mediante o desenvolvimento, este mesmo mundo nega, senão a todos, mas sim à grande maioria das pessoas, liberdades elementares e fundamentais, muitas delas de subsistência, exemplificando sua assertiva no sentido de que:

> Às vezes a ausência de liberdades substantivas relaciona-se diretamente com a pobreza econômica, que rouba das pessoas a liberdade de saciar a fome, de obter uma nutrição satisfatória ou remédio para doenças tratáveis, a oportunidade de vestir-se ou morar de modo apropriado, de ter acesso a água tratada ou saneamento básico (SEN, 2000, p. 18).

Por iguais razões, Sen (2000) pondera ainda a respeito da negação de liberdades básicas fundamentais, que por vezes são de responsabilidade de entes estatais disponibilizarem ao corpo social, para que delas desfrutem e gozem, afirmando que:

> Em outros casos a privação da liberdade vincula-se estreitamente à carência de serviços públicos e assistência social, como por exemplo, a ausência de programas epidemiológicos, de um sistema bem planejado de assistência médica e educação ou de instituições eficazes para manutenção da paz e ordem locais (SEN, 2000, p. 18).

Por conseguinte, Sen (2000) completa seu rol exemplificativo de privações de liberdades com as restrições autoritárias de participação da vida política, as quais impactam, negativamente, o desabrochar e o crescimento das habilidades individuais dos membros do corpo social e consequentemente do desenvolvimento, afirmando que *"em outros casos, a violação da liberdade resulta diretamente de uma negação de liberdades políticas e civis por regimes autoritários e de restrições impostas à liberdade de participar da vida social, política e econômica da comunidade"* (SEN, 2000, p. 18).

Para o autor, o indivíduo que goza de todas as liberdades livremente e inter-relacionadas, se transforma em um agente propulsor elementar do desenvolvimento, uma vez que as liberdades individuais se traduzem em oportunidades colocadas a disposição do corpo social, que permitem o crescimento individual e o desenvolvimento social, visto que em seu

entender *"a condição de agente livre sustentável emerge como um motor fundamental do desenvolvimento"* (SEN, 2000, p. 19).

Neste sentido, o autor compreende o desenvolvimento como uma situação resultante da disponibilidade, aperfeiçoamento e expansão de liberdades e de participações dos membros do corpo social, uma vez que:

> O que as pessoas conseguem positivamente realizar é influenciado por oportunidades econômicas, liberdades políticas, poderes sociais e por condições habilitadoras com saúde, educação básica e incentivo e aperfeiçoamento de iniciativas. As disposições institucionais que proporcionam essas oportunidades são ainda influenciadas pelo exercício das liberdades das pessoas, mediante a liberdade para participar da escolha social e da tomada de decisões públicas que impelem o progresso dessas oportunidades (SEN, 2000, p. 19).

E vai mais além, ao esclarecer a perspectiva da liberdade em sua ótica e quais as formas como as liberdades deixam de ser franqueadas aos membros do corpo social, impedindo que delas desfrutem livremente, afirmando que:

> (...) A visão da liberdade aqui adotada envolve tanto processos que permitem a liberdade de ações e decisões como as oportunidades reais que as pessoas têm, dadas as suas circunstâncias pessoais e sociais. A privação de liberdade pode surgir em razão de processos inadequados (como a violação do direito ao voto ou de outros direitos políticos ou civis), ou de oportunidades inadequadas que algumas pessoas têm para realizar o mínimo do que gostariam (incluindo a ausência de oportunidades elementares como a capacidade de escapar da morte prematura, morbidez evitável ou fome involuntária). (SEN, 2000, p. 31).

Como se observa até aqui, para Amartya Sen as liberdades individuais são fundamentais ao desenvolvimento. Quando as liberdades são disponibilizadas ao corpo social de forma institucional e a realidade social as absorve, os membros do corpo social passam da condição passiva para a condição de agente participante do desenvolvimento, mediante iniciativas individuais, retroalimentando-o, pois se trata, nas palavras do autor *"(...) de alguém que age e ocasiona mudança e cujas realizações podem ser julgadas de acordo com seus próprios valores e objetivos, independente de as avaliarmos ou não também segundo algum critério externo"* (SEN, 2000, p. 33).

Em sua obra o autor elenca cinco distintas liberdades instrumentais, as quais se inter-relacionam e tem caráter de complementaridade entre elas, influenciando positivamente o nível de oportunidades colocadas à disposição do corpo social e consequentemente o desenvolvimento, pois,

> Os papéis instrumentais da liberdade incluem vários componentes distintos, porém inter-relacionados, como facilidades econômicas, liberdades políticas, oportunidades sociais, garantias de transparência e segurança protetora. Esses direitos, oportunidades e intitulamentos instrumentais possuem fortes encadeamentos entre si, que podem se dar em diferentes direções. O processo de desenvolvimento é crucialmente influenciado por estas inter-relações. (SEN, 2000, p. 71).

Diante deste quadro em que a liberdade é central para o desenvolvimento, Sen (2000) afirma ainda a existência de um papel, tanto dos indivíduos, quanto do Estado e da sociedade, uma vez que:

> Nessa perspectiva, as pessoas têm de ser vista como ativamente envolvidas – dada a oportunidade – na conformação de seu próprio destino, e não apenas como beneficiárias passivas dos frutos de engenhosos programas de desenvolvimento. O Estado e a sociedade têm papéis amplos no fortalecimento e na proteção das capacidades humanas. São papéis de sustentação, e não de entrega sob encomenda (SEN, 2000, p. 71).

Ademais, nessa ótica em que a liberdade humana é o fim e o meio do desenvolvimento, a sua negação consiste em não permitir o pleno desenvolvimento socioeconômico e o desenvolvimento das capacidades humanas, e gera entre outras coisas a desigualdade e a pobreza, sendo esta última vista por Sen (2000) como privações de capacidades básicas, uma vez que para ele:

> Existem boas razões para que se veja a pobreza como uma privação de capacidades básicas, e não apenas como baixa renda. A privação de capacidades elementares pode refletir-se em morte prematura, subnutrição significativa (especialmente de crianças), morbidez persistente, analfabetismo muito disseminado e outras deficiências (SEN, 2000, p. 35).

Embora a perspectiva de Sen (2000) a respeito da pobreza não adote unicamente a ideia de baixo nível de renda, insuficiente de atender aos níveis diários mínimos para subsistência individual, e sim a ideia de não disponibilização de um conjunto de capacidades, o mesmo esclarece que:

> A perspectiva da pobreza como privação de capacidades não envolve nenhuma negação da ideia sensata de que a renda baixa é claramente uma das causas principais da pobreza, pois a falta de renda pode ser uma razão primordial da privação de capacidades de uma pessoa. (SEN, 2000, p. 109).

Para Sen (2000), a renda e a distribuição da riqueza, na perspectiva do desenvolvimento como expansão das liberdades humanas e consequentemente alavanca das capacidades, não é o único viés capaz de se avaliar a desigualdade e a pobreza. De acordo com este autor, em razão das dominantes concepções economicistas vigentes, há uma limitação na visão, apontando, além disso, para uma distorção no debate do desenvolvimento, onde o que se sobrepõe é o debate acerca do incremento da renda, uma vez que:

> Essas limitações têm o efeito de contribuir para que se negligenciem outros modos de ver a desigualdade e a equidade, modos que influenciam de maneira muito mais abrangente a elaboração das políticas econômicas. Os debates sobre políticas realmente tem sido distorcidos pela ênfase excessiva dada à pobreza e à desigualdade medidas pela renda, em detrimento das privações relacionadas a outras variáveis como desemprego, doença, baixo nível de instrução e exclusão social (SEN, 2000, p. 131).

1.2. O DEBATE SOBRE DESIGUALADADE E POBREZA A PARTIR DOS INDICADORES SOCIAIS

Em realidade tanto o debate sobre desenvolvimento como sobre a pobreza e a desigualdade social, são passíveis, hodiernamente, de serem aquilatadas mediante indicadores sociais, os quais são cada vez mais utilizados por partidos políticos, administradores públicos e em meios de comunicação. É o que nos afirma Paulo de Martino Jannuzzi (2001) em sua obra *"Indicadores Sociais no Brasil Conceito, Fontes de dados e Aplicações"*, ao asseverar que:

> Atualmente, taxa de mortalidade infantil, taxa de analfabetismo, nível de desemprego, grau de indigência e pobreza, Índice de Desenvolvimento Humano são conceitos corriqueiramente citados nos jornais, na mídia eletrônica, nos debates políticos. Cada vez mais se observam jornalistas, lideranças populares, políticos e a população em geral se utilizando de Indicadores Sociais para avaliar os avanços ou retrocessos nas condições de vida da população, apontar a eficácia ou a ineficácia das políticas públicas ou defender suas posições quanto às prioridades sociais a atender (JANNUZZI, 2001, p. 11).

Jannuzzi (2001) apresenta uma perspectiva da pobreza como carências múltiplas, semelhante à percepção do tema adotada por Sen (2000), não abordando unicamente da renda como dominante de avaliação da condição de pobreza. Assim, inclui várias situações de exclusão social que entende determinantes da condição de pobreza, deixando claro quem representaria essa parcela de excluídos do corpo social, ao afirmar que:

> Há também indicadores de dimensionamento da pobreza que partem de um princípio distinto – não monetário – para classificação da população como pobre ou não. São os indicadores baseados no estado de carências ou de necessidades básicas insatisfeitas em diversas dimensões analíticas (educação, atendimento à saúde, habitação, emprego, etc.). A porção de pobres, carentes ou excluídos nesta perspectiva corresponde à parcela de população que não tem ou dispõe, sob certos critérios normativos, de nível suficiente de escolaridade, acesso a políticas de saúde, habitação adequada, trabalho regular etc. (JANNUZZI, 2001, p. 104).

Estes indicadores sociais, antes restritos a órgãos administrativos estatais e aos meios universitários, onde basicamente tiveram sua origem como instrumentos de análise da realidade social, passam, modernamente, a serem considerados no planejamento e na determinação e avaliação de políticas públicas a serem adotadas, é o que assinala Jannuzzi (2001), na introdução de sua obra:

> Finalmente, depois de muito tempo confinados às esferas técnicas e acadêmicas, no âmbito dos órgãos de planejamento público e universidades, os Indicadores Sociais passam a integrar o vocabulário corrente dos agentes políticos responsáveis, em última instância, pela definição das prioridades das políticas sociais e alocação dos recursos públicos. Os Indicadores Sociais deixaram de figurar apenas nos relatórios governamentais ganhando um papel mais relevante nas arenas de discussão político-social da sociedade brasileira nesta virada de século (JANNUZZI, 2001, p. 11).

Desta forma, o estudo dos indicadores sociais passa a ter viés científico tão somente em meados dos anos 1960, a fim de avaliar as mudanças sociais em um período em que houvera um acelerado crescimento econômico, porém um abrupto crescimento das desigualdades e da pobreza é o que destaca Jannuzzi (2001), ao declarar que:

> Nesse período começaram a se avolumar evidências de descompasso entre Crescimento Econômico e melhoria das Condições Sociais da população em países do Terceiro Mundo. A despeito do crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), persistiam altos os níveis de pobreza e acentuavam-se as desigualdades sociais em vários países. Crescimento econômico não era, pois, condição suficiente para garantir o Desenvolvimento Social (JANNUZZI, 2001, p. 13).

Ainda nesta abordagem Jannuzzi (2001) constrói uma definição do que seria, em sua concepção, um indicador social, dizendo que:

> Um Indicador Social é uma medida em geral quantitativa dotada de significado social substantivo, usado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para pesquisa acadêmica) ou programático (para formulação de políticas). É um recurso metodológico, empiricamente referido, que informa algo sobre um aspecto da realidade social ou sobre mudanças que estão se processando na mesma (JANNUZZI, 2001, p. 15).

Para Jannuzzi (2001), o indicador social tem sua utilização acadêmica e programática, uma vez que tem a possibilidade de ligar uma teoria social desenvolvida no meio científico, a situações ou circunstâncias do mundo real, passíveis de serem influenciadas mediante ações estatais, assim confirma que:

> Para a pesquisa acadêmica, o Indicador Social é, pois, o elo de ligação entre os modelos explicativos da Teoria Social e a evidência empírica dos fenômenos sociais observados. Em uma perspectiva programática, o Indicador Social é um instrumento operacional para monitoramento da realidade social, para fins de formulação e reformulação de políticas públicas (JANNUZZI, 2001, p. 15).

Entretanto, um indicador social não deve ser confundido com estatísticas públicas, pois estas representam números que se constituem no elemento fundamental para a construção do primeiro (indicador social), uma vez que se apresentam despojados de interpretação social e, embora possuam um papel na construção de um indicador social, as mesmas se diferenciam deste. De acordo com Jannuzzi (2001):

> As estatísticas públicas correspondem ao dado social na fora bruta, não inteiramente contextualizado em uma Teoria Social ou uma Finalidade Programática, só parcialmente preparado para uso na interpretação empírica da realidade (...). As estatísticas públicas – dados censitários, estimativas amostrais e registros administrativos – constituem-se, pois na matéria prima para a construção de indicadores sociais. O que diferencia a estatística publica do indicador social é o conteúdo informacional presente, isto é, o "valor contextual" da informação disponível neste último. (JANNUZZI, 2001, p. 16).

Assim, um indicador pode demonstrar ou aquilatar situações da realidade social, dado seu valor interpretativo contextualizado em uma teoria social, sem o qual a interpretação seria vazia, pois para Jannuzzi (2001):

> Taxas de analfabetismo, rendimento médio do trabalho, taxas de mortalidade infantil, taxas de desemprego, índice de Gini, proporção de crianças matriculadas em escolas são, neste sentido, indicadores sociais, ao traduzir em cifras tangíveis e operacionais várias das dimensões relevantes, específicas e dinâmicas da realidade social (JANNUZZI, 2001, p. 15).

O rol de indicadores sociais apresentados pelo autor evidentemente que não é único, havendo outros destinados à interpretação e análise do cenário social, quer seja em âmbito nacional ou internacional.

Em consonância com o tema do desenvolvimento aqui abordado, há o índice de desenvolvimento humano ou IDH. Este indicador teve como colaborador na sua construção junto a ONU, Amartya Sen, e se traduz em instrumento de análise de quanto uma sociedade se encontra desenvolvida socioeconomicamente, Sua construção, se deu em razão de que o modelo até então adotado, para medir o desenvolvimento, já não se mostrava eficaz, conforme esclarece Jannuzzi (2001):

> Com o progressivo desgaste do Produto Interno Bruto per capita como indicador de nível de desenvolvimento socioeconômico, diferentes pesquisadores e organismos internacionais passaram a propor e testar outros indicadores substitutos. Dentre as várias propostas desenvolvidas, os estudos realizados nos anos 60 no Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Social das Nações Unidas (UNRISD), para construção de um indicador quantitativo de nível de vida, parecem ser aquelas que mais tarde viriam a influenciar de forma decisiva a definição do Índice de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), nos anos 80 (JANNUZZI, 2001, p. 119).

E Jannuzzi (2001) vai mais além, explicitando que o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, compreendia ser o desenvolvimento humano como uma constante ampliação de oportunidades, fato que se assemelha à percepção de Sen (2000) a respeito do tema, uma vez que:

> Na concepção do PNUD, o Desenvolvimento Humano deveria ser entendido como um processo dinâmico e permanente de ampliação das oportunidades dos indivíduos para a conquista de níveis crescentes de bem estar. Para tanto, o processo de desenvolvimento deveria garantir, entre outros aspectos, oportunidades crescentes de acesso à educação e cultura, a condição de desfrutar de uma vida saudável e longa e a condição de dispor de um padrão adequado de vida para a população. (JANNUZZI, 2001, p. 120).

Desta forma, havia a necessidade de construção de um indicador social capaz de avaliar o desenvolvimento humano, que abrangesse outros indicadores que representam situações elementares de subsistência e desenvolvimento do corpo social. Segundo Jannuzzi (2001), o índice de desenvolvimento humano seria construído a partir de:

> (...) um indicador composto de nível educacional (computado a partir da taxa de alfabetização de adultos e a taxa de escolarização); a esperança de vida como medida síntese das condições de saúde e risco à morbi-mortalidade: e o Produto Interno Bruto per capita ajustado segundo uma técnica específica, de modo a refletir melhor a necessidade de recursos monetários para compra de bens e serviços indispensáveis à sobrevivência material em cada país (JANNUZZI, 2001, p. 120).

A construção do índice de desenvolvimento humano, levando em consideração o Produto Interno Bruto per capita, ajustado ao dólar, não é uma unanimidade, sofrendo críticas por não refletir a verdadeira distribuição da riqueza, uma vez que, para Jannuzzi (2001):

> Na realidade, há várias críticas ao uso desse indicador no Índice, pela sua não adequabilidade em representar a dimensão "padrão de vida" presente na definição conceitual de IDH. Afinal o PIB é composto por outras parcelas além da renda efetivamente apropriada pelas famílias, como as rendas de empresas e Governo. O PIB per capita é uma média, não retratando a forma como o produto econômico se distribui pela sociedade (JANNUZZI, 2001. p, 122).

Embora estas críticas estejam presentes à composição do índice de desenvolvimento humano, sua aplicabilidade é confirmada por Jannuzzi (2001, p. 123) ao arguir que, *"tais fatos certamente não invalidam o uso do IDH como medida síntese de bem-estar, mas servem para apontar suas limitações e falta de especificidade para retratar avanços e retrocessos de certas políticas públicas".*

Para Jannuzzi (2001, p. 17) os indicadores sociais formam um sistema de acordo com a temática que abordam, os quais são capazes de caracterizar um fenômeno social, afirmando que *"ao conjunto de indicadores sociais referidos a um determinado aspecto da realidade social ou área de intervenção programática denomina-se Sistema de Indicadores Sociais".*

Estes sistemas possuem temáticas próprias e podem representar tanto ao aspecto nacional ou internacional da mesma, conforme exemplifica Jannuzzi (2001):

> Em âmbito nacional são exemplos de sistemas de indicadores o Sistema de Indicadores para Políticas Urbanas, o Sistema de Indicadores de Saúde, o Sistema de Indicadores para Mercado de Trabalho. Em uma perspectiva internacional, pode-se citar, entre os mais antigos, o Sistema de Indicadores de Bem-estar Social da OCDE e o Sistema de Indicadores Sociais e Demográficos da Divisão de Estatística das Nações Unidas (JANNUZZI, 2001, p. 17).

1.3. A TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL COMO UM INDICADOR SOCIAL

Para a temática do presente estudo, interessa o sistema de indicadores de saúde, uma vez que a mortalidade infantil, como fenômeno social, é capaz de ser expressa em quantificação numérica, dotada de significados variados, que provém ou decorre da realidade social. Embora Jannuzzi (2001) alegue:

> Em muitas situações os indicadores podem ser classificados em mais de uma temática, conforme a prática de pesquisa e as propriedades intrínsecas do indicador. Taxa de mortalidade infantil, por exemplo, é um indicador demográfico útil para apontar as condições de atendimento à saúde ou de saneamento básico em que vivem segmentos da população (JANNUZZI, 2001, p. 20).

A abordagem da taxa de mortalidade infantil como um indicador social, se justifica uma vez que a mesma retrata um aspecto relevante da realidade social, visto que ao abordar as propriedades desejáveis de um indicador, Jannuzzi (2001, p. 26) afirma que, a *"relevância social da temática à qual o indicador se refere é, com certeza, um atributo fundamental para justificar sua produção e legitimar seu emprego no processo de análise, formulação e implementação de políticas".*

Ademais, ao abordar especificamente o uso ou emprego da taxa de mortalidade infantil, como um indicador de saúde, Jannuzzi (2001) explica que:

> Além de sua aplicação estritamente demográfica, de caracterizar níveis e padrões da mortalidade, a taxa de mortalidade infantil tem sido empregada tradicionalmente como um indicador social representativo das condições gerais de vida ou saúde prevalecentes em uma região ou segmento populacional (JANNUZZI, 2001, p. 72).

A taxa de mortalidade infantil na condição de indicador social tem seu cálculo a partir de uma equação, em que o número de óbitos de crianças com até um ano é multiplicado por mil, tendo como denominador o número de nascidos vivos no espaço de tempo aferível, normalmente um ano, e traduz-se no número de óbitos ocorridos a cada mil nascidos vivos. Conforme palavras de Jannuzzi (2001, p. 72), *"A taxa é definida como a razão entre o número de óbitos entre crianças de até um ano e o total de crianças nascidas vivas durante o ano, expresso em termos de milhares".*

A mortalidade infantil pode ainda ser divida em mortalidade infantil neonatal e pós-neonatal, cada uma com suas especificidades, conforme expõe Jannuzzi (2001, p.72), *"A Taxa de Mortalidade Neonatal corresponde à parcela da mortalidade infantil ocorrida até 28 dias após o nascimento, decorrente em geral de problemas de gestação, de parto, problemas congênitos ou genéticos".*

A Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSA, criada pelo poder executivo por intermédio do Ministério da Saúde e em conjunto com a Organização Pan-Americana da Saúde, no ano de 1996, têm articulado com órgãos governamentais, instituições de ensino e pesquisa científica, com o objetivo de aperfeiçoar a produção, análise e disseminação de informações pertinentes às questões de saúde no país.

Em obra que tem por título "*Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações"* a Ripisa (2008) apresenta ainda uma subdivisão da mortalidade neonatal. Classificando como óbito neonatal precoce, o óbito ocorrido do nascimento até o infante completar seis dias de vida e óbito neonatal tardio, aquele ocorrido a partir do sétimo dia de vida, até o vigésimo oitavo dia e *"reflete, de maneira geral, as condições socioeconômicas e*

de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido". (RIPSA, 2008, p. 110 e 112).

Por seu turno, a mortalidade infantil pós-neonatal compreende os óbitos ocorridos após o vigésimo oitavo dia após o nascimento, até o primeiro ano de vida, possuindo causas distintas da mortalidade neonatal, sendo que esta para Jannuzzi (2001, p. 72) *"(...) corresponde a outra parcela da mortalidade infantil, decorrente das doenças infecto parasitárias, causadas pela desnutrição, pelas condições habitacionais, saneamento básico, padrão de vida das famílias destas crianças."*

No que se refere à taxa ideal de mortalidade infantil, em documento do Fundo das Nações Unidas, intitulado *"Situação da Infância Brasileira 2006 – O Direito à Sobrevivência e ao Desenvolvimento"* UNICEF (2005, p. 10), ao abordar o tema da mortalidade infantil e a sua diminuição no cenário nacional, se afirma que *"a OMS estabelece que a partir de 50 por mil as taxas são altas e abaixo de vinte por mil são baixas".*

Em notícia da Agência Brasil cuja temática é a taxa de mortalidade infantil, veiculada em 12 de junho de 2015[3], se percebe o índice ideal preconizado pela OMS, para quem, a taxa não deve ultrapassem um dígito, no máximo dez óbitos a cada mil nascidos vivos, vez que:

> Levantamento feito pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), com base em dados do Ministério da Saúde, mostra que a taxa passou de 50 para cada mil crianças nascidas vivas, no final da década de 1990, para 12 atualmente. O número aproxima do previsto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que são 10 mortes para cada mil nascimentos.

A validade de um indicador requer que ele seja dotado de significado social. Então maiores ou menores taxas de mortalidade infantil podem indicar alguma espécie de mudanças na realidade social, em aspectos como qualidade de vida e condições de saúde. Neste sentido Della Latta (2008) argui que:

> Objeto de estudo principalmente de ciências médicas e sociais, a mortalidade infantil caracteriza-se por ser um eficiente indicador de qualidade de vida de uma população, contribuindo na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico. A compreensão dessa relação é importante principalmente sob o ponto de vista de políticas públicas, na determinação dos indicadores sociais que inspiram maior atenção. Em geral, altas taxas de mortalidade infantil são reflexos de desenvolvimento humano, social e econômico deficiente (DELLA LATTA, 2008, p. 12).

Para Paixão e Ferreira (2012), em artigo intitulado *"Determinantes da Mortalidade Infantil no Brasil"*:

> A taxa de mortalidade infantil é considerada como um dos melhores indicadores não só do estado de saúde infantil como também do nível socioeconômico de uma

[3]Notícia disponível: http://agenciabrasil.ebc.com/direitoshumanos/noticia2015-7/eca-consegui-reduzir-mortalidade-infantil-em-24mostra-unicef.

> população. Quanto mais baixa for a taxa de mortalidade infantil de uma população, melhor é a condição social e econômica dessa (PAIXÃO & FERREIRA, 2012, p. 6).

Paixão e Ferreira (2012) entendem ainda que o uso da taxa de mortalidade infantil se justifica como um indicador social importante, pois se trata de:

> Um dos indicadores habitualmente usado para avaliar as condições de vida de uma sociedade é a mortalidade infantil, por ser um índice que aponta a situação da população de determinada localidade no que se refere à saúde, saneamento, renda e desigualdade social (PAIXÃO & FERREIRA, 2012, p. 7).

Na obra intitulada *"Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil",* publicada pelo Ministério da Saúde (2005), ao se abordar o tema da evolução da mortalidade infantil no Brasil, se afirma que (2005, p. 121) *"a mortalidade infantil representa problema de saúde pública prioritária para o governo brasileiro, pois é importante indicador das condições de saúde, ambientais, como também do nível socioeconômico da população".*

Assim se percebe a importância do estudo da taxa de mortalidade infantil, não só como indicador de qualidade de vida e saúde, mas também como instrumento de análise do desenvolvimento socioeconômico de uma população de uma determinada área geográfica, quer seja município, estado, região ou um país como um todo, estando, portanto intimamente ligado com o verdadeiro desenvolvimento econômico, aquele que se traduz em bem estar aos membros do corpo social.

Na perspectiva dos autores aqui apresentados, a abordagem sobre desenvolvimento que leva apenas em conta a produção de riqueza e renda, pode não gerar distribuição de riquezas de forma igualitária. Não só isso, evidentemente pode gerar desigualdades sociais acentuadas e aumento da pobreza, estando os menores de um ano mais suscetíveis e expostos a fatores biológicos e sociais.

A avaliação do desenvolvimento geral de uma dada sociedade, em especial o aspecto do desenvolvimento econômico, que em tese, propicia um maior nível de bem estar, calcada na ascensão do Produto Interno Bruto e na renda per capita, não se traduz em um retrato fidedigno das condições socioeconômicas dos membros do corpo social, uma vez que esta desconsidera as desigualdades na distribuição efetiva ou real da renda internamente no país, havendo segmentos historicamente não inseridos ou excluídos do contexto das melhorias proporcionadas pelo desenvolvimento.

O estudo da temática da mortalidade infantil poderá revelar que níveis de bem estar satisfatórios não foram alcançados por determinadas porções da sociedade, além disso, de que o modelo de desenvolvimento econômico adotado, não tem atingido seu objetivo, o qual seria propiciar o bem estar aos membros do corpo social.

Contrariamente a isso, tem gerado níveis acentuados de desigualdade e pobreza, condicionantes por vezes da mortalidade infantil, uma vez que parcela considerável de membros do corpo social não se apropria efetivamente daquela renda per capita definida pelos órgãos oficiais de um país, que considera o Produto Interno Bruto e a sua distribuição ou divisão das riquezas produzidas, de forma igualitária entre todos.

2. MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL E NO ESTADO DO PARANÁ

Neste capítulo, abordaremos em linhas gerais, a mortalidade infantil no Brasil e sua evolução ou o comportamento ao longo do tempo, bem como, os possíveis motivos ligados ou associados ao seu declínio, estagnação ou aumento, indicados por Telarolli Junior. Dentre estes possíveis motivos, da estagnação e até mesmo aumento das taxas de mortalidade infantil, ocorrido entre meados dos anos 1960 e 1970, encontram se por um lado, o modelo de desenvolvimento econômico empreendido à época, e por outro, uma maior concentração da renda, ocorrido em razão deste modelo, conforme indica Celso Furtado. Na sequência, apresentaremos números atuais da mortalidade infantil no Brasil e sua possível tendência, tendo como base estudos do Ministério da Saúde, dados do DATASUS, disponibilizados para consulta, bem como dados do IBGE. Por fim, estabeleceremos uma discussão, ainda que de maneira sucinta, a respeito da evolução da taxa de mortalidade infantil no Estado do Paraná, com a apresentação dos respectivos números constantes do banco de dados do DATASUS e com fundamento nos trabalhos do Ministério da Saúde, do IPARDES e de Andrade et al.

2.1. MORTALIDADE INFANTIL: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA

Ao estudarmos o tema da mortalidade infantil no Brasil, de um modo geral, caso se considere algumas décadas de nossa história, se percebe que a mesma sempre apresentou declínio (BARROS, et al., 2010, p. 9). Contudo, no século XIX e início do XX, a mesma era altíssima, conforme descreve Telarolli Junior (1997), ao abordar o tema da evolução da mortalidade infantil no Brasil, segundo o qual:

> (...) No início do século XX, a mortalidade infantil aproximava-se de 200 óbitos por mil nascidos vivos no Brasil. A situação já havia sido pior, com índice aproximando-se dos 250 por mil no início do século XIX. Entre os escravos, que viviam em situação muito pior que a média da população, trabalhando em condições subumanas, quase sempre privados de alimentação suficiente e adequada, habitando senzalas sujas e superpovoadas, a mortalidade infantil ultrapassava 300 por mil no século XIX (TELAROLLI JUNIOR, 1997, p. 30).

Com o advento do século XX, e com ele a ocorrência de duas guerras de proporções mundiais, consequentemente se desenvolveram novas tecnologias. Estas, além de sua utilização bélica, também propiciaram uma elevação no nível de saúde da população e ainda, como resultado, redução gradativa da taxa de mortalidade infantil, até fins dos anos 1950,

quando, "*a mortalidade infantil caiu aproximadamente 20%, saindo de 200 por mil até alcançar valores próximos a 160 por mil".* (TELAROLLI JUNIOR, 1997, p. 31).

Nos anos que se seguiram ao segundo conflito mundial, a mortalidade infantil *"(...) passou a cair mais rapidamente, até chegar em torno dos 120 óbitos por mil nascidos vivos, em 1960"* (TELAROLLI JUNIOR, 1997, p. 31). Para o referido autor essa queda significativa da mortalidade infantil, ocorrida no território nacional, entre as décadas de 1940 e 1960, tem uma razão de ser, pois *"coincide com o fim da Segunda Guerra Mundial, quando o Brasil passou a contar com os novos produtos e as novas tecnologias na área da saúde que apareceram no mercado internacional, como os medicamentos e os antibióticos"* (TELAROLLI JUNIOR, 1997, p. 31).

Não somente o desenvolvimento tecnológico, advindo com a Segunda Guerra Mundial, favoreceu a diminuição da mortalidade infantil, mas, também a adoção de novas técnicas médicas, de novas drogas medicinais, que por sua vez favoreceram o tratamento de doenças graves, aliado a adoção de políticas governamentais destinadas à saúde preventiva, como por exemplo, obras de saneamento, com ênfase às redes de água e esgoto, tratados, ações que, certamente, contribuíram com a diminuição da mortalidade infantil, uma vez que:

> A partir da década de 40, o governo brasileiro aumentou seus investimentos em ações de medicina preventiva, com ênfase na expansão das redes de saneamento básico, benefício antes restrito a parcela reduzida da população. Foram implantados muitos postos de saúde em todas as regiões do país para o controle de doenças transmissíveis como a tuberculose, a hanseníase e a malária, além de postos de puericultura, a área das ciências da saúde cujo objetivo é garantir o desenvolvimento físico e mental adequado das crianças, desde o nascimento (...) (TELAROLLI JUNIOR, 1997, p. 32).

As medidas de instituir unidades de saúde pelo país, a fim de controlar doenças contagiosas, e da criação de programas destinados à gestante e ao recém-nascido, além das medidas de saneamento, representaram para o autor, situações que contribuíram para a diminuição da taxa de mortalidade infantil. Deste modo, Telarolli Junior (1997) observa que *"em seu conjunto, essas ações de saúde pública tiveram boa repercussão sobre a taxa de mortalidade infantil, que caiu aproximadamente 25%, entre 1940 e 1960"* (TELAROLLI JUNIOR, 1997, p. 32).

Assim, até meados da década de 1960, a tendência da taxa de mortalidade infantil no Brasil era de declínio, porém a partir daí houve uma estagnação e em alguns casos, até o aumento da mesma, é o que nos assevera Telarolli Junior (1997), uma vez que:

> A tendência de queda da mortalidade infantil brasileira, que vinha desde o início do século XX, prosseguiu até a metade da década de 60, quando se interrompeu. Em parte do país, como no estado de são Paulo, a morte de crianças com menos de um ano chegou até a aumentar durante alguns anos da década de 60, voltando a cair novamente a partir de 1973-1974. (TELAROLLI JUNIOR, 1997, p. 33-34).

E qual seria a razão para essa estagnação e até mesmo aumento na mortalidade infantil nos anos referidos? Para o autor, a razão para isso foi o fato de que, embora o país apresentasse um crescimento econômico acelerado, decorrente de uma industrialização orientada para o consumo, a concentração da renda persistiu e se acentuou ainda mais, em favor da elite dominante do país, enquanto que a massa de trabalhadores via seu salário e condições de vida se deteriorarem, onde o crescimento econômico não proporcionou os avanços sociais tão necessários. Nas palavras de Telarolli Junior (1997),

> O grande dinamismo da economia nos anos do "milagre brasileiro" não foi acompanhado do aumento rendimento da população trabalhadora. Ao contrário, o salário de parte da população diminuiu. A concentração da renda nas mãos de uma reduzida elite, característica presente na sociedade brasileira desde o período colonial, acentuou-se a partir desse período, com consequências negativas nas condições de vida da população em geral (TELAROLLI JUNIOR, 1997, p. 34).

Além disso, outra possível razão para o aumento da mortalidade infantil foi a concentração de um maior número de pessoas nas cidades, vindas do campo, em busca de novas oportunidades ofertadas, em decorrência do processo de industrialização do país, fato que causou, nas palavras de Telarolli Junior (1997, p. 34), *"(...) o crescimento explosivo da população das grandes cidades, principalmente do Sudeste e do Sul, contribuindo para a deterioração acentuada das condições de vida".*

Assim se observa que o modelo de avaliação do desenvolvimento, fundado no PIB per capita, pode muito das vezes não desvendar ou revelar a realidade social, visto que no período a que se refere, Telarolli Junior (1997) afirma que:

> As condições gerais de vida e de saúde pioraram durante o "milagre brasileiro", o que pode explicar em parte o aumento nas taxas de mortalidade infantil nesses anos de grande crescimento econômico. Apesar de o PIB e de a renda per capita terem aumentado muito, as riquezas produzidas no país se concentraram mais ainda nas mãos de poucas pessoas; e esse crescimento econômico não trouxe melhores condições de vida para a maioria da população (TELAROLLI JUNIOR, 1997, p. 34).

A concentração da renda, aliada à urbanização desorganizada e a falta de condições ideais de saneamento, nos grandes centros urbanos, como o fornecimento de água tratada e coleta de esgoto, são para o autor, as causas do aumento da mortalidade infantil naqueles anos. Neste sentido, Telarolli Junior (1997) conclui que:

> A deterioração das condições ambientais e de saúde nas cidades, mais o aumento na concentração da renda, parece explicar por que, nos anos do "milagre brasileiro" as regiões Sudeste e Sul (onde é maior a urbanização da população) apresentaram maior crescimento da mortalidade infantil. (TELAROLLI JUNIOR, 1997, p. 36).

Desta forma, além de não promover as melhorias sociais necessárias para a população, sobretudo, a trabalhadora, o processo de desenvolvimento empreendido nas décadas de 1960 e 1970, também não apresentou resultados satisfatórios sob o aspecto econômico, uma vez que

atendia a interesses de empresas transnacionais. Com relação ao modelo de desenvolvimento adotado para o Brasil neste período, Celso Furtado é enfático ao afirmar que (1981, p. 42): *"poucas vezes ter-se-á imposto a um povo um modelo de desenvolvimento de caráter tão anti-social",* pois se trata de um modelo em que há a transferência da renda de uma maioria explorada, a grupos mais favorecidos. Deste modo, para Furtado (1981):

> A evolução das estruturas sociais, refletidas na concentração da renda, denunciava aspectos ainda mais negativos da orientação tomada pelo desenvolvimento. Ao contrário do que pretendia a escola de pensamento predominante, a concentração da renda não produziu elevação da propensão a poupar entre os seus beneficiários. Significou, sim, uma transferência de recursos de consumidores de baixo nível de vida para consumidores de rendas médias e altas, traduzindo-se em modificações na composição da cesta de bens de consumo em benefício dos bens mais sofisticados e menos essenciais (FURTADO, 1981, p. 42).

Furtado (1981), assevera que o crescimento do produto interno bruto, verificado nos anos do chamado "milagre brasileiro", não representou ganho capaz de pôr a economia local como promotora do desenvolvimento interno, uma vez que (1981, p, 37) *"impunha-se dar maior profundidade ao setor de produção, dotando-o de maior autonomia no plano tecnológico",* avanço tecnológico que necessita, obrigatoriamente, de investimentos e pesquisa científica.

Outros fatores que permitiriam a autotransformação da economia local para Furtado (1981, p. 38), *"consistia em orientar o sistema industrial – ali onde vantagens comparativas fossem evidentes e/ou onde a estreiteza do mercado local frustrasse as economias de escala – para os mercados externos",* além disso, entre outras medidas, *"também era necessário que se ampliasse a capacidade de financiamento a partir da poupança interna"*, a fim de atender a demanda de capital por parte dos investidores e assim transformar a economia nacional.

Entretanto, segundo Furtado (1981),

> As modificações institucionais introduzidas entre 1964 e 1967 abriram novas possibilidades de ação mas também revelaram a intenção dos grupos que ascenderam ao poder mediante o golpe militar de abandonar a orientação do desenvolvimento às forças do mercado", indicando ainda que "as empresas transnacionais seriam as principais beneficiárias dessa política" (FURTADO, 1981, p. 39).

Basicamente, o que se observa é que tais empresas, aliadas ao capital financeiro, orientaram o consumo no seu interesse e impediram a realização da poupança interna destinada a financiar o desenvolvimento da economia local, pois segundo Furtado (1981, p. 39-40), *"em função dos interesses desses intermediários, cuja participação viria a crescer de forma exorbitante, parte significativa da poupança foi canalizada para o financiamento do consumo de grupos de rendas médias e altas"* concentrando ainda mais a renda.

Em suma, o entendimento é de que apesar do crescimento econômico apresentado, a economia não foi capaz de criar mecanismos que lhe proporcionassem um arranque no sentido do desenvolvimento. Neste sentido, Furtado (1981) conclui que:

> Em síntese, no decênio compreendido entre 1964 e 1973, não obstante um considerável aumento do produto interno, não se assinala na economia brasileira nenhum ganho de autonomia na capacidade de autotransformação, nem tampouco qualquer reforço da aptidão da sociedade para autofinanciar o desenvolvimento. (FURTADO, 1981, p. 43).

Desta forma se percebe que embora os anos em questão apresentem números crescentes do PIB, não representaram grandes melhorias para o nível de bem estar da grande maioria do corpo social, o que em tese, deveria ser um dos objetivos do desenvolvimento. Sobretudos, se entendermos o desenvolvimento, de forma ampla, conforme exposto no capítulo anterior, o qual para Singer e Szmrecsãnyi (1980) *"constitui um processo qualitativo de mudança estrutural"* ou ainda o entendimento deste, como a *"complexificação da sociedade em todos os níveis"* de Furtado (1981), ou conforme o pensamento de Sen (2000), o qual vê no desenvolvimento um *"processo de expansão das liberdades reais que as pessoas desfrutam".*

A partir de meados da década de 1970, a taxa de mortalidade infantil volta a apresentar declínio constante, sendo que *"em 1975, a mortalidade infantil brasileira ainda era um pouco superior a 100 por mil; em 1980 havia diminuído para 77 por mil; em 1991, a mortalidade infantil havia baixado mais ainda, chegando a 58 por mil (...)"* (TELAROLLI JUNIOR, 1997, p. 40).

Neste compasso, a taxa de mortalidade infantil se manteve em declínio durante os anos 1990. Mello Jorge et al. (2001), ao realizar uma análise da saúde no Brasil no período de 1996 a 2000, sugere as causas deste declínio, ao afirmar que:

> Tem sido comentado que a mortalidade infantil vem, há décadas, apresentando um declínio contínuo em todo o país, o que se atribui, fundamentalmente, à melhoria do saneamento básico, da assistência pré-natal e, parece não haver dúvidas, ao aumento do aleitamento materno. A diminuição da taxa de analfabetismo, com o corolário de aumento do nível educacional das mulheres, a expansão do atendimento no Programa de Saúde de Família, com consequente elevação da cobertura vacinal e implementação da Terapia de Reidratação Oral – TRO – representaram também subsídio importante para a sobrevivência infantil (MELLO JORGE et al., 2001, p. 70).

2.1.2. MORTALIDADE INFANTIL NA CONTEMPORANEIDADE: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

As causas da redução na mortalidade infantil podem ser variadas e dependem entre outras coisas, da conjuntura socioeconômica do país. O Ministério da Saúde (2005), ao realizar uma análise do quadro nacional da evolução da taxa de mortalidade infantil e suas possíveis causas, ao longo dos anos, expõe que:

> As causas de mortalidade infantil no Brasil também se alteraram ao longo das últimas décadas. Nos anos 80 as principais causas de óbitos estavam relacionadas às doenças infecto contagiosas, que sofreram um declínio nas décadas seguintes, crescendo em importância as causas perinatais, que são decorrentes de problemas durante a gravidez, parto e nascimento, respondendo por mais de 50% das causas de óbitos no primeiro ano de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 121).

De modo geral, a taxa de mortalidade infantil no Brasil se manteve em queda constante ao longo dos anos, não sendo diferente nos anos 2000, uma vez que para o Ministério da Saúde (2005), *"as taxas de mortalidade infantil passaram de 33,2/1.000 nascidos vivos em 1996 para 24,4/1.000 nascidos vivos em 2003. Em 2002 a taxa de mortalidade infantil foi de 25,1 por 1.000 nascidos vivos (...)"* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 123).

No ano 2000, lideres governamentais, representando 191 países, se reuniram em Nova York nas dependências da Organização das Nações Unidas – ONU, e elaboraram a declaração do milênio da ONU, onde se deliberou entre outras coisas, acerca dos objetivos de desenvolvimento para o milênio, constando entre os oito objetivos, a serem alcançados até o ano de 2015, na quarta posição, a redução da mortalidade na infância, na qual está implícita, a redução da taxa de mortalidade infantil.

Desta forma, a taxa de mortalidade infantil, que no Brasil já vinha em constante decréscimo, segundo relatório de 2015 do Fundo da ONU para a infância, a UNICEF, atingiu o objetivo da redução de dois terços, em data anterior ao estabelecido para a respectiva meta, sendo veiculada tal notícia página eletrônica operamundi, em 09 de setembro de 2015[4], onde se afirma que:

> O Brasil é um dos 62 países que conseguiram alcançar o Objetivo do Milênio da ONU do corte de dois terços nos índices de mortalidade infantil entre 1990 e 2015. Das 61 mortes registradas a cada 1.000 nascimentos em 1991, o país chegou a 16 a cada 1.000 esse ano, uma redução de 73%.
> Os dados são do relatório *Levels and Trends in Child Mortality 2015* (Níveis e Tendências em Mortalidade Infantil), divulgado nesta terça-feira (09/09) por Unicef, Organização Mundial de Saúde (OMS), Banco Mundial e o Departamento da ONU para Questões Econômicas e Sociais (Undesa).

O Ministério da saúde (2014), em análise feita a partir dos dados da taxa de mortalidade infantil, endossa a afirmativa da continuação da redução da mesma, uma vez que

[4]Disponível: http://operamundi.uol.com.br/conteudo/noticias/41581/.

na obra *"Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças relacionadas à pobreza"* se afirma que:

> O Brasil apresentou uma redução expressiva da taxa de mortalidade infantil (TMI) no período de 1990 a 2012, passando de 47,1 óbitos infantis por mil nascidos vivos em 1990 para 14,6/1.000 NVs em 2012, significando uma redução de aproximadamente 70% neste período (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 69).

Neste mesmo sentido, o Ministério da Saúde (2014) também enfatiza o atendimento, por parte do Brasil, ao quarto, dos oito objetivos de desenvolvimento do milênio da ONU.

> Destaca-se que o Brasil já alcançou a Meta 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), compromisso internacional assumido de reduzir esta mortalidade para 15,7/1.000 NVs. No entanto, maiores esforços devem ser realizados para que o país reduza ainda mais este indicador, alcançando níveis observados em países com semelhante grau de desenvolvimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 78).

A tabela abaixo (tabela 1) traz a evolução numérica da taxa de mortalidade infantil no Brasil entre os anos 2000 e 2015, segundo dados do IBGE[5], onde se observa um decréscimo significativo nos primeiros anos do período observado, contrastando com o final do mesmo, onde a diminuição anual tem sido menos significativa.

Tabela 1 - Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos – Brasil – 2000 a 2015.

ANO	TAXA OU COEFICIENTE
2.000	29,02
2.001	27,48
2.002	26,04
2.003	24,68
2.004	23,39
2.005	22,18
2.006	21,04
2.007	19,98
2.008	18,99
2.009	18,09
2.010	17,22
2.011	16,43
2.012	15,69
2.013	14,40
2.014	14,40
2.015	13,82

Fonte: IBGE, Projeção da População do Brasil – 2013.

Graficamente expostos os dados da tabela acima, podemos observar a evolução, da redução da taxa de mortalidade infantil no Brasil, nos últimos quinze anos, segundo dados do IBGE, onde constamos a tendência de queda menos acentuada da mesma, nos últimos cinco anos, do período observado (Figura 1).

[5]Disponível: http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html.

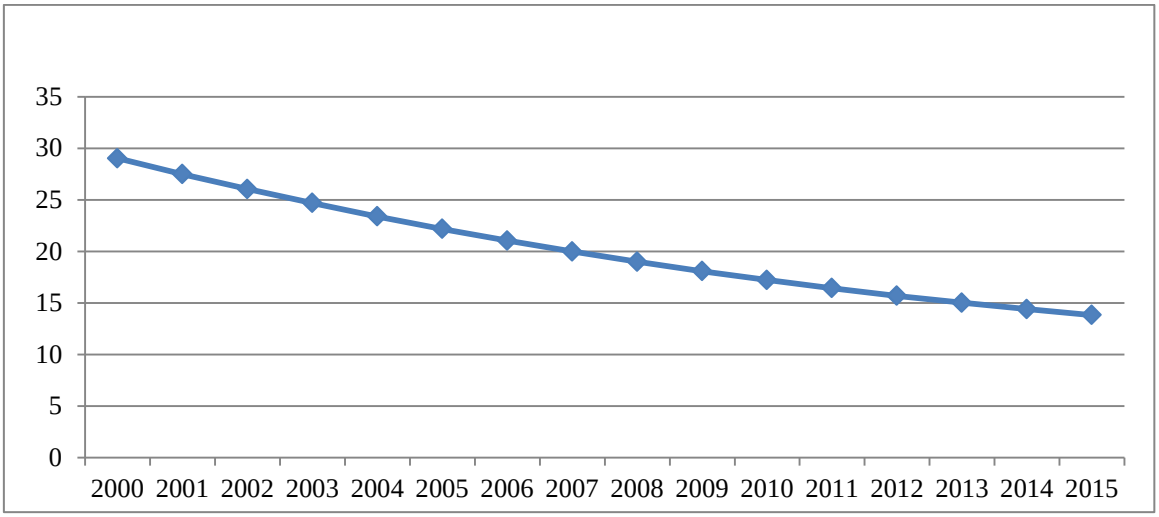


Figura 1. Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos – Brasil – 2000 a 2015.

Fonte: Adaptado de: IBGE, Projeção da População do Brasil – 2013.

Tais números indicam que ainda há necessidade de redução da taxa de mortalidade infantil, visto que não se atingiu patamares inferiores a dois dígitos, conforme orientação da Organização Mundial da Saúde. Porém quando se atingem níveis baixos de mortalidade infantil, as intervenções para diminuição da mesma, requerem atenção a serviços médicos especializados, uma vez que dados do Ministério da Saúde (2014), apontam para uma maior incidência de óbitos no período neonatal.

> O componente neonatal apresentou queda menos acentuada, correspondendo a 71% da mortalidade no primeiro ano de vida em 2012, sendo que 25% dos óbitos ocorreram nas primeiras 24 horas. Este fato que merece atenção, vista a estreita relação destes óbitos com a qualidade da atenção prestada à gestante, ao parto e ao recém-nascido, como indicam as causas mais frequentes de óbito analisadas (...) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 79).

Muito provável seja, que a tendência de diminuição da taxa de mortalidade infantil permaneça presente na evolução socioeconômica da sociedade brasileira, não necessariamente com forte queda como se observou nas décadas de 1990 e 2000, com os investimentos realizados em saneamento básico e melhorias nos serviços de atenção à saúde da gestante e do recém-nascido, mas sim com o atendimento a necessidades mais específicas, conforme entendimento de Telarolli Junior (1997) de que:

> Quando reduzir a mortalidade infantil a valores próximos a 15 por mil, o Brasil se encontrará diante de um novo dilema, devendo adotar novas formas de ação nessa área. Isso porque, quando a mortalidade infantil diminui a tal nível, torna-se mais difícil reduzi-la mais sem a adoção de medidas que diminuam as desigualdades sociais, principalmente a concentração da renda, ou envolvam a tecnologia médica cara e sofisticada (TELAROLLI JR., 1997, p. 46).

Tudo isso evidencia, uma maior necessidade de investimentos em programas destinados ao melhor atendimento à gestante e ao recém-nascido, em especial, investimentos

em equipe profissional completa e equipamentos de ponta para atender o recém-nascido, como por exemplo, UTI's neonatal, uma vez que, a maior incidência de óbito infantil, tem ocorrido no período neonatal.

2.2. MORTALIDADE INFANTIL: O CONTEXTO DO PARANÁ

No estado do Paraná, da mesma forma como acontece no Brasil, a tendência da taxa de mortalidade infantil observada ao longo dos anos, é de constante declínio, ressalvando-se as características regionais de ter números inferiores a media nacional, fato que evidencia, entre outras coisas, as acentuadas desigualdades regionais deste país. Na análise do gráfico apresentado pelo Ministério da Saúde[6] se percebe as disparidades socioeconômicas regionais, refletidas nos números da taxa de mortalidade infantil (Figura 2).

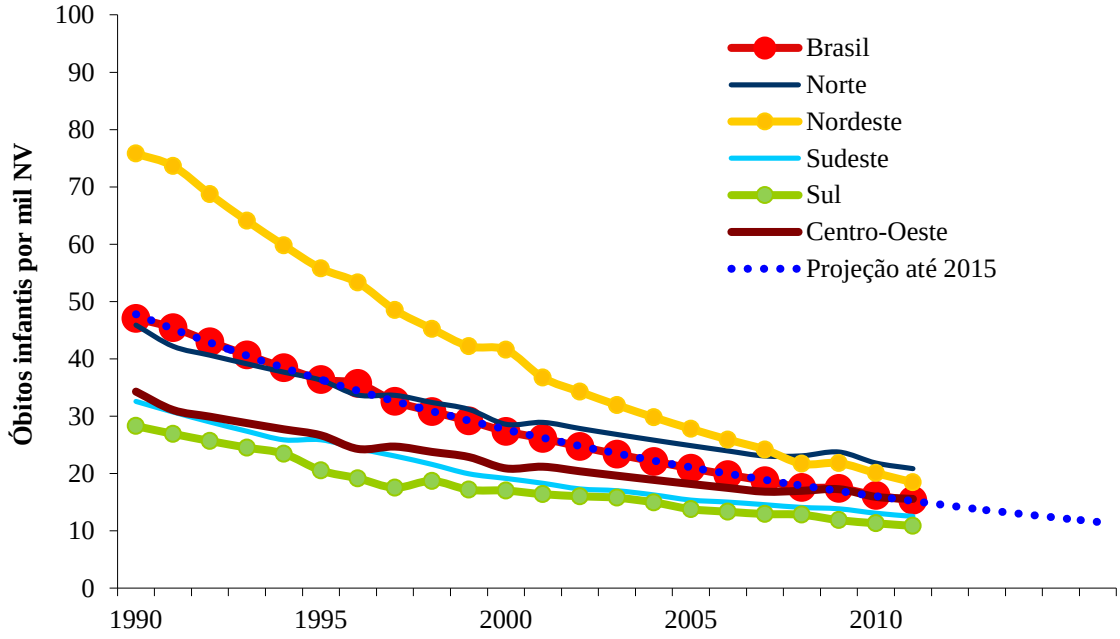


Figura 2 – Taxa de Mortalidade Infantil Brasil e regiões, 1990 a 2011.

Fonte: MS/SVS/DASIS/CGAE.

*2011, projeção feita em base ao período de 2000 a 2010.

Andrade et al. (2006), em estudo das condições de vida e mortalidade infantil no Estado do Paraná, no período de 1997 a 2001, afirma que *"de acordo com o MS, o Paraná é o Estado da Região Sul que apresenta valores mais elevados da TMI (19,6 por mil nascidos*

[6]Disponível: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_568382435.ppt. Acessado em 17 de maio de 2016.

vivos em 2000), em comparação a 15,1 no Estado do Rio Grande do Sul e 15,9 em Santa Catarina." (ANDRADE, et al, 2006, p. 182).

Embora em um passado não muito distante, a taxa de mortalidade infantil no Estado do Paraná apresentasse números superiores aos demais Estados da região sul, mesmo assim, o que se depreende dos dados do DATASUS[7], disponíveis para consulta livre, observando-se a tabela abaixo, é que a mesma tem mantido a mesma tendência nacional de redução constante.

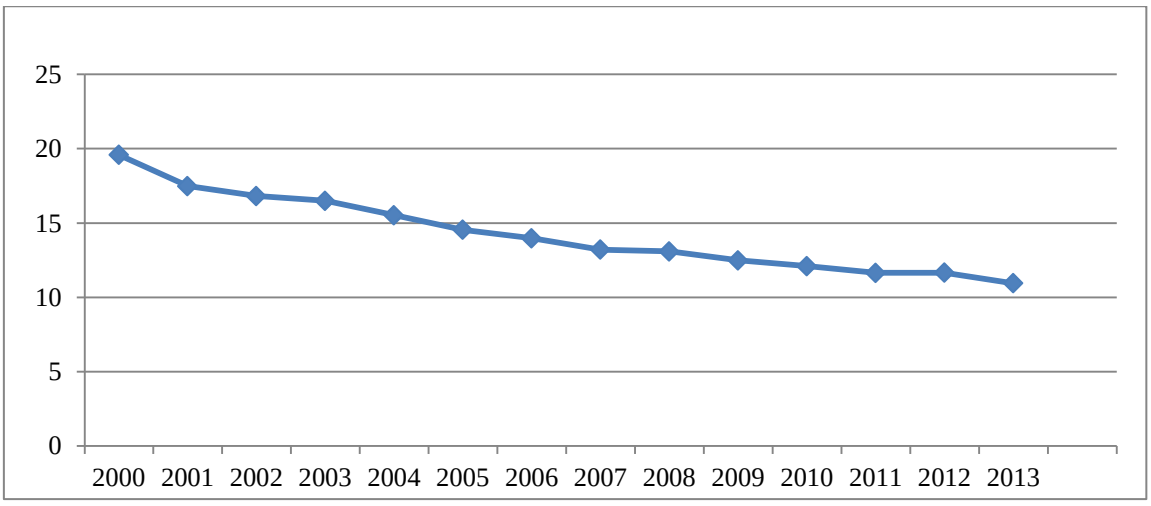
Tabela 2 – Taxa de mortalidade infantil no Paraná – 2000 a 2013

Ano	Nascidos Vivos	Óbitos Infantis	Taxa de Mortalidade Infantil
2.000	179.462	3.514	19,58
2.001	167.270	2.925	17,48
2.002	165.125	2.779	16,82
2.003	157.333	2.595	16,49
2.004	159.636	2.479	15.52
2.005	160.324	2.332	14.54
2.006	153.598	2.146	13.97
2.007	147.554	1.950	13.21
2.008	151.092	1.978	13.09
2.009	149.217	1.864	12.49
2.010	152.051	1.840	12.10
2.011	152.902	1.781	11.64
2.012	153.945	1.796	11.66
2.013	155.758	1.707	10.95

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Graficamente expostos os dados consignados acima, se observa uma tendência constante de declínio uniforme da taxa de mortalidade infantil, no Estado do Paraná, ao longo dos anos 2000 a 2013, com exceção do ano de 2012 em que houve um pequeno acréscimo na taxa, com relação ao ano de 2011 (Figura 3).



[7]Disponíveis: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10pr.def.

http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvpr.def.

Figura 3 – Taxa de mortalidade infantil – Paraná 2000 a 2013

Fonte: Adaptado de MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

O Instituto Paranaense de desenvolvimento Econômico e Social[8] - IPARDES, cuja função e estudar a realidade econômica e social do estado do Paraná, com a finalidade de subsidiar a formulação, a execução, o acompanhamento e a avaliação de políticas públicas, com base em dados do DATASUS e da Secretaria de Estado da Saúde, assinala que a taxa de mortalidade infantil para o ano de 2014, corresponde a 11,16 óbitos, para cada mil nascimentos com vida.

Embora o Estado do Paraná, tenha apresentado uma melhora significativa na redução taxa de mortalidade infantil, as desigualdades regionais em nosso país ainda são enormes, fazendo com que, determinadas regiões apresentem taxas mais elevadas, necessitando a superação das mesmas. Para a Ripsa (2008):

> Há consistente tendência de redução da mortalidade infantil em todas as regiões brasileiras, o que reflete a melhoria nas condições de vida, o declínio da fecundidade e o efeito de intervenções públicas nas áreas de saúde, saneamento e educação da mãe, entre outros aspectos. Ainda assim, os valores médios continuam elevados, sobretudo na região nordeste (RIPSA, 2008, p. 109).

Assim, cada região tem suas especificidades, a serem observadas na adoção de políticas públicas, que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e o nível de bem estar, as quais podem auxiliar para um maior declínio da taxa de mortalidade infantil, em função da realidade local, de forma que, *"conhecer os diferenciais nos padrões dessa mortalidade, de acordo com as condições de vida e ambiente das comunidades, é fundamental para o estabelecimento de políticas públicas mais apropriadas a cada realidade"* (ANDRADE, et al, 2006, p. 182).

Quais seriam então as razões para que o Paraná, assim como os demais Estados da região sul do Brasil, apresentem números inferiores às demais regiões, quanto à taxa de mortalidade infantil? Certamente a razão, de um modo geral, é que a população do Estado do Paraná dispõe de um nível de bem estar acima da média de alguns estados das demais regiões do país, que se traduz em um nível de desenvolvimento socioeconômico superior, o qual por sua vez demandou ação do estado, seja com políticas públicas de saúde, educação e urbanização, ou ainda com investimentos que propiciem a infraestrutura necessária ao desenvolvimento econômico. Para o Ipardes (1992), em obra que analisa as condições sociais da população paranaense nos anos oitenta, utilizando-se de indicadores gerais, afirma que *"do*

[8]Disponível: http://www.ipardes.pr.gov.br/pdf/indices/indicadores_selecionados.pdf.

ponto de vista dos indicadores das condições de vida da população, o que se verifica, de um modo geral, é uma melhoria desses ao longo da década" (IPARDES, 1992, p. xiii).

Ainda que economicamente, no Paraná, assim como no Brasil, *"os anos oitenta caracterizaram-se como um período de dificuldades, com uma trajetória medíocre para a renda e o produto"* (IPARDES, 1992, p. xxi), se afirma que:

> (...) apesar das dificuldades vividas pela população do estado no período em análise, a não deterioração de suas condições de vida deveu-se a alguns fatores que merecem ser destacados: a) a continuidade do processo de urbanização, garantindo a parcelas crescentes da população o acesso a bens e serviços de caráter social; b) a forte expansão do mercado informal de trabalho, que acabou operando como importante mecanismo de preservação da renda e da ocupação da população; c) a expansão dos serviços ligados à infraestrutura urbana (água, esgoto, melhorias domiciliares, iluminação pública, entre outras), ainda como resultado de decisões de investimentos tomadas ao final dos anos 70 e início dos anos 80 (IPARDES, 1992, p. xiv)

Se por um lado, a qualidade de vida da população não teve uma melhora significativa, em razão da renda e do PIB estadual não apresentarem melhorias significativas, por outro lado, a continuidade e a expansão dos fatores indicados na citação acima, não permitiram a deterioração das condições de vida no ambiente social, permitindo a manutenção e até a melhora do nível de bem estar.

O Ministério da Saúde (2005, p. 141), ao analisar a evolução da mortalidade infantil nas cinco regiões do país, nas duas décadas que antecedem esta publicação, afirma que *"os dados apontam uma redução importante nos óbitos em crianças menores de um ano de vida, em todas as regiões"* e credita tal redução a ações em saúde, suscitando que:

> Diversos fatores podem ter contribuído para esses resultados, entre eles citamos intervenções ligadas ao setor de saúde, como o combate às doenças infecciosas – como as diarreias, pneumonias, doenças imunopreviníveis – à desnutrição, resultando numa maior redução da mortalidade no período pós-neonatal, e intervenções ligados à melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto, resultando em redução da mortalidade neonatal.

Alem disso, o Ministério da Saúde (2005), elege outros fatores, entre os quais os socioeconômicos, que podem ter contribuído para a diminuição da taxa de mortalidade infantil, nas regiões brasileiras, ao afirmar que:

> Entre as intervenções relacionadas a outros setores, podemos observar que a ampliação do acesso ao saneamento básico também pode ter contribuído para o declínio da mortalidade decorrente de causas infecciosas. Outros fatores importantes a serem considerados são a queda da fecundidade e a melhoria na condição geral de vida da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 142).

Victora et al. (2011), em artigo cuja temática é *"a saúde de mães e crianças no Brasil, progressos e desafios"* traz a informação pertinente a mortalidade infantil, de que:

> Ao analisar o período de 1990 a 2012, o componente pós-neonatal foi o que apresentou maior redução (queda de 82%), resultado de políticas públicas voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança, assim como, outros fatores, como

> mudanças socioeconômicas e demográficas, entre as quais se destacam, o crescimento econômico, a urbanização, a escolarização feminina e a redução dos níveis de fecundidade (Apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 78).

Apesar disso, por fim, o fato a ser evidenciado, ainda que os números da taxa de mortalidade infantil tenham apresentado reduções significativas, chegando a índices próximos a um dígito, no Paraná, é de que os óbitos infantis têm ocorrido em sua grande maioria no período neonatal, precoce e tardio. Tal circunstância evidencia e requer, das autoridades governamentais em geral e em especial das autoridades de saúde pública, maior atenção à saúde especializada destinada ao atendimento da gestante parturiente e ao recém-nascido, envolvendo entre outras coisas, infraestrutura, equipamentos técnicos com tecnologia avançada, equipe técnica especializada habilitada, para enfim superar os óbitos infantis, nestes componentes.

3. MORTALIDADE INFANTIL EM FOZ DO IGUAÇU

Neste capítulo, apresentaremos algumas características do município de Foz do Iguaçu, bem como os números atinentes a taxa de mortalidade infantil no mesmo, nos anos de 2004 a 2013, conforme dados do DATASUS. Na sequência, com base na pesquisa documental, faremos a apresentação do resultado estatístico dos dados colhidos junto à ficha de investigação de óbito infantil, para os anos de 2011, 2012 e 2013, que traduzem, em tese, situações que refletem as condições socioeconômicas das gestantes que perderam seus filhos, antes destes completarem um ano de vida. Por fim, se abordará os resultados da análise destes dados, e se fará uma breve discussão, com fundamento em estudos de Melo Jorge (2001), Telarolli Junior (1997), Eduardo (1998), Cohn (2003), Maciel (2014), De Toni (2003), Ministério da Saúde (2014), Paulo Freire (2000), Doldan et al. (2011) e da Ripsa (2008), a respeito da possível correlação destes resultados, com uma maior predisposição ao óbito infantil.

3.1. FOZ DO IGUAÇU: ALGUNS DADOS

Para discutir os aspectos sociais relacionados ao tema da mortalidade infantil, selecionamos o município de Foz do Iguaçu, localizado no Paraná. A escolha deste recorte deve-se: 1) o fato de Foz do Iguaçu consistir na região onde a Universidade está inserida, de modo que ao estabelecermos a análise, contribuiremos para a discussão de uma questão presente em seu entorno; e 2) devido ao fato do autor se situar na região, e por isso, ter maior facilidade de acesso aos dados das fichas supracitadas, na introdução deste trabalho.

O município de Foz do Iguaçu localiza-se no extremo oeste paranaense[9] (Figura 4). Sua emancipação política se deu em 10 de junho de 1914, quando se desmembrara do município de Guarapuava. O município faz limite com a Argentina e o Paraguai, bem como com, os municípios de Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Itaipulândia e conta, segundo estimativas do IBGE para o ano de 2015, com população de 263.782 pessoas.

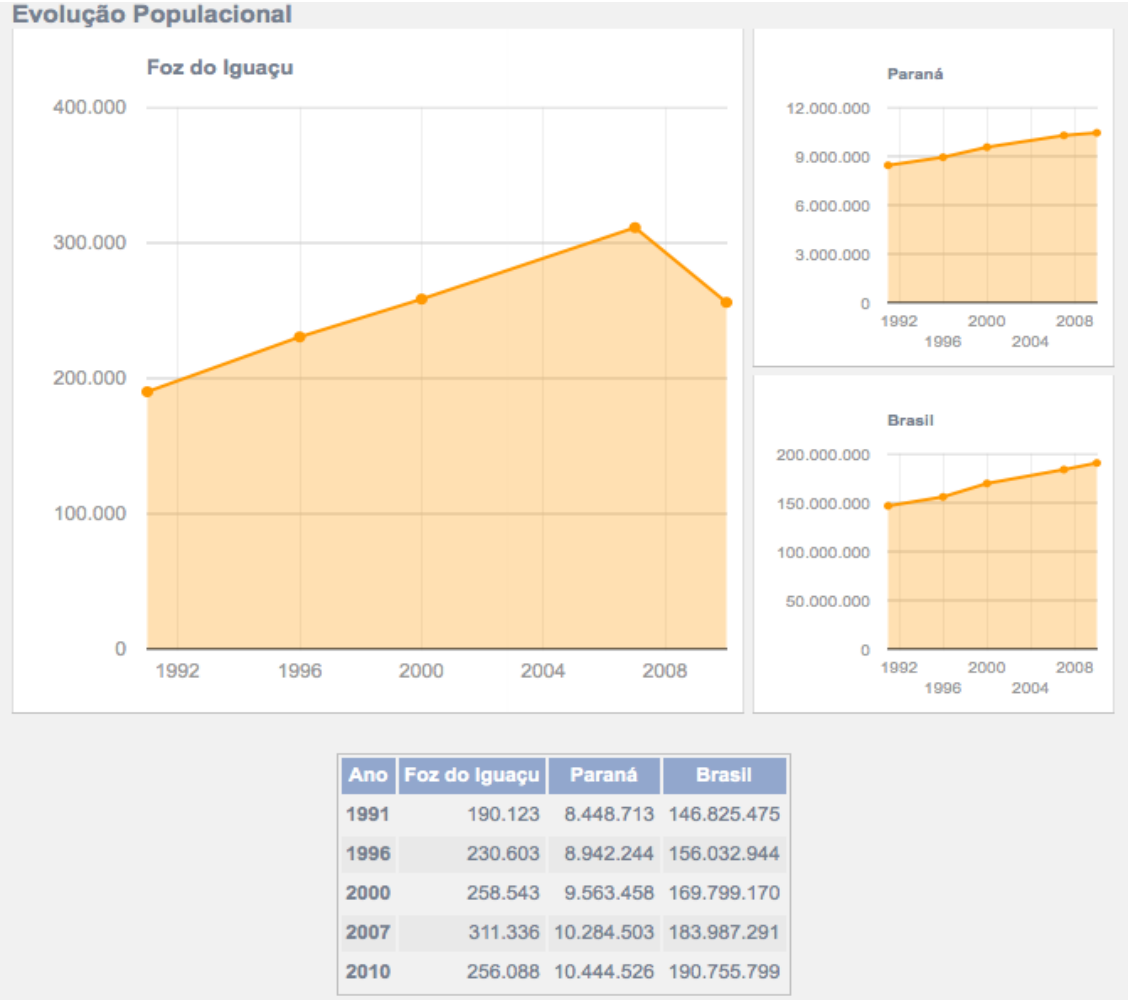
[9]Disponível: http://http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmum=410830.

Figura 4 – Localização geográfica de Foz do Iguaçu.

Fonte: IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Segundo dados do IBGE (2010), a evolução populacional de Foz do Iguaçu, apresentou no início dos anos 1990, população estimada inferior de 190.123 habitantes. Durante aquela década e a próxima, mais precisamente para o ano de 2007, a população era de 311.336 habitantes, contrastando de certa maneira com o Paraná, uma vez que este apresentou crescimento menos acentuado. A partir do ano de 2008, a evolução populacional de foz do Iguaçu apresentou um decréscimo significativo, voltando a patamares bem inferiores aos 300.000 habitantes, apresentando para o ano de 2010, a existência de 256.088 habitantes. É o que se depreende dos dados, conforme se visualiza na figura[10] abaixo (Figura 5).

[10]Disponível: http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmum=410830&search=parana|fozinfogr%E1ficos:-evolu%E7%E3o-populacional-e-pir%E2mide-et%E1ria.



Ano	Foz do Iguaçu	Paraná	Brasil
1991	190.123	8.448.713	146.825.475
1996	230.603	8.942.244	156.032.944
2000	258.543	9.563.458	169.799.170
2007	311.336	10.284.503	183.987.291
2010	256.088	10.444.526	190.755.799

Figura 5 – Evolução Populacional Foz do Iguaçu 1991 – 2010.

Fonte: Adaptado de IBGE: Censo demográfico 1991, Contagem Populacional 1996, Censo demográfico 2000, Contagem Populacional 2007 e Censo Demográfico 2010.

Ainda segundo dados o IBGE (2010), a população de homens residentes de Foz do Iguaçu é de 124.218 pessoas, enquanto que a população feminina é de 131.870 pessoas. A população de homens, residentes na área rural do município, perfaz um total de 1.114 pessoas, e na área urbana, 123.104 pessoas. Para o gênero feminino, a população residente na área rural, corresponde a 1.012 pessoas, enquanto que na área urbana, esse número corresponde a 130.858 pessoas.

Na figura seguinte[11], temos a totalidade da população de Foz do Iguaçu, com a separação entre os sexos masculino e feminino e a respectiva faixa etária, a qual nos demonstra que a população apresenta números mais significativos nos extratos etários que vão

[11]Disponível: http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmum=410830&search=parana|fozinfogr%E1ficos:-evolu%E7%E3o-populacional-e-pir%E2mide-et%E1ria.

de 0 a 4 anos, até 49 anos. A partir destes dados, podemos observar na pirâmide etária, em que faixas etárias se concentram um maior volume populacional (Figura 6).

Idade	Foz do Iguaçu		Paraná		Brasil	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
0 a 4 anos	10.022	9.768	363.112	350.925	7.016.614	6.778.795
5 a 9 anos	10.637	10.233	390.883	377.509	7.623.749	7.344.867
10 a 14 anos	12.506	12.008	463.552	445.519	8.724.960	8.440.940
15 a 19 anos	12.290	12.391	469.762	458.869	8.558.497	8.431.641
20 a 24 anos	10.954	11.772	451.739	449.593	8.629.807	8.614.581
25 a 29 anos	10.204	11.493	436.675	443.557	8.460.631	8.643.096
30 a 34 anos	9.975	11.450	410.438	425.939	7.717.365	8.026.554
35 a 39 anos	9.641	10.640	384.351	403.019	6.766.450	7.121.722
40 a 44 anos	9.155	9.986	372.379	394.269	6.320.374	6.688.585
45 a 49 anos	7.757	8.872	336.461	363.723	5.691.791	6.141.128
50 a 54 anos	6.542	7.114	282.641	309.977	4.834.828	5.305.231
55 a 59 anos	4.959	5.369	231.993	256.686	3.902.183	4.373.673
60 a 64 anos	3.522	3.906	180.838	201.289	3.040.897	3.467.956
65 a 69 anos	2.560	2.630	133.729	151.451	2.223.953	2.616.639
70 a 74 anos	1.648	1.903	99.314	114.342	1.667.289	2.074.165
75 a 79 anos	1.020	1.175	64.121	80.272	1.090.455	1.472.860
80 a 84 anos	522	668	36.887	50.561	668.589	998.311
85 a 89 anos	204	327	15.588	23.876	310.739	508.702
90 a 94 anos	74	119	4.945	8.998	114.961	211.589
95 a 99 anos	20	36	1.273	2.538	31.528	66.804
Mais de 100 anos	6	10	313	620	7.245	16.987

Figura 6 – Pirâmide Etária – Foz do Iguaçu, Paraná e Brasil.

Fonte: Adaptado de IBGE: Censo Demográfico 2010.

3.2. A MORTALIDADE INFANTIL NO CONTEXTO DE FOZ DO IGUAÇU

Embora a taxa de mortalidade infantil apresente, tanto no Brasil quanto no Estado do Paraná, uma tendência de decréscimo constante ao longo dos anos, uma vez que *"nos últimos anos, tem se observado o declínio das taxas de mortalidade infantil (TMI) em todas as macro regiões do Brasil, com algumas diferenças regionais"* (DOLDAN et al., 2011, p. 492), o que se dá, como foi exposto no capítulo dois, em razão, entre outros fatores, do desenvolvimento econômico, do investimento em medidas de saúde preventiva, da urbanização e da melhoria nas condições de vida nas cidades, no município de Foz do Iguaçu, a taxa de mortalidade infantil, em termos gerais, segue esta mesma tendência nacional de decréscimo, entretanto apresenta números que não seguem uma uniformidade, oscilando por vezes, negativamente. É o que se depreende da análise dos dados[12] do DATASUS, constantes da tabela 3, onde se observa a evolução dos números da taxa de mortalidade infantil, entre os anos de 2004 a 2013.

Tabela 3 – Taxa de Mortalidade Infantil em Foz do Iguaçu – anos 2004 a 2013.

Ano	Nascidos Vivos	Óbitos Infantis	Taxa de Mortalidade Infantil
2.004	5.182	59	11.38
2.005	5.264	83	15.76
2.006	4.923	68	13.81
2.007	4.640	74	15.94
2.008	4.601	55	11.95
2.009	4.411	59	13.37
2.010	4.307	52	12.07
2.011	4.312	41	9.50
2.012	4.392	43	9.79
2.013	4.385	62	14.13

Fonte: DATASUS 2013.

A partir dos dados acima, podemos observar a evolução da taxa de mortalidade infantil no município de Foz do Iguaçu entre os anos de 2004 a 2013, de forma que constatamos mais facilmente, a não uniformidade da tendência de redução ou decréscimo da mesma, indicando a existência de oscilações preocupantes (Figura 7).

[12]Disponível: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10pr.def. Acessado em 07/07/2015.

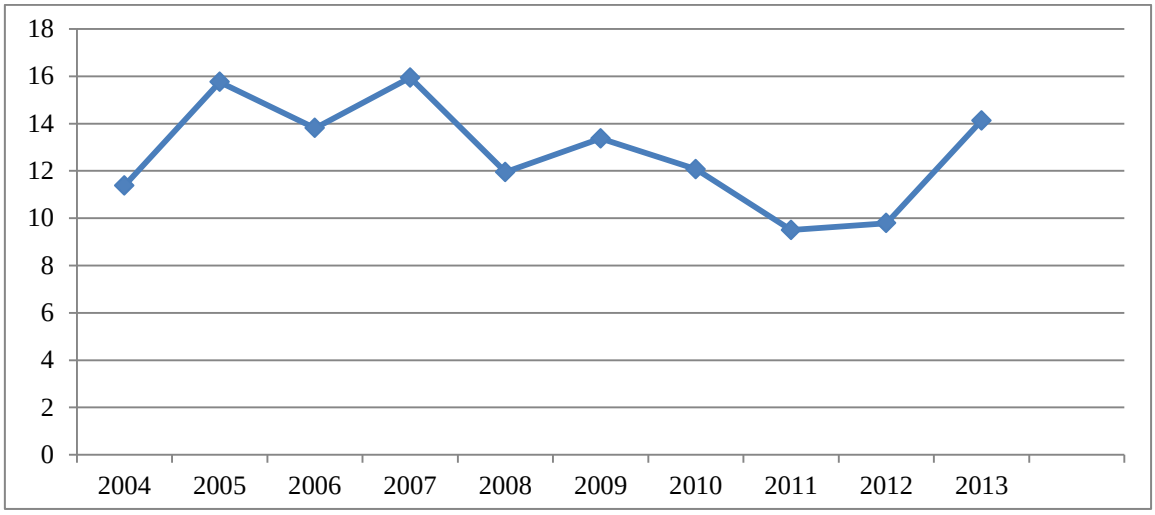


Figura 7 – Taxa de mortalidade infantil – Foz do Iguaçu 2004 a 2013.

Fonte: Adaptado de DATASUS 2013.

Embora estes dados reflitam uma melhora em determinados anos, e a aproximação da taxa de mortalidade infantil a índices que não ultrapassem um dígito, conforme preconização da Organização Mundial da Saúde, a questão é intrigante, dado ao fato que, a série de anos aqui analisada, se inicia com números inferiores com aqueles apresentados dez anos depois. O que se questiona é qual a razão para a taxa de mortalidade infantil no município de Foz do Iguaçu, em 2004, apresentar 11,38 óbitos infantis para cada mil nascidos vivos, e dez anos depois, em 2013, apresentar uma piora significativa nestes números, ocorrendo 14,13 óbitos infantis para cada mil nascidos vivos? Mais intrigante ainda, se considerarmos que os anos de 2011 e 2012, apresentaram taxa de mortalidade infantil, com números abaixo de dez óbitos infantis para cada mil nascidos vivos.

3.3. MORTALIDADE INFANTIL EM FOZ DO IGUAÇU: ALGUNS RESULTADOS

Em nossa perspectiva, dentre os fatores que podem contribuir às oscilações mencionadas acima e, por vezes, com o aumento na taxa de mortalidade infantil no município de Foz do Iguaçu, encontram-se aqueles situados no plano socioeconômico. Tendo como ponto de partida essa inferência, realizamos a pesquisa documental, conforme apresentamos na introdução deste trabalho, onde analisamos a ficha de investigação de óbito infantil, dos óbitos ocorridos nos anos de 2011 a 2013, cujos resultados da análise destes dados secundários, apresentamos na sequência.

Da análise dos dados coletados, verificamos que no conjunto dos três anos investigados, o sexo predominante das crianças que vieram a óbito neste período, é o masculino, contando 2011, de um total de quarenta e um casos, com vinte e cinco óbitos masculinos e dezesseis femininos. Em 2012, embora a maioria dos óbitos se refira a crianças do sexo feminino, contando com vinte e dois casos, os óbitos do sexo masculino são em número de vinte e um, totalizando quarenta e três casos. Já para o ano de 2013, de um total de sessenta e dois óbitos infantis, vinte e nove são óbitos de crianças do sexo masculinos e vinte e cinco do sexo femininos, levando-se em conta ainda, oito óbitos infantis, para os quais, tal dado é ignorado (Figura 8).

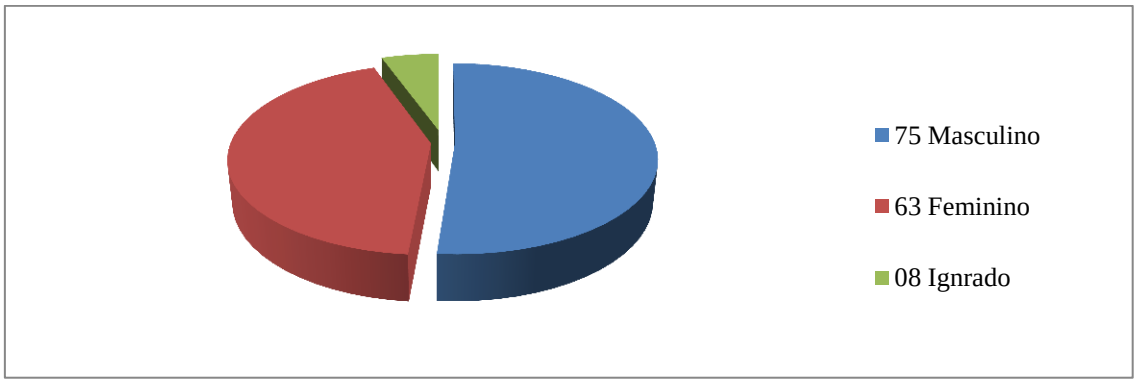


Figura 8 – Número de óbitos infantis por sexo – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.

Ter o conhecimento da idade do óbito infantil é importante, já que a mesma denota se o óbito se deu por causas relacionadas ao pré-natal e ao parto, no caso da mortalidade infantil neonatal, aquela ocorrida do nascimento, até a criança completar 28 dias de vida, uma vez que, segundo Telarolli Junior (1997):

> No período correspondente às primeiras quatro semanas de vida, a maioria das mortes ocorre por problemas relacionados ao parto ou aos defeitos congênitos. Assim, se em determinado estado ou região do país estão ocorrendo muitas mortes de crianças com até quatro semanas, provavelmente isso é a manifestação de problemas com a assistência oferecida às mulheres grávidas durante a gestação e o parto (TELAROLLI JUNIOR, 1997, p. 52).

Já os óbitos infantis, ocorridos no período pós-neonatal, que vai do 29º dia até a criança completar um ano de vida, de uma forma geral, estão associados ao meio social em que o infante foi inserido, visto que, nas palavras de Telarolli Junior (1997):

> As mortes tardias são causadas pelo conjunto de problemas sociais e de saúde que podem afetar a criança no decorrer de seu primeiro ano de vida. A partir do segundo mês, o bebê passa a sofrer uma série de influências das condições em que vive e é criado, de seu meio ambiente. São essas condições que determinarão como a mortalidade infantil tardia se comportará em determinada população (TELAROLLI JUNIOR, 1997, p. 58).

Dos dados analisados, percebemos que os óbitos infantis ocorridos no município de Foz do Iguaçu nos anos de 2011 a 2013, demonstram a predominância de óbitos neonatais.

Isso se dá nos três anos estudados, onde no primeiro ano são em número de trinta óbitos neonatal, para um número de onze óbitos pós-neonatal. Em 2012 os números demonstram a mesma tendência, vinte seis para dezessete. E em 2013, em um universo de sessenta e dois óbitos infantis, trinta e três são óbitos neonatal, vinte e um são óbitos pós-neonatal, considerando ainda, que para oito casos, tal dado é ignorado.

Graficamente considerando os três anos, de um total de cento e quarenta e seis casos de óbitos infantis, ter-se-á oitenta e nove óbitos neonatais, quarenta e nove óbitos pós-neonatais, e oito casos, em que tal dado é ignorado (Figura 9).

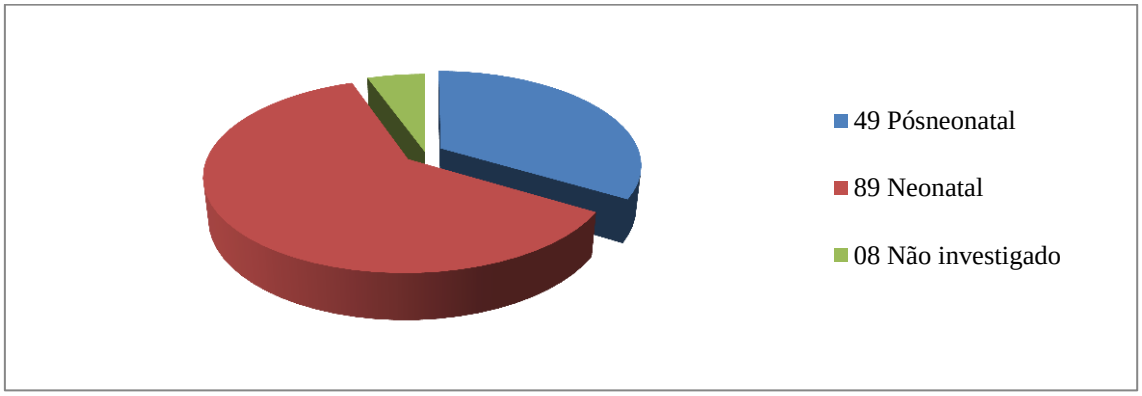


Figura 9 – Número de óbitos infantis pós-neonatal e neonatal – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.

Doldan et al. (2011), ao abordar a mortalidade infantil neonatal, afirma que *"este componente da mortalidade infantil, mesmo em declínio, mantém-se proporcionalmente maior aos óbitos pós-neonatais e constitui um problema de Saúde Pública, haja vista os diversos fatores que colaboram para seu evento"* (DOLDAN et al., 2011, p. 496).

Ao procedermos a uma divisão do componente neonatal, composto no presente estudo de oitenta e nove casos, entre os óbitos ocorridos do nascimento da criança até a mesma completar seis dias de vida, e aqueles óbitos ocorridos do sétimo dia, até se completar o vigésimo oitavo dia de vida da criança, observaremos a predominância no primeiro período, contando com cinquenta e cinco casos, enquanto que no segundo período, ocorreram trinta e quatro casos, constando ainda oito casos, em que tal dado é ignorado (Figura 10).

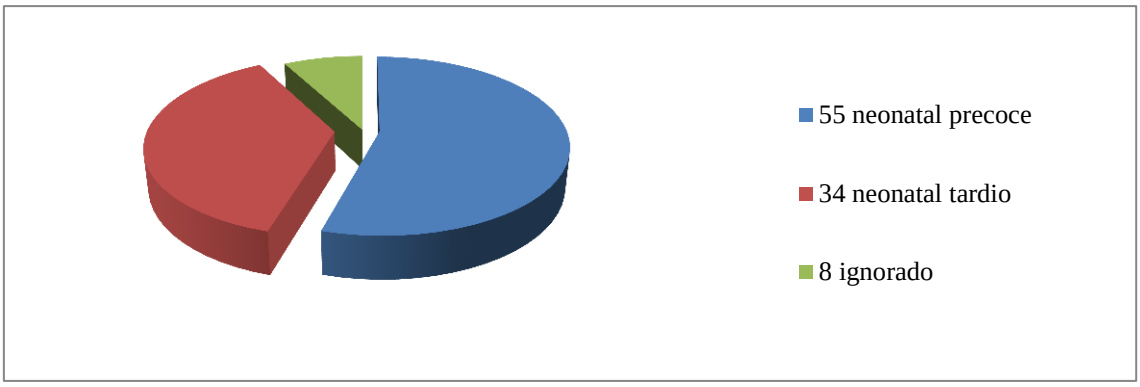


Figura 10 – Número de óbitos neonatal precoce e neonatal tardio – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.

Ressalta-se que a taxa de mortalidade infantil, no componente neonatal precoce, *"estima o risco de um nascido vivo morrer durante a primeira semana de vida"* (RIPSA, 2008, p. 110), e como vimos no capítulo dois, de modo geral envolve o estado vulnerável socioeconômico e de saúde da gestante, bem como, deficiências na realização do pré-natal, no atendimento ao parto e ao recém-nascido (RIPSA, 2008).

Com o estudo percebemos ainda, a predominância no período, de óbitos infantis de crianças com a cor da pele branca, totalizando cento e quinze casos, seguido por vinte e um óbitos de crianças com a cor da pele parda, e um óbito de uma criança com a cor da pele negra, havendo ainda oito óbitos em que tal informação é ignorada (Figura 11). Neste aspecto, há que se levar em consideração, primeiro e mais importante, a formação da população do município de Foz do Iguaçu (IPARDES, 2016, p. 15), onde no quesito Raça/Cor há predominância, da raça/cor branca, seguido das raça/cor parda, preta, amarela e indígena, segundo e não menos importante, o fato de que a indicação da cor da pele da criança, que veio a óbito, ser designação realizada pela mãe ou familiar da mesma (figura 8).

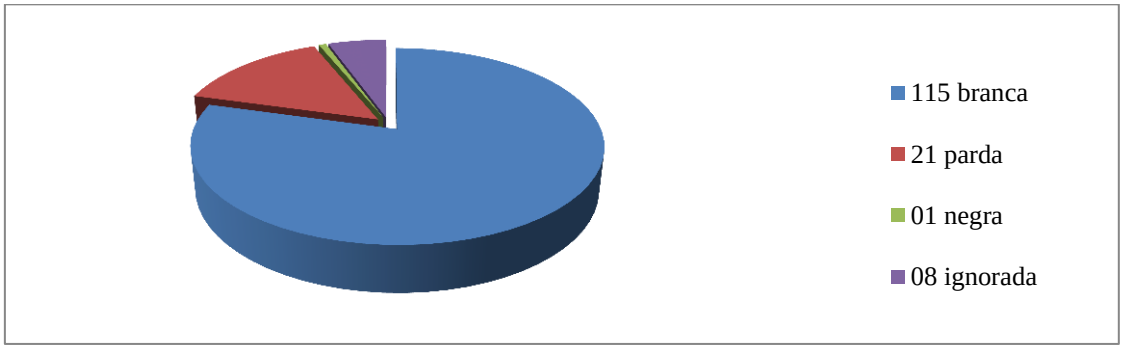


Figura 11 – Número de óbitos infantis e cor da pele da criança – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.

A característica da residência se é própria, alugada, cedida, ou ainda se é situada em área de ocupação, e as condições de higiene da mesma, podem revelar circunstâncias que

venham a favorecer o óbito infantil. No município de Foz do Iguaçu, dos cento e quarenta e seis casos de óbitos infantis ocorridos nos anos de 2011 a 2013, em setenta e quatro casos, as mães moravam em residências próprias, vinte e sete ocupavam residências alugadas, dez residiam em imóveis cedidos, onze casos de óbito infantil em que a gestante reside em área de ocupação, e vinte quatro casos, em que o tipo de residência que a gestante habitava, é ignorado (Figura 12).

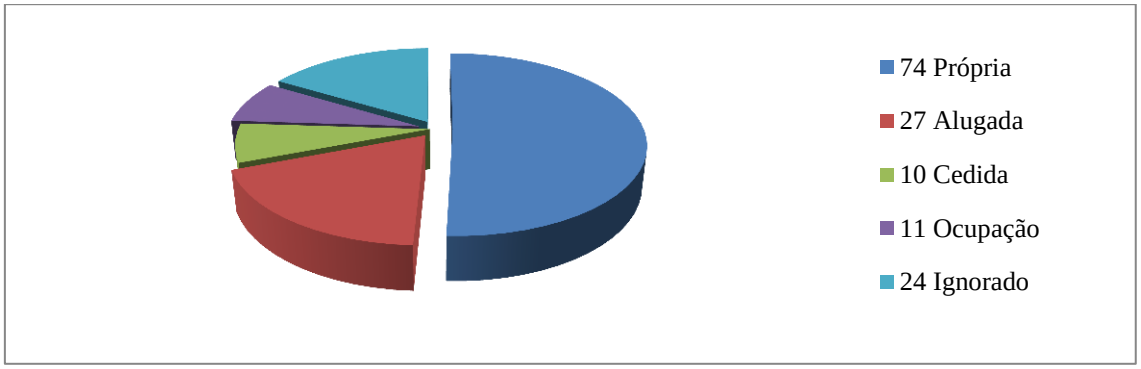


Figura 12 – Tipo da residência da mãe, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.

Em percentual, no presente estudo em apenas 50,68% dos casos, a gestante residia em casa própria ao tempo da gestação e do óbito, contrapondo-se a 32,87% dos casos, em que a gestante habitava imóveis alugados, cedidos ou ainda localizados em áreas de ocupação, sendo que em 16,43% dos casos, o tipo de residência é ignorado.

O que se pode inferir deste dado, caso se junte em apenas dois tópicos, entre mães que residiam em casa própria e as que não tinham esse privilégio de ter a casa própria, é que, embora o haja políticas públicas de acesso à casa própria, como o programa minha casa minha vida do Governo Federal, neste caso específico, quase cinquenta por cento, ou melhor, 49,3% das mães, residiam ao tempo do fato, em imóveis de terceiros.

A salubridade e a higiene da residência é outro fator que, juntamente com a água tratada e o destino correto dos dejetos, melhoram as condições de habitabilidade dos imóveis, por conseguinte melhoram as condições de vida para a gestante e o recém-nascido.

Em muitos destes imóveis, se verificou que as condições de higiene ou de salubridade, tais como falta de ventilação, iluminação ou limpeza da residência e adjacências, entre outros fatores, não eram as mais adequadas, embora a maioria, 56,16% apresentava boas condições, os demais imóveis, se encontravam em condições regulares, precárias ou ignoradas, totalizando 43,83%.

Dos cento e quarenta e seis casos de óbito infantil ocorridos no período em estudo, em oitenta e duas destas residências as condições de higiene se apresentavam boas, vinte e uma

com condições regulares, doze em condições precárias de higiene e trinta e uma residências em que não foi possível avaliar tal critério, em razão de dificuldades no acesso, conforme exposto na introdução do presente trabalho, constando como ignorado tal dado (Figura 13).

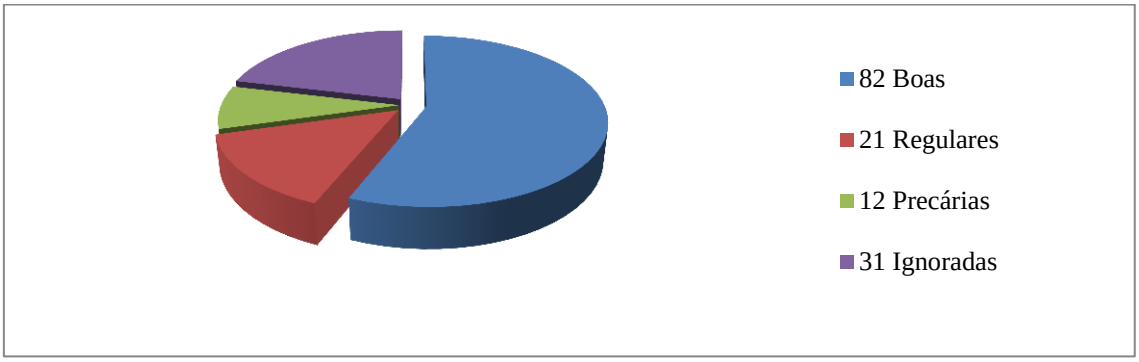


Figura 13 – Condições de higiene da residência da mãe, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.

Os dados acima indicam, que os níveis de saúde de uma determinada população, estão intimamente ligados às condições de saneamento básico dá região em que vivem, fato reconhecido sistematicamente em estudos científicos (MELLO JORGE et al., 2001, p. 24).

Atrelado a essas condições, o fornecimento de água tratada e coleta de esgoto, são fundamentais na melhora da salubridade dos imóveis e consequentemente das condições de saúde dos habitantes daquele lugar, conforme observa Maria Bernadete de Paula Eduardo (1998), na obra Vigilância Sanitária, ao nos afirmar que:

> A destinação inadequada das águas residuárias (esgotos domésticos e efluentes industriais) constitui sério problema de saúde pública, e é fato conhecido o forte impacto que as ações de saneamento (água e esgoto) têm na redução da morbidade por doenças transmissíveis. (EDUARDO, 1998, p. 171).

Destes imóveis, a grande maioria é abastecida por água tratada e rede coletora de esgoto, para posterior tratamento dos dejetos, mas, mesmo assim, ainda persiste o fato de pessoas habitarem imóveis desprovidos de água tratada e/ou rede coletora de esgoto. Das entrevistas domiciliares realizadas, cento e vinte e um imóveis visitados, estão providos com água tratada fornecida pela concessionária de água e esgoto, quatro imóveis não tem suprimento de água tratada, e em vinte e um imóveis, é ignorado a forma de abastecimento de água para o consumo humano (Figura 14).

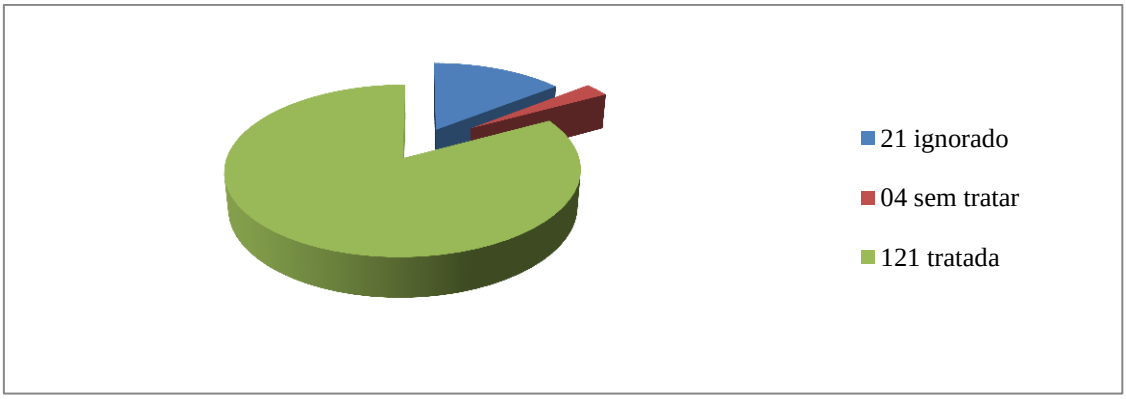


Figura 14 – Forma de abastecimento de água da residência da mãe, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.

A água pode ser um veículo de transmissão de agentes patogênicos, portanto sua relação com a saúde de uma coletividade é estreita. Cabe ao Estado o fornecimento da mesma dentro dos padrões de potabilidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde, através de suas concessionárias de água e esgoto. No presente estudo, 82,87% dos imóveis estão abastecidos por água tratada, enquanto que em 2,73% dos imóveis, não há esse tipo de abastecimento, ressaltando-se que em 14,38% dos casos, tal dado é ignorado.

Quanto ao destino dos dejetos, embora Foz do Iguaçu apresente números superiores à média nacional, nos anos estudados, o numero de imóveis desprovidos de rede coletora de esgoto com o respectivo tratamento, ainda representa um número a ser baixado, visto que em apenas em noventa e quatro dos imóveis onde ocorrera óbito infantil no período investigado há rede coletora de esgoto, contra vinte e cinco imóveis em que o sistema de destino dos dejetos é a fossa sumidouro, quatro residências não possuem nenhum tipo de tratamento dos dejetos, lançando-os a diretamente no solo a céu aberto, enquanto que em vinte e três residências o destino é ignorado (Figura 15).

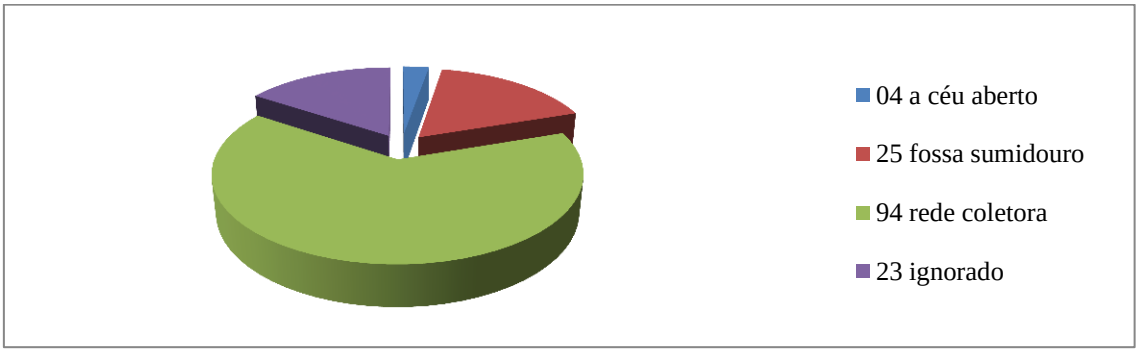


Figura15 – Forma de destino dos dejetos da residência da mãe, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.

Quanto ao esgotamento sanitário das residências, os dados indicaram que em 19,86% dos casos, o destino do esgoto é a fossa sumidouro, ou ainda lançado a céu aberto, propiciando sobremaneira a proliferação de doenças, sem contar que em 15,75% dos casos o

destino dos dejetos residenciais é ignorado. Entretanto, para a companhia concessionária de saneamento Paraná - SANEPAR[13], os índices de cobertura de água e esgoto tratados em Foz do Iguaçu, são significativos, pois segundo a mesma:

> A cidade de Foz do Iguaçu oferece acesso à água tratada para 100% da população urbana e 70% dos moradores contam com o serviço de coleta e tratamento de esgoto. Estes índices colocam a cidade entre as 50 melhores do Brasil. De acordo com o último ranking divulgado pelo instituto Trata Brasil, a cidade ocupa a 31ª posição e está à frente de capitais turísticas como Florianópolis, Salvador e Rio de Janeiro.

Tudo Isso demonstra, a necessidade de manutenção, ampliação e facilitação do acesso, tanto à água tratada, quanto a coleta e tratamento de esgoto, a fim de minimizar as mazelas decorrentes de seu fornecimento deficitário ou não tratamento, resultando que ainda é necessários investimentos neste setor. Não somente isso, mas também o fornecimento de serviços públicos essenciais, que satisfaçam a demanda da coletividade e que atenda o direito de todos, de receber serviços públicos de qualidade.

A localização geográfica da residência da mãe gestante, que perdera seu filho, pode indicar a incidência de maior ou menor número de óbitos em determinada região, podendo assim se avaliar, entre outras coisas, se a existência de unidades básicas de saúde naquele naquela região é satisfatória, ou ainda se há necessidade de políticas públicas de saúde específicas ou programas, como por exemplo, o programa saúde da família ou agentes comunitários de saúde.

Assim, considerando a divisão político administrativa de cidade de Foz do Iguaçu, conforme consta do Plano Municipal de Saúde[14] para os anos de 2011 a 2013, onde consta a divisão territorial em distritos sanitários, tem-se que:

> Com base no princípio de descentralização do SUS, a Secretaria Municipal da Saúde mantém a distritalização como uma forma de organização administrativa desde 1999. A cidade está dividida em cinco Distritos Sanitários, com capacidades instaladas distintas objetivando atender as especificidades de cada área. (PPREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU, 2010, p. 23).

Desta forma, foi disposta no mapa do município, a localidade de ocorrência dos óbitos infantis do período estudado. Em conformidade com a divisão administrativa em distritos sanitários, visualizamos geograficamente, a região com a incidência dos mesmos (Figura 16[15]).

---

[13]Disponível: http://site.sanepar.com.br/noticias/foz-chega-ao-centenario-entre-cidades-com-melhor-saneamento-do-pais.

[14]Disponível: http://www.pmfi.pr.gov.br/Portal/VisualizaObj.aspx?IDObj=10950.

[15]Mapa de localização dos óbitos infantil, elaborado pelo Centro de Controle de Zoonoses, divisão do Departamento de Vigilância em Saúde, da Secretaria de Saúde do município de Foz do Iguaçu, o qual trabalha com 63 casos para o ano de 2013.

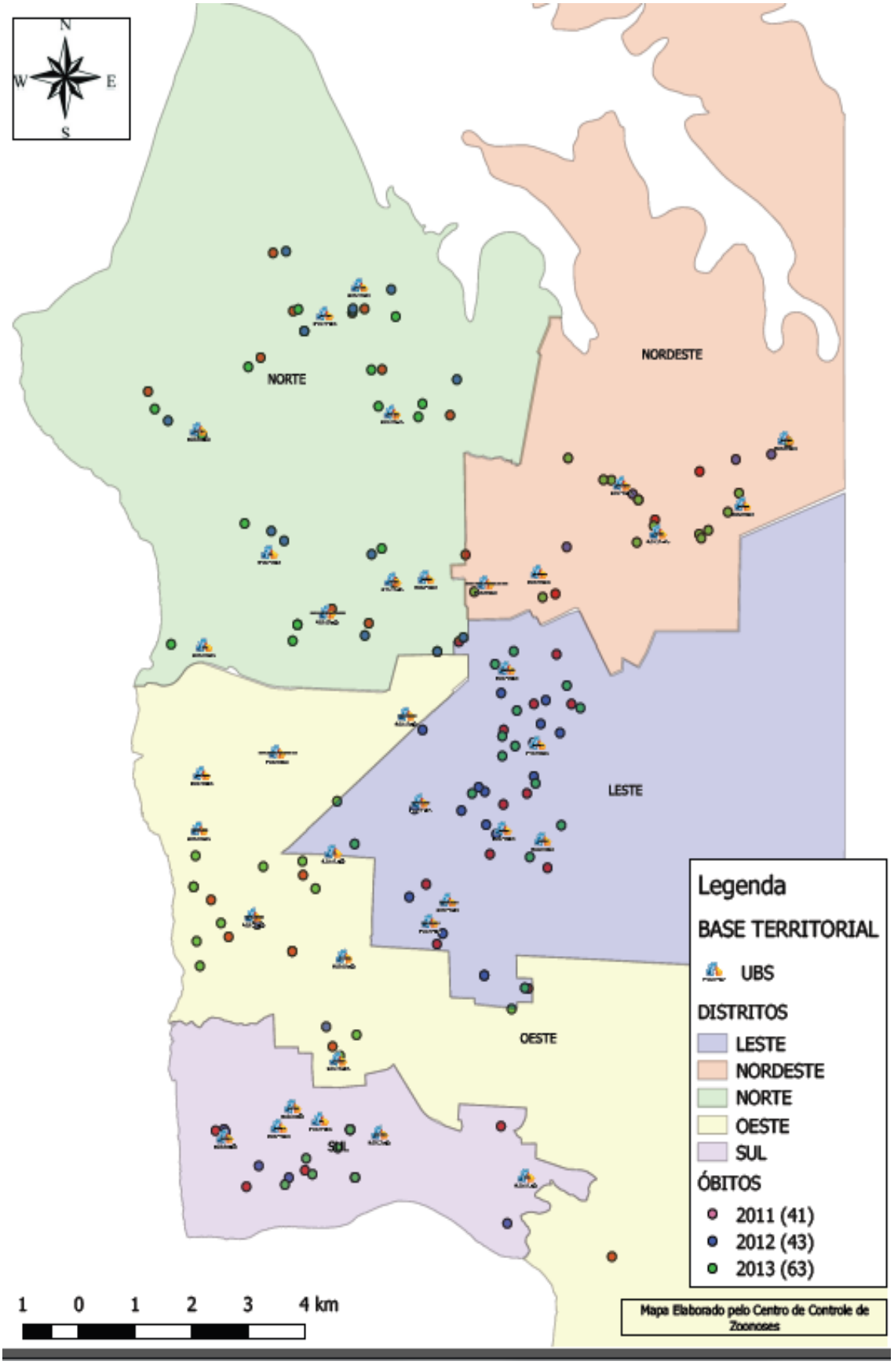


Figura 16 – Mapa de localização óbitos infantis segundo distritos sanitários – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.

Os dados revelaram que no período estudado, dos cento e quarenta seis casos de óbitos infantis, quarenta e seis mães residiam ao tempo da gestação e do óbito no Distrito Sanitário São Francisco, o qual compreende a região leste da cidade. Trinta e nove residiam no Distrito Sanitário Itaipu, o qual compreende região norte. Dezenove mães residiam no Distrito Sanitário Central, que compreende a região oeste da cidade. Dezoito mães residiam no distrito sanitário Três Lagoas, que compreende a região nordeste da cidade. Catorze mães residiam no distrito sanitário Porto Meira, o qual compreende a região sul da cidade e dez casos, em que tal localização é ignorada (Figura 17).

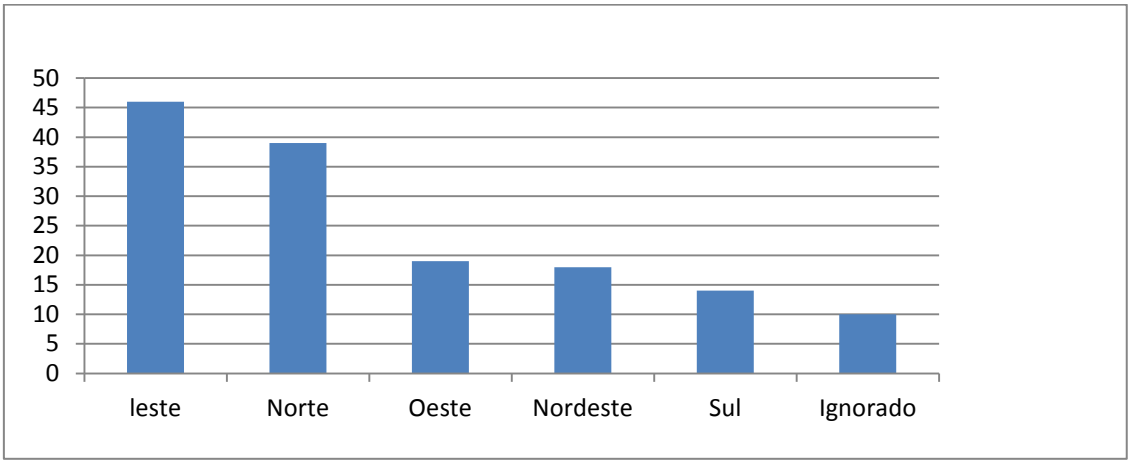


Figura17 – Região de residência da mãe, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.

Verificou-se no presente estudo, que em grande parte dos óbitos infantis do município de Foz do Iguaçu, nos anos de 2011 a 2013, a mãe residia nos distritos sanitários norte e leste da cidade, os quais compreendem as regiões da Itaipu e São Francisco. Estas por sua vez são regiões com maior população, conforme o plano municipal de saúde, o distrito sanitário leste tem uma população de 93.020 habitantes, e o distrito sanitário norte, conta com uma população de 85.120 habitantes, sendo que em ambos os distritos sanitários, os óbitos ocorreram em regiões mais periféricas dos mesmos.

Esses dados podem revelar uma correlação com a mortalidade infantil no município, pois é sabido que a urbanização chega mais tardiamente, em locais mais distantes do centro urbano de maior relevância econômica. Essas localidades, por vezes desprovidas de infraestrutura de urbanização e serviços essências, tais como unidades básicas de saúde, coleta de lixo, rede coletora de esgoto e água tratada, são, sobretudo, habitadas por pessoas menos favorecidas economicamente, com residências mais simples. Telarolli Junior (1997) sugere que:

> A mortalidade infantil reflete não apenas os aspectos relacionados à *manutenção da saúde*, como também a qualidade do atendimento oferecido à gestante, ao parto e às

> crianças. Esse indicador de saúde reflete também a *ocorrência das doenças* em geral, em especial as infecciosas, a quantidade e a qualidade dos alimentos disponível e as condições gerais de saneamento básico, em especial a disponibilidade de água encanada, rede de esgoto e coleta de lixo. (TELAROLLI JUNIOR, 1997, p.10).

A idade da mãe que perdera seu filho, que conste das estatísticas de mortalidade infantil, é um dado importante a ser investigado, dado que o mesmo poderá refletir, entre outras coisas, se o óbito do recém-nascido é de mães adolescentes ou jovens, ou ainda de mães em idade superior a quarenta anos, faixas etárias em que a gravidez representa um maior risco à gestante e ao feto. Telarolli Junior (1997) associa o baixo peso a nascer, ao risco de ocorrência do óbito infantil, e afirma que:

> Tanto as mulheres que têm filhos quando ainda muito jovens, com menos de 20 anos, como as que já passaram dos 40 anos, também apresentam índices mais elevados de filhos com baixo peso, mais sujeitos a morte. (...) As explicações para o aumento do nascimento de crianças com baixo peso entre essas mulheres são várias, incluindo desde suas condições orgânicas até as condições concretas para cuidar dos filhos. A mãe adolescente ou muito jovem, com menos de 20 anos, por exemplo, quase sempre está menos preparada psicológica e emocionalmente para cuidar do filho (TELAROLLI JUNIOR, 1997, p. 72).

De acordo com a análise dos dados apurados, a idade da mãe, outrora gestante e que perdera seu filho, na grande maioria, mais precisamente cinquenta e seis mães, tinham entre vinte e um e trinta anos. Entretanto quarenta e três mães tinham, entre treze e vinte anos. Trinta e cinco mães tinham entre trinta e um e quarenta anos, e apenas quatro mães tinham mais de quarenta anos, considerando que para oito casos tal dado é ignorado (Figura 18).

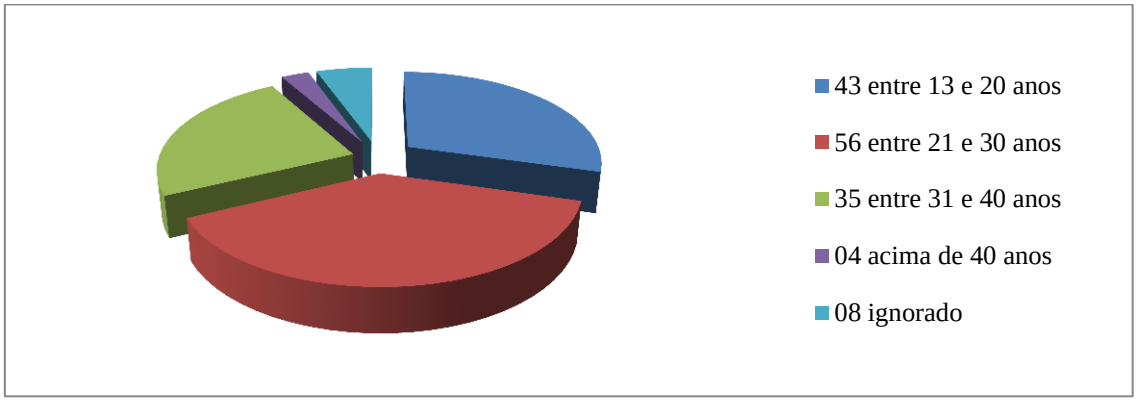


Figura18 – Idade da mãe, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.

Tudo isso demonstra, que embora se tenha políticas de prevenção à gravidez na adolescência, a mesma continua recorrente, prejudicando muitas vezes o desenvolvimento individual, pois quando ainda deveria estar estudando as séries fundamentais ou médias, já se encontra mãe. Então há que se perguntar, por que estas jovens estão sendo mães mais precocemente, e ao mesmo tempo estão abandonando ou se desinteressando pelos bancos

escolares? O Estado tem prestado seus serviços de forma efetiva, a fim do desenvolvimento pleno da cidadania?

Para outro aspecto importante, o nível educacional da mãe, a análise dos dados reflete que um número significativo de mães tinha o ensino fundamental incompleto, totalizando quarenta casos. Ensino fundamental completo, com dezenove casos. Já as mães cursando ensino médio ou com ensino médio completo, corresponde a um total de cinqüenta e três casos. O número de mães com ensino superior completo ou cursando, são vinte e um casos. Ainda constam quatro casos de mães sem nenhuma escolaridade e nove casos, em que a escolaridade da mãe é ignorada (Figura 19).

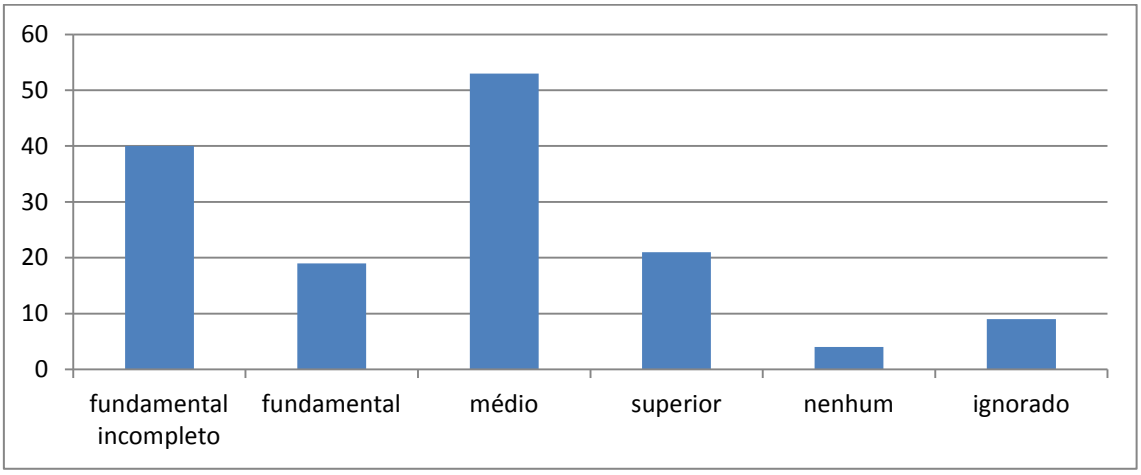


Figura19 – Escolaridade da mãe, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.

A educação, assim como o trabalho, é um fator de inclusão social, como tal influencia a vida e os desígnios das pessoas em geral, assim como da gestante e do recém-nascido, uma vez que, *"quanto maior a escolaridade, maior é a proporção de mães que realizaram o número mínimo de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde"* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 31).

Na presente investigação sociológica, de um universo de cento e quarenta e seis casos, se apurou que em 2,73% dos casos, a gestante não possuía nenhum grau de instrução ou escolaridade; em 27,39% dos casos, possuía o ensino fundamental incompleto; em 13,01% possuía o ensino fundamental completo; cursando o ensino médio ou com ensino médio completo 36,3% dos casos; com curso superior completo ou cursando 14,38% dos casos; e em 6,16% dos casos, a escolaridade é ignorada.

Caso se faça uma unificação destes dados em apenas dois polos opostos, o primeiro polo composto pelos percentuais dos casos que estão cursando o ensino médio, ou com este

completo, e o percentual dos que possuem o curso de graduação completo, ou estão cursando o mesmo, ter-se-ia então 50,68% dos casos nestas condições. No segundo polo onde se reúna todas as demais categorias, como os sem escolaridade, ensino fundamental incompleto e ensino fundamental completo, teremos números intrigantes, que falam por si só.

São intrigantes, pois se teria 43,13% dos casos nestas condições, com nível escolar aquém, ou que não satisfaz as demandas do mercado de trabalho, além de não lhes garantir um nível de conscientização de seus direitos, como cidadã, ante ao poder constituído. Isso, sem se considerar o percentual dos casos de escolaridade ignorada, que não podem ser valoradas em nenhum dos polos, mas que representam um número significativo de casos.

Nesse contexto, bem lembrado são as palavras de Paulo Freire (2000, p. 67), contidas em sua obra *"Pedagogia da Indignação: cartas pedagógicas e outros escritos"*, segundo o qual, *"se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda*", e esse mudar significa dar um novo sentido à vida de muitos com a educação, conscientizando-os, tornando-os capazes de desenvolver uma visão critica do meio que os circunda, e a partir de tal, agir como sujeitos de direito e agentes de transformação, quando então estarão plantadas as sementes do desenvolvimento e da transformação social.

Quanto maior a escolaridade da futura mãe e dos familiares, certamente são maiores as chances de ingresso de recursos necessários à subsistência e ao bem estar da família, da gestante e do recém-nascido. Além disso, Telearolli Junior (1997) argumenta que:

> (...) aumentar o nível educacional, principalmente das mães é uma das formas possíveis de reduzir a mortalidade infantil, já que esta é menor entre os filhos de mulheres alfabetizadas. Quanto mais anos de estudo tem a mãe, menores as chances de o filho morrer durante o primeiro ano de vida (TELAROLLI JUNIOR, 1997, p. 50).

Isso certamente se dá, em razão do maior nível de compreensão sobre os cuidados que a mesma terá que observar durante a gestação e com o recém-nascido, mas e sobremaneira, pelo fato da educação criar nas pessoas, um nível mais elevado de conscientização de seus direitos e capacidade de lutar pelos mesmos.

O trabalho remunerado além de garantir renda, quando o mesmo é formal também garante à futura mãe, os benefícios sociais e previdenciários que lhe são garantidos por lei. No universo pesquisado, dos cento e quarenta e seis óbitos infantis, setenta e uma mães declararam possuir trabalho remunerado. Grande parte das que assim se declararam, disseram possuir atividades informais, tais como "babás", "diaristas", "autônomas", ou ainda outras atividades não formais. O universo de mães sem remuneração, as quais se declararam do lar e

algumas poucas estudantes se aproxima das que possuem trabalho remunerado, contando com sessenta e quatro mães. Ainda há onze casos, em que tal critério é ignorado (Figura 20).

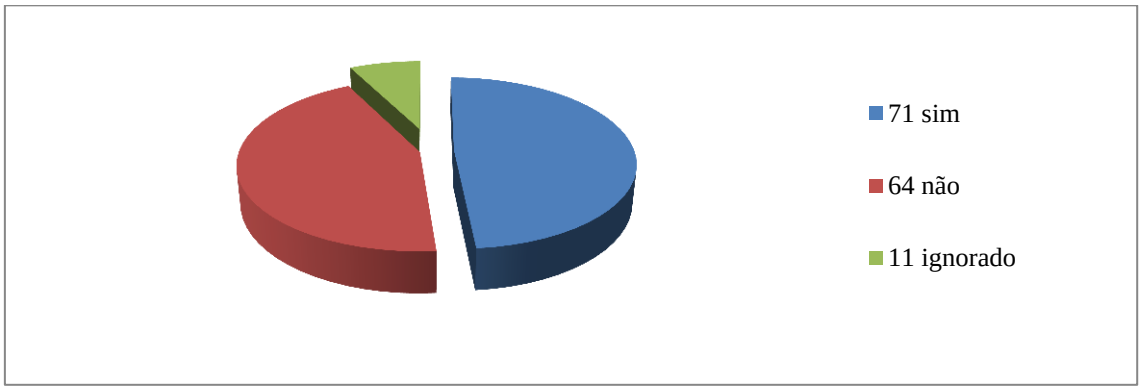


Figura 20 – Número de mães que possui trabalho remunerado, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.

O cidadão ou cidadã, formalmente empregado, se encontra amparado pela legislação trabalhista e previdenciária e consequentemente pelos benefícios dela decorrentes. No caso em estudo, os dados apontaram que do universo de cento e quarenta e seis casos, apenas 48,63% declaram possuir trabalho remunerado, embora algumas em ocupações não formais, portanto desamparadas legalmente, do regime trabalhista e previdenciário.

A importância do trabalho e da renda, como fator de inserção social, fica claro nas palavras Cohn (2003), ao abordar o tema da pobreza e desigualdade, suas implicações sociais e políticas, em artigo *"Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde"*, quando enfatiza que:

> As distintas formas de inserção dos indivíduos nas sociedades modernas ocidentais eram até muito recentemente analisadas sob a ótica das classes sociais, sobretudo a partir das vertentes weberiana e marxista, uma privilegiando a classificação dos indivíduos por acesso a bens materiais e imateriais, e a outra privilegiando a inserção dos indivíduos na produção. Em ambas, no entanto, o que prevalece, e aqui é o que importa, é o trabalho como fator social fundamental para a inserção social dos indivíduos (...) (COHN, 2003, p. 11).

No presente estudo, nota-se que em 43,83% dos casos, em que a mãe perdera seu filho para a mortalidade infantil, esta não possuía trabalho remunerado, percentual este que se somado aos 7,53% dos casos em que tal dado é ignorado, se ultrapassa o percentual daqueles com trabalho remunerado. O que este dado nos revela, é a urgência da inclusão das mulheres no mercado de trabalho formal, de modo a lhe garantir seus direitos e um nível de bem estar melhor.

E ainda mais, tal dado reflete que nestes casos, o que se aproxima da metade do universo estudado, as mães que não possuíam trabalho remunerado, ficaram sem nenhuma assistência previdenciária, como por exemplo, a licença maternidade remunerada, decorrente

da legislação e do trabalho formal, a qual lhe torna a vida menos difícil no pós-parto, dado os gastos em acréscimo, que um recém-nascido representa.

Ocorre que a inserção no mercado de trabalho, depende de que sejam garantidos ao cidadão, muito mais do que um mero emprego e renda, ainda que formal. Para isso é necessário prepará-lo para o mercado de trabalho, lhe garantindo outros direitos básicos e fundamentais, tais como alimentação, acesso à educação pública de qualidade e educação profissionalizante.

De Toni (2003), ao abordar a função integradora do trabalho e o seu local na contemporaneidade, a partir de uma leitura do autor Robert Castel, afirma que:

> Embora não compartilhe a crença de que *a civilização do trabalho* seja uma forma social eterna, esse autor acredita que, hoje, é precisamente essa sociedade que está sendo desestabilizada e, portanto, é sobre isso que precisamos pensar. O fenômeno a ser perscrutado é o da instabilidade das situações de trabalho, que, com seus desdobramentos, constitui para o autor a nova questão social contemporânea a permear o debate sociológico (DE TONI, 2003, p. 265).

Embora sejam recorrentes na mídia, as reclamações quanto à prestação de serviços públicos de saúde, o presente estudo não revelou a mesma tendência, visto que em 78,57% dos noventa e nove casos, em que o pré-natal fora realizado no Sistema Único de saúde, ao se questionar às gestantes, se as mesmas tiveram dificuldades em relação a consultas em unidades de saúde, seis afirmaram positivamente que tiveram dificuldade em marcá-las, o que representa um percentual de 6,06%, de insatisfeitas.

A assistência pré-natal é fundamental para o bom êxito da gestação, por conseguinte do parto, uma vez que, *"quando durante a gestação a mulher é acompanhada por médicos, os problemas que podem afetar sua saúde ou da criança são logo identificado"* (TELAROLLI JUNIOR, 1997, p. 54). No universo pesquisado, dos cento e quarenta e seis óbitos infantis, cinco gestantes declararam que não realizaram o pré-natal. Em quinze casos de óbito infantil, este dado é desconhecido, enquanto que a maioria das gestantes realizou o acompanhamento pré-natal, totalizando cento e vinte seis casos (Figura 21).

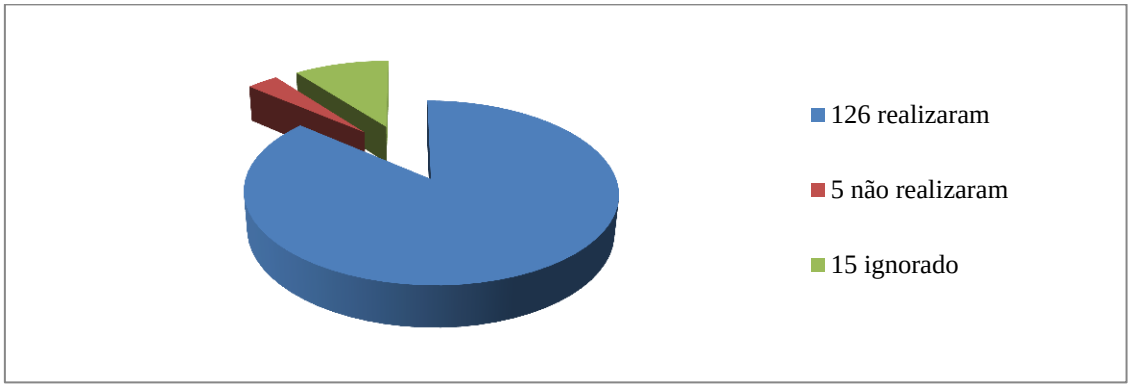


Figura 21 – Mães que realizaram pré-natal, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.

Destas cento e vinte seis gestantes que realizarão pré-natal, noventa e nove o realizaram no Sistema Único de Saúde, dezesseis realizaram na rede privada e onze realizaram em instituição de saúde mediante convênio (Figura 22).

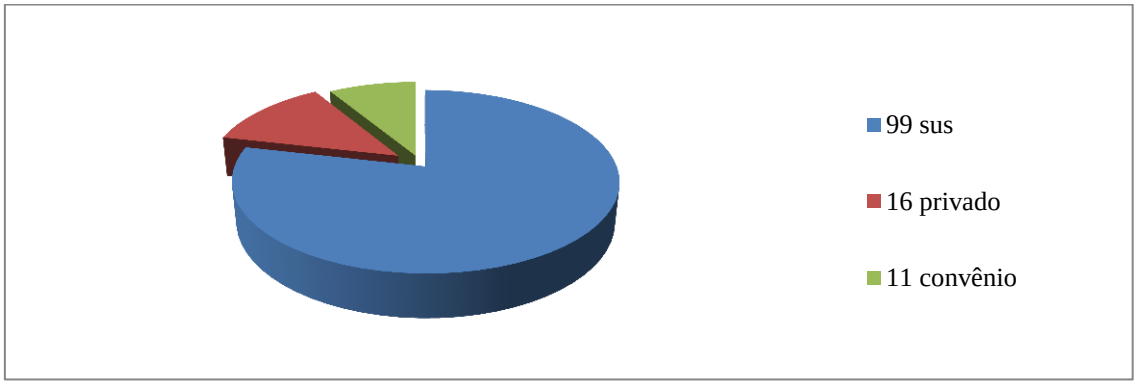


Figura 22 – Local onde realizou o pré-natal, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.

Esse percentual, de 78,57% de pré-natais realizados, também demonstra que embora o Sistema Único de Saúde receba críticas diárias, mais uma vez fica evidente, que o mesmo é a porta de entrada da prestação estatal do direito á saúde da população, necessitando de fortalecimento, uma vez que no presente estudo, a rede privada e os convênios, realizaram 21,42% dos casos, em que o pré-natal foi feito.

Os dados revelaram ainda que em 81,50% dos casos, a gestante declarou que teve acesso à informação sobre métodos contraceptivos e, em 60,27% dos casos, a mesma também teve acesso aos métodos contraceptivos, demonstrando desta forma, que o Estado esteve presente com suas políticas de saúde pública a fim de satisfazer o direito à informação e à educação sexual reprodutiva, embora e estranhamente, os dados revelem que em apenas 24,65% dos casos, a gravidez fora planejada.

Essa responsabilidade estatal, de propiciar informação no que tange à educação sexual reprodutiva, decorre de norma constitucional, contida no parágrafo 6º do artigo 226, da constituição federal brasileira, ao estabelecer que:

> Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas. (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRSIL, 2001, p. 132).

Porém, tal responsabilidade estatal não exclui a responsabilidade individual, uma vez que o planejamento familiar é fundamental na decisão de ter filho, possibilitando ao casal escolher o momento de tê-los, pois *"além de considerar um direito de cidadania homens e mulheres poderem decidir o número e o momento em que os filhos nascerão, o planejamento*

familiar é uma atividade de saúde pública muito importante, pois ajuda a reduzir a mortalidade infantil" (TELAROLLI JUNIOR, 1997, p. 89).

A grande maioria das mães, também declarou ter tido acesso à informação sobre métodos contraceptivos, totalizando cento e dezenove mães, em oposição a cinco que declararam não haver recebido tal informação, e vinte e duas mães, em que é ignorado tal dado. Quanto ao acesso aos métodos contraceptivos, oitenta e oito mães declararam ter tido tal acesso, enquanto que trinta e seis mães declararam não haver tido acesso aos métodos contraceptivos, e em vinte e dois casos, tal dado é ignorado.

O que observamos, é que embora a grande maioria das mães tenham tido acesso á informação, e acesso aos métodos contraceptivos, conforme apontam os números acima, a grande maioria declarou que a gravidez não fora planeja. Dos cento e quarenta e seis casos de óbitos infantis investigados, quando perguntado às mães, se a gravidez fora planejada, oitenta e uma responderam que não, mas aceitaram bem, trinta e seis afirmaram que sim, sete afirmaram que não e nunca aceitaram bem, sendo que para vinte duas mães, tal dado é ignorado. (Figura 23).

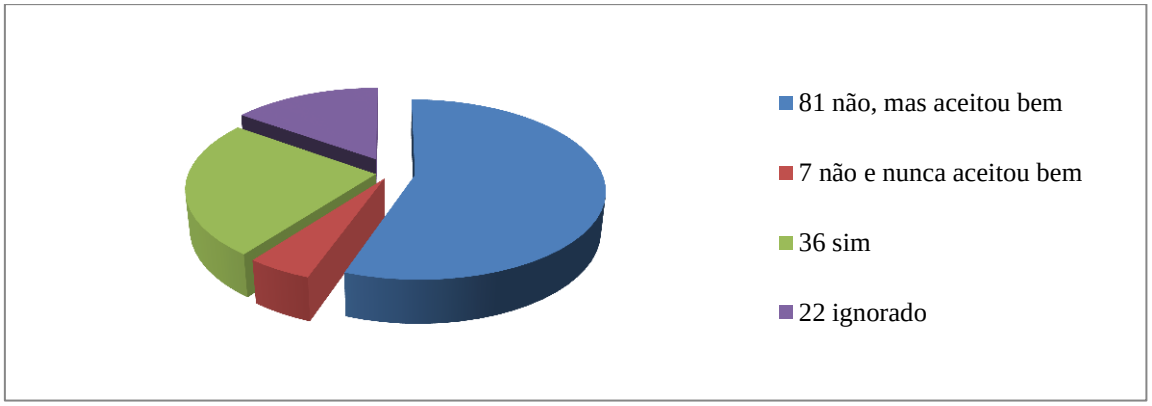


Figura 23 – A gravidez foi planejada, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.

Tal dado é importante, uma vez que reflete que a maioria dos casais não realiza planejamento familiar, uma vez que este *"constitui um conjunto mais complexo de ações oficiais, com o objetivo de incentivar os casais a planejar sua reprodução, tendo no momento desejado, quantos filhos quiserem."* (TELAROLLI JUNIOR, 1997, p. 88).

Ainda sob o enfoque da importância do planejamento familiar, ao serem questionadas, a respeito de quantas vezes estiveram grávidas antes da gravidez que resultara em óbito, quarenta e três responderam que aquela era a primeira gravidez, trinta e sete afirmaram que estiveram grávidas uma vez, dezessete estiveram grávidas duas vezes, nove estiveram grávidas por três vezes anteriores ao óbito. Seis estiveram grávidas quatro vezes anteriores, seis estiveram grávidas em cinco ocasiões anteriores, sete estiveram grávidas por seis vezes

anteriores, duas ficaram gestante oito vezes, uma por nove vezes, e uma, esteve gestante em onze ocasiões anteriores, sendo que em dezessete gestações tal informação é ignorada (Figura 24).

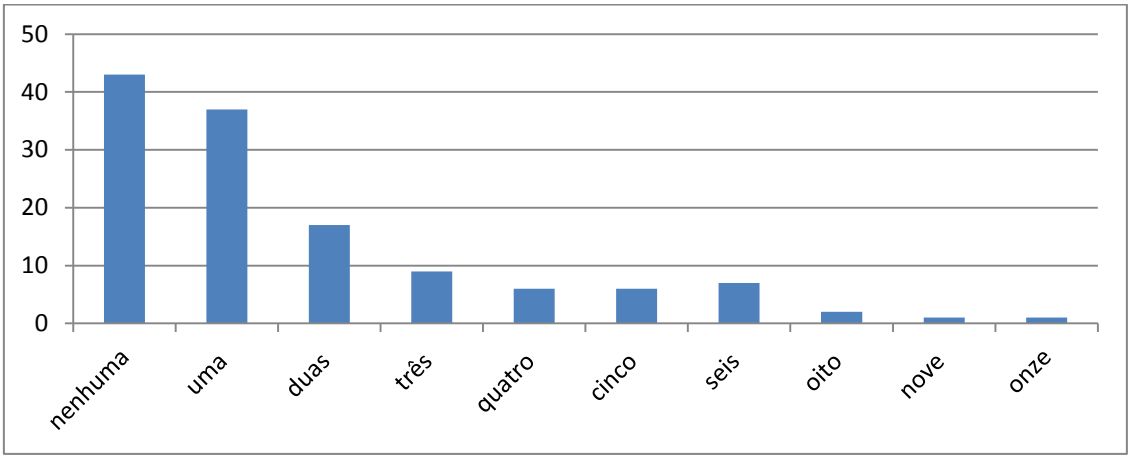


Figura 24 – Número de gestações anteriores, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.

Hábitos prejudiciais à saúde como *"o tabagismo durante a gestação tem implicações que vão além dos prejuízos à saúde materna. Os malefícios sobre a saúde fetal são tantos, que justificam dizermos que o feto é um verdadeiro fumante ativo"* (LEOPÉRCIO & GIGLIOTTI, 2004, p. 176).

Embora não seja a maioria, em quarenta e nove residências onde ocorrera a gestação da criança que veio a óbito, foi apurada a existência de um ou mais fumantes, contra setenta e cinco residências, em que não havia fumantes e, um total de vinte e duas residências, em que tal dado é ignorado (Figura 25).

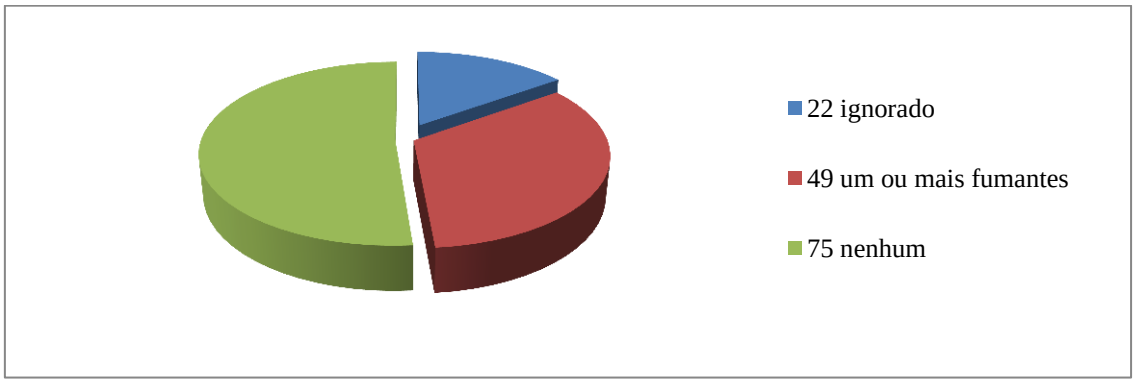


Figura 25 – Número de fumantes na residência, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.

Quanto ao consumo de substâncias nocivas à gestante e ao feto, tais como drogas ilícitas, cigarro ou bebidas alcoólicas, realizado pelas mães durante a gestação, vinte e nove responderam ter feito uso de cigarro em tal período, sendo que seis mães além do cigarro fizeram uso de bebidas alcoólicas e duas, além do cigarro e do álcool, o uso de drogas ilícitas.

Entretanto, noventa cinco mães afirmaram não ter feito uso de nenhuma destas substâncias, sendo que para vinte e duas mães, tal informação é ignorada (Figura 26).

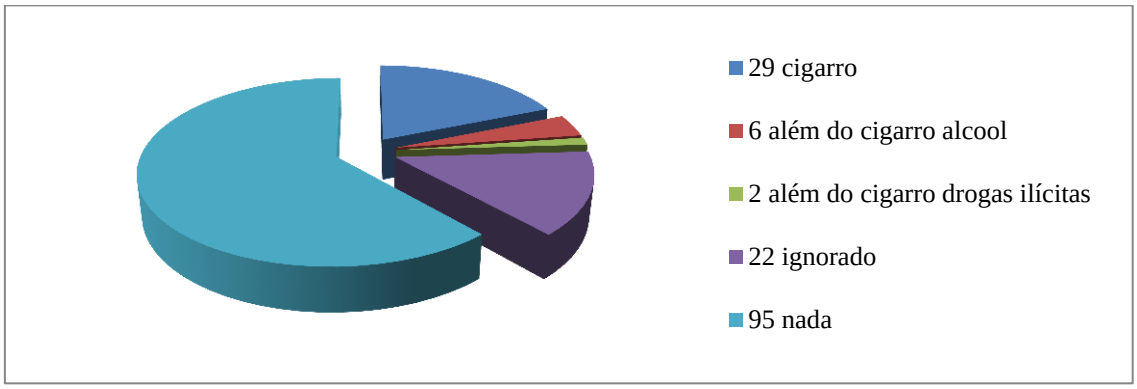


Figura 26 – Substâncias consumidas pela mãe na gestação, óbitos infantis – Foz do Iguaçu 2011 a 2013.

Grinfeld e Serg (2009), em estudo do alcoolismo feminino durante a gestação, afirmam que *"o alcoolismo na gravidez associa-se a más condições socioeconômicas, nível educacional baixo, multiparidade, idade acima dos 25 anos e concomitantemente encontra-se desnutrição, doenças infecciosas e uso de outras drogas"* (apud SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 2010, p. 26).

O estudo apurou ainda, que dos cento e quarenta e seis óbitos infantis estudados, cento e trinta e dois ocorreram em estabelecimentos hospitalares, seis no domicilio/residência da mãe, e outros oito casos, em que o local do óbito é ignorado, dado a ausência de dados a respeito dos mesmos. Ainda no tocante à totalidade dos óbitos infantis do período analisado, cento e vinte e cinco foram investigados, treze parcialmente investigados, e oito casos, em que não há registros disponíveis, a respeito da investigação.

Por conseguinte, muito embora a análise realizada no presente capítulo se fundamenta em dados secundários, Doldan et al. (2011), ao abordar os resultados de estudo de caso, pertinente aos fatores associados à mortalidade infantil no município de Foz do Iguaçu, afirmam que:

> Muitos autores questionam estudos baseados em banco de dados secundários quanto aos problemas de subnotificação e classificação, pois se sabe que em algumas regiões do Brasil, esses sistemas funcionam ainda de forma precária. Porém a cobertura e a qualidade dos dados no município, comparado às regiões, são bastante satisfatórios (DOLDAN et al., 2011, p. 493).

A insistência em se afirmar a natureza secundária dos dados analisados neste trabalho, se deve ao fato de que, embora os mesmos recebam críticas, estes podem revelar situações que necessitem de intervenções governamentais, mediante políticas públicas ou outro tipo de intervenção, no sentido de reverter situações desfavoráveis ao bem estar da coletividade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho tivemos por objetivo demonstrar, mediante a análise quantitativa de dados secundários, que fatores socioeconômicos deficitários podem estar relacionados ou associados, ou ainda podem predispor à mortalidade infantil. Além desse objetivo, buscamos analisar se os óbitos infantis tem mais relação com os fatores socioeconômicos ou com o nível de saúde prestado no município, uma vez que a mortalidade infantil, no componente neonatal, também poderá indicar isso.

Para tanto, no capítulo 1 fizemos um debate a respeito das diferentes abordagens do desenvolvimento, entendido em um sentido amplo, incluindo o econômico e o social, ou ainda como um instrumento destinado a ampliar as liberdades humanas. Falamos também das implicações, que a estratégia de desenvolvimento focada apenas no econômico, a qual vê o desenvolvimento apenas a partir do crescimento econômico, podem gerar, tais como a desigualdade social e pobreza.

Na sequência do capítulo, entabulamos um debate a respeito da desigualdade e da pobreza, a partir dos indicadores sociais, entendida esta última como carências múltiplas e não apenas ausência de renda necessária à subsistência diária. Em seguida abordamos a temática do índice de desenvolvimento humano como indicador capaz de avaliar o desenvolvimento, uma vez que o progressivo desgaste do produto interno bruto, já não serve mais como parâmetro único.

Encerramos o capítulo, falando da relevância social do estudo da taxa mortalidade infantil, como um indicador social do nível de vida ou de saúde de uma coletividade, bem como um indicador representativo do nível de desenvolvimento socioeconômico e ainda, delimitamos a mesma e seus componentes.

No capítulo 2, abordamos a evolução da taxa de mortalidade infantil no Brasil, primeiramente, a partir de uma perspectiva histórica entre esta e os estágios ou modelos de desenvolvimento empreendido no país. A partir daí fizemos algumas considerações a respeito da mortalidade infantil na contemporaneidade, apresentando os números atuais da mesma e a possível tendência, indicando que ainda há muito que se fazer em termos de diminuição da taxa de mortalidade infantil, para que se atinjam índices preconizados pela Organização Mundial da Saúde.

Finalizamos o capítulo, com um debate a respeito da mortalidade infantil no Paraná, o qual apresenta, hodiernamente, taxa inferior a media nacional e outras regiões, que em tese, se

deve ao fato de que em algumas décadas passadas, apesar da renda ser baixa e das dificuldades para a população em geral, e os mais pobres em especial, suas condições de vida não deterioram, visto a existência de investimentos do estado em infraestrutura urbana e acesso a serviços de caráter social.

Na sequência, no capítulo 3, iniciamos o mesmo apresentado alguns dados da população do município de Foz do Iguaçu e expomos o coeficiente de mortalidade infantil neste contexto, trazendo os números atinentes à mesma, para o período de 2004 a 2013. Ali, observamos certa irregularidade no decréscimo da taxa de mortalidade infantil e um preocupante acréscimo no último ano estudado, que remonta aos números de dez anos atrás.

Dando sequência no capítulo 3, apresentamos os resultados da pesquisa documental realizada a partir da ficha de investigação de óbito infantil e estabelecemos uma discussão acerca do tema. Percebemos, entre outras situações descritas no capítulo, que os óbitos infantis ocorridos no município de Foz do Iguaçu nos anos nos três anos pesquisados, têm predominância no período neonatal, e quando se decompõe esse período em precoce e tardio, tem o primeiro componente, larga vantagem, denotando especialmente, deficiências no atendimento à gestante, ao parto e ao recém, nascido, em síntese, revela o nível de saúde prestado.

No decorrer do capítulo, apresentamos dados que nos chamam atenção, tais como o número de pessoas que não possui casa própria, ou ainda o fato dos óbitos se localizarem e em regiões mais periféricas da cidade, distante do centro urbanizado, demonstrando a necessidade de infraestrutura urbana que atenda essas regiões. Dando sequência no capítulo 3 apresentamos dados, tais como a idade da mãe, o qual mostra um número significativo de gravidez na juventude, bem com, a quase que ausência de planejamento familiar, situações que merecem uma maior atenção do poder público.

Em seguida apresentamos dois dados neste capítulo, que nos chamaram mais a atenção. Primeiro, reportamo-nos a escolaridades das gestantes ao tempo do óbito, que indicou um número expressivo, apenas com o ensino fundamental, ou com este incompleto. Segundo a ausência de trabalho formal remunerado, situações fáticas as quais, podemos inferir, se encontram vinculadas.

Por fim, a título de considerações finais, o que o conjunto dos dados nos revela, é que são várias circunstâncias que denotam deficiências socioeconômicas, as quais podem levar a formas de exclusão social, que a gestante poderá estar sujeita durante a gestação e também durante sua vida, que em realidade, podemos inferir, condicionam sua história de vida, culminando muitas vezes com o óbito de um filho. As deficiências socioeconômicas se

refletem em situações tais como, ausência de moradia digna, não inserção no mercado de trabalho formal, baixa remuneração auferida ou remuneração nula, escolaridade mínima ou que não atende às necessidades do mercado laboral, hábitos não saudáveis, situações estas que podem, direta ou indiretamente, afetar a gestação e o desenvolvimento sadio do recém-nascido.

Assim, ainda que o estudo se baseie em dados secundários, há um fator importantíssimo a ser destacado, o qual a análise dos dados do presente estudo revelou. Trata-se da supremacia de óbitos no componente neonatal, significando dizer, que em geral, a grade maioria dos óbitos infantis tem ocorrido no período que compreende o nascimento, e o cômputo do 28º dia de vida. Destaca-se que, na divisão do componente neonatal em precoce e tardio, revelou a supremacia de óbitos entre o nascimento e o sexto dia de vida, significando dizer que estes óbitos estão ocorrendo em momento de alta fragilidade do recém-nascido.

Em suma, desta forma, inferimos que se fazem necessários investimentos em políticas públicas destinadas ao melhor atendimento das gestantes e do recém-nascido, ao aperfeiçoamento em todos os níveis, das unidades básicas de saúde e instituições médico-hospitalares. Por outro lado, concomitante a isso, fundamental e imprescindível, é o incentivo ao estudo e ao estudo técnico profissionalizante, bem como, políticas destinadas a uma maior inserção formal, da mulher no mercado de trabalho, fatores que contribuirão para um maior nível de bem estar, e consequentemente, melhores condições gerais de saúde.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Após o ECA, país reduz a mortalidade infantil em 24%.** <http://agenciabrasil.ebc.com/direitoshumanos/noticia2015-7/eca-consegui-reduzir-mortalidade-infantil-em-24mostra-unicef>. Acesso em: 8 mai. 2016.

ANDRADE, S. M. et al. Condições de vida e mortalidade infantil no Estado do Paraná, Brasil, 1997/2001. In **Cadernos de Saúde Publica**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/csp/v22n1/19.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2006.

BARAN, P. A. A Economia Política do Desenvolvimento. In **A Economia do Desenvolvimento em Perspectiva Histórica: Novos Rumos da Disciplina**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Uberlândia. 2007. Disponível em: <http://www.ppge.ie.ufu.br/node/127.pdf>. Acesso em : 25 abr. 2016.

BARROS, R. P. de. et al. **Determinantes do desenvolvimento na primeira infância no Brasil**. IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, 2010. Disponível em: < http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5032>. Acesso: 2 mar. 2016.

BELTRÃO, P. C. **Sociologia do Desenvolvimento**. Porto Alegre: Globo, 1965.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1998**. 27ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2013/; uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Brasília. Ministério da Saúde, 2014. Disponível:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brsil_analise_situacao_saude.pdf>. Acesso: 4 abr. 2016.

BRESSER PEREIRA, L. C. **Crescimento e Desenvolvimento Econômico**. FGV. São Paulo. 2008. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Papers/2007/07.22.CrescimentoDesenvolvimento.Junho19.2008.pdf>. Acesso: 3 mai. 2016.

BRESSER PEREIRA, L. C. Economia do desenvolvimento. Do antigo ao novo desenvolvimentismo na América Latina. In **Desenvolvimento econômico e crise: ensaios em comemoração aos 80 anos de Maria da Conceição Tavares**. Rio de Janeiro: Contraponto: Centro Internacional Celso Furtado, 2012.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. In **Ciência e Saúde Coletiva**. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2003.

DELLA LATTA, M. T. **Mortalidade Infantil e Políticas Públicas de Saúde em União da Vitória-PR – 1999 a 2007**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Contestado. Canoinhas, 2008. Disponível em: <http://www.unc.br/mestrado/editais/dissetacao_marly_seguranca.pdf.> Aceso: 26 abr. 2016.

DE TONI, M. Visões sobre o trabalho em transformação. In **Sociologias**. UFRGS. Porto Alegre, 2003. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/sociologias/article/view/5880>. Acesso: 8 jun. 2016

DOLDAN, R. V.; COSTA, J. S. D. da; NUNES, M. F. Fatores associados à mortalidade infantil no município de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil: estudo de caso-controle. In **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Ministério da Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.brscielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400008>. Acesso: 8 fev. 2016.

FOZ DO IGUAÇU, Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013. Secretaria Municipal da Saúde**. Foz do Iguaçu, 2010. Disponível em: < http://www.pmfi.pr.gov.br/Portal/VisualizaObj.aspx?IDObj=10950>. Acesso: 4 fev. 2016.

FURTADO, C. **O Brasil pós-milagre**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

_____. **Teoria e Política do Desenvolvimento Econômico**. São Paulo: Nova Cultural, 1986.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17ª. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GRINFELD, Hermann. Recém-nascido de mãe alcoolista. In **Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido**. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.spsp.or.br/downloads/alcool.pdf>. Acesso: 20 fev. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <http://www.ibge.gov.br/home/>.

IPARDES. **Situação social da população do Paraná nos anos 80**. Ipardes. Curitiba, 1992. Disponível em: <http://ipardes.gov.br/bibliotca/docs/situacao_social_02_92.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2016.

_____. **Caderno estatístico de Foz do Iguaçu**. Curitiba 2016. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=85850>. Acesso: 5 jun. 2016.

JANNUZZI, P. de M. **Indicadores sociais no Brasil Conceitos, Fontes de Dados e Aplicações**. 3ª. ed. Campinas: Alínea Editora, 2001. Disponível em: <http://favareoufabc.files.wordpress.com/2014/06januzzi-principais-indicadores-sociaiscompleto.pdf>. Acesso: 14 jun. 2016.

LENOIR, R. Objeto sociológico e problema social. In **Iniciação À Prática Sociológica**. Petrópolis: Vozes, 1996. Disponível em: <http://documents.mx/documents/remi-lenoir0objeto-sociologico-e-problema-social.html>. Acesso: 20 jun. 2016.

LEOPERCIO, W.; GIGLIOTI, A. Tabagismo e suas peculiaridades: uma revisão crítica. In **Jornal brasileiro de Pneumologia**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/generoetabaco/download/327_Tabagismo_peculiaridades_gestacao_uma_revisao_critica.pdf>. Acesso: 10 jun. 2016.

MALUF, R. S. Atribuindo sentido à noção de desenvolvimento econômico. In **Revista Estudo Sociedade e Agricultura**. UFRJ. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://www.polis.org.br/uploads/1145/1145.pdf>. Acesso: 5 jun. 2016.

MAY, T. **Pesquisa Social: questões, métodos e processos**. 3.ed. Porto Alegre. Artmed, 2004. Disponível em: <https:pt.scrib.com/doc/9139011/Tim-May-Pesquisa-Social>. Acesso: 24 jun. 2016.

MELLO JORGE, H. P. de; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. **A saúde no Brasil: análise do período de 1996 a 1999**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.

MOCHÓN M. F.; TROSTER, R. L. **Introdução à economia**. São Paulo: Makron Books, 1994.

MORAES, R. C. C. de. **Celso Furtado: O subdesenvolvimento e as ideias da Cepal**. São Paulo: Ática, 1995.

OLIVEIRA, G. B. de. Uma discussão sobre o conceito de desenvolvimento. In **Revista da FAE**. FAE Centro Universitário. Curitiba, 2002. Disponível em: <http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/revista_da_fae/fae_v5_n2/uma_discussao_sobre.pdf>. Acesso: 11 jun. 2016.

OPERAMUNDI. **Brasil alcança meta da ONU na redução da mortalidade infantil entre 1990 e 2015**. São Paulo, 2015. Disponível em: <http://operamundi.uol.br/conteudo/noticias/41581/>. Acesso: 29 mar. 2016.

PAIXÃO, A. N.; FERREIRA, T. Determinantes da Mortalidade Infantil no Brasil. In **Informe Gepec.** Grupo de Pesquisa em Agronegócio e Desenvolvimento Regional. Toledo, 2012. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/gepec/article/download/6986>. Acesso: 4 abr. 2016.

RIPSA. **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso: 2 Fev. 2016.

SANEPAR, Companhia de Saneamento do Paraná. **Foz chega ao centenário entre as cidades com melhor saneamento do país**. Disponível em: <http://site.sanepar.com.br/noticias/foz-chega-ao-centenario-entre-cidades-com-melhor-saneamento-do-pais>. Acesso: 22 mar. 2016.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000. Disponível em: < http://www.fep.up.pt/docentes/joao/material/desenv_liberdade.pdf>. Acesso: 12 abr. 2016.

SINGER, P.; SZMERECSANYI, T. Perspectiva atual do problema. In **Dinâmica da População: teoria, métodos e técnicas de análise**. São Paulo: T.A. Queiroz, 1980. Disponível em: < http://docslide.com.br/documents/dinamica-da-populacao-teoria-metodos-e-tecnicas-de-analise-3-fatores.html>. Acesso: 8 fev. 2016.

SOUZA, H. J. de. **Como se faz análise de conjuntura**. 32ª. Ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

TELAROLLI JUNIOR, R. **Mortalidade infantil: uma questão de saúde pública**. São Paulo: Moderna, 1997.

UNICEF. **Situação da Infância Brasileira 2006 – O Direito à Sobrevivência e ao Desenvolvimento**. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília, 2005. Disponível em: < http://www.unicef.org/brazil/pt/>. Acessado em: 15 abr. 2016.

VICTORA, C. G. et al. A saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. In **The Lancet**. London, p. 32-46, maio 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>. Acesso: 20 mai. 2016.

ANEXOS

ANEXO A

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Nº do Caso |_|_|_|_|

Ficha de Investigação de Óbito Infantil

Entrevista domiciliar

1	Nome da Criança		
2	Nome da mãe		
3	Nº da Declaração de Óbito	4	Data do óbito
5	Nº da Declaração de Nascido Vivo	6	Data de Nascimento __/__/____
7	Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Ignorado	8	Peso ao Nascer ____ gramas
9	Idade ao óbito __ meses __ dias __ horas __ minutos ☐ Ignorado		
10	Nº do Cartão SUS	11	Equipe / PACS / PSF ☐ sem cobertura
12	Centro de Saúde / UBS	13	Distrito Sanitário / Administrativo
14	Endereço de residência da família: (Rua/Praça/Av) _____ Nº ____ Compl ____ Bairro _____ Distrito / Povoado _____ Local ☐ urbano ☐ rural		
15	Município de residência		UF ☐

16 Esta entrevista deve ser complementada com a Autópsia Verbal Formulário 1: criança menor de um ano (AV1) se um dos itens abaixo estiver assinalado

- ☐ o óbito não foi notificado ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e não tem Declaração de Óbito (DO)
- ☐ a DO foi emitida no cartório, sem médico
- ☐ a DO foi emitida por médico, mas a causa da morte é mal definida ou indeterminada
- ☐ os dados coletados durante a investigação nos serviços de saúde são insuficientes para esclarecer a causa da morte

CARACTERÍSTICAS DA MÃE E DA FAMÍLIA

17	Nome do(a) entrevistado(a)		
17.1	Relação com a criança falecida ☐ mãe ☐ pai ☐ outro. Especificar _____		
18	Quantas pessoas moram nesta casa? __ pessoas		☐ não sabe
19	Quantos cômodos são usados para dormir? __ cômodos		☐ não sabe
20	Quantas torneiras para saída de água (pontos de água) existem nesta casa? __ torneiras (pontos de água)		☐ não sabe
21	Há algum fumante residente nesta casa? ☐ Sim, quantos _____ ☐ Não		☐ não sabe
22	Qual a idade da mãe? __ anos	23 A mãe tem trabalho remunerado? ☐ Sim ☐ Não	☐ não sabe
24	Qual a escolaridade da mãe (último ano de aprovação) _____ série _____ grau		☐ não sabe
25	A mãe vive com o pai da criança / companheiro? ☐ Sim ☐ Não		☐ não sabe
26	Qual a cor da pele da criança? ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena		☐ não sabe
27	Quantas vezes esteve grávida antes deste bebê? __ vezes		☐ não sabe
27.1	Essas gravidezes resultaram em __ abortos __ nascidos vivos __ nascidos mortos		☐ não sabe
27.2	Tipo(s) de parto(s) __ partos normais __ partos cesáreos		☐ não sabe
27.3	Qual a data do último parto? __/__/____		☐ não sabe

28 Dos filhos que nasceram vivos, algum outro morreu? (excluir este caso) ___ Sim ___ Não ___ não se aplica ___ não sabe

28.1 Que idade tinha e de quê morreu?

Idade _____ Causa da morte _____

Idade _____ Causa da morte _____

Idade _____ Causa da morte _____

29 Quem cuidava da criança falecida a maior parte do tempo ___ Mãe ___ Pai ___ Parente adulto ___ Outra criança ___ Outro. Especificar _____ ___ não sabe

30 A gravidez foi planejada? ___ sim ___ não, mas aceitou bem ___ não e nunca aceitou bem ___ não sabe

GESTAÇÃO E PRÉ NATAL

Para o preenchimento deste bloco de questões, solicite ao(a) entrevistado(a) o cartão da gestante, exames, receitas médicas, etc.

31 Teve acesso à informação e aos métodos contraceptivos? ___ sim ___ não ___ não sabe

32 A gravidez foi ___ única ___ gemelar ___ trigemelar ou mais ___ não sabe

33 A mãe fez pré-natal? ___ sim ___ não ___ não sabe

33.1 Se não fez pré-natal, por quê não?

33.2 Iniciou o pré-natal com quantos meses de gestação? ___ meses ___ não sabe

33.3 Se tardio (após primeiro trimestre), por que? ___ não sabe

33.4 Quantas consultas fêz no pré-natal? ___ consultas ___ não sabe

33.5 A mãe tomou vacina contra tétano? ___ sim ___ não ___ não sabe

33.6 Quantas doses? ___ doses ___ não sabe

33.7 Qual o grupo sanguineo e o Fator Rh (tipo de sangue) da mãe? Grupo ___ ___ positivo ___ negativo ___ não sabe

33.8 Local (is) onde fez o pré-natal (Hospital/UBS/Outros)

33.9 Tipo de consultório ___ SUS ___ Convênio ___ Particular ___ não sabe

33.10 Durante a gravidez, teve alguma dificuldades no pré-natal em relação a

Consulta no Centro de Saúde ___ Sim. Especificar _____ ___ Não ___ não sabe

Pré-natal de alto risco ___ Sim. Especificar _____ ___ Não ___ não sabe

Exames ___ Sim. Especificar _____ ___ Não ___ não sabe

Ultra-som ___ Sim. Especificar _____ ___ Não ___ não sabe

Medicamentos ___ Sim. Especificar _____ ___ Não ___ não sabe

34 Durante o pré-natal foi indicada a maternidade de referência para o parto? ___ Sim ___ Não ___ não sabe

34.1 Qual o nome da maternidade indicada?

35 Como você (mãe) avalia o atendimento no pré-natal? ___ ótimo ___ bom ___ regular ___ ruim ___ não sabe

Por que? _____

36 O cartão de pré-natal está completo?

Completo significa, no mínimo: 6 consultas, 8 exames laboratoriais e imunização para tétano, de acordo com a idade gestacional.

___ sim ___ não ___ cartão/caderneta não disponível ___ não se aplica

36.1 Transcrever para o quadro abaixo o cartão/a caderneta de pré-natal

Data	Idade Gestacional	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	MF	Exames (inclusive US)	Observações/conduta

37 Durante a gravidez, a mãe apresentou

__ pressão alta __ diabetes __ edema/ inchaço importante pela manhã __ Rh negativo

__ doença do coração __ sífilis __ corrimento vaginal com mau cheiro __ nenhuma doença/problema

__ infecção urinária __ HIV / Aids __ ataque, epilepsia ou convulsões __ não sabe

__ outra. Especificar _____

37.1 Houve tratamento? __ sim, qual _____

__ Não, por que? _____ __ não sabe

37.2 Em que época da gravidez no ____ mês de gestação ou a partir do ____ mês de gestação

38 Durante a gestação, a mãe fez uso de

Cigarro __ Sim. Especificar _____ ____ vezes por dia __ Não __ não sabe

Drogas __ Sim. Especificar _____ __ Não __ não sabe

Bebidas alcoólicas __ Sim. Especificar _____ __ Não __ não sabe

ASSISTÊNCIA AO PARTO

39 Por que motivo a gestante procurou atendimento (Centro de Saúde / maternidade) na ocasião do parto?

__ Perdeu líquido ou a bolsa rompeu __ O bebê parou de se mexer __ Passou o dia de ter o bebê

__ Teve sangramento __ Teve contrações __ Não sabe

__ Outro motivo. Especificar _____

39.1 Se a resposta anterior foi "o bebê parou de se mexer", isto aconteceu quanto tempo antes do parto? ____ horas ____ dias __ Não sabe

39.2 Quanto tempo se passou entre o início desses sinais e a procura pelo atendimento? ____ horas ____ dias __ Não sabe

40 Quando rompeu a bolsa d'agua? __ Só na hora do parto __ < 12 h antes do parto

__ 12 – 24 h antes do parto __ mais de 24 h antes do parto __ Não sabe

40.1 Como estava o líquido? __ Claro __ Escuro (com cocô/mecônio) __ Com sangue __ Não sabe

40.2 O líquido tinha mau cheiro? __ Sim __ Não __ não sabe

41 De quanto tempo era a gravidez quando o bebê nasceu? __ semanas ou __ meses __ não sabe

42 O parto ocorreu: __ No domicílio __ No trajeto para o serviço de saúde __ No hospital / maternidade

__ Outros. Especificar _____ __ não sabe

42.1 Se o parto não ocorreu em hospital, por quê não?

42.2 O parto foi realizado no hospital indicado no pré-natal? __ Sim __ Não __ Não foi indicado hospital __ não sabe

42.3 Se foi indicado um hospital de referência, mas o parto não ocorreu no hospital indicado, por quê não?

43 O parto ocorreu na primeira maternidade procurada para esse atendimento?

__ Sim __ Não, porque o parto não ocorreu em maternidade/hospital __ não sabe

__ Não. Por que _____

43.1 Se não, listar em ordem cronológica as maternidades/serviços de saúde procurados por ocasião do parto/nascimento da criança.

_____

44 Como a mãe foi transportada na hora do parto?

__ Taxi __ Ambulância/SAMU __ Carro particular __ Carro da polícia __ Ônibus

__ Parto foi domiciliar/Não foi transportada __ Outros. Especificar _____ __ não sabe

45 Depois que chegou no hospital quanto tempo demorou para ser atendida?

__ menos de 30 minutos __ de 30 minutos a duas horas __ duas horas ou mais __ não sabe

46 Estava com acompanhante na sala de parto? __ sim, quem? _____ __ não __ não sabe

47 Você (mãe) foi examinada na maternidade antes de ir para a sala de parto?

__ dinâmica uterina/avaliação contração __ toque vaginal __ Não

__ medida de PA __ auculta do bebê __ não se aplica __ não sabe

47.1 As batidas do coração do bebê estavam presentes?

__ sim, normais __ não, antes do início do trabalho de parto

__ sim, anormal antes do início do trabalho de parto __ não, durante o trabalho de parto

__ sim, anormal durante o trabalho de parto __ não sabe

48 Quem fez o parto? __ médico __ enfermeira __ parteira __ pariu sozinha __ outro _____ __ não sabe

49 Como você (mãe) avalia seu atendimento na maternidade até o nascimento do bebê __ ótimo __ regular __ não se aplica

__ bom __ ruim __ não sabe

49.1 Por quê?

INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO DA CRIANÇA NA MATERNIDADE

50 O bebê chorou ao nascer ou estava bem quando nasceu? __ Sim __ Não __ não sabe

51 O bebê foi atendido por pediatra na sala de parto ao nascimento? __ Sim __ Não __ não sabe

52 Quanto tempo após o parto o bebê foi trazido para ficar com a mãe pela primeira vez?

__ imediatamente __ não se aplica

__ menos de 1 hora __ mais de 1 hora. Quantas horas? __ __ horas __ não sabe

53 O bebê mamou no peito na primeira hora de vida? __ Sim __ Não __ não sabe

54 O bebê teve algum problema no nascimento? __ Sim __ Não __ não sabe

54.1 Se sim, qual?

55 Ficou internado quando nasceu? __ Sim __ Não __ não sabe

55.1 Se sim, por quanto tempo? __ __ dias __ não sabe

56 Foi indicado ficar na UTI? __ Sim __ Não __ não sabe

56.1 Se sim, qual o motivo?

56.2 Houve dificuldade para conseguir vaga? __ Sim. Especificar. _____ __ não se aplica

__ Não __ não sabe

56.3 Quanto tempo levou entre a indicação e a internação na UTI __ __ __ horas ou __ __ dias __ não sabe

57 Foi transferida para outro hospital? __ Sim. Porque _____ __ não se aplica

__ Não __ não sabe

57.1 Para qual hospital a criança foi transferida?

Nome _____

57.2 Como foi transportada para o outro hospital? __ Carro particular __ Taxi __ SAMU __ Ambulância

__ outro. Especificar __ não sabe

58 Durante a internação, a mãe ou familiar pôde ficar junto com a criança? __ Sim __ Não __ não se aplica __ não sabe

59 Como foi o atendimento recebido pela criança no hospital? __ Bom __ Ruim __ não se aplica

__ Ótimo __ Regular __ não sabe

60 O bebê ganhou alta da maternidade com quantos dias de vida? __ __ dias

INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA QUE TEVE ALTA DA MATERNIDADE

61 Quando teve alta do hospital após o parto? ___/___/___ (data)

62 Quando o bebê teve alta da maternidade, ele estava bem? ☐ Sim ☐ Não, porque _____ ☐ não sabe

63 Na alta da maternidade a mãe recebeu orientações para cuidados com o bebê em relação a

☐ Aleitamento ☐ Vacinas ☐ Não recebeu
☐ Retornar na maternidade ☐ Teste do pezinho ☐ não sabe
☐ Cuidados com o umbigo ☐ Observação de Icterícia ☐ Consulta com especialista. Qual _____
☐ Procurar o Centro de Saúde ☐ Outros. Especificar

64 O bebê mamou no peito? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe

64.1 Durante quanto tempo? ☐☐ dias ou ☐☐ meses ☐ não sabe

65 Qual a idade do bebê quando iniciou uso de mamadeira de leite ☐☐ dias ou ☐☐ meses ☐ não sabe

66 Antes da doença que causou a morte a criança estava sendo acompanhada pelo serviço de saúde? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe

66.1 Se sim, qual? ☐ Centro de Saúde ☐ Convênio/Particular ☐ Especialista ☐ não sabe

66.2 Nome(s)

66.3 Quando foi o último atendimento no Centro de Saúde? (data ou idade da criança) ___/___/___ ☐ não sabe

66.4 Recebeu alguma visita da equipe de saúde em sua casa? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe

67 Alguma vez foi à UBS e não foi atendida (para vacinação/consulta/outros)? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe

67.1 Se sim, por quê?

68 Dados do Cartão / Caderneta da Criança

68.1 Vacinação completa para a idade da criança ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe

68.2 Último peso registrado foi de ☐☐☐☐ gramas na idade de ☐☐ dias ou ☐☐ meses

69 Após a alta da maternidade e antes da doença que causou a morte, a criança foi internada por algum motivo? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe

69.1 Se sim, quantas vezes? ☐☐ vezes

69.2 Por que e onde?

1. motivo _____ no Hospital _____ na data ___/___/___
2. motivo _____ no Hospital _____ na data ___/___/___
3. motivo _____ no Hospital _____ na data ___/___/___

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE

Algumas questões deste bloco admitem mais de uma resposta. Durante a entrevista, enfatizar que se refere apenas à doença que levou à morte.

70 Como a mãe ou a família percebeu que a criança estava doente?

☐ febre ☐ tosse ☐ desmaio ☐ acidente
☐ cansaço ☐ diarréia ☐ vômito ☐ não sabe
☐ outros. Especificar

71 Quanto tempo levou entre o início da doença que causou a morte e o primeiro atendimento no serviço de saúde?

☐☐☐ horas ou ☐☐ dias ☐ não sabe

72 Alguma coisa foi feita antes de se procurar o serviço de saúde? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe

72.1 Se sim, o que foi feito?

73 Quais os serviços de saúde procurados por ocasião da doença que levou a criança à morte?

Preencher quadro abaixo, utilizando o relato da mãe e o Cartão da Criança", em ordem cronológica, segundo a legenda abaixo.

Quadro sobre o atendimento da criança **durante a doença que levou à morte**

Ordem	Data	Nome do Serviço de saúde	Bairro/Município	Tipo	Atendido por	Resultado	Problemas	Diagnóstico

Legenda para preenchimento do quadro acima (as quatro colunas especificadas)

Tipo (de serviço procurado)
1. Unidade Básica de Saúde (UBS)
2. Urgência / Emergência
3. Maternidade (SUS)
4. Hospital (SUS)
5. Médico/Hospital particular/convênio
6. Outro (especificar)
99. não sabe

Atendido por
1. Médico Generalista
2. Médico Pediatra
3. Enfermeiro
4. Auxiliar / Técnico de enfermagem
5. Agente Comunitário de Saúde (ACS)
6. Outro. Especificar
99. não sabe

Resultado (do atendimento prestado)
1. Não foi atendido
2. Atendido sem internação
3. Internado
4. Outro. Especificar
99. não sabe

Problemas (encontrados)
1. Dificuldade de acesso aos serviços de saúde/exames
2. Qualidade do atendimento não satisfatório
3. Dificuldade de acesso à medicação
4. Dificuldade de transporte para o serviço de saúde
5. Outro. Especificar
99. não sabe

73.1 Observações sobre esta questão

74 Qual a sua opinião sobre o atendimento de saúde que a criança recebeu?

Incluir dificuldades/ facilidades para conseguir atendimento no serviço, acesso a exames, medicamentos, etc.

74.1 C.S./Consultório/ Serviço de urgência ___ Ótimo ___ Ruim ___ não se aplica ___ Regular ___ Bom ___ Não sabe

74.2 Hospital (na doença que causou a morte) ___ Ótimo ___ Ruim ___ não se aplica ___ Regular ___ Bom ___ Não sabe

75 O óbito ocorreu ___ no hospital ___ em outro estabelecimento de saúde ___ no domicílio ___ no trajeto para o serviço de saúde ___ em via pública ___ outro. Especificar _____ ___ Não sabe

76 Do que você acha que a criança morreu? O que aconteceu durante a doença ou situação que levou à morte?

Anotar um breve relato da doença ou situçao que levou à morte, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A única pergunta permitida é: *Quer acrescentar mais alguma coisa?*. A opinião do(a) entrevistaor(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 78.

_____

_____

77 O que você sabe sobre doenças na família da mãe e do pai da criança?

Anotar um breve relato sobre antecedentes familiares, doenças congênitas e/ou genéticas e situações de risco no trabalho, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A opinião do(a) entrevistaor(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 78.

_____

_____

78 Observações do entrevistador sobre a situação geral da família (aspectos ambientais, psi-sociais, morador de rua, usuário de drogas, outros)

79 Repercussões do óbito na família

80 Esta entrevista deve prosseguir com a **Autópsia Verbal Formulário 1**: criança menor de um ano (AV1)?

___ sim ___ não, nenhum dos itens especificados na Questão 14 foi assinalado

81 Data da entrevista ___/___/___

82 Responsável pela investigação

Nome _____ Carimbo e rubrica _____

ANEXO B

Questões selecionadas.

1 – Sexo do infante que veio a óbito?

2 – Idade ao óbito?

3 – Distrito Sanitário/Administrativo.

4 – Endereço de residência da família: (Rua/ Bairro).

5 – Quantos cômodos são usados para dormir?

6 – Quantas torneiras para saída de água (pontos de água) existem nesta casa?

7 – Há algum fumante residente nesta casa?

8 – Qual a idade da mãe?

9 – A mãe tem trabalho remunerado?

10 – Qual a escolaridade da mãe (último ano de aprovação)?

11 – A mãe vive com o pai da criança/companheiro?

12 – Qual a cor da pele da criança?

13 – Quantas vezes esteve grávida antes deste bebê?

14 – Quem cuidava da criança falecida a maior parte do tempo?

15 – A gravidez foi planejada?

16 – Teve acesso à informação e aos métodos contraceptivos?

17 – A mãe fez pré-natal?

18 – Se não fez pré-natal, por que não?

19 – Se fez, que tipo de consultório: SUS, Convênio, Particular, não sabe?

20 – Durante a gravidez, teve alguma dificuldades no pré-natal em relação a consulta na unidade de saúde?

21 – Durante a gestação, a mãe fez uso de cigarro, drogas, bebidas alcoólicas?

22 – O parto ocorreu: no domicilio, trajeto, hospital ou outro local?

23 – O óbito ocorreu: no hospital, outro estabelecimento de saúde ou domicílio?

24 – Óbitos não investigados.

ANEXO C

Ministério da Educação
Universidade Federal da Integração Latino-Americana
Instituto Latino Americano de Economia, Sociedade e Política

Foz do Iguaçu, 02 de julho de 2015.

Ilmo. Sr. Charles Bortoli
Secretário Municipal de Saúde.

Vimos por meio desta cumprimentá-lo e nesta oportunidade solicitar respeitosamente a sua colaboração com a pesquisa do aluno Geovar Corrêa, que trabalhará com o tema "Mortalidade Infantil no Município de Foz do Iguaçu: Aspectos Sociais" em seu Trabalho de Conclusão do Curso de Ciência Política e Sociologia nesta Universidade Federal da Integração Latino Americana. Para tanto, o mesmo necessita acesso a Ficha de Investigação de Óbito Infantil na qual constam questões de cunho social que servirão de base de dados da investigação sociológica do fenômeno.

Desde já agradeço a vossa colaboração, me colocando a disposição para qualquer esclarecimento,

Muito Cordialmente,

Élen Cristiane Schneider
Profa. Élen Cristiane Schneider
SIAPE: 2148209
Coordenação de Curso
Ciência Política e Sociologia: Sociedade, Estado e Política na América Latina

ANEXO D

Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal da Saúde

AUTORIZAÇÃO

O gestor do Sistema Único de Saúde do município de Foz do Iguaçu – Charlles Bortolo, **AUTORIZA** o aluno do curso de Ciência Política e Sociologia da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, GEOVAR CORRÊA, a proceder a levantamento de dados de investigação de óbito Infantil para o projeto de pesquisa "Mortalidade Infantil no Município de Foz do Iguaçu: Aspectos Sociais".

Ressalte-se necessidade de o projeto estar em conformidade com normas éticas e legislação vigente, respeitando-se o sigilo de informações, com o compromisso de não serem veiculadas tais informações ou divulgadas para outros fins que não os de projeto de pesquisa acadêmica.

O aluno deverá procurar a Diretoria de Vigilância em Saúde desta Secretaria, para as definições e orientações necessárias.

Por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente instrumento para que surta seus efeitos legais.

Foz do Iguaçu, 03 de julho de 2015.

Charlles Bortolo
Secretário Mun. da Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Av. Brasil, 1637 sala 313 – Centro – 85851-000 - Foz do Iguaçu – Paraná
TELEFONE: (45)2105-1129; e-mail: saudefozdoiguacu@hotmail.com