

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ
CAMPUS DE CAMPO MOURÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA EDUCAÇÃO**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR
SOCIEDADE E DESENVOLVIMENTO - PPGSeD**

EDNA APARECIDA GUIDO

**ANÁLISE DAS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL NOS ÓBITOS
INFANTIS NA 12ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ
(2019-2023)**

**CAMPO MOURÃO - PR
2026**

EDNA APARECIDA GUIDO

**ANÁLISE DAS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL NOS ÓBITOS
INFANTIS NA 12ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ
(2019-2023)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento (PPGSeD) da Universidade Estadual do Paraná (Unespar), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre(a) em Sociedade e Desenvolvimento.

Linha de Pesquisa: Formação humana, políticas públicas e produção do espaço.

Orientador(a): Prof. Dra. Maria Antonia Ramos Costa

**CAMPO MOURÃO - PR
2026**

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UNESPAR e
Núcleo de Tecnologia de Informação da UNESPAR, com Créditos para o ICMC/USP
e dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Guido, Edna Aparecida

Análise das expressões da Questão social nos
óbitos infantis na 12ª Regional de saúde do Estado
do Paraná (2019-2023) / Edna Aparecida Guido. --
Campo Mourão-PR, 2026.
220 f. : il.

Orientador: Maria Antonia Ramos Costa.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação
Mestrado Acadêmico Interdisciplinar: "Sociedade e
Desenvolvimento") -- Universidade Estadual do
Paraná, 2026.

1. Interdisciplinaridade. 2. Determinantes
Sociais da Saúde. 3. Mortalidade Infantil.. I -
Costa, Maria Antonia Ramos (orient). II - Título.

EDNA APARECIDA GUIDO

**ANÁLISE DAS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL NOS ÓBITO INFANTIS NA
12ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ (2019-2023)**

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Antonia Ramos Costa (Orientadora)

Documento assinado digitalmente
 **MARIA ANTONIA RAMOS COSTA**
Data: 14/04/2026 20:45:53-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Dandara Novakowisk Spigolon (Unespar)

Documento assinado digitalmente
 **DANDARA NOVAKOWSKI SPIGOLON**
Data: 14/04/2026 15:45:55-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Rodrigo Monteiro da Silva (Unespar)

Documento assinado digitalmente
 **RODRIGO MONTEIRO DA SILVA**
Data: 14/04/2026 09:10:33-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Ana Paula de Assis Sales (UFMS)

Documento assinado digitalmente
 **ANA PAULA DE ASSIS SALES**
Data: 11/04/2026 11:15:49-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Data de Aprovação

09/04/2026

Campo Mourão - PR

AGRADECIMENTOS

À minha família, base fundamental da minha trajetória, pelo apoio incondicional, amor, paciência e auxílio em especial, nesses dois anos do mestrado.

À minha orientadora, Maria Antonia Ramos da Costa, pela dedicação, paciência, disponibilidade, ensinamentos e incentivo que foram essenciais para a realização deste trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento (PPGSed) pelos debates, contribuições e pela convivência enriquecedora ao longo do curso.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento (PPGSed) que estiveram presentes no compartilhamento de caronas, de ideias, de palavras de encorajamento e companheirismo.

À Universidade Estadual do Paraná – Campus de Campo Mourão (Unespar), instituição pública e gratuita, pela oportunidade de formação de qualidade e pelo compromisso com a democratização do ensino superior.

À Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), pela sensibilidade e apoio demonstrados por meio da adaptação da carga horária, que possibilitou a conciliação entre minhas atividades profissionais e acadêmicas.

Ao Hemocentro Regional de Maringá pela compreensão e apoio durante esta jornada acadêmica.

Aos servidores da 12ª Regional de Saúde, Marco Antonio e Áurea, pelo companheirismo no ambiente de trabalho e além dele, pela constante disponibilidade e pelo auxílio no campo de pesquisa, aspectos fundamentais para a construção deste trabalho.

A todos e todas que, de alguma forma, contribuíram para o meu crescimento e apoiaram o desenvolvimento desta pesquisa, muito obrigada!

Pedaço de Mim

Chico Buarque

Oh, pedaço de mim

Oh, metade afastada de mim

Leva o teu olhar

Que a saudade é o pior tormento

É pior do que o esquecimento

É pior do que se entrevar

Oh, pedaço de mim

Oh, metade exilada de mim

Leva os teus sinais

Que a saudade dói como um barco

Que aos poucos descreve um arco

E evita atracar no cais

Oh, pedaço de mim

Oh, metade arrancada de mim

Leva o vulto teu

Que a saudade é o revés de um parto

A saudade é arrumar o quarto

Do filho que já morreu (...)

GUIDO, Edna Aparecida. **Análise das expressões da questão social nos óbitos infantis na 12ª Regional de Saúde do Estado do Paraná (2019-2023)**. 220f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento, Universidade Estadual do Paraná, *Campus* de Campo Mourão, Campo Mourão, 2026.

RESUMO

Esta dissertação vincula-se à área de Concentração Sociedade e Desenvolvimento e à Linha de Pesquisa Formação Humana, Políticas Públicas e Produção no Espaço. A mortalidade infantil constitui importante indicador das condições de vida da população, refletindo tanto o desenvolvimento socioeconômico quanto as condições de acesso e qualidade da atenção à saúde materno-infantil. O estudo teve como objetivo analisar as expressões da questão social nos óbitos infantis ocorridos na 12ª Regional de Saúde de Umuarama (PR), nos anos de 2019 e 2023, identificando fatores sociais, econômicos e familiares relacionados à ocorrência desses óbitos no território. Adotou-se abordagem de métodos mistos convergentes, com predomínio quantitativo (QUANT/qual), caracterizando-se como pesquisa documental, exploratória e transversal. O componente quantitativo utilizou dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), processados pelos softwares TabWin e BioEstat 5.3. O componente qualitativo baseou-se na Análise de Conteúdo temática aplicada aos campos discursivos do Roteiro de Investigação de Óbito Infantil e Fetal da SESA, referente a 87 famílias investigadas. Foram analisados 110 óbitos infantis, sendo 62 em 2019 e 48 em 2023. A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) da regional reduziu de 15,9 para 13,4 por mil nascidos vivos, permanecendo, entretanto, acima das médias estadual e nacional nos dois anos analisados. Os resultados apontaram diferentes expressões da questão social relacionadas à mortalidade infantil no território pobreza manifestou-se na elevada proporção de famílias em situação de pobreza ou baixa renda cadastradas no CadÚnico e no baixo desempenho de grande parte dos municípios no IPDM Renda. A desigualdade social foi identificada no aumento da TMI entre filhos de mães com baixa escolaridade, passando de 21,9 para 56,1 por mil nascidos vivos em 2023 ($p<0,001$). O desemprego e o trabalho vulnerável apareceram associados à maior mortalidade entre filhos de mães sem ocupação formal ($p=0,018$). A exclusão social foi apontada na persistência de aproximadamente 71% dos óbitos classificados como evitáveis nos dois anos analisados. A desigualdade no acesso à atenção à saúde foi identificada a partir da integração entre os indicadores assistenciais e as narrativas das famílias, que relataram dificuldades de acesso ao pré-natal de alto risco, falhas no transporte sanitário, demora em transferências e problemas relacionados à assistência recebida. A pesquisa demonstra que a mortalidade infantil na 12ª Regional de Saúde concentra-se entre famílias em maior situação de vulnerabilidade social, econômica e educacional, configurando um padrão de mortes potencialmente evitáveis e indicando a necessidade de fortalecimento das políticas públicas de proteção social e atenção materno-infantil.

Palavras-chave: Interdisciplinaridade, Determinantes Sociais da Saúde, Mortalidade Infantil.

GUIDO, Edna Aparecida. **Analysis of the expressions of the social issue in infant deaths in the 12th Health Region of the State of Paraná (2019-2023)**. 220p. Dissertation (Master) - Society and Development Interdisciplinary Postgraduate Program, State University of Paraná, Campo Mourão Campus, Campo Mourão, 2026.

ABSTRACT

This dissertation is linked to the area of Concentration Society and Development and the Research Line Human Formation, Public Policies, and Production in Space. Infant mortality is an important indicator of the living conditions of the population, reflecting both socioeconomic development and the conditions of access and quality of maternal and child healthcare. The study aimed to analyze the expressions of the social issue in infant deaths that occurred in the 12th Health Region of Umuarama (PR) in the years 2019 and 2023, identifying social, economic, and family factors related to the occurrence of these deaths in the territory. A convergent mixed methods approach was adopted, with a predominance of quantitative (QUANT/qual), characterized as documentary, exploratory, and cross-sectional research. The quantitative component used data from the Mortality Information System (SIM), Live Birth Information System (SINASC), Hospital Information System (SIH/SUS), and National Health Establishments Registry (CNES), processed by the TabWin and BioEstat 5.3 software. The qualitative component was based on thematic Content Analysis applied to the discursive fields of the SESA Infant and Fetal Death Investigation Protocol, concerning 87 families investigated. 110 infant deaths were analyzed, with 62 in 2019 and 48 in 2023. The Infant Mortality Rate (IMR) in the region decreased from 15.9 to 13.4 per thousand live births, remaining, however, above the state and national averages in both years analyzed. The results indicated different expressions of the social issue related to infant mortality in the territory. Poverty manifested itself in the high proportion of families in poverty or low-income situations registered in CadÚnico and in the poor performance of a large part of the municipalities in the IPDM Renda. Social inequality was identified in the increase of the IMR among children of mothers with low education, rising from 21.9 to 56.1 per thousand live births in 2023 ($p < 0.001$). Unemployment and vulnerable work were found to be associated with higher mortality among children of mothers without formal employment ($p = 0.018$). Social exclusion was indicated by the persistence of approximately 71% of deaths classified as avoidable in the two years analyzed. The inequality in access to healthcare was identified thru the integration of care indicators and family narratives, which reported difficulties in accessing high-risk prenatal care, failures in sanitary transportation, delays in transfers, and issues related to the assistance received. The research demonstrates that infant mortality in the 12th Health Region is concentrated among families in greater social, economic, and educational vulnerability, forming a pattern of potentially avoidable deaths and indicating the need to strengthen public policies for social protection and maternal-infant care.

Keywords: Interdisciplinarity, Social Determinants of Health, Infant Mortality.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Divisão do mercado de trabalho no Brasil conforme o IBGE (2025)	39
Figura 2 - Nível de ocupação, taxa de desocupação e taxa composta de subutilização da força de trabalho- Brasil 2019 a 2023.....	40
Figura 3 - Pobreza e extrema pobreza no Brasil de 2012 a 2023.	49
Figura 4 - Índice de Gini da distribuição do rendimento domiciliar per capita no Brasil de 2012 a 2023.	60
Figura 5 - Conceitos de saúde segundo Almeida Filho (2011)	72
Figura 6 - Redução da taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no Brasil de 1950 a 1990.....	84
Figura 7 - Redução da TMI no Brasil por região (1950-1990)	85
Figura 8 - A criança Morta (1944), Cândido Portinari, 1944. Óleo sobre tela. Museu de Arte de São Paulo Assis Chateaubriand (MASP), São Paulo.....	86
Figura 9 - TMI no Brasil de 1995 a 2023.....	88
Figura 10 - Atribuições Gerais dos Comitês de Mortalidade Infantil e Fetal	94
Figura 11 - Modelo de Dahlgren e Whitehead do DSS.....	105
Figura 12 - Estrutura dos DSS pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde	106
Figura 13 - Desenho metodológico do estudo segundo a abordagem de métodos mistos do tipo convergente.	111
Figura 14 - Regiões e macrorregiões de saúde do Estado do Paraná.	120
Figura 15 - Classificação dos municípios da 12ª Regional de Saúde de Umuarama (PR) segundo porte populacional.	121
Figura 16. Composição do Valor Adicionado Fiscal (VAF) por setor econômico – 12ª RS/2023.	123
Figura 17 - Índice Iparades de Desempenho Municipal (IPDM) — Componente Geral, 12ª Regional de Saúde de Umuarama, 2022.....	124
Figura 18 - Índice Iparades de Desempenho Municipal (IPDM) — Componente Saúde, 12ª Regional de Saúde de Umuarama, 2022.....	125
Figura 19 - Percentual de famílias cadastradas no CadÚnico em situação de pobreza e baixa renda, por município da 12ª Regional de Saúde (PR).	128
Figura 20 - Cobertura do Programa Bolsa Família entre famílias em situação de pobreza e baixa renda por município da 12ª Regional de Saúde de Umuarama (PR)	129
Figura 21 - Princípios da Linha de Cuidado Materno Infantil do Estado do Paraná.....	133
Figura 22: Modelo de fluxo referenciado para a linha de cuidado materno infantil.	134

Figura 23 - Interações por ICSAP na 12ª Regional (2019-2023).....	140
--	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Linhas de pobreza monetária na Síntese de indicadores Sociais do IBGE.	48
Quadro 2 - Sistema de Informações do DAENT.....	80
Quadro 3 - Iniciativas/programas da política de Saúde dos anos de 2000 a 2024.	92
Quadro 4 - Leitos complementares SUS para atendimento de crianças no Brasil (2008-2023).	96
Quadro 5 - Testes estatísticos utilizados na análise quantitativa	113
Quadro 6 - Categorias temáticas da análise de conteúdo - Roteiro SESA, 12ª Regional de Saúde de Umuarama, 2019 e 2023.	116
Quadro 7 - Indicadores comparativos de pobreza e cobertura do Programa Bolsa Família- Brasil, 12ª RS e Umuarama (2022).	130
Quadro 8 - A Atenção Primária em Saúde (APS) na 12ª RS	135
Quadro 9 - Cobertura da Atenção Primária (%) na 12ª RS (2015, 2019 e 2023)	136
Quadro 10 - Cobertura vacinal na 12ª RS (2019, 2022, 2023, 2024).....	141
Quadro 11 - A Atenção Ambulatorial Especializada (AEE) na 12ª Regional de Saúde.....	143
Quadro 12 - Organização da atenção hospitalar materno-infantil segundo estratificação de risco - 12ª Regional de Saúde, 2023.	145
Quadro 13 - Qualidade do Preenchimento do Roteiro SESA – 12ª RS Umuarama-2019 e 2023	176

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Índice de Gini da distribuição do rendimento domiciliar per capita por regiões do Brasil de 2012 a 2023.	60
Tabela 2 - Modalidade de leitos complementares SUS para atendimento de crianças no Brasil (2008-2023).	95
Tabela 3 - Percentual da população da 12ª RS inscritas no CadÚnico (2022).....	124
Tabela 4 - Percentual de gestantes na 12ª Regional de Saúde com início do pré-natal até 12ª semanas de gestação 2019-2023.....	135
Tabela 5 - Percentual de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal, 12ª Regional de Saúde de Umuarama, 2019 e 2023	136
Tabela 6 - Leitos complementares (UTI) SUS — 12ª Regional de Saúde, 2019 e 2023 por hospital em 2023.....	144
Tabela 7 - Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) por Regional de Saúde na macrorregião noroeste do Paraná, 2019 e 2023.....	147
Tabela 8 - Indicadores de mortalidade infantil — 12ª Regional de Saúde de Umuarama, Paraná e Brasil, 2019 e 2023.	147
Tabela 9 - Taxa de Mortalidade Infantil, CadÚnico e IDM Renda por município — 12ª Regional de Saúde de Umuarama, 2019 e 2023.	149
Tabela 10 - Condições socioeconômicas e de habitação — Roteiro SESA, 12ª RS Umuarama, 2019 e 2023	151
Tabela 11 - Indicadores do perfil materno nos óbitos infantis — 12ª RS Umuarama, Paraná e Brasil, 2019 e 2023	153
Tabela 12 - Distribuição de óbitos infantis, nascidos vivos e TMI segundo faixa etária materna — 12ª RS Umuarama, 2019 e 2023.....	153
Tabela 13 - Teste estatístico, associação entre faixa etária materna e TMI - 12ª RS Umuarama, 2019 e 2023	154
Tabela 14 - Taxa de mortalidade infantil por escolaridade materna — 12ª RS Umuarama, 2019 e 2023.	155
Tabela 15 - Taxa de mortalidade infantil por raça/cor materna — 12ª RS Umuarama, 2019 e 2023.	158
Tabela 16 - Taxa de mortalidade infantil por ocupação materna - 12ª RS Umuarama, 2019 e 2023.	159

Tabela 17 - Distribuição dos óbitos infantis por semanas de gestação — 12ª Regional de Saúde de Umuarama, 2019 e 2023.	161
Tabela 18 - Distribuição dos óbitos infantis por categoria de evitabilidade - 12ª Regional de Saúde de Umuarama, 2019 e 2023	162
Tabela 19 - Cobertura e dificuldades no pré-natal - Roteiro SESA, 12ª RS Umuarama, 2019 e 2023.	164
Tabela 20 - Vinculação com o alto risco gestacional - Roteiro SESA, 12ª RS Umuarama, 2019 e 2023.	164

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AEE	Atenção Ambulatorial Especializada
AGAR	Ambulatório de Gestante de Alto Risco
AH	Atenção Hospitalar
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CadÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CBIA	Centro Brasileiro para Infância e Adolescência
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
CIB	Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Paraná
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPMMFI	Comitê Nacional de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CPN	Centro de Partos Normais
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CRMI	Centro de Referência Materno Infantil de Umuarama
CRMP	Centro Regional Mãe Paranaense
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DAENT	Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do SUS

DERAL	Departamento de Economia Rural
DNCr	Departamento Nacional da Criança
DNERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DO	Declaração de Óbito
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FMI	Fundo Monetário Internacional
FSESP	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
GTARO	Grupo Técnico de Agilização e Revisão dos Óbitos Maternos, Fetais e
Infantis	
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IPDM	Índice de Desenvolvimento Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
NAF	Novo Arcabouço Fiscal
NOBs	Normas Operativas Básicas
NOROSPAR	Associação Beneficente de Saúde do Noroeste do Paraná
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAB	Piso da Atenção Básica
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAEG	Programa de Ação Econômica do Governo
PAIF	Programa de Atenção Integral às Famílias
PBF	Programa Bolsa Família
PCCN	Programa de Controle das Carências Nutritivas
PES	Plano Estadual de Saúde
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PHPN	Programa de Humanização Pré-Natal e Nascimento
PIB	Produto Interno Bruto
PIM	Primeira Infância Melhor
PMM	Programa Mais Médicos
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNH	Política Nacional de Humanização
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRONAF	Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar
PRONATEC	Programa Nacional de Acesso à Escola Técnica
PSB	Proteção Social Básica
PSE	Proteção Social Especial
PSF	Programa Saúde da Família
RAMI	Rede de Atenção Materno Infantil
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RMP	Rede Mãe Paranaense
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SCVGE	Seção de Vigilância Epidemiológica
SEAB	Secretaria da Agricultura e do Abastecimento do Estado do Paraná
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SG	Síndrome Gripal
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e
OPM do SUS	

SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUCAM	Superintendência de Campanhas
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UCI	Unidade de Cuidado Intermediário
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VAF	Valor Adicionado Fiscal
VE	Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	ELEMENTOS PARA ENTENDER A QUESTÃO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL	21
2.1	O trabalho e o ser social	21
2.2	Questão social: a contradição entre capital e trabalho	24
2.3	A questão social “à brasileira”	30
2.4	Reflexões sobre as expressões da questão social no Brasil contemporâneo	34
2.4.1	Desemprego e trabalho vulnerável.....	34
2.4.2	Pobreza	39
2.4.3	Exclusão social	48
2.4.4	Desigualdade social.....	51
2.5	Política Social: A resposta do Estado às expressões da questão social.	60
2.5.1	Dos assistencialismos à seguridade: um breve histórico da política social como resposta às expressões da questão social no Brasil	66
3	A MORTALIDADE INFANTIL SOB UMA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR	69
3.1	A política de Saúde no Brasil.....	69
3.2	Mortalidade infantil e condições sociais de vida: uma perspectiva histórica.	80
3.2.1	A Proteção Social na Redução da Mortalidade Infantil: Saúde e Assistência Social	85
3.2.1.1	Saúde.....	85
3.2.1.2	Assistência Social	97
3.3	Os determinantes sociais em Saúde e as iniquidades em saúde	101
4	METODOLOGIA DA PESQUISA.....	108
4.1	Tipo de estudo	108
4.2	Amostra e critérios de inclusão e exclusão	109
4.3	Coleta de dados de dados do componente quantitativo	110
4.4	Tratamento dos dados quantitativos.....	111
4.5	Coleta de dados de dados do componente qualitativo	113
4.6	Tratamento de dados da análise qualitativa	113

4.7 Integração dos componentes quantitativos e qualitativos.....	115
4.8 Aspectos éticos.....	116
5 MORTALIDADE INFANTIL: AS VIDAS NÃO VIVIDAS	117
5.1 Caracterização da região de saúde: aspectos sociais e demográficos da 12ª Regional de Saúde.....	117
5.2 Organização da Rede de Atenção Materno-infantil no Estado do Paraná	129
5.3 A organização da Rede de Atenção Materno-infantil no território a 12ª Regional de Saúde e Umuarama	133
5.3.1 A Atenção Primária em Saúde	133
5.3.2 A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).....	140
5.3.3 A Atenção Hospitalar	143
5.4 A mortalidade infantil como expressão da questão social na 12ª Regional de Saúde de Umuarama: análise quantitativa.....	145
5.4.1 Perfil territorial e comparativo da mortalidade infantil –Primeira expressão da questão social: pobreza	146
5.4.2 Perfil sociodemográfico materno – A segunda expressão da questão social: Desigualdade Social	152
5.4.3 Perfil sociodemográfico materno – A terceira expressão da questão social: desemprego e trabalho vulnerável	159
5.4.4 Características dos óbitos e evitabilidade - A quarta expressão da questão social.....	160
5.4.5 Desigualdade no acesso à saúde: uma análise qualitativa da quinta expressão da questão social.....	164
5.5 Integração dos componentes quantitativo e qualitativo.....	171
5.6 Qualidade do Preenchimento do Roteiro de Investigação de Óbitos Infantil da SESA na 12ª Regional de Saúde	173
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	177
REFERÊNCIAS.....	179
ANEXOS.....	193

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil, além de ser um indicador de saúde, reflete desigualdades sociais e de acesso aos serviços de saúde. A partir da epidemiologia, que se configura como um dos pilares da saúde coletiva, é fundamental problematizar as causas das mortes infantis e as condições que as tornam evitáveis. Esta ótica exige uma análise tanto quantitativa quanto qualitativa das taxas de mortalidade, das causas e da prevalência dos óbitos infantis.

Nesse sentido, deve-se incorporar a esse campo a “epidemiologia social que propõe abordar mais profundamente o contexto em que ocorrem os problemas de saúde” (Lima e Lemos, 2016, p. 293), identificando as vulnerabilidades e desigualdades que contribuem para a mortalidade, de modo a viabilizar políticas públicas de saúde mais eficazes.

A taxa de mortalidade infantil (TMI) é um indicador de saúde que relaciona o número de óbitos de menores de um ano com o total de nascidos vivos na população residente em determinado espaço geográfico no ano considerado (RIPSA, 2008). A TMI é classificada como alta, se for de 50 ou mais óbitos por mil nascidos vivos, média se for de 20 a 49 óbitos por mil nascidos vivos e baixa se for menos de 20 óbitos por mil nascidos vivos. Contudo, esses parâmetros necessitam de revisão periódica em decorrência das mudanças no perfil epidemiológico, pois mesmo em países com a TMI abaixo de 10 por mil, deve-se considerar que as taxas podem estar encobrindo más condições de vida em segmentos sociais específicos (BRASIL, 2021).

A redução da mortalidade infantil é uma das principais metas de saúde pública, com destaque para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000. A meta de reduzir as desigualdades sociais e melhorar a saúde materno-infantil continua a ser um compromisso fundamental nas agendas globais e nacionais, assim, em 2015, evidenciada no objetivo 3.2 “Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos” (Nações Unidas, 2015, p. 21).

No Brasil, a mortalidade infantil tem mostrado uma redução ao longo das últimas décadas, passando a TMI de 47,1 óbitos por mil nascidos vivos, em 1990, para 13,3, em 2015 (BRASIL, 2021). Entretanto, mesmo com a redução, a persistência de desigualdades regionais ainda é uma realidade, como demonstrado pelos dados de 2019 e 2023, que indicam taxas de mortalidade infantil de 12,38 e 12,61 respectivamente, conforme os dados provenientes do

Painel de Monitoramento dos Nascidos Vivos e Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal do Ministério da Saúde.

No Estado do Paraná, a TMI acompanha o panorama nacional de redução: no ano 2000, a TMI era de 19,4 por mil nascidos vivos, passando para 10,9 em 2015, 10,3 em 2019 e 10,8 em 2023 (SESA, 2025). Embora tenha ocorrido em 2023 um leve aumento da TMI, observa-se uma redução do indicador presente nos dados dos Sistemas de Informações.

Nesse contexto, a escolha do tema desta pesquisa decorre diante de uma contradição apresentada nos dados de Mortalidade Infantil no Estado do Paraná: enquanto os dados estaduais sinalizam uma de redução contínua da TMI, as cinco regionais de saúde que integram a Macrorregional Noroeste registraram, em 2023, uma elevação da TMI passando a apresentar como valores para a 11ª Regional de Saúde de Campo Mourão (11,9 por mil); 12ª Regional de Saúde de Umuarama (13,4 por mil); 13ª Regional de Saúde de Cianorte (12,6 por mil); 14ª Regional de Saúde de Paranavaí (16,6 por mil); e a 15ª Regional de Saúde de Maringá (11,2 por mil) (SESA, 2025).

A análise dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) da 12ª Regional de Saúde de Umuarama revelam que a problemática da mortalidade infantil é histórica na região. Os dados da TMI ao longo da série histórica registraram os valores de 15,5 (por mil nascidos vivos) em 2015; 15,0 (por mil nascidos vivos) em 2018; 15,9 (por mil nascidos vivos) em 2019 e 12,8 (por mil nascidos vivos) em 2020. Entre 2021 e 2022, pela primeira vez, a taxa esteve abaixo de 10 óbitos por mil nascidos vivos na região, alcançando 9,0 e 8,8, respectivamente. Contudo, em 2023 esse avanço foi interrompido, com a TMI retornando a 13,4 por mil nascidos vivos (SESA, 2025), o que indica permanência de fatores sociais e econômicos relacionados à mortalidade infantil.

A presente pesquisa tem como objetivo geral: analisar as expressões da questão social nos óbitos infantis ocorridos na 12ª Regional de Saúde de Umuarama (PR), identificando os fatores sociais, econômicos e familiares que contribuíram para a mortalidade infantil nos anos de 2019 e 2023, buscando responder quais as expressões da questão social se manifestaram nos óbitos infantis ocorridos na 12ª Regional de Saúde nos anos de 2019 e 2023.

Visando a consecução do objetivo geral, são objetivos específicos: a) Discutir a concepção da questão social, em suas manifestações vinculadas ao modo de produção capitalista, analisando particularmente sua expressão nas situações de mortalidade infantil; b) Compreender a política de Saúde no Brasil, com ênfase nas ações de vigilância epidemiológica evidenciando a mortalidade infantil como um indicador social representativo das condições de vida ou saúde prevalentes em uma região ou grupo populacional; c) Identificar as expressões

da questão social nos óbitos infantis da 12^a Regional de Saúde ocorridos nos anos de 2019 e 2023.

O trabalho está organizado em cinco capítulos. O primeiro aborda a concepção de questão social a partir de sua raiz na contradição entre capital e trabalho, com base em uma perspectiva analítica de orientação marxiana, buscando compreender a questão social em sua dimensão histórica e em suas múltiplas expressões na sociedade capitalista contemporânea.

O segundo capítulo apresenta uma abordagem interdisciplinar para analisar a construção da política de saúde e de assistência social no Brasil apontando quais ações foram implementadas que auxiliaram na redução da mortalidade infantil. O terceiro traz a metodologia da pesquisa, detalhando o desenho do estudo, os procedimentos metodológicos adotados, as etapas de desenvolvimento da investigação, os métodos de coleta e tratamento dos dados e os procedimentos de análise.

O quarto capítulo se volta a caracterização social e demográfica da 12^a Regional de Saúde do Estado do Paraná, sistematizando os dados referentes à mortalidade infantil no território com o objetivo de identificar as expressões da questão social que se apresentaram nas condições de vida das famílias cujos filhos foram a óbito. Por fim, são apresentadas as considerações finais da pesquisa, destacando as principais contribuições do estudo e as possibilidades de aprofundamento para investigações futuras.

2 ELEMENTOS PARA ENTENDER A QUESTÃO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL

Este capítulo busca desenvolver a base teórica necessária para compreender a mortalidade infantil como expressão da questão social. Para este fim, parte-se da concepção de questão social que está enraizada na contradição entre capital e trabalho analisando suas três dimensões: a histórica, a estrutural e política. Em seguida, discutem-se as particularidades da questão social no Brasil e suas expressões: o desemprego e o trabalho vulnerável, a pobreza, a exclusão social e a desigualdade social. Por fim, investiga-se, a política social como resposta do Estado as expressões da questão social, com ênfase no percurso histórico brasileiro da proteção social nas políticas de saúde e assistência social.

A análise parte do entendimento de que as expressões da questão social, interferem nas condições de vida população e contribui para a ocorrência de óbitos infantis em determinado território, e para além disso, reflete que a causa dos desses óbitos é o resultado das desigualdades estruturais que marcam a sociedade capitalista.

2.1 O trabalho e o ser social

O trabalho é um fenômeno central das sociedades humanas, pois trata-se de uma prática para além da mera produção de bens e mercadoria reflete as relações de poder, as formas de organização social, identidades, significados culturais e transformações históricas.

Segundo Engels (2006), o trabalho é entendido como um elemento que se encontra na base do processo produtivo dos bens materiais, contudo, compreender o trabalho somente sob o viés econômico é reduzi-lo a um entendimento simplista, pois na sua concepção o trabalho é a condição básica e fundamental de toda a vida humana afirmando que “o trabalho criou o próprio homem”. Em sua análise, o autor reflete sobre o processo histórico e biológico do trabalho descrevendo que a transformação do macaco em homem, ou seja, os aspectos físicos dos nossos antepassados como a posição ereta e a mão¹ foram condições evolutivas de milhares de anos, resultantes do processo de trabalho como a coleta de alimentos, construção de abrigos

¹ Vemos, pois, que a mão não é apenas o órgão do trabalho; é também produto dele. Unicamente pelo trabalho, pela adaptação a novas e novas funções, pela transmissão hereditária do aperfeiçoamento especial assim adquirido pelos músculos e ligamentos e, num período mais amplo, também pelos ossos; unicamente pela aplicação sempre renovada dessas habilidades transmitidas a funções novas e cada vez mais complexas foi que a mão do homem atingiu esse grau de perfeição que pôde dar vida, como por artes de magia, aos quadros de Rafael, às estátuas de Thorwaldsen e à música de Paganini. (Engels, 2006, p.2).

e proteção de ameaças. O trabalho, portanto, dotou o organismo humano de competências que o levaram a ascender e a se constituir enquanto homem, se diferenciando de outros animais (Santos *et al.*, 2017).

Para Karl Marx (2013), em sua obra “O capital”, o trabalho² consiste em uma interação do homem com o mundo natural, de modo que este é modificado para alcançar um determinado propósito: a satisfação das necessidades humanas. Essa interação resulta na produção de bens e na criação de valores que constituem a riqueza socialmente construída.

Nesse contexto, Karl Marx (2013) descreve que o trabalho humano se difere do trabalho de outros animais por sua racionalidade, pois ele visualiza a natureza e atua sobre ela de forma consciente produzindo ferramentas e objetos concretos que satisfaçam sua necessidade.

O trabalho é, antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele se confronta com a matéria natural como com uma potência natural [Naturmacht]. A fim de se apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeça e mãos. Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza [...] (Marx, 2013, p.188).

Os animais por sua vez, agem sobre a natureza de forma instintiva e biológica modificando o ambiente mediante a sua simples presença, contudo, não exercem qualquer atividade que possa ser chamada de trabalho.

Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e uma abelha envergonha muitos arquitetos com a estrutura de sua colmeia. Porém, o que desde o início distingue o pior arquiteto da melhor abelha é o fato de que o primeiro tem a colmeia em sua mente antes de construí-la com a cera. No final do processo de trabalho, chega-se a um resultado que já estava presente na representação do trabalhador no início do processo, portanto, um resultado que já existia idealmente (Marx, 2013, p.188)

De acordo com Lukács (2018), o trabalho pode ser considerado como o fenômeno originário do ser social. É por meio dele e pela luta por sua existência, que os seres humanos intervêm na natureza, transformando-a para atender suas necessidades materiais e subjetivas. O trabalho possui em sua essência uma inter-relação entre o ser humano (sociedade) e a natureza,

² Para um maior entendimento da categoria trabalho, é necessário realizar uma abstração no sentido marxiano, ou seja, projetar um certo sistema de inter-relações sociais rejeitando provisoriamente determinadas conexões mais amplas para explicar, sem interferências, as categorias centrais de forma pura.

abrangendo tanto elementos inorgânicos (como ferramentas, matérias-primas e objetos de trabalho) quanto orgânicos. Essa inter-relação destaca a transição, no ser humano que trabalha, do mero ser biológico ao ser social.

Ampliando sua análise Lukács (2018), destaca que o homem enquanto ser social consciente, produz uma interferência ativa no meio ambiente a partir do trabalho teleológico que denota intencionalidade e planejamento em suas ações, ou seja, mediante as necessidades e carência, o homem idealiza o seu objetivo e age sobre a natureza, extraindo dela os materiais necessários para satisfação de suas necessidades sociais.

Ao transformar a natureza, os homens também se transformam, pois adquirem sempre novos conhecimentos e novas habilidades: um machado por exemplo, foi projetado por um indivíduo inserido em uma sociedade, contudo esse ele já não existe mais nem o meio social que em ele viveu, mas o resultado do seu trabalho permanece até os dias.

Conforme destaca Pinheiro (2022):

O potencial humano de transformar o meio onde vive, de modificar a si mesmo e aos seus pares está estreitamente ligado às suas particularidades privilegiadas de sociabilidade e da inerente capacidade de projetar idealmente uma ação, concretizá-la materialmente e, nesse processo, construir relações sociais que permitam novas condições de sobrevivência e de convivência. Por meio do trabalho manual de intercâmbio com a natureza, o ser coloca em movimento sua base biológica, mas ultrapassa essa condição, transcendendo uma atividade coletiva que cria e recria condições históricas, modificando também o próprio ser. Esta interação permite a transformação consciente como tônica central, a partir de sua capacidade teleológica, para objetivar produtos em prol de sua sobrevivência, exteriorizando o novo, fruto de sua própria ação (Pinheiro, 2022, p. 131).

Ao produzir sua própria realidade social por meio do trabalho, os seres humanos criam as relações sociais que determinam as condições históricas do trabalho que vai além da produção material, engloba também ideias e valorativos, constituindo o trabalho como uma atividade humana materializada e objetivada inicialmente em valores de uso³ para a satisfação

³ O valor de uso é a usabilidade de um objeto, ou seja, capacidade de ser útil materialmente para a satisfação das necessidades humanas. Lukács (2018) destaca que os atos subjetivos quer e conhecem algo como valor de uso a partir da consciência e da utilidade objetiva que o valor de uso carrega, de forma que o objeto é reconhecido como útil porque é validada a relação de valor entre ele e a satisfação de uma determinada necessidade (Lukács, 2018 p. 70) e completa “(...) a esmagadora maioria dos valores de uso emerge, através do trabalho, pela transformação dos objetos, das circunstâncias, da operatividade etc. dos objetos naturais, e esse processo se desdobra como afastamento da barreira natural, com o desenvolvimento do trabalho, com a sua sempre maior socialidade (...)” (Lukács, 2018, p. 69).

das necessidades, mas que se consolidou na sociedade capitalista, como valor de troca⁴. Sob essa ótica, o trabalho deixa de visar apenas o atendimento das necessidades humanas e volta-se à produção de lucro.

É a partir da concepção do trabalho enquanto fundamento ontológico do ser social que se pode perceber o papel do trabalho na constituição da vida humana, na produção das relações sociais e na mediação entre sociedade e natureza. Mesmo assim, essa dimensão essencial do trabalho não se manifesta de maneira hegemônica ao longo da história, adquirindo diferentes características de acordo com o modo de produção predominante.

No contexto da sociedade capitalista, o trabalho se torna parte integrante das relações de produção que são fundamentadas na propriedade privada dos meios de produção e na predominância do trabalho assalariado, transformando profundamente seu significado social, deixando ser uma atividade voltada para a satisfação das necessidades humanas e tornando-se um instrumento para a produção de lucro.

Essa reorganização do trabalho sob a ótica do capital, reestruturou as condições materiais de vida da população e estabeleceu a contradição central do capitalismo: a riqueza é socialmente produzida, mas sua apropriação é desigual.

Portando, a desigualdade produzida e reproduzida pelo próprio modo de produção e a lógica de acumulação do capital, condiciona as condições de vida da população quanto acesso à renda a moradia, ao saneamento e a saúde, e conseqüentemente, a ocorrência de óbitos infantis em menores de um ano de idade.

2.2 Questão social: a contradição entre capital e trabalho

O ponto de partida para compreensão da questão social é dimensioná-la historicamente como um processo que se iniciou no final do século XV na Inglaterra, período este que Marx (2013), denominou de “acumulação primitiva do capital” onde emergiu o “trabalhador livre” como resultado do processo de expropriação dos camponeses de suas terras para dar lugar às pastagens de ovelha (Marx, 2013). Os cercamentos de terras tiveram como objetivo gerar uma oferta de trabalho ao capital que para gerar lucro precisa explorar a força de trabalho, assim

⁴O valor de troca, por sua vez, é a forma social do processo de produção e reprodução das relações sociais, gerando a mercadoria entendido aqui com bens que são valores de uso de uma espécie que são destinados para a troca contra valores de uso de outra espécie. A mercadoria, portanto, torna-se elemento fundamental de riqueza em sociedades do modo de produção capitalista.

sendo, separar os camponeses de seus meios de produção (terras) foi o mecanismo encontrado para que estes, tivessem dispostos a trabalhar em troca de um salário.

O historiador Hobsbawm (2007)⁵ também analisa essa ruptura no mundo rural na França enfatizando que o velho sistema tradicional (Feudalismo) embora ineficaz e opressor era também um sistema de considerável certeza social e de alguma segurança econômica -mesmo que miserável- além de ser consagrado pelo costume e a tradição. As intempéries da vida como a fome, a miséria e morte com 30 e 40 anos eram resultado das ações divinas e só se tornavam atos humanos em tempos de revoluções.

A divisão do campo comum, do pasto e da floresta como a colocação de “cercas” retirou do camponês simples os recursos e reservas a que ele e parte da comunidade sentia ter direito. As terras livres geraram um mercado e significou para estes camponeses que provavelmente teriam que vender sua terra para outros, criando assim uma classe rural de empresários que também seriam explorados no lugar dos seus antigos senhores. Em síntese, Hobsbawm evidencia que “[...] a introdução do liberalismo na terra foi uma espécie de bombardeio silencioso que destruiu a estrutura social em que sempre habitaram os camponeses, não deixando nada intacto, exceto os ricos: uma solidão chamada liberdade” (Hobsbawm, 2007, p. 222).

A reestruturação do Estado conduzida pelas revoluções políticas inglesa (1640) e a Francesa (1789) que incorporaram as ideias liberais e as aspirações da burguesia refletindo na promulgação das primeiras leis que visava coibir e punir com tortura, a prática da “[...] mendicância, a vadiagem ou a ladroagem” (Santos, 2012, p.34). Tais fenômenos se colocavam como uma alternativa ao trabalho assalariado, visto as novas relações sociais emergentes que classificava a população em apta para o trabalho, a segunda em órfãos ou filhos de indigentes e a terceira em degredados, desmoralizados, incapazes de trabalhar denominado de “peso morto do exército industrial de reserva” (Ivo, 2008, p.23).

⁵ Hobsbawm, em seu livro “A Era das Revoluções”, discorre que historicamente os anos de 1789 a 1848 representam as profundas transformações que ocorreram nas sociedades europeias e que foram a base para o mundo moderno. Para o historiador Eric Hobsbawm (2007) tal período ficou caracterizado como “a dupla revolução: a revolução Francesa de 1789 e a revolução industrial (inglesa). Para o autor, os dois processos históricos representam a maior transformação da história da humanidade desde a invenção da agricultura, da metalurgia, da escrita, das cidades e do Estado, não sendo possível imaginar o mundo moderno sem as palavras e conceitos surgidos nesse período. Palavras como “*indústria*”, “*industrial*”, “*fábrica*”, “*classe média*”, “*classe trabalhadora*”, “*capitalismo*” e “*socialismo*” (...) “*aristocracia*”, “*ferrovia*”, “*liberal*” e “*conservador*” (...), “*proletariado*”, “*crise (econômica)*”, (...) “*greve*” e “*pauperismo*” (Hobsbawm, 2007 p.15) são testemunhas que falam mais que documentos e que refletem o triunfo da indústria capitalista, da sociedade burguesa e liberal.

A implantação de um arcabouço legal como parte do processo de exploração do trabalho originou leis que mantinham os salários baixos e estendiam a jornada de trabalho gerando assim a mais valia absoluta, visto que a existência de uma população supranumerária considerada exército industrial de reserva pressionava os salários para baixo, uma vez que “ o tamanho e a permanência desse contingente de reserva, tem um caráter funcional de reprodução da classe trabalhadora” (Ivo, 2008, p.65) e que consiste em condição sine qua non para o processo de desenvolvimento do capital⁶.

Santos (2012 p. 34) descreve:

São exemplos dessas leis os estatutos dos aprendizes e dos trabalhadores que puniam a quem pagasse salários acima da tarifa legal estabelecida, além de medidas que proibiam a organização política dos trabalhadores. Outro exemplo dessa legislação foi a que promulgou como assistência pública, nos moldes da lei dos pobres (1834), cujo o recrutamento ao trabalho forçado implicava na perda dos direitos civis e econômicos.

Com a consolidação do modo de produção capitalista no século XVIII na Europa, em especial na Inglaterra, torna-se mais latente a dimensão estrutural da questão social pois evidencia a intensidade da exploração da mão de obra e a propriedade privada dos meios de produção.

Para Hobsbawm (2007), já na primeira fase da revolução industrial inglesa, entre 1815 e 1840, já é visível o acentuado processo de pauperização da classe trabalhadora, com o emprego em massa de crianças e mulheres que ofereciam menos resistência à disciplina dos novos processos de trabalho, bem como também eram ferramentas “úteis” em pequenas crises que resultavam em quedas das taxas de lucros, pois engrossavam a massa trabalhadora do exército industrial de reserva com salários ainda mais baixos que os homens.

Os salários eram, portanto sempre comprimíveis (Hobsbawm, 2007), seja por reduções indiretas impostas pelo empregador visando a ampliação dos lucros, seja pela substituição de trabalhadores mais qualificados ou ainda pela crescente competição entre a máquina e o trabalho humano. O uso de máquinas diuturnamente nas fábricas, as jornadas de trabalho de 14 a 16 horas diárias com operários em diferentes turnos e uma rígida supervisão desses trabalhadores resultavam no esgotamento de sua “energia vital”, conduzindo muitos trabalhadores a uma vida curta e morte prematura.

⁶O “capital” deve ser entendido “[...] não como uma propriedade individual do capitalista, mas como uma relação e uma força social (Ivo, 2008 p.67).

Nesse contexto, a força de trabalho, como uma mercadoria, constitui-se como a única riqueza da classe trabalhadora, sendo vendida aos donos dos meios de produção como condição para a manutenção de sua própria vida. Conforme define Castel (2013, p. 290), o assalariado é aquele que “não tem nada, que não tem propriedade, que tem apenas a força de seus braços para vender e que o faz geralmente de forma frágil e miserável”.

A questão social demonstra, assim, uma contradição central no capitalismo, posto que a riqueza é produzida socialmente, mas a apropriação do valor gerado ocorre de forma desigual. Essa contradição resulta na existência e na separação entre força de trabalho e os meios de produção: meios estes como a propriedade e maquinários que são monopolizados privadamente pela classe capitalista. Já os trabalhadores, por meio da venda da sua força produtiva, produzem a riqueza, recebendo em troca um salário que consiste no direito do capitalista em explorar a força de trabalho durante uma jornada, na qual o operário não só produz o trabalho necessário para sua subsistência, mas um trabalho excedente que é apropriado pelo capitalista (Santos, 2012).

Para Carvalho e Iamamoto (2011), o trabalho sob essas condições torna-se “alienado”, aparece como algo externo ao trabalhador, seu trabalho é mortificado, é forçado pois não representa a satisfação de uma necessidade sua, mas é um meio de satisfazer necessidade estranhas a ele pertencentes ao seu patrão/capitalista, sentindo-se livre somente quando deixar de trabalhar. Para Antunes (2006) essa realidade gera um processo de “estranhamento”⁷ considerando que o trabalho como atividade vital e verdadeira desaparece e reflete somente uma relação fundada na propriedade privada e no dinheiro abstraindo a natureza do ser social, desumanizando o trabalhador e colocando a margem tanto do objeto a ser produzido quanto do próprio ato da produção.

Ao analisar o processo de consolidação do capital, destaca-se que a questão social se diferencia da pobreza existente em outros períodos históricos, era um “fenômeno novo” (Netto, 2012 p.203) pois esta pobreza se dava pelo quadro geral da escassez e pelo baixo desenvolvimento das forças produtivas, contudo no capitalismo, é visível o avanço da capacidade produtiva de riquezas e na mesma proporção que se gerava riqueza, se tinha de um outro lado, o pauperismo crescente. Evidencia-se, pois, que o processo de exploração da mão de obra trabalhadora é inerente a sociedade do capital, assim como sua contradição: a riqueza é socialmente produzida, mas apropriada por apenas uma pequena parcela da população.

⁷ Tanto o termo “alienação” quanto “estranhamento” estão presente no pensamento de Karl Marx.

Santos (2012) alinhado à perspectiva de Netto (2012), destaca a existência de um grande paradoxo, pois pela primeira vez na história o progresso científico possibilitaria a diminuição do tempo de trabalho socialmente necessário e aumento do volume de produção de bens e mercadoria com o advento e uso de máquinas cada vez mais tecnológicas, no entanto, na realidade, observou-se altas taxas de mortalidade por exaustão, habitações em locais insalubres, alcoolismo, doenças, fome e baixos salários.

Sobre esse contexto, Hobsbawm (2007, p. 283-284) elenca que:

Nesse período o desenvolvimento urbano foi um gigantesco processo de segregação de classes, que empurrava os novos trabalhadores pobres para grandes concentrações de miséria alijadas de centros de governo e dos negócios, e das novas áreas residenciais da burguesia. A divisão das grandes cidades europeias, de caráter quase que universal, em zonas ricas localizadas a oeste e zonas pobres localizadas a leste se desenvolveu nesse período. E que instituições sociais, exceto a taverna e talvez a capela, foram criadas nestas aglomerações de trabalhadores, a não ser pela iniciativa dos próprios trabalhadores? Só depois de 1848, quando as novas epidemias nascidas nos cortiços começaram a matar os ricos, e as massas desesperadas que aí cresciam tinham assustados os poderosos com a revolução social, foram tomadas as providências para um aperfeiçoamento e uma reconstrução urbana sistemática.

A bebida não era o único sinal de desmoralização. O infanticídio, a prostituição, o suicídio e a demência têm sido relacionados com este cataclismo econômico e social [...]. O mesmo se deu em relação ao aumento da violência crescente [...]. Todas estas distorções de comportamento social tinham algo em comum entre si, e incidentalmente com a “autoajuda” eram tentativas de escapar do destino de um trabalhador pobre, ou na melhor das hipóteses, de aceitar e esquecer a pobreza e a humilhação.

Por conseguinte, Ivo (2008, p.24) define a questão social como:

Uma grande invenção social da modernidade [...]. O pauperismo e a emergência das desigualdades econômicas-sociais, no contexto do progresso e da acumulação da riqueza, constituem-se então, nas manifestações empíricas sobre as quais se formula e se confronta a crítica social ao utilitarismo da modernidade. O seu enfrentamento contém um duplo movimento epistemológico, político social e cultural: (i) a construção de representações sociais adequadas à busca do bem-estar social material; (ii) a consciência da distância imediata dessa realidade, pela qual a emancipação do indivíduo não se converteu em progresso material. É nesse paradoxo e nas contradições entre riqueza e pobreza que se constitui grande partes dos desafios da modernidade [...]. Assim, a problemática da pauperização e a emergência de indivíduos pobres e miseráveis impuseram-se como desafio da questão social na ordem pública.

A terceira dimensão que demarca a questão social é a política, considerando o binômio exploração do trabalho pelo capital percorrido acima, as lutas sociais protagonizadas pelos operários que viviam na mesma localidade e sofriam as mesmas consequências do processo de acumulação e reprodução das relações sociais pressionaram o Estado a regulamentar o conflito de interesses entre as classes sociais. Para Carvalho e Yamamoto (2011, p. 85), o aspecto político da questão social.

[...] não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão.

As primeiras formas de organização de luta dos trabalhadores foram manifestações espontâneas, sem liderança e com a utilização de violência entre os próprios trabalhadores. Essa violência era direcionada a imigrantes ou às máquinas que reduziam seus postos de trabalho. Tais movimentos apresentavam às classes dominantes apenas desordem e ameaças pontuais, pois não chegavam a colocar o sistema social em questão.

Ao passo que se intensificou o processo de exploração foram emergindo e se fortalecendo outras formas de organização da classe trabalhadora como as lutas operárias, os sindicatos, as manifestações públicas, a imprensa operária e as greves gerais. Hobsbawm (2007) destaca que o sucesso do movimento trabalhista ocorreu quando este deixou de ser um movimento estritamente proletário, não se limitando apenas ao movimento de trabalhadores fabris e industriais, assalariados, mas absorvendo todos os segmentos sociais que representavam os trabalhadores pobres como artesãos, mecânicos e trabalhadores manuais.

A forma como os homens vivenciam a contradição entre capital e trabalho tem como resultado a apropriação desigual do que é socialmente produzido. Como toda categoria, “[...] arrancada do real, nós não vemos a questão social, vemos suas expressões” (Machado, 1999, p.3): o desemprego, trabalho precário, o analfabetismo, a fome, pobreza, a violência, a discriminação de gênero, raça, dificuldade de acesso à saúde, à educação e ao trabalho, falta de moradia, violação de direitos, pessoas em situação de rua. Portanto, os fenômenos conhecidos como “problemas sociais” são a face visível, palpável e vivenciada diariamente nas sociedades da questão social.

Essas expressões, também se apresentam nos indicadores de saúde, dentre os quais a mortalidade infantil se destaca como um dos mais sensíveis e fortemente impactado pelas condições de vida das mães e as condições de acesso às políticas públicas.

2.3 A questão social “à brasileira”

A questão social brasileira está inserida na dinâmica da universalidade do modo de produção capitalista já descrita acima. Para explicar a questão social no Brasil, foi utilizada a divisão já realizada por autores como (Fausto, 2006) e Santos (2012) que tratam a década de 1930 a 1945 como o período de desenvolvimento (tardio) do capitalismo brasileiro, inserido no projeto nacional desenvolvimentista que visava a implantação de um modelo de substituição das importações e desenvolvimento da indústria nacional.

Para Santos (2012), a formação sócio-histórica brasileira é carregada de singularidades, considerando-a no espaço e no tempo diferentemente da realidade europeia, em especial por três aspectos: o caráter conservador da modernização do capitalismo, o processo de revolução passiva e a centralidade da ação estatal para constituição.

O caráter conservador da modernização do capitalismo brasileiro está intrinsecamente ligado ao padrão produtivo: latifúndio de monocultura extensiva com vista à exportação. Modelo este, que permaneceu hegemônico por mais de três séculos no país inserido em uma divisão internacional do trabalho de ordem monopolista que impunha também a restrição ou o bloqueio da industrialização, limitado o acesso a tecnologias seja por medidas protecionistas de países centrais ou pelo não desenvolvimento de pesquisas locais que poderiam conceder autonomia tecnológica a médio e longo prazo (Santos, 2012)

No bojo das relações sociais, o conservadorismo se destaca com o trabalho escravo, sendo concebido como um importante instrumento de acumulação primitiva de capital, considerando que o seu baixo custo permitiu uma maximização dos lucros, pois a matéria prima barata produzida por “mãos negras”, podia ser vendida ao mercado internacional proporcionando lucro tanto aos produtores como os compradores.

Ianni (1989) aponta que a nossa história está permeada de situações em que importantes aspectos da questão social estão presentes. Para o autor, durante a vigência do trabalho escravo, havia uma questão social, na qual o escravo era expropriado no produto do seu trabalho e até de si mesmo, sendo propriedade de outro. A esse escravo restava o suicídio, a tocaia contra o seu senhor, rebelião, a fuga, o saque, a expropriação, não havendo qualquer possibilidade de

negociação, a questão social, portanto, era “[...] posta de modo aberto, transparente” (Ianni, 1989, p. 146).

Nesse ponto de vista, Chor e Lima (2005 p. 1586) discute a necessidade de ampliação de estudos sobre as desigualdades étnico-raciais no âmbito da saúde, considerando que as “[...] categorias raciais predizem de forma importante, variações na mortalidade”. Utilizando os dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e SINASC (Sistema de Informações dos Nascidos Vivos), os autores identificaram que a morbidade maternal grave é mais elevada entre mulheres pretas e pardas. Ao passo, que crianças indígenas apresentam maior proporção de óbitos em menores de um (17%), se comparado com brancos, preto e pardos. Além disso, registram o maior percentual de óbitos sem assistência médica (9%) e por causas mal definidas (25%)

A permanência histórica das desigualdades raciais também pode ser observadas nos indicadores relacionados à saúde materno infantil. Os dados da pesquisa Nascer no Brasil II (Leal *et al.*, 2023), realizada entre 2021 e 2023 em 418 hospitais públicos e filantrópicos do país, identificou que mulheres pretas têm 30% mais chance de vivenciar a mortalidade maternal em comparação com brancas, além de menor acesso ao pré-natal no primeiro trimestre de gestação; maior dificuldade para a vinculação do parto em serviço hospitalar de referência, além de maior percentual de trabalho sem remuneração.

Esses dados indicam que as desigualdades étnico-raciais construídas historicamente incidem no acesso ao cuidado em saúde e nos indicadores de mortalidade (Leal *et al.*, 2023).

O processo de revolução passiva, o segundo aspecto da particularidade da questão social no Brasil, é caracterizado pela exclusão da massa do povo no direcionamento da vida social e política, cabendo setores como burguesia e do Estado se anteciparem e operarem os processos de mudanças, sem, contudo, promover alterações estruturantes no modelo econômico e na organização política vigente.

Essa correlação de forças entre os grupos dominantes e sociedade civil, não necessariamente representa fraqueza ou fragilidade perante o Estado, mas sim o reconhecimento e a necessidade de criação de estratégias para a minimização do antagonismo entre as classes. Acrescenta-se ainda que embora as ações das classes dominantes sejam conservadoras e tenham como objetivo a manutenção de uma estrutura vigente, elas também produzem efeitos e refletem importantes conquistas e ganhos sociais.

Ianni (1989) enfatiza que, as lutas por condições melhores de vida e de trabalho pela população assalariada, impulsionaram e evidenciaram a questão social.

As diversidades e os antagonismo sociais começam a ser enfrentados como situações suscetíveis de debate, controle, mudança, solução ou negociação. Ainda que na prática predominem técnicas repressivas, a violência do poder estatal e a privada, ainda assim o direito liberal adotado nas constituições e nos códigos supõe a possibilidade da negociação. E o protesto social, sob diversas formas, no campo e na cidade, sugere tanto a necessidade da reforma como a possibilidade de revolução (Ianni, 1989 p.146).

O terceiro aspecto ressaltado sobre a singularidade brasileira da questão social é a centralidade da ação estatal para a constituição do capitalismo, atuando sob duas vertentes. Primeiro, como agente regulador e apaziguador da luta de classes, com a promulgação dos direitos e serviços socioassistenciais da Era Vargas que deram uma “roupagem” de concessão do Estado para com a classe trabalhadora (Santos, 2012).

Segundo, no âmbito econômico, sendo possível observar que o Estado assume para si o custo da instalação de obras de infraestrutura indispensáveis ao funcionamento do setor privado nacional e multinacional. Temos como exemplo a construção da Usina da Companhia Siderúrgica Nacional em Volta Redonda (1941) e a política protecionista de Valorização do Café, que evidenciam o papel do Estado como condutor principal no processo de desenvolvimento capitalista e relegam à burguesia o papel de ator coadjuvante (Santos, 2012; Fausto, 2006; Netto, 2011).

Santos (2012) descreve que no Brasil houve o desenvolvimento do “liberalismo por conveniência”, que fortaleceu o papel do Estado na contramão do processo europeu, por exemplo, no qual a burguesia buscou se desvencilhar e limitar a atuação do Estado. Aqui, portanto, o liberalismo era exclusivamente urbano e superficial (Ianni, 1989), pois não teve como base a subjunção real do trabalhador à maquinaria nas relações de produção, mas sim foi construída por meio do Estado. Em especial quando houve a submissão dos sindicatos ao aparelho estatal, pois o período populista criou condições de controle e estabilização de um dos fatores essenciais, a força de trabalho para pôr em marcha o processo de expansão urbano-capitalista que se consolidaria na década de 1960 na denominada “Era da industrialização pesada” (Netto, 2011, p. 18).

Considerando o elemento descrito, podemos observar que a atuação do Estado no processo de industrialização brasileiro assume relevância em diferentes períodos históricos conforme destacado por Fausto (2006).

Quadro 1 - Síntese dos períodos históricos do Brasil e a atuação do Estado Brasileiro

Período	Característica central	Papel do Estado
1930–1945	Industrialização básica (metalurgia, mecânica, material elétrico e indústrias químicas e farmacêuticas)	Criação da Companhia Siderúrgica Nacional — CSN (1941) e da Companhia Vale do Rio Doce; controle estatal da infraestrutura (transportes, comunicação, energia e indústria básica).
1945–1964	Plano de Metas JK (Seis grupos prioritários: energia, transportes, alimentação, indústria de base, educação e construção de Brasília)	Criação do BNDE (1952), Petrobrás (1953) e Eletrobrás (1962); atração de investimentos estrangeiros em indústria automobilística, transportes e energia.
1964–1985	"Milagre econômico" e ditadura militar. (Programa de Ação Econômica do Governo (PAEG): redução do déficit público, contração do crédito e compressão salarial)	Criação de Embraer e Correios (1969), Telebrás (1972), Infraero (1973) e Dataprev (1974); ampliação de empréstimos externos junto ao FMI e expansão do comércio exterior.
1981–1990	Recessão e fim do modelo desenvolvimentista (crise do petróleo e abertura política)	Forte queda da capacidade de investimento do Estado; crise da dívida externa.
1990	Abertura econômica e hegemonia neoliberal.	Reforma do Estado para reduzir seu papel na economia; privatização das estatais e atração de capital privado.

Fonte: Fausto, 2006 (Elaborado pela autora).

A observação do quadro acima, bem como dos fatores que demonstram as particularidades da questão social brasileira, são elementos necessários para a compreensão e análise das expressões da questão social que permeiam a sociedade brasileira, considerando que “[...] na formação social brasileira, um dos traços típicos do desenvolvimento capitalista consistiu precisamente em que se deu, sem realizar as transformações estruturais que, noutras formações (as experiências euro-ocidentais) constituíram as suas pré-condições (Netto, 2011, p. 18). E para além disso, demonstra que o capitalismo tardio e periférico consolidado através do Estado, como no caso brasileiro, reforçou uma sociedade desigual.

Tomando como ponto de partida, as particularidades da questão social brasileira expostas acima e a relação com a mortalidade infantil na sociedade brasileira contemporânea, o item abaixo se propõe a discutir algumas de suas expressões históricas e ainda latentes, como: o desemprego, a pobreza, a desigualdade social e a exclusão social. Ressalta-se que não há pretensão de esgotar todas as expressões da questão social, mas sim introduzir e estimular o pensamento crítico, buscando compreender como essas determinações estruturais do Sistema

capitalista, se reproduz nas condições de vida da população que incidem diretamente sobre a mortalidade infantil em um determinado território (Oliveira, Garcia e Costa, 2025).

2.4 Reflexões sobre as expressões da questão social no Brasil contemporâneo

2.4.1 Desemprego e trabalho vulnerável

A análise do desemprego e do trabalho vulnerável parte de uma perspectiva macroeconômica nacional, necessária para contextualizar as condições do mercado de trabalho que incidem sobre o território da 12ª Regional de Saúde de Umuarama. Os dados apresentados a seguir constituem, portanto, o pano de fundo estrutural sobre o qual se analisará, no Capítulo 5, como essas expressões da questão social se manifestam concretamente nas famílias cujos filhos foram a óbito.

O trabalho, como já discutido acima, na sociedade capitalista, se subverte em meio de subsistência para a classe trabalhadora, pois a maioria da população está separada dos meios de produção e, por conseguinte, ingressa no trabalho assalariado a fim de sobreviver (Colmán e Pola, 2009).

Nessa mesma ótica, Castel (1998) destaca que a condição de assalariado foi, durante muito tempo, uma das situações mais incertas, indignas e miseráveis. Quem caía nessa condição era o artesão arruinado, o agricultor cuja terra não alimentava mais, e o aprendiz que não conseguiu ser mestre. Estar ou cair na condição de assalariado era instalar-se na dependência e ser condenado a viver de jornada e sob o domínio da necessidade.

Contudo, ao longo do desenvolvimento histórico, especialmente na Europa, o trabalho tornou-se peça central no modelo do Estado de bem-estar social. Ou seja, se antes, o trabalho carregava o peso do infortúnio, na década de 1960 ele torna-se base e força motriz de um modelo de seguridade social. Partindo desse pressuposto, Castel (1998) destaca que o trabalho transforma-se em emprego, e nessa condição torna-se um suporte privilegiado de inscrição na estrutura social, pois é a partir do emprego estável e da participação nas redes de sociabilidade e no sistema de proteção que cobrem os indivíduos em situações de acasos da existência humana como a doença, a velhice, o acidente ou a falta de pecúnia.

Embora as reflexões de Castel (1998) acerca do trabalho e da condição de assalariado terem sido desenvolvidas no contexto europeu, elas oferecem um referencial importante para compreender as particularidades da questão social no Brasil. A partir dessa perspectiva, a falta

de emprego ou a vinculação a empregos temporários destaca aspectos fundamentais para a análise do mercado de trabalho no Brasil.

Santos (2012) enfatiza que o desemprego, ou subemprego, constitui a expressão da questão social que está no cerne de diversas outras mazelas sociais.

Para os autores Antunes e Pochamann (2007), Santos (2012), Costa (2002) e Netto (2011), o desemprego é um fenômeno histórico e social próprio da sociedade capitalista e tem sua gênese no mesmo momento histórico da questão social.

Costa (2002) estabelece que a noção de desemprego moderna é historicamente situada a partir de 1930, pois as relações de trabalho estáveis se iniciaram nesse período e que, para sua constituição, foi necessário primeiro que se estabelecesse a definição do que era emprego, ou seja, a condição de trabalhador salarial e com direitos à cidadania. A partir dessa caracterização, passou a ser realizada a classificação da população em empregados, desempregados e inativos, e a representação social da força de trabalho entre emprego, desemprego e inatividade foi incorporada às estatísticas dos países como forma de mensuração do problema.

Outro aspecto a ser destacado é que, nesse período, o desemprego deixou de ser tratado a partir da ótica da moral e individual e começou a ser visto como consequência da atividade industrial, da dinâmica de crise do capitalismo e, por vezes, decorrente da falta de qualificação profissional. Para além disso, passou a ser objeto de intervenção por parte do Estado na criação de políticas públicas voltadas a minimizar o impacto desse fenômeno.

Costa (2002), conforme a Organização Internacional do Trabalho (OIT), define desemprego como “[...] todas as pessoas que durante o período de referência a) estão sem trabalho, b) estão correntemente disponíveis para o trabalho e c) procuram efetivamente trabalho” Costa (2002, p. 30).

Tal definição, conforme discutido por Santos (2012), refere-se a um modelo aplicável ao mercado de trabalho somente em países ou em economias organizadas que vivenciaram o pleno emprego, não sendo possível essa classificação e distinção no Brasil, tendo em vista que aqui há existência do desemprego de forma massiva de alta rotatividade, devido a excesso da força de trabalho disponível para capital. A heterogeneidade do mercado de trabalho no Brasil é acrescida à presença de um grande setor informal, que inclui um contingente significativo de trabalhadores por conta própria, sem carteira assinada, além de ocupações extremamente precárias, irregulares e descontínuas.

No contexto do período das décadas de 1980 a 1990, que Antunes (2006) define como uma das principais consequências da reestruturação produtiva, as “Metamorfoses do mundo do Trabalho”, fica evidenciada a heterogeneidade, a fragmentação e a complexificação da classe

trabalhadora. Para o autor, esse período é marcado pela desproletarização do trabalho industrial e a consequente diminuição da classe operária. Por outro lado, demonstra a expansão do trabalho assalariado no setor de serviços e a incorporação do contingente feminino no mundo operário com a exclusão de mais jovens e mais velhos. Argumenta-se também que se intensificou a subproletarização, presente na expansão do trabalho parcial, temporário, precário e subcontratado, bem como se criaram categorias como “empreendedorismo”, “cooperativismo” e trabalho voluntário (Antunes e Pochamann, 2007).

Para Antunes (2006, p. 52) essas diferentes categorias apresentam similaridade em determinados aspectos:

[...] a precariedade do emprego e da remuneração; a desregulamentação das condições de trabalho em relação às normas legais vigentes ou acordadas e a consequente regressão dos direitos sociais, bem como a ausência de proteção e expressões sindicais, configurando uma tendência à individualização externa da relação salarial.

Santos (2012) enfatiza que o processo de desemprego e a informalidade que assolou os países europeus nas décadas de 1980 e 1990 sempre esteve presente no mercado de trabalho brasileiro, pois “[...] aqui nunca se experienciou negociações coletivas em decorrência da estabilidade do emprego ou a transferência de índices de produtividade para os salários ou sequer o reconhecimento social dos sindicatos” (Santos, 2012, p. 172). Para a autora, o mercado de trabalho brasileiro, em especial no processo de industrialização pesada após a década de 1960, delegou à classe trabalhadora brasileira uma condição de super-exploração. Isso ocorreu em meio a uma cultura de autoritarismo e ausência de direitos e de dificuldade à organização sindical autônoma.

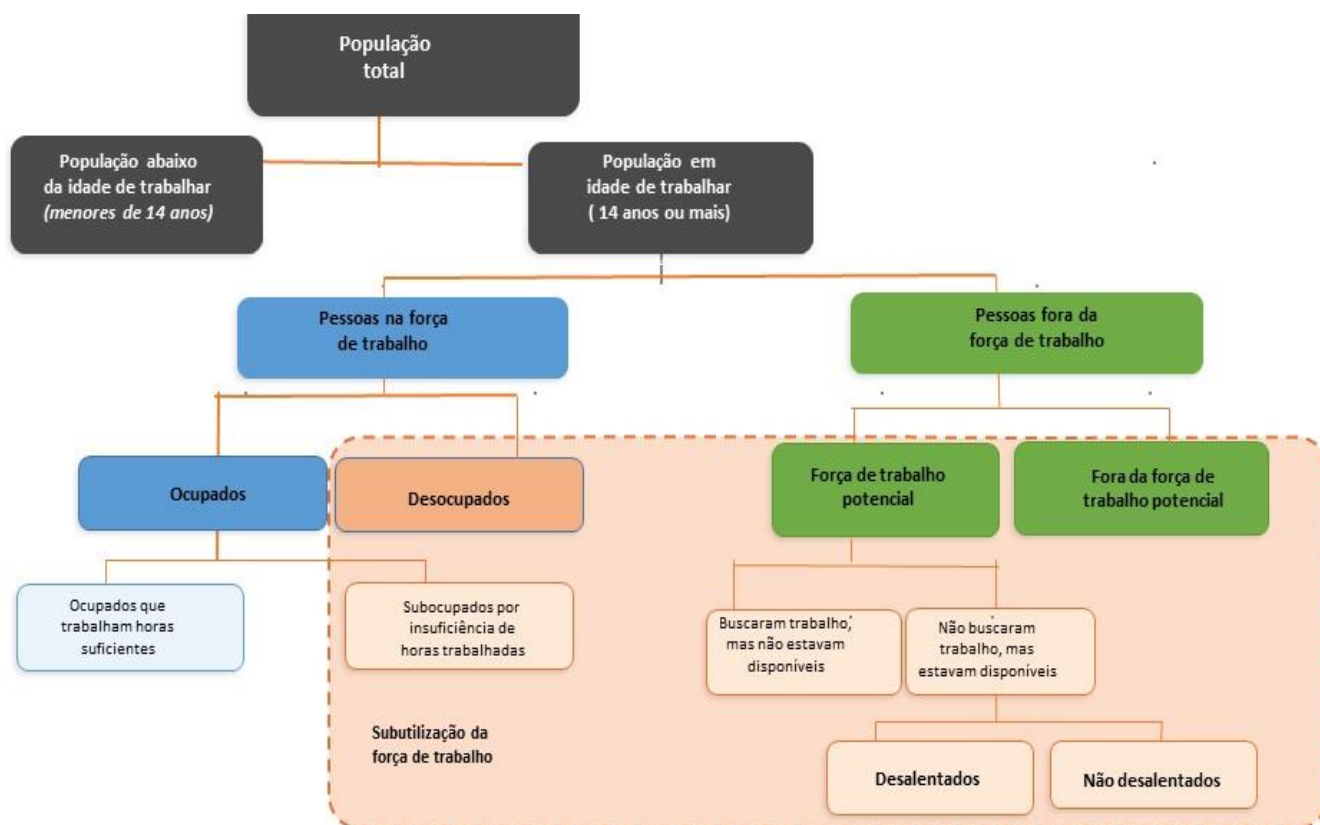
A análise dos autores destacados acima sobre a questão do desemprego e suas nuances é um elemento necessário para a compreensão desse fenômeno na estrutura da sociedade brasileira, considerando as nossas particularidades. Decorre ainda que, diante das transformações sobre o mercado de trabalho, foi necessário estabelecer novas definições para a mensuração desse indicador, sendo necessário superar a divisão tradicional entre emprego, desemprego e inatividade, já que esta não contemplava e nem poderia dimensionar a complexidade do “desemprego”.

Diante disso, foram integrados novos parâmetros de análise, conforme a metodologia utilizada no Brasil pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD), que inclui as categorias de desempregado (desocupados), taxa de desemprego, desalentados e taxa de subutilização.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) caracteriza o desemprego ou desocupação como as pessoas com idade para trabalhar (acima de 14 anos), que não estão trabalhando, porém tomaram providência efetiva para encontrar trabalho e estão disponíveis para assumi-lo, caso encontrem. Nesse entendimento, para alguém ser considerado desempregado, não basta não possuir um emprego (IBGE, 2025). Já a taxa de desocupação consiste na porcentagem de pessoas que, na força de trabalho, estão desempregadas.

A subutilização da força de trabalho engloba o grupo dos desocupados e a força de trabalho potencial, que reúne também a força de trabalho subocupada por insuficiência de horas trabalhadas. As pessoas que estão fora da força de trabalho se dividem em força de trabalho potencial, ou seja, aquelas que não estão na força de trabalho, mas possuem um potencial para serem integradas a esta força, e o grupo de fora de força potencial, que engloba as donas de casa que não trabalharam fora, adolescentes em idade escolar, aposentados e outras pessoas que não têm interesse ou condições de trabalhar (IBGE, 2025). Segue abaixo o modelo explicativo da divisão do mercado de trabalho.

Figura 1 - Divisão do mercado de trabalho no Brasil conforme o IBGE (2025)

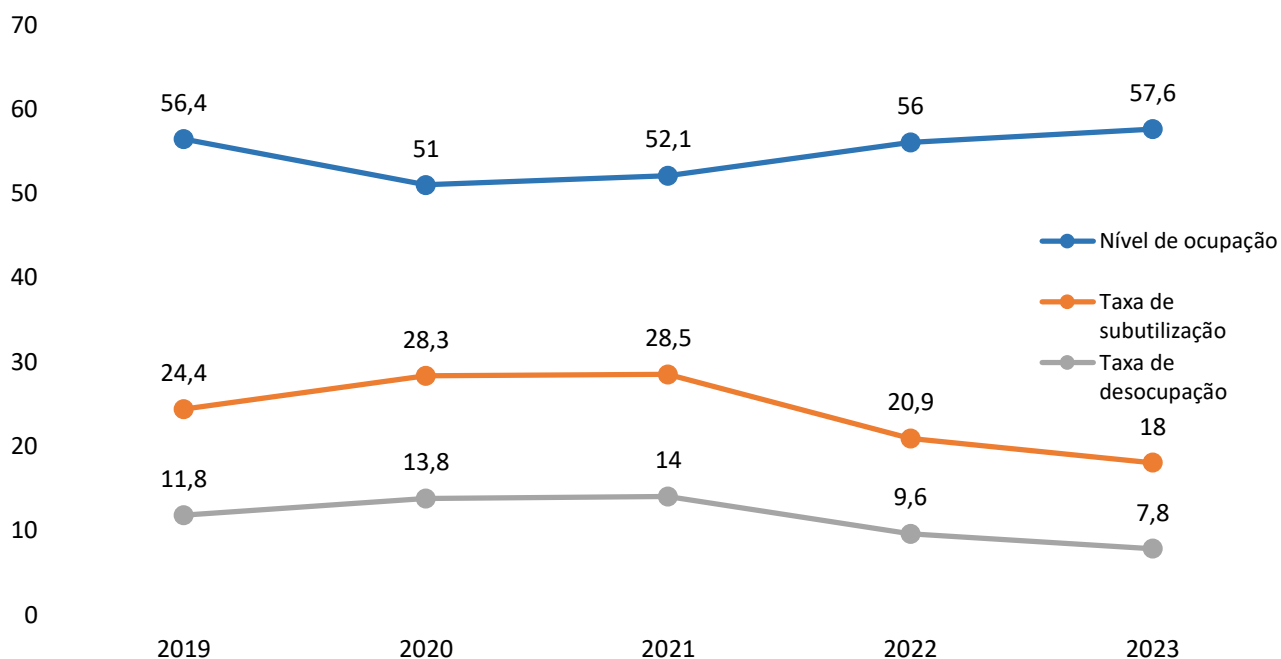


Fonte: IBGE online, 2025, adaptado pela autora.

O documento denominado de “Síntese de indicadores Sociais, uma análise das condições de Vida da População Brasileira” do ano de 2024 fornece elementos reflexivos sobre o desemprego enquanto expressão da questão social nos anos de 2019 a 2023. Cabe ressaltar que o contexto de pandemia da Covid 19 que iniciou em 2020, produziu repercussões em escala global afetando diversas ordens, tais como a biomédica, epidemiológica, social, política, cultural, histórica e econômica (Fiocruz, 2023).

Destaca-se que, economicamente, no ano de 2020, o Produto Interno Bruto (PIB) teve queda de 3,3 % (IBGE, 2024) visto que diferentes ramos de atividades econômicas foram afetados em decorrência das políticas de lockdown e isolamento social ocasionando a queda na renda e a destruição de posto de trabalho. No ano seguinte, a economia iniciou uma recuperação a partir do combate mais efetivo à pandemia, em especial a vacinação de grupos prioritários e a adaptação das atividades produtivas à situação enfrentada desde o início de 2020. Somente a partir de 2022, o processo de recuperação pós-pandemia veio a se consolidar e a refletir efetivamente na geração de postos de trabalho conforme observado no quadro abaixo.

Figura 2 - Nível de ocupação, taxa de desocupação e taxa composta de subutilização da força de trabalho- Brasil 2019 a 2023.



Fonte: Síntese de indicadores Sociais, uma análise das condições de Vida da População Brasileira, IBGE 2024. Adaptado pela autora.

A partir de 2022, as taxas de desocupação e subutilização, que tiveram um aumento expressivo em 2020 permanecendo estável em 2021, tiveram reduções significativas. O nível de emprego (ou seja, a proporção de indivíduos empregados em relação à população em idade trabalhar) que sofreu uma queda acentuada em 2020, e permaneceu sem alterações significativas em 2021, se intensificou em 2022 e 2023, alcançando um patamar superior ao observado em 2019. A taxa de desemprego e a subutilização voltaram aos patamares anteriores à pandemia, atingindo, respectivamente, 7,8% e 18,0% em 2023.

A análise do desemprego e do trabalho vulnerável no contexto da sociedade capitalista brasileira permite compreender como essas expressões da questão social que incidem sobre as condições de vida e saúde da população. Em contextos de precarização do trabalho ou ausência de renda, a população fica mais exposta a situações como de insegurança alimentar, habitação precária e instabilidade na renda.

Maia *et al* (2020), ao analisarem os fatores que mais influenciaram a mortalidade infantil nas capitais brasileiras, identificaram que filhos de mães que não possui emprego remunerado, apresentaram maior o risco de óbito em crianças com menos de um ano. Leal *et al.* (2017) destacam que a ocupação da mãe é um dos determinantes distais da mortalidade infantil no Brasil, juntamente com a escolaridade e a renda, formando um conjunto de fatores que influenciam o acesso aos cuidados de saúde e os resultados perinatais.

Corrêa *et al.* (2022) destacam que as mulheres desempregadas e sem companheiro apresentam maior vulnerabilidade. Segundo os autores, a ausência ou a insuficiência de renda repercute no acesso renda e nas condições de saúde materna, podendo resultar em pré-natal insuficiente e complicações obstétricas que afetam a saúde materno infantil.

2.4.2 Pobreza

A pobreza é um fenômeno multidimensional e historicamente construído. Partindo dessa premissa, o próprio conceito de pobreza sofreu alterações ao longo dos anos, podendo ser analisada com ou sem juízo de valor, sob enfoques exclusivamente econômicos ou integrando dimensões não-econômicas, e contextualizada de forma dependente ou independente da estrutura socioeconômica e política da sociedade.

Para Schwartzman (2004), a pobreza e a desigualdade são tão antigas quanto a humanidade e sempre vieram acompanhadas de fortes sentimentos morais sendo suas causas “voluntárias” ou “involuntárias”.

Sob a ótica da voluntariedade, o autor destaca a influência do pensamento do economista Thomas R. Malthus defendia que a causa principal da pobreza era a forma rápida com que as pessoas se multiplicavam, em contraste com a pouca produção de alimentos. A solução para o problema seria a educação e controle de comportamentos sexuais e reprodutivos diminuindo assim, a quantidade de filhos. Dessa forma, a culpa dos pobres é tão somente deles que não tem vontade de trabalhar, “a mendicância, [...] era uma deformação de caráter, e por isto indigna de apoio e ajuda (Schwartzman, 2004, p.15) devendo ser os vagabundos combatidos pela repressão (Castel,1998).

A pobreza “involuntária” seria aquela relegada a segmentos pobres específicos como os órfãos, doentes e viúvas que por condições do próprio destino eram compelidos a aceitar ajuda, em especial de seus familiares, vizinhos e concidadãos. Esse tipo de pobreza e sua assistência era, portanto, entendida como uma condição natural das pessoas e que em situações especiais necessitavam de amparo.

Com as transformações sociais do modo de produção do capitalismo no final do século XVII e início século XVIII lentamente essa dicotomia de pobreza “voluntária” ou “involuntária” passou a ser incorporada em um novo discurso indicando a “tomada de consciência de uma vulnerabilidade de massa, distinguindo da consciência secular de uma pobreza de massa” (Castel, 2008, p.219).

Nesse período a inquietação foi para além dos “vagabundos” e os “mendigos”, incorporando a mensuração da precariedade das situações daqueles que trabalhavam, mas que ocupam postos de trabalhos instáveis, de baixa ocupação e intermitente pode ocasionar a qualquer momento uma “fratura”, lançando esses trabalhadores a condição ainda mais miserável. Partindo dos pressupostos elencados acima, Castel (1998) destaca que a transformação no modo de ver a pobreza, representou em termos práticos, a elaboração por partes dos governos de novas políticas de reorganização do trabalho em detrimento gradual das políticas de auxílio e trabalhos forçados.

Os trabalhadores necessitavam ser mantidos e serem trabalhados (serem assistidos) a fim de fazerem crescer e colher aquilo que o trabalho gera: a riqueza social. Esse olhar foi a gênese da implantação da sociedade salarial constituída na Europa no século XX, onde o indivíduo se integra socialmente e adquire direitos por meio do emprego estável.

No Brasil, a pobreza tem suas raízes profundamente imbricadas no modo de produção escravista que perdurou até o final do século XIX. Diferentemente da Europa, onde, no mesmo período, ganhava força a ideia de cidadania e igualdade entre os indivíduos, a sociedade e a

economia brasileira mantinham a escravidão como um componente central da organização social e produtiva (Santos, 2012).

Nesse mesmo contexto, existia também uma desqualificação dos homens livres, classificados como desocupados ou incapazes para o trabalho, que evidenciava a resistência das oligarquias à formação da pequena propriedade agrícola e o esforço em transformar pequenos agricultores de subsistência em trabalhadores semidependentes por meio de contratos de locação de serviços (Schwartzman, 2004).

Conforme Ivo (2008), a historiografia brasileira é farta de material sobre a representação dos homens livres pobres como pertencentes às classes perigosas, dotados de inferioridade racial, sendo classificados como ociosos, preguiçosos e vagabundos. A pobreza e a miséria eram consideradas inevitáveis para ampla parcela da população (Schwartzman, 2004), e antes de 1930 não houve preocupação estatal com a criação de leis ou instituições públicas para assistência ao pobre, limitando-se a ações pontuais como as Santas Casas de Misericórdia.

O panorama brasileiro no final do século XIX da pobreza foi definido pela heterogeneidade de segmentos sociais:

Era assim a população brasileira, ao final do século XIX: uma pequena elite branca, os remanescentes de uma economia escravocrata em decadência, e uma multidão de escravos libertos, filhos bastardos, descendentes de índios e brancos empobrecidos, e pobres migrantes trazidos da Europa e do Japão. Viviam sobretudo no campo, muitas vezes em grandes fazendas, mas em grande parte como parceiros, produzindo, se tanto, o suficiente para a sobrevivência; mas também nas cidades como vendedores, artesãos, caixeiros, biscateiros, agregados, desempregados e mendigos ocasionais. Muito parecidos com as classes perigosas de Marx, mas que, longe de serem os resíduos de uma ordem social e econômica em transição, eram a maioria da população de um país que se formava [...] (Schwartzman, 2004, p.20):

No campo social, o fim da escravidão não foi acompanhado pela superação da estrutura fundiária e concentradora de riquezas, bem como completou o processo de expurgação dos agora ex-escravos à própria sorte, sem recursos como educação, terras para cultivar ou qualquer outro meio de subsistência, ocasionando dessa forma um aumento da massa de desocupados ou vadios nas cidades, formando assim a ralé de subcidadãos desvinculados do processo de produção (Schwartzman, 2004; Ivo, 2008).

A década de 1930 representou um marco na história social e econômica do Brasil, com a crise de 1929 e a Revolução de 1930 impulsionando a industrialização e a urbanização. Nesse cenário, emerge a atuação do Estado na pobreza. A pobreza aqui compreendida e objeto de

intervenção é somente a urbana e industrial, que representava 31,3% da população de 41,2 milhões de brasileiros, conforme dados do IBGE de 1940 (Agência de Notícias, 2007).

A população rural não se beneficiou das regulamentações propostas no período, em especial dos avanços trabalhistas como a carteira de trabalho, jornada de 8 horas, férias remuneradas, salário-maternidade e fixação do salário-mínimo. Tais medidas, além de favorecerem o capital e o trabalho formal urbano, excluindo a maior parcela da população, a rural, também serviram como mecanismos de controle da classe operária, conforme apontam Iamamoto e Carvalho (2011). Contudo, esse período é caracterizado como fundamental para a consolidação de uma gradativa valorização da força de trabalho, tal como ocorreu na Europa, influenciado pela organização dos trabalhadores contra as condições gerais de exploração do trabalho e estabelecendo os mínimos sociais.

O governo de Juscelino Kubitschek foi orientado pela doutrina do nacionalismo desenvolvimentista, influenciada pela Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL), que defendia a industrialização como caminho para superar a miséria (Couto, 2010). Seu plano de governo, o "Plano de Metas", visava acelerar o crescimento econômico com foco em infraestrutura e indústria, prometendo "50 anos em cinco". Entre as principais realizações estão a construção de Brasília e a implantação da indústria automobilística, com forte atração de capital estrangeiro (Couto, 2010; Ferreira, 2013). No entanto, as medidas econômicas contribuíram para o aumento da pobreza e da desigualdade, com crescimento do desemprego, inflação e queda nos salários.

Durante a ditadura militar (1964–1985), a questão da pobreza foi marcada por contradições profundas. Apesar do crescimento econômico acelerado no período conhecido como "milagre econômico" (1968–1973), os frutos desse desenvolvimento foram concentrados em camadas restritas da sociedade, acentuando as desigualdades sociais conforme descrito abaixo:

O Estado militarista uniu-se às forças dominantes restringindo as políticas de massa. O governo, visando o desenvolvimento econômico do país, se utiliza da contenção salarial, o que elevou a desigualdade social, provocando ainda mais a pauperização da população. A questão social passa a ser controlada através da coerção e da violência, os conflitos sociais são reprimidos severamente, sendo vistos como caso de polícia. Neste contexto, a demanda social passa a ser atendida pelo binômio: repressão x assistência, onde as ações assistenciais passam a ser utilizadas pelo aparato estatal como forma de amenizar o estado de empobrecimento da população e em nome da segurança nacional, evitando que os trabalhadores realizassem alguma mobilização. O Estado procurou aliançar-se a elite para ampliar a ação assistencial através de programas, benefícios e serviços.

O arrocho salarial imposto pelo regime, somado à ausência de políticas de redistribuição de renda e proteção social universal, comprometeu significativamente as condições de vida da população mais pobre (Fausto, 2006). A urbanização acelerada, impulsionada por migrações internas, levou à expansão desordenada de favelas e periferias urbanas sem infraestrutura adequada. Além disso, o regime reprimiu movimentos sociais que buscavam denunciar a pobreza e lutar por direitos básicos, dificultando a mobilização da população em situação de vulnerabilidade. Assim, a ditadura militar, ao priorizar a estabilidade econômica e a repressão política, negligenciou as necessidades sociais mais urgentes, perpetuando a exclusão e a marginalização de amplas parcelas da população (Ferreira, 2013, p.17)

A década de 1980, conhecida como “década perdida”, foi marcada por estagnação econômica, hiperinflação, crise da dívida externa e aumento da desigualdade social no Brasil. A pobreza se intensificou devido ao desemprego, arrocho salarial e desvalorização da moeda, afetando principalmente as famílias mais pobres. A urbanização desordenada e a falta de políticas habitacionais eficazes contribuíram para a formação de bolsões de pobreza nas grandes cidades. Apesar do fortalecimento dos movimentos sociais e do processo de redemocratização, as políticas públicas ainda eram frágeis e insuficientes, e a ausência de um sistema universal de proteção social agrava a exclusão e as condições de vida da população vulnerável.

As décadas de 1980 e 1990 foram consideradas “paradigmáticas e paradoxais”, pois, ao mesmo tempo em que houve avanços democráticos, como a promulgação da Constituição de 1988, consolidou-se também a hegemonia do modelo neoliberal. Segundo Couto (2010), esse modelo priorizou o mercado em detrimento das políticas sociais, promovendo reformas que reduziram o papel do Estado como provedor de direitos sociais. As privatizações e as mudanças na previdência social enfraqueceram conquistas sociais, delegando à iniciativa privada ou à filantropia parte das responsabilidades no campo social.

Conforme aponta Januzzi (2017), na década de 1980, os estudos e indicadores de pobreza ganharam destaque na agenda de pesquisa em políticas públicas sociais, em decorrência do próprio contexto social e econômico do período, marcado por significativo empobrecimento de diversos segmentos sociais em decorrência da crise econômica que assolava os países, em especial, na América Latina.

Nesse momento, se constrói, segundo o autor, uma ampla literatura, constituindo um campo disciplinar de estudos de pobreza monetária. O conceito de pobreza assume diferentes concepções teóricas alinhadas a mecanismos internacionais que visam não apenas mensurar a escassez de renda, mas também identificar outros fenômenos como exclusão social, econômica e política na contemporaneidade. Os tipos de pobreza são: pobreza absoluta ou de subsistência, pobreza relativa ou de necessidades básicas e pobreza multidimensional (Ivo, 2008).

Os conceitos de pobreza absoluta e relativa se inserem em análises macroeconômicas e foram elaborados em períodos históricos distintos. O conceito de pobreza absoluta começou a ser delineado no final do século XIX e buscava "[...] encontrar e formular ações que possibilitaram o acesso de pessoas pobres a um nível mínimo de alimentação, suficiente apenas para garantir sua reprodução física." (Raitano e Ribeiro, 2019, p. 5). Esse método da linha de pobreza inglês, desenvolvido pelo economista Rowntree em sua versão simplificada, buscava estabelecer um custo mínimo de consumo que permitia assegurar a sobrevivência do indivíduo e sua família. Esse método, portanto, consiste em associar um patamar de renda a um nível de consumo das famílias, determinando uma linha de pobreza, sendo que os indivíduos abaixo dela seriam considerados pobres.

Contudo, foi especialmente a partir da década de 1960 que o Banco Mundial formalizou o uso da linha de pobreza absoluta, baseada na renda necessária para adquirir uma cesta mínima de bens essenciais, sobretudo alimentares. Tal abordagem foi amplamente criticada, pois enfatizava a insuficiência de renda como critério universal de medição da pobreza. Ela desconsiderava a riqueza de um país a outro, nem a evolução geral do modo de vida, ou a repartição da renda entre diferentes grupos populacionais (Ivo, 2008).

A partir dos questionamentos à limitação do conceito de pobreza absoluta, emergiu com maior força o conceito de pobreza relativa a partir da década de 1970. Essa abordagem compreende a pobreza como uma condição que deve ser analisada em relação aos padrões médios de vida de uma determinada sociedade.

Para Raitano e Ribeiro (2019, p. 5):

A abordagem das necessidades básicas vai além da renda e passa a ter uma visão multifacetada da pobreza. Incluem-se nela dois grupos de elementos. O primeiro, o padrão mínimo de vida privada de uma família como: comida, moradia, roupas e etc. O segundo, o padrão mínimo de vida da comunidade como um todo, como: água potável, serviços sanitários, transporte público, saúde, educação e acesso à cultura.

Dessa forma, esses indicadores dimensionam a pobreza para classificação da população como pobre ou não, a partir do estado de carências ou de necessidades básicas insatisfeitas em diversas dimensões analíticas como educação, atendimento à saúde, habitação e emprego. Tais indicadores, segundo Januzzi (2017), oferecem uma visão estrutural da questão, complementando o quadro retratado pelas proporções de pobres avaliados pela linha de pobreza monetária, mais sujeitos às variações conjunturais, identificando carências sociais, de exclusão e de vulnerabilidade social. Essa perspectiva foi influenciada pelas economias de terceiro

mundo e se constituiu como uma nova estratégia de mensuração do desenvolvimento desses países.

Com o avanço das abordagens críticas e interdisciplinares, consolidou-se, a partir da década de 1990, o conceito de pobreza multidimensional, que passa a incorporar simultaneamente aspectos econômicos, sociais e políticos na análise das condições de vida das populações. Inspirado nos trabalhos do economista indiano Amartya Sen⁸, esse conceito entende a pobreza como privação de capacidades, isto é, a impossibilidade de as pessoas viverem a vida que valorizam e têm razões para valorizar.

Em sua visão, a ampliação da capacidade do ser humano afetaria, diretamente o âmbito das liberdades humanas, o bem-estar social e a qualidade, tanto por seus valores intrínsecos como por sua condição de elemento constitutivo das mesmas; e indiretamente, ela permitiria estimular a produtividade de elevar o crescimento econômico, ampliar as prioridades do desenvolvimento e controlar razoavelmente a mudança geográfica (Wanderley, 2013)

Essa abordagem considera dimensões como acesso à educação, saúde, saneamento, habitação digna, trabalho decente, segurança alimentar, entre outros fatores que impactam a qualidade de vida. O Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), desenvolvido pelo PNUD, é um dos instrumentos mais reconhecidos internacionalmente para mensurar esse tipo de pobreza, pois permite captar a complexidade das privações simultâneas enfrentadas pelas famílias, muitas vezes invisibilizadas pelas métricas baseadas apenas em renda (Januzzi, 2017).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no documento “Síntese de indicadores Sociais, uma análise das condições de Vida da População Brasileira” do ano de 2024 traz um panorama da pobreza monetária, ou seja, busca-se mensurar o número de pessoas pobres, definidas como aquelas que se encontram abaixo de um determinado limite de renda (no caso o rendimento domiciliar *per capita*). Como o Brasil não possui uma linha oficial de pobreza, o documento emprega 4 (quatro) linhas para medir a pobreza sendo estas identificadas abaixo:

⁸ Obra denominada Desenvolvimento como Liberdade foi publicada em 1999 e consolidou o pensamento do autor sobre o desenvolvimento humano como referência para pesquisadores e formuladores de políticas públicas em todo o mundo.

Quadro 1 - Linhas de pobreza monetária na Síntese de indicadores Sociais do IBGE.

Tipo de linha	Base / Critério	Valor de referência
Linha internacional (Banco Mundial)	Dólares diários, nível internacional	US\$ 3,65 e US\$ 6,85 por dia (atualização 2022)
Linha relativa (OCDE)	Proporção do rendimento mediano do país	50% do rendimento mediano nacional
BPC	Critério de inclusão — Benefício de Prestação Continuada	Renda familiar per capita < ¼ do salário mínimo
CadÚnico	Cadastro Único de Programas Sociais	½ salário mínimo per capita
Bolsa Família (BF)	Critério de concessão do benefício	Até R\$ 218 per capita/mês (atualização 2023)

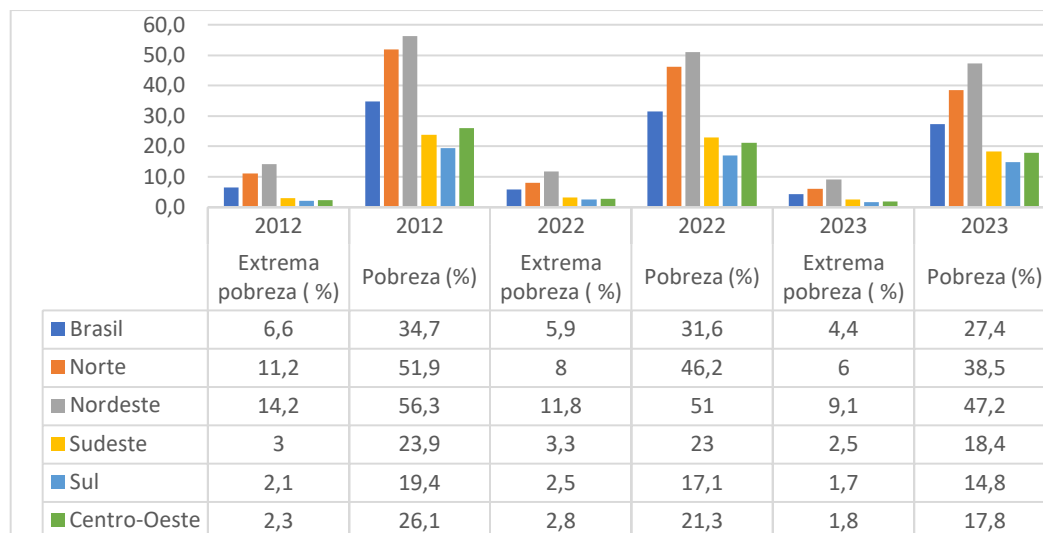
Fonte: Síntese de indicadores Sociais, uma análise das condições de Vida da População Brasileira, IBGE 2024.

Adaptado pela autora.

As linhas apresentadas acima, exemplificam a forma de mostrar que a proporção de pobres em um determinado espaço e período varia de acordo com os critérios adotados. Dessa forma, os dados sobre a pobreza no Brasil nos indicam que:

[...] em 2023, público-alvo potencial do Programa Bolsa Família (pessoas com rendimento abaixo de R\$ 218) era de 9,9 milhões de pessoas em 2023. Se tomarmos em consideração a linha recomendada internacionalmente para o Brasil (US\$ 6,85 PPC), o total de pobres supera 58,9 milhões de pessoas no mesmo ano. Cabe ressaltar que as linhas de extrema pobreza ainda apontavam, em 2023, para um contingente entre 9,5 milhões pessoas pela linha de US\$ 2,15 e de 20,0 milhões de pessoas pela medida do BPC (renda per capita inferior a ¼ do salário mínimo) (IBGE, 2024 p. 53).

Os dados também revelam que entre os anos de 2022 e 2023 a extrema pobreza caiu de 5,9 % para 4,4% e a pobreza de 31,6% para 27,4 %. Entre 2022 e 2023 houve redução de cerca de 3,1 milhões de pessoas extremamente pobres e de 8,7 milhões de pessoas pobres. Considerando esses dados é a primeira vez na série histórica que a extrema pobreza ficou abaixo de 5% da população.

Figura 3 - Pobreza e extrema pobreza no Brasil de 2012 a 2023.

Fonte: Síntese de indicadores Sociais, uma análise das condições de Vida da População Brasileira, IBGE 2024.

Adaptado pela autora.

No que tange à disposição no espaço geográfico brasileiro, verifica-se que as regiões Norte e Nordeste registraram as maiores proporções de pessoas pobres e extremamente pobres. A pobreza teve maiores proporções nos estratos de Arcos Metropolitanos e o interior das Regiões Norte e Nordeste: do Rio Purus (AM), com 66,6%; Litoral e Baixada Maranhense, com 63,8%; e Entorno Metropolitano de Manaus (AM), com 62,3%. Nas grandes regiões de Cuiabá (MT), Brasília (DF) e Rio de Janeiro (RJ) também se observa uma proporção de 29,9%, 27,6% e 33,9%, respectivamente, de pessoas pobres (IBGE, 2024), demonstrando a persistência das desigualdades regionais.

A análise histórica e conceitual da pobreza, bem como os dados expostos acima, buscou compreendê-la, como resultado do sistema econômico vigente e não apenas uma deficiência do modelo de desenvolvimento. Também identifica a pobreza como um fenômeno ligado à escravidão, à exclusão social e à negação sistemática de direitos a amplas parcelas da população. Assim, longe de ser apenas um problema econômico, a pobreza é uma expressão das desigualdades históricas, políticas e sociais que moldaram o país.

No âmbito da literatura, a associação entre mortalidade infantil e pobreza é amplamente conhecida. Tejada et al. (2019), em estudo com 127 países, confirmaram que piores indicadores econômicos estão associados a maiores taxas de mortalidade infantil, com efeitos mais expressivos em países de renda baixa e média, evidenciando ainda que o maior investimento em gasto público em saúde ameniza esses impactos.

No Brasil, Oliveira *et al* (2025), ao analisarem a TMI nas cinco regiões brasileiras entre 2010 e 2022, demonstraram que as regiões Norte e Nordeste, onde os rendimentos domiciliares per capita ficam abaixo do salário mínimo, com R\$ 1.107 e R\$ 1.023 respectivamente em 2022, mantiveram as maiores taxas de mortalidade infantil do país ao longo de todo o período analisado. Na região Sul e Sudeste, com os maiores rendimentos médios, registraram os menores indicadores. Os autores também analisaram que a redução contínua da TMI entre 2000 e 2015 coincidiu com políticas de ampliação da transferência de renda e redução da pobreza.

De forma complementar, Boing e Boing (2025) demonstraram que municípios com menor IDH-M, onde se concentram os maiores índices de pobreza, registraram TMI até 49% superior em 2022, com 76.832 registrados de óbitos de crianças menores de cinco anos entre 2010 e 2022. sendo identificados que as causas desses óbitos são resultadas de doenças nutricionais e metabólicas, diretamente associadas à insegurança alimentar decorrente da pobreza. Esses dados colhidos em outros estudos reforçam que a pobreza se revela como um determinante estrutural de mortes evitáveis no primeiro ano de vida de crianças.

2.4.3 Exclusão social

A exclusão social é intrínseca ao modo de produção capitalista (Sposati, 1998). Partindo desse pressuposto, a exclusão social não é um fenômeno novo, ela integra o processo de acumulação inerente ao sistema capitalista, onde é próprio “incluir e excluir” indivíduos ((Silva, 2010).

No Brasil, a discussão sobre a exclusão social reapareceu na década de 1980 em face aos movimentos sociais organizados em luta por acesso à cidadania concomitante ao processo de redemocratização do país, bem como a nível mundial está relacionado ao desemprego estrutural dos trabalhos estáveis em todo mundo do final do século XX (Ivo, 2008; Castel, 1998).

A discussão elaborada por Robert Castel (2008) sobre a exclusão social parte de um enfoque analítico que atribui ao trabalho um papel que vai além de sua dimensão técnica e produtiva. Para o autor, o trabalho constitui um suporte privilegiado para a inserção social dos indivíduos, pois é por meio dele que se estabelecem vínculos de pertencimento, reconhecimento e acesso a direitos. Nesse sentido, há uma estreita correlação entre a posição que o sujeito ocupa na divisão social do trabalho e seu grau de participação nas redes de sociabilidade e nos sistemas de proteção social que garantem segurança diante das incertezas da vida.

Dessa forma, o autor estabelece a existência de três zonas de coesão social: a integração, a vulnerabilidade e a desfiliação. Assim, é possível estabelecer, segundo Castel (2008, p. 24):

[...] uma associação entre o trabalho estável como inserção relacional sólida que caracteriza uma área de integração. Inversamente, a ausência de participação em qualquer atividade produtiva e o isolamento relacional conjugam seus efeitos negativos para produzir a exclusão, ou melhor, como vou tentar mostrar, a desfiliação. Já a vulnerabilidade social é uma zona intermediária instável, que conjuga a precariedade do trabalho e a fragilidade dos suportes de proximidade.

A zona de integração corresponde àqueles que possuem emprego estável, acesso à proteção social e vínculos sociais sólidos, estando plenamente inseridos na vida social. Já a zona de vulnerabilidade refere-se a indivíduos com empregos precários ou intermitentes, cuja inserção é instável e marcada por redes de apoio fragilizadas, o que os coloca em situação de risco social. Por fim, a zona de desfiliação (exclusão), é onde há ausência de trabalho, isolamento social e rompimento com os sistemas de proteção. O autor define que para entender a exclusão é necessário inseri-la em processo em que a “exclusão se dá efetivamente pelo estado de todos os que se encontram fora dos circuitos vivos de trocas sociais (Castel, 2013, p. 31). Para Castel, esse processo de desfiliação evidência como a perda progressiva de vínculos com o trabalho e com as instituições sociais pode levar à marginalização profunda, revelando a centralidade do trabalho na estruturação da cidadania moderna.

Castel (2008) destaca que a sua opção metodológica pelo termo desfiliação e não exclusão, reside no fato que a exclusão é estanque, não permitindo compreender o processo das “metamorfoses da questão social” (Castel, 2008, p.27) que permeia as “zonas” da vida social, na medida que em a relação de trabalho for mais ou menos segura e a inscritas em redes de sociabilidade mais ou menos sólidas. Dessa forma, um indivíduo que está em situação de risco poderia ser integrado ao mercado de trabalho estável com uma boa qualificação profissional, mas uma dispensa do trabalho poderia fazer perder todas essas seguranças permitindo assim que esse indivíduo que antes estava em zona de integração, experimente também a vulnerabilidade social e/ou a desfiliação/exclusão.

Silva (2010) destaca que, no contexto brasileiro, é necessário ampliar a compreensão sobre a exclusão social. Segundo a autora, trata-se de um fenômeno estrutural, marcado pela presença de um amplo contingente populacional que historicamente esteve à margem da sociedade, sem acesso ao trabalho formal ou à participação nas formas ordinárias de sociabilidade (como o pleno emprego Europeu). Se para Castel (2013, p. 32) “[...] não se nasce

excluído, e não se esteve sempre excluído”, para a autora, não ser incluído no Brasil “[...] é uma condição estrutural que tem marcado gerações após gerações” (Silva, 2010, p. 157), revelando assim a exclusão social como enraizada e persistente.

Ampliando a discussão, as autoras Ivo (2008) e Sposati (1998), destacam que ainda que pobreza e a exclusão social estejam articulados os conceitos, não sinônimos. Ivo (2008, p. 110) compreende a pobreza como “[...] um estado de privação e carência a partir de uma categorização socioeconômica”, enquanto a exclusão social diz respeito aos processos:

[...] social, econômico, político e cultural pelos quais indivíduos ou grupos são progressivamente desprovidos das condições de participação e reconhecimento social numa dada sociedade, ficando a parte de várias esferas da vida coletiva. Assim, a exclusão social diz respeito às dificuldades de pessoas e grupos específicos alcançarem um ideal igualitário e de reconhecimento social no contexto de determinadas sociedades. Relaciona-se diretamente a uma herança sociocultural, associada às condições da distribuição de renda, sendo, portanto, uma noção historicamente construída, que diz respeito ao acesso a direitos civis, políticos e sociais no seu conjunto (Ivo 2008, p. 110).

De maneira complementar, Sposati (1998, p. 3) afirma que, por conter elementos éticos e culturais, “[...] a exclusão social se refere também à discriminação e à estigmatização”, indo além da ausência de renda. Para ela, enquanto “o pobre é o que não tem, o excluído pode ser o que tem sexo feminino, cor negra, opção homossexual, é velho etc.”. Assim, a exclusão abarca situações com:

[...] valores culturais, discriminações. Isto não significa que o pobre não possa ser discriminado por ser pobre, mas que a exclusão inclui até mesmo o abandono, a perda de vínculos, o esgarçamento das relações de convívio, que necessariamente não passam pela pobreza (Sposati (1998, p. 3).

Para ambas as autoras, a compreensão da exclusão social trata-se de um fenômeno multidimensional que se manifesta de forma mais complexa que a simples ausência de recursos materiais, em especial pela negação da cidadania a segmentos sociais e os limites impostos pela universalidade dos direitos sociais. Diferente das noções de "oprimidos" ou "marginalizados" associadas a contextos específicos como ditaduras ou projetos desenvolvimentistas, a exclusão social parte do pressuposto da igualdade, da equidade e da cidadania como conquistas fundamentais da sociedade contemporânea, ainda que não plenamente realizadas conforme Sposati (1998).

Nessa perspectiva, a exclusão social está diretamente ligada à não efetivação da cidadania, uma vez que muitos indivíduos, embora legalmente amparados por direitos civis, políticos e sociais, não conseguem usufruí-los na prática, permanecendo à margem da participação plena na vida social.

Nessa breve discussão sobre a exclusão social buscou-se destacar essa expressão da questão social como uma determinante da mortalidade infantil, ao impedir que amplos segmentos da população tenham acesso efetivo a direitos fundamentais como saúde, saneamento, alimentação adequada e proteção social.

A partir da concepção de desfiliação proposta por Castel (2008), demonstra-se que a ausência de vínculos estáveis com o trabalho, com as redes de apoio e com os sistemas de proteção coloca indivíduos em contextos de risco que favorecem os processos de adoecimento e morte, muitas vezes por causas evitáveis. Assim, compreender a mortalidade infantil em um dado espaço geográfico exige o reconhecimento que as diferenças no estado de saúde entre um grupo são definidas por características sociais, tais como riqueza, educação, ocupação, raça e etnia, gênero e condições do local de moradia ou trabalho.

2.4.4 Desigualdade social

A desigualdade social foi definida de diversas maneiras, dependendo dos objetivos analíticos e políticos de quem a aborda. No final do século XX, as abordagens neoclássicas ganharam destaque tanto na economia quanto em grandes organizações internacionais, como as agências de desenvolvimento da Organização das Nações Unidas (ONU) e o Banco Mundial (Costa, 2019).

Adjacente à exclusão social, a desigualdade parece inerente a qualquer sociedade, tradicional ou moderna, hierárquica ou democrática, feudal ou capitalista. Ela reflete a forma como as riquezas são distribuídas em determinado contexto histórico e, ao mesmo tempo, permite identificar os valores que orientam essa distribuição.

Conforme Barros (2018), ao olhar sobre o passado, seja de grandes civilizações ou de povos nativos ou aborígenes, mesmo que a estratificação social seja diluída, ainda serão visíveis desigualdades irredutíveis de tratamento baseadas no gênero e as limitações impostas a diferentes grupos etários. Além disso, haverá a negligência e o preconceito voltados às pessoas com deficiência, bem como as desigualdades direcionadas àqueles cuja aparência difere dos padrões socialmente aceitos, entre outras formas de discriminação.

A igualdade, portanto, não é um dado natural, mas uma construção social, pertencente à esfera pública que ganhou destaque com a incorporação dos direitos sociais. As sociedades variam no tempo e no espaço quanto à adoção da igualdade como valor e critério de distribuição. A forma como bens e recursos são distribuídos estrutura a sociedade, gerando posições sociais distintas, classes sociais e castas, e são avaliadas conforme valores específicos. Essa estratificação depende de fatores como propriedade, trabalho e mecanismos de mobilidade social (Barros, 2018)

Nas sociedades modernas ou capitalistas, os fatores que orientam a estratificação são a propriedade dos meios de produção e a divisão social do trabalho estruturado a partir das classes sociais. Escorel (1999, p. 25) estabelece que:

As classes sociais são estabelecidas a partir de um sistema de relações distribuídas em uma escala de acesso às riquezas e de valores (não-unívocas) que lhes atribui determinadas posições sociais que lhes atribui determinadas posições sociais. Nesse sentido, a desigualdade social é um conceito relativo, assim como os estatutos que adscrive (riqueza, pobreza e média) são estabelecidos uns em relação aos outros. A pobreza relativa, a desigualdade social é a falta de recursos ou de consumo em relação a padrões usuais ou aprovados do que é considerado essencial pela sociedade para uma vida digna (...). Em uma dada formação social, contextualizada espacialmente e historicamente, convivem classes e frações de classes, grupos sociais, que guardam certa homogeneidade interna média em relação ao seu acesso às riquezas nacionais. Essa homogeneidade é um parâmetro operacional para a mensuração da pobreza e da desigualdade social, mas não permite desvendar as condições individuais ou familiares cotidianas.

Conforme Costa (2019), os debates contemporâneos sobre a desigualdade, baseados no pensamento do economista francês Stewart (2000), oferecem duas perspectivas sobre o tema, classificando-a como desigualdades verticais e horizontais.

Tradicionalmente, a visão da desigualdade sob o viés da estratificação socioeconômica, como mencionado por Escorel (1999) na citação acima, é denominada de desigualdade vertical. A desigualdade vertical refere-se à distribuição desigual de recursos materiais e simbólicos entre diferentes camadas sociais. Essa dimensão da desigualdade está centrada na ideia de que os indivíduos e grupos ocupam posições hierárquicas em uma estrutura social baseada em critérios como diferenças em renda, riqueza, poder, prestígio e oportunidades de vida.

Karl Marx (2013) é um dos grandes pensadores que aborda essa forma de desigualdade ao estudar as relações de classe. Marx, em *O Capital* (2013), descreve a sociedade capitalista como composta por duas classes sociais principais: a burguesia, que possui os meios de produção, e o proletariado, que vende sua força de trabalho. Quando falamos em desigualdade

aqui, estamos nos referindo à consequência de uma estrutura de exploração econômica, na qual a burguesia mantém sua dominação sobre os trabalhadores ao se apropriar do valor excedente.

Max Weber (1999, por outro lado, expande a ideia de desigualdade social ao sugerir uma perspectiva conhecida como estratificação social. Em *Economia e Sociedade* (1999), Weber distingue três ordens sociais: a classe que está vinculada à posição econômica, o estamento relacionado ao prestígio social e partido associado ao poder político. Os três aspectos inter-relacionados definem a sua percepção de desigualdade enquanto parte das relações de poder.

Por classe Weber (1999, p. 176) identifica como:

[...] quando uma pluralidade de pessoas tem em comum um componente causal específico de suas oportunidades de vida, na medida em que este componente está representado, exclusivamente, por interesses econômicos, de posse de bens e aquisitivos, e isto em condições determinadas pelo mercado de bens ou de trabalho ("situação de classe"). É o fato econômico mais elementar que o modo como está distribuído o poder de disposição sobre a propriedade material, dentro de uma pluralidade de pessoas que se encontram e competem no mercado visando à troca, cria já por si mesmo oportunidades de vida específicas.

Diferentemente disso, o estamento refere-se a uma forma de estratificação baseada na honra (ou prestígio) socialmente atribuída e em práticas de distinção simbólica e cultural conforme citação abaixo:

[...] comunidades, ainda que frequentemente de natureza amorfa. Em oposição à "situação de classe", determinada por fatores puramente econômicos, compreendemos por "situação estamental" aquele componente típico do destino vital humano que está condicionado por uma específica avaliação social, positiva ou negativa, da honra, vinculada a determinada qualidade comum a muitas pessoas [...] e se expressa particularmente nas camadas mais privilegiadas, certos traços típicos. [...] que sempre se baseia em distância e exclusividade, e ao lado de vantagens honoríficas - como o privilégio de usar determinados trajes, de comer determinados alimentos proibidos aos outros por um tabu, o privilégio de usar armas (que tem consequências bastante sensíveis), o direito de praticar determinadas artes, não como profissional, mas como diletante (por exemplo, de tocar determinados instrumentos musicais) - existem monopólios materiais de todas as espécies. De modo geral, existe nos grupos estamentalmente privilegiados uma desqualificação estamental do trabalho físico [...] (Weber, 1999, p. 180, 181 e 182).

Já os partidos operam no campo do poder político e têm como finalidade a conquista de posições de influência dentro de uma estrutura organizacional racionalizada, nas palavras de Weber (1999, p. 185).

Sua ação dirige-se ao exercício de "poder" social, e isto implica sempre a existência de uma relação associativa, pois pretende alcançar, de maneira planejada, determinado fim - seja este de natureza "objetiva": imposição de um programa por motivos ideais ou materiais, seja de natureza "pessoal": prebendas, poder e, como consequência deste, honra para seus líderes e partidários, ou, o que é o normal, pretende conseguir tudo isto em conjunto. Por isso, partidos somente são possíveis dentro de comunidades que, por sua vez, constituem, de alguma forma, uma relação associativa, isto é, que possuem alguma ordem racional e um aparato de pessoas dispostas a pô-la em prática, pois o objetivo dos partidos é influenciar precisamente este aparato e, se possível, compô-lo com seus adeptos.

Para Weber (1999), os partidos políticos não são, necessariamente, expressões diretas de interesses de classe ou estamento, embora possam se organizar a partir dessas condições sociais. Em outras palavras, podem representar interesses econômicos ou de prestígio, mas não estão limitados a isso, podendo abranger uma variedade de motivações e estratégias.

Os partidos variam quanto à sua estabilidade e os meios que utilizam para conquistar o poder também são diversos. Tais meios vão desde o uso da força, em suas diferentes formas, até mecanismos simbólicos e institucionais, como “a propaganda eleitoral com meios grosseiros ou refinados: dinheiro, influência social, poder da palavra, [...], e até a tática de obstrução, mais tosca ou mais elaborada, dentro das assembleias parlamentares (Weber, 1999, p. 186). Weber (1999) mostra que os partidos constituem um dos vetores da desigualdade social ao disputarem o controle do poder político, ainda que suas bases nem sempre sejam homogêneas.

Piketty (2014), partindo do pressuposto de análise de desigualdade vertical analisa a concentração de renda e riqueza ao longo do tempo a partir de dados que “[...] lidam diretamente com a desigualdade e a distribuição de renda; e séries de dados que lidam com a distribuição da riqueza e a relação entre riqueza e a renda” (Piketty, 2014, p. 25) O autor demonstra que, a partir de realidades distintas, a europeia e a norte-americana em especial, que remonta à análise de dados desde o século XVIII, o capitalismo tende a gerar concentração crescente de riqueza, a menos que haja intervenção estatal deliberada.

Para Piketty (2014, p. 425), “[...] a renda do capital é sempre mais concentrada do que a da renda do trabalho”, dessa forma, quem já possui capital (heranças, imóveis, ações etc.) acumula riqueza mais rapidamente do que os que vivem apenas do próprio trabalho.

E complementa:

A desigualdade⁹ $r > g$ faz com que os patrimônios originados no passado se recapitalizem mais rápido do que a progressão da produção e dos salários. Essa desigualdade exprime uma contradição lógica fundamental. O empresário tende inevitavelmente a se transformar em rentista e a dominar cada vez mais aqueles que só possuem sua força de trabalho. Uma vez constituído, o capital se reproduz sozinho, mais rápido do que cresce a produção. O passado devora o futuro [...] (Piketty, 2014, p. 692).

As condições expostas acima consistem em uma dinâmica da economia de mercado e da propriedade privada, ampliando a desigualdade de renda e, principalmente, de patrimônio ao longo do tempo de determinados segmentos sociais, representando uma ameaça “[...] às sociedades democráticas e para os valores de justiça social sobre os quais elas se fundam” (Piketty, 2014, p. 692).

A partir dos anos 2000, em decorrência do neoliberalismo, do alargamento da pobreza e da necessidade da construção de políticas públicas que reduzissem os efeitos sociais da pobreza e da desigualdade, foi incorporado em diferentes disciplinas, como as ciências sociais e economia, a concepção de desigualdade horizontal, que refere-se à distância social entre grupos de indivíduos, sendo uma medida “[...] que mensura a desigualdade entre grupos, sendo os grupos definidos por região, etnia, classe ou religião, conforme o tipo de identificação grupal mais apropriado na sociedade em questão.” (Stewart, 2000, p. 26. Tradução nossa). À vista disso, essa abordagem teoriza as desigualdades não apenas entre indivíduos, mas também entre grupos definidos por categorizações sociais, sejam elas auto atribuídas ou adstritas (Costa, 2019).

Desse modo, a análise da desigualdade social sob o viés da horizontalidade elaborado por Stewaer (2000) visa elaborar uma discussão mais ampla da desigualdade social, superando o modelo de desigualdade econômica ou de renda, e incluindo ao debate critérios potenciais de possível desigualdade como: participação política (P), que abrange diferentes níveis de representação política; ativos econômicos (A), que inclui terra, capital e recursos; renda e emprego (Y), que envolve tipos de ocupação e desemprego; e aspectos sociais (S), que inclui acesso à educação, saúde, segurança, dentre outros.

Conforme explicação de Costa (2019, p. 36) “a abordagem de desigualdades horizontais procura, em cada investigação específica, aquelas categorias que são pertinentes para explicar as desigualdades sociais num caso dado”, como por exemplo, no Brasil quando é realizado a comparação do ponto de vista étnico racial entre pessoas negras/ pardas e brancos onde é

⁹ O autor trabalha com a fórmula da desigualdade social denominada de $r > g$ onde a taxa de rendimento privado do capital (r) pode ser forte e continuamente mais elevada do que a taxa de crescimento da renda e da produção (g).

constatado a desigualdade em diferentes dimensões: participação política (P) com baixa presença de pessoas negras em cargos eletivos ou em cargos representativos governamentais; renda e emprego (Y) onde pessoas brancas apresentam maiores salários que pessoas negras e pardas como o mesmo nível de escolaridade; aspectos sociais (S) as regiões periféricas (majoritariamente negras) têm menor cobertura de saneamento, transporte, segurança e saúde, bem como jovens negros são as maiores vítimas de homicídios.

A desigualdade exemplificada acima é percebida como horizontal, pois envolve grupos socialmente construídos e identificáveis nas categorias de raça e cor, sendo mensurada em múltiplos aspectos que se mantêm persistentes, considerando o processo sócio-histórico de constituição do país.

No entendimento de Stewart (2016), a desigualdade horizontal constitui o tipo mais importante de desigualdade, pois, notadamente, ela implica em questões mais amplas como justiça e equidade social. O autor destaca também que a persistência da desigualdade ao longo do tempo pode gerar conflitos. Em sociedades em que as desigualdades se mantêm ou aumentam, há mais propensão a inquietações sociais; já aquelas que se reduzem tendem a diminuir as tensões.

Em confluência com o pensamento de Stewart (2000, 2016), que visa o alargamento da concepção teórica de desigualdade social, Costa (2019) destaca que as distâncias nas condições de vida de diferentes grupos sociais podem também ser analisadas sob as óticas de assimetrias de poder e desigualdades socioecológicas.

Para o autor as desigualdades de poder podem ser:

[...] definidas como as diferentes possibilidades que indivíduos ou grupos têm de exercer influência nas decisões que afetam suas trajetórias e convicções pessoais, materializando-se, ainda, na distribuição assimétrica dos direitos políticos e sociais. As assimetrias de poder apresentam obviamente um vínculo claro com as desigualdades socioeconômicas. Todavia, elas mostram uma outra dimensão que não está refletida na posição socioeconômica individual – trata-se das desigualdades relacionadas ao nível de prevalência dos direitos de cidadania e esquemas de proteção social (Costa, 2019, p.57).

As sociedades que dispõem de um estado de bem-estar forte e amplo, ou seja, aquelas que ofertam serviços públicos relevantes de educação, saúde ou transporte, contribuem para diminuir o impacto das desigualdades socioeconômicas sobre as condições de vida dos indivíduos. Isto é, ainda que tenham nível de renda distinto, cidadãos de uma sociedade com um estado de bem-estar consolidado podem ter condições de vida similares. Por outro lado, os

Estados que investem pouco em políticas sociais ou concentram suas ações nas transferências de renda focalizadas a indivíduos pobres ou extremamente pobres contribuem pouco para reduzir as disparidades entre as condições concretas de vida de seus cidadãos (Costa, 2019).

A análise de desigualdade social aqui discutida sob duas óticas principais de desigualdade vertical e desigualdade horizontal objetivou demonstrar que essas perspectivas não se classificam como opostas uma à outra, mas sim atuam na complementaridade entre si, pois identificam aspectos diferentes e fundamentais da realidade social.

A desigualdade vertical diz respeito às disparidades “[...] às diferenças observadas nas chances individuais de acesso e posse de bens socialmente valorizados” (Costa, 2019, p. 53), indicando a estratificação socioeconômica entre pessoas ou grupos. Por outro lado, a desigualdade horizontal enfatiza as disparidades que afetam grupos formados socialmente a partir de marcadores identitários como gênero, raça, etnia, religião, orientação sexual ou pertencimento territorial, evidenciando os impactos da discriminação histórica e da exclusão institucionalizada Stewaer (2000; 2016) e (Costa, 2019).

A conexão entre ambas indica que grande parte das disparidades econômicas é influenciada por processos de marginalização identitária. Além disso, os efeitos das desigualdades horizontais se manifestam de forma material, resultando em renda insuficiente e, consequentemente, em pobreza monetária.

Essa visão integrada possibilita a análise da desigualdade sob diversos ângulos, como o temporal, indagando “quando?” determinadas desigualdades se manifestam ou se intensificam; o espacial, questionando “onde?” elas acontecem e se replicam; e o relacional, questionando “entre quem?” essas desigualdades se configuram (Costa, 2019, p. 59-60).

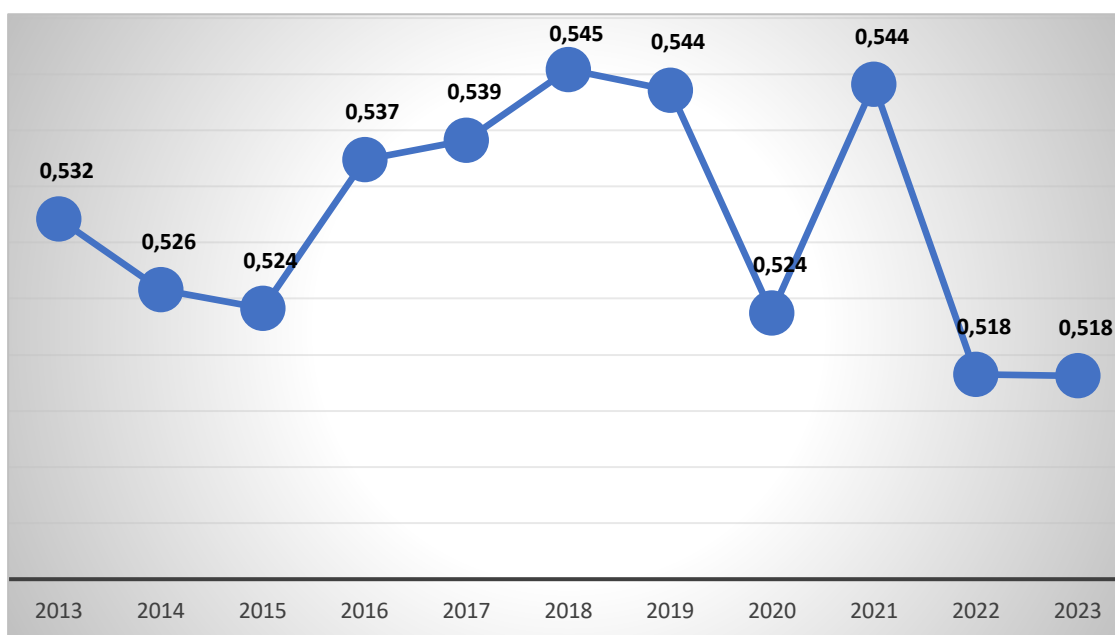
No sentido de caracterizar a desigualdade social no Brasil na perspectiva vertical, considera-se as diferenças individuais de renda, que são estudadas dentro das fronteiras nacionais e medidas, na maior parte dos casos, pelo índice de Gini.

Conforme Jannuzzi (2017), esse indicador é popular e utilizado para mensurar a desigualdade em vários países devido à sua relativa facilidade de entendimento e de sua aderência a uma série de propriedades compreendidas como interessantes nos estudos sobre distribuição de renda, como a sensibilidade à transferência regressiva de renda, ou seja, do mais pobre para o mais rico. Seu valor é 0 quando não há desigualdade (a renda domiciliar per capita de todos os indivíduos têm o mesmo valor) e tende a 1 à medida que a desigualdade aumenta (IPEA, 2025) e, conforme complementa Januzzi (2017), zero refere-se à condição de perfeita igualdade da distribuição de rendimentos, enquanto o valor máximo de um representa uma situação de extrema desigualdade.

O índice de Gini pode ser calculado com base em dados brutos de levantamentos de censos demográficos, pesquisas amostrais e registros administrativos ou em dados agregados de registro de renda em intervalo de classe. As informações de renda podem ser referentes à renda domiciliar, à renda per capita, à renda do trabalho dos ocupados e à renda individual. Isso leva, *portanto*, “a cifras diferentes e eventualmente, a tendências divergentes do indicador” (Januzzi, 2017, p.106).

Conforme dados do IBGE provenientes da Síntese de Indicadores Sociais no Brasil de 2024, referente ao padrão de vida e distribuição de rendimentos demonstra que o Índice de Gini da distribuição do rendimento domiciliar per capita no Brasil de 2012 a 2023 apresentou uma oscilação, com períodos de redução seguidos de aumento, refletindo os efeitos de crises econômicas, efeitos da pandemia da Covid-19 e políticas públicas de transferências de renda.

Figura 4 - Índice de Gini da distribuição do rendimento domiciliar per capita no Brasil de 2012 a 2023.



Fonte: Síntese de indicadores Sociais, uma análise das condições de Vida da População Brasileira, IBGE 2024. Adaptado pela autora.

Observando os dados na série histórica, o índice caiu de 0,540 em 2012 para 0,518 em 2023, com o menor nível da série histórica e o mesmo de 2022. O gini mais alto da série ocorreu em 2018 (0,545). Essa evolução sinaliza uma trajetória de desigualdade estrutural persistente, ainda que com avanços recentes. Esse dado também demonstra e caracteriza o Brasil como o 10º país mais desigual do mundo (FGV, 2023), permanecendo somente na frente de países africanos. Outro dado relevante refere-se ao fato de que a desigualdade de renda permanece alta

em diversas comparações, sendo observado que os 10% da população recebiam, em média, 14,4 vezes o rendimento dos 40% da população com os menores rendimentos (IBGE, 2024).

Segundo o IBGE, na publicação Síntese dos Indicadores Sociais do Brasil: Uma análise das condições de vida da população Brasileira, ano de 2023, o triênio de 2020 a 2022 foi marcado pela implementação de programas de transferência de renda, que tiveram seus valores aumentados e um público-alvo ampliado.

O Auxílio Emergencial, instituído pelo Decreto n. 10.316, de 07 de abril de 2020, tinha um valor-base de R\$ 600,00 (seiscentos reais), limitado a até duas pessoas por família, podendo atingir R\$ 1.200,00 (mil e duzentos reais) no caso de mulheres que fossem provedoras de família monoparental. O público-alvo foi de pessoas adultas, desocupadas, microempreendedoras ou ocupadas em atividades informais, com rendimento familiar per capita de até meio salário-mínimo ou rendimento total de até três salários-mínimos.

Em 2020 com a vigência do auxílio, é registrado a queda do índice Gini ao patamar de 2015, impulsionado pela implementação do auxílio nos moldes descritos acima. Já no ano de 2021, o índice apresenta elevação (0,544) considerando em especial, o cenário pandêmico sem recuperação econômica e de postos de trabalhos e alterações no auxílio quanto a abrangência, com a redução de 68,2 milhões de beneficiários para 45,6 milhões focalizando em trabalhadores informais ou beneficiários do Programa Bolsa Família; quanto a valores, que passaram a um valor médio de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais), bem como estabeleceu parâmetros de renda para a concessão destinando-a a pessoas com renda mensal de até meio salário mínimo ou renda mensal total familiar de até três salários mínimos. Dessa forma, o efeito redistributivo descrito acima mostrou-se temporário, com recrudescimento da desigualdade em 2021, quando o auxílio foi reduzido conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1- Índice de Gini da distribuição do rendimento domiciliar per capita por regiões do Brasil de 2012 a 2023.

Região	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Norte	0,539	0,517	0,524	0,523	0,530	0,551	0,537	0,495	0,529	0,509	0,500
Nordeste	0,538	0,532	0,533	0,544	0,557	0,547	0,560	0,526	0,556	0,517	0,509
Sudeste	0,512	0,508	0,508	0,523	0,520	0,533	0,528	0,517	0,533	0,505	0,508
Sul	0,465	0,458	0,450	0,463	0,466	0,473	0,467	0,457	0,462	0,458	0,454
Centro-Oeste	0,516	0,509	0,509	0,514	0,521	0,513	0,506	0,496	0,514	0,493	0,498

Fonte: Síntese de indicadores Sociais, uma análise das condições de Vida da População Brasileira, IBGE 2024. Adaptado pela autora.

Nos anos de 2022 e 2023, o índice Gini de 0,518 reflete a combinação de fatores como a recuperação da econômica após a pandemia e a reestruturação de política sociais redistributivas, em especial o incremento financeiro do Programa Bolsa Família (PBF). O gráfico demonstra as desigualdades regionais. Nota-se que o Nordeste apresenta, sistematicamente, os maiores índices de Gini, atingindo 0,560 (2019) e 0,509 (2023). Observa-se também que, apesar da redução do índice na série histórica analisada, a região nordeste permanece com os maiores índices entre as demais áreas. Ao passo que a região Sul permanece como a menos desigual de toda a série, com índices abaixo de 0,470 em todos os anos analisados, chegando a 0,454 em 2023. O gráfico também revela que, a partir de 2018 até 2021, a região sudeste passou por um aumento do índice de Gini, com exceção do ano de 2020, que apresentou tendência de queda evidenciada em todas as regiões do país.

Observando os dados da tabela acima, mostra que as regiões norte e nordeste apresentam maior desigualdade de renda, já as regiões centro-oeste e sudeste estão localizadas num estrato intermediário quanto à distribuição de renda. Ao passo que a região sul apresenta os menores indicadores, demonstrando uma menor desigualdade social.

As expressões da questão social elencadas: desemprego e trabalho vulnerável, pobreza, exclusão social e desigualdade social são elementos persistentes e inerentes da dinâmica do sistema capitalista. Essas expressões, impactam diretamente os determinantes sociais da saúde e repercutem nos desfechos de saúde e morte, com destaque para o objeto desta pesquisa, a mortalidade infantil, evidenciando que esses desfechos não decorrem de fatores específicos ou escolhas individuais, mas são resultado de múltiplas mediações vinculadas aos processos estruturais dessa sociedade, que são suavizados pelas políticas sociais.

2.5 Política Social: A resposta do Estado às expressões da questão social.

Correlacionado com o conceito de questão social se faz necessário discutir o conceito de política social e sua construção histórica. O termo política social refere-se ao conjunto de ações políticas de natureza distributiva, destinadas a garantir o exercício dos direitos sociais da cidadania e a promover segurança e coesão da sociedade. Isso é realizado por meio do acesso e utilização de benefícios e serviços sociais considerados essenciais para fomentar a justiça social e o bem-estar dos membros da comunidade (Fleury e Ouverney, 2012).

Paugam (2013, p.313) discorre que “ a proteção tem a ver com o conjunto de suportes que o indivíduo pode mobilizar diante das vicissitudes de vidas, seja recursos familiares, comunitários, profissionais entre outros ” e que essa proteção está relacionado com o tipo de

vínculo social estabelecido sendo estes: 1) vínculo de filiação que conta como forma de proteção a solidariedade intergeracional entre pais e filhos biológicos ou adotivos; 2) vínculo de participação eletiva no qual a solidariedade se dá por meio de pessoas próximas como amigos, vizinhos, instituições religiosas cônjuges; 3) vínculo de participação orgânica que se dá na esfera profissional com um emprego estável e proteção contratualizada e 4) o vínculo de cidadania que invoca proteção jurídica por meios dos direitos civis, sociais e políticos com vista a igualdade. Esses quatro tipos de vínculos são complementares e entrecruzados. Eles constituem o tecido social que envolve os indivíduos.

Nessa perspectiva, Paugam (2013) destaca que a proteção social vinculada ao Estado tem sua origem no desenvolvimento do capitalismo, no século XVIII, quando se intensificou o reconhecimento das necessidades dos trabalhadores industriais. Esses trabalhadores, muitas vezes expostos desde a infância a diversas formas de privação e carência social, tornaram-se símbolo de um processo marcado pela exploração e pela vulnerabilidade, o que impulsionou a construção de mecanismos estatais de amparo social, pois nesse momento histórico, emergiu os pobres e miseráveis em massa que se impuseram como um grande desafio da questão social na ordem pública.

Cabe ressaltar ainda, que a questão social só deixa de ser tratada exclusivamente sob a ótica da repressão quando as demandas da classe trabalhadora se organizam e conquistam visibilidade ao se adentrar no cenário político (Carvalho e Iamamoto, 2011).

Historicamente, “[...] não há sociedade humana que não tenha elaborado um sistema de proteção social” (Di Giovanni, 1998, p. 9). A origem da formação dos sistemas de proteção social está vinculada à necessidade das sociedades de prevenir ou reduzir o impacto de determinados riscos sobre os indivíduos ou grupos sociais. Esses riscos derivam de diversas contingências da vida, tanto naturais quanto sociais, como envelhecimento, infância, doenças, invalidez, privações, desemprego (Di Giovanni, 1998).

Alinhado à perspectiva de Ivo (2008) e Paugam (2013), compreende-se que o “social” é uma invenção da modernidade centrada e estruturada em torno do trabalho urbano e industrial na Europa dos séculos XVIII e XIX que se organizava de um lado sob a capacidade do movimento operário em integrar e articular interesses “que buscava escapar às situações de incertezas frente aos baixos salários, ao uso excessivo e predatório da força de trabalho, do desemprego e da desocupação e dispensa de trabalhadores nos períodos de doenças e velhice” (Ivo, 2008, p. 90); e, de outro, da capacidade do Estado em regular conflitos para o desenvolvimento do capital.

Para Behring e Boschetti (2011, p. 52):

As políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até respostas e formas de enfrentamento às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho. A questão social se expressa em suas refrações e, por outro lado, os sujeitos engendram formas de enfrentamento. Contudo, sua gênese está na maneira que os homens se organizaram para produzir num determinado momento histórico.

O processo histórico de construção das políticas sociais remonta ao século XIX, quando, em resposta às intensas transformações geradas pela Revolução Industrial e à pressão dos movimentos operários, começaram a surgir os primeiros modelos de proteção social. Esses modelos ainda eram incipientes e fragmentados, mas já sinalizavam uma nova função do Estado: “a de proteção dos membros de uma sociedade” (Ivo, 2008 p. 90) e de intervenção nas relações sociais para amenizar os efeitos mais agudos da “questão social” Behring e Boschetti (2011). É nesse contexto que emergem as primeiras legislações trabalhistas, sistemas de seguro social e ações de assistência social pública.

Contudo, é apenas no período pós-Segunda Guerra Mundial que ocorre a generalização da política social, com a consolidação do modelo keynesiano de bem-estar social, que marcou os chamados Estados de Bem-Estar Social (Welfare State). Sob esse modelo, a política social torna-se parte central da regulação econômica e social do Estado, com ênfase na garantia de direitos universais, na ampliação da cidadania social e na promoção de certo equilíbrio entre crescimento econômico e justiça social.

Os “anos dourados”, assim denominados por Hobsbawn (2008) entre as décadas de 1950 e 1960 significou para os países europeus e os Estados Unidos, a paz, a viabilização e a estabilidade do capitalismo responsável pela promoção de uma extraordinária expansão econômica e profundas transformações sociais.

Para Hobsbawn (2008, p. 278 e 279):

[...] o aparecimento dos Estados de bem-estar social no sentido literal da palavra, quer dizer, Estados em que os gastos com a seguridade social – manutenção de renda, assistência, e educação – se tornaram a maior parte dos gastos públicos totais, e pessoas envolvidas em atividades de seguridade social formavam o maior corpo de todo o funcionalismo público [...]. No fim da década de 1970, todos os Estados capitalistas avançados se haviam tornando “Estados de Bem- Estar social” desse tipo, com seis dele gastando mais de 60% de seus orçamentos em seguridade social (Austrália, Bélgica, França, Alemanha Ocidental, Itália e Países Baixos.

Observando os aspectos acima do período, Behring e Boschetti (2011, p.94) destaca que os princípios que estruturam o Welfare State¹⁰ são:

- 1) responsabilidade estatal na manutenção da vida dos cidadãos, por meio de um conjunto de ações em três dimensões: regulação da economia de mercado a fim de manter elevado nível de emprego; prestação pública de serviços sociais universais como educação, segurança social, assistência médica e habitação; e um conjunto de serviços pessoais;
- 2) universalidade dos serviços sociais e;
- 3) implantação de uma rede de segurança de serviços de assistência social.

Para Castel (1998), o Estado de Bem-Estar Social tem como uma de suas principais características a chamada "sociedade salarial", entendida como o principal mecanismo de integração dos indivíduos à vida social moderna, por meio da inserção estável no mercado de trabalho. Nesse modelo, o trabalho assalariado não apenas assegura a subsistência econômica, mas também garante o acesso a direitos sociais, promove o reconhecimento coletivo e contribui para a construção da identidade cidadã. Assim, o vínculo formal com o emprego torna-se o eixo estruturante da inclusão social, refletindo uma lógica na qual a cidadania está intrinsecamente ligada à posição ocupada no mercado de trabalho.

O autor também reflete o papel do Estado de crescimento caracterizado “[...] pelo modo de gestão política que associou a sociedade privada e a propriedade social, o desenvolvimento econômico e a conquista de direitos sociais, o mercado e o Estado” (Castel, 1998, p. 479) que articulado com a sociedade salarial culminou com o crescimento econômico e a ampliação dos direitos sociais.

A crise dos anos 1970 representou uma inflexão histórica (Behring e Boschetti, 2011) no modelo de desenvolvimento capitalista consolidado no pós-Segunda Guerra Mundial, com impactos profundos sobre as formas de organização do trabalho, o papel do Estado e a proteção social. Segundo Castel (1998), esse período marca o início da desestruturação da sociedade salarial, até então o principal eixo de integração social nos países centrais, sustentada por vínculos estáveis de emprego e pela ação reguladora do Estado. Com o aumento do desemprego

¹⁰ Behring e Boschetti (2011) demonstram em sua explicação que a inclusão de políticas sociais voltadas para a população, não necessariamente marcam o Estado de Bem Estar Social. Alinhadas a concepção de Marshal (1967) a qualificação de Welfare State é verificado no plano Beveridge na Inglaterra quando a mudanças significativas no âmbito dos seguros sociais até então vigentes. O plano Beveridge constituiu uma fusão de ideias esparsas já existentes, ampliando e consolidação vários planos de seguro social, padronizando benefícios e incluído novos como o seguro acidente de trabalho, abono familiar ou salário família, auxílio maternidade, abono nupcial, benéficos para esposas abandonadas, assistência às donas de casas e enfermas e auxílio treinamento para os trabalhadores que trabalhavam por conta própria.

estrutural, a precarização do trabalho e o enfraquecimento das garantias sociais, emergem novos processos de vulnerabilização e desfiliação social.

Hobsbawm (1998), na sua análise presente em “Era dos extremos: o breve século XXI”, destaca que a crise do fordismo e os choques econômicos, como os aumentos abruptos do preço do petróleo, sinalizaram o fim da era de ouro do capitalismo e a ascensão de um novo paradigma pautado pela globalização econômica, desregulamentação dos mercados e retração do Estado de bem-estar.

Para Behring e Boschetti (2011), esse momento histórico representa “uma das crises cíclicas” inerentes à dinâmica do próprio sistema capitalista, caracterizada pela superprodução e o desequilíbrio entre produção e consumo, considerando que as economias centrais como Estados Unidos, Europa e Japão já estavam abastecidas de bens duráveis. Somado a esse fator, após décadas de crescimento acelerado, houve uma expansão da capacidade produtiva das empresas, em especial pelo implemento de novas tecnologias e a diminuição dos custos de salários diretos dos trabalhadores, que ocasionou a limitação do poder de compra de parcela significativa da população. Esse momento histórico também “[...] jogou por terra a crença de que as crises do capital estariam sempre sob controle do intervencionismo [...], o sonho entre acumulação, equidade e democracia política parecia ter chegado ao fim” (Behring e Boschetti, 2011, p.116).

A crise dos anos 1970, portanto não foi apenas econômica, mas também social e política. Ela marcou o início de um ciclo regressivo de reformas neoliberais que fragilizou os direitos sociais e ampliou a exclusão e desigualdade com reflexos mundiais. Isso foi notável nos países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos que não vivenciaram ao longo de sua história sistemas robustos de proteção social.

Tomando como ponto de partida os autores elencados aqui, alguns apontamentos sobre o neoliberalismo e a questão social se fazem necessários. Conforme Behring e Boschetti (2011), a desestruturação do Welfare State foi resultado de uma confluência de fatores, inclusive de ampliação de teorias e ideias liberais, que viam o Estado centralizador como o caminho para atraso econômico e um empecilho para o desenvolvimento.

Com base em tais argumentos, os neoliberais “[...] defendem uma programática em que o Estado não deve intervir na regulação do comércio [...] pois o livre movimento de capitais garantirá maior eficiência na redistribuição de recursos internos” (Behring e Boschetti, 2011, p. 126). Além disso, sustentam que a estabilidade monetária é a meta suprema, o que só seria “[...] assegurada mediante a contenção de gastos sociais e a manutenção de uma taxa natural de

desemprego, associada a reformas fiscais, com redução de impostos para os altos rendimentos” (Behring e Boschetti, 2011, p. 126).

No neoliberalismo, há um aprofundamento da questão social com efeitos destrutivos para a classe trabalhadora, que provocou o aumento do desemprego, a destruição dos postos de trabalho não qualificados, a redução de salários com o aumento da mão de obra e a retração do Estado nas políticas sociais. Dessa forma, conforme Behring e Boschetti (2011), mesmo com a hegemonia neoliberal das décadas de 1980 e 1990 nos países de capitalismo central, esta não foi capaz de resolver a crise do capitalismo. Além disso, não alterou os índices de recessão e baixo crescimento econômico como defendia.

Castel (1998) complementa essa análise, ao destacar que o neoliberalismo rompe com a “sociedade salarial”, provocando um processo de desfiliação social marcado pela precarização do trabalho e pela perda dos vínculos que asseguravam a integração social dos indivíduos.

Hobsbawm (2008) caracteriza o neoliberalismo como um retrocesso civilizatório que desfaz as conquistas do Estado de bem-estar social, subordinando a política à lógica mercantil, o que resulta na erosão da solidariedade e na ampliação da exclusão social. Assim, para esses autores, o neoliberalismo não apenas agrava a questão social, mas representa uma transformação profunda nas formas de organização social e nas relações de cidadania. Esse modelo promove o esvaziamento dos direitos sociais, transforma políticas públicas em mecanismos focalizados e seletivos, e reforça a responsabilização individual frente às expressões da questão social.

Diante desse percurso histórico e teórico sobre a formação, expansão e crise das políticas sociais no capitalismo, é importante compreender como esses processos se materializaram no contexto brasileiro considerando as suas particularidades: desenvolvimento tardio do capitalismo, dependente e marcado por desigualdades profundas. No Brasil, as políticas sociais tiveram sua gênese com práticas assistencialistas, seletivas e voltadas para o controle social da pobreza. Contudo essas ações se institucionalizaram em direitos sociais mais abrangentes, especialmente após a promulgação da Constituição Federal de 1988. Nesse sentido, o item seguinte aborda, o percurso histórico da política social brasileira, destacando a passagem do assistencialismo para o modelo de seguridade social como uma resposta do Estado às diferentes manifestações da questão social.

2.5.1 Dos assistencialismos à seguridade: um breve histórico da política social como resposta às expressões da questão social no Brasil

No Brasil, a formação do sistema de proteção social tem seu marco inicial entre os anos de 1930 e 1945, período caracterizado por intensas transformações sociais, políticas e econômicas, impulsionadas pela transição de uma economia agroexportadora para um modelo urbano-industrial. Nesse contexto, consolidam-se as primeiras iniciativas estatais de proteção social, vinculadas sobretudo à regulação do trabalho e à saúde pública, como parte do projeto desenvolvimentista centralizador do Estado Novo segundo Behring e Boschetti (2011) e Soares (2012).

A institucionalização da previdência social ocorreu por meio dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e o fortalecimento da legislação trabalhista, especialmente com a criação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em 1943, expressam esse esforço de regulação e integração dos trabalhadores urbanos formais à ordem social emergente. Paralelamente, o Estado desenvolveu campanhas sanitárias de combate a endemias e promoveu melhorias nas condições urbanas de higiene, consolidando uma visão medicalizante e funcional da saúde, associada ao projeto de modernização e controle social (Giovanella, *et al*, 2012).

Entre 1945 e 1964, o país vivencia um período de instabilidade política, marcado por conflitos entre projetos de desenvolvimento e democratização. Nesse contexto, os avanços nas políticas sociais ocorreram de “forma lenta, seletiva e fragmentada” (Behring e Boschetti, 2011, p. 110), refletindo a persistência de um modelo corporativista e excludente de proteção social, limitado principalmente aos trabalhadores formais urbanos. A desigualdade na cobertura dos direitos sociais consolidou um sistema dual e restritivo, que beneficiava determinados segmentos sociais em detrimento de outros.

Durante o regime cívico-militar (1964–1985), observa-se uma reconfiguração autoritária da política social, com a marginalização dos sindicatos, restrições ao direito de greve e intensificação da lógica de controle sobre a classe trabalhadora (Soares, 2012). Ao mesmo tempo, o período foi marcado por reformas institucionais importantes, como a unificação da Previdência Social, a criação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), a estatização do seguro de acidentes de trabalho e a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social. Segundo Netto (2011), observa-se que, nesse período, houve uma reconfiguração da questão social, caracterizada por um mix de repressão e assistência, em resposta às forças de trabalho que despontavam e à fissura provocada pelos impactos da economia internacional, que exigiam um Estado ditatorial focado nos benefícios sociais diante do contexto mundial.

A transição democrática, iniciada nos anos 1980, ocorreu sob um cenário de crise econômica profunda, frequentemente referida como a “década perdida” da economia latino-americana. Contudo, no campo das políticas sociais, o período foi marcado por intensa mobilização dos movimentos sociais e por debates reformistas que culminaram na promulgação da Constituição Federal de 1988.

Destacaram-se nesse processo movimentos como o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), fundado em 1984, que articulava a luta pela reforma agrária e pela justiça social no campo; os movimentos de mulheres, que reivindicavam políticas de saúde, educação e proteção contra a violência; e o Movimento Negro, que pautava a luta contra o racismo e a desigualdade estrutural. Também foram fundamentais as mobilizações sindicais, como a Central Única dos Trabalhadores (CUT), e os movimentos populares urbanos, como os de luta por moradia, saúde e educação (Montaño; Duriguetto, 2011). Essas organizações contribuíram decisivamente para a inserção de demandas sociais na agenda pública e na nova Constituição.

A Constituição Federal de 1988, consagrou a Seguridade Social como um sistema público universal, integrado por três áreas fundamentais: saúde, previdência e assistência social voltadas à garantia dos direitos sociais de cidadania (Brasil, 1988, art. 194).

Além da Constituição, outros marcos regulatórios importantes consolidaram o novo desenho institucional das políticas sociais brasileiras. Entre eles estão a Lei Orgânica da Saúde (Lei no 8.080/1990), a Lei Orgânica da Previdência Social (Lei no 8.213/1991) e a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS, Lei no 8.742/1993). Essas legislações definem os princípios, diretrizes e formas de organização das políticas que compõem o Sistema de Seguridade Social, estabelecendo também a repartição de competências entre as esferas de governo, em consonância com os princípios da descentralização e da participação social.

A transformação do trabalho em mercadoria no capitalismo cria condições de vulnerabilidade social que se expressam em indicadores como saúde e mortalidade.

A análise da questão social e de suas múltiplas expressões no Brasil contemporâneo demonstra como as desigualdades estruturais atravessam o mundo do trabalho, a distribuição de renda, o acesso a direitos e a forma como o Estado responde por meio das políticas sociais. Se, por um lado, identificam-se avanços no reconhecimento institucional da seguridade social e na formulação de políticas públicas, por outro, permanecem profundas contradições que reproduzem pobreza e exclusão social.

Essas contradições não se limitam à esfera econômica ou política, mas implicam diretamente nas condições de vida e saúde da população. É nesse ponto que a compreensão das

expressões da questão social se articula com os determinantes sociais em saúde, uma vez que o acesso desigual a emprego, renda, educação, moradia, saneamento e serviços públicos se traduz em condições desiguais de vida e saúde.

A mortalidade infantil é uma das expressões mais significativas dessa desigualdade, servindo como um indicador sensível da qualidade de vida e da eficácia das políticas sociais e de saúde. Dessa forma, na próxima seção, busca compreender como políticas de saúde, vigilância epidemiológica, desigualdades regionais e fatores socioeconômicos se articulam produzindo realidades distintas no Brasil.

3 A MORTALIDADE INFANTIL SOB UMA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR

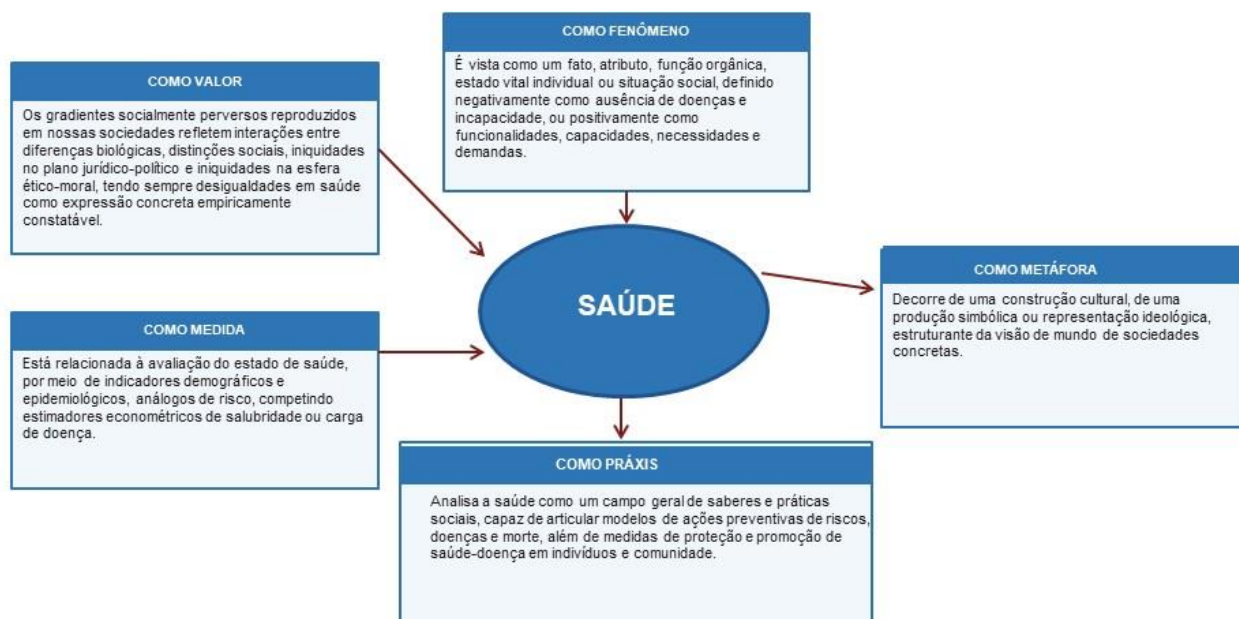
3.1 A política de Saúde no Brasil

A saúde tem se configurado como um tema central de interesse para indivíduos, governos, empresas e instituições. Mais do que a simples expressão de um estado físico ou biológico, ela representa um modo de viver e se relacionar com o mundo. Simultaneamente, integra um setor estratégico da economia, responsável pela produção e oferta de bens e serviços voltados à manutenção e promoção da vida, além de representar o saber acumulado pela humanidade em termos de higiene, produção de conhecimentos científicos e tecnológicos, na formação de profissionais e de trabalhadores para o setor.

Em virtude disso, Paim (2015) esclarece que a saúde deve ser entendida a partir de três dimensões articuladas: como estado vital inerente a todo ser humano, como setor produtivo e como campo do saber.

Almeida Filho (2011) descreve que a saúde consiste em um objeto complexo e referenciado por meio de conceitos (pela linguagem comum e pela filosofia do conhecimento), apreensível empiricamente (pelas ciências biológicas, em particular, pelas ciências clínicas), analisável (no plano lógico, matemático e probabilístico, pela epidemiologia) e perceptível por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos nas áreas das ciências sociais e humanas.

Seguindo a discussão sobre o conceito de saúde ou “os conceitos de saúdes”, o autor dimensiona a saúde sobre 5 (cinco) óticas conforme representadas abaixo (Almeida Filho, 2011, p. 27).

Figura 5 - Conceitos de saúde segundo Almeida Filho (2011)

Fonte: Almeida Filho, 2011. Adaptado pela autora.

Os autores Almeida Filho (2011) e Paim (2015), descrevem que cada sociedade organiza o seu sistema de saúde de acordo com suas crenças e valores, identificado problemas e as suas necessidades em saúde que por sua vez, estão condicionadas as influências econômicas, políticas e culturais de um dado momento histórico.

Nesse sentido, sistema de saúde é definido como um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade (Paim, 2015).

No Brasil, a implementação da seguridade social pela Constituição Federal de 1988 representa a organização dessas dimensões em saúde enquanto uma política social. Reconhecendo-a como um direito social universal inerente à condição de cidadania. O Sistema Único de Saúde (SUS) é, portanto, a materialização concreta desse novo paradigma, fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social (BRASIL, 1990).

Ao longo do nosso processo histórico, a saúde foi permeada de desigualdades estruturais e carregou uma forte marca de segmentação no acesso aos serviços. No Brasil colônia, a organização sanitária era local, realizando ações de profilaxia de doenças endêmicas, executando fiscalização de portos, de alimentos e atuando também em questões relativas ao

trabalho de médicos, enfermeiros e curandeiros. Esse período marca a criação das Santas Casas de Misericórdia em São Paulo, Santos, Olinda, Rio de Janeiro e Belém. A assistência aos pobres, doentes, viajantes e indigentes ficou por conta da caridade cristã (Paim, 2015). Os estratos mais vulneráveis da população, os escravos, indígenas e colonos pobres eram as principais vítimas de doenças infecciosas, parasitárias e carenciais, sem acesso a qualquer forma organizada de assistência médica (Escorel e Teixeira, 2012).

No período imperial, a vinda da família real portuguesa em 1808 trouxe, mesmo que timidamente, a centralização de algumas ações sanitárias: o serviço de inspeção dos portos passou para a esfera do Ministério do Império, bem como, em 1850, foi criada a Junta de Higiene Pública para combater os casos de febre amarela no Rio de Janeiro; foi criada a Inspetoria Geral de Higiene, a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, o Conselho Superior de Saúde Pública e foi aprimorado o Instituto Vacínico do Império, que tinha como atribuição proceder à vacinação antivariólica na Corte. Também foram realizadas as primeiras medidas voltadas para a proteção de crianças e adolescentes no trabalho de fábricas (Paim, 2015).

Conforme Paim (2015, p. 20):

Diante de epidemias, a ação comunitária se organizava, no nível local [...]. Entretanto, quando a situação se complicava, se optava em centralizar as decisões no governo central. Assim, ao fim do Império, era rudimentar e centralizada a organização sanitária brasileira, incapaz de responder as epidemias e de assegurar indiscriminadamente a assistência aos doentes.

Os indivíduos que dispunham de recursos eram cuidados por médicos particulares, enquanto uma parcela mínima da população era atendida pelas Santas Casas de Misericórdia, pela caridade e filantropia, ou até mesmo padeciam sem nenhum tipo de assistência. Assim, a prática médica estava distante dos mais pobres e, principalmente, dos escravos, que se utilizavam da solidariedade comunal, de curandeiros diversos e dos cuidados oferecidos por ordens religiosas.

Com a Proclamação da República e o início da industrialização, a saúde passou a ser reconhecida como expressão da questão social, exigindo respostas do poder público diante do processo de urbanização acelerado. As epidemias de febre amarela, peste e varíola comprometeram a economia agroexportadora, levando à criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), responsável pela profilaxia, saneamento, higiene industrial e controle de endemias (Paim, 2015).

Paim (2015) e Escorel e Teixeira (2012) identificam no Brasil a coexistência de três subsistemas de saúde: a saúde pública, a medicina do trabalho e a medicina previdenciária,

sendo que a coexistência desses modelos perdurou até 1988. A primeira dicotomia no campo da saúde manifesta-se entre um enfoque predominantemente curativo e outro preventivo (Cohn *et al.*, 2015).

O subsistema de saúde pública corresponde às medidas de caráter coletivo, em particular as campanhas sanitárias denominadas por “sanitarismo de campanha e sanitário dependente” voltadas para a prevenção, ao ambiente e à coletividade. Destacamos que o sanitário de Campanha é entendido por Ponte (2010) como um movimento que visa integrar essas populações (pobres e analfabetas) nos marcos da nacionalidade e da cidadania, conferindo-lhes condições de lutar pela melhoria da própria vida, em especial, “os sertanejos”, pois essas campanhas promoveram interiorização dos profissionais de saúde a diferentes regiões do país, onde o poder público se faz presente por meio dessas ações e não somente para “cobrar-lhes impostos ou votos” (Ponte, 2010, p.83).

O subsistema da medicina do trabalho corresponde ao período da segunda metade da década de 1960, onde houve a criação da medicina em grupo, um tipo de empresa médica prestadora de serviços a grandes empresas, mediante pré-pagamento. As empresas que contratavam a medicina em grupo evitavam que seus trabalhadores procurassem atendimento na previdência social, assim elas contavam com um estímulo do governo, que as dispensava de parte das contribuições previdenciárias.

Conforme aponta Paim (2015, p.23), essa modalidade de assistência médico hospitalar representou a deterioração das condições de saúde da população, tendo em vista que, na década de 1940, “[...] cerca de 80% dos recursos federais eram em gastos de saúde pública e 20% com assistência médica individual, em 1964, está distribuição já era ao contrário, e os primeiros governos militares reduziram ainda mais os recursos”. Nesse sentido, Cohn *et al.* (2015) expõe que nesse modelo é percebido a lógica do favorecimento do setor privado, bem como a prevalência de lucro e capitalização na saúde.

Já o subsistema de medicina previdenciária, teve início em 1930 por vários institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que institucionalizou o seguro social fragmentando as classes assalariadas de categoria de trabalhadores convivendo com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Esse modelo dual só foi unificado em 1966 no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Nesse subsistema, somente os brasileiros vinculados ao mercado formal de trabalho tinham acesso à assistência médica da previdência; os demais pagavam pelos serviços médicos e hospitalares ou buscavam atendimento em instituições filantrópicas, postos e hospitais de estados e municípios (Cohn *et al.*, 2015).

Com o fim do Estado Novo e o início do período democrático em 1945, muitos setores da sociedade passaram a demandar mudanças nas políticas públicas, inclusive na saúde. Ainda assim, o modelo de atenção à saúde permaneceu centrado no sistema previdenciário, privilegiando os trabalhadores formais urbanos vinculados aos institutos de aposentadoria e pensão (IAPs). A assistência médica era oferecida como um benefício trabalhista, não como um direito universal, o que manteve excluídas as populações pobres, rurais e informalizadas.

Durante o governo Dutra (1946–1951), houve debates importantes sobre a criação de um Ministério da Saúde autônomo, o que se concretizou em 1953, marcando uma tentativa de estruturar a política de saúde pública fora da lógica estritamente previdenciária. No entanto, o sanitarismo campanhista permaneceu predominante, com foco em campanhas verticalizadas de combate a doenças infecciosas e ações pontuais de vigilância sanitária.

De acordo com Escorel e Teixeira (2012, p. 307),

[...] em 1948 e 1949, ocorreu uma redução de casos novos de malária e de todas as doenças transmissíveis por insetos. Também houve uma queda extraordinária nas taxas de tuberculose entre 1949 e 1951. A explicação para tal sucesso não era a eficiência das campanhas sanitárias voltadas para essas doenças. Alguns afirmavam que a melhora nas condições de saúde devia-se à disponibilidade de aplicação de inseticidas de ação residual e de antibióticos que chegaram ao país. Outros, consideravam que a explicação estava no desenvolvimento ocorrido no país naquele período.

No período da Ditadura Cívico-militar, em 1975 houve a criação do Sistema Nacional de Saúde que definiu as competências dos seus componentes. Houve um incremento no orçamento do Ministério da Saúde e foram implantados sistemas de cobertura de serviços em saúde em áreas rurais e foi organizado o Sistema de Vigilância Epidemiológica, bem como foram implementados programas especiais de controle de doenças e atenção a grupos prioritários como o materno-infantil.

Contudo, o desafio em saúde pública continuava, em grande parte pela existência de serviços de saúde sem hierarquização e competências e em diversas formas de constituição: públicos, privados, empresariais, filantrópicos, órgãos estaduais e municipais. Conforme relatório da V Conferência Nacional de Saúde de 1975, censurado na época pelo governo militar, o sistema de saúde no Brasil era: “[...] insuficiente, mal distribuído, descoordenado, inadequado, ineficiente e ineficaz”, além de “autoritário, centralizado, corrupto e injusto” (Paim, 2015, p. 24).

Em resposta a esse cenário, foi organizado um movimento social, composto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde que propuseram a

Reforma Sanitária e defenderam a democratização da Saúde e a reestruturação do sistema de serviços visando a implantação do SUS. Destacam-se no bojo desses movimentos as instituições acadêmicas e sociedades científicas, como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação (ABRASCO), entidades comunitárias, profissionais e sindicais. Portanto, a gênese do SUS representa uma conquista da sociedade e não de governos e partidos.

Em meio ao processo de redemocratização do país, em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde que discutiu e aprovou a “[...]unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado, elaborou novas bases financeiras do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social” (Escorel, 2012, p. 357) que mais tarde seriam incorporados à Constituição Federal.

Com a promulgação da Constituição de 1988, a saúde foi reconhecida como direito de todos e dever do Estado (artigo 196), e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi formalmente estabelecida. Já a regulamentação desse novo sistema se deu por meio das Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990), que definiram os fundamentos jurídicos, administrativos e operacionais do SUS, institucionalizando um modelo público, gratuito e universal de atenção à saúde.

A breve contextualização histórica da saúde no Brasil, demonstra um longo processo de disputas, desigualdades e avanços institucionais até a constituição de um sistema público pautado na universalização do acesso, na equidade e na participação social. O Sistema Único de Saúde (SUS), como resultado desse processo, representa não apenas a conquista de um direito social, mas também a consolidação de um novo modelo de “se pensar e se fazer saúde” (Escorel, 1999, p.28), que busca integrar ações preventivas, assistenciais e de promoção da saúde.

Nesse contexto, a Vigilância Epidemiológica assume papel estratégico como uma das principais ferramentas de organização da atenção à saúde e de enfrentamento dos determinantes e condicionantes que afetam o adoecer e o morrer da população brasileira. Por meio da produção de dados, análises e intervenções, ela atua na identificação de riscos e na construção de respostas eficazes, especialmente no controle de doenças transmissíveis, na proteção de grupos vulneráveis e na redução de desigualdades em saúde. A seguir, será analisado o papel da vigilância epidemiológica como elemento estruturante das ações do SUS, em especial no enfrentamento da mortalidade infantil.

3.1.1 A Vigilância Epidemiológica

A vigilância epidemiológica (VE) é uma das principais estratégias de saúde pública para o controle de doenças e agravos. Na Constituição Federal de 1988, foi elencada ao lado da vigilância sanitária como uma das atribuições da saúde, sendo posteriormente definida na Lei 8080/1990 em seu Art. 6º, inciso 2º como:

[...] conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990, art.2).

Alinhada a essa mesma perspectiva, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a vigilância epidemiológica como uma observação contínua e sistemática da distribuição e das tendências dos eventos de saúde em uma população específica, com a finalidade de usar essas informações para controle e prevenção de doenças (OPAS/OMS, 2010). Outro conceito fundamental é o de epidemiologia, que é “[...] estudo da distribuição e dos determinantes estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas, e sua aplicação na prevenção e controle dos problemas de saúde” (Last 2002 *apud* Bonita, 2010, p.2).

De acordo com Almeida Filho e Rouquayrol (1992, p.13) a epidemiologia é:

[...] uma ciência que estuda o processo saúde-doença na sociedade, analisando a distribuição populacional e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde.

As definições contemporâneas de Epidemiologia denotam que esse campo do saber se preocupa não somente com a incapacidade, doença ou morte, mas também com a melhoria dos indicadores de saúde e com maneiras de promover a saúde. Dessa forma, o termo “doença” compreende todas as mudanças desfavoráveis em saúde, incluindo acidentes e doenças mentais. Nesse contexto, “o diagnóstico comunitário” direciona suas ações no processo de ocorrência de situações de risco à comunidade, ou em grupos dessa comunidade, com o objetivo de propor estratégias que melhoram o nível de saúde das pessoas que compõem essa comunidade.

A análise da incidência e distribuição de doenças remonta a meados do século XIX na Inglaterra, onde foi conduzido o processo de coleta de dados sobre a incidência de cólera por

bairros na cidade de Londres, sendo identificado na época que a incidência da doença era prevalente em bairros que recebiam a água de uma determinada companhia de abastecimento de água (Rouquayrol; Almeida Filho, 1992)

Ressalta-se que olhar para o processo saúde e doença, enquanto objeto de investigação de causa e consequências coletivas, circunda tanto na Europa quanto no Brasil, o processo de industrialização e a urbanização que resultaram do capitalismo

No Brasil, como já discutido acima, as intervenções públicas voltadas para a melhoria da situação sanitária do nosso país, adotadas no final do século XIX e início do século XX, embora influenciadas pelos interesses econômicos, foram fundamentadas em bases científicas que estavam emergindo, em particular, aquelas que diziam respeito à origem e ao modo de transmissão das doenças infecciosas e parasitárias.

As campanhas sanitárias como ações de saúde pública estiveram presentes de 1900 a 1969. Elas eram responsabilidade de distintas estruturas do Ministério da Saúde, como o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU). Posteriormente, passou a ser denominado Superintendência de Campanhas (SUCAM), que coordenava ações de responsabilidade no controle de malária, varíola, peste, febre amarela, tracoma, entre outras doenças. Além de organismos especiais com legislação e administração próprias, como as Campanhas Nacionais de Tuberculose e de Lepra, e a Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), que prestava assistência médica e desenvolvia ações de prevenção e controle de doenças (Escorel; Teixeira, 2012).

Nesse período, a vigilância epidemiológica, por meio destes mecanismos, atuava de forma vertical e realizava suas atividades obedecendo às seguintes fases: preparatória, ataque, consolidação e manutenção (Brasil, 2014)). As ações sanitárias eram restritas a uma fase de campanha, com pouco apoio dos Estados e sem envolvimento com o poder municipal.

Posteriormente, entre 1975 e 1989, as demandas sociais por maior abrangência de atuação governamental no setor saúde e os avanços científicos no campo do planejamento, da organização de sistemas e dos serviços de saúde favoreceram a implantação de algumas reformas que resultaram no fortalecimento desse setor. Um dos principais marcos desse fortalecimento é o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), estabelecido pela Lei Nº 6.259/75, que foi resultado da decisão da 5ª Conferência Nacional de Saúde de 1975.

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) excluiu as ações de controle do escopo da vigilância epidemiológica, ao estabelecer como atribuições a coleta de informações, a realização de investigações e os levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à saúde (Teixeira;

Costa, 2012; Paim, 2015). O SNVE também institui a Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975 a lista nacional de doenças de notificações compulsórias (Escorel; Teixeira, 2012).

No âmbito do monitoramento em 1975 foi criado o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) com informatização em 1979 e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Contudo, apesar dos grandes avanços legislativos, na prática foi verificado que as ações de vigilância epidemiológicas se mantiveram fragmentadas concentradas em ações federais e poucas ações estaduais, com participação mínima dos municípios e sem critérios para o seu financiamento ((Escorel; Teixeira, 2012).

O reconhecimento da saúde como direito efetivado pela Constituição Federal e institucionalizado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº8080/90) representou para o campo da vigilância epidemiológica uma grande transformação sob dois aspectos, em especial: a descentralização da vigilância para Estados e Municípios, gerando assim uma capilaridade de informações com base regionalizada, bem como garantia de um bloco de financiamento para execução dessas ações.

Dessa forma, tanto Paim (2015) quanto Teixeira e Costa (2003) identificam que a ênfase na análise dos problemas de saúde no nível local, priorizando a desagregação espacial de dados e de informações no território, possibilita uma aproximação da epidemiologia ao planejamento e à gestão. Por sua vez, a análise dos problemas de saúde segundo as condições de vida dos grupos sociais inseridos no espaço urbano, por exemplo, facilita a identificação das desigualdades em saúde e dos seus determinantes sociais.

As intervenções orientadas por essa abordagem podem contemplar os danos (doenças e agravos) e os riscos como expressões de problemas, mas também as necessidades de saúde e os seus determinantes socioambientais. Ao combinar tecnologias voltadas para o controle de danos, de riscos e de causas, esse modo tecnológico de intervenção pode concretizar a diretriz da integralidade do SUS, articulando ações de promoção da saúde, proteção à saúde e prevenção de doenças.

Conforme o Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (2009), a operacionalização dessa modalidade de vigilância se dá em um ciclo de funções específicas e intercomplementares sendo desenvolvida de um modo contínuo nas seguintes fases: coleta de dados, o processamento dos dados coletados; análise e interpretação dos dados processados; recomendação de medidas de prevenção e controle apropriadas, promoção das ações de prevenção e controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulgação das informações pertinentes.

O primeiro passo para o cumprimento das funções de vigilância reside na disponibilidade e na qualidade dos dados que serviram para o processo de produção da informação. Atualmente esses dados são alimentados pelas secretarias municipais e estaduais de saúde sendo condensados em sistemas informatizados coordenados pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS) que atuam como agente operacionalizador no processamento desses dados.

A Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) do Ministério da Saúde por meio do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT), dispõe de 6 (seis) instrumentos para a coleta de dados sobre os eventos em saúde dessa categoria conforme o quadro disposto abaixo:

Quadro 2 - Sistema de Informações do DAENT.

Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos (SINASC) (Implantado em 1990)	O Sistema é considerado a principal ferramenta para o registro dos dados sobre nascidos vivos ocorridos no Brasil. O documento-base, e de uso obrigatório em todo País, é a Declaração de Nascido Vivo, cujo preenchimento pode ser atividade de qualquer profissional de saúde capacitado para esse fim.
Registro de Eventos em Saúde Pública (Resp-Microcefalia) (Implantado em 2015)	É uma ferramenta para a detecção de conjunto de anomalias congênitas e demais alterações observadas nos nascidos vivos e óbitos passou a ser chamado de síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika (SCZ). Além de crianças, são notificados no Resp-Microcefalia fetos, nascidos vivos e óbitos suspeitos de SCZ, sendo coletados dados de identificação e local de ocorrência, dados clínicos e epidemiológicos da gestante/puérpera e do caso notificado, bem como características da gestação e parto, exames laboratoriais e de imagem e evolução do caso
Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). (Implantado em 1990)	O Sinan permite o registro da informação relativa à notificação individual de 47 fichas de doenças e agravos, além de demais tipos específicos de notificação de eventos de interesse para a saúde pública, as quais fornecem, diretamente, dados para diferentes agendas da Vigilância em Saúde nacional.
Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel). Implantado em 2006	Os fatores de risco e proteção para doenças crônicas são monitorados nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal por meio do Sistema. O Vigitel é um inquérito de saúde de base populacional, que objetiva monitorar a frequência e a distribuição dos principais fatores comportamentais associados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na população adulta residente em domicílios servidos por linhas fixas de telefone de cada cidade
e-SUS Notifica (Implantado em março de 2020)	O sistema recebe notificações de casos de síndrome gripal em todo o País. Por ser on-line, o e-SUS Notifica possibilitou que todos os níveis de gestão pudessem ter acesso em tempo real às notificações realizadas

Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (Implantado em 1970)	Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) possibilita a obtenção do total de mortes ocorridas no Brasil, bem como suas principais características e causas, permitindo, assim, o conhecimento do perfil da mortalidade no País. documento-base do SIM é a Declaração de Óbito, que é emitida por um médico.
--	--

Fonte: Brasil, Dados para Vigilância, 2023. Adaptado pela autora.

No contexto da mortalidade infantil, a vigilância epidemiológica é um instrumento essencial para a identificação de causas evitáveis de óbito, análise de padrões de desigualdade e direcionamento de políticas públicas. Através dos sistemas de informação como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), é possível monitorar indicadores sensíveis às condições socioeconômicas e à qualidade da atenção prestada às gestantes, parturientes e recém-nascidos.

Além disso, a obrigatoriedade da investigação do óbito infantil e fetal instituído pela Portaria do Ministério da Saúde Nº 72/2010 que institui esses óbitos como eventos de investigação obrigatória por profissionais de saúde vinculados à atenção primária, secundária e terciária reconheceu a necessidade de estabelecer mecanismos de investigação mais robustos como parte da vigilância epidemiológica desses eventos.

A vigilância epidemiológica, ao produzir informações sistemáticas sobre eventos vitais e agravos à saúde, assume papel central na compreensão dos padrões de morbimortalidade da população e de suas desigualdades territoriais. Entre os indicadores monitorados, a mortalidade infantil destaca-se como um dos indicadores mais sensíveis das condições sociais, econômicas e de acesso aos serviços de saúde de uma população (Januzzi, 2017). Mais do que um dado estatístico, representa um marcador da qualidade de vida, da efetividade das políticas públicas e do grau de equidade existente no interior de uma sociedade.

A análise da mortalidade infantil, orientada pelos instrumentos da vigilância epidemiológica, possibilita evidenciar disparidades regionais persistentes e compreender como diferentes contextos locais influenciam os desfechos de vida e morte na primeira infância. Assim, no item abaixo, a interdisciplinariedade apresenta-se como um referencial teórico-metodológico para compreender a mortalidade infantil e orientar análises sobre os seus determinantes.

3.2 Mortalidade infantil e condições sociais de vida: uma perspectiva histórica.

Compreender a mortalidade infantil exige uma abordagem que considere os determinantes sociais da saúde, as iniquidades no acesso aos recursos e a diversidade regional que caracteriza o país. A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) representa um indicador importante para avaliar a saúde, a qualidade da atenção à saúde das mulheres e o desenvolvimento socioeconômico de uma região (Nasr, 2021), cuja causalidade é multifatorial e está diretamente relacionada com questões sociais e de saúde que envolvem uma população vulnerável como mulheres e crianças, com agravantes que variam conforme o contexto de cada país (Maia, 2023).

Analisar a mortalidade infantil somente pelo viés estatístico é transformar um problema complexo e multidimensional em unidimensional. Conforme Morin (2003), os fenômenos de natureza social constituem um tecido interdependente entre partes e todo, no qual o econômico, o político, o sociológico e o afetivo são indissociáveis. Nessa perspectiva, Lima e Lemos (2016) questionam se é suficiente trabalhar com a mortalidade infantil como tem sido realizado ao longo dos anos, apontando que a epidemiologia tradicional baseada apenas em dados e taxas exclui aspectos subjetivos e contextuais necessários à compreensão plena do fenômeno.

É nesse ponto que este estudo se insere na interseção entre o Serviço Social, a Saúde Coletiva e a Epidemiologia. O Serviço Social contribui com a sua perspectiva crítica sobre a definição de questão social e suas expressões nas condições de vida das famílias; a Saúde Coletiva oferece o referencial teórico dos determinantes sociais da saúde e as iniquidades em saúde; e a Epidemiologia disponibiliza as ferramentas quantitativas para avaliar e comparar os desfechos populacionais.

Com isso, torna-se necessário compreender como a mortalidade infantil passou a ser objeto de estudo e preocupação pública, o que remete à análise de sua trajetória histórica enquanto fenômeno socialmente construído.

A mortalidade infantil tornou-se objeto de investigação com o surgimento da demografia moderna de John Graunt (Inglaterra, século XVII) e, posteriormente, estatísticos do século XIX, que começaram a registrar padrões de mortalidade por idade, incluindo crianças. Durante o avanço da Revolução Industrial, a mortalidade infantil passou a ser associada às condições precárias de vida nas cidades, como saneamento básico e habitação insalubre. (Rouquayrol e Almeida Filho, 1992).

A partir das primeiras décadas do século XX, organismos internacionais, como a Liga das Nações e, depois, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passaram a destacar a

mortalidade infantil como um indicador do desenvolvimento social. Salienta-se que esse período coincide com a ampliação da epidemiologia e das estatísticas vitais que permitiram a mensuração mais precisa da mortalidade base em dados censitários, registros civis e inquéritos de saúde, permitindo comparações regionais e temporais.

No Brasil, na década de 1920, a preocupação com a saúde infantil deixou de ser exclusividade de instituições caritativas e passou a mobilizar também autoridades públicas. Nesse período, a assistência médica às crianças era frequentemente vinculada ao interesse industrial, já que o adoecimento infantil gerava faltas ao trabalho entre operárias. Assim, o estímulo ao aleitamento materno foi promovido como estratégia para reduzir as doenças nas crianças pequenas e garantir a produtividade feminina nas fábricas (Giovanella *et al*, 2012).

Entre as décadas de 1930 e 1940, surgiram os primeiros programas de proteção à maternidade, infância e adolescência, sob responsabilidade do Departamento Nacional da Criança (DNCR) (BRASIL, 2011). As ações ainda eram majoritariamente curativas, voltadas ao cuidado individual em hospitais e centros médicos vinculados à iniciativa privada ou às grandes indústrias. O foco permaneceu associado à redução do absenteísmo das mães trabalhadoras, evidenciando a influência das relações de poder entre os setores patronais e o Estado.

Somente em 1953, com o desmembramento dos Ministérios da Saúde e da Educação, o Ministério da Saúde assumiu integralmente a gestão das políticas voltadas à infância. Em 1970, após a extinção do DNCR, foi criada a Coordenação de Proteção Materno-Infantil, com atribuições de planejar, coordenar e fiscalizar ações específicas para esse grupo. No entanto, nesse período, os índices de mortalidade infantil continuavam alarmantes chegando em 1960 em 124,0 % de óbitos por mil nascidos vivos (IBGE, 2023¹¹), reflexo de uma assistência ainda pontual e focada nas condições agudas de saúde da criança.

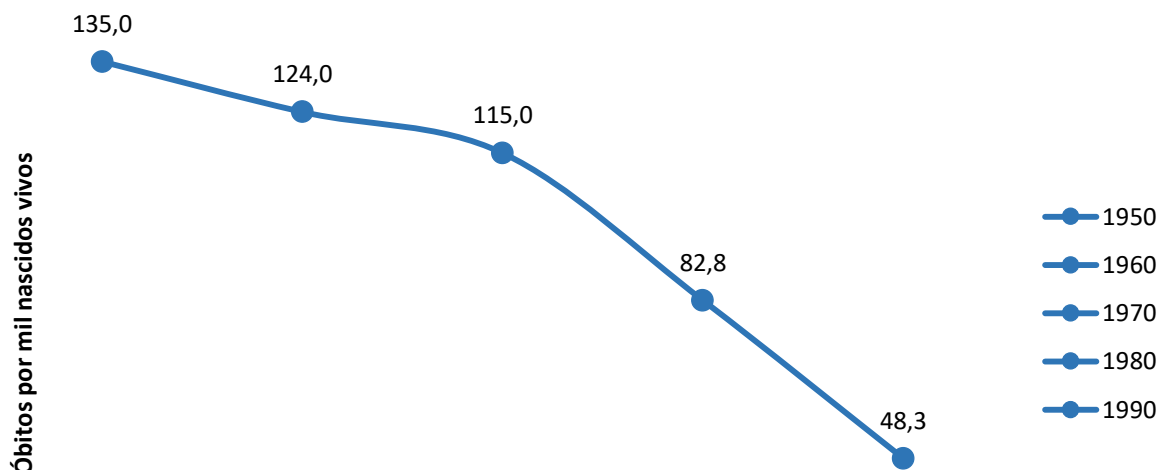
A partir da década de 1970, entretanto, influenciada tanto por pressões internas quanto por organismos internacionais, a mortalidade infantil passou a ganhar maior visibilidade nas políticas públicas brasileiras. Indicadores como a taxa de mortalidade infantil (TMI) passaram a ser utilizados como parâmetros para avaliar o desenvolvimento social e a efetividade das ações do setor saúde. Foi implantado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, apresentando como objeto a redução da morbimortalidade entre crianças e mães.

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira, nos anos 1980, foi um marco importante para consolidar uma visão ampliada da saúde e para inserir o debate sobre os determinantes

¹¹ Dados disponíveis em Series estatísticas e Históricas- Crianças, do IBGE.

sociais: como saneamento, renda, educação, moradia e alimentação como fatores fundamentais para a redução da mortalidade infantil. (Leal et al, 2018).

Figura 6 - Redução da taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no Brasil de 1950 a 1990.

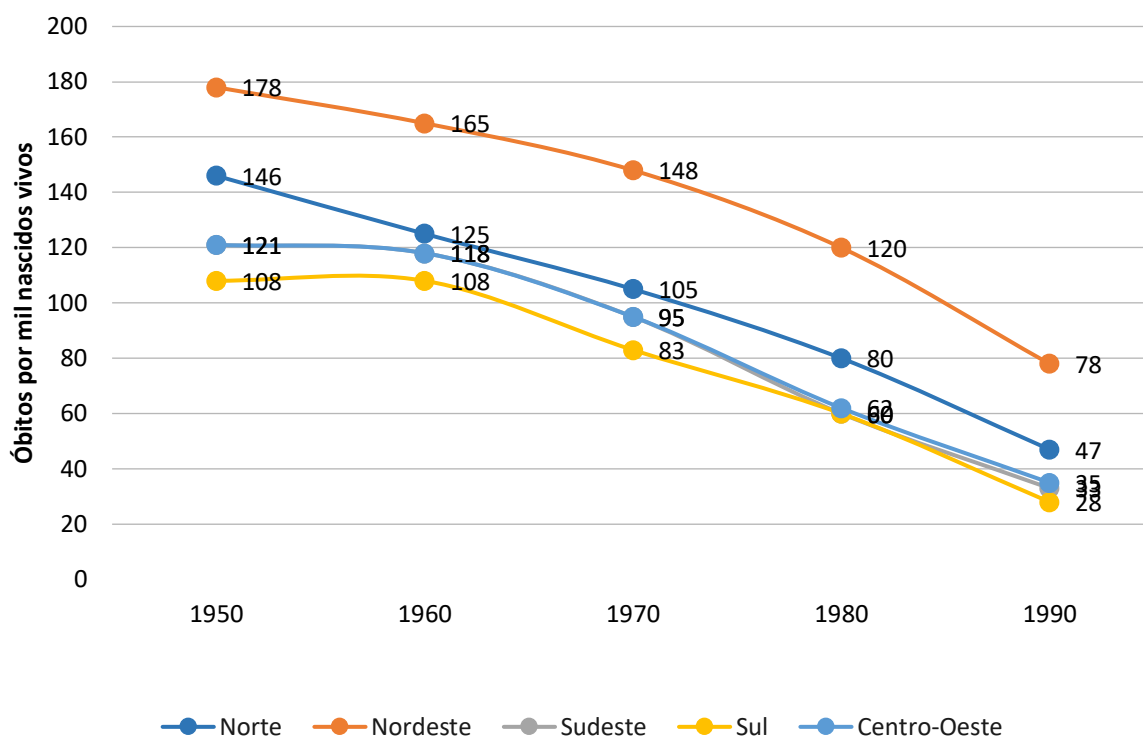


Fonte: Séries estatísticas e históricas - Crianças, IBGE 2025.

Entre 1950 e 1990, o Brasil reduziu sua taxa de mortalidade infantil em aproximadamente 64,2%, saindo de uma TMI de 135,0 de óbitos (por mil nascidos vivos) para um 48,3 óbitos (por mil nascidos vivos). Os dados indicam que em 1950, para cada mil crianças nascidas vivas, 135 morriam antes de completar um ano de idade, número que reduziu para 48,3 em 1990, demonstrando assim, uma redução significativa, contudo ainda refletia as ações fragmentadas e ineficientes das políticas públicas do período.

A figura abaixo refere-se a Taxa de Mortalidade Infantil entre as regiões do país sendo possível observar que a incidência da mortalidade Infantil é histórica na região Norte e Nordeste. Ao passo que as regiões Sul e Sudeste, apresentam as menores taxas, situação que permanece inalterada até ano de 2023.

Figura 7 - Redução da TMI no Brasil por região (1950-1990)



Fonte: Séries estatísticas e históricas- Crianças, IBGE 2025.

A literatura e a arte têm historicamente desempenhado um papel importante na representação da mortalidade infantil e suas disparidades no território brasileiro. Por meio de símbolos, narrativas e imagens, autores e artistas denunciam, sensibilizam e problematizam as condições de vida que permeiam esse fenômeno, traçando um paralelo significativo com os dados estáticos do período que demonstra que a incidência dos óbitos infantis nas regiões Norte e Nordeste.

A obra “Morte e Vida de Severina” do escritor João Cabral de Melo (1954/1955) prenuncia, logo no início, a morte como parte do cotidiano, de forma silenciosa, mas simbólica, ocorrendo em todas as idades, “até gente não nascida”, e denuncia a realidade das famílias nordestinas e sua estreita relação com a morte de suas crianças.

Somos muitos Severinos iguais em tudo na vida: na mesma cabeça grande que a custo é que se equilibra, no mesmo ventre crescido sobre as mesmas pernas finas e iguais também porque o sangue, que usamos tem pouca tinta. E se somos Severinos iguais em tudo na vida, morremos de morte igual, mesma morte severina: que é a morte de que se morre de velhice antes dos trinta, de emboscada antes dos vinte de fome um pouco por dia (de fraqueza e de doença é que a morte severina ataca em qualquer idade, e até gente não nascida). Somos muitos Severinos iguais em tudo e na sina (Melo, 1994, p 3).

Para Maia (2023 p. 43), o poema de João Cabral de Melo representa “[...] aqueles que não nasceram aparecem como imagens de gestações que não tiveram êxito, ou, crianças que nasceram, mas foram a óbito em poucos dias”. A poesia do autor “[...] localiza a região Nordeste e os seus confins interioranos como espaços conflitos sociais, injustiças, opressão, exploração do trabalho, mortandades, pestes, doenças, fome e sofrimento” (Maia, 2023, p.43).

A tela a “Criança Morta” de 1944 de Cândido Portinari que faz parte da série “Retirantes” e retrata de forma chocante e expressiva o sofrimento diante da morte de uma criança.

Figura 8 - A criança Morta (1944), Cândido Portinari, 1944. Óleo sobre tela. Museu de Arte de São Paulo Assis Chateaubriand (MASP), São Paulo.



Fonte: Coleção Folha, 2025.

A obra “Criança morta” é inspirada na dor materna diante da morte de seu filho. A imagem mostra uma mãe gigantesca curvada sobre o corpo esquelético do filho com elementos nordestinos e sertanejos: a paisagem seca com pedregulhos, as lágrimas de pedra dos demais personagens e a ausência de vida ao redor materializam esteticamente a dureza do sofrimento humano na região (Coleção folha, 2025).

A manifestações literária e artística acima, dialogam com o conceito de geografia da saúde (Pasklan *et al.*, 2020), que se propõe a estudar a distribuição e prevalência das doenças como de todas as modificações que nelas possam advir por influência dos mais variados fatores geográficos e humanos. Investigar os fatores de risco da mortalidade é “[...] primeiramente pesquisar no contexto da sociedade as causas que produzem saúde, doença e

morte, para se tomar medidas de melhoria da qualidade de vida da população” (Lima e Lemos, 2016, p. 289).

Considerando o contexto histórico e social descrito, observa-se que a redução da mortalidade infantil é resultado da interação entre condições sociais de vida e a capacidade do Estado em estruturar políticas públicas integradas. Assim, no item abaixo será discutido as estratégias de redução da mortalidade infantil com ênfase nas políticas de seguridade social de saúde e assistência social.

3.2.1 A Proteção Social na Redução da Mortalidade Infantil: Saúde e Assistência Social

3.2.1.1 Saúde

A Promulgação da Constituição Federal de 1988 e a organização da seguridade social, com destaque às políticas de saúde e assistência social trouxeram significativos avanços sociais que nos permitem relacionar com redução das taxas de mortalidade infantil a partir da década de 90.

Em âmbito internacional, a centralidade da infância como objeto de proteção estatal é reafirmada pela Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Organização das Nações Unidas em 1989, considerada o instrumento de direitos humanos mais amplamente aceito na história universal, tendo sido ratificada por 196 países. A Convenção estabelece a criança como sujeito de direitos e reconhece a obrigação dos Estados em garantir condições adequadas de sobrevivência, desenvolvimento, proteção e participação, incluindo o direito a saúde no qual os Estados devem adotar medidas apropriadas para:

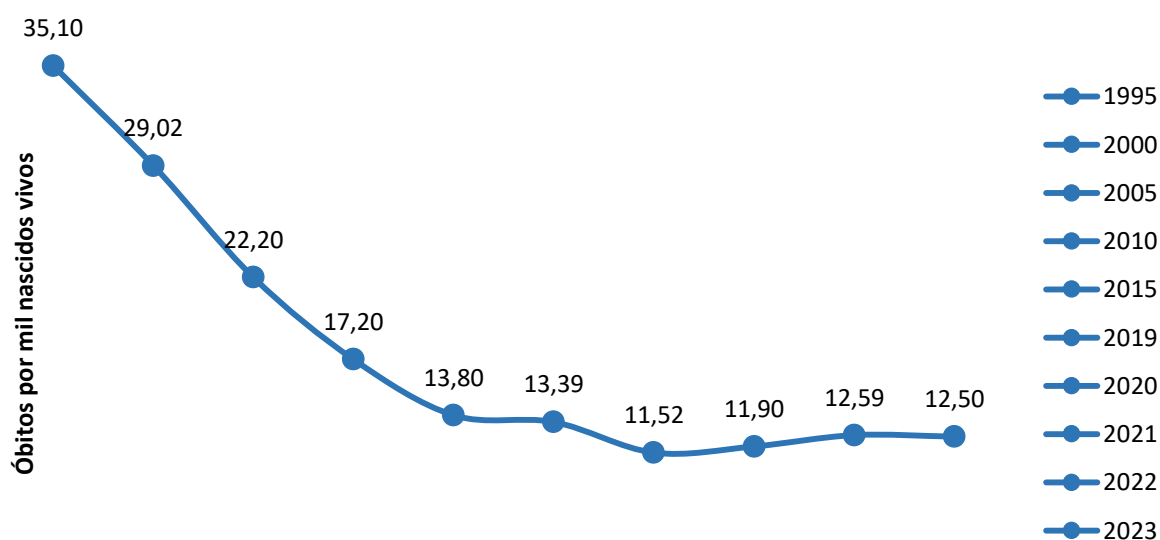
Reduzir a mortalidade infantil; Assegurar a prestação de assistência médica e cuidados de saúde necessários para todas as crianças, dando ênfase aos cuidados primários de saúde; combater as doenças e a desnutrição, inclusive no contexto dos cuidados primários de saúde mediante, *inter alia*, a aplicação de tecnologia prontamente disponível e o fornecimento de alimentos nutritivos e de água limpa de boa qualidade, tendo em vista os perigos e riscos da poluição ambiental; assegurar que as mulheres tenham acesso a atendimento pré-natal e pós-natal adequado[...] (ONU, 1989, art.24).

No cenário nacional, destaca-se a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) por meio da Lei Nº 8.069/1990, que instaurou o reconhecimento das crianças e do adolescente como sujeitos de direitos e em situação peculiar de desenvolvimento e da adoção

da proteção integral por meio de um amplo sistema de garantia de direito (BRASIL, 1990; Souza; Joazeiro, 2020) com atuação de políticas intersetoriais.

Entre 1995 e 2015, observa-se uma queda expressiva da taxa de mortalidade infantil (TMI), que passou de 35,1 para 13,8 óbitos por mil nascidos vivos, uma redução superior a 60%.

Figura 9 - TMI no Brasil de 1995 a 2023.



Fonte: IBGE, Sidra e Data SUS.

Observando os dados acima, podemos inferir que a redução da Taxa da Mortalidade Infantil (TMI) é resultado das profundas mudanças sociais nas condições de vida e saúde da população no Brasil e está relacionado a:

[...] melhoria no sistema de atenção à saúde, com a ampliação da cobertura vacinal, o maior acesso ao pré-natal e aos serviços médicos básicos e essenciais no primeiro ano de vida. [...] com a melhor distribuição de renda, ou mesmo com seu aumento, por meio de programas de transferência de renda. Da mesma forma, é possível encontrar associações positivas entre a redução da mortalidade infantil e o aumento da escolaridade, ou ainda a redução da mortalidade infantil e o acesso a condições básicas de moradia, saneamento básico, energia e alimentação. (Faria; Santana, 2016, p.737).

No âmbito da política de Saúde, a década de 1990 a 2000 foi marcada pela consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e pela implementação de estratégias fundamentais para a

redução da mortalidade infantil. De acordo com Negri (2002), a redução da mortalidade infantil foi resultado de um conjunto articulado de intervenções governistas, como a prioridade da atenção básica, as campanhas de imunização, a promoção do aleitamento, a ampliação do saneamento básico, o controle da desnutrição, a melhoria da qualidade da atenção pré-natal, do parto e do nascimento.

Nos primeiros anos de SUS, até meados da década de 1990, as medidas estavam direcionadas principalmente para o financiamento e a descentralização dos serviços de saúde, por meio da publicação de Normas Operativas Básicas (NOBs). Com isso, o modelo assistencial ainda estava voltado para lógica curativa-hospitalar, cabendo às ações de promoção à saúde e prevenção apenas programas focalizados.

Entre esses programas está o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado em 1991, inspirado em experiências municipais disseminadas pelo país. O PACS foi implementado em áreas vulneráveis da região Nordeste do país para o enfrentamento das crescentes taxas de morbimortalidade infantil. O programa trouxe uma das principais inovações e bases para efetivação da atenção básica no Brasil, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os ACSs são atores catalisadores e de capilarização das ações em saúde por serem profissionais que moram no território de abrangência da unidade de saúde, inseridos no contexto socioeconômico e cultural da população (Giovanella *et al*, 2012).

Alguns anos depois, em 1994, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), como uma espécie de continuidade e ampliação em nível nacional das ações do PACS e de experiências locais bem-sucedidas e como estímulo que os municípios assumissem, gradativamente, a gestão e organização da atenção básica (Negri, 2002). O PSF foi o primeiro programa de caráter abrangente, ainda que com ações focalizadas, e gerou um importante movimento de reordenação do modelo assistencial do SUS, alterando o foco da lógica curativa-hospitalar para ações de promoção à saúde e prevenção. Na primeira fase, o programa foi implementado principalmente em pequenos municípios e guardou o caráter restrito de APS, com condições de absorver a demanda reprimida de atenção primária, mas com baixa capacidade para garantir a continuidade da atenção.

No campo dos instrumentos voltados a gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), Giovanella *et al* (2012) e Negri (2002) destacam que, a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96) como um elemento fundamental para ampliação e consolidação de ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao promover duas contribuições centrais.

A primeira foi a consolidação da atenção primária como estratégia abrangente, o que resultou em avanços significativos na organização do modelo assistencial. Isso se traduziu na

definição da atenção básica como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, ampliando o acesso da população aos serviços essenciais. Nesse contexto, estruturou-se um novo modelo assistencial baseado na atuação de equipes multiprofissionais territorializadas, responsáveis por ações contínuas, intersetoriais e centradas na família e não mais apenas no indivíduo, integrando o conhecimento do território com a participação ativa da comunidade (BRASIL, 1997).

A segunda contribuição relevante foi a criação, em 1998, do Piso da Atenção Básica (PAB), considerado um dos principais instrumentos de incentivo à expansão da atenção básica no país. O PAB estabeleceu repasses financeiros automáticos e regulares do governo federal aos municípios, calculados com base no tamanho da população local, assegurando um valor mínimo nacional para o financiamento da atenção básica.

A implementação do PAB teve impacto direto na adesão ao Programa de Saúde da Família (PSF), que viria a se tornar a principal estratégia da atenção primária no Brasil. O número de municípios participantes aumentou expressivamente, passando de 772 em 1997 para 1.898 em 1999, demonstrando o papel decisivo do financiamento regular e da reorganização institucional na expansão da cobertura dos serviços de saúde (Giovanella *et al*, 2012).

Negri (2002) aponta a consolidação do na década de 1990, quando o PIN teve um índice de altas coberturas vacinais, utilizando-se das estratégias de campanhas de vacinação em massa. Isso fez com que várias doenças fossem erradicadas no território nacional como poliomielite e rubéola. Também garantiu um controle das doenças como meningite, coqueluche e sarampo. Além de incluir vacinas contra a gripe, hepatite B e febre amarela no calendário básico de vacinação em 1999. A expansão do PIN, também representou o estímulo ao desenvolvimento do complexo econômico e industrial da saúde com a produção de vacinas em larga escala na unidade produtora de imunobiológicos da Fiocruz (bio Manguinhos) na década de 90 (Brasil, 2003).

No campo da promoção do aleitamento materno, Negri (2002) destaca a ampliação da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano para 156 unidades hospitalares, a expansão da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para 213 unidades e a distribuição de material educativo a mais de um milhão de famílias nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste por meio do Projeto Carteiro Amigo. Essas ações contribuíram para o aumento da duração média da amamentação, que passou de 5,5 semanas em 1989 para 9,9 semanas em 1999.

A partir de 1998, houve importantes progressos no combate à desnutrição e às carências nutricionais, com a implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e do Programa de Controle das Carências Nutritivas (PCCN), beneficiando sobretudo o Nordeste.

Avaliações apontaram melhora significativa no ganho e recuperação de peso infantil, mas também a necessidade de ampliar o programa (Negri, 2002).

Na Atenção Materno-Infantil destaca-se o Programa de Humanização Pré-Natal e Nascimento (PHPN) criado em 2000 que tem como objetivo é “[...] assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (Brasil, 2002 p. 5.)

Vale a pena destacar que, além das diversas iniciativas implementadas, o cenário era rico em reflexões sobre as políticas de saúde infantil. Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, com base nos principais desafios globais discutidos na última década. Todos os países signatários deveriam alcançá-los até 2015. Dos oito objetivos definidos, o quarto se destacava: diminuir a mortalidade infantil. Sua principal meta é diminuir em dois terços a mortalidade infantil de menores de cinco anos entre 1990 e 2015.

Nesse escopo de ações, a partir do ano de 2002, um conjunto de decisões políticas nas esferas social e econômica visou à redução da pobreza e da desigualdade no Brasil (Campelo *et al.*, 2018) e reforçou uma agenda de compromissos para a saúde da criança e redução da mortalidade Infantil (Moreira, *et al* 2012) que buscava garantir a atenção integral às crianças brasileiras, conforme estabelecido pela Constituição Federal e pelo ECA. Dessa forma, os acordos propuseram que os estados e municípios tinham como objetivo de diminuir a mortalidade infantil e estruturar uma rede de assistência pública integral, qualificada e humanizada em prol das crianças brasileiras.

Na política de saúde, observa-se a expansão de forma significativa entre 2005 e 2020 da cobertura da Atenção Básica (AB) no Brasil, impulsionada principalmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), consolidando-se como o modelo principal da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme os dados provenientes do E-gestor referente a cobertura da APS, em 2007 60,34% da população brasileira tinha cobertura da Atenção Primária, ao passo que em 2020, houve um aumento para 76,08% (E-gestor, 2025).

Concomitante a expansão da Atenção Primária, em 2013 foi criado o Programa Mais Médicos (PMM), que tinha 3 (três) eixos de atuação: infraestrutura, incluindo a reforma e construção de unidades básicas para assegurar a estrutura necessária; reestruturação e ampliação da formação médica por meio de novas diretrizes curriculares, além de expandir, descentralizar e interiorizar a oferta de vagas em cursos de Medicina; e provimento emergencial de médicos para atender à demanda imediata em municípios prioritários (Santos *et al*, 2016).

Conforme Santos *et al* (2016) e seu estudo, o Programa Mais Médicos apresentou como seus principais resultados: a cobertura da Atenção Primária e a queda no número de internações por causas evitáveis. Para Oliveira. *et al* (2024), que realizou uma revisão de literatura sobre os efeitos do PMM de 2013 a 2023, os principais avanços foram: ampliação na taxa de cobertura da Equipe Estratégia Saúde da Família; aumento no quantitativo de consulta realizadas; redução de 23 internações em 3 anos nas Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Brasil. Outro dado relevante refere-se que esses profissionais foram alocados em municípios de pequeno porte, sobretudo em áreas rurais e remotas, comunidades indígenas, ribeirinhas, quilombolas e áreas urbanas vulneráveis gerando assim impacto direto nos indicadores de saúde.

Entre os anos de 2000 a 2024, diferentes iniciativas e estratégias governamentais foram implementadas com a vista a qualificação da atenção materno infantil conforme representado no quadro abaixo:

Quadro 3 - Iniciativas/programas da política de Saúde dos anos de 2000 a 2024.

Ano	Iniciativa / Programa	Objetivo
2004	Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal	Reduzir a mortalidade materna e neonatal, que está intimamente ligada à mortalidade infantil, especialmente no período neonatal (Brasil, 2004, p. 2).
2004	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)	Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro (Brasil, 2004, p. 67).
2009	Pactos Regionais pela Redução da Mortalidade Infantil	Reduzir em, no mínimo, 5% ao ano a mortalidade infantil (crianças menores de um ano de idade) no Nordeste e na Amazônia Legal (Brasil, 2009, p. 1).
2011	Rede Cegonha	Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses (Brasil, 2011).
2012	Portaria nº 930/2012 — Unidade Neonatal no âmbito do SUS	Organizar a atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do SUS (Brasil, 2012).
2022	Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI)	Assegurar o direito das mulheres ao planejamento familiar, ao acolhimento e a um cuidado seguro, de qualidade e humanizado durante o pré-natal, o parto e o puerpério, bem como garantir o nascimento seguro e o

Ano	Iniciativa / Programa	Objetivo
		desenvolvimento saudável dos recém-nascidos e crianças (Brasil, 2022).
2024	Rede Alyne — Reestruturação da Rede Cegonha	Atualizar a Rede Cegonha para promover um modelo de cuidado humanizado e integral para a saúde da gestante, parturiente, puérpera e da criança, observando as desigualdades étnico-raciais e locais regionais (Brasil, 2024).

Fonte: A autora com base em Brasil (2004); Brasil (2009); Brasil, (2011); Brasil (2022); Brasil (2024).

A organização da vigilância da mortalidade infantil e materna no Brasil é um processo que evoluiu por meio de marcos regulatórios significativos. A Portaria GM/MS nº 1.172/2004, do Ministério da Saúde, instituiu o monitoramento da mortalidade infantil e materna como responsabilidade das instâncias municipais e estaduais de Vigilância em Saúde.

Essa portaria também normatizou a atuação dos estados junto aos municípios e a necessidade de designar equipes técnicas específicas para essa vigilância em seus respectivos territórios. Posteriormente, a Portaria GM/MS nº 72 de 11 de janeiro de 2010 tornou obrigatória a Vigilância Epidemiológica do Óbito Infantil e Fetal em todos os serviços de saúde, públicos e privados, que integram o Sistema Único de Saúde. A medida passou a ser considerada como um elemento fundamental para qualificação dos óbitos ocorridos, visando proporcionar a busca ativa, a investigação, análise dos óbitos a partir da data de sua ocorrência, ou seja, a partir da emissão da certidão de óbito por profissionais de saúde designados pelas secretarias municipais e estaduais de saúde (Brasil, 2010).

Para execução de processo de investigação do óbito infantil e fetal foram instituídos os comitês de prevenção do óbito materno, infantil e fetal que, de acordo com Frias *et al.* (2013, p. 202) são “[...] mais que uma estratégia de vigilância de óbitos, é um instrumento de controle social da qualidade de atenção à saúde prestada à mulher e à criança”. Pois trata-se de um órgão de natureza interinstitucional, multiprofissional, confidencial, não coercitivo ou punitivo, com caráter formativo e educativo. Sendo composto por instituições governamentais e da sociedade civil organizada, que desenvolvem ações nas áreas de saúde da mulher, do adolescente e da criança. Funcionam, portanto, como uma importante estrutura de controle social (Frias *et al.*, 2013).

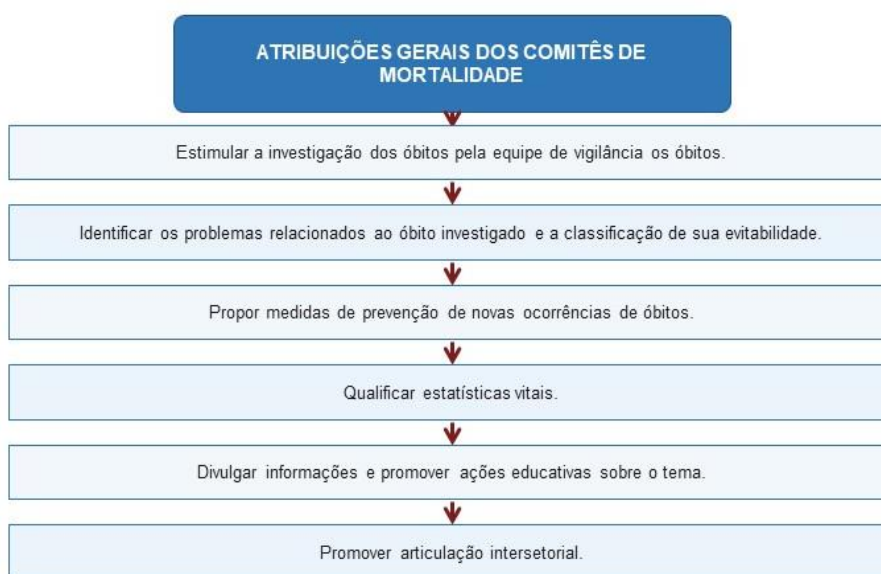
Conforme o Manual da Vigilância do Óbito Infantil e Fetal do Ministério da Saúde (2009, p. 28):

A investigação do óbito procura obter informações referentes à assistência em todos os níveis de atenção como também informações colhidas com a família. As secretarias municipais de saúde devem instituir a vigilância do óbito,

envolvendo profissionais da assistência e da vigilância epidemiológica. Preferencialmente, a equipe da atenção básica da área de abrangência do local de residência da família é a responsável pela investigação domiciliar e ambulatorial dos óbitos, como parte integrante da sua atuação. [...]. A análise e a conclusão dos óbitos investigados devem ser discutidas em todos os níveis da atenção e com a participação dos atores envolvidos no processo da assistência. Dessa maneira, a vigilância dos óbitos pode ser efetivamente incorporada pelos profissionais para que possam avaliar os possíveis problemas ocorridos e contribuir para a construção de um olhar crítico e avaliativo com o objetivo de aperfeiçoar os processos de trabalho e a organização dos serviços de saúde a fim de prevenir novas ocorrências.

Entre as atribuições gerais dos Comitês de Mortalidade se destacam as ações elencadas abaixo:

Figura 10- Atribuições Gerais dos Comitês de Mortalidade Infantil e Fetal



Fonte: Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (2008); Frias et al (2013).

Os Comitê de Investigação de Óbito Infantil e Fetal vale-se tanto de fichas padronizadas para investigação do óbito infantil e fetal do Ministério da Saúde ou similares, como também de outros documentos, como prontuário hospitalar e ambulatorial, fichas das gestantes, cartão da criança e gestante, formulário de entrevista domiciliar, declaração de óbito, fichas de atendimento (BRASIL, 2008).

O acesso a esses documentos e sua devida análise apontam as causas e as classificam esses óbitos como evitáveis ou não. Assim, para a Vigilância Epidemiológica, a análise do óbito infantil, em especial os que são potencialmente evitáveis, permite fornecer um maior

esclarecimento e percepção de como distintos fatores presentes em uma realidade e que pode sofrer variações entre o perfil de uma determinada população está intrinsecamente relacionada à qualidade da assistência em saúde ofertada e é perpassada por diferentes fatores como biológico, sociais e culturais.

A Portaria GM/MS Nº 6.941/2025 criou três grupos temáticos de caráter interinstitucional e multiprofissional para direcionar as atividades do comitê, com ênfase no monitoramento das desigualdades étnico-raciais nas taxas de morbimortalidade materna, fetal e infantil; no acompanhamento dos óbitos maternos, fetais e infantis e da morbidade materna grave; e na análise do Plano Nacional de Combate à Mortalidade Materna, Fetal e Infantil (BRASIL, 2025).

Embora o comitê nacional tenha sido criado, a organização das atividades preserva o princípio da descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS). Como resultado, os Comitês de Prevenção e Investigação de Mortalidade Infantil e Fetal são organizados em vários níveis: municipal, regional, estadual e nacional. Para fornecer suporte técnico a vigilância epidemiológica, alguns estados, como Paraná, Goiás e Ceará, dispõem do Grupo Técnico de Agilização de Óbitos (GT-ARO) (Resolução SESA nº 224/2017; Goiás, Portaria 215/2018; Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2024). O objetivo deste grupo é auxiliar na investigação, análise e resolução de casos, com o intuito de identificar inconsistências e qualificar as informações para uma tomada de decisão mais eficiente.

Na estruturação da rede de atendimento a gestantes e crianças no âmbito do Sistema Único de Saúde destacam-se a instituição da Rede Cegonha pela Portaria GM/MS nº 1.459/2011 e a Rede Materno Infantil (RAMI) pela Portaria GM/MS nº 715/2022.

A Rede Cegonha teve como um dos seus objetivos fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e a saúde da criança como foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero a vinte quatro meses, com vistas a garantia de acesso, acolhimento e resolutividade para reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha organizou-se inicialmente em quatro componentes principais: o pré-natal, que incluía a captação precoce, qualificação da atenção na UBS, estratificação de risco e vinculação da gestante ao local de parto; o parto e nascimento, com garantia de leitos obstétricos e neonatais, adoção de práticas baseadas em evidências e acompanhante durante todas as etapas; o puerpério e atenção integral à saúde da criança, com promoção do aleitamento materno, visita domiciliar na primeira semana e busca ativa de crianças vulneráveis; e o sistema logístico,

assegurando transporte seguro via SAMU, implantação do modelo "Vaga Sempre" e regulação de leitos, urgências, consultas e exames (BRASIL, 2011).

Além da organização, a Rede estruturou um novo financiamento para a Atenção Primária, Centros/ casas de partos e Unidades de Terapia Intensiva focada na atenção integral e humanizada. No componente parto e nascimento, verifica-se um crescimento significativo de leitos complementares (UTIs neonatal e UTIs pediátricas) para atendimento à criança conforme exposto na tabela abaixo após a estruturação da Rede Cegonha em 2011.

Quadro 4 - Leitos complementares SUS para atendimento de crianças no Brasil (2008-2023).

Ano	Total de leitos
2008	8.163
2013	9.782
2018	11.546
2023	13.175

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Ministério da Saúde – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponíveis em elasticnes.saude.gov.br/leitos (dez. 2008; dez. 2013; dez. 2018; dez. 2023).

Em 2008, o país contava com 8.163 leitos, número que alcançou 13.175 em 2023, configurando um crescimento absoluto de 5.012 leitos ao longo de 15 anos. Esse incremento representa um aumento de aproximadamente 61%, o que sinaliza esforços contínuos de fortalecimento da capacidade hospitalar pediátrica no âmbito do SUS.

A variação percentual entre os períodos revela, que entre 2008 e 2013, houve o maior aumento proporcional (19,83%) de implementação ou habilitação de leitos, seguido por 18,03% no quinquênio seguinte 2013–2018 e 14,11% entre 2018 e 2023. Conforme a distribuição desses leitos verifica-se a reorganização dos leitos das unidades de Terapia Intensiva ¹²e Unidades de Cuidado Intermediário-UCI¹³.

Considerando que a Unidade Neonatal é um serviço responsável pelo cuidado integral no recém-nascido grave ou potencialmente grave, com estruturas assistenciais que possuam técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas,

¹²Serviço hospitalar destinado a pacientes críticos, graves ou de alto risco clínico ou cirúrgico que necessitam de cuidados intensivos e ininterruptos, além de assistência médica, fisioterapia e de enfermagem, com monitorização contínua durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia.

¹³Serviço hospitalar destinado a pacientes de risco clínico ou cirúrgico moderado que necessitam de cuidados semi-intensivos ou intermediários entre a unidade de internação e a UTI, com monitorização contínua durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia.

equipamento e recursos humanos adequado voltado a dar suporte de vida, em especial a situação de prematuridade (Brasil, 2012), foi estabelecido a divisão das Unidades Neonatais em: conforme destacado abaixo:

Tabela 2 - Modalidade de leitos complementares SUS para atendimento de crianças no Brasil (2008-2023).

Modalidade de leitos complementares	2008	2013	2018	2023
Unidade Intermediária Neonatal	3152	2603	530	0
UTI Neonatal - TIPO I	102	54	23	20
UTI Neonatal - TIPO II	2594	3634	4010	4373
UTI Neonatal - TIPO III	504	652	689	737
UTI Pediátrica - TIPO I, II e III	1811	2338	2504	3276
Unidade de cuidados intermediários convencional	0	147	2769	3443
Unidade de cuidados intermediários neonatal Canguru	0	68	825	1091
Total	8163	9782	11546	13175

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Ministério da Saúde – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponíveis em elasticnes.saude.gov.br/leitos (dez. 2008; dez. 2013; dez. 2018; dez. 2023).

Os dados acima demonstram uma mudança no perfil dos leitos: as antigas Unidades Intermediárias Neonatais, que em 2008 somavam 3.152 leitos, em 2023 estavam desabilitadas no SUS. Houve uma redução expressiva dos leitos de UTI Neonatal Tipo I (de 102 para 20, ou seja, 80% a menos), ao passo que a estruturação da Rede apresentou um aumento significativo nos leitos de UTI Neonatal de maior complexidade, que cresceram 68,5% (de 2.594 para 4.373) para a Tipo II¹⁴ e 46% (de 504 para 737) para a Tipo III.

Simultaneamente, nota-se a criação e ampliação ao longo dos anos das Unidades de Cuidados Intermediários instituídas em 2013. Em 2023, a Convencional alcançou um total de 3.443 leitos, e a Canguru, 1.091 leitos. Essas unidades são um marco no cuidado neonatal, permitindo que os recém-nascidos graves ou moderados tenham cuidado humanizado e suporte clínico adequado.

¹⁴UTI Neonatal Tipo II é uma unidade de nível intermediário de complexidade que atende recém-nascidos com condições clínicas que exigem monitorização e cuidados especializados, mas não imediatamente graves ou instáveis como numa UTI Tipo III, que é de alta complexidade.

No que diz respeito à atenção pediátrica, também houve um significativo avanço. Em 2008, eram 1.811 leitos destinados a UTIs Pediátricas (tipos I, II e III) e, em 2023, já são 3.276, um aumento de 81%. Já as Unidades de Cuidados Intermediários Pediátricos apresentavam 286 leitos em 2013 e 235 em 2023. Em síntese, de 2008 a 2023, o SUS não só aumentou a quantidade de leitos neonatais e pediátricos, mas também realizou uma reorganização da rede assistencial visando a redução da mortalidade infantil e o fortalecimento da integralidade do cuidado.

Em 2022, por meio das Portarias GM/MS nº 715/2022 e nº 2.228/2022, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI), alterando a estrutura da Rede Cegonha. A RAMI adotou o modelo típico das redes de atenção à saúde voltadas a condições crônicas, organizando a assistência com ênfase no risco gestacional e incorporando a Atenção Ambulatorial Especializada e a Atenção Hospitalar como eixos estruturantes, em detrimento do atendimento em Centros de Partos Normais.

Para Mortelaro *et al.* (2024), essa reorientação representou um retrocesso, pois restringiu o escopo dos direitos sexuais e reprodutivos e reforçou desigualdades de gênero ao responsabilizar exclusivamente as mulheres pela contracepção. A portaria também foi alvo de críticas do CONASS e do CONASEMS, que apontaram sua implementação sem pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, desrespeitando a Lei Orgânica da Saúde e os marcos legais que regem a elaboração das políticas de saúde no Brasil (Mortelaro et al., 2024).

Em 2024, diante das críticas técnicas e políticas, a Portaria GM/MS nº 5.350 revogou a RAMI e instituiu a Rede Alyne, constituída como estratégia de reestruturação da Rede Cegonha com vistas a reduzir a morbimortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal e na população negra e indígena (BRASIL, 2024). A Rede Alyne ainda está em processo de implementação, organizado em fases: criação de grupos condutores regionais, contratualização dos pontos de atenção, reorganização do financiamento e, por fim, operacionalização e monitoramento das ações.

A partir da análise acima, observa-se que a vigilância epidemiológica, a ampliação das redes de atenção e a incorporação da infância como prioridade nas políticas públicas contribuíram de forma significativa para a redução da mortalidade infantil. A persistência das desigualdades sociais e territoriais evidencia que a proteção à vida na primeira infância depende da articulação com outras políticas públicas capazes de enfrentar as vulnerabilidades estruturais que permeiam as condições de vida das famílias. Nesse contexto, a Política de Assistência Social assume papel estratégico ao integrar a seguridade social brasileira, ampliando a proteção

social, o acesso a direitos e o enfrentamento das desigualdades que impactam diretamente sobre os indicadores de mortalidade infantil.

3.2.1.2 Assistência Social

No âmbito da política de Assistência Social, a década de 1990 foi marcada por importantes avanços na consolidação da assistência social como direito no Brasil, especialmente com a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) em 1993. A LOAS definiu os princípios fundamentais da política pública de assistência, como a universalização do direito à proteção social, a igualdade de acesso aos serviços, o respeito à dignidade dos usuários e a articulação com outras políticas públicas (BRASIL, 1993). Ela também estabeleceu os parâmetros para que a assistência deixasse de ser tratada como favor ou caridade, afirmando a responsabilidade do Estado e os direitos da população vulnerável.

No entanto, durante o primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995–1998), mesmo com a LOAS em vigor, o governo optou por implementar um programa à parte: O Comunidade Solidária, criado pela Medida Provisória nº 813/95. Seu objetivo era articular ações de diversos ministérios para atender a população em extrema pobreza, sobretudo com iniciativas de combate à fome. Esse programa extinguiu instituições históricas como a Legião Brasileira de Assistência (LBA), o Centro Brasileiro para Infância e Adolescência (CBIA) e o Ministério do Bem-Estar Social, sob o argumento de modernização e racionalização da máquina pública (Silva, 2010).

Um dos marcos do período foi a implementação do Benefício de Prestação Continuada (BPC), previsto na LOAS, que garantiu transferência de renda mensal de um salário mínimo a idosos e pessoas com deficiência em situação de vulnerabilidade.

Durante o segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1999–2002), surgiram novos programas focalizados, como o Comunidade Ativa (em parceria com o Sebrae) e o Projeto Alvorada, voltado a municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Além disso, foram criados programas de transferência de renda como o Bolsa Escola, Auxílio-Gás, o PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil) e o Agente Jovem, voltados ao enfrentamento da pobreza (Draibe, 2003). Em 2001, foi lançado o Programa Bolsa-Alimentação, que, além da transferência de renda, exigia contrapartidas das famílias em ações de saúde e prevenção.

Para Draibe (2003), essas iniciativas representaram o embrião do que ela denomina de Rede Brasileira de Proteção Social, caracterizada por ações integradas nas áreas de saúde, educação e assistência, voltadas para famílias de baixa renda.

Por outro lado, autores como Couto (2010) e Yazbek *et. al* (2012) fazem críticas contundentes ao período. Segundo elas, a política de assistência social nos governos FHC foi marcada por ações pontuais, focalizadas em "bolsões de pobreza", mantendo uma perspectiva de ajuda aos indigentes e desprezando a construção de uma política pública universal. A criação de programas à margem da LOAS, com forte apelo simbólico e filantrópico, reforçou a fragmentação das ações e a transferência de responsabilidades ao setor privado e às ONGs, em consonância com o modelo neoliberal adotado pelo governo, que defendia o enxugamento do Estado e a privatização dos serviços sociais (Couto, 2010; Yazbek *et al.*, 2012).

A partir de 2003, houve grandes avanços no campo dos direitos sociais, especificamente nas legislações da Política de Assistência Social. Em 2004, consolidou-se um marco relevante das políticas sociais brasileiras com a criação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) resultante da integração do Ministério da Assistência Social, do Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Fome Zero e do Programa Bolsa Família. O MDS foi instituído com o objetivo de articular e coordenar, de forma integrada, as ações de segurança alimentar e nutricional, de assistência social e de transferência de renda condicionada.

Nesse contexto, o Programa Bolsa Família (PBF) criado em 2003, tornou-se o centro de referência e o programa de maior repercussão do ministério, passando em por um período de ampliação significativa ao longo de 2003 até 2016 (Mandu; Azevedo, 2024). Também se destaca a organização do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan) e a promulgação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, que efetivou a segurança alimentar no campo das políticas públicas, vinculado ao Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf), a criação dos restaurantes populares e cozinhas comunitárias.

No que tange a Política de Assistência Social, no ano de 2004, temos a efetivação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), após as deliberações expressas na IV Conferência Nacional de Assistência Social de 2003.

No ano de 2005, teve início a implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que representou a nacionalização da política de assistência social no Brasil. De acordo com Sposati (2010), o SUAS é um sistema público, organizado de forma descentralizada que regula os serviços socioassistenciais no Brasil que apresenta um modelo de gestão participativa e compartilhada entre União, Estados e Municípios, tendo como objetivo principal

regulamentar os princípios da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), hierarquizando os serviços e estruturando-os de acordo com os níveis de proteção social. O SUAS organiza as ações da assistência social em dois tipos de proteção social: a Proteção Social Básica (PSB) e a Proteção Social Especial (PSE).

A PSB destina-se a famílias ou indivíduos em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação de renda ou de serviços públicos, em fragilização de vínculos afetivos, tem por objetivo prevenir situações de risco social. Prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento e socialização das famílias, buscando incluir crianças e adolescentes, pessoas com deficiência e idosos a fim de inseri-los nas ações ofertadas (PNAS, 2004). Vão compor a proteção social básica os benefícios de prestação continuada (BPC) e os benefícios eventuais, que deverão ser executados de forma direta nos Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

Destacam-se como programas da Proteção Social Básica, o Programa de Atenção Integral às famílias (PAIF), que tem como função a atuação com famílias, promovendo o acesso a direito e o fortalecimento de vínculos familiares (Ferreira, 2013) e o Programa Bolsa Família (PBF) que na atualidade é o principal programa de transferência de renda do Governo Federal.

A Proteção Social Especial (PSE) destina-se a indivíduos e/ou grupos que se encontram em situação de alta vulnerabilidade pessoal e social, decorrente de privações, abandono, violência, exploração e perda de vínculos familiares. Caracteriza-se os usuários da PSE como indivíduos ou grupos cujo os direitos tenham sido violados, ou em situações onde já houve o rompimento de vínculos familiares ou comunitários. Os serviços desenvolvidos na PSE podem ser divididos em: serviços de média complexidade e de alta complexidade.

De acordo com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) são serviços de média complexidade “aqueles que oferecem atendimentos às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos” (PNAS, 2004 p.38). A proteção especial de média complexidade deve ser desenvolvida o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), visando à orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário.

Já os serviços de alta complexidade são aqueles destinados à “famílias e indivíduos que se encontram sem referência e, ou, em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar” (PNAS, 2004 p.38). São serviços mais complexos, pois devem oferecer proteção integral: moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido.

No bojo das ações desse período, destaca-se, em 2011, a instituição do Programa Brasil sem Miséria, descontinuado em 2016, o qual tinha como objetivo elevar a renda e as condições

de bem-estar da população das famílias extremamente pobres, cuja a renda familiar era de até R\$ 70,00 per capita (Brasil, 2011), articulando 22 ministérios em ações integradas de inclusão produtiva, segurança alimentar e acesso a serviços sociais (Campello; Mello, 2014). O programa foi descontinuado em 2016, período em que a Política de Assistência Social vivenciou significativo processo de regressão, diretamente relacionado à vigência da Emenda Constitucional 95/2016, que instituiu o teto de gastos públicos e afetou o financiamento do SUAS (Mandu; Azevedo, 2024).

Entre os anos de 2016 a 2022, a Política de Assistência Social vivenciou um significativo processo de regressão, que comprometeu a implementação e a continuidade de diversos serviços e programas direcionados à população nos territórios (Mandu; Azevedo, 2024). Esse cenário esteve diretamente relacionado à vigência da Emenda Constitucional 95 (EC 95/2016), que institui o teto de gastos públicos, afetando diretamente o financiamento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Em 2023, com o Novo Arcabouço Fiscal (NAF)¹⁵ a proposta prevê um crescimento controlado dos recursos sociais, condicionado ao cumprimento das metas fiscais e ao desempenho da atividade econômica. Esse arranjo, contudo, estabelece limite a expansão das despesas primárias não incidindo nos gastos financeiros, como juros e amortizações da dívida pública perpetuando a dinâmica da priorização dos interesses do mercado financeiro sobre as necessidades sociais (Mandu; Azevedo, 2024).

No âmbito operacional o período também marcou mudanças significativas quanto a reestruturação do Programa Bolsa Família (PBF) que 2021, em meio a pandemia da Covid -19 foi substituído pelo Auxílio Brasil alterando a estrutura da transferência de renda, como os critérios de elegibilidade, bem como o público alvo do benefício.

Aransiola *et al.* (2023) em seu estudo apontam que o Programa Bolsa Família (PBF) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) exerceram um papel fundamental na redução da mortalidade infantil no Brasil considerando que na análise¹⁶ dos dados de municípios brasileiros a maior cobertura do PBF está associada à redução da mortalidade infantil por causas evitáveis e por doenças infecciosas e desnutrição. Segundo o resultado da pesquisa, a taxa de mortalidade infantil em menores de 1 (um) ano é cerca de 13% menor nos municípios com cobertura consolidada do Programa Bolsa Família. Ao passo que o Benefício de Prestação Continuada (BPC) reduziu as mortes de crianças menores de um ano em cerca de 16%. Já entre as crianças de um a quatro anos, a redução foi de 12% (Aransiola et al., 2023).

¹⁵O Projeto de Lei Complementar (PLP) 93, que institui o Novo Arcabouço Fiscal (NAF) foi transformado na Lei Complementar nº 200/2023.

¹⁶Modelos estatísticos de regressão com efeitos fixos

Para os autores Aransiola *et al* (2023), os programas sociais atuam diretamente sobre os determinantes sociais da saúde, pois o PBF prevê as condicionalidades na saúde, como acompanhamento pré natal, a vacinação e o monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil. Já o BPC, proporciona a garantia de renda e segurança alimentar considerando o valor de um salário mínimo a idosos e deficientes que beneficiam também as famílias, incluindo as crianças.

Dessa forma, a Política de Assistência Social se apresenta como um componente estruturante da redução da mortalidade infantil ao atuar diretamente sobre condições essenciais à sobrevivência e ao desenvolvimento das crianças, como renda, segurança alimentar e acesso a serviços públicos. Assim, compreender a análise dos determinantes sociais da saúde e das iniquidades em saúde torna-se fundamental para compreender como desigualdades socioeconômicas e territoriais se expressam na mortalidade infantil, que será tema do próximo item.

3.3 Os determinantes sociais em Saúde e as iniquidades em saúde

A análise dos processos de adoecimento e morte, especialmente em contextos marcados por desigualdades sociais, exige considerar os determinantes sociais da saúde (DSS) e as iniquidades em saúde, na medida em que esses conceitos expressam as formas como a sociedade se organiza e produz desigualdades no acesso a bens, serviços e direitos.

As diversas definições de determinantes sociais em saúde (DSS) expressam o conceito já generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde (Buss; Pellegrini Filho, 2007). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) os determinantes sociais em saúde (DSS) “[...] são definidos de forma ampla como as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como o acesso das pessoas ao poder, dinheiro e recursos [...]” (OMS, 2025).

A autora Krieger (2001 apud Buss; Pellegrini Filho, 2007) no glossário para epidemiologia social define os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) como tanto às características específicas quanto aos caminhos pelo quais as condições sociais afetam a saúde, e que podem ser modificados por meio de ações pessoais ou por meio de ações políticas.

No Brasil, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (Buss; Filho, 2007).

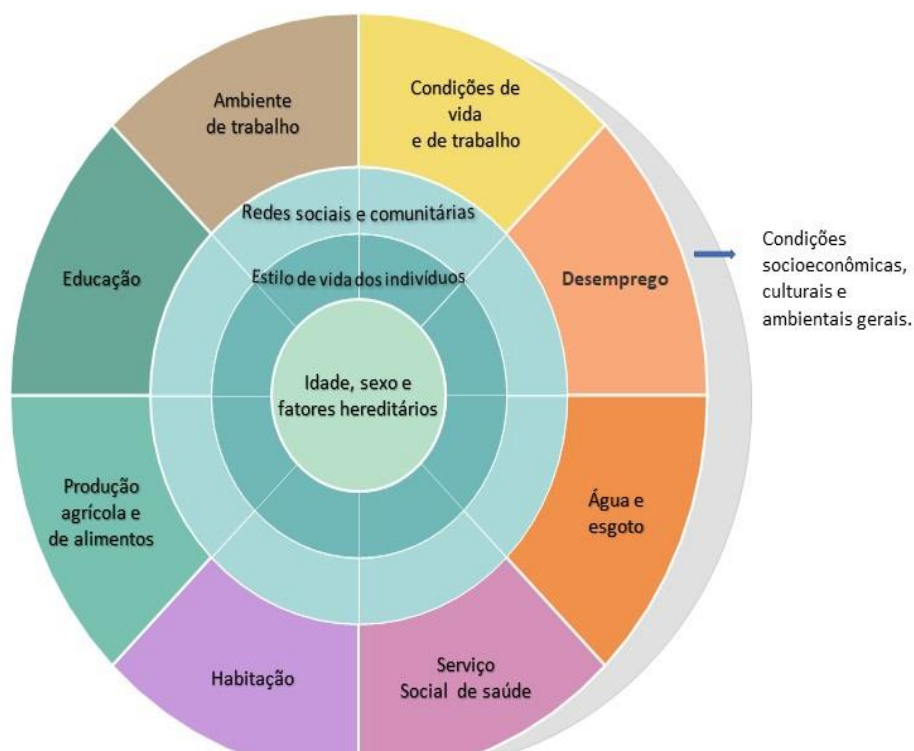
Para Malta *et al* (2025) no âmbito dos DSS, são também mencionados o saneamento, inclusão social, transporte, segurança, habitação, alimentação, autoestima, drogadição, lazer, emprego, educação, paz, renda, estresse, rede de suporte social, ambiente de trabalho, justiça social, recursos sustentáveis e ecossistema saudável, e mais recentemente os determinantes comerciais e a inclusão digital.

Buss e Filho (2007), existem dois grandes desafios nos estudos sobre as relações entre os determinantes sociais e saúde. O primeiro deles consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações por qual os fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa efeito. Um exemplo, a ser discutido é que não existe uma correlação constante entre os macroindicadores de riqueza de uma sociedade, como o PIB, com os indicadores de saúde. Embora o volume de riqueza gerado por uma sociedade seja um elemento fundamental para viabilizar melhores condições de vida e de saúde, o estudo dessas mediações permite entender por que existem países com um PIB total ou PIB per capita muito superior a outros que, no entanto, não possuem indicadores de saúde muito mais satisfatórios.

Outro desafio importante se refere à distinção entre os determinantes de saúde dos indivíduos e os de grupos e populações, pois alguns fatores que são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos não explicam as diferenças entre grupos de uma sociedade ou entre sociedades diversas, ou seja, não basta compreender os determinantes de saúde identificados em estudos com indivíduos para conhecê-los no nível da sociedade.

No campo da saúde coletivas e destaca dois modelos explicativos sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), o de Dahlgren e Whitehead e o modelo da Comissão sobre Determinantes da Saúde (CDSS).

A figura abaixo é amplamente utilizada para ilustrar o modelo explicativo de Dahlgren e Whitehead.

Figura 11 - Modelo de Dahlgren e Whitehead do DSS

Fonte: Buss; Filho (2007). Adaptado pela autora.

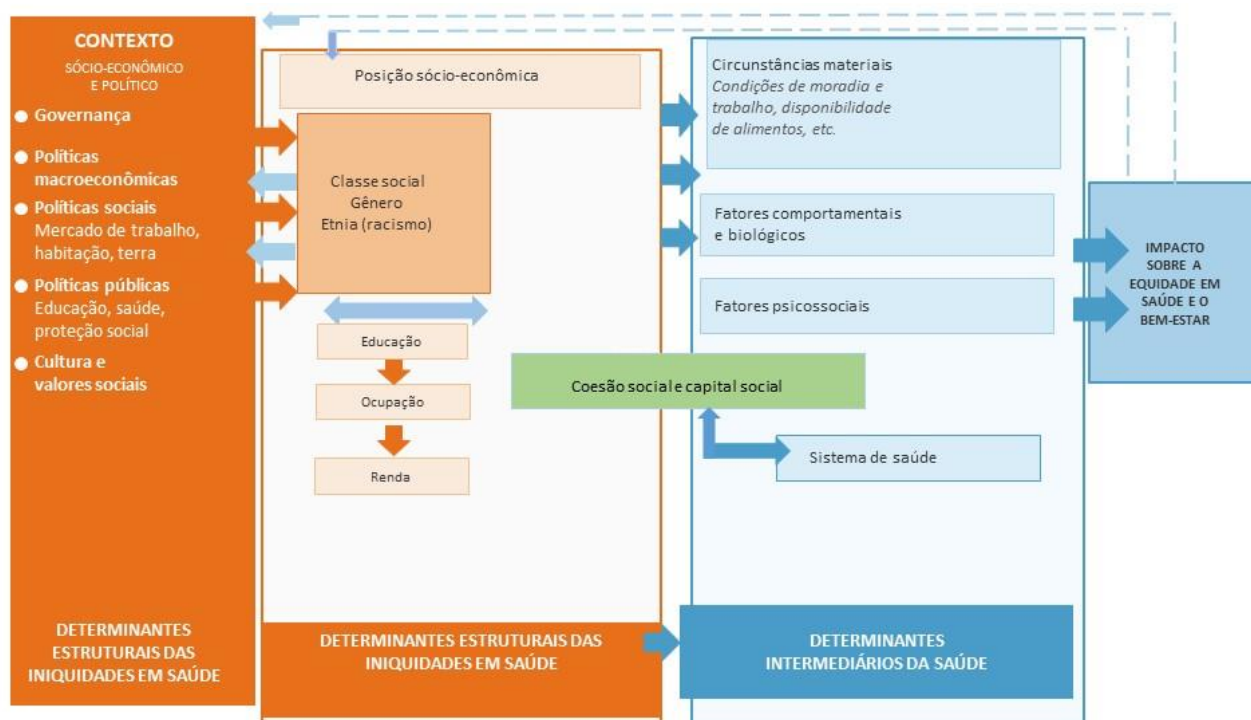
Conforme a exposição de Buss e Filho (2007, p.23), o modelo de Dahlgren e Whitehead inclui que:

[...] os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes. Apesar da facilidade da visualização gráfica dos DSS e sua distribuição em camadas, segundo seu nível de abrangência, o modelo não pretende explicar com detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis e a gênese das iniquidades. Como se pode ver na figura, os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Na camada imediatamente externa aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais - como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer.

A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) criada em pela OMS em 2005, tem como objetivo apoiar os países e os parceiros globais de saúde na abordagem de fatores sociais que resultam em problemas de saúde (Malta *et al*, 2025).

A estrutura conceitual de proposta dos DSS para os CDSS é caracterizada por uma estreita relação entre o contexto socioeconômico e político. A estrutura do CDSS expõe que determinantes são “[...] aqueles que geram ou reforçam estratificação na sociedade e que definem posição socioeconômica individual. Em todos os casos, determinantes estruturais se apresentam em contexto político e histórico (Malta *et al* p.11 2025) conforme apresentado abaixo:

Figura 12 - Estrutura dos DSS pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde



Fonte: Solar e Irwin, 2010 apud Malta et al, 2025. Adaptado pela autora.

A figura ilustra que o contexto socioeconômico e político inclui padrões de governança, políticas macroeconômicas, políticas sociais, políticas públicas e valores culturais age sobre as políticas sociais de educação, de saúde, proteção social e valores sociais e culturais dando origem a um [...] “conjunto de posições pelas quais as população são estratificadas de acordo com a renda, educação, gênero, raça e etnia[...]” (Malta *et al* p.11 2025) sendo classificada como determinantes estruturais das iniquidades em saúde.

Já os determinantes intermediários de saúde são descritos como as circunstâncias materiais, que incluem fatores como a qualidade de habitação e do bairro, o consumo, o ambiente de trabalho; as circunstâncias psicossociais, que incluem estressores psicossociais, circunstâncias de vida estressantes, relacionamentos, racismo, apoio social, entre outros. Também nesse determinante está incluído os fatores comportamentais e biológicos como nutrição, atividade física, consumo de tabaco e consumo de álcool, que se distribuem de forma diferente entre os vários grupos sociais, além das diferenças biológicas e fatores genéticos (Malta *et al*, 2025).

Esses fatores estruturais e intermediários ocasiona os Determinantes Sociais em Saúde e estes, são responsáveis pelo padrão de distribuição desigual de mortalidade, morbidade e incapacidade de uma população.

No contexto brasileiro, o conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) está presente na Lei Orgânica da Política de Saúde regulamentada em 1990, no Art. 3º que traz um rol mais explicativo dos fatores determinantes da saúde, elencando as variáveis como: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais evidenciando que o processo saúde-doença é determinado por condições sociais historicamente desiguais.

Os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) estão diretamente relacionadas às iniquidades/desigualdades em saúde, uma vez que, os DSS estruturam as desigualdades no processo saúde-doença. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) as iniquidades em saúde são diferenças sistemáticas no estado de saúde de diferentes grupos populacionais. Essas desigualdades têm custos sociais e econômicos significativos tanto para os indivíduos quanto para as sociedades.

As iniquidades em saúde são diferenças no estado de saúde ou na distribuição dos recursos de saúde entre diferentes grupos populacionais, decorrentes das condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. As iniquidades em saúde são injustas e poderiam ser reduzidas com a combinação certa de políticas governamentais (OMS, 2018). Para Buss e Filho (2007) a iniquidade em saúde é definida como as desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias.

Barata (2019) desenvolve uma análise teórica conceitual partindo da distinção dos conceitos de igualdade e desigualdade daqueles de equidade e iniquidade. Para a autora, igualdade e a desigualdade são conceitos dimensionais relativos a quantidades mensuráveis, ou seja, referem-se a quantidades equivalentes ou distintas de atributos estudados. Já equidade e

iniquidade são conceitos políticos que expressam, além da igualdade ou desigualdade quantitativa, uma avaliação moral relacionada com a noção de justiça social. As iniquidades são, portanto, desigualdades injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça. A maioria das desigualdades sociais em saúde é injusta porque reflete a distribuição dos determinantes sociais da saúde na sociedade, remetendo, portanto, à distribuição desigual de poder e propriedade.

Maia (2022) destaca que os fatores determinantes da saúde expressam a organização social e econômica do País e reflete sua desigualdade social.

A depender do estrato social que o indivíduo esteja, ele terá acesso diferente a educação, saúde, emprego e moradia delimitado por sua riqueza, consequentemente gera oportunidades diferentes dentro da sociedade, ou seja, quanto maior acesso a educação de qualidade e aumento no grau de escolaridade, maior é sua chance de ter um emprego formal remunerado. Por conseguinte, se o acesso aos determinantes sociais não é igual para todos, logo, ele gera desigualdades sociais que irão afetar direta e/ou indiretamente no processo saúde-doença de cada indivíduo e do indivíduo em coletividade (Maia, 2023, p. 51).

As iniquidades em saúde estão presentes em todos os países e refletem não só as disparidades de renda e riqueza, como também diferenças nas oportunidades dadas aos indivíduos com base em fatores como etnia e raça, classe, gênero, nível educacional, deficiências, orientação sexual e localização geográfica (Barata, 2009). Para além disso, as iniquidades em saúde, se manifestam de maneira diversas no que se refere ao processo saúde-doença em si, bem como ao acesso e utilização de serviços de saúde.

Os sistemas de saúde e sua organização assumem papel fundamental, tendo em vista que [...] há sistemas que potencializam as desigualdades existentes na organização social e outros que procuram compensar, pelo menos em parte, os resultados danosos da organização social sobre os grupos socialmente mais vulneráveis (Barata, p 20, 2009).

As desigualdades em saúde geram desiguais possibilidades de usufruir dos avanços científicos e tecnológicos ocorridos nesta área¹⁷, bem como diferentes chances de exposição aos fatores que determinam a saúde e a doença e por fim as diferentes chances de adoecimento

¹⁷O conceito de Determinantes Comerciais da Saúde (DCS) é definido como estratégias e abordagens utilizadas pelo setor privado para promover produtos e escolhas que são prejudiciais à saúde, visto que esse conceito une vários outros: o nível micro (o comportamento do consumidor e a saúde, a individualização e a escolha) e o nível macro (a sociedade global de risco, a sociedade global de consumo e a economia política da globalização) (Malta *et al* 2025).

e morte. Assim como ocorre as desigualdades sociais, as desigualdades em saúde têm persistido em todos os países independente do grau de desenvolvimento alcançado.

A redução das desigualdades em saúde depende de políticas públicas que sejam capazes de modificar ou atenuar as condições de vida da população considerando as mediações existentes no processo de saúde-doença. A redução da mortalidade infantil, portanto, demanda ações intersetoriais, com ênfase na política de saúde na atenção básica, no acompanhamento pré-natal, na educação em saúde e na equidade no acesso aos serviços (Paim e Almeida, 2012), bem como em políticas sociais que redistributivas que tem como objetivo a redução das desigualdades sociais.

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo adota uma abordagem metodológica de métodos mistos do tipo convergente, combinando técnicas quantitativas e qualitativas, com predomínio quantitativo (QUANT/qual). A pesquisa caracteriza-se como documental, exploratória e transversal.

A pesquisa documental fundamenta-se na utilização de dados secundários, ainda não analisados em sua totalidade, conforme a definição apresentada por Gil (2002). Além disso, classifica-se como exploratória e transversal, uma vez que busca ampliar a compreensão acerca da mortalidade infantil a partir da análise de dados referentes aos anos de 2019 e 2023.

Quanto à abordagem a pesquisa se utilizou de métodos mistos que combinam abordagens quantitativas e qualitativas. Essa perspectiva de abordagem foi empregada especialmente a partir dos anos de 1950 e 1960 e tem sido chamada de o” [...]. terceiro movimento metodológico após o movimento das pesquisas quantitativas e qualitativas ou o terceiro paradigma de pesquisa”. (Creswell; Plano Clark, 2013, p.19).

Segundo Creswell e Plano Clark, os métodos mistos correspondem a:

[...] as múltiplas maneiras de ver e ouvir. Múltiplas maneiras são visíveis na vida cotidiana, e os métodos mistos tornam-se uma saída natural para a pesquisa. Os pesquisadores os reconhecem como uma abordagem acessível a investigação. Eles têm questões ou problemas de pesquisa que podem ser mais bem respondidos usando-se métodos mistos e enxergam o valor de usá-los (Creswell e Plano Clark, 2013, p.20).

No contexto desta dissertação, que tem como objetivo analisar as expressões da questão social nos óbitos infantis ocorridos na 12ª Regional de Saúde de Umuarama (PR), identificando os fatores sociais, econômicos e familiares que contribuíram para a mortalidade infantil nos anos de 2019 e 2023, adotou-se o modelo de métodos mistos do tipo convergente.

Nesse modelo, os dados quantitativos e qualitativos são analisados de forma paralela e integrados na etapa de interpretação dos resultados, visando à “[...] convergência, a divergência, as contradições ou o relacionamento entre os dois bancos de dados” (Creswell e Plano Clark, 2013, p. 111).

sete) óbitos, sendo 61 (sessenta e um) referentes ao ano de 2019 e 26 (vinte e seis) referentes ao ano de 2023.

O critério de inclusão foram os óbitos com os Roteiros de Investigação de Óbito Infantil e Fetal devidamente arquivados e disponíveis na Seção de Vigilância Epidemiológica da 12ª Regional de Saúde. Já os critérios de exclusão foram os óbitos cujos Roteiros não estavam indisponíveis para análise.

Cabe ressaltar aqui que nos anos de 2020 a 2022 em decorrência da pandemia da COVID 19, parte do Roteiro de investigação de óbito que é objeto desta coleta de dados realizado por meio de visita domiciliar por parte da Equipe Estratégia Saúde da Família (ESF) não ocorreram, o que justifica o intervalo temporal específico desta pesquisa antes da pandemia e após o fim da emergência em saúde pública em 2023.

4.3 Coleta de dados de dados do componente quantitativo

Para o componente quantitativo, foram utilizadas bases de dados públicas provenientes do Sistema de Informações das políticas de saúde e assistência social. As bases de dados secundários analisadas, consistiu nos arquivos de dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), ambos do Ministério da Saúde. Do SIM foram extraídas informações oriundas da Declaração de Óbito (DO), tais como sexo, raça/cor e município de residência do óbito infantil, além de dados maternos como idade, escolaridade, ocupação e duração da gestação. O SINASC foi utilizado como denominador para o cálculo da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) geral e desagregada por escolaridade materna, raça/cor e faixa etária materna, possibilitando a análise comparativa do risco específico por grupo populacional.

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) foi utilizado para a análise das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) em menores de um ano e dos partos de alto risco realizados na 12ª Regional de Saúde nos anos de 2019 e 2023, permitindo identificar tendências na demanda assistencial e sua relação com os desfechos de mortalidade infantil no território.

Para a contextualização socioeconômica e da rede de saúde do território, foi utilizado os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), para a caracterização da oferta de leitos pediátricos e obstétricos SUS.

Os indicadores produzidos pelo Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), incluindo o Índice IparDES de Desempenho Municipal (IPDM) e seus

componentes geral, saúde e renda, foram utilizados para a caracterização social e econômica dos municípios da 12ª regional de Saúde.

Os dados do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), foram empregados para mensurar o percentual de famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica nos municípios da regional situação de pobreza e baixa renda por município, permitindo a comparação com a média nacional.

4.4 Tratamento dos dados quantitativos

Os dados oriundos do SIM, do SINASC e do SIH/SUS foram processados por meio do software TAB para Windows (TabWin), tabulador desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/Ministério da Saúde) para tratamento dos arquivos de dados públicos dos sistemas de informação do SUS.

Os dados do CNES foram acessados diretamente pelo TABNET, plataforma de tabulação online do DATASUS. A partir das tabulações geradas, os dados foram organizados em software de planilhas para estruturação das tabelas e cálculo das taxas.

A análise estatística foi realizada de acordo com a natureza das variáveis e o tamanho da amostra por meio do software BioEstat 5.3, conforme detalhado no quadro abaixo.

Quadro 5 - Testes estatísticos utilizados na análise quantitativa

Teste estatístico	Variáveis analisadas na dissertação	Finalidade no estudo	Justificativa da escolha
Qui-quadrado (χ^2)	Escolaridade materna, raça/cor, faixa etária materna, desfechos dos óbitos infantis (SIM/SINASC); ocupação materna.	Verificar associação entre variáveis categóricas; nível de significância de 5% ($p < 0,05$)	Adequado para análise de associação entre categorias independentes (Kim, 2017)
Correção de Yates	Aplicada ao χ^2 nas análises de faixa etária materna $\times$ TMI (2019: $p=0,219$; 2023: $p=0,650$) e raça/cor materna $\times$ TMI (2019: $p=0,002$; 2023: $p=0,014$) e ocupação materna $\times$ TMI (2023: $p=0,018$), quando células com frequência esperada inferior a cinco	Ajustar o qui-quadrado em tabelas 2×2 com pequenas frequências	Reduz a superestimação do valor de χ^2 quando os dados categóricos discretos são aproximados pela distribuição contínua (Kim, 2017)
Teste Exato de Fisher	Tabelas 2×2 com frequências esperadas muito reduzidas, decorrentes do tamanho amostral de 110 óbitos desagregados por múltiplas variáveis simultaneamente.	Calcular diretamente a probabilidade exata da distribuição observada em tabelas com células de frequência muito baixa.	Mais apropriado do que o χ^2 quando há células com frequência esperada inferior a 5.

Teste estatístico	Variáveis analisadas na dissertação	Finalidade no estudo	Justificativa da escolha
Teste G	Cruzamentos com mais de duas categorias e frequências reduzidas, como escolaridade materna (baixa, média, alta) × TMI e análise de variáveis com múltiplas categorias do perfil sociodemográfico materno	Avaliar associação entre variáveis categóricas com múltiplas categorias.	Alternativa ao qui-quadrado em distribuições com baixas frequências em múltiplas categorias. (Kim, 2017).
Correlação de Spearman (r_s)	TMI dos 21 municípios da 12ª Regional de Saúde × PIB per capita, IPDM-Saúde (IPARDES), percentual de 1ª consulta pré-natal até 12 semanas, percentual de gestantes com mais de 7 consultas de pré-natal e percentual de famílias inscritas no CadÚnico (2023)	Verificar relação entre TMI e indicadores socioeconômicos e de cobertura de saúde agregados por município	Teste não paramétrico adequado para pequenas amostras (n=21 municípios) e sem pressuposto de normalidade. Agresti (2007)

Fonte: Elaboração própria.

Os dados quantitativos provenientes dos Roteiros de Investigação de Óbito Infantil e Fetal da SESA foram armazenados em planilhas eletrônicas e analisados por meio de estatística descritiva simples por distribuição de frequências absolutas e relativas.

A análise englobou duas dimensões. Na primeira dimensão foi colhido dados referentes as variáveis sociodemográficas e condições de maternas, incluindo situação conjugal, renda familiar mensal, condições de moradia e higiene, acesso à água tratada e destino dos dejetos, hábitos maternos, número de gestações anteriores, filhos vivos, filhos mortos e abortos ou natimortos, planejamento da gravidez e acesso a métodos contraceptivos.

Na segunda dimensão foram analisadas as variáveis relativas à atenção à saúde, incluindo classificação de risco gestacional, realização de consultas no pré-natal de alto risco, número de consultas de pré-natal, idade gestacional na primeira consulta, dificuldades no acesso ao pré-natal e aos exames, e vinculação da gestante ao SUS, convênio ou serviço de saúde particular.

Os resultados foram dispostos em tabelas e figuras a fim de facilitar sua compreensão e interpretação e triangulados com os dados do quantitativos na fase de integração dos componentes.

4.5 Coleta de dados de dados do componente qualitativo

No componente qualitativo, a fonte documental utilizada foi o Roteiro de Investigação de Óbito Infantil e Fetal da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), referente a 87 famílias investigadas nos anos de 2019 e 2023 na 12ª Regional de Saúde de Umuarama.

Cabe destacar que o roteiro constitui um instrumento de natureza mista com a predominância de questões estruturadas, com campos fechados onde as respostas foram tratadas quantitativamente conforme descrito acima.

Os campos discursivos, por sua vez, registram as falas maternas relacionadas aos óbitos, destacando em especial, o discurso e as opiniões relativas a assistência em saúde prestada nos componentes assistências de pré-natal, da atenção especializada e assistência hospitalares foram submetidos à análise de conteúdo.

Para viabilizar o acesso aos documentos, contatou-se inicialmente a servidora da 12ª Regional de Saúde lotada na Seção de Vigilância Epidemiológica (SCVGE), responsável técnica pelo monitoramento dos óbitos infantis e fetais e integrante do Grupo Técnico de Agilização e Revisão dos Óbitos Maternos, Fetais e Infantis (GTARO). O contato teve por finalidade a apresentação dos objetivos da pesquisa, o esclarecimento de dúvidas e a coleta de assinatura no formulário de pesquisa para submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Posteriormente, a pesquisadora encaminhou, por meio eletrônico, a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unespar à direção da 12ª Regional de Saúde e à Chefia da Divisão de Vigilância em Saúde (DVVGS). Após a ciência da autorização, procedeu-se ao agendamento para a coleta de dados dos documentos arquivados na Seção de Vigilância Epidemiológica. A coleta foi realizada entre dezembro de 2024 e fevereiro de 2025.

4.6 Tratamento de dados da análise qualitativa

Os campos discursivos do Roteiro de Investigação de Óbito Infantil e Fetal da SESA foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade temática, conforme proposta por Bardin (2016). O processo analítico organizou-se em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com inferência e interpretação.

A análise qualitativa foi aplicada de forma concentrada na quinta expressão da questão social identificada na pesquisa como a desigualdade no acesso à atenção à saúde.

Os campos abertos do Item VII denominado de Visita Domiciliar, constituíram o núcleo da análise qualitativa, por serem o elemento que diferencia o roteiro dos sistemas de informação

convencionais, ao narrar as experiências maternas e suas percepções da assistência prestada no âmbito dos serviços que estruturam o sistema de saúde.

Nesse item, as mães relatam sua opinião sobre a assistência recebida no pré-natal, a opinião sobre a assistência no parto e a percepção da sobre a causa do óbito. As categorias analíticas foram construídas a partir da própria organização do roteiro, especialmente dos blocos relacionados ao pré-natal, ao parto e à percepção familiar sobre o óbito infantil. Esses registros possibilitaram analisar aspectos estruturais e organizacionais da rede de atenção materno-infantil na 12ª Regional de Saúde a partir da experiência materna.

Os campos analisados foram preenchidos em 34 dos 62 roteiros de 2019 (54,8%) e em 12 dos 27 roteiros de 2023 (44,4%) para o pré-natal; em 29 roteiros de 2019 (46,8%) e 14 de 2023 (51,9%) para o parto; e em 27 roteiros de 2019 (43,5%) e 10 de 2023 (37,0%) para a causa do óbito. A análise das narrativas das famílias, realizada conforme organizou-se nas nove categorias temáticas apresentadas no Quadro 6.

Quadro 6 - Categorias temáticas da análise de conteúdo - Roteiro SESA, 12ª Regional de Saúde de Umuarama, 2019 e 2023.

Categoria temática	2019)	2023	Total
1. Pré-natal — avaliação positiva	7	8	15
2. Pré-natal — falhas assistenciais	10	1	11
3. Alto risco — acesso e barreiras	2	1	3
4. Parto — falhas assistenciais	6	5	11
5. Transporte sanitário e deslocamento	1	1	2
6. Transferência e regulação de leitos	2	0	2
7. Percepção da causa — evitável	7	2	9

Fonte: Roteiro de Investigação de Óbitos Infantis — SESA/PR (2019 e 2023). Elaboração própria.

A incompletude desses registros se constitui como, um dado relevante da pesquisa, demonstrando as condições operacionais em que a vigilância epidemiológica é executada na 12ª Regional de Saúde e explicitando os limites da política de saúde na produção de informações sobre os óbitos investigados

A interpretação do material foi orientada pelo referencial teórico discutido ao longo da dissertação, especialmente os estudos sobre determinantes sociais da saúde, a contextualização das expressões da questão social no Brasil com destaque no período pós pandemia e a organização da rede materno infantil. Esse referencial contribuiu para compreender as narrativas das famílias no contexto das expressões da questão social e das condições de organização da rede materno-infantil.

4.7 Integração dos componentes quantitativos e qualitativos

A integração entre os componentes quantitativo e qualitativo seguiu o modelo convergente de métodos mistos (Creswell; Plano Clark, 2013), que consiste em fundir os dois bancos de dados para então buscar a convergência, a divergência, as contradições ou o relacionamento entre eles, conforme ilustrado na Figura 13.

A convergência ocorreu na análise da quinta expressão da questão social identificada na pesquisa, referente às desigualdades no acesso à atenção à saúde. Foram articulados, os dados quantitativos sobre a rede assistencial, como as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), partos de alto risco, cobertura do pré-natal e oferta de leitos pediátricos e obstétricos SUS nos municípios da 12ª Regional de Saúde com as narrativas das famílias registradas nos campos abertos do Roteiro de Investigação de Óbito Infantil e Fetal da SESA, nos itens 7.36, sobre a opinião da família acerca da assistência recebida durante o pré-natal e o parto, e 7.37, sobre a percepção da família quanto à causa do óbito.

Nessa expressão da questão social foi possível identificar: as convergências, quando as narrativas confirmaram os padrões quantitativos, como a associação entre dificuldades no acesso ao pré-natal de alto risco e desfechos desfavoráveis; as complementaridades, quando os relatos acrescentaram dimensões não capturadas pelo quantitativo, como demora no atendimento, transporte sanitário inadequado, falhas na comunicação entre profissionais e famílias e episódios de demora de transferência para serviços de referências. Também foi identificado invisibilidades, quanto a incompletude dos próprios registros institucionais revelou que determinadas condições de vulnerabilidade permanecem ausentes dos instrumentos de vigilância.

Considerando os dados utilizados nessa pesquisa, ressalta-se como uma limitação inerente ao uso de dados secundários o fato de que tanto as bases de dados dos sistemas de informação em saúde, do SIM, SINASC, SIH/SUS e CNES, quanto os Roteiros de Investigação de Óbito Infantil e Fetal da SESA constituem registros de produção institucional contínua.

Conforme Gil (2002), uma das principais limitações da pesquisa documental reside no fato de que os documentos nem sempre foram produzidos com fins de pesquisa científica, podendo apresentar imprecisões, lacunas e inconsistências decorrentes das condições em que foram gerados.

Nos sistemas de informação em saúde, essas limitações manifestam-se na possibilidade de subnotificação de óbitos e nascidos vivos, inconsistências no preenchimento das Declarações

de Óbito e de Nascidos Vivos, bem como na presença de campos classificados como “ignorados” ou “não informados”.

Nos Roteiros de Investigação de Óbito Infantil e Fetal da SESA, as limitações se apresentam em campos não preenchidos, respostas incompletas e ausência de informações decorrentes da disponibilidade de dados no momento da investigação, da capacitação das equipes, da recusa das famílias em participar do processo de investigação do óbito e das próprias condições operacionais da vigilância epidemiológica.

Essas limitações não inviabilizam as análises realizadas, mas delimitam o alcance interpretativo dos achados e reforçam a importância da triangulação entre diferentes fontes de dados como estratégia metodológica para ampliar a compreensão do objeto de pesquisa.

4.8 Aspectos éticos

Este estudo atende rigorosamente as diretrizes éticas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Paraná, sob o parecer nº 6.995.451/2025.

5 MORTALIDADE INFANTIL: AS VIDAS NÃO VIVIDAS

A mortalidade infantil ocupa lugar singular entre os indicadores de saúde. A morte de crianças menores de um ano concentra em si informações sobre as condições de vida das famílias, a organização dos serviços de saúde e as desigualdades que estruturam o acesso ao cuidado. Falar de "[...] mortalidade infantil é também falar de infâncias que não puderam ser vividas ou que existiram de forma exígua, é a repetição, a persistência de um tema que exige reflexão/ação da sociedade e do Estado para modificação da realidade" (Maia, 2023, p. 45).

Compreendida como expressão da questão social, isto é, como manifestação concreta das desigualdades produzidas pelo modo de produção capitalista e do conflito entre capital e trabalho na vida dos indivíduos (Iamamoto, 2015), a mortalidade infantil evidencia a persistência da exclusão social e a negação do direito à vida e à saúde.

O território é o ponto de partida desta análise. O capítulo apresenta, inicialmente, a caracterização sociodemográfica da 12ª Regional de Saúde, construída a partir do Censo Demográfico de 2022 (IBGE), dos dados do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IparDES) e de fontes institucionais. A opção pelo Censo de 2022, ainda que os óbitos analisados se refiram aos anos de 2019 e 2023, justifica-se por ser a base censitária mais recente disponível, adequada para situar estruturalmente o cenário regional.

Em seguida, discute-se a organização da política de saúde no território, com ênfase nos pontos de atenção da Rede Materno-Infantil e sua articulação com o Rede Mãe Paranaense. A partir dessa contextualização, analisa-se os óbitos infantis articulando dados epidemiológicos e características sociais das famílias, tratando a ocorrência da mortalidade infantil como um evento alinhado as expressões da questão social e limites da resposta do Estado frente a essas expressões da questão social.

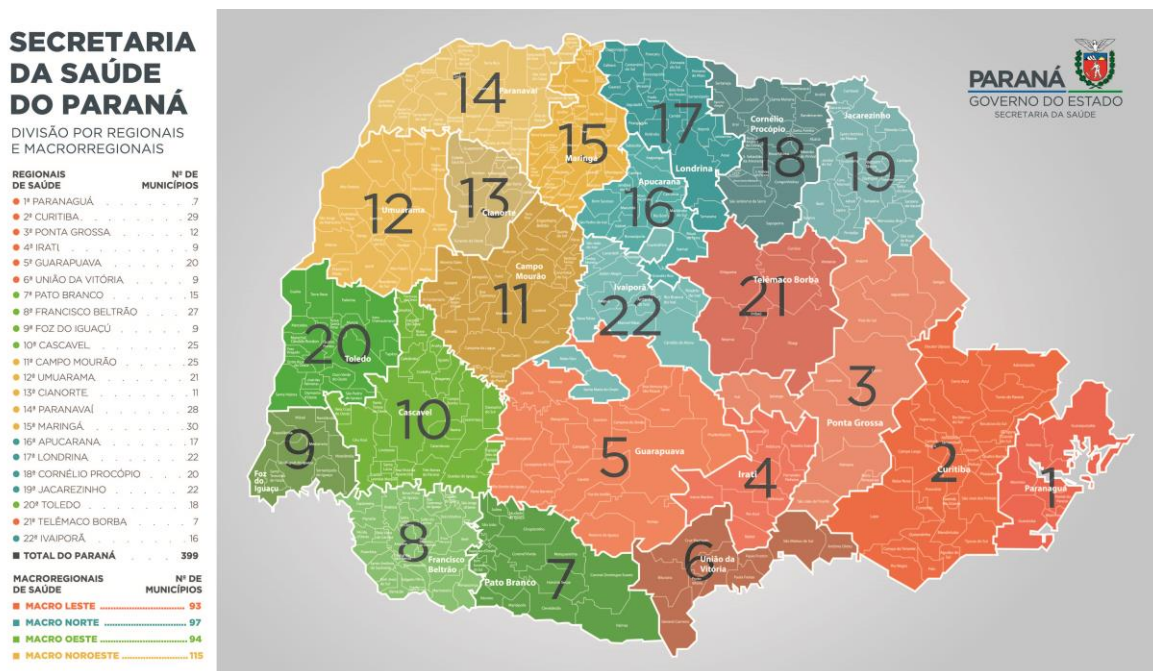
5.1 Caracterização da região de saúde: aspectos sociais e demográficos da 12ª Regional de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece a descentralização político-administrativa como um dos seus princípios organizativos, visando a descentralização das ações de serviços de saúde e a regionalização que se materializa na organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Nesse arranjo, a regionalização se constitui como uma estratégia para atendimento resolutivo e integral à saúde da população.

Neste sentido, a organização das Redes de Atenção em Saúde (RAS) é formada por regiões de saúde que se constitui como um conjunto de municípios, entre os quais há um município sede. Também é se caracterizada com um agrupamento de município limítrofes baseando em identidades culturais, econômicas, sociais e de redes de comunicação e infraestrutura identidades culturais, econômicas, sociais e de redes de comunicação e infraestrutura com compartilhamento de transportes (BRASIL, 2011) e não necessariamente coincidente com a divisão do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada Estado.

Além das regiões de saúde, a organização das Redes de Atenção em Saúde ocorre um espaço regional ampliando: as macrorregiões de saúde que buscam identificar a situação de saúde, capacidade instalada, identificação de vazios assistenciais e sobreposição de serviços para garantir resolutividade da RAS (Nars,2021). No Estado do Paraná, essa organização territorial compreende 4 (quatro) macrorregiões de saúde e 22 (vinte e duas) regiões de saúde como representado na figura.

Figura 14 - Regiões e macrorregiões de saúde do Estado do Paraná.



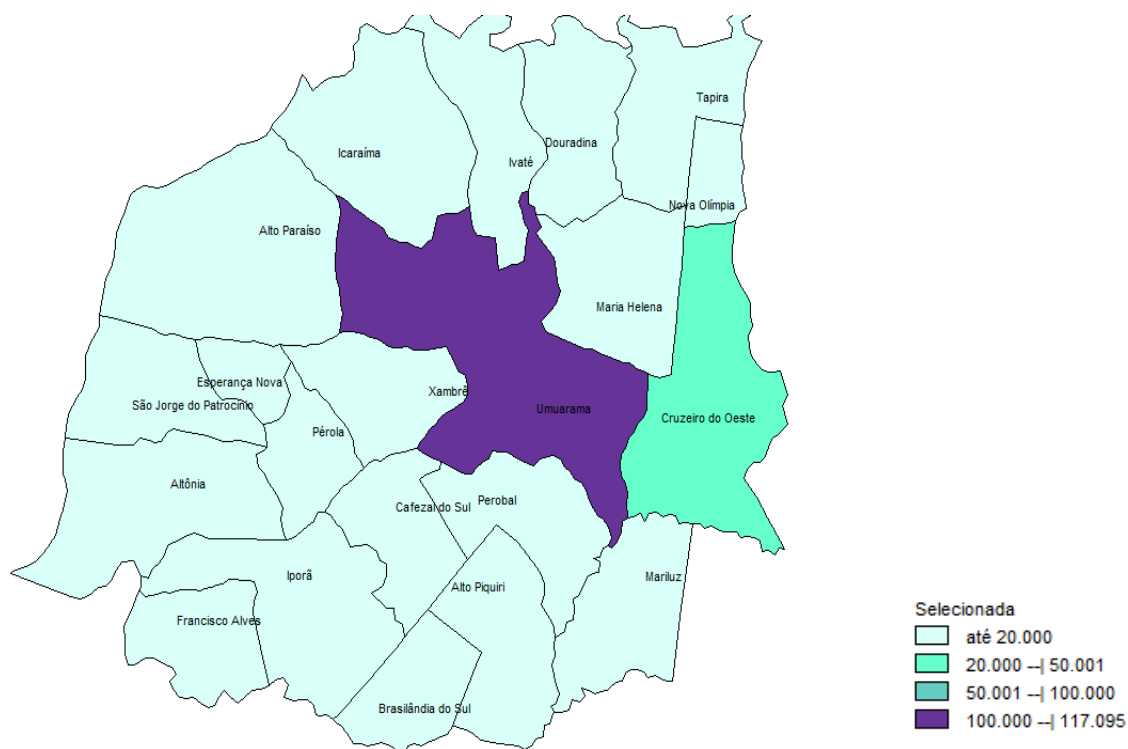
Fonte: SESA, 2025.

A 12ª Regional de Saúde integra a macrorregião Noroeste da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. A Macrorregião de saúde Noroeste abrange um total de 115 municípios, distribuídos em cinco regionais de saúde: 11ª Regional de Saúde de Campo Mourão; 12ª Regional de Saúde de Umuarama; 13ª Regional de Saúde de Cianorte; 14ª Regional de Saúde

de Paranavaí e 15ª Regional de Saúde de Maringá, totalizando 1.923.553 habitantes (IBGE 2022).

A 12ª Regional de Saúde é composta por 21 (vinte e um) municípios com uma população total em 2022 de 289.980 habitantes (IBGE), com sede no município de Umuarama. A figura abaixo representa os municípios que integram a 12ª Regional de Saúde e apresenta a classificação dos municípios conforme porte do IBGE com base nos dados do Censo Demográfico de 2022.

Figura 15 - Classificação dos municípios da 12ª Regional de Saúde de Umuarama (PR) segundo porte populacional.



Fonte: IBGE, 2022; Datasus/Tabwin. Elaboração própria.

A 12ª Regional de Saúde de Umuarama é composta por majoritariamente por municípios de pequeno porte, com predominância de municípios com menos de 20 mil habitantes, havendo apenas o município de Umuarama classificada como município de grande porte. No que tange a distribuição da população 87, 38% (253.390) residem na zona urbana e 12,62 % (36.594) na zona rural.

O IBGE (2022) revelou também as características dos domicílios do território revelando as condições de saneamento básico: 82,64 % (109.188) dos domicílios possuem água canalizada e a presença de banheiro ou sanitário em 82,62 % (109.158). Contudo, também é observado o déficit quanto acesso a rede de esgoto sanitário que abrange somente 55,75% (73.660) dos

domicílios, bem como a cobertura incompleta da coleta de resíduos sólidos presente em 75%, 89% (100.272) domicílios recenseados.

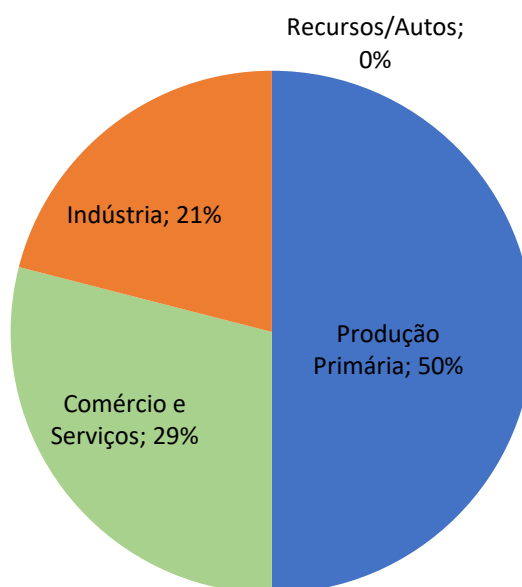
Em relação ao perfil etário da população do território os dados do IBGE revelam a predominância da população com idade de 15 a 49 anos que corresponde a 48,55 % (140.781) do total regional. Observa-se ainda a expressividade da população idosa com 60 anos ou mais de 19,03 % (55.184) evidenciando o processo de envelhecimento populacional. As crianças e adolescente de 5 a 14 anos representam 12,55% (36.399). Já as crianças de 0 a 4 anos representam 6,27 % (18.242) da população, sendo 1,22 % (3.531) de crianças menores de 1 ano de idade.

Em relação a composição raça/cor do território com base nos dados, evidencia a predominância de pessoas auto-declaradas brancas (50,8%) e pardas (37,4%), seguidas pela população preta (4,8%). Os grupos amarelos (0,9%) e indígena (0,07%) apresentam o menor percentual no território.

Na dimensão econômica da 12ª Regional de Saúde, observa-se a predominância de uma matriz produtiva ancorada no setor primário com destaque para a produção agropecuária conforme verificado na composição do Valor Adicionado Fiscal (VAF) do ano de 2023, que atribui a esse setor aproximadamente 50% do valor total gerado no território, seguido pelos setores de comércio e serviços (29 %) e, em terceiro lugar o setor industrial com 21%. ¹⁸ (Ipardes, 2025).

¹⁸ No FAV, o item recursos e autos” não expressa uma atividade produtiva, mas resulta de critérios fiscais utilizados na apuração da participação municipal no ICMS, envolvendo operações específicas, como circulação de veículos e ajustes contábeis, tendo impacto na composição do valor adicionado do território.

Figura 16. Composição do Valor Adicionado Fiscal (VAF) por setor econômico – 12ª RS/2023.



Fonte: IparDES, 2025/Perfil das regiões. Elaboração própria.

A região se destaca na produção agrícola e pecuária, com ênfase para culturas como soja, milho, mandioca e cana de açúcar, além da presença da pecuária bovina e da avicultura (IparDES, 2025; Deral, 2020).

A avicultura e a cadeia frigorífica exercem importante papel regional na geração de emprego e renda, com frigoríficos instalados nos municípios de Umuarama e Iporã.

A produção de mandioca também possui relevância econômica regional, historicamente vinculada a pequenos e médios produtores, embora tenha passado por processos de mecanização e concentração produtiva nas últimas décadas. Parte dessa produção abastece fecularias instaladas na própria região e em municípios vizinhos.

Já o cultivo da cana-de-açúcar concentra-se em municípios específicos da regional, articulado à presença de usinas sucroalcooleiras, enquanto a produção de milho e soja se destaca em municípios com maior extensão agrícola. Apesar da relevância do agronegócio na dinâmica econômica regional, persistem desigualdades sociais e situações de vulnerabilidade que se expressam na permanência de famílias vinculadas a programas de transferência de renda.

O Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES) desenvolveu o Índice IparDES de Desempenho Municipal tem como objetivo mensurar o desempenho dos municípios do Estado do Paraná a partir de três dimensões: (i) renda, emprego e produção agropecuária; (ii) saúde e (iii) educação.

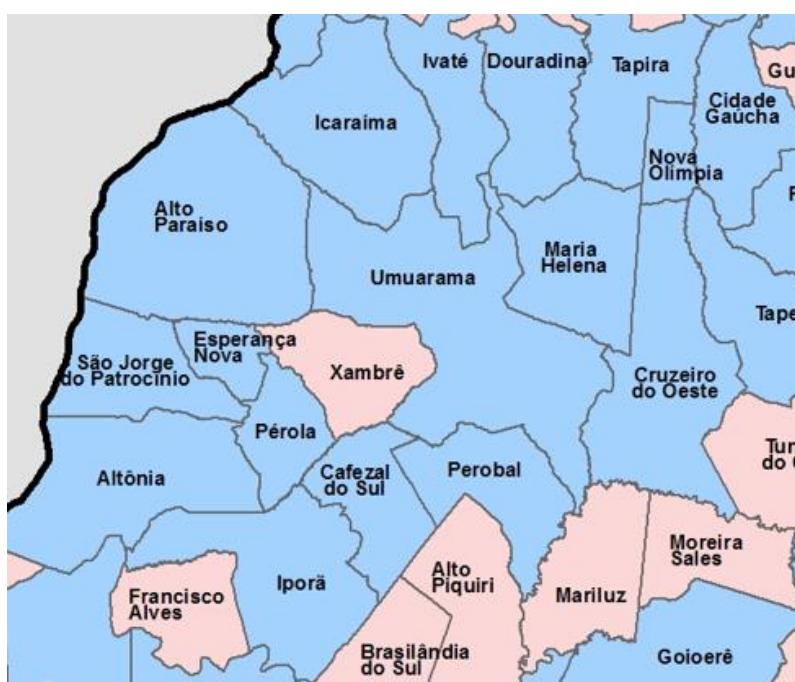
Esse indicador busca suprir uma lacuna temporal em âmbito municipal em relação à atualização decenal do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), proporcionando com isso que sejam captados aspectos relevantes sobre as condições de vida da população em um intervalo de tempo menor. Sua elaboração se baseia em diferentes estatísticas oficiais, provenientes de bases de dados disponíveis publicamente, oriundas, em sua maioria, de registros administrativos, disponibilizados por órgãos e instituições públicas (Ipardes, 2025).

A seleção dos indicadores considera aspectos relevantes para o desenvolvimento local, bem como representa um instrumento para o subsídio e operacionalização de ações integradas entre as esferas de governo (Ipardes, 2025).

O IPDM estratifica os municípios em quatro faixas de desempenho, identificadas por cores: vermelho para baixo desempenho (0,00 a 0,40), rosa para médio-baixo (0,40 a 0,60), azul-ciano para médio (0,60 a 0,80) e azul-escuro para alto desempenho (0,80 a 1,00), conforme apresentado na Figura 18.

Considerando a estratificação proposta, no território da 12ª Regional de Saúde, o Índice Ipardes de Desempenho Municipal Geral 2022 classifica 20 municípios no estrato de médio desempenho, entre eles Umuarama, e apenas Douradina no estrato de alto desempenho (0,8264).

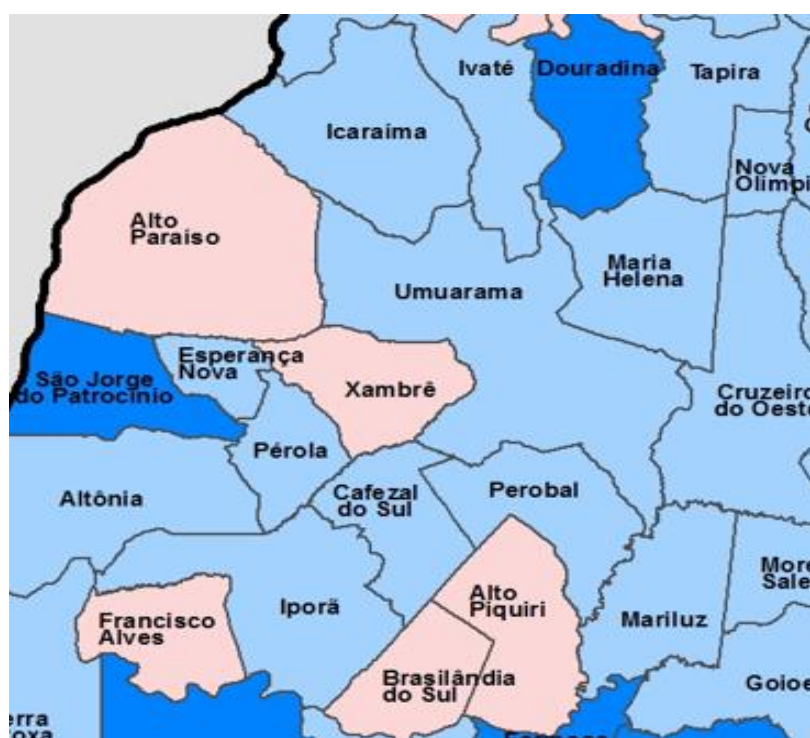
Figura 17 - Índice Ipardes de Desempenho Municipal (IPDM) — Componente Geral, 12ª Regional de Saúde de Umuarama, 2022.



Fonte: Ipardes, 2025. Recorte do mapa estadual referente aos 21 municípios da 12ª Regional de Saúde.

No componente saúde, dois municípios foram classificados como alto desempenho, Douradina (0,8015) e São Jorge do Patrocínio (0,8146) e 14 municípios, incluindo Umuarama, situaram-se no estrato médio, e cinco apresentaram médio-baixo desempenho: Alto Paraíso (0,5535), Alto Piquiri (0,5645), Brasilândia do Sul (0,5388), Francisco Alves (0,5656) e Xambrê (0,5505). Esses municípios concentram, portanto, as piores condições tanto de renda quanto de saúde na regional, configurando sobreposição de vulnerabilidades que interessa diretamente à análise da mortalidade infantil.

Figura 18 - Índice Iparades de Desempenho Municipal (IPDM) — Componente Saúde, 12ª Regional de Saúde de Umuarama, 2022.



Fonte: Iparades, 2025. Recorte do mapa estadual referente aos 21 municípios da 12ª Regional de Saúde.

No componente renda, a desigualdade interna da regional é mais perceptível. Os municípios de Francisco Alves (0,3674) e Xambrê (0,3761) foram classificados como baixo desempenho, enquanto os demais 18 municípios situaram-se no estrato de médio-baixo desempenho, com exceção de Douradina, que alcançou o estrato médio (0,6242). Ressalta-se aqui que este, município conta com uma holding que gerencia um gama de negócios como lojas de varejo, atacado, consórcios e serviços financeiros.

O padrão de renda exposto no indicador do IPARDES, é coerente com a elevada proporção de famílias inscritas no CadÚnico identificada nesses territórios, indicando limitada capacidade de geração de renda e dependência de programas de transferência de renda.

No sentido de caracterização das condições socioeconômicas da população dos municípios que integram a 12ª Regional destaca-se o Cadastro Único de Programas do Governo federal que se constitui como uma tecnologia social de identificação e caracterização socioeconômica das famílias de baixa renda no território brasileiro, que são aquelas que possuem renda mensal de até 1/2 salário-mínimo por pessoa ou renda familiar total de até três salários mínimos (BRASIL, 2025).

O Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) constitui o principal instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias de baixa renda no Brasil: aquelas com renda mensal de até 1/2 salário mínimo por pessoa ou renda familiar total de até três salários mínimos (BRASIL, 2025).

Por meio do registro de informações sobre domicílio, composição familiar, escolaridade, situação de trabalho, renda e deficiência, o CadÚnico permite ao Estado conhecer a realidade dessas famílias e orientar a concessão de benefícios como o Programa Bolsa Família, o Benefício de Prestação Continuada, o Pé-de-Meia, a Tarifa Social de Energia Elétrica, o Auxílio Gás e o Programa Minha Casa Minha Vida, entre outros (BRASIL, 2025).

No Estado do Paraná, a base de dados do CadÚnico é responsável pela operacionalização dos Programas: Comida Boa; Nossa Gente Paraná (Família Paranaense); Programa Leite das Crianças, além de diferentes programas de fomento às atividades produtivas rurais, como PRONAF (Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar), Banco do Agricultor Paranaense e Projeto Renda Agricultor Familiar (SEJUF, 2025).

Os dados do aplicativo “Bolsa Família e Cadastro Único para conhecer para incluir no seu município” permite traçar um panorama das famílias e suas condições de vulnerabilidade no território da 12ª Regional de Saúde. No sentido de mensurar e quantificar o percentual da população de cada município presente no CadÚnico¹⁹, utilizando como base os dados populacionais do censo IBGE de 2022 identifica-se a presença expressiva da população dos municípios presentes no CadÚnico, com destaque para os municípios de Alto Paraíso, Alto Piquiri, Brasilândia do Sul, Cafezal do Sul, Esperança Nova, Mariluz, Tapira e Xambrê.

Tabela 3 - Percentual da população da 12ª RS inscritas no CadÚnico (2022)

Município	% CadÚnico/População
Alto Paraíso	63,44
Alto Piquiri	55,91
Altônia	32,04
Brasilândia do Sul	57,55

¹⁹ A base de dados utilizada tem como mês de referência dezembro de 2022.

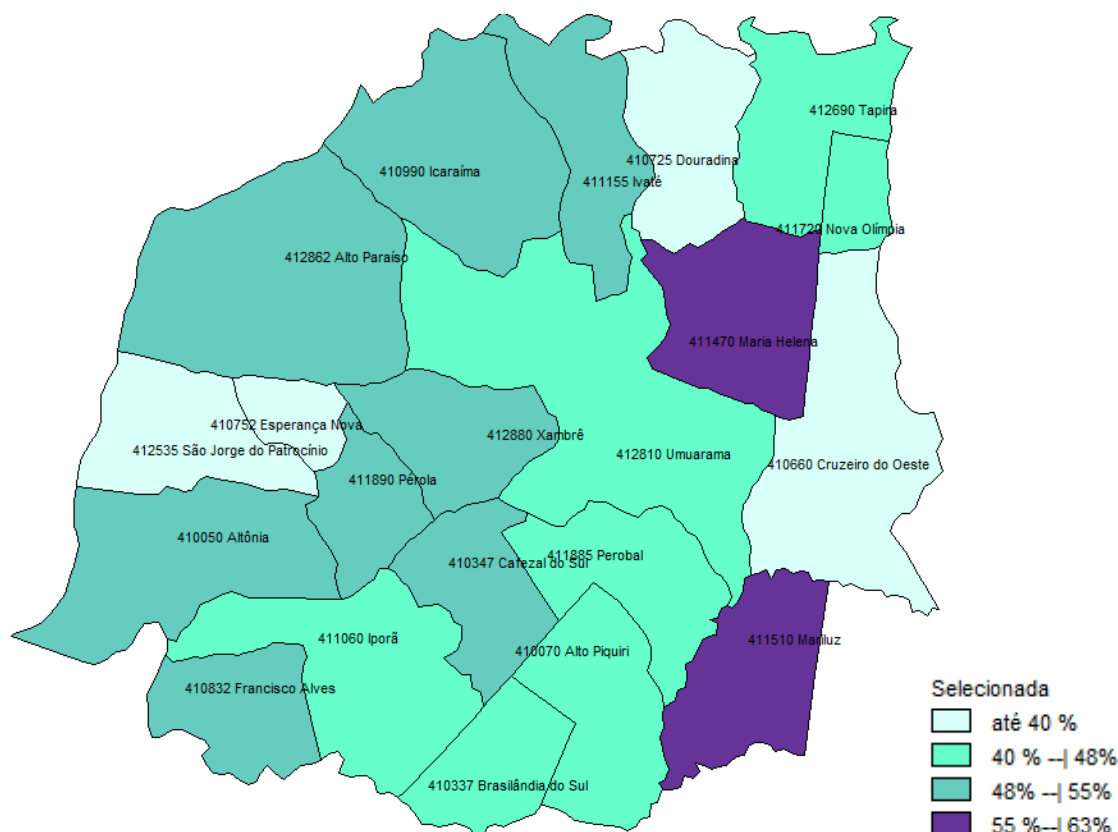
Cafezal do Sul	50,95
Cruzeiro do Oeste	41,86
Douradina	35,13
Esperança Nova	55,22
Francisco Alves	38,79
Icaraíma	46,89
Iporã	45,15
Ivaté	44,20
Maria Helena	45,85
Mariluz	63,05
Nova Olímpia	44,54
Perobal	41,19
Perola	39,03
São Jorge do Patrocínio	40,47
Tapira	54,40
Umuarama	33,65
Xambrê	59,99

Fonte: IBGE, 2022; Brasil. Ministério da Cidadania. Conhecer para incluir (CadÚnico). Comp. Dez/2022.

Outro dado relevante é que, em todos os municípios da 12ª Regional o percentual de pessoas inscritas no CadÚnico do sexo feminino é superior a 55%. Tal dado corrobora, com argumento que ao longo das últimas décadas, em detrimento a uma política universal de superação da condição de pobreza, o enfrentamento às desigualdades sociais e à pobreza tem sido realizado a partir da focalização nos segmentos mais pauperizados (Yazbek, 2012). Dessa forma, o gênero feminino se apresenta como o segmento com maior número de pessoas cadastradas no CadÚnico, evidenciando a centralidade das mulheres como público prioritário de políticas sociais específicas.

Em relação ao Programa de Transferência de Renda Bolsa Família (PBF), os dados do território também demonstram significativas disparidades entre os municípios, seja no quantitativo de famílias classificadas como pobre/baixa renda e a inclusão desse segmento populacional específico ao Programa Bolsa Família (PBF), conforme destacado nas figuras abaixo:

Figura 19 - Percentual de famílias cadastradas no CadÚnico em situação de pobreza e baixa renda, por município da 12ª Regional de Saúde (PR).

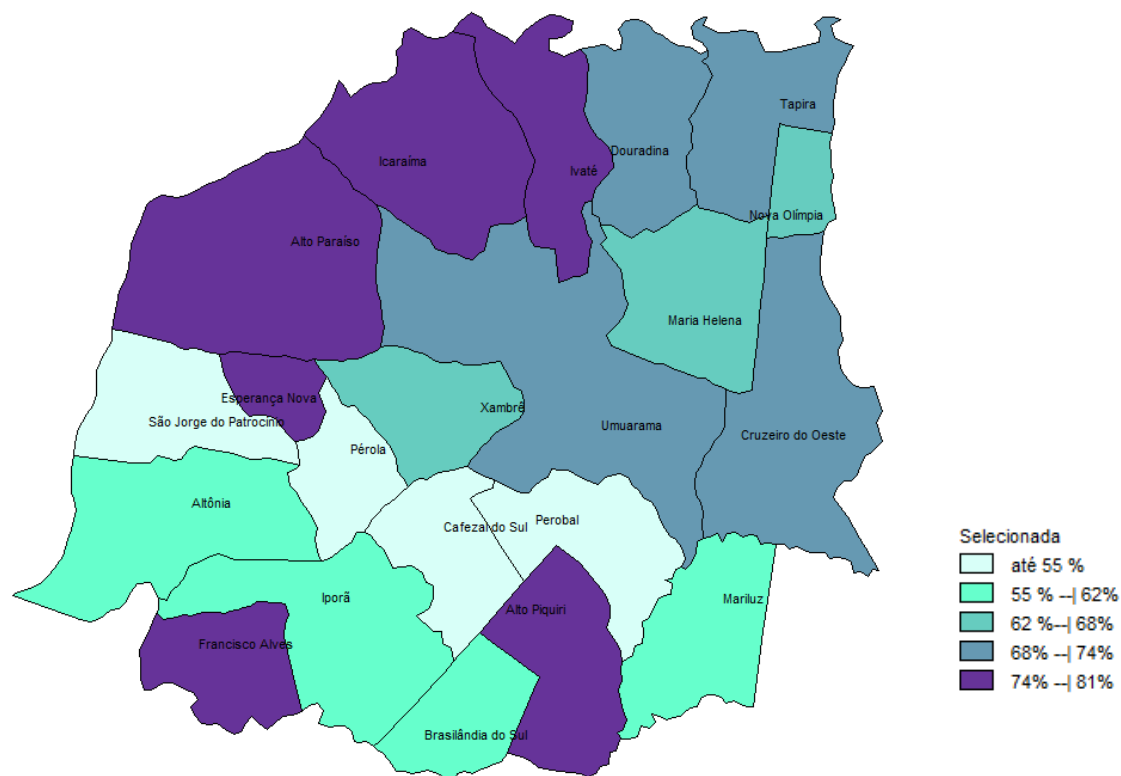


Fonte: Brasil. Ministério da Cidadania. Conhecer para incluir (CadÚnico). Comp. Dez/2022. Datasus/Tabwin. Elaboração própria.

A figura demonstra a distribuição do percentual de famílias cadastradas no CadÚnico em situação de pobreza/baixa renda entre os municípios da 12ª Regional de Saúde de Umuarama. Destacam-se os municípios de Maria Helena com 62%, Mariluz 58%, com maior concentração de famílias pobres ou baixa renda. Em contrapartida, municípios como Esperança Nova, Cruzeiro do Oeste e Douradina apresentam percentuais inferiores a 40%, ainda que a presença de famílias em situação de pobreza e baixa renda permaneça expressiva em todo o território regional.

A cobertura do Programa Bolsa Família (PBF), revela heterogeneidade entre os municípios da 12ª Regional de Saúde quanto ao acesso das famílias em situação de pobreza e baixa renda cadastradas no CadÚnico que estão efetivamente recebendo o benefício em cada município.

Figura 20 - Cobertura do Programa Bolsa Família entre famílias em situação de pobreza e baixa renda por município da 12ª Regional de Saúde de Umuarama (PR)



Fonte: Brasil. Ministério da Cidadania. Conhecer para incluir (CadÚnico). Comp. Dez/2022. Datasus/Tabwin. Elaboração própria.

Os dados em relação a cobertura do PBF revelam que os municípios de Alto Paraíso (79,43 %), Alto Piquiri (80,83%), Esperança Nova (74,45 %), Francisco Alves (80,70%), Icaraíma (75,53%) e Ivaté (78,06 %) apresentam os maiores índices de cobertura do Programa Bolsa Família (PBF) superior à média regional. Destaca-se que os municípios como Alto Paraíso e Alto Piquiri apresentam altos índices de famílias no CadÚnico, 63,44% e 55,91% da população total respectivamente, contudo apresenta altas taxas de cobertura do Programa. Isto indica que os municípios apresentam um sistema de busca ativa, acompanhamento e atualização cadastral eficiente.

Por outro lado, os municípios de São Jorge do Patrocínio (51,13%), Pérola (50,97%), Cafetal do Sul (48,69%) e Perobal (48,81%) apresentam menor cobertura de pessoas pobres/baixa renda inserida no programa de transferência de renda.

Souza e Osório (2024), apontam que a utilização de metas nacionais e cotas nacionais de cobertura contribuiu historicamente para a qualidade da focalização do Cadastro Único e do Programa Bolsa Família. Contudo, os instrumentos foram negligenciados ao longo da última década, com a última atualização das estimativas de público alvo ocorrendo somente em 2012.

Concomitante, houve a expansão do número de famílias com cadastro atualizado no CadÚnico e do número de beneficiário do Bolsa Família, especialmente no contexto da pandemia de covid-19 gerando assim, o um grande desafio que consiste na atualização das estimativas de público-alvo e a focalização das políticas sociais frente a “ [...] enorme volatilidade de renda entre os mais pobres faz com que, a cada mês, haja intensos fluxos de entrada e saída da pobreza, que se refletem no estoque acumulado no CadÚnico” (Souza; Osório, p. 10,2024).

Nesse sentido, os indicadores sintetizados no Quadro 6 retratam, de um lado o grande quantitativo de famílias em situação de pobreza/baixa renda, e de outro, as falhas na cobertura assistencial que ainda persiste em algumas localidades.

Quadro 7 - Indicadores comparativos de pobreza e cobertura do Programa Bolsa Família- Brasil, 12ª RS e Umuarama (2022).

Indicador	Brasil	12ª RS (média)	Umuarama	Menor valor	Maior valor
% de famílias em pobreza/baixa renda (entre cadastradas)	~ 31,6%	~ 46%	45,40%	32,3% Esperança Nova	62,9% Maria Helena
% de famílias pobres cobertas pelo BF	—	~66%	69,40%	48,7% Cafezal do Sul	80,8% Alto Piquiri

Fonte: IBGE, 2023/ Brasil. Ministério da Cidadania. Conhecer para incluir (CadÚnico).

O quadro demonstra que a média de famílias inscritas no CadÚnico em condição de pobreza ou baixa renda, ou seja, famílias que possuem renda familiar per capita de $\frac{1}{2}$ salário mínimo ou três salários mínimos é de 46 % na região, ao passo que a média no Brasil de famílias nessa mesma estratificação é de 31,6 % (IBGE, 2023).

Observa-se ainda, a heterogeneidade dos arranjos das políticas públicas locais: observa-se municípios com altos percentuais de cobertura do PBF em relação a população alvo, como é o caso de Alto Piquiri. Enquanto em outros municípios, como Cafezal do Sul, há famílias em critérios de elegibilidade para inclusão e recebimento do Bolsa Família, mas que por limitações operacionais locais (defasagem cadastral, busca ativa) ou até devido a atual configuração do Programa que está sem revisão dos seus parâmetros desde 2012, resulta em uma grande quantidade de famílias sem acesso à transferência de renda, mesmo preenchendo os requisitos necessários.

A caracterização socioeconômica da 12ª regional de saúde aponta um território permeado por heterogeneidade internas, com predominância de município de pequeno porte,

limitações estruturais em saneamento básico, perfil demográfico em processo de envelhecimento e uma base econômica vinculada ao setor primário.

A esses elementos soma-se uma parcela significativa parcela da população em condições de pobreza ou baixa renda e vinculada a programas de transferência de renda. Também demonstra, os limites da política pública, que já é direcionada e focalizada a um grupo específico, baseado em critérios de renda, mas que mesmo assim, ainda não atende a totalidade de famílias que tem direito aos benefícios. Esse conjunto de condições configura o substrato socioeconômico sobre o qual se organizam os serviços de saúde destinados a crianças e gestantes no território da 12ª Regional de Saúde, tema abordado no tópico a seguir.

5.2 Organização da Rede de Atenção Materno-infantil no Estado do Paraná

Conforme Portaria de Consolidação Nº 03 de 28 de setembro de 2017, as Redes de Atenção à Saúde se constituem de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão tem como objetivo a garantir a integralidade do cuidado em saúde. As RAS são estruturadas para responder a condições específicas de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimento, que implica a continuidade e a integralidade da atenção à saúde em diferentes níveis: Atenção Primária, Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar de forma articulada e complementar (SESA, 2022).

O Sistema Único de Saúde (SUS), estrutura-se por meio de redes temáticas que respondem a diferentes necessidades de saúde da população, como a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), a Rede de Atenção às Pessoas com Condições Crônicas, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), (Brasil, 2017) as quais organizam fluxos assistenciais específicos conforme o perfil epidemiológico e as demandas territoriais.

No escopo das redes temáticas do SUS, destaca-se a Rede de Atenção Materno- Infantil, que visa garantir o fluxo adequado para o atendimento ao planejamento sexual e reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento, puerpério e primeira infância com o objetivo de qualificar a assistência e enfrentar a mortalidade materna, infantil e fetal. Está vinculada ao programa federal denominado Rede Cegonha (atualmente reestruturado como Rede Alyne), ao programa estadual Primeira Infância Melhor (PIM), além de financiamentos específicos como o Ambulatório de Gestante de Alto Risco (AGAR), Ambulatório de Egressos de UTI neonatal, incentivo estadual para atendimento de alto risco e casa da gestante e outros serviços

assistenciais.

No Estado do Paraná, a Linha de Cuidado Materno Infantil é batizada de “Rede Mãe Paranaense” (RMP), iniciada em 2012, a partir da inclusão no plano de governo de 2011-2014, sendo incorporada no Plano Estadual de Saúde (PES) de 2012 a 2015, como uma das suas diretrizes (Nars, 2021), estando presente desde então nos demais instrumentos de planejamento e gestão de saúde.

A Rede Mãe Paranaense (RMP) propõe a organização e operacionalização da atenção materno-infantil, por meio da Linha de Cuidado de Atenção Materno-Infantil (Linha Guia) que se constitui como um instrumento técnico-normativo elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde que visa orientar a organização da Rede de Atenção Materno- Infantil no âmbito Estadual. Trata-se de um documento que estabelece diretrizes assistenciais fluxos de referência e contra referência e responsabilidades dos diferentes pontos de atenção: Atenção Primária, Atenção ambulatorial ou especializada e Atenção Hospitalar com vistas à garantia a garantia da integralidade do cuidado.

Para Nars (2011, p. 73), a linha guia é um instrumento que promove:

“[...] a articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para condução oportuna e eficaz do usuário para diagnóstico e terapia em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância nas ações do pré-natal, parto, puerpério e do primeiro ano de vida das crianças, e, com isso, reduzir a mortalidade Materna e Infantil no Estado do Paraná.

Ao estabelecer os princípios apresentados na Figura 21, a Linha Guia direciona o cuidado em um determinado território estabelecendo princípios, parâmetros e caminhos para a organização e execução das ações indicando um padrão de qualidade esperado aos serviços que promovam a redução da mortalidade materno e infantil.

Figura 21- Princípios da Linha de Cuidado Materno Infantil do Estado do Paraná.



Fonte: SESA (2022)

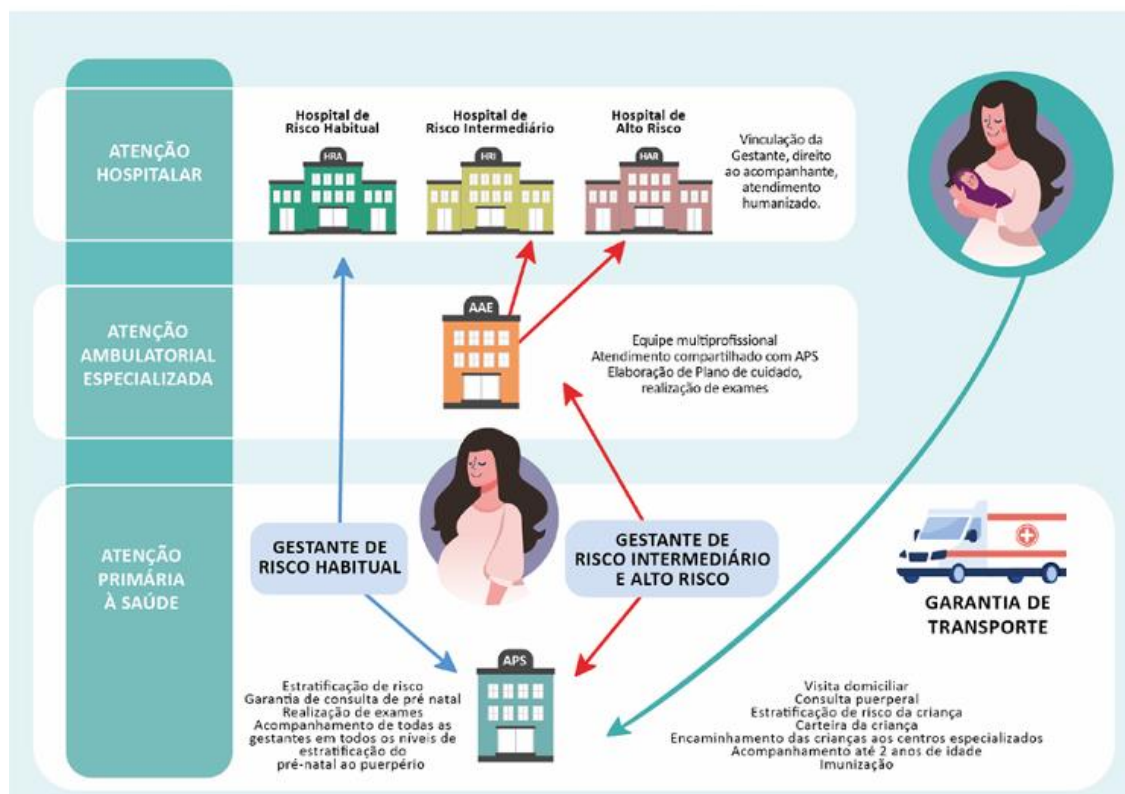
Dentre os princípios da Linha Guia, destaca-se a Estratificação de Risco em todas as consultas pré-natais como um elemento norteador do cuidado, pois é a partir deste instrumento que dos critérios por ele estabelecidos que as gestantes e crianças são direcionadas aos serviços de atendimento ao pré-natal e após o nascimento para acompanhamento. A estratificação de Risco configura-se como estratégia para identificar com antecedência fatores de risco potencialmente perigosos ao binômio durante o ciclo gravídico, e inserir gestantes, puérperas e neonatos no local certo, no momento certo e sendo atendidos pela equipe com nível de capacitação técnica adequada, com acompanhamento contínuo da APS (Sesa, 2022).

Em termos operacionais, a estratificação de risco da gestação determina o local de realização do Pré- Natal, ou seja, na Atenção Primária em Saúde (APS) para as gestantes de risco habitual ou de forma compartilhada com a Atenção Ambulatorial Especializada (AEE) para as gestantes de risco intermediário e alto risco. Da mesma forma, irá determinar a referência para o nascimento, tratamento clínico e/ou situações de urgência/emergência (Sesa, 2022).

A figura abaixo representa essa organização, onde as gestantes classificadas como de risco habitual permanecem vinculadas à APS e são referenciadas para hospitais de risco habitual para a realização do parto. Já as gestantes classificadas como de risco intermediário ou alto risco são encaminhadas à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), onde recebem acompanhamento multiprofissional, elaboração de plano de cuidado e monitoramento

compartilhado com a APS. Nos casos de maior complexidade, são referenciadas para hospitais de risco intermediário ou alto risco.

Figura 22: Modelo de fluxo referenciado para a linha de cuidado materno infantil.



Fonte: SESA, 2022.

Cabe ressaltar ainda que o instrumento de estratificação de risco é dinâmico e considera as necessidades de revisões e atualização dos critérios para estratificação de risco da gestante sendo conduzido por ações no âmbito da SESA em parceria com os profissionais da Atenção Primária, Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar dos territórios (SESA, 2022) sendo possível atualizações a partir da deliberação da Comissão Intergestores Regional (CIR), consideradas as devidas justificativas.

No âmbito dos determinantes sociais da saúde, o instrumento de estratificação de risco incorpora variáveis socioeconômicas, demográficas e contextos que influenciam a gestação e o desfecho materno e infantil. Elementos como baixa escolaridade, idade materna, raça/cor, vulnerabilidade social, uso de substâncias psicoativas e histórico reprodutivo demonstram que o risco gestacional também é socialmente construído. Considerando que a estratificação de risco se materializa, na prática assistencial a gestantes e crianças, torna-se necessário analisar como a organização da Rede Mãe Paranaense no território da 12ª Regional de Saúde de Umuarama.

5.3 A organização da Rede de Atenção Materno-infantil no território a 12ª Regional de Saúde e Umuarama

Na 12ª Regional de Saúde de Umuarama, a organização da Rede de Atenção Materno-Infantil articula a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada e coordenadora do cuidado, a Atenção Ambulatorial Especializada com destaque para o Centro Regional Mãe Paranaense e a Atenção Hospitalar referenciada conforme a estratificação de risco gestacional.

Os pontos de atenção na Rede Mãe Paranaense, são os locais em que acontece a assistência à saúde da população, e diferem entre si pela população assistida, de acordo com a complexidade do cuidado.

5.3.1 A Atenção Primária em Saúde

A Atenção Primária (APS), constitui a principal porta de entrada da Linha de Cuidado Materno-Infantil, orientada para o cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade (SESA, 2022). No âmbito da 12ª Regional de Saúde de Umuarama, essa organização materializa-se na estruturação dos pontos de atenção conforme a hierarquização apresentada nos quadros a seguir.

Quadro 8 - A Atenção Primária em Saúde (APS) na 12ª RS

Hierarquização dos Serviços	Ponto de Atenção	Objetivos/ações
Atenção Primária à Saúde	Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos 21 municípios da 12ª Regional de Saúde	É responsável pela captação precoce da gestante, realização e acompanhamento do pré-natal de risco habitual, estratificação de risco gestacional, solicitação e monitoramento de exames, ações de promoção e prevenção em saúde, bem como pela coordenação do cuidado e articulação com os demais pontos da rede. Cada gestante do território tem como referência a UBS mais próxima de sua residência.

Fonte: Sesa, 2022.

No que se refere à capacidade instalada e à abrangência territorial da APS, a análise dos dados do sistema E-Gestor Atenção Básica permite dimensionar o alcance dessa organização no território da 12ª Regional de Saúde com destaque para o aumento do percentual de cobertura da Atenção Primária de 2015 a 2023.

Quadro 9 - Cobertura da Atenção Primária (%) na 12ª RS (2015, 2019 e 2023)

Município	2015 (%)	2019 (%)	2023 (%)
Altônia	99,94	94,66	96,02
Alto Piquiri	100	100	100,00
Brasilândia do Sul	100	100	188,78
Cafezal do Sul	100	100	156,49
Cruzeiro do Oeste	100	100	124,43
Douradina	90,31	82,78	114,61
Esperança Nova	100	100	189,29
Francisco Alves	100	100	129,37
Iporã	100	100	133,36
Ivaté	100	100	153,71
Maria Helena	100	100	119,35
Mariluz	100	100	106,63
Nova Olímpia	100	100	120,00
Perobal	100	100	97,37
Pérola	100	93,92	88,39
São Jorge do Patrocínio	100	100	107,62
Tapira	59,8	100	121,84
Umuarama	67,52	69,54	86,68
Alto Paraíso	100	100	100,00
Xambrê	100	100	120,73

Fonte: E-Gestor, 2025. Comp. Dez/2015; Dez/2019; Dez/2023.

O sistema E-gestor de saúde demonstra que cobertura da Atenção Primária, apresenta elevada cobertura nos municípios de pequeno porte da região, com percentuais superiores a 100% em diversos municípios no ano de 2023.²⁰ Por outro lado, o município de Umuarama, apresenta cobertura inferior à média regional ao longo do período analisado, ainda que tenha apresentado crescimento entre 2015 e 2023.

Conforme *Amaral et al* (2021), os percentuais de cobertura dos municípios brasileiros evidenciam uma distribuição espacial heterogênea, sendo possível identificar municípios com taxas superiores a demanda populacional, ao passo existe outros que a taxa de cobertura evidencia os vazios assistenciais. Além disso, a taxa de cobertura é um dado que não se leva em consideração aspectos como: especificidades epidemiológicas, distância a ser percorrida, barreiras geográficas ou de acessibilidade. Umuarama apresenta uma população mais numerosa e dispersa e com alta mobilidade populacional, inclusive com a criação de novos bairros e que

²⁰ O cálculo da cobertura estimada pode ultrapassar o parâmetro populacional teórico em localidades com menor contingente populacional.

não necessariamente, é acompanhada de serviços públicos.

O sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), permite analisar indicadores dos indicadores envolvendo o atendimento prestado a gestantes no território possibilitando a mensurar o atendimento prestado pela APS.

A tabela abaixo traz o percentual de gestantes que realizaram a primeira consulta de pré-natal até a 12ª semana de gestação, pois esse indicador de qualidade reflete em cuidado com identificação e intervenção precoce das situações de risco, em especial com a realização de exames como testes rápidos de detecção precoce de HIV, Sífilis e Hepatite B e C e ultrassom morfológico que pode identificar o risco de malformações congênitas (Brasil, 2012). Também colabora para que ocorra o quantitativo de consultas (acima de 07) conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Tabela 4 - Percentual de gestantes na 12ª Regional de Saúde com início do pré-natal até 12ª semanas de gestação 2019-2023

	2019 Percentual de início de pré-natal (≤12 semanas)	2023 Percentual de início de pré-natal (≤12 semanas)
Alto Paraíso	89,66	97,92
Alto Piquiri	91,73	100,00
Altônia	91,70	95,59
Brasilândia do Sul	96,23	100,00
Cafezal do Sul	88,52	98,28
Cruzeiro do Oeste	90,37	95,77
Douradina	95,87	98,37
Esperança Nova	100,00	100,00
Francisco Alves	85,86	95,80
Icaraíma	94,48	97,35
Iporã	87,92	96,51
Ivaté	90,24	98,61
Maria Helena	91,78	100,00
Mariluz	93,92	98,32
Nova Olímpia	92,31	96,88
Perobal	95,33	96,64
Pérola	90,51	96,09
São Jorge do Patrocínio	97,59	100,00
Tapira	93,51	98,18
Umuarama	93,48	98,36
Xambrê	93,24	98,61
Total	92,55	97,79

Fonte: SINASC/Tabwin. Elaboração própria.

A análise do início do pré-natal até a 12ª semana de gestação demonstra elevado

percentual de captação precoce na 12ª Regional de Saúde. Em 2019, 92,55% das gestantes iniciaram o acompanhamento até o terceiro mês de gestação, percentual que se elevou para 97,79% em 2023, indicando avanço significativo na oportunidade do cuidado. A melhoria foi observada na quase totalidade dos municípios, com vários alcançando 100% de início precoce no último ano analisado.

Em comparativo com o cenário nacional, a pesquisa da Fiocruz “Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre o aborto, parto e nascimento (2023) revela que o pré-natal foi realizado até a 12ª semana de gestação para 80,8 % das gestantes brancas e 69,2 % para gestantes pardas e pretas. Os percentuais da 12ª Regional de Saúde, 92,55 % e 97,79 % respectivamente, ficam acima da média nacional indicando o fortalecimento de estratégias de busca ativa e vinculação das gestantes à Atenção Primária à Saúde.

Em relação as gestantes que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal no período analisado temos a os seguintes percentuais:

Tabela 5 - Percentual de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal, 12ª Regional de Saúde de Umuarama, 2019 e 2023

Município de Residência/ PR	2019 (%)	2023 (%)
Alto Paraíso	65,52	75,00
Alto Piquiri	78,95	88,00
Altônia	94,76	94,12
Brasilândia do Sul	81,13	90,38
Cafezal do Sul	83,61	96,55
Cruzeiro do Oeste	90,03	92,31
Douradina	89,26	91,87
Esperança Nova	100,00	100,00
Francisco Alves	78,79	89,08
Icaraíma	91,03	88,50
Iporã	79,23	94,77
Ivaté	81,71	93,06
Maria Helena	87,67	96,77
Mariluz	87,16	96,64
Nova Olímpia	90,38	96,88
Perobal	90,65	91,60
Pérola	89,24	92,19
São Jorge do Patrocínio	80,72	97,18
Tapira	85,71	83,64
Umuarama	87,70	91,14
Xambrê	82,43	94,44
Total	86,82	91,78

Fonte: SINASC/Tabwin. Elaboração própria.

Os dados da Tabela revelam que a 12ª Regional de Saúde de Umuarama apresentou evolução positiva no percentual de gestantes com sete ou mais consultas pré-natal, passando de 86,82% em 2019 para 91,78% em 2023, superando, neste último ano, a média estadual paranaense de 86,10% (SESA, 2023) e a média nacional de 74,7% (SINASC/TCE-GO, 2022). Destacam-se municípios como São Jorge do Patrocínio, Iporã, Cafezal do Sul e Xambrê com os maiores avanços na continuidade do cuidado pré-natal. Por outro lado, Tapira, Icaraíma e Altônia apresentaram redução. Além disso, mesmo com melhora, municípios como Alto Paraíso, que passou de 65,5% para 75,0%, permanecem abaixo da média regional e estadual.

Esses indicadores demarcam uma heterogeneidade no acompanhamento do pré-natal no território e também coloca em debate a eficácia desse acompanhamento, considerando que a realização adequada de consultas não depende exclusivamente da existência formal da rede ou da cobertura da Atenção Primária, mas é influenciada por múltiplos fatores estruturais, sociais e organizacionais.

No âmbito dos determinantes sociais da saúde, variáveis como idade materna, em especial mães adolescentes e com baixa escolaridade materna, impactam diretamente a adesão e a continuidade do acompanhamento gestacional. Tais fatores condicionam não apenas o acesso físico aos serviços, mas também a capacidade de manutenção do vínculo com a equipe de saúde ao longo da gestação (Fiocruz, 2023)

Além disso, a literatura aponta que as desigualdades de raça/cor e classe social interferem na utilização dos serviços de saúde, influenciando o início tardio do pré-natal ou a interrupção do acompanhamento (Fiocruz, 2023).

Outro aspecto a ser considerado é a capacidade organizativa local dos serviços de saúde. Para Nunes *et al* (2015) os municípios de pequeno porte, embora apresentem elevada cobertura formal de APS, podem enfrentar limitações relacionadas à rotatividade de profissionais seja por vínculos precários de trabalho ou ausência de plano de carreira; salários insuficientes e multiplicidade de vínculo empregatícios que ocasionam o descumprimento de carga horária e a insuficiência de algumas categorias de profissionais. O estudo de Nunes *et al* (2015), aplicado em municípios de pequeno porte no Estado do Paraná revelou que o coeficiente de médicos é de 0,516 médico por 1000 habitantes, dado este, inferior ao preconizado pela OMS de um médico para cada 1000 habitantes.

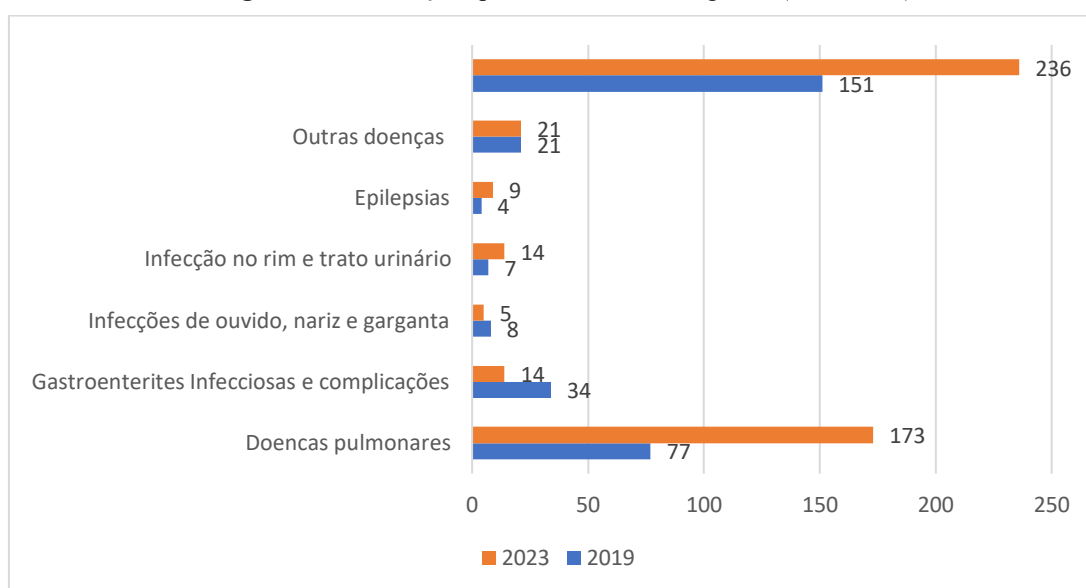
As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) constituem outro indicador relevante para avaliar o alcance da APS. Referem-se a condições de saúde cujo manejo adequado no nível primário poderia potencialmente evitar a internação hospitalar

(Viacava et al, 2021), sendo úteis para identificar deficiências na cobertura ou na resolatividade da atenção primária, conforme definido na Portaria SAS/MS nº 221, de abril de 2008.

Os dados disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) demonstram um aumento das ICSAP em menores de um ano na 12ª Regional de Saúde. Em 2019, registraram-se 151 internações, já em 2023 o número subiu para 236 internações.

Em relação as principais causas de internações no período analisado, houve um aumento das internações por doenças pulmonares como exposto no gráfico abaixo:

Figura 23 - Internações por ICSAP na 12ª Regional (2019-2023)



Fonte: SIH/SUS. Tabwin. Elaboração própria.

Em 2023, houveram 173 (cento e setenta e três) internações por doenças pulmonares em menores de um ano, com pico de internações em março (22), abril (24) e maio (21), meses que historicamente é definido com o período de sazonalidade²¹ dos casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratório Aguda Grave (SRAG) caracterizado por maior circulação de vírus respiratórios.

Traçando um comparativo com o total de internações por ICSAP em todas as faixas etárias na 12ª Regional de Saúde, as internações por doenças pulmonares representam a segunda maior causa de internações do território com 425 internações registradas, sendo 13,62 % do total de 3120 (três mil cento e vinte) internações realizadas no período.

Para Santos *et al* (2024), o monitoramento das SG e das SRAG sublinham a importância de monitorar tendências sazonais e garantir a disponibilidade de recursos hospitalares

²¹ O período de sazonalidade definido pelo Ministério da Saúde é de março a agosto.

adequados, especialmente durante os picos sazonais de infecções respiratórias. A implementação de medidas preventivas, como campanhas de vacinação e programas de educação para pais e cuidadores, torna-se fundamental para reduzir a incidência e a gravidade das infecções. Além disso, a adaptação das estratégias de manejo clínico para responder às mudanças epidemiológicas trazidas pela pandemia de COVID-19 é essencial para melhorar os desfechos em crianças com SRAG.

Por outro lado, é verificado uma redução significativa das internações por gastroenterites infecciosas e complicações se comparadas com o ano de 2019, com queda de 34 para 14 internações, correspondendo uma diminuição de 58,8 %.

As taxas de cobertura vacinal no território também merecem atenção por sua relação com os indicadores do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Cabe ressaltar que até 2022 os dados estavam disponíveis no Tabnet e a partir de 2023 houve migração para o Painel de Cobertura Vacinal (infoms.saude.gov.br), transição que pode ter impactado a consolidação e a consistência das informações, especialmente naquele ano. Observada essa questão metodológica, os dados ainda assim evidenciam aspectos relevantes da realidade de saúde do território, conforme o Quadro 9.

Quadro 10 - Cobertura vacinal na 12ª RS (2019, 2022, 2023, 2024)

ANO	BCG	Penta (DTP)	Pneumocócica	Rotavírus
2019	98,92%	96,96%	96,96%	96,75%
2022	89,00%	92,37%	94,07%	86,02%
2023	56,06%	86,84%	91,50%	0%
2024	97,46%	99,65%	95,42%	96,16%

Fonte: Tabnet 2019/ PAINEL de Cobertura Vacinal (2023).

O quadro acima traz um panorama das coberturas vacinais preconizados para crianças menores de um ano com destaque para o imunobiológico pentavalente que tem como objetivo prevenir à hepatite B, coqueluche, difteria, tétano e infecções pelo *Haemophilus influenzae* tipo b (Souza *et al*; 2022) que apresentou uma redução de imunização de 96,96% para 86,84% em 2023 na regional de saúde. Já a vacina Pneumocócica que é indicada para a imunização de doença pneumocócica invasiva, pneumonia e otite média aguda causadas por *Streptococcus pneumoniae* (Souza *et al*; 2022) apresentou queda na cobertura de 96,96% para 91,50% no período analisado. Ainda que parte dessa redução possa estar associada a instabilidades no sistema de informação no período pós-pandêmico, os dados demonstram a fragilização nas ações de imunização.

Conforme Souza et al (2022), foi realizado um estudo nacional da heterogeneidade vacinal entre os municípios do Brasil; que apresentou diferentes motivos para a redução histórica da cobertura. Para o autor, muitos fatores podem ter atuado de forma sinérgica, como a precarização do Sistema Único de Saúde (SUS); implantação do novo sistema de informação em imunização (SI-PNI); aspectos sociais e culturais que afetam a aceitação da vacinação; introdução pelo PNI de diversas vacinas no calendário de rotina em um curto período; movimentos antivacinas e constância na disponibilidade de imunobiológicos nos serviços de Atenção Básica (AB).

O cenário de redução nas taxas de vacinação da 12ª Regional de Saúde ocorre simultâneo ao aumento das internações por doenças pulmonares em menores de um ano, indicando que uma possível relação entre a redução de imunização coletiva, especialmente no contexto de retomada da circulação de vírus respiratórios após a pandemia de COVID-19.

Em síntese, no componente da APS os dados analisados, como a taxa de cobertura da Atenção Primária, início de pré-natal até as 12 semanas de gestação, as internações por condições sensíveis à Atenção Primária e a taxa de cobertura vacinal no território demonstram que, a regional de saúde de Umuarama, apresenta a organização do pré-natal e acompanhamento gestacional com avanços significativos. Contudo, apresenta grandes desafios de ações preventivas na Atenção Primária que incidem no perfil das internações em menores de um ano de idade na mortalidade infantil.

5.3.2 A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)

A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) é um ponto de atenção secundário na Linha de Cuidado que presta assistência às gestantes estratificadas como risco intermediário e alto risco, com cuidado compartilhado pela APS. Este atendimento é desempenhado por uma equipe multiprofissional especializada, de maneira interdisciplinar. Todos os atendimentos são eletivos, ou seja, programados para a usuária com condições crônicas não agudizadas, previamente cadastrados, acompanhados e estratificados pela APS.

Quadro 11- A Atenção Ambulatorial Especializada (AEE) na 12ª Regional de Saúde

Hierarquização dos Serviços	Ponto de Atenção		
Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)	Centro Regional Mãe Paranaense/NOROSPAR	Atende gestantes de 20 municípios estratificadas como médio Risco.	Atende gestantes dos 21 municípios estratificadas como Alto Risco.
	Centro de Referência Materno Infantil de Umuarama (CRMI) Atende somente as gestantes estratificadas como médio risco do Município de Umuarama.		

Fonte: SESA, 2022.

Na 12ª Regional de Saúde, Atenção Ambulatorial Especializada (AEE) é realizada em dois pontos de atenção: Centro de Referência Materno Infantil de Umuarama (CRMI) e Centro Regional Mãe Paranaense da Associação Beneficente de Saúde do Noroeste do Paraná (NOROSPAR).

O Centro Regional Mãe Paranaense foi delineado pela 12ª Regional de Saúde em 2016/2017, em articulação com a Comissão Intergestora Regional (CIR), a partir da análise dos indicadores de mortalidade infantil e da assistência prestada às gestantes no âmbito do Consórcio Intermunicipal de Saúde CISA/Amerios

Com base nesse diagnóstico em 2018, foi realizado o primeiro Plano de Trabalho ao Estado do Paraná com a proposição de convênio entre o Estado do Paraná e a instituição hospitalar Associação Beneficente de Saúde do Noroeste do Paraná (NOROSPAR) para a implantação de um “Centro de Referência Multiprofissional” para acompanhamento integral da mulher e seu período gestacional e puerperal bem como recém-nascidos e crianças até um ano de idade.

A deliberação da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Paraná (CIB) Nº 278 de 24/10/2017 aprovou e destinou recursos para a implantação e execução do Centro Mãe Paranaense na regional de Saúde, destinando o repasse de R\$150.000,00 (cento e cinquenta mil reais) mensais para ações de acompanhamento de gestantes e crianças estratificadas como médio e alto risco. Dessa forma, anualmente a instituição Norospar apresenta o Plano de Trabalho para a renovação do convênio e repasse dos valores como a Secretaria de Saúde do

Estado do Paraná (SESA).

O monitoramento das ações de assistência executadas no Centro Mãe Paranaense é avaliado periodicamente por comissões regionais, tanto da 12ª regional de saúde como pelo Município de Umuarama, gestor do contrato da Instituição NOROSPAR. Além disso, o Sistema GSUS é o instrumento utilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para gerenciar o acesso regulado aos serviços especializados, organizando as filas de espera com base em critérios técnicos de priorização clínica e não apenas por ordem cronológica de solicitação (SESA, 2023). Nesse contexto, a estratificação de risco gestacional realizada na APS constitui o elemento central para a inserção qualificada da gestante no sistema de regulação, garantindo que mulheres de maior risco sejam priorizadas no acesso ao serviço.

O Centro Regional Mãe Paranaense se destaca como o único local de atendimento a gestante e puérperas e crianças funcionante dessa forma no Estado do Paraná.²² Em outras regiões de saúde, tal modalidade de atendimento á gestantes e crianças são realizadas nos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

No âmbito da Linha de cuidado Materno Infantil, todas as crianças após o nascimento também são estratificadas, obedecendo uma classificação, em risco habitual, risco intermediário e alto risco. A identificação dos recém-nascidos (RN) ao nascer possibilita oferecer cuidados diferenciados para essas crianças. Os riscos ao nascer identificados de cada criança devem ser definidos durante o exame físico da criança e a alta da maternidade ou na visita domiciliar pela busca ativa dos RN (SESA, 2022)

Os recém-nascidos da 12ª Regional de saúde estratificados como Alto Risco que apresentam: Peso ao nascer $< 2.000\text{g}$ e $\geq 4.000\text{g}$; Idade gestacional ≤ 34 semanas; Asfixia perinatal (APGAR < 7 no 5º minuto); Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão; Malformações congênitas grave (com repercussão clínica) e Doenças genéticas, cromossomopatias são encaminhados e atendidos no Centro Mãe Paranaense (Sesa, 2022)

Cabe registrar uma limitação importante na análise da produção assistencial do Centro Regional Mãe Paranaense (CRMP): por tratar-se de um serviço implantado por um estabelecimento hospitalar, a Associação Beneficente de Saúde do Noroeste do Paraná

²² O Estado do Paraná tem em vigência uma estratégia de qualificação e aporte financeiro aos consórcios de saúde denominado Qualicis que se baseia no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), que propõe mudanças na organização dos Sistemas e da Atenção à Saúde por meio da atenção contínua com equipe multiprofissional, que resultará no Plano de Cuidado Individualizado ao Usuário, bem como alterações nas decisões clínicas, dando suporte a estas, com base em um processo de educação permanente e de supervisão entre equipes da AAE e equipes da Atenção Primária à Saúde – APS. Na 12ª Regional de Saúde, a linha materno infantil não está incluída no escopo do Qualicis.

(NOROSPAR), o faturamento SUS das ações ambulatoriais realizadas pelo CRMP é registrado no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) sob o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da unidade hospitalar mantenedora, e não por meio de um CNES próprio para o serviço. Dessa forma, não é possível, por meio das bases de dados secundários disponíveis, isolar e quantificar com a produção específica do Centro Mãe Paranaense das demais ações assistenciais realizadas pela NOROSPAR.

5.3.3 A Atenção Hospitalar

A Atenção Hospitalar é o ponto da linha de cuidado que tem a finalidade de prestar assistência imediata e qualificada durante a gestação, o parto e o puerpério bem como às situações de urgência e emergência relacionadas (SESA, 2022).

Para esse nível de atenção, a Linha Guia estabeleceu uma tipologia para os hospitais que atendem a gestante de Risco Habitual, Risco Intermediário e de Alto Risco, a qual permite identificar os serviços hospitalares de acordo com a capacidade técnica para atendimento específico de acordo com o risco.

O quadro abaixo apresenta essa distribuição no território da 12ª Regional de Saúde.

Quadro 12 - Organização da atenção hospitalar materno-infantil segundo estratificação de risco - 12ª Regional de Saúde, 2023.

Hospital	Município sede	Municípios atendidos	Nível de risco	Leitos Obst.	Leitos s Ped.	Referência SUS
H. Municipal de Cruzeiro do Oeste	Cruzeiro do Oeste	Cruzeiro do Oeste	Habitual	8	6	Municipal
H. Municipal de Altônia	Altônia	Altônia	Habitual	5	7	Municipal
H. Maternidade Cyro Silveira	Iporã	Iporã	Habitual	4	11	Municipal
H. Municipal Agnaldo Gouveia	São Jorge do Patrocínio	São Jorge do Patrocínio e Esperança Nova	Habitual	7	4	Municipal
Subtotal hospitais municipais	4 hospitais	5 municípios	Habitual	24	28	
NOROSPAR	Umuarama	Todos os 21 municípios da 12ª RS	Habitual Intermediário Alto risco	29*	8*	Regional
CEMIL	Umuarama	Retaguarda local (não referenciado na Linha Guia)	Retaguarda	—	8*	Regional

Fonte: SESA, Linha Guia Materno Infantil do Estado do Paraná, 2022; CNES/DATASUS, 2023. Elaboração própria.

Os quatro hospitais municipais somam 28 leitos pediátricos e 24 leitos obstétricos, cobrindo exclusivamente o risco habitual em seus respectivos municípios. Para qualquer situação de risco intermediário ou alto risco, todos os municípios são referenciados ao NOROSPAR. Os 16 municípios sem hospital próprio dependem do NOROSPAR inclusive para internações pediátricas de risco habitual, uma vez que não dispõem de estrutura hospitalar local. Essa configuração concentra no NOROSPAR a responsabilidade pela referência regional materno-infantil de toda a 12ª RS.

As tabelas abaixo buscam estabelecer um comparativo entre os leitos hospitalares disponíveis para atendimento nos anos de 2019 e 2023, destacando em especial a estruturação dos leitos complementares de UTI pediátrica e neonatal conforme visualizado na tabela 6.

Tabela 6 - Leitos complementares (UTI) SUS — 12ª Regional de Saúde, 2019 e 2023 por hospital em 2023

Tipo de leito complementar	SUS 2019	SUS 2023	NOROSPAR (referência) 2023	CEMIL (retaguarda) 2023	Var. SUS (n)
UTI-A Tipo II	44	54	—	—	+10
UTI Pediátrica Tipo II	4	5	2	3	+1
UTI Neonatal Tipo II	15	17	15	7	+2
UCO Tipo II	0	3	—	—	+3
UCIN Convencional	0	3	3	0	+3
UCIN Canguru	0	2	2	0	+2
TOTAL	63	84	22	10	+21

Fonte: SIH/DATASUS; TABWIN, Ministério da Saúde. Elaboração própria. Competência de Competência dezembro de 2019 e dezembro de 2023.

A análise dos leitos complementares de UTI demonstra diferenças importantes na forma como ocorreu a expansão da rede no período analisado. Entre 2019 e 2023, o total de leitos complementares SUS passou de 63 para 84, representando crescimento de 33,3%. Parte dessa expansão ocorreu no contexto da pandemia da COVID-19 e do processo de habilitação de leitos intensivos realizado no período.

Os leitos de UTI Adulto passaram de 44 para 54, enquanto a UTI Neonatal aumentou de 15 para 17 leitos. Além disso, foram habilitados dois leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru. Já a UTI Pediátrica SUS apresentou crescimento de quatro para cinco leitos em toda a 12ª Regional de Saúde.

Dos cinco leitos pediátricos existentes em 2023, dois pertenciam ao NOROSPAR, hospital de referência regional para casos pediátricos de maior complexidade. Os outros três estavam localizados no CEMIL. Embora a ampliação da rede tenha ocorrido em um contexto de fortalecimento da capacidade hospitalar após a pandemia, os dados indicam que o aumento da estrutura pediátrica foi direcionado em especial na estruturação da atenção ao recém-nascido de alto risco.

Esse cenário torna-se relevante quando relacionado ao aumento das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) em menores de um ano, especialmente por doenças respiratórias, que passaram de 151 para 236 internações no período analisado. Ao mesmo tempo em que houve crescimento da demanda assistencial infantil, observou-se redução de 63,8% na oferta de leitos pediátricos clínicos e aumento de apenas um leito de UTI Pediátrica em quatro anos. Esses dados apontam limites na capacidade de resposta da rede de atenção à saúde frente às demandas pediátricas da região.

Os dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) apontam crescimento expressivo dos partos de alto risco na 12ª Regional de Saúde: de 305 em 2019 para 1.019 em 2023 refletindo um aumento de 234,1%, passando de 13,1% para 46,7% do total de partos realizados no território, considerando partos normais de alto risco e partos cesarianos de alto risco. Esses resultados indicam que quase metade das gestantes da regional foi estratificada como alto risco no período, demandando cuidado hospitalar no serviço de referência regional.

Esse crescimento da demanda por atenção de alto risco, combinado ao contexto pandêmico de 2020 a 2023, compõe um quadro que merece atenção na leitura dos indicadores de mortalidade infantil do território.

5.4 A mortalidade infantil como expressão da questão social na 12ª Regional de Saúde de Umuarama: análise quantitativa

A caracterização sociodemográfica e da rede de atenção à saúde apresentada na seção anterior constitui o contexto em que os óbitos infantis ocorreram na 12ª Regional de Saúde. O território da 12ª Regional de Saúde é composto majoritariamente por municípios de pequeno porte, com matriz econômica centrada no setor primário. Além disso, 18 dos 21 municípios são classificados com IPDM Renda médio-baixo ou baixo e apresenta a média regional de 46% das famílias cadastradas no CadÚnico em situação de pobreza ou baixa renda, proporção significativamente superior à média nacional. Esses elementos expressam as condições materiais de vida das famílias inseridas no território.

Nesta dissertação, os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são compreendidos como expressões da questão social no campo da saúde, ou seja, as formas concretas pelas quais as desigualdades produzidas pela contradição entre capital e trabalho se manifestam no processo saúde-doença. Nessa perspectiva, as condições de vida da população não decorrem apenas de escolhas individuais, mas das relações sociais e econômicas que estruturam o acesso à renda, à moradia, ao saneamento, ao trabalho e aos serviços de saúde (OMS, 2008).

Conforme a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), as condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem influenciam diretamente os desfechos em saúde. Buss e Pellegrini Filho (2007) identificam esses fatores como estruturantes das iniquidades em saúde, enquanto Machado (1999) os compreende como expressões concretas da questão social no cotidiano da vida social.

A pobreza, o trabalho precário, a habitação insalubre, o saneamento inadequado, o acesso desigual à saúde e a insuficiência das políticas de proteção social são, ao mesmo tempo, expressões da questão social e determinantes. A partir desse contexto, o capítulo analisa os óbitos infantis ocorridos na 12ª Regional de Saúde nos anos de 2019 e 2023, buscando compreender sua relação com as condições de vida das famílias, as desigualdades sociais e a organização da atenção à saúde no território.

A análise está organizada em seis subtópicos: o perfil territorial e comparativo da mortalidade infantil; as características dos óbitos e sua evitabilidade; o perfil sociodemográfico materno; as condições de vida e vulnerabilidade social das famílias; o acesso e a qualidade da atenção à saúde materno-infantil; e a qualidade do preenchimento do Roteiro de Investigação da SESA como expressão das fragilidades da vigilância do óbito infantil no território.

5.4.1 Perfil territorial e comparativo da mortalidade infantil –Primeira expressão da questão social: pobreza

No período analisado, a 12ª Regional de Saúde de Umuarama registrou 110 óbitos infantis, sendo 62 em 2019 e 48 em 2023, com Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) de 15,93 e 13,41 por 1.000 nascidos vivos, respectivamente. Para contextualizar esses resultados, a análise comparativa abrange três escalas territoriais: a macrorregião noroeste do Paraná, o estado e o Brasil.

No contexto da macrorregião noroeste do Paraná que abrange 115 municípios organizados em cinco regionais de saúde, a análise comparativa da TMI nos dois anos revela um cenário de disparidade regional significativo, conforme apresentado na Tabela 7.

Tabela 7 - Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) por Regional de Saúde na macrorregião noroeste do Paraná, 2019 e 2023

Regional de Saúde	TMI 2019	TMI 2023	Variação
11ª RS — Campo Mourão	11,2	11,9	+0,7
12ª RS — Umuarama	15,9	13,4	-2,5 ↓
13ª RS — Cianorte	10,3	12,6	+2,3
14ª RS — Paranavaí	10,7	16,9	+6,2
15ª RS — Maringá	11,8	11,2	-0,6 ↓
Total — Paraná	10,3	10,8	+0,5

Fonte: SIM/SINASC. Tabwin. Elaboração própria.

Em 2019, a 12ª Regional de Saúde de Umuarama apresentou a maior TMI da macrorregião (15,9), sendo a única acima de 15 por 1.000 NV e superior à média estadual. Em 2023, embora tenha registrado redução para 13,4, todas as regionais da macrorregião apresentaram TMI superior à média do Paraná (10,8). Destaca-se, nesse cenário, o expressivo aumento verificado na 14ª Regional de Saúde de Paranavaí, que passou de 10,7 para 16,9 em 2023. Esses dados reforçam a necessidade de análises regionalizadas, conforme aponta Januzzi (2017), para quem os indicadores sociais devem ser capazes de identificar grupos humanos com maiores necessidades e estratificar o risco epidemiológico em seus contextos territoriais específicos.

Diferentemente do cenário observado no Paraná e no Brasil, que apresentaram aumento da TMI geral no período, a 12ª Regional de Saúde registrou redução desse indicador. Ainda assim, em ambos os anos analisados, a TMI regional manteve-se acima da média estadual e próxima ou superior à média nacional, revelando a permanência de um quadro elevado de mortalidade infantil no território, conforme apresentado na tabela abaixo.

Tabela 8 - Indicadores de mortalidade infantil — 12ª Regional de Saúde de Umuarama, Paraná e Brasil, 2019 e 2023.

Indicador	12ª RS 2019	12ª RS 2023	PR 2019	PR 2023	BR 2019	BR 2023
TMI geral (por 1.000 NV)	15,93	13,41	10,31	10,81	12,39	12,62
TMI neonatal precoce (0–6 dias)	8,74	4,75	5,47	5,51	6,46	6,28
TMI neonatal tardio (7–27 dias)	3,86	2,79	1,86	1,99	2,14	2,23

Indicador	12ª RS 2019	12ª RS 2023	PR 2019	PR 2023	BR 2019	BR 2023
TMI neonatal total (por 1.000 NV)	12,59	7,55	7,33	7,50	8,60	8,50
TMI pós-neonatal (por 1.000 NV)	3,34	5,87	2,98	3,30	3,79	4,11

Fonte: SIM/SINASC; Tabnet. Elaboração própria.

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) também pode ser analisada a partir de seus componentes: mortalidade neonatal precoce, correspondente aos óbitos entre 0 e 6 dias de vida; mortalidade neonatal tardia, referente aos óbitos entre 7 e 27 dias; e mortalidade pós-neonatal, que engloba os óbitos entre 28 e 364 dias de vida (Brasil, 2009).

Na 12ª Regional de Saúde, a análise desses componentes demonstra comportamentos distintos. A TMI neonatal total apresentou redução, passando de 12,59 para 7,55 por 1.000 nascidos vivos. Esse resultado foi influenciado, principalmente, pela queda da mortalidade neonatal precoce (0–6 dias), que diminuiu de 8,74 para 4,75, ficando abaixo dos índices registrados no Paraná (5,51) e no Brasil (6,28) em 2023. Entre os fatores que podem ter contribuído para esse resultado, destaca-se a implantação do Centro Regional Mãe Paranaense, em 2018, voltado ao atendimento de gestantes classificadas como de médio e alto risco. Antes disso, esse atendimento era realizado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde (Cisa/Amerios).

A TMI neonatal tardia (7–27 dias) também apresentou redução, passando de 3,86 para 2,79. Apesar disso, o indicador permaneceu acima das médias do Paraná (1,99) e do Brasil (2,23). Em contrapartida, a TMI pós-neonatal quase dobrou no período, passando de 3,34 para 5,87 e superando os índices estadual (3,30) e nacional (4,11). Segundo o Ministério da Saúde, a mortalidade pós-neonatal “[...] denota o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções associadas” (Brasil, 2009, p. 20).

Esse componente expressa de forma mais direta as condições de vida da população e o acesso à atenção básica. Nesse contexto, onde o componente pós neonatal é destacado por sua sensibilidade às condições socioeconômicas e a acesso aos serviços de saúde, o aumento observado na 12ª Regional de Saúde deve ser inserido no contexto, considerando que em 2023 ainda há reflexos da pandemia da Covid 19 que iniciou em 2020, e produziu repercussões em escala global afetando diversas ordens, tais como a biomédica, epidemiológica, social, política, cultural, histórica e econômica (Fiocruz, 2023).

No Brasil, conforme dados do IBGE, no ano de 2020, o Produto Interno Bruto (PIB) teve queda de 3,3 % (IBGE, 2024) visto que diferentes ramos de atividades econômicas foram afetados em decorrência das políticas de Lockdown e isolamento social ocasionando a queda na renda e a destruição de posto de trabalho. Somente a partir de 2022, o processo de recuperação pós-pandemia veio a se consolidar e a refletir efetivamente na geração de postos de trabalho e uma reativação da economia.

Tejada *et al.* (2019) discute que a mortalidade infantil é influenciada por fatores individuais, como o nível de escolaridade materna, a posição socioeconômica da família e o acesso à infraestrutura ambiental, bem como por fatores agregados, como o nível de desenvolvimento econômico do país, o sistema de saúde vigente, a taxa de fecundidade e o grau de urbanização. Os autores demonstram ainda que crises econômicas marcadas por reduções do PIB per capita, aumento da inflação e elevação do desemprego estão associadas ao aumento das taxas de mortalidade infantil, relação mediada pela redução dos gastos públicos em saúde e pela adoção de políticas de austeridade fiscal.

A análise da TMI nos 21 municípios da 12ª Regional de Saúde demonstra desigualdade expressiva no território. A Tabela 9 apresenta a TMI por município com dois indicadores de vulnerabilidade socioeconômica derivados da seção 5.1, o percentual de população inscrita no CadÚnico (2022) e a classificação do IDM Renda (Iparades, 2025), relacionando a mortalidade infantil e as condições materiais de vida.

Tabela 9 - Taxa de Mortalidade Infantil, CadÚnico e IDM Renda por município — 12ª Regional de Saúde de Umuarama, 2019 e 2023.

Município	TMI 2019	TMI 2023	% CadÚnico	IPDM Renda
Alto Paraíso	17,24	0,00	63,4%	Médio-baixo
Alto Piquiri	15,04	16,00	55,9%	Médio-baixo
Altônia	4,37	4,90	32,0%	Médio
Brasilândia do Sul	18,87	0,00	57,6%	Médio-baixo
Cafezal do Sul	0,00	0,00	51,0%	Médio-baixo
Cruzeiro do Oeste	16,61	26,92	41,9%	Médio-baixo
Douradina	16,53	24,39	35,1%	Médio
Esperança Nova	0,00	0,00	55,2%	Médio-baixo
Francisco Alves	20,20	8,40	38,8%	Baixo
Icaraíma	6,90	26,55	46,9%	Médio-baixo
Iporã	14,49	23,26	45,2%	Médio-baixo

Município	TMI 2019	TMI 2023	% CadÚnico	IPDM Renda
Ivaté	24,39	13,89	44,2%	Médio-baixo
Maria Helena	0,00	0,00	45,9%	Médio-baixo
Mariluz	33,78	8,40	63,1%	Médio-baixo
Nova Olímpia	38,46	15,63	44,5%	Médio-baixo
Perobal	18,69	8,40	41,2%	Médio-baixo
Pérola	18,99	7,81	39,0%	Médio-baixo
São Jorge do Patrocínio	12,05	14,08	40,5%	Médio-baixo
Tapira	25,97	18,18	54,4%	Médio-baixo
Umuarama	16,15	13,13	33,7%	Médio
Xambrê	13,51	0,00	60,0%	Baixo

Fonte: SIM/SINASC/DATASUS; IBGE (2022); IPARDES (2025); MDS (2022). Elaboração própria. TMI = 0,00: município sem óbito registrado no período.

Considerando os dados municipais e suas respectivas TMI, oito municípios apresentaram piora no indicador, com destaque para Icaraíma (6,90 para 26,55), Cruzeiro do Oeste (16,62 para 26,92), Douradina (16,53 para 24,39) e Iporã (14,3 para 23,26). Municípios como Icaraíma, Iporã, Alto Piquiri e Tapira, que figuram entre os com maior proporção de famílias em situação de vulnerabilidade no CadÚnico acima de 45%), apresentarm TMI elevada em 2023.

Essa relação entre vulnerabilidade social e mortalidade infantil é coerente com o argumento de Barata (2012), para quem as iniquidades em saúde se manifestam de forma diversa no acesso e utilização dos serviços, sendo especialmente graves nos territórios com maior concentração de pobreza.

Vale destacar que 18 dos 21 municípios da 12ª Regional de Saúde são classificados com IDM Renda médio-baixo ou baixo (IPARDES, 2025), o que configura um padrão territorial de baixo desempenho na dimensão renda, emprego e produção.

Conforme Buss e Filho (2007), não há correlação constante entre os macroindicadores de riqueza e os indicadores de saúde, pois "a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa e efeito".

A análise de correlação de Spearman entre a TMI dos 21 municípios e os indicadores socioeconômicos: PIB per capita, IDM Saúde, % +7 consultas de pré-natal e cadúnico, não identificou associações estatisticamente significativas, resultado esperado considerando o reduzido número de municípios ($n = 21$), que limita o poder estatístico dos testes.

Os dados de renda familiar registrados nos Roteiros de Investigação do óbito Infantil e Fetal da SESA complementam a leitura das condições socioeconômicas do território, ainda que com limitações relevantes de preenchimento conforme demonstrado na tabela 10.

Tabela 10 - Condições socioeconômicas e de habitação — Roteiro SESA, 12ª RS Umuarama, 2019 e 2023

Variável / Categoria	2019 n (%)	n válido 2019	2023 n (%)	n válido 2023
Renda Familiar – até 1 salário mínimo	16 (26,2%)	40	4 (15,4%)	9
Renda Familiar – de 2 a 3 salários mínimos	11 (18,0%)	40	4 (15,4%)	9
Renda Familiar – de 3 a 5 salários mínimos	10 (16,4%)	40	1 (3,8%)	9
Renda Familiar – mais de 5 salários mínimos	3 (4,9%)	40	-	9
Renda – Não informado	21 (34,4%)	-	17 (65,4%)	-
Moradia própria	20 (32,8%)	47	8 (30,8%)	19
Moradia alugada	18 (29,5%)	47	9 (34,6%)	19
Moradia cedida	6 (9,8%)	47	2 (7,7%)	19
Não informado	14 (27,9%)	61	7 (34,6%)	26
Água tratada — SIM	45 (73,8%)	47	19 (73,1%)	19
Esgoto — rede pública	13 (21,3%)	31	8 (30,8%)	14
Esgoto — fossa	16 (26,2%)	31	6 (23,1%)	14
Zona urbana	55 (90,2%)	57	24 (92,3%)	25
Zona rural	2 (3,3%)	57	1 (3,8%)	25

Fonte: Roteiro de Investigação de Óbitos Infantis — SESA/PR (2019 e 2023). Elaboração própria.

Em 2019, o campo estava registrado em 40 dos 61 roteiros (65,6%). Entre esses casos, 40,0% das famílias declararam renda de até um salário mínimo e 27,5% entre dois e três salários mínimos. Em 2023, o campo estava preenchido em apenas 9 dos 26 roteiros, o que inviabiliza comparações entre os dois anos. Entre os casos informados em 2023, 30,8% declararam renda de até três salários mínimos.

Associando os dados do território com destaque para o quantitativo de famílias inscritas no CadÚnico nos municípios da 12ª RS, com os dados da renda familiar presente no roteiro da SESA demonstram, ainda que parcialmente, que a mortalidade infantil ocorreu em 2019 e 2023 em famílias classificadas como baixa renda, ou seja, onde a renda familiar era inferior ao salário mínimo vigente

Em relação à situação habitacional, os dados nas famílias investigadas apontaram que 32,8% das famílias em 2019 e 30,8% em 2023 residiam em moradia própria, enquanto a moradia alugada correspondeu a 29,5% e 34,6%, respectivamente. A cessão de imóvel foi

mencionada por cerca de 9,8% (2019) e 7,7% (2023) das famílias, indicando condição de dependência e instabilidade residencial.

Assim como a renda, essa variável também apresentou elevado percentual de informação não registrada de 27,9% em 2019 e 34,6% em 2023, o que indica dificuldades na identificação da tipologia habitacional dessas famílias.

O acesso à água tratada foi identificado em 73,8% dos roteiros em 2019 e 73,1% em 2023. Contudo, o destino de esgotamento sanitário revela a persistência de condições precárias, sendo registrados via rede pública foi registrado em apenas 21,3% das famílias em 2019 e 30,8% em 2023, enquanto o uso de fossa foi relatado por 26,2% e 23,1% nos respectivos anos. Este dado, vai de encontro aos dados do IBGE (2022) quanto ao déficit de acesso sanitário que abrangia somente 55,75 % dos domicílios recenseados.

A situação conjugal das mães, registrada em 48 roteiros em 2019 e 21 em 2023, indica que 13,1% e 7,7% respectivamente não tinham companheiro, condição que, associada à ausência de ocupação remunerada e à baixa renda familiar, aponta para maior vulnerabilidade econômica e menor rede de suporte no período gestacional e puerperal

A análise do perfil territorial exposta permite identificar a primeira expressão da questão social que incide sobre a mortalidade infantil, a pobreza. A partir dos indicadores destacados e das informações, ainda que parciais dos roteiros de investigação, colocam essa condição estrutural das famílias cujos filhos foram a óbito.

A média de 46% de famílias cadastradas no CadÚnico em situação de pobreza ou baixa renda, superior à média nacional de 31,6%, combinada ao fato de que 18 dos 21 municípios apresentam IDM Renda classificado como médio-baixo ou baixo, além de característica da incidência de óbitos em famílias com renda de até salários mínimos identificados no roteiro, revela que a mortalidade infantil no território não é um fenômeno isolado, mas expressão de uma condição socioeconômica.

5.4.2 Perfil sociodemográfico materno – A segunda expressão da questão social: Desigualdade Social

Este tópico analisa o perfil sociodemográfico materno e sua relação com a mortalidade infantil na 12ª Regional de Saúde de Umuarama, com base em dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Os sistemas permitem examinar a TMI segundo variáveis maternas como faixa etária, escolaridade, raça/cor e ocupação.

Em estudos epidemiológicos, raça/cor costuma ser analisada como marcador das desigualdades sociais e econômicas, enquanto a faixa etária materna é frequentemente relacionada aos riscos biológicos e reprodutivos. A Tabela 11 apresenta três indicadores comparativos entre a regional, o Paraná e o Brasil.

Tabela 11 - Indicadores do perfil materno nos óbitos infantis — 12ª RS Umuarama, Paraná e Brasil, 2019 e 2023

Indicador	12ª RS 2019	12ª RS 2023	PR 2019	PR 2023	BR 2019	BR 2023
% mães < 20 anos (óbitos)	15,23%	13,69%	12,30%	9,48%	24,06%	19,49%
% óbitos mãe baixa escolaridade	11,7%	23,9%	22,1%	17,7%	16,73%	14,25%

Fonte: SIM/SINASC; Tabnet. Elaboração própria.

O percentual de mães com menos de 20 anos entre os óbitos infantis nos anos analisados recuou de 15,23% para 13,69% na 12ª Regional de Saúde, redução observada também no Paraná (de 12,30% para 9,48%) e no Brasil (de 24,06% para 19,49%). Ainda que o indicador regional seja inferior ao nacional em ambos os anos, os dados do Roteiro de Investigação da SESA, discutidos adiante, sinalizam a necessidade de fortalecimento das ações de saúde sexual e reprodutiva voltadas a esse segmento populacional.

A Tabelas 12 apresenta a distribuição de óbitos infantis a partir dos nascidos vivos comparando-a com a TMI por faixa etária materna. Já tabela 13 é o resultado do teste Qui-quadrado com correção de Yates que buscou identificar a significância estatística de associação entre faixa etária materna e TMI.

Tabela 12 - Distribuição de óbitos infantis, nascidos vivos e TMI segundo faixa etária materna — 12ª RS Umuarama, 2019 e 2023.

Faixa etária materna	2019				2023			
	n	%	NV	TMI	n	%	NV	TMI
15–20 anos	10	16,1%	576	17,36	9	18,8%	484	18,60
21–30 anos	27	43,5%	2.058	13,12	25	52,1%	1.903	13,14
31–40 anos	20	32,3%	1.170	17,09	12	25,0%	1.120	10,71
41–50 anos	3	4,8%	71	42,25	1	2,1%	65	15,38
Ignorado	2	3,2%	—	—	1	2,1%	—	—
Total*	62	100,0%	3.892	15,42	48	100,0%	3.578	13,14

Fonte: SIM/SINASC; Tabwin Elaboração própria.

A incorporação dos nascidos vivos por faixa etária materna qualifica de forma mais precisa o risco de mortalidade infantil associado à idade das mães na 12ª Regional de Saúde de Umuarama. A Tabela 12 demonstra que a distribuição relativa dos óbitos que apontava a faixa de 21–30 anos como predominante (43,5% em 2019 e 52,1% em 2023), não corresponde ao maior risco de óbitos considerando que TMI foi de 13,12 por mil nascidos vivos e 13,14 por mil nascidos vivos respectivamente.

Quando os óbitos são relacionados ao número de nascidos vivos em cada grupo, a faixa de 41–50 anos apresentou a TMI mais elevada em 2019, sendo de 42,25 por mil nascidos vivos mais que o dobro da TMI geral do território no mesmo ano (15,42). Esse dado, embora baseado em número pequeno (3 óbitos e 71 Nascidos Vivos), demonstra vulnerabilidade expressiva nesse grupo etário conforme já apontado na literatura (SESA, 2022; Cunha e Silva, 2025)

Em 2023, observa-se uma reconfiguração importante, a TMI da faixa 41–50 anos recuou de 42,25 para 15,38, enquanto a faixa de 31–40 anos apresentou a queda mais consistente entre as faixas com maior volume de nascimentos de 17,09 para 10,71.

As mães com menos de 20 anos apresentaram um aumento da TMI de 17,36 para 18,60, movimento que ocorre simultaneamente à redução do número de nascidos vivos nessa faixa (de 576 para 484) e à redução do número de óbitos (de 10 para 9). Esse dado revela que nessa faixa etária, houve uma redução de nascimentos de filhos de mães adolescentes e redução no número de óbitos, porém houve um aumento na TMI.

A Tabela 13 demonstra que a associação entre faixa etária materna e TMI não apresentou significância estatística em nenhum dos anos analisados (2019: $p=0,219$; 2023: $p=0,650$). Esse resultado pode estar relacionado ao reduzido tamanho da amostra, que limita o poder estatístico do teste.

Tabela 13 - Teste estatístico, associação entre faixa etária materna e TMI - 12ª RS Umuarama, 2019 e 2023

Faixa etária materna	TMI 2019 (por 1.000 NV)	TMI 2023 (por 1.000 NV)	Teste	p-valor***
15–20 anos	17,36	18,60	Qui ²	2019: $p=0,219$ (ns)
21–30 anos	13,12	13,14		2023: $p=0,650$ (ns)
31–40 anos	17,09	10,71		
41–50 anos	42,25	15,38		

Fonte: SIM/SINASC; Tabwin. Elaboração própria.

*** Nota: Qui-quadrado com correção de Yates. ns = não significativo ($p > 0,05$).

Ainda assim, a análise da TMI desagregada por faixa etária permite observar diferenças entre os grupos maternos, especialmente nos extremos etários. Os resultados sugerem que a idade materna, isoladamente, não apresentou associação estatisticamente significativa com a mortalidade infantil no território analisado. Contudo, quando articulada a outras variáveis sociodemográficas, como escolaridade e ocupação, pode contribuir para situações de maior vulnerabilidade, sobretudo porque essas variáveis apresentaram associação estatisticamente significativa com a TMI em 2023.

A análise da TMI segundo a variável escolaridade materna revela o achado mais expressivo dessa pesquisa. Na 12ª Regional de Saúde, o percentual de óbitos infantis entre filhos de mães com baixa escolaridade aumento de 11,7% em 2019 para 23,9% em 2023. No Paraná, no mesmo período, observou-se uma queda de 22,1% para 17,7% e no Brasil a redução foi de 16,73% para 14,25% conforme demonstrado na tabela 11.

Na tabela 14, análise dos óbitos infantis foi incorporada com o número de nascidos vivos por categoria de escolaridade materna, que permitiu qualificar o impacto da baixa escolaridade no óbito infantil do território.

Tabela 14. Taxa de mortalidade infantil por escolaridade materna — 12ª RS Umuarama, 2019 e 2023.

Escolaridade materna	Óbitos	2019		2023		Teste	p-valor
		NV	TMI	Óbitos	NV	TMI	
Baixa (< 9 anos)	15	686	21,9	24	428	56,1	Qui² 2019: p=0,417 (ns) 2023: p<0,001 (S)
Média (9–11 anos)	33	2.260	14,6	23	2.136	10,8	
Alta (12+ anos)	15	944	15,9	9	1.012	8,9	
Total *	63	3.890	16,2	56	3.576	15,7	

Fonte: SIM/SINASC; Tabnet. Elaboração própria.

Nota: Baixa escolaridade: sem escolaridade, Ensino Fundamental I e II (completo, incompleto ou inespecífico).

Média: Ensino Médio. Alta: Ensino Superior. TMI calculada sobre nascidos vivos por categoria

*Excluídos NV com escolaridade ignorada (n=2 em 2019; n=2 em 2023).

Em 2019, TMI entre filhos de mães com baixa escolaridade foi de 21,9 em 2019 para 56,1 em 2023 por mil nascidos vivos. Um aspecto importante desse resultado, é a quedanno número de nascidos vivos em mães de baixa escolaridade de 686 em 2019 para 428 em 2023, redução de 37,6%. Esse grupo passou a representar 12,0% do total de nascidos vivos em 2023,

contra 17,6% em 2019. Apesar da redução no número de nascidos vivos, os óbitos nesse grupo etário materno aumentaram de 15 para 24.

Os grupos de escolaridade média e alta seguiram trajetória oposta, a TMI recuou de 14,6 para 10,8 entre filhos de mães com ensino médio e de 15,9 para 8,9 entre filhos de mães com ensino superior. Esses grupos, que concentram 88,0% dos nascidos vivos em 2023, apresentaram melhora consistente no período.

O teste qui-quadrado realizado também corrobora esses resultados. Em 2019, não havia associação estatisticamente significativa entre escolaridade materna e TMI ($p=0,417$), indicando distribuição relativamente homogênea do risco entre os grupos. Em 2023, a associação tornou-se altamente significativa ($p<0,001$), sinalizando que a escolaridade passou a configurar como elemento estrutural do risco de mortalidade infantil no território.

Os dados do Roteiro de Investigação da SESA²³ converge com os resultados descritos acima. Entre os 54 roteiros com escolaridade informada em 2019 (88,5%), 16,7% das mães tinham baixa escolaridade (até ensino fundamental). Em 2023, esse percentual subiu para 26,1% entre os 23 roteiros informados, resultado também indicado com o aumento da TMI nesse grupo identificado nos dados do SIM/SINASC e que reforça a concentração dos óbitos infantis entre famílias com menor nível de instrução.

Na dimensão não capturada no SIM, mas presente no Roteiro, os dados sobre planejamento da gravidez nas famílias investigadas apontam que em 2019, 60,0% dos casos informados correspondiam a gestações não planejadas; em 2023, esse percentual foi de 61,5%. Combinado à baixa escolaridade, esse dado indica que parcela significativa das gestações ocorreu sem acesso adequado a informações e métodos contraceptivos, condição que condiciona o início tardio do pré-natal e reduz a adesão ao acompanhamento gestacional desde as primeiras semanas e atua como um fator de risco para a mortalidade materna (Fiocruz, 2023)

Cabe relacionar aqui, que em 2022 com a implantação da RAMI, houve um deslocamento das ações do Estado na saúde nas ações que para autores como Montelaro et al. (2004), representou um retrocesso, pois deixou de compreender os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes.

A compreensão da educação como um indicador amplamente utilizado em epidemiologia para mensurar desigualdades em saúde, pode ser conceituada, em parte, como medida da posição socioeconômica no início da vida, uma vez que é fortemente condicionada

²³ O Roteiro de Investigação de Óbito Infantil e Fetal da SESA constitui documento que subsidia a qualificação das informações do SIM após a investigação epidemiológica, integrando o mesmo fluxo de produção de dados.

pelas características parentais e tende a ser concluída na idade adulta jovem (Malta *et al*, 2025), bem como é associada a um determinante de emprego e renda.

Também é um elemento fundamental na saúde, tendo em vista que o conhecimento e as habilidades cognitivas adquiridas pela educação tornam as pessoas mais receptivas às mensagens de educação em saúde e mais capazes de acessar e se comunicar com os serviços de saúde de forma qualificada (Malta *et al*, 2025). Em geral, “[...] maior escolaridade constitui *proxi* de maior renda e melhores empregos e, portanto, resulta em melhores indicadores em saúde como: menor mortalidade menor prevalência de fatores de risco e maior prevalência dos fatores de proteção” (Malta *et al*, 2025 p.14).

No contexto da mortalidade infantil, a escolaridade materna interfere nas possibilidades de acesso, compreensão e utilização dos serviços de saúde. Mulheres com menor escolaridade tendem a enfrentar maiores dificuldades no reconhecimento de sinais de risco gestacional e neonatal, além de barreiras no acesso ao pré-natal de alto risco e aos serviços especializados. Essas limitações também se relacionam às desigualdades sociais que atravessam o acesso à informação, à renda e aos próprios serviços de saúde.

Malta *et al* (2025) ressaltar ainda que a compreensão de escolaridade e a suas desigualdades, não deve se restringir somente ao acesso à escolaridade formal, mas abrange a qualidade do ensino recebido, que varia substancialmente entre regiões, redes de ensino e grupos socioeconômicos, o que implica que dois indivíduos com o mesmo número de anos de estudo podem ter capacidades muito distintas de compreender e utilizar informações de saúde (Malta *et al.*, 2025).

Em relação a mortalidade infantil segundo a raça cor materna, o resultado encontrado na 12ª Regional de Saúde difere do padrão predominante na literatura nacional, que geralmente identifica maior mortalidade infantil entre populações pretas, pardas e indígenas (Rebouças *et al.*, 2022).

A TMI entre filhos de mães brancas foi de 21,90 por mil nascidos vivos em 2019 e 17,82 em 2023, valores superiores aos observados entre filhos de mães pretas e pardas: 9,05 em 2019 e 7,85 em 2023. A associação foi estatisticamente significativa nos dois anos (2019: $p=0,002$; 2023: $p=0,014$), indicando que a TMI entre brancas foi 2,42 vezes maior em 2019 e 2,27 vezes maior em 2023 conforme verificado na tabela 15.

Tabela 15 - Taxa de mortalidade infantil por raça/cor materna — 12^a RS Umuarama, 2019 e 2023.

Raça/cor materna	2019			2023			Variação TMI (p.p.)	Teste	p-valor
	Óbitos	NV	TMI	Óbitos	NV	TMI			
Branca	46	2.100	21,90	34	1.908	17,82	-4,09	Qui ² Yates	2019: p=0,002 (s)
Preta/Parda	16	1.767	9,05	13	1.656	7,85	-1,20		2023: p=0,014 (s)
Total*	62	3.867	16,03	47	3.564	13,19	-2,85		

Fonte: SIM/SINASC; Tabnet. Elaboração própria.

Nota: TMI calculada sobre nascidos vivos por raça/cor. *Excluídos óbitos com raça/cor ignorada e grupos com n < 10 (Amarela, Indígena).

Alguns aspectos precisam ser considerados na interpretação desse resultado. Em 2019, 54,3% dos nascidos vivos eram filhos de mães brancas e 45,7% de mães pretas ou pardas. Em 2023, a distribuição foi de 53,3% e 46,3%, respectivamente. Assim, a diferença observada entre as taxas não pode ser explicada apenas pelo maior número de nascimentos em um dos grupos.

A primeira hipótese explicativa está na distribuição desigual das gestações de alto risco entre os grupos raciais. Se esse perfil de alto risco estiver mais concentrado entre as mães brancas do território. Outro elemento a considerar é que nesse território, esse resultado pode refletir subnotificação de nascidos vivos ou de óbitos nesse grupo no território, limitação próprias dos sistemas de informações e de base de dados secundárias (Cardoso et al., 2005; Caldas et al., 2022).

Os resultados relativos ao perfil sociodemográfico materno, como faixa etária, escolaridade e raça/cor, apontam para a segunda expressão da questão social identificada nesta pesquisa: a desigualdade social como determinante estrutural da mortalidade infantil no território. Cada um desses indicadores evidencia dimensões distintas das condições de vulnerabilidade materna.

Quando analisados em conjunto, contudo, demonstram que essas desigualdades tendem a se sobrepor e a se reforçar mutuamente. Essa perspectiva dialoga com a noção de desigualdades horizontais discutida por Frances Stewart, especialmente quando escolaridade e raça passam a operar como marcadores sociais que podem ampliar a exposição ao risco de óbito infantil.

O achado mais representativo dessa dimensão é o aumento expressivo da TMI entre filhos de mães com baixa escolaridade de 21,9 para 56,1 por mil nascidos vivos ($p<0,001$), em um contexto em que o número de nascidos vivos nesse grupo caiu 37,6%.

A análise por raça/cor, por sua vez, aponta para uma especificidade do território que merece atenção interpretativa. A TMI mais elevada entre filhos de mães brancas, de 21,90 em 2019 e 17,82 em 2023, contra 9,05 e 7,85 entre pretas e pardas, não contradiz o padrão nacional de iniquidade racial, mas sinaliza que, na 12ª RS, a escolaridade e a ocupação materna operam como marcadores de risco mais determinantes do que a raça/cor isoladamente. Esse resultado é consistente com a perspectiva de Piketty (2014) e Costa (2019), segundo a qual a desigualdade social no Brasil se expressa de forma multidimensional, articulando raça, classe e território de maneiras que variam conforme o contexto regional.

5.4.3 Perfil sociodemográfico materno – A terceira expressão da questão social: desemprego e trabalho vulnerável

A análise do perfil de ocupação materna nos óbitos infantis ocorridos na 12ª Regional de Saúde de Umuarama expressa a terceira expressão da questão social identificada nesta pesquisa: o desemprego e o trabalho vulnerável como determinantes estruturais do risco de morte infantil no território.

Os dados do SIM e do SINASC apontam que a taxa de mortalidade infantil entre filhos de mães sem ocupação formal, classificadas como donas de casa foi de 17,5 por mil nascidos vivos em 2023, contra 10,6 entre filhos de mães com ocupação remunerada, diferença estatisticamente significativa ($p=0,018$) conforme detalhada na tabela abaixo:

Tabela 16 - Taxa de mortalidade infantil por ocupação materna - 12ª RS Umuarama, 2019 e 2023.

Ocupação materna	TMI 2019 (por 1.000 NV)	TMI 2023 (por 1.000 NV)	Teste	p-valor
Dona de casa	17,3	17,5	Qui² Yates	2019: $p=0,503$ (ns)
Com ocupação remunerada	14,0	10,6		2023: $p=0,018$ (S)

Fonte: SIM/SINASC; Tabnet. Elaboração própria.

Nota: A categorização em duas categorias constitui simplificação metodológica necessária diante das limitações do SIM. A categoria 'com ocupação' agrega trabalhadoras em condições distintas de renda, vínculo empregatício.

Os Roteiros de Investigação da SESA permitem detalhar o perfil dessas ocupações: entre as mães com ocupação registrada em 2019 e 2023, identificam-se trabalhadoras como catadora de materiais recicláveis, bordadeira, auxiliar de produção e diarista, ocupações marcadas pela informalidade, baixa remuneração e ausência de proteção previdenciária.

Para ampliar a compreensão desse resultado, recorre-se ao conceito de desfiliação social proposto por Castel (1998). O autor analisa o processo pelo qual indivíduos e grupos são progressivamente excluídos das duas principais zonas de integração social nas sociedades capitalistas contemporâneas: o trabalho e as redes de sociabilidade.

A desfiliação não é um estado fixo, mas um processo que envolve uma trajetória de vulnerabilização que se intensifica à medida que os vínculos com o trabalho estável e com as redes de apoio social se fragilizam ou se rompem. Conforme o autor:

A vulnerabilidade social é uma zona intermediária, instável, que conjuga a precariedade do trabalho e a fragilidade dos suportes de proximidade. [...] Estar em situação de desfiliação não é somente estar sem trabalho, mas estar fora das redes de solidariedade que o trabalho teceu (Castel, 1998, p. 24).

Na 12ª Regional de Saúde, esse processo pode ser observado na situação de mães sem ocupação formal. A estrutura econômica regional, fortemente vinculada ao setor agropecuário, oferece oportunidades limitadas de emprego formal para as mulheres. Nessas condições, muitas mães classificadas como donas de casa apresentam maior dependência econômica e menor acesso à proteção previdenciária e trabalhista, como licença-maternidade remunerada e seguro-desemprego. Além disso, a ausência de vínculo formal de trabalho pode dificultar o acesso a redes de apoio e proteção social.

Essas condições tendem a ampliar situações de vulnerabilidade durante a gestação, o parto e o puerpério, especialmente em contextos de maior precariedade socioeconômica. Nesse sentido, o aumento da significância estatística entre os períodos analisados sugere que as condições de trabalho e renda maternas passaram a apresentar associação mais evidente com os desfechos da mortalidade infantil em 2023, que pode estar relacionada ao aprofundamento das desigualdades sociais no período pós-pandêmico.

5.4.4 Características dos óbitos e evitabilidade - A quarta expressão da questão social

A análise das características dos óbitos presente no Sistema de Informações da Mortalidade (SIM), com destaque para a idade gestacional e evitabilidade permite identificar

as expressões da questão social inscritas nos desfechos de mortalidade infantil do território. Conforme o modelo de Dahlgren e Whitehead, citado em Buss e Filho (2007), os desfechos de saúde resultam da confluência de determinantes que vão das características individuais às condições macrossociais, o que exige que os óbitos sejam analisados como expressões de processos construídos socialmente.

Quanto à idade gestacional, a prematuridade constituiu o principal fator associado aos óbitos infantis nos dois anos, com aumento expressivo entre os períodos, conforme demonstrado na tabela 17.

Tabela 17- Distribuição dos óbitos infantis por semanas de gestação — 12ª Regional de Saúde de Umuarama, 2019 e 2023.

Idade gestacional	N 2019	% 2019	N 2023	% 2023
Pré-termo extremo (< 28 sem)	13	21,7%	15	31,2%
Pré-termo (28–36 sem)	29	48,3%	25	52,1%
A termo (37–41 sem)	18	30,0%	8	16,7%
Pós-termo ($\geq$ 42 sem)	0	0,0%	0	0,0%
Total classificados	60	100%	48	100%
Prematuridade total	42	70,0%	40	83,3%

Fonte: SIM/TABWIN. Elaboração própria.

Em 2019, 70,0% dos óbitos ocorreram em crianças nascidas prematuras, sendo 21,7% de pré-termo extremo (< 28 semanas) e 48,3% de pré-termo (28–36 semanas). Em 2023, a prematuridade total atingiu 83,3%, com aumento expressivo do pré-termo extremo para 31,2%.

A prematuridade é considerada uma “velha história e um desafio” para os indicadores de mortalidade, sendo a responsável pela maioria dos casos de morbidade e mortalidade perinatal, ocasionando graves danos imediatos nos recém-nascidos, e sequelas tardias. Segundo Florêncio et al (2020), o bebê prematuro é vulnerável ao atraso no desenvolvimento geral, motor e neurocomportamental.

A prematuridade e o baixo peso ao nascer estão relacionados a diversas alterações no sistema imunológico, bem como maior risco de contrair infecções e internações hospitalares prolongadas e também no desenvolvimento motor e intelectual. Conforme diferentes estudos (Brasil, 2009; Lopes *et al*, 2024; Teixeira *et al*, 2019) a prematuridade é ocasionada por falhas na atenção à saúde, intercorrências gestacionais e o acompanhamento deficitário no pré-natal,

configurando-se, na perspectiva dos DSS, como um desfecho biologicamente mediado, mas socialmente determinado.

No âmbito da epidemiologia, a análise da evitabilidade dos óbitos constitui elemento central para a identificação das expressões da questão social na mortalidade infantil, uma vez que o caráter evitável do óbito pressupõe que a morte poderia ter sido prevenida por intervenções acessíveis no âmbito do SUS (Malta *et al*, 2007), conforme a Lista de Causas de Mortes Evitáveis (BRASIL, 2008), conforme demonstrado na Tabela 18.

Tabela 18 - Distribuição dos óbitos infantis por categoria de evitabilidade - 12ª Regional de Saúde de Umuarama, 2019 e 2023

Categoria de evitabilidade	N 2019	% 2019	N 2023	% 2023
Evitáveis — atenção à gestante	32	51,6%	19	39,6%
Evitáveis — atenção ao parto	4	6,5%	2	4,2%
Evitáveis — atenção ao RN	4	6,5%	5	10,4%
Evitáveis — diagnóstico/tratamento	1	1,6%	6	12,5%
Evitáveis — ações de promoção	3	4,8%	2	4,2%
Não claramente evitáveis	17	27,4%	13	27,1%
Causas mal definidas	1	1,6%	1	2,1%
Total	62	100%	48	100%

Fonte: SIM/DATASUS. Elaboração própria.

Nos dois anos analisados, aproximadamente 71% dos óbitos infantis foram classificados como evitáveis, 71,0% em 2019 e 70,8% em 2023, percentual superior à média estadual (62,3% e 64,3%) e nacional (65,9% e 66,3%).

A análise por subcategoria revela mudança relevante na composição dos óbitos evitáveis: os óbitos reduzíveis por adequada atenção à gestante no pré-natal reduziram de 51,6% para 39,6% revelando avanços importantes no âmbito da atenção pré-natal, em especial no fortalecimento de políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil, como a ampliação da cobertura da atenção primária e a maior ênfase em ações de cuidado pré-natal vinculada a um serviço de referência ambulatorial que desempenham papel fundamental na prevenção de agravos e no monitoramento de fatores de risco gestacionais (Brasil, 2021).

Como esse grupo concentra a maior parte dos óbitos, permanecem evidentes fragilidades relacionadas à qualidade e à integralidade da assistência às gestantes. Entre elas, destacam-se a identificação precoce de riscos, a realização oportuna de exames e o

acompanhamento adequado do pré-natal, conforme orienta a Linha Guia da Rede Materno-Infantil do Estado do Paraná.

Em contrapartida, os óbitos reduzíveis por diagnóstico e tratamento adequados aumentaram de 1,6% para 12,5%. O resultado indica que parte das dificuldades pode não estar mais concentrada apenas na ampliação da cobertura assistencial, mas também na capacidade de resolução clínica dos serviços de saúde. Na perspectiva do CDSS, discutido por Solar e Irwin (2010), isso remete à necessidade de fortalecer a qualidade da atenção e a equidade no cuidado.

Embora tenham sido observados avanços na assistência durante a gestação e no acompanhamento pré-natal, persistem desafios relacionados à resolutividade da atenção especializada, sobretudo no nível terciário. Estudos apontam que a qualidade do cuidado hospitalar e da assistência especializada constitui elemento importante para a redução da mortalidade infantil, especialmente por meio do investimento em recursos tecnológicos, qualificação profissional e organização das redes de atenção (Lansky *et al.*, 2014; Leal *et al.*, 2018).

Os dados relativos à prematuridade e às características dos óbitos infantis analisados neste item permitem discutir outra dimensão da questão social presente no território: a exclusão social. Conforme o referencial teórico adotado, trata-se de um processo em que indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade enfrentam dificuldades de acesso efetivo aos direitos sociais, entre eles o direito à saúde.

5.4.5 Desigualdade no acesso à saúde: uma análise qualitativa da quinta expressão da questão social

A análise da atenção à saúde materno-infantil nas famílias investigadas, conforme o Roteiro de Investigação de Óbito, demonstra um quadro heterogêneo, marcado por avanços na cobertura do pré-natal e pela persistência de falhas assistenciais percebidas e relatadas pelas próprias famílias.

Os dados quantitativos do Roteiro SESA, combinados com as narrativas coletadas durante as investigações de óbito e com os indicadores da rede regional de saúde, permitem uma leitura mais abrangente sobre as condições em que se deu o cuidado às gestantes e aos recém-nascidos que foram a óbito na 12ª Regional de Saúde de Umuarama nos anos de 2019 e 2023. A análise das narrativas organizou-se nas nove categorias temáticas apresentadas no quadro 6, conforme descrito na seção de metodologia.

Na dimensão qualitativa presente nos roteiros de investigação, identificou-se a melhora na quantidade de consultas entre os períodos: em 2019, 49,2% das gestantes cujos filhos foram a óbito realizaram sete ou mais consultas, percentual que se elevou para 76,9% em 2023. O percentual de gestantes com menos de seis consultas caiu de 26,2% para 3,8%, indicando avanço na adesão ao pré-natal mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde. Esse dado é corroborado com os dados do SINASC para a 12ª Regional de Saúde que registraram evolução de 86,82% para 91,78% no percentual de gestantes com sete ou mais consultas, superando tanto a média estadual paranaense de 86,10% quanto a nacional de 74,7%.

Tabela 19 - Cobertura e dificuldades no pré-natal - Roteiro SESA, 12ª RS Umuarama, 2019 e 2023.

Variável / Categoria	2019 n (%)	2023 n (%)
NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAL		
7 ou mais consultas	30 (49,2%)	20 (76,9%)
6 consultas	3 (4,9%)	0 (0,0%)
Menos de 6 consultas	16 (26,2%)	1 (3,8%)
Não informado	8 (13,1%)	5 (19,2%)
DIFICULDADES NO PRÉ-NATAL		
Exames	5 (8,2%)	1 (3,8%)
Ultrassom	4 (6,6%)	1 (3,8%)
Pré-natal de alto risco	2 (3,3%)	0 (0,0%)
Medicamentos	2 (3,3%)	1 (3,8%)
Pelo menos uma dificuldade	7 (11,5%)	2 (7,7%)

Fonte: Roteiro de Investigação de Óbitos Infantis — SESA/PR (2019 e 2023). Elaboração própria.

Outro dado relevante e em relação ao crescimento expressivo da complexidade clínica das gestações investigadas. O percentual de gestantes classificadas como alto risco passou de 45,9% em 2019 para 73,1% em 2023, acompanhado pelo aumento do percentual de casos com alguma patologia registrada, de 52,5% para 84,6%, conforme a tabela 20.

Tabela 20 - Vinculação com o alto risco gestacional - Roteiro SESA, 12ª RS Umuarama, 2019 e 2023.

Variável / Categoria	2019 n (%)	2023 n (%)
ALTO RISCO GESTACIONAL		
Sim	28 (45,9%)	19 (73,1%)
Não	21 (34,4%)	3 (11,5%)
Não informado	12 (19,7%)	4 (15,4%)
CONSULTAS NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO		

Variável / Categoria	2019 n (%)	2023 n (%)
Sim — teve consultas no AR	19 (31,1%)	16 (61,5%)
Não — não teve consultas no AR	20 (32,8%)	3 (11,5%)
PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS		
Hipertensão arterial / DHEG	7 (11,5%)	4 (15,4%)
Gestação múltipla	9 (14,8%)	7 (26,9%)
Infecções (urinária, sífilis, outros)	3 (4,9%)	5 (19,2%)
Malformação congênita	4 (6,6%)	2 (7,7%)
Fatores comportamentais	0 (0,0%)	3 (11,5%)
Casos associados com outras condições clínicas	32 (52,5%)	22 (84,6%)

Fonte: Roteiro de Investigação de Óbitos Infantis — SESA/PR (2019 e 2023). Elaboração própria.

Entre os principais diagnósticos, destacam-se a gestação múltipla (de 14,8% para 26,9%), as infecções, incluindo sífilis (de 4,9% para 19,2%), e a hipertensão arterial e doença hipertensiva específica da gestação (de 11,5% para 15,4%). O surgimento dos fatores comportamentais como diagnóstico associado, ausente em 2019 e presente em 11,5% dos casos em 2023, articula-se ao crescimento do tabagismo e do uso de substâncias psicoativas registrados a partir das visitas domiciliares.

Categoria 1: Pré-natal: avaliação positiva

A coexistência de avaliações positivas e negativas no mesmo território e período é o primeiro dado relevante da análise qualitativa. Em 2019, 7 mães expressaram avaliação positiva do pré-natal, número que subiu para 8 em 2023. Dentre os relatos positivos, destacam-se referências explícitas ao Centro Regional Mãe Paranaense:

"Ótimo. Fui muito bem atendida nos postos de saúde e centro de referência Mãe Paranaense do início ao final da gestação." (Família entrevistada, 2019)

"A assistência de pré-natal foi boa e toda assistência necessária foi prestada: exames, consultas, medicamentos." (Família entrevistada, 2019)

Esses relatos indicam que a na percepção das houve a integralidade e a qualidade do cuidado. A melhora no percentual de avaliações positivas do pré-natal entre 2019 e 2023 é coerente com os dados quantitativos do SINASC.

Categoria 2: Pré-natal: falhas assistenciais

Nas falas de outras famílias, pode-se assinalar a descontinuidades de cuidado e limitações das ações de saúde:

"Até o sexto mês gostava das consultas e da médica, porém a partir do 6º mês trocou de médico e eu achava as consultas muito rápidas." (Família entrevistada, 2019)

"Falta de médico na UBS." (Família entrevistada, 2019)

Os relatos dialogam diretamente com o que Nunes *et al.* (2015) identificam como limitações organizativas dos serviços de saúde nos municípios de pequeno porte: rotatividade de profissionais por vínculos precários, insuficiência de médicos e descumprimento de carga horária.

Quanto às dificuldades enfrentadas no pré-natal, 11,5% das famílias em 2019 e 7,7% em 2023 relataram pelo menos uma dificuldade, envolvendo exames complementares, ultrassonografia, pré-natal de alto risco e medicamentos. A limitação de procedimentos cobertos pelo sistema público foi descrita por uma família:

"O SUS oferece somente 2 ultrassons durante o pré-natal. Pagaram 3." (Família entrevistada, 2019).

Conforme recomendação do Ministério da Saúde, está prevista a realização de três exames, sendo um por trimestre de gestação. Cabe aqui problematizar duas questões: como a insuficiência do SUS impõe custos adicionais às famílias e aprofunda desigualdades, e também a realização desses exames em tempo oportuno conforme a semana gestacional indicada. Esse dado, portanto, não foi possível extrair dessa análise.

Outro relato que se destaca é a percepção vivenciada por mães que realizaram o pré-natal misto (convênio e SUS ou particular e SUS):

"Senti a diferença no atendimento SUS para o particular na qualidade das consultas." (Família entrevistada, 2019)

Essa percepção reforça as assimetrias entre o que o sistema público oferece e o que o sistema privado provê, desigualdade que as famílias percebem e relatam de forma contundente. Essa lógica é analisada por Fleury (1994) e Bravo (2009) como marca histórica do sistema de saúde brasileiro, onde existe a dicotomia entre público e privado.

Categoria 3: Alto risco: acesso e barreiras

O de perfil de complexidade das gestantes do território da 12ª reforça a relevância do Centro Regional Mãe Paranaense. O acesso às consultas de pré-natal de alto risco aumentou de 31,1% em 2019 para 61,5% em 2023, expressando, em parte, a consolidação desse serviço implantado em 2018. Contudo, em 2019, 32,8% das gestantes classificadas como alto risco não tiveram acesso ao acompanhamento especializado, dado que se complementa com a fala de uma família:

“Não consegui agendamento (alto risco). Relatou dificuldade na última consulta de alto risco.” (Família entrevistada, 2019)

A estratificação de risco gestacional realizada na Atenção Primária à Saúde constitui o elemento central para a inserção qualificada da gestante no sistema de regulação via GSUS, garantindo que mulheres de maior risco sejam priorizadas (SESA, 2023). Quando essa porta de entrada falha, gestantes com diagnósticos graves percorrem a gestação sem o acompanhamento especializado necessário. O desfecho dessa deficiência da rede foi explicitado em um relato referente à realização de exames:

“Eles falaram que foi do coração, mas se tivessem feito a ultrassonografia morfológica tinha como cuidar.” (Família entrevistada, 2019)

Categoria 4: Parto: falhas assistenciais

Os relatos das famílias representam também a percepção de negligência e fragilidades na rede hospitalar sendo componente parto, o núcleo mais denso e permeado de críticas das famílias.

A 12ª Regional de Saúde organiza a Atenção Hospitalar em diferentes níveis de complexidade, com a NOROSPAR como referência para gestantes de risco habitual, intermediário e alto risco de todos os 21 municípios do território. Apesar dessa organização formal da rede, os relatos evidenciam que a capacidade de resposta dos serviços nem sempre correspondeu às necessidades apresentadas pelas gestantes.

Nas falas a seguir, é possível identificar que as mães estavam em seus territórios e passaram pelos serviços de porta de entrada (Unidade de Pronto Atendimento, Unidade Básica de Saúde, Unidade de Atendimento 24 horas), mas que houve demora no encaminhamento e na tomada de decisão clínica:

“O médico de plantão teve dificuldade de encaminhá-la para o hospital, não aceitou de primeira vez. Teve que aguardar mais de 30 minutos.” (Família entrevistada, 2019).

“Foi meio sem preparo, todos pegos de surpresa no PAM. Ninguém sabia o que fazer no momento. O certo seria ter feito exames de toque o que não houve.” (Família entrevistada, 2023)

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta como um dos seus pilares a Política Nacional de Humanização (2003), que aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. Conflitos entre família e equipe de saúde quanto à conduta do parto foram registrados em 2023, tensões na tomada de decisão clínica compartilhada:

“Brigou quase 30 minutos de discussão para ser cesárea. A médica queria fazer parto normal do primeiro bebê falecido e cesárea do outro.” (Família entrevistada, 2023)

A falta de comunicação com a família durante a evolução do quadro clínico demonstrou ausência de práticas de humanização:

“Não informaram nada sobre o que estava acontecendo com o bebê. Só falaram que estava bem.” (Família entrevistada, 2019).

Os relatos demonstram uma distância significativa entre os princípios estruturantes da Política Nacional de Humanização e as práticas vivenciadas pelas famílias nos serviços de saúde. A ausência de tomada de decisão compartilhada expressa no conflito sobre a conduta do parto e a omissão de informações durante a evolução clínica do recém-nascido revelam que a humanização ainda se apresenta, em muitos contextos, como diretriz normativa não incorporada ao cotidiano do trabalho em saúde.

Categoria 5: Transporte sanitário e deslocamento

A organização formal da rede com serviços de referência concentrados em Umuarama ocasiona às famílias dos municípios menores deslocamentos significativos, especialmente em situações de urgência obstétrica. A fragilidade do transporte sanitário também foi relatada como fator agravante:

“Não mandaram enfermeira e médico para me acompanhar e só em Maria Helena que o médico dela assustado com meu sangramento e pressão alta me acompanhou da ambulância até o hospital.” (Família entrevistada, 2019)

“Foi encaminhada para Umuarama para ser examinada e foi de carro baixo e sofreu, pois estava em trabalho de parto.” (Família entrevistada, 2023)

A Rede Alyne, instituída pela Portaria GM/MS nº 5.350 de setembro de 2024 em substituição à Rede Cegonha, prevê como uma de suas diretrizes a garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte inter-hospitalar seguro, destinando custeio mensal para ambulâncias de transferência de gestantes e recém-nascidos graves com cobertura 24 horas (Brasil, 2024).

A previsão desse financiamento específico reconhece, institucionalmente, que o transporte sanitário inadequado constitui fator de risco para desfechos maternos e neonatais graves, realidade que os relatos das famílias da 12ª Regional de Saúde já expressavam em 2019 e 2023, antes da publicação da normativa.

Categoria 6 :Transferência e regulação de leitos

Outra situação que suscita reflexão é a transferência em tempo oportuno, conforme o princípio de hierarquização do Sistema Único de Saúde (SUS) e a organização das Redes de Atenção em Saúde (RAS):

“Meu filho não foi transferido a tempo para que um médico especialista pudesse consultá-lo. Afirma que ouviu eles negando atendimento para transferir, então ele foi parando todos os órgãos. Afirma que seu filho nasceu saudável e com dois dias já não me dava esperança.” (Família entrevistada, 2019).

O relato expressa os vazios assistenciais que existem no âmbito da região de saúde, a ausência de serviços de alta complexidade ou especialidades médicas sem cobertura pelo SUS, e levanta a discussão sobre os processos de transferência de pacientes regulados via Central de Regulação de Leitos de atuação macrorregional, que é a ponte entre os estabelecimentos hospitalares e a vaga regulada conforme as necessidades dos pacientes. Conforme Lansky *et al.* (2014), a articulação entre falha assistencial, ruptura no fluxo de referência e desfecho fatal configura o que a literatura denomina óbito evitável por falha no sistema de referência e contrarreferência.

Categoria 7: Percepção da causa do óbito: evitável e não evitável

Em 2019, sete famílias atribuíram o óbito a falhas assistenciais ou negligência. Os relatos expressam percepções de que o desfecho poderia ter sido diferente com conduta clínica distinta:

“Negligência médica, falta de atenção, falta de pediatra e anestesista no momento do parto, falta de assistência médica. Alta com icterícia.” (Família entrevistada, 2019).

“Complicação no útero, sendo esta que poderia ter sido evitada com diagnóstico precoce.” (Família entrevistada, 2019).

“Eles falaram que foi do coração, mas se tivessem feito a ultrassonografia morfológica tinha como cuidar.” (Família entrevistada, 2019)

Em 2023, dois relatos expressaram percepção semelhante, associando o óbito a demora na conduta clínica. Ainda que a percepção das famílias não constitua dado clínico que permita confirmar a evitabilidade dos casos individuais descritos e das experiências vivenciadas no contato com os serviços de saúde, ela converge com os resultados quantitativos que identificaram aproximadamente 71% dos óbitos ocorridos no território nos dois anos analisados foram classificados como evitáveis.

Por outro lado, sete famílias em 2019 e três em 2023 atribuíram o óbito a causas reconhecidas como não evitáveis ou declararam não saber a causa:

“Faleceu pela insuficiência renal causada pela prematuridade.” (Família entrevistada, 2019)

“Porque nasceu com má formação.” (Família entrevistada, 2019)

Nesses casos, as narrativas demonstram a compreensão das famílias sobre o que lhes foi comunicado pelos profissionais de saúde ou o que puderam observar, sem que seja possível, a partir dessa fonte, afirmar a evitabilidade ou não dos óbitos. A percepção de causas ligadas a condições biológicas pode também refletir a forma como as informações foram transmitidas às famílias pelos serviços de saúde.

5.5 Integração dos componentes quantitativo e qualitativo

A integração entre os componentes quantitativo e qualitativo seguiu o modelo convergente de métodos mistos (Creswell; Plano Clark, 2013), que consiste na articulação entre diferentes fontes de dados com o objetivo de identificar convergências, complementaridades e invisibilidades entre os achados. Nesse estudo, a integração articula os indicadores epidemiológicos e assistenciais provenientes do SIM, SINASC, SIH/SUS, CNES, CadÚnico, IPDM e E-Gestor com as narrativas das famílias registradas nos campos discursivos do Roteiro de Investigação de Óbito Infantil e Fetal da SESA. A análise identificou quatro dimensões de integração, descritas a seguir.

1. Acesso ao pré-natal de alto risco

Os dados do SIH/SUS evidenciaram crescimento de 234,1% nos partos de alto risco na regional entre 2019 e 2023, passando de 305 para 1.019, e representando 46,7% do total de partos realizados no território em 2023. Esse padrão quantitativo de necessidade de cuidado especializado encontrou correspondência direta nas narrativas das famílias, que relataram demora no encaminhamento, dificuldade de agendamento para o pré-natal de alto riscos e barreiras concretas ao acesso ao serviço especializado.

A convergência entre os dados das bases SIH e as narrativas das famílias demonstra que a barreira de acesso ao pré-natal especializado se materializa nas trajetórias das gestantes e pode ter implicações diretas nos desfechos neonatais.

2. Fragilidades da atenção primária e internações por condições sensíveis

Os dados do SIH/SUS evidenciaram crescimento das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) em menores de um ano, de 151 para 236 entre 2019 e 2023, com destaque para as doenças pulmonares com 173 internações em 2023.

Os dados do E-Gestor revelaram que a cobertura da APS permaneceu abaixo da média regional em alguns municípios ao longo de todo o período, e os dados do Painel de Cobertura Vacinal apontaram a queda nas coberturas das principais vacinas do calendário infantil.

As narrativas das famílias complementaram esses achados ao explicitar como se operacionaliza essas dificuldades organizacionais na APS, como a falta de médicos, a descontinuidade do cuidado ocasionado pela rotatividade de profissionais. A complementaridade entre as duas fontes é particularmente expressiva nessa dimensão, pois os dados quantitativos identificam o problema e as narrativas explicam como ele se produz.

3. Desigualdades territoriais da rede de atenção à saúde

Os dados do IPDM (IPARDES, 2025) demonstraram que 18 dos 21 municípios da regional apresentam classificação médio-baixo ou baixo no componente renda, e os dados do CadÚnico evidenciaram média regional de 46% das famílias em situação de pobreza ou baixa renda proporção superior à média nacional de 31,6%.

Os dados do CNES apontam que a oferta de leitos obstétricos e pediátricos de referência concentra-se no município-sede, com 16 municípios sem hospital próprio dependendo integralmente do NOROSPAR para internações de risco intermediário e alto risco.

As narrativas das famílias expressaram com clareza as consequências territoriais dessa organização:

"Não mandaram enfermeira e médico para me acompanhar e só em Maria Helena que o médico dela assustado com meu sangramento e pressão alta me acompanhou da ambulância até o hospital." (Família entrevistada, 2019)

"Foi encaminhada para Umuarama para ser examinada e foi de carro baixo e sofreu, pois estava em trabalho de parto." (Família entrevistada, 2023).

A convergência entre os indicadores de vulnerabilidade territorial e os relatos sobre deslocamento, transporte sanitário inadequado e dependência da referência regional é uma das dimensões mais expressivas desta pesquisa.

4. Limitações estruturais da rede hospitalar pediátrica

Os dados do CNES evidenciaram que os leitos pediátricos clínicos SUS no NOROSPAR caíram de 47 para 17 entre 2019 e 2023, redução de 63,8%, enquanto os dados do SIH/SUS demonstravam crescimento simultâneo da demanda por internações.

A UTI Pediátrica de referência regional permaneceu com apenas 2 leitos SUS habilitados para atender os 21 municípios. As narrativas das famílias expressaram os efeitos dessa insuficiência estrutural:

"Meu filho não foi transferido a tempo para que um médico especialista pudesse consultá-lo. Afirma que ouviu eles negando atendimento para transferir, então ele foi parando todos os órgãos. Afirma que seu filho nasceu saudável e com dois dias já não me dava esperança." (Família entrevistada, 2019)

A articulação entre a redução de leitos pediátricos identificada no CNES, o crescimento da demanda presente no SIH/SUS e os relatos de demora na transferência e espera por vaga especializada desloca a leitura do plano individual para o plano estrutural, um sistema com capacidade instalada insuficiente para a demanda do território.

A coexistência de experiências satisfatórias e de falhas assistenciais apontadas pelas famílias no mesmo território e no mesmo período indica que a melhoria da qualidade do cuidado materno-infantil depende de conhecimento sobre o território e suas vulnerabilidades, de recursos financeiros para reestruturação e estruturação de serviços em saúde, além de mecanismos capazes de enfrentar as desigualdades estruturais que determinam quais crianças chegam ao óbito e quais chegam ao cuidado (Maia, 2022).

De modo geral, a articulação entre os dados do SIM, do SINASC, dos Roteiros de Investigação de Óbito Infantil e Fetal da SESA, dos indicadores da rede regional de saúde e das narrativas das famílias permitiu compreender a mortalidade infantil na 12ª Regional de Saúde de Umuarama como um fenômeno relacionado tanto às condições de vida das famílias quanto às limitações da rede de atenção à saúde. As narrativas familiares possibilitaram identificar aspectos do cuidado e das trajetórias assistenciais que não aparecem integralmente nos indicadores epidemiológicos, especialmente situações relacionadas ao acesso aos serviços, à continuidade da assistência e às experiências vivenciadas durante o atendimento.

Além das quatro dimensões de convergência identificadas, a análise revelou uma quinta dimensão de natureza distinta: a invisibilidade institucional expressa na incompletude dos próprios registros de investigação. Essa dimensão, é desenvolvida de forma específica na seção seguinte, que trata da qualidade do preenchimento do Roteiro de Investigação de Óbitos Infantis da SESA na 12ª Regional de Saúde.

5.6 Qualidade do Preenchimento do Roteiro de Investigação de Óbitos Infantil da SESA na 12ª Regional de Saúde

A investigação do óbito infantil e fetal é obrigatória, sendo regulamentada pela Portaria GM/MS nº 72/2010, que tornou compulsória a Vigilância Epidemiológica do Óbito Infantil e Fetal em todos os serviços de saúde integrantes do SUS (BRASIL, 2010).

O Roteiro de Investigação de Óbitos Infantis da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) configura-se como o instrumento por meio do qual essa vigilância se materializa abrangendo as informações clínicas e obstétricas do óbito, bem como os aspectos socioeconômicos, habitacionais e a percepção das famílias sobre a assistência recebida nos

serviços de saúde. Para Frias et al. (2013), os comitês de prevenção do óbito e seus instrumentos de investigação são mais que uma estratégia de vigilância, constituem instrumentos de controle social da qualidade da atenção à saúde prestada à mulher e à criança.

O Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal do Ministério da Saúde estabelece que a investigação do óbito, deve ser discutida "com a participação dos atores envolvidos no processo da assistência" (BRASIL, 2009, p. 28) e deve obter informações referentes à assistência em todos os níveis de atenção: primária, secundária e terciária, e deve incluir também as informações provenientes da visita domiciliar com a família, e que na análise dos óbitos investigados, a vigilância epidemiologia cumpra seu papel e contribua para a prevenção de novos óbitos.

Nessa perspectiva, a avaliação do preenchimento dos roteiros realizada nesta pesquisa constitui um resultado importante para compreender as fragilidades institucionais da vigilância do óbito infantil na 12ª Regional de Saúde de Umuarama.

Para isso, a avaliação de preenchimento dos dados foi realizada com base na classificação proposta por Romero e Cunha (2007), amplamente utilizada na literatura brasileira de sistemas de informação em saúde: excelente (< 5% de não informados), bom (5–10%), regular (10–20%), ruim (20–50%) e muito ruim ($\geq 50\%$). Os resultados obtidos para cada variável do Roteiro SESA nos anos de 2019 (n=61) e 2023 (n=26) são apresentados no quadro abaixo:

Quadro 13 - Qualidade do Preenchimento do Roteiro SESA – 12ª RS Umuarama-2019 e 2023

Variável	2019 (N de ni)	NI 2019 %	2023 (N de ni)	NI 2023 %	Class. 2019	Class. 2023
IDENTIFICAÇÃO E GESTAÇÃO						
Alto risco gestacional	10/61	16.4%	2/26	7.7%	Regular	Bom
Número de consultas pré-natal	10/61	16.4%	3/26	11.5%	Regular	Regular
Idade gestacional 1ª consulta	14/61	23.0%	4/26	15.4%	Ruim	Regular
Patologia / fator de risco	20/61	32.8%	2/26	7.7%	Ruim	Bom
Dificuldades no pré-natal	17/61	27.9%	7/26	26.9%	Ruim	Ruim
CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E HABITAÇÃO						
Situação conjugal	13/61	21.3%	5/26	19.2%	Ruim	Regular
Moradia	14/61	23.0%	7/26	26.9%	Ruim	Ruim
Água tratada	14/61	23.0%	7/26	26.9%	Ruim	Ruim
Pessoas na residência	14/61	23.0%	8/26	30.8%	Ruim	Ruim
Cômodos para dormir	18/61	29.5%	10/26	38.5%	Ruim	Ruim

Destino dos dejetos	30/61	49.2%	12/26	46.2%	Ruim	Ruim
Condições de higiene	34/61	55.7%	15/26	57.7%	Muito ruim	Muito ruim
Renda familiar	21/61	34.4%	21/26	80.8%	Ruim	Muito ruim
HISTÓRICO REPRODUTIVO						
Gravidez planejada	16/61	26.2%	6/26	23.1%	Ruim	Ruim
Número de gestações anteriores	12/61	19.7%	7/26	26.9%	Regular	Ruim
Número de filhos vivos	14/61	23.0%	10/26	38.5%	Ruim	Ruim
Número de filhos mortos	13/61	21.3%	11/26	42.3%	Ruim	Ruim
Número de abortos / natimortos	12/61	19.7%	10/26	38.5%	Regular	Ruim
HÁBITOS E COMPORTAMENTO						
Hábitos da mãe	14/61	23.0%	6/26	23.1%	Ruim	Ruim
Fumante na residência	16/61	26.2%	6/26	23.1%	Ruim	Ruim
Recebeu informações sobre métodos contraceptivos	24/61	39.3%	6/26	23.1%	Ruim	Ruim
Acesso a métodos contraceptivos	25/61	41.0%	6/26	23.1%	Ruim	Ruim
AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA ASSISTÊNCIA						
Opinião sobre pré-natal	27/61	44.3%	17/26	65.4%	Ruim	Muito ruim
Opinião sobre assistência ao parto	34/61	55.7%	17/26	65.4%	Muito ruim	Muito ruim
Causa do óbito (percepção família)	35/61	57.4%	20/26	76.9%	Muito ruim	Muito ruim
LEGENDA — Classificação da completude (Romero e Cunha, 2007)						
Excelente	< 5% Não informados					
Bom	5% a 10% Não informados					
Regular	10% a 20% Não informados					
Ruim	20% a 50% Não informados					
Muito ruim	≥ 50% Não informados					

Fonte: Roteiro de Investigação de Óbitos Infantis — SESA. 2019: n=61 casos | 2023: n=26 casos. NI = não informado / campo em branco / 'sem informação'. Referência: Romero e Cunha (2007).

Os dados do Roteiro revelam padrão de preenchimento que varia conforme a natureza da variável. As informações de caráter clínico e obstétrico como número de consultas de pré-natal, alto risco gestacional e patologia associada apresentaram classificação regular ou boa nos dois anos, sugerindo maior facilidade de acesso pelos profissionais às informações disponíveis nos prontuários, caderneta da gestante e sistemas de informação. Em contrapartida, as variáveis socioeconômicas e habitacionais apresentaram os maiores percentuais de não preenchimento.

Esse padrão é consistente com a análise de Ivo (2008) sobre a pobreza como estado multidimensional de privação: exatamente as dimensões mais relevantes para compreender a vulnerabilidade social das famílias como renda, moradia, saneamento são as que os instrumentos de registro têm maior dificuldade de capturar, revelando uma limitação estrutural dos sistemas de informação no Brasil.

Destaca-se, de forma particular, o preenchimento da renda familiar: 34,4% de não informados em 2019 e 80,8% em 2023 com classificação muito ruim nos dois períodos. A ausência dessa informação em 80,8% dos casos investigados em 2023 limita significativamente a análise da relação entre pobreza e mortalidade infantil no território, comprometendo uma das finalidades centrais da vigilância do óbito infantil previstas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009).

As variáveis qualitativas relacionadas à avaliação da assistência recebida, opinião sobre o pré-natal (65,4% de NI em 2023), sobre o parto (65,4%) e percepção da família sobre a causa do óbito (76,9%) apresentaram classificação muito ruim nos dois períodos, com piora em 2023. Essas variáveis constituem o elemento mais diferenciado do Roteiro SESA em relação aos sistemas de informação convencionais como o SIM e o SINASC, pois capturam a experiência subjetiva das famílias com o sistema de saúde. Para Frias et al. (2013), é justamente essa dimensão, a voz das famílias sobre o que aconteceu, que confere à investigação do óbito seu caráter de controle social. Sua ausência em mais de 65% dos casos representa a supressão da voz das famílias no processo investigativo, comprometendo o caráter de controle social.

Do ponto de vista metodológico, o elevado percentual de campos não preenchidos constitui limitação importante desta pesquisa. É possível que as famílias em situação de maior vulnerabilidade, aquelas em zona de vulnerabilidade ou desfiliação na perspectiva de Castel (2008), sejam exatamente as que apresentam maior incompletude nos roteiros, introduzindo viés de seleção capaz de subestimar as desigualdades identificadas na análise.

Do ponto de vista da gestão em saúde, o padrão de preenchimento identificado revela fragilidades estruturais que transcendem os limites desta pesquisa. A incompletude do Roteiro é, ela mesma, expressão da assimetria de poder descrita por Costa (2019): as famílias mais vulneráveis, cujos filhos morrem por causas evitáveis, são também aquelas cujas histórias têm menor chance de ser completamente registradas e utilizadas para produzir políticas preventivas. Investir na formação permanente das equipes de investigação de óbitos, no fortalecimento dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (Brasil, 2009; Frias et al., 2013) e na padronização dos fluxos de coleta é condição necessária não apenas para dados mais qualificados, mas para o exercício pleno da vigilância do óbito infantil como política pública.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados evidenciaram que a mortalidade infantil no território se concentra, entre as famílias em situação de maior vulnerabilidade social, econômica e educacional e, como expressões sociais verificou-se que a pobreza, a desigualdade social, o trabalho vulnerável e a exclusão social e a desigualdade no acesso à atenção à saúde, se manifestaram concretamente nos óbitos infantis da 12ª Regional de Saúde de Umuarama.

Os resultados demonstram ainda que a incorporação de novos serviços de atendimento e organização da rede com intervenções qualificadas sobre os determinantes intermediários da saúde podem ter contribuído para que mesmo em territórios com vulnerabilidades estruturais sendo identificadas pela redução da TMI observada nos anos de 2019 a 2023 após a implantação do Centro Mãe Paranaense.

No campo das políticas públicas, os resultados desta pesquisa apontam como prioridade o fortalecimento da rede materno-infantil regional, especialmente diante do aumento dos partos de alto risco e da persistência de óbitos infantis evitáveis.

Nesse sentido, destaca-se a necessidade de ampliação e habilitação de leitos pediátricos do SUS sobretudo diante da sazonalidade de doenças que acometem as crianças e geram sobrecarga ao sistema de saúde. A qualificação das equipes de urgência obstétrica e revisão do financiamento destinado à assistência materno-infantil, com destaque para o Centro Regional Mãe Paranaense opera desde 2018 com o mesmo repasse mensal de R\$ 150 mil, sem reajuste, e os valores do SIGTAP para procedimentos obstétricos permaneceram sem atualização por décadas, situação que começou a ser enfrentada com a Lei nº 14.820/2024, que estabeleceu revisão periódica anual dos valores pagos pelo SUS.

Outra recomendação é que ocorra uma atualização da Linha Guia Materno Infantil do Estado do Paraná, pois mantém-se estruturada conforme o modelo operacional da RAMI, indicando a necessidade de adequação da política estadual frente a atualização realizada pela Rede Alyne implantada em 2024.

No âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), os dados indicam a necessidade de fortalecimento da busca ativa de gestantes de alto risco e ampliação da resolatividade e não apenas da cobertura quantitativa como principal estratégia para a redução da mortalidade infantil evitável.

No âmbito da vigilância do óbito infantil, recomenda-se a capacitação dos profissionais que integram os Comitês de Investigação de Óbito Materno, Infantil e Fetal para o

preenchimento do Roteiro SESA, com ênfase nas variáveis socioeconômicas, especialmente renda familiar, condições de saneamento e avaliação qualitativa da assistência.

Na dimensão das políticas sociais, os resultados apontam para a necessidade de reversão do desmonte das políticas de proteção social e de ampliação da cobertura do Programa Bolsa Família entre as famílias elegíveis.

Essa dissertação abre caminhos para investigações que aprofundem as questões aqui identificadas, tais como: 1) análise da série histórica incluindo o período pandêmico (2020–2022), de modo a isolar os efeitos específicos da crise econômica sobre os componentes da TMI; 2) Estudos qualitativos com profissionais de saúde poderiam aprofundar a compreensão dos determinantes institucionais da qualidade desigual do cuidado identificada nas narrativas das famílias; 3) a avaliação do impacto específico do Centro Regional Mãe Paranaense sobre a TMI neonatal, a partir de dados primários da instituição; 4) análises comparativas entre os municípios que apresentaram melhora e piora na TMI, controlando por porte populacional, cobertura de serviços e condições socioeconômicas, poderiam identificar padrões de tendência ou permanência nos indicadores aqui apontados.

A presente pesquisa apresenta como limitações: 1) tamanho da amostra de 21 municípios restringiu o poder estatístico das análises de correlação de Spearman, impedindo a identificação de associações estatisticamente significativas entre TMI e indicadores socioeconômicos o que não implica ausência de relação real, mas restrição metodológica decorrente do porte do território. 2) a ausência de dados do período pandêmico (2020–2022) impede a análise da trajetória contínua dos indicadores e o isolamento dos efeitos específicos da crise sobre a mortalidade infantil. 3) O recorte transversal em dois anos não permite análise de tendências de longo prazo.

E por fim, retomando a perspectiva teórica que orientou esta pesquisa, compreender a mortalidade infantil significa reconhecer os que por trás de cada óbito infantil evitável há um conjunto de determinações socialmente produzidas, a pobreza, a precariedade habitacional, o trabalho vulnerável, o acesso desigual à saúde, a insuficiência das políticas de proteção social e a fragilidade dos sistemas de vigilância , que encontram sua raiz na contradição estrutural entre capital e trabalho que organiza a sociedade em que vivemos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS IBGE. **Estudo revela 60 anos de transformações sociais no país**. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/13300-asi-estudo-revela-60-anos-de-transformacoes-sociais-no-pais>>. Acesso em: 25 maio 2025.

AGRESTI, A. **An introduction to categorical data analysis**. 2. ed. Hoboken: John Wiley & Sons, 2007.

ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1992.

AMARAL, P. et al. **Estrutura espacial e provisão de atenção primária à saúde nos municípios brasileiros**. Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais, v. 23, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.22296/2317-1529.rbeur.202110>. Acesso em 23 set. 2025.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 11. ed. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2006.

ANTUNES, R.; POCHMANN, M. **A desconstrução do trabalho e a explosão do desemprego estrutural e da pobreza no Brasil**. In: CIMADAMORE, A.; CATTANI, A. D. (Org.). Produção de pobreza e desigualdade na América Latina. Porto Alegre: Tomo Editorial/Clacso, 2007.

ARANSIOLA, T. J. et al. **Effects of Bolsa Família and Benefício de Prestação Continuada on infant and child mortality in Brazil: a quasi-experimental study and projection analysis**. The Lancet Regional Health – Americas, v. 26, nov. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100618>. Acesso em 21 jan.2026.

ARAÚJO, J. P. et al. **História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, nov./dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>. Acesso em 16 set.2024.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. (Coleção Temas em Saúde).

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edição 70, 2011.

BARROS, J. D. A. **Desigualdades e diferenças: uma perspectiva de conceitos**. Palestra PUC-PR, 13 mar. 2018. Disponível em: <<http://arquivos.ufrj.br/arquivos/20201780653d3d2301729>>. Acesso em: 02 abr. 2025.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca Básica do Serviço Social).

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html . Acesso fev. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 10.316, de 7 de abril de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.982**, de 2 de abril de 2020. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2020/decreto-10316-7-abril-2020-789958-normaatualizada-pe.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2025.

BRASIL. Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. **Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 ago. 1943. Disponível em: : https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452compilado.htm. Acesso em 24 fev.2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 dez. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 25 fev. 2026.

BRASIL. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 out. 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm. Acesso em: 08 set. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em 13 set.2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em : https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso 13 dez. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 dez. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742compilado.htm. Acesso em 29 set.2025

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_comprometimentos_saude_crianca.pdf. Acesso 10 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Brasília: DATASUS, [2025]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 fev. 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **TABNET: tabulador de informações de saúde**. Brasília: DATASUS, [2026]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 05 fev. 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-Gestor Atenção Básica: cobertura da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br>. Acesso em: 02 fev.2026

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Cobertura Vacinal**. Brasília: Ministério da Saúde, [2026]. Disponível em: <https://infoms.saude.gov.br>. Acesso em: 16-fev-2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal**. Brasília, 2025. Disponível em: <<https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/>>. Acesso em: 01 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017. Suplemento. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em 23 fev.2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022. **Institui a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (RAMI)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 abr. 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-390002413>. Acesso em 12 set.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso 12 set.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. **Define a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 abr. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html . Acesso em 12 fev.2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 jun. 2000. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html. Acesso em 10. Out.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010. **Estabelece que a Vigilância do Óbito Infantil e Fetal é obrigatória nos serviços de saúde que integram o SUS**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 jan. 2010. Disponível em; https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html. Acesso em 25 de jul.25.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo** assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_familia_estrategia.pdf. Acesso em 23.set.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf. Acesso em 15 jun.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. 6. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 3 v. Disponível em; <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia-vigilancia-saude-6ed.pdf>. Acesso em 15 jun.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Mortalidade infantil no Brasil**. Boletim Epidemiológico, Brasília, n. 37, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf. Acesso em 02 fev.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **TabWin: tabulador para Windows**, versão 4.15. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/transferecia-de-arquivos/>>. Acesso em: 01 fev. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal**. Brasília: MDS, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/cadastro-unico>. Acesso em: 05 fev. 2026.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social** — PNAS/2004. Brasília: MDS/SNAS, 2004. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/normativas/pnas2004.pdf. Acesso em 01 de set.2024.

BRUGGER, P. **O voo da águia: reflexões sobre método, interdisciplinaridade e meio ambiente**. Educação em Revista, Belo Horizonte, n. 27, p. 75-91, 2006. Disponível em: : <https://doi.org/10.1590/S0104-40602006000100006>. Acesso em 02 fev.2025.

BOING, A. F; BOING, A. C. **Modestos avanços, persistentes desigualdades: mortalidade de crianças no Brasil de 2010 a 2022**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 59, p. e18, 2025. DOI: 10.11606/s1518-8787.2025059006452. Disponível em: <https://rsp.fsp.usp.br>. Acesso em 24 mai. 2026

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/>. Acesso em 03 jan.2026.

CAMPELLO, T. et al. (Org.). **Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás**. Brasília: FLACSO; OPAS/OMS, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S305>. Acesso 17 set.2025.

CARDOSO, A M; SANTOS, R V; COIMBRA, C E A. **Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação?** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1602-1608, set./out. 2005. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000500035. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qRYNp3VfsVKcfkKRLzrnRhP>. Acesso em: 23 mai.26.

CARVALHO, R.; IAMAMOTO, M. V. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 34. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 1998.

CASTEL, R. **As transformações da questão social**. In: WANDERLEY, M. B.; BÓGUS, L.; YAZBEK, M. C. (Org.). *Desigualdade e a questão social*. 4. ed. rev. e ampl. São Paulo: EDUC, 2013.

CEARÁ. **Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Grupo Técnico de Agilização de Registros de Óbitos (GT-ARO)**. Fortaleza: SESA-CE, 2024. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br>. Acesso em: 25 de set.2025.

CHOR, D; LIMA, C. R. A. **Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-1594, set./out. 2005. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000500032. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/yfwM8hy9dSFt9y7SNV9mVWj>. Acesso em:23 mai. 2026.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2015.
COLMAN, D. E.; POLA, K. **Trabalho em Marx e Serviço Social**. *Serviço Social em Revista*, Londrina, v. 12, n. 1, p. 179-201, 2009. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200010>. Acesso em 02 fev.2025.

COSTA, S. **Desigualdades, diferenças, articulação**. *Caderno CRH*, Salvador, v. 32, n. 85, p. 33-45, jan./abr. 2019. DOI: 10.9771/ccrh.v32i85.27771. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/QKhyLvHxhgv5B6PzDV5Csd/>. Acesso em: 03 mar.2025.

COSTA, S. **Desigualdades, interdependência e políticas sociais no Brasil**. In: PIRES, R. R. C. (Org.). *Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas*. Rio de Janeiro: Ipea, 2019. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9323/1/Implementando%20desigualdades_reprodu%C3%A7%C3%A3o%20de%20desigualdades%20na%20implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas.pdf. Acesso em 03 mar.2025

COUTO, B. R. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

COUTO, B. R.; YAZBEK, M. C.; RAICHELIS, R. (Org.). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CRONEMBERGER, I. H. G. M.; TEIXEIRA, S. M. **O sistema de proteção social brasileiro, política de assistência social e a atenção à família**. Pensando Famílias, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 132-147, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2015000200011. Acesso em: 12 dez.2024.

CUNHA, T. B. M. da; SILVA, L. I. da. **Mortalidade infantil no Brasil: caracterização do perfil epidemiológico**. COGNITIONIS Scientific Journal, v. 8, n. 2, e721, 2025. DOI: 10.38087/2595.8801.721. Disponível em: <https://doi.org/10.38087/2595.8801.721>. Acesso em: 12 fev.2026.

DI GIOVANNI, G. **Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual**. In: OLIVEIRA, M. A. (Org.). Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil. Campinas: UNICAMP/IE, 1998. p. 9-29.

DRAIBE, S. M. **A política social no período FHC e o sistema de proteção social**. Tempo Social, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 63-101, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/GBKWMqJqgmbVQXMyYVGpQNh/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2025.

ENGELS, F. **O papel do trabalho na transformação do macaco em homem** (1876). Revista Trabalho Necessário, Niterói, v. 4, n. 4, 2006. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/trabalhonecessario/article/view/4603>. Acesso em: 25 de mar.2025.

ESCOREL, S. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária**. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 323-363.

ESCOREL, S. **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. **História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento**. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 279-321.

FARIA, R.; SANTANA, P. **Variações espaciais e desigualdades regionais no indicador de mortalidade infantil do estado de Minas Gerais, Brasil**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 736-749, jul./set. 2016. DOI: 10.1590/s0104-12902016147609. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902016147609>. Acesso em: 12 de dez.2024.

FAUSTO, B. **História do Brasil**. 12. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

FERREIRA, A. do N. **A atuação profissional dos assistentes sociais nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) do município de São Pedro da Aldeia-RJ.** 2013. 78 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) — Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2013.

FIOCRUZ. **Impactos sociais, econômicos, culturais e políticos da pandemia.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/impactos-sociais-economicos-culturais-e-politicos-da-pandemia>. Acesso em: 05 de mai. 2025.

FLEURY, S.; OUVÉNEY, A. M. **Política de saúde: uma política social.** In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 1-41.

FLORÊNCIO, G. de F. et al. **Cuidado de enfermagem ao recém-nascido prematuro em um centro especializado: relato de experiência.** Research, Society and Development, v. 9, n. 11, e639119539, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9539>. Acesso em: 23 de set.2025.

FRIAS, P. G. et al. **Vigilância do óbito: uma ação para melhorar os indicadores de mortalidade e a qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança.** In: BITTENCOURT, S. D. A.; DIAS, M. A. B.; WAKIMOTO, M. D. (Org.). **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade.** Rio de Janeiro: EAD/ENSP/Fiocruz, 2013. p. 201-232.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Desigualdade do Brasil está a décadas de distância da Europa. São Paulo:** FGV, 2023. Disponível em: <https://cps.fgv.br/midias/desigualdade-do-brasil-esta-decadas-de-distancia-da-europa>. Acesso em: 23 mai.2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023. Disponível em: <https://www.fiocruz.br>. Acesso em: 25 jan.2026.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GOIÁS. **Secretaria de Estado da Saúde.** Portaria nº 215, de 2018. Institui o Grupo Técnico de Agilização de Registros de Óbitos (GT-ARO). Goiânia: SES-GO, 2018.

GOIS, J. C. S. **A gênese da pauperização da classe trabalhadora na sociedade capitalista.** In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL, 1., 2017, Florianópolis. Anais [...]. Florianópolis: UFSC, 2017.

HOBBSBAWM, E. J. **A era das revoluções: Europa 1789-1848.** São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

HOBSBAWM, E. J. **Era dos extremos: o breve século XX 1914-1991**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IANNI, O. **A questão social**. Revista USP, São Paulo, n. 3, p. 145-154, 1989.

IBGE. **Desemprego**. Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>>. Acesso em: 02 abr. 2025.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2023**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html>. Acesso em 06 mai. 2025.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2024**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html>. Acesso em 06 mai.2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Séries estatísticas e históricas: crianças**. Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9110-estatisticas-do-registro-civil.html>. Acesso em: 06 de jun.2025

INSTITUTO PARAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). Portal IPARDES. Curitiba: IPARDES, [2026]. Disponível em: <https://www.ipardes.gov.br>. Acesso em: 02 fev.2026.

IPEADATA. **Base de dados macroeconômicos**. Disponível em: <<https://www.ipeadata.gov.br/ExibeSerie.aspx?serid=2096726935&module=S>>. Acesso em: 07 jun. 2025.

IVO, A. B. L. **Viver por um fio: pobreza e política social**. São Paulo: Annablume, 2008.

JANNUZZI, P. de M. **Indicadores sociais no Brasil**. 6. ed. Campinas: Alínea, 2017.

KIM, Hae-Young. **Statistical notes for clinical researchers: chi-squared test and Fisher's exact test**. Restorative Dentistry & Endodontics, Seul, v. 42, n. 2, p. 152-155, maio 2017. DOI: 10.5395/rde.2017.42.2.152. Disponível em: <https://rde.ac/journal/view.php?number=764>. Acesso em: 18 mai.26.

LANSKY, S. et al. **Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura**. Revista de Saúde Pública, v. 48, n. 5, p. 759-772, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/6DBkNXGbb7ccLtyGWZzxrJQ/?lang=pt>. Acesso em: 23 set.2025.

LEAL, M. C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.03942018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bD6WFWKvTDvBWS8yZ4BHcBP/>. Acesso em: 27 set.2025.

LIMA, J. C.; LEMOS, P. de L. **Mortalidade infantil na saúde coletiva: algumas reflexões**. Journal Health NPEPS, v. 1, n. 2, p. 287-296, 2016. DOI: 10.30681/25261010. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1580>. Acesso em: 12 dez.2024.

LOPES, A. L. de O. et al. **Prematuridade: identificação de fatores de risco maternos e abordagens preventivas**. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, Brasil, v. 7, n. 15, p. e151449, jul./dez. 2024. DOI: 10.55892/jrg.v7i15.1449. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/1449>. Acesso em: 25 set.2025.

LUKÁCS, G. **Para uma ontologia do ser social**. Tradução de Sérgio Lessa. Maceió: Coletivo Veredas, 2018. v. 14.

MACHADO, M. E. **Questão social: objeto do Serviço Social?** Serviço Social em Revista, Londrina, v. 2, n. 1, p. 39-47, jul./dez. 1999. Disponível em: http://srv-009.uel.br/revistas/ssrevista/c_v2n1_quest.htm. Acesso em: 08 fev.2025.

MAIA, L. T. S.; SOUZA, W. V.; MENDES, A. C. G. **Determinantes individuais e contextuais associados à mortalidade infantil nas capitais brasileiras: uma abordagem multinível**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, e00057519, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00057519. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5H3YpQRg9hyWsvKmDdmG9yG/?lang=pt>. Acesso em: 03 fev.2026.

MAIA, S. M. H. **Existência severina: análise bioética da mortalidade infantil de Caruaru-PE de 2015 a 2020**. 2023. Dissertação (Mestrado em Bioética) — Universidade de Brasília/Universidade Federal de Pernambuco, Brasília, 2023.

MALTA, D. C. et al. (Org.). **Determinantes sociais em saúde: doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco e de proteção na população adulta brasileira**. 1. ed. São Paulo: Rema Editora, 2025.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. Livro I: O processo de produção do capital. Tradução de Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MELO NETO, J. C. **Morte e vida severina e outros poemas em voz alta**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.

MONTAÑO, C.; DURIGUETTO, M. L. **Estado, classe e movimento social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

MORTELARO, K. P. et al. **Da Rede Cegonha à RAMI: tensões entre paradigmas de atenção ao ciclo gravídico-puerperal**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 48, n. 140,

e8152, jan./mar. 2024. DOI: 10.1590/2358-289820241408152P. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ckgS8FzczkCymk86GkC9xwP/>. Acesso em: 28 set.2025.

NAÇÕES UNIDAS. **Transformando o nosso mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. Nova York: ONU, 2015.

NARS, Acácia Maria Lourenço Francisco. **Rede Mãe Paranaense: avaliação da efetividade na redução da mortalidade materna e infantil e influência dos fatores socioeconômicos e demográficos**. 2021. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) — Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021.

NEGRI, B. **A política de saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

NETTO, J. P. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, J. P. **Uma face contemporânea da barbárie**. In: ENCONTRO INTERNACIONAL CIVILIZAÇÃO OU BARBÁRIE, 2012, Serpa. Anais [...]. Serpa: Câmara Municipal de Serpa, 2012. p. 203.

NUNES, E. F. P. A.; SANTINI, S. M. L.; CARVALHO, B. G. **Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 29-41, jan./mar. 2015.

OLIVEIRA, J. P. A. et al. **Efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Primária e seus impactos na saúde: uma revisão sistemática**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1-21, 2024. DOI: 10.1590/1981-7746-ojs2635.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Nova York: ONU, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Iniquidades em saúde e suas causas**. Genebra: OMS, 22 fev. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>. Acesso em: 16 jan.2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre determinantes sociais da equidade em saúde**. Genebra: OMS, 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Módulos de princípios de epidemiologia para o controle de enfermidades**. Módulo 4: vigilância em saúde pública. Brasília: OPAS/OMS; Ministério da Saúde, 2010.

PAIM, J. S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. (Coleção Temas em Saúde).

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PARANÁ. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). **Deliberação CIB nº 278, de 24 de outubro de 2017**. Curitiba: CIB/PR, 2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Agricultura e do Abastecimento. Departamento de Economia Rural (DERAL). **Análise preliminar VBP 2020 – NR Umuarama**. Curitiba: SEAB/DERAL, 2020. Disponível em: <https://www.agricultura.pr.gov.br/DERAL>. Acesso em: 05 jan.2026

PARANÁ. Secretaria de Estado da Justiça, Família e Trabalho (SEJUF). **CadÚnico no Paraná: programas sociais estaduais**. Curitiba: SEJUF, 2025. Disponível em: <https://www.justica.pr.gov.br>. Acesso em: 05 fev. 2026.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). **Dados epidemiológicos: mortalidade infantil e fetal, 2025**. Curitiba: SESA, 2025. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Dados-Epidemiologicos-Obito-Infantil-e-Fetal-2025>. Acesso em: 23 abr. 2025.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Divisão de Atenção à Saúde da Mulher. **Linha Guia – Atenção Materno Infantil: Gestação**. 8. ed. Curitiba: SESA, 2022. (Série Linha de Cuidado Materno Infantil do Paraná, v. 1). ISBN 978-85-66800-27-2.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SESA nº 224, de 2017. **Institui o Grupo Técnico de Agilização de Registros de Óbitos (GT-ARO)**. Curitiba: SESA, 2017.

PASKLAN, A. N. P. et al. **Análise espacial da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde na redução da mortalidade infantil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 12, p. 6247-6258, dez. 2021. DOI: 10.1590/1413-812320212612.24732020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JHgWfrDPmqWSnGj63QRMQXx/?lang=pt>. Acesso em: 18 fev.2025.

PAUGAM, S. **O homem socialmente desqualificado**. In: WANDERLEY, M. B.; BÓGUS, L.; YAZBEK, M. C. (Org.). *Desigualdade e a questão social*. 4. ed. rev. e ampl. São Paulo: EDUC, 2013.

PIKETTY, T. **O capital no século XXI**. Tradução de Monica B. de Bolle. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.

PINHEIRO, P. W. M. **Entre os rios que tudo arrastam e as margens que os oprimem: as determinações ontológicas da unidade exploração-opressão**. 2022. 409 f. Tese (Doutorado em Política Social) — Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

POMBO, O. **Epistemologia da interdisciplinaridade**. *Ideação*, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 9-40, 2010. DOI: 10.48075/ri.v10i1.4141. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/ideacao/article/view/4141>. Acesso em: 12 mar.2025.

PONTE, C. F. **O sanitarismo (re)descobre o Brasil**. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

RAITANO, F.; RIBEIRO, M. **Pobreza: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Observatório das Metrópoles, 2019. 24 p. (Texto para Discussão, n. 4). Disponível em:

https://www.observatoriodasmetropoles.net.br/wp-content/uploads/2019/11/TD-004-2019_Felipe-e-Marcelo_Final.pdf. Acesso em: 06 de mai.2025.

REBOUÇAS, P. et al. **Ethnoracial inequalities and child mortality in Brazil: a nationwide longitudinal study of 19 million newborn babies**. The Lancet Global Health, v. 10, n. 10, out. 2022. DOI: 10.1016/S2214-109X(22)00333-3. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(22\)00333-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(22)00333-3/fulltext). Acesso em 26 mai.26.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (RIPSA). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. **Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do SINASC, 2002**. Cadernos de Saúde Pública, v. 23, n. 3, p. 701-714, 2007.

SANTOS, F. D.; SILVA, F. S.; LIMA, L. G. **O trabalho como elemento ontológico do homem: reflexões a partir de Friedrich Engels e Georg Lukács**. In: ENCONTRO NACIONAL E FÓRUM ESTADO, CAPITAL, TRABALHO, 4., 2017, São Cristóvão. Anais [...]. São Cristóvão, 2017.

SANTOS, J. J. A. et al. **Análise da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) na Bahia em 2024: perfil epidemiológico, tendências e desafios no controle**. Contribuciones a Las Ciencias Sociales, São José dos Pinhais, v. 17, n. 9, p. 1-11, 2024. DOI: 10.55905/revconv.17n.9-395.

SANTOS, J. S. **Questão social: particularidades no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2012. (Biblioteca Básica de Serviço Social, v. 6).

SANTOS, L. M. P. et al. **O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 9, p. 2719-2727, 2016.

SCHWARTZMAN, S. **As causas da pobreza**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004.

SILVA, I. F. **Política social e combate à pobreza: a teoria da prática**. In: Serviço Social e Sociedade, 2010.

SILVA, M. O. S. **Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira**. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 155-163, jul./dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/8BFXyRfRdVDYkLvvgKdMwxQ/?lang=pt>. Acesso em: 09 de mai.2026.

SOUZA, B. V. B.; JOAZEIRO, E. M. G. **A importância das políticas públicas para a primeira infância enquanto estratégia voltada à redução da mortalidade infantil**. Libertas, Juiz de Fora, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/46633>. Acesso em: 16 de out.2025.

SOUZA, J. F. A. et al. **Cobertura vacinal em crianças menores de um ano no estado de Minas Gerais**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 3659-3667, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.04552022>. Acesso em: 25 fev.2026

SOUZA, P. H. G. F.; OSÓRIO, R. G. **Estimativas de famílias pobres e de baixa renda para o Cadastro Único**. Brasília: Ipea, dez. 2024. 47 p. (Texto para Discussão, n. 3071). DOI: 10.38116/td3071-port. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/16698>. Acesso em: 12 fev.2026.

SPOSATI, A. **Exclusão social abaixo da linha do Equador**. In: SEMINÁRIO SOBRE EXCLUSÃO SOCIAL, 1998, São Paulo. Anais [...]. São Paulo: PUC/SP, 1998.

SPOSATI, A. O. In: COUTO, B. R. et al. **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

STEWART, F. **Crisis prevention: tackling horizontal inequalities**. *Oxford Development Studies*, v. 28, n. 3, p. 245-262, 2000.

STEWART, F. **Desigualdades horizontais**. In: UNESCO; ISSC. Relatório mundial de ciências sociais 2016: desafiando as desigualdades — caminhos para uma justiça social. Paris: UNESCO, 2016. p. 173-196.

TEIXEIRA, J. A. M. et al. **Mortalidade no primeiro dia de vida: tendências, causas de óbito evitabilidade em oito Unidades da Federação brasileira, entre 2010 e 2015**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 28, n. 1, e2018132, 2019. DOI: 10.5123/S1679-49742019000100006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/b553sbJ6YVR3PnznZkqdrJ/>. Acesso em: 25 de jan.2026.

TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. C. N. **Vigilância epidemiológica**. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

TEJADA, C. A. O. et al. **Crises econômicas, mortalidade de crianças e o papel protetor do gasto público em saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4395-4404, dez. 2019. DOI: 10.1590/1413-812320182412.25082019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JNN7wb73VZJ65XVdJ3Bzj9j/>. Acesso em: 02 out.2025.

VIACAVA, F. et al. **Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012000400016. Acesso em 23 fev.2026.

VIACAVA, F. et al. **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)**. Rio de Janeiro: PROADESS/Fiocruz, out. 2022. (Boletim PROADESS, n. 9). Disponível em: https://www.proadess.icict.fiocruz.br/Boletim_n9_PROADESS_ICSAP_out2022.pdf. Acesso em: 16 fev.2026.

WANDERLEY, L. E. W. **Enigmas do social**. In: WANDERLEY, M. B.; BÓGUS, L.; YAZBEK, M. C. (Org.). *Desigualdade e a questão social*. 4. ed. rev. e ampl. São Paulo: EDUC, 2013.

WEBER, M. **Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva.** Tradução de Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1999.

ANEXOS

ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
PARANÁ - UNESPAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Abordagem da Mortalidade Infantil na 12ª Regional de Saúde: Reflexões sobre as expressões da questão social.

Pesquisador: MARIA ANTONIA RAMOS COSTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81705524.0.0000.9247

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.995.451

Apresentação do Projeto:

Título: Abordagem da Mortalidade Infantil na 12ª Regional de Saúde: Reflexões sobre as expressões da questão social.

RESUMO

A mortalidade infantil é um importante indicador para avaliar a saúde e as condições de vida de uma população, refletindo o desenvolvimento socioeconômico, a infraestrutura ambiental e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e infantil. A presente pesquisa tem como objetivo desvelar as expressões da questão social nos óbitos infantis ocorridos na 12ª Regional de Saúde de Umuarama do Estado do Paraná nos anos de 2022 e 2023. Para este fim este estudo se propõe ao desenvolvimento de uma pesquisa exploratória, documental e qualitativa. Os resultados pretendidos incluem a identificação de aspectos sociais, econômicos e familiares nos óbitos infantis da 12ª regional de saúde.

HIPÓTESE

Os óbitos infantis ocorridos no território da 12ª regional de Saúde nos anos de 2022 e 2023 apresentam expressões da questão social, tais como, pobreza, desemprego, analfabetismo, violência, trabalho precário, discriminação de gênero, raça, dificuldade de acesso à saúde, à

Endereço: Av:Gabriel Esperidião s/n sala 20

Bairro: Jardim Morumbi

UF: PR

Município: PARANAVAI

CEP: 87.703-000

Telefone: (44)99973-4064

Fax: (44)3141-4334

E-mail: cep@unespar.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ - UNESPAR



Continuação do Parecer: 6.995.451

educação, ao trabalho, a falta de moradia, violação de direitos e pessoas em situação de rua.

METODOLOGIA

A presente pesquisa se utilizará de revisão bibliográfica da configuração da questão social, em especial no Brasil a partir da década de 1930 e a questão social na contemporaneidade e suas expressões a partir de autores da história, sociologia e serviço social. Também se discutirá a construção das políticas sociais no Brasil, com destaque para a política pública de saúde, em especial a atuação da vigilância epidemiológica para apreensão do fenômeno da mortalidade infantil.

Na pesquisa documental será utilizado os dados públicos do Departamento de Informática do Sistema Única de Saúde (DATASUS), utilizando-se a versão para Windows (TABWIN) para tabulação de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de informações de Mortalidade (SIM), bem como, após autorização do órgão competente, o documento proveniente dos Comitês Municipais de Mortalidade Materno e Infantil dos municípios que integram a 12a regional de Saúde de Umuarama denominado: Roteiro de Investigação de óbito Infantil e fetal da Secretaria de Estado da Saúde que encontram-se arquivados na Seção de Vigilância Epidemiológica da 12a regional de Saúde de Umuarama (somente os itens III e VII).

A amostra será o quantitativo de óbitos infantis ocorridos em 2022 que somam 31 (trinta e um) óbitos e 48 (quarenta e oito) óbitos em 2023. A apresentação dos dados tratados será organizada em tabelas e gráficos e, a análise utilizará de uma abordagem qualitativa por meio de textos descritivos e analíticos sobre a identificação dos aspectos sociais envolvidos nos óbitos.

Na pesquisa documental que se utilizará dos documentos provenientes da 12a Regional de Saúde na Seção de Vigilância Epidemiológica será observando o comprometimento para preservação das informações constantes nas fichas de investigação de óbito garantindo sigilo e a privacidade dos pacientes, bem como as informações obtidas serão utilizadas para fim de alcance dos objetivos previstos nesta pesquisa.

As questões éticas da presente pesquisa seguirá os preceitos da Resolução No 466 de 12 de dezembro de 2012 que incorpora referências da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade e tem como objetivo assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao

Endereço: Av:Gabriel Esperidião s/n sala 20
Bairro: Jardim Morumbi **CEP:** 87.703-000
UF: PR **Município:** PARANAVAI
Telefone: (44)99973-4064 **Fax:** (44)3141-4334 **E-mail:** cep@unespar.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ - UNESPAR



Continuação do Parecer: 6.995.451

Estado, como também da Resolução no 580/2018 que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS). O projeto será enviado para o Comitê de ética em pesquisas com seres humanos da Universidade Estadual do Paraná e da co-participante da pesquisa Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Metodologia de Análise de Dados:

Será utilizado o programa estatístico denominado TAB para windows (Tabwin) que consiste em um tabulador de dados de uso geral desenvolvido pelo Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde que permite a realização de tabulação e tratamento dos dados provenientes dos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a base de dados públicos (arquivos pré-definidos) do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) que se utiliza das informações oriundas da declaração de óbito (DO) tais como sexo, raça/cor e município de residência do óbito infantil e informações sobre a mãe como idade, escolaridade, ocupação, duração da gestação, tipo de gravidez, tipo de parto, morte no parto e peso ao nascer. Os dados e sua base DBF apresentam-se públicos e para download do ano de 1979 até 2022, disponível em <https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/>. A base de dados do ano de 2023 ainda não está disponível para acesso ao público com previsão de disponibilização pública ainda no ano de 2024.

Na análise documental da fonte ζ Roteiro de investigação de óbito infantil e fetal da Secretaria de Estado da Saúde ζ a presente pesquisa pretende observar e analisar os seguintes aspectos: a) item III do roteiro denominado dados do pré-natal; b) item VII designado de visita domiciliar, pois entendemos que tais elementos coadunam com objetivo deste trabalho ao fornecem informações/dados sobre o atendimento pré natal da gestante e sobre as condições socioeconômicas da família (ocupação, renda, número de filhos, hábitos maternos) em que houve a ocorrência do óbito infantil; c) a análise do roteiro com vistas a identificar o preenchimento completo/correto do documento por parte dos Comitês Municipais de Mortalidade Materno e Infantil dos municípios que integram a 12a regional de Saúde de Umuarama.

A abordagem dos dados quantitativos obtidos na presente pesquisa subsidiarão a identificação de temas e categorias relacionados às expressões da questão social presentes nas possíveis causas dos óbitos infantis no território analisado. Segundo Triviños (1987), a abordagem de cunho qualitativo trabalha os dados buscando seu significado, tendo como base a percepção do

Endereço: Av: Gabriel Esperidião s/n sala 20
Bairro: Jardim Morumbi **CEP:** 87.703-000
UF: PR **Município:** PARANAVAI
Telefone: (44)99973-4064 **Fax:** (44)3141-4334 **E-mail:** cep@unespar.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ - UNESPAR



Continuação do Parecer: 6.995.451

fenômeno dentro do seu contexto. O uso da descrição qualitativa procura captar não só a aparência do fenômeno como também suas essências, procurando explicar a sua origem, relações e mudanças, e se esforça por intuir as consequências que terão para a vida humana (Trivinos, 1987 p.129).

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVOS

Geral

- Desvelar as expressões da questão social nos óbitos infantis ocorridos na 12a Regional de Saúde de Umuarama do Estado do Paraná nos anos de 2022 e 2023.

Específicos

- Compreender o conceito de questão social e as expressões da questão social enquanto produto do modo de produção capitalista.
- Discutir a mortalidade infantil como um indicador social representativo das condições gerais de vida ou saúde prevalentes em uma região ou grupo populacional.
- Sistematizar os dados de óbitos infantis ocorridos na 12a Regional de Saúde nos anos de 2022 e 2023 buscando identificar as correlações com as expressões da questão social.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Informamos que poderão ocorrer os riscos mínimos/desconfortos referentes a acesso aos dados de privacidade e/ou dados confidenciais. Para redução do risco buscará limitar o acesso aos documentos e dados somente a pesquisadora e evitará informações que identifiquem os indivíduos.

Benefícios

Endereço: Av:Gabriel Esperidião s/n sala 20		
Bairro: Jardim Morumbi		CEP: 87.703-000
UF: PR	Município: PARANAVAI	
Telefone: (44)99973-4064	Fax: (44)3141-4334	E-mail: cep@unespar.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ - UNESPAR



Continuação do Parecer: 6.995.451

Os benefícios esperados são a identificação de aspectos sociais, econômicos e familiares nos óbitos infantis ocorridos da 12a regional de saúde visando o conhecimento da realidade local para o desenvolvimento de estratégias intersetoriais para redução na mortalidade infantil no território. O resultado da presente pesquisa poderá contribuir para elaboração do denominado Planejamento Regional Integrado (PRI) da macrorregião Noroeste de Saúde do Estado do Paraná que definiu como sua linha de cuidado prioritária a necessidade de fortalecimento da linha de Materno Infantil com vistas à redução da mortalidade infantil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo nacional e não é Multicêntrico.

Centros Coparticipantes: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, responsável: Viviane Herrera Ufemea, Comitê de Ética: Hospital do Trabalhador/SES/PR,

Caráter acadêmico.

País de Origem: Brasil

Número de participantes: 79 (setenta e nove) fichas de notificação. O quantitativo de óbitos infantis a serem analisados são de 31 (trinta e um) óbitos no ano de 2022 e 48 (quarenta e oito) óbitos em 2023 conforme Sistema de Informações de Mortalidade (SIM).

Dispensa do TCLE, a partir da seguinte justificativa: "Abordagem da Mortalidade Infantil na 12a Regional de Saúde: Reflexões sobre as expressões da questão social $\hat{z}$ em razão da presente pesquisa se tratar de estudo) por ser um estudo observacional, analítico retrospectivo, que empregará apenas informações provenientes do Roteiro de Investigação de Óbito Infantil e Fetal disponível na Seção de Vigilância Epidemiológica da 12a Regional de Saúde ii) porque todos os dados serão manejados e analisados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes de pesquisa; iii) porque os resultados decorrentes do estudo serão apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação individual dos participantes, e iv) porque se trata de um estudo não intervencionista (sem intervenções clínicas) e sem alterações/influências na rotina/tratamento do participante de pesquisa, e consequentemente sem adição de riscos ou prejuízos ao bem-estar dos mesmos".

Endereço: Av:Gabriel Esperidião s/n sala 20		CEP: 87.703-000
Bairro: Jardim Morumbi		
UF: PR	Município: PARANAVAI	
Telefone: (44)99973-4064	Fax: (44)3141-4334	E-mail: cep@unespar.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ - UNESPAR



Continuação do Parecer: 6.995.451

Não haverá retenção de amostras para armazenamento em banco.

Armazenamento de amostras em banco de material biológico no Brasil e fora.

Orçamento de: R\$ 125,00 (centro e vinte e cinco reais) - para material de consumo

Previsão de início e encerramento da coleta de dados: 01/12/2024 até 31/01/2025.

Manter sigilo da íntegra do projeto de pesquisa, até a publicação dos resultados.

Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc), cujo detalhamento é: "Na pesquisa documental será utilizado os dados públicos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), utilizando-se a versão para Windows (TABWIN) para tabulação de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de informações de Mortalidade (SIM), bem como, após autorização do órgão competente, o documento proveniente dos Comitês Municipais de Mortalidade Materno e Infantil dos municípios que integram a 12a regional de Saúde de Umuarama denominado: Roteiro de Investigação de óbito Infantil e fetal da Secretaria de Estado da Saúde que encontram-se arquivados na Seção de Vigilância Epidemiológica da 12a regional de Saúde de Umuarama (somente os itens III e VII)".

Desfecho Primário: As expressões da questão social como pobreza, desemprego, analfabetismo/baixa escolaridade, violência, trabalho precário, discriminação de gênero, raça, dificuldade de acesso à saúde, à educação, ao trabalho, a falta de moradia, violação de direitos e pessoas em situação de rua óbitos teve influencia nos óbitos infantis ocorridos na 12ª Regional de Saúde de Umuarama do Estado do Paraná nos anos de 2022 e 2023.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O presente projeto, intitulado: Abordagem da Mortalidade Infantil na 12a Regional de Saúde: Reflexões sobre as expressões da questão social, é proposto por: MARIA ANTONIA RAMOS COSTA, em que se desenha a partir de uma "Pesquisa exploratória, descritiva e documental que baseia-se na análise e interpretação de fontes documentais. Os dados são oriundos do Roteiro de investigação de óbito infantil e fetal da Secretaria de Estado da Saúde e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Sistema de

Endereço: Av:Gabriel Esperidião s/n sala 20		
Bairro: Jardim Morumbi		CEP: 87.703-000
UF: PR	Município: PARANAVAI	
Telefone: (44)99973-4064	Fax: (44)3141-4334	E-mail: cep@unespar.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ - UNESPAR



Continuação do Parecer: 6.995.451

Informações de Mortalidade (SIM). A análise dos dados terá uma abordagem qualitativa".

Para tanto, constam apensados os seguintes termos obrigatórios:

- Folha de rosto, assinado por autoridade maior, sendo o coordenador do Programa de Pós Graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento, em nível de Mestrado, Prof Dr. Marcos Clair Bovo.
- ROTEIRO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL E FETAL (Instrumento) para análise dos dados a serem coletados.
- Termo de compromisso da equipe executora: Pesquisador principal: MARIA ANTONIA RAMOS COSTA, e, Mestranda Edna Aparecida Guido.
- Dispensa do TCLE.
- Termo de Anuência Institucional, isto é, da 12a Regional de Saúde de Umuarama, dando ciência da pesquisa em questão.

Recomendações:

Não há óbice quanto a aprovação do mesmo, bem como sua execução.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente projeto, intitulado: Abordagem da Mortalidade Infantil na 12a Regional de Saúde: Reflexões sobre as expressões da questão social, é proposto por: MARIA ANTONIA RAMOS COSTA, em que se desenha a partir de uma "Pesquisa exploratória, descritiva e documental que baseia-se na análise e interpretação de fontes documentais. Os dados são oriundos do Roteiro de investigação de óbito infantil e fetal da Secretaria de Estado da Saúde e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). A análise dos dados terá uma abordagem qualitativa".

Assim sendo, a partir das documentações apensadas, e suas comprovações, não há óbice quanto a aprovação do mesmo.

Considerações Finais a critério do CEP:

O presente projeto, intitulado: Abordagem da Mortalidade Infantil na 12a Regional de Saúde: Reflexões sobre as expressões da questão social, é proposto por: MARIA ANTONIA RAMOS COSTA, em que se desenha a partir de uma "Pesquisa exploratória, descritiva e documental que baseia-se na análise e interpretação de fontes documentais. Os dados são oriundos do Roteiro de investigação de óbito infantil e fetal da Secretaria de Estado da Saúde e do

Endereço: Av:Gabriel Esperidião s/n sala 20		
Bairro: Jardim Morumbi		CEP: 87.703-000
UF: PR	Município: PARANAVAI	
Telefone: (44)99973-4064	Fax: (44)3141-4334	E-mail: cep@unespar.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ - UNESPAR



Continuação do Parecer: 6.995.451

Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). A análise dos dados terá uma abordagem qualitativa".

Assim sendo, a partir das documentações apensadas, e suas comprovações, não há óbice quanto a aprovação do mesmo. Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Resolução CNS nº 466/12, item XI.2.d e Resolução CNS nº 510/16, art. 28, item V.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2384406.pdf	22/07/2024 10:37:57		Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	22/07/2024 10:37:04	MARIA ANTONIA RAMOS COSTA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2384406.pdf	17/07/2024 16:13:28		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	17/07/2024 16:13:09	MARIA ANTONIA RAMOS COSTA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	17/07/2024 16:13:09	MARIA ANTONIA RAMOS COSTA	Recusado
Outros	instrumento.pdf	17/07/2024 15:45:41	MARIA ANTONIA RAMOS COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensatcle.pdf	17/07/2024 15:44:45	MARIA ANTONIA RAMOS COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	17/07/2024 15:44:08	MARIA ANTONIA RAMOS COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo.pdf	17/07/2024 15:43:03	MARIA ANTONIA RAMOS COSTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao.pdf	17/07/2024 15:42:33	MARIA ANTONIA RAMOS COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Gabriel Esperidião s/n sala 20

Bairro: Jardim Morumbi

CEP: 87.703-000

UF: PR

Município: PARANAVAI

Telefone: (44)99973-4064

Fax: (44)3141-4334

E-mail: cep@unespar.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
PARANÁ - UNESPAR



Continuação do Parecer: 6.995.451

Não

PARANAVAI, 09 de Agosto de 2024

Assinado por:
Dandara Novakowski Spigolon
(Coordenador(a))

Endereço: Av:Gabriel Esperidião s/n sala 20
Bairro: Jardim Morumbi **CEP:** 87.703-000
UF: PR **Município:** PARANAVAI
Telefone: (44)99973-4064 **Fax:** (44)3141-4334 **E-mail:** cep@unespar.edu.br

ANEXO B- Roteiro de Investigação de Óbito Infantil e Fetal — SESA/PR

1



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO
DA MORTALIDADE INFANTIL**

ROTEIRO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL E FETAL

☐ FETAL*

☐ INFANTIL*

REGIONAL DE SAÚDE: ____ MUNICÍPIO: ____

I. Identificação:*

D.O. nº _____ UBS _____

D.N. nº _____

1.1 Nome da criança:	
1.2 Nome da mãe:	
1.3 Escolaridade da mãe ____ ano ☐ Ensino Fundamental ____ ano ☐ Ensino Médio ____ ano ☐ Ensino Superior ☐ Pós graduação ☐ ignorado ☐ Sem escolaridade	1.4 Idade da Mãe: ____ anos
1.5 Endereço residencial:	
1.6 Ponto de referência:	
1.7 Bairro:	
1.8 Data de nascimento: * / /	1.9 Sexo: ☐ masculino ☐ feminino ☐ ign.
1.10 Raça/cor: ☐ branca ☐ Preta/negra ☐ amarela ☐ parda ☐ indígena ☐ ignorada	

II. Dados do Óbito: (Dados da D.O.)

2.1 Data do óbito* ____/____/____	
2.2 Idade *	____ meses ____ dias ____ horas ____ minutos ☐ ign
2.3 Tipo de óbito: * ☐ fetal ☐ < 7 dias ☐ 7 a 27 dias ☐ 28 a 364 dias	

2.4 Local ocorrência * ☐ Residência ☐ Hospital ☐ Outros (especificar)
2.5 Município/ocorrência:*

1
2

2.6 Causa do Óbito no Atestado Médico	
Parte I	CID
a)	
b)	
c)	
d)	
Parte II	
2.7 Realizado necrópsia ☐ 1 sim ☐ 2 não	
Se sim, resultado: _____	
2.8 Fontes de informações de investigação*	
☐ Prontuários ambulatoriais ☐ Registros de atendimento de urgência/emergência	
☐ Registros hospitalares ☐ Entrevista domiciliar	
☐ SVO ☐ IML ☐ Autopsia verbal	

2
3

III. Dados do pré-natal (relativos à criança em investigação)

3.1 Estabelecimento(s) de saúde onde fez o pré-natal *

Nome _____	Código CNES _____
Nome _____	Código CNES _____
☐ Não se aplica, pois não fez o pré-natal	

3.2 Vínculo de assistência:

☐ SUS ☐ Convênio _____ ☐ Particular ☐ Ignorado

☐ Não se aplica, pois não fez pré-natal

3.3 Unidade ESF? ☐ sim ☐ não ☐ não se aplica 3.4 Idade gestacional quando realizou a primeira consulta*

semanas meses Ignorado

3.5 N° de consultas de pré-natal:

3.6 Patologias/fatores de risco durante a gravidez

☐ Gestação múltipla ☐ Crescimento intra-uterino restrito ☐ Toxoplasmose ☐
 Infecção urinária ☐ Hemorragias ☐ HIV/Aids ☐ Diabetes/diabetes gestacional ☐
 Trabalho de parto prematuro ☐ Hepatite ☐ Hipertensão arterial/DHEG ☐ Ruptura
 prematura das membranas ☐ Anemia ☐ Cardiopatias ☐ Doença Sexualmente
 Transmissível ☐ Rubéola ☐ Trauma ☐ Tireotoxicose ☐ Sífilis ☐ Infecção vaginal
☐ Gravidez sem complicações ou intercorrências ☐ Fator Rh neg da mãe ☐ Outro.
 Especificar _____

3.7 Houve tratamento? ☐ Não ☐ Sabe ☐ Sim. ☐
 Qual _____
 Não. Porque _____

3.8 Foi considerada gestante de risco? ☐ sim ☐ não

3.8.1 Se sim, qual o motivo?			
3.9 Foi encaminhada para sistema de referência? ☐ 1 sim ☐ 2 não			
3.9. Se sim, qual? _____			
3.9.2 Tratamento de fertilidade? ☐ sim ☐ não			
3.10 Exames laboratoriais no pré-natal*			
Exame	Datas / Resultados	Exame	Datas/Resultados
3.10.1 Tipo Sangüíneo	ABO _____ __ Rh _____ Coombs_ind. _____ _____ _____	3.10.2 Glicemia de Jejum	_____ __ Curva glicêmica 1ª _____ _____ 2ª _____ _____
3.10.3 Eritrograma	Hemoglobina _____ Hematócrito _____ _____	3.10.4 Toxoplasmose	IgG _____ IgM _____ _ Teste da avides _____ _____ _____
3.10.5 V.D.R.L	1º trim. _____ _____ 2º trim. _____	3.10.6	_____ _____ _____ _____

3
4

	3º trim. _____	HBsAg	_____ —
3.10.7 Parcial de urina	1º trim. _____ _____ 2º trim. _____	3.10.8 HIV1 e HIV2	Contagem CD4 _____ __ Carga viral _____

	3° trim. _____		_____					
3.10.9 Urocultura	1° trim. _____ 2° trim. _____ 3° trim. _____	3.10.10 Outros exames	_____ _____ _____ _____					
3.10.11 Exame citopatológico cérvico-vaginal e microflora _____ _____ _____ _____								
3.11 Vacinação								
3.11.1 Antitetânica: ☐ 1ª dose ☐ 2ª dose ☐ 3ª dose ☐ Reforço Número de doses: ☐ ☐								
3.11.2 Hepatite B: ☐ 1ª dose ☐ 2ª dose ☐ 3ª dose ☐ Reforço Número de doses: ☐ ☐								
3.11.3 Imunoglobulina Anti- Rh 28ª sem _____ Pós-parto _____								
3.12 Cartão de Pré-Natal ☐ preenchido ☐ não preenchido ☐ inexistente								
3.12.1 DADOS DO CARTÃO DE PRÉ-NATAL								
DUM: / DPP: _____ / DPP(eco): _____ / estatura: _____ cm								
DAT A	IG	PESO	PA	AU	BCF	EDEMA	APRE S	INTERCORRÊNCIA S / TERAPÊUTICAS

3.13 ECOGRAFIAS: 1º Trimestre (0 – 14 sem.) ☐ Sim ☐ Não ☐ Ign. Resultado _____ _____	
2º Trimestre (15 – 28 sem.) ☐ Sim ☐ Não ☐ Ign. Resultado _____ _____	
3º Trimestre (+ 29 sem.) ☐ Sim ☐ Não ☐ Ign. Resultado _____ _____	
Observações _____ _____ _____ _____	

IV. Dados do parto em investigação: (prontuário hospitalar e D.N.)

4.1 Local do parto: * ☐ Hospital ☐ Domicílio ☐ Via pública ☐ No trajeto para o serviço de saúde ☐ Ignorado ☐ Outro serviço de saúde. Especificar _____	
4.2 Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto * ☐ Não se aplica Nome _____ Código CNES _____	
4.3 Financiamento do parto: ☐ Público ☐ Privado conveniado ☐ Privado não conveniado ☐ Filantrópico ☐ Ignorado	
4.4 Data da admissão ____/____/____ ____:____ SR	4.5 Data do parto ____/____/____ 4.6 Horário do parto ____:____ SR
4.7 Condição à internação ☐ Trabalho de parto (exceto período expulsivo) ☐ Indução do parto (feto morto, outros) ☐ Inibição de trabalho de parto prematuro ☐ Amniorrexe prematura sem trabalho de parto ☐ Período expulsivo ☐ Cesárea ☐ Outro. Especificar _____	
4.8 Duração da gestação ____ ____ Semanas ou ____ ____ meses ☐ ignorada ☐ SR	
4.9 Tipo de parto ☐ vaginal ☐ vaginal com fórceps ☐ cesárea ☐ cesárea com fórceps	

4.21 Peso ao nascer: gr	4.21 Apgar : 1º min. 5º min.
4.22 Classificação do recém-nascido: ☐ Adequado para a idade gestacional (AIG) ☐ Grande para a idade gestacional (GIG) ☐ Pequeno para a idade gestacional (PIG)	
4.23 Houve indicação de UTI? ☐ Sim ☐ Não ☐ SR	
4.23.1 Se sim, qual o motivo? _____	
4.24 Quanto tempo levou para ser internada na UTI? minutos horas ☐ SR	
4.24.1 Houve demora, porque? ☐ Falta de vaga ☐ Instabilidade do RN ☐ Dificuldade com transporte ☐ Outro. Qual? _____ ☐ SR	

6
7

4.25 Houve necessidade de encaminhamento para serviços ambulatoriais especializados ou de referência? ☐ sim ☐ não Qual _____ _____ _____
4.26 Alojamento conjunto ☐ sim ☐ não
4.27 Icterícia neonatal ☐ sim ☐ não
4.29 Teste do Pezinho ☐ sim ☐ não Resultado:

7
8

V. Dados do prontuário ambulatorial / puericultura (Unidade de Saúde):

5.1 A criança era acompanhada na atenção básica? * ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica	
5.2 Estabelecimento de saúde onde a criança era acompanhada * ☐ Não se aplica Nome _____ Código _____ CNES _____	
5.3 Tipo de estabelecimento ☐ SUS ☐ Convênio ☐ Particular ☐ Não se aplica, pois não fez puericultura ☐ Ignorado	
5.4 Local	5.5 Data 1ª consulta ____/____/____
5.6 Número de atendimentos entre o nascimento e o óbito médico enfermagem	

5.7 Evolução: Idade/peso/Doenças que apresentou/Tratamentos

[illegible]

5.8 Resultados de exames/datas:

[illegible]

—
—
—
—
—
—
—
—
—
—
—

8
9

5.9 A criança participava de algum acompanhamento especial? ☐ Sim ☐ Não ☐ SR	
5.9.1 Se sim, qual? ☐ Desnutrição ☐ RN de alto risco ☐ Prematuro ☐ Baixo peso ☐ Asma ☐ SR ☐ Outro. Especificar _____ _____ _____ _____	
5.10 Curva de peso do cartão da criança estava preenchida corretamente? ☐ sim ☐ não	
5.11 Vacinação completa para a idade? * ☐ sim ☐ não ☐ Não se aplica Quais em atraso? _____ _____ _____ _____	
5.12 Foi incluído em programa de busca ativa ao RN de risco? ☐ sim Porque? _____ ☐ não Porque? _____	

9
10**VI. Dados do prontuário hospitalar da criança na ocasião do óbito:**

6.1 Data do internamento / /	6.2 Horário: : hs.
6.3 Local:	

[illegible]

10
11

VII. Visita Domiciliar:

7.1 Situação conjugal da mãe: ☐ com companheiro ☐ sem companheiro
7.2 Quantas pessoas moram na residência? ☐ ☐ pessoas ☐ não sabe
7.3 Quantos cômodos são usados para dormir? ☐ ☐ cômodos ☐ não sabe
7.4 Mãe apresenta hábitos de: ☐ tabagismo ☐ alcoolismo ☐ drogas ☐ nenhum

7.5 Há algum fumante na residência? ☐ sim ☐ Não ☐ Quantos ☐ Não ☐ Não sabe	
7.6 Número de gestações anteriores ☐ ☐	
7.7 Número de Filhos Vivos ☐ ☐	
7.8 Número de Filhos mortos ☐ ☐	
7.9 Número de óbitos de menores de 1 ano (incluir o atual óbito) ☐ ☐	
7.10 Número de abortos ou natimortos ☐ ☐	
7.11 Data do último parto (anterior ao parto da criança em investigação) ☐ ☐ / ☐ ☐ / ☐ ☐ ☐ ☐	
7.12 Renda familiar mensal (em salários mínimos) _____	
7.13 Profissão/ocupação da mãe:	7.14 Profissão do pai:
7.15 Possui água tratada (encanada)? ☐ sim ☐ não Destino dos dejetos: ☐ rede pública ☐ fossa ☐ céu aberto ☐ ignorado	
7.16 Moradia ☐ 1 própria ☐ 2 alugada ☐ 3 cedida ☐ 4 invasão Condições de higiene: ☐ boas ☐ regulares ☐ precárias ☐ ignorada	
7.17 Criança estava freqüentando: ☐ creche ☐ berçário ☐ escolinha ☐ Outro. Especificar _____	
7.18 Quem cuidava da criança em casa? ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Parente adulto ☐ Não sabe ☐ Outra criança ☐ Outro. Especificar _____	
7.19 A gravidez foi planejada? ☐ Sim ☐ Não, mas aceitou bem ☐ Não e nunca aceitou bem ☐ Não sabe	
7.20 Recebeu informação sobre métodos contraceptivos? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	
7.21 Teve acesso aos métodos contraceptivos ? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	
7.22 Durante a gravidez teve 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	

7.33 Onde foi atendido: _____
7.34 Teve fácil atendimento ☐ sim ☐ não

12

13

7.35 O que foi feito: _____ _____ _____ _____ _____ 7.36 Qual sua opinião sobre o atendimento? _____ _____ _____ _____ 7.37 Em sua opinião, do que seu filho morreu? _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

Data da conclusão da investigação: ____/____/____

Quem investigou: _____

Função: _____

*Campo obrigatório para preenchimento da Ficha Síntese.

13
14

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE
INFANTIL E FETAL**

**ROTEIRO DE ANÁLISE DE ÓBITO INFANTIL E FETAL
SIMI/SIM - FICHA SÍNTESE**

REGIONAL DE SAÚDE: ____

I. Identificação

MUNICÍPIO: _____

UBS: _____

1.1.1 Nome da criança
1.1.2 Nome da mãe
1.1.3 Idade da mãe

1.1.4 Escolaridade mãe (código na DN)
1.1.5 Ocupação da mãe
1.1.6 Nº de filhos tidos nascidos vivos nascidos mortos
1.1.7 Duração da gestação semanas
1.1.8 Idade gestacional quando realizou a 1ª consulta pré natal semanas não se aplica
1.1.9 Tipo de gravidez única dupla tripla e + ignorada
1.1.10 Local do parto * hospital domicílio via pública em trajeto ignorado
1.1.11 Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto ou aborto
1.1.12 Tipo de parto vaginal cesária ignorado
1.1.13 Foi utilizado partograma durante o trabalho de parto * sim não não se aplica
1.1.14 Foi utilizado teste rápido para sífilis * sim não não se aplica
1.1.15 Peso ao nascer gramas
1.1.16 A criança era acompanhada na atenção básica * sim não não se aplica
1.1.17 Estabelecimento de saúde onde a criança era acompanhada*
1.1.18 A vacinação estava em dia * sim não não se aplica

1.2 Estabelecimento pré natal: * SUS Conv. Part. não se aplica
1.3 Estabelecimento nascimento: SUS Conv. Part.

14
15

1.4 Estabelecimento óbito: SUS Conv. Part.	
1.5 Vinculação - Unidade de Saúde: ESF Básica	
1.6 Morte em relação ao parto: * antes durante depois	
1.7 Nº da DO* 1.8 Nº da DN*	
1.9 Data Nasc*. / /	1.10 Hora do Nascimento* : :
	1.11 Risco na DN Sim Não
1.12 Data	1.13 Hora do Óbito* : :

15

16

III. Causa básica do óbito após investigação:

3.1 A investigação alterou ou corrigiu a causa básica do óbito? * ☐ Sim ☐ Não	
3.2 Causa Básica do Óbito Após Investigação*	
Parte I	CID
a)	
b)	
c)	
d)*	
Parte II	
3.3 A investigação alterou ou corrigiu outro campo da Declaração de Óbito além das causas do óbito? * ☐ Sim ☐ Não	
3.4 Quais campos e que alterações *	
Campo _____ Original _____ Após a investigação _____ Campo _____ Original _____ Após a investigação _____ Após a investigação _____	
3.5 A investigação alterou ou corrigiu campo da Declaração de Nascido Vivo? * ☐ Não se aplica ☐ Sim ☐ Não	
3.6 Quais campos e que alterações*	
Campo _____ Original _____ Após a investigação _____ Campo _____ Original _____ Após a investigação _____ Após a investigação _____	

IV. Problemas identificados:

4.1 Foram identificados problemas após a investigação? *
☐ 1 sim ☐ 2 não ☐ Não se aplica
4.2 Descrever os problemas após a investigação: *
Assinale com um X a alternativa mais adequada 1. Sim 2. Não 3. Inconclusivo

Falha no acesso Falha na assistência
4.2.1 Planejamento familiar 1 2 3 1 2 3
4.2.2 Pré-natal 1 2 3 1 2 3
4.2.3 Assistência ao parto 1 2 3 1 2 3
4.2.4 Assistência ao recém-nascido na maternidade 1 2 3 1 2 3 ☐ ã se aplica
4.2.5 Assistência hospitalar materna 1 2 3 1 2 3 ☐ ã se aplica
4.2.6 Assistência a criança no Centro de Saúde UBS/PSF/PACS 1 2 3 1 2 3 ☐ ã se aplica
4.2.7 Assistência da criança na urgência/emergência 1 2 3 1 2 3 ☐ ã se aplica
4.2.8 Assistência à criança no hospital 1 2 3 1 2 3 ☐ ã se aplica
4.2.9 Dificuldades da família 1 2 3 1 2 3
4.2.10 Causas externas 1 2 3 ☐ ã se aplica

16

17

4.2.11 Organização do sistema / serviço de saúde 1. Sim 2. Não 3. Inconclusivo
a. Cobertura da atenção primária 1 2 3
b. Referência e contra referência 1 2 3
c. Pré-natal de alto risco 1 2 3
d. Leito de UTI – gestante de alto risco 1 2 3
e. Leito de UTI Neonatal 1 2 3
f. Central de regulação 1 2 3
g. Transporte pré e inter-hospitalar 1 2 3
h. Bancos de sangue 1 2 3
i. Outros. Especificar. _____

V. Morte reduzível:

5.1 Este óbito poderia ser prevenido (evitado)? *
☐ 1 sim ☐ 2 não ☐ 3 inconclusivo
5.2 Critério de Redutibilidade (Adaptação Estadual-PR): ☐ - ☐ ☐ (colocar código) (SIMI)
5.3 Critério de Redutibilidade (Lista Brasileira – Mortes evitáveis por intervenções do SUS) *
☐ 1.1 ☐ 1.2.1 ☐ 1.2.2 ☐ 1.2.3 ☐ 1.3 ☐ 1.4 ☐ 2 ☐ 3 (assinalar o código) (SIM)

5.4 Determinantes causais do óbito:

☐ Família ☐ Social ☐ Assistência médica ☐ Assistência hospitalar ☐
Assistência ambulatorial ☐ Não prevenível ☐ Inconclusivo

VI. Recomendações e medidas de prevenção:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

VI. Qualidade dos dados (marcar com X)

Classificação	Ficha de investigação	Pront. Hospitalar da Mãe	Pront. Hospitalar Infantil	Pront. Ambulatorial Infantil	Pront. Ambulatorial da Mãe
Satisfatório					
Pouco satisfatório					
Insatisfatório					
Não disponível					

17

18

Membros Presentes:[illegible]