



**SHIRLENE MAFRA HOLANDA MAIA**

**EXISTÊNCIA SEVERINA: ANÁLISE BIOÉTICA DA MORTALIDADE INFANTIL DE  
CARUARU-PE DO PERÍODO DE 2015 A 2020**

**BRASÍLIA  
CARUARU  
2023**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA PARA O MESTRADO  
INTERINSTITUCIONAL (MINTER/DINTER) COM A UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PERNAMBUCO – CENTRO ACADÊMICO DO AGRESTE**

SHIRLENE MAFRA HOLANDA MAIA

**EXISTÊNCIA SEVERINA: ANÁLISE BIOÉTICA DA MORTALIDADE INFANTIL DE  
CARUARU-PE DO PERÍODO DE 2015 A 2020**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética interinstitucional (MINTER) da Universidade de Brasília / Universidade Federal de Pernambuco.

Orientadora: Dra Helena Eri Shimizu

**BRASÍLIA  
CARUARU  
2023**

SHIRLENE MAFRA HOLANDA MAIA

**EXISTÊNCIA SEVERINA: ANÁLISE BIOÉTICA DA MORTALIDADE INFANTIL DE  
CARUARU-PE DO PERÍODO DE 2015 A 2020**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética interinstitucional (MINTER) da Universidade de Brasília / Universidade Federal de Pernambuco.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA:

---

Profª Dra. Helena Eri Shimizu  
Universidade de Brasília (UnB)  
Presidente

---

Profº Dr. Volnei Garrafa  
PPG Bioética / Universidade de Brasília (UnB)  
Examinador interno

---

Dr. José Paranaguá de Santana  
Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde (Nethis)  
Fiocruz Brasília - Campus Universitário Darcy Ribeiro  
Examinador externo

---

Prof. Dr. Saulo Ferreira Feitosa  
Coordenador pós-graduação Educação Contemporânea / Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Suplente

*Dedico esse trabalho à existência **Severina***

## AGRADECIMENTOS

A minha família; meu companheiro Taciano Valério parceiro, amoroso, inteligente, ajudou-me a não desistir. A Gabriel Valério por ter compreendido meus arroubos de estresse e a minha filha em processo de gestação pela adoção. A Lenine, Zaz e Stella que trazem alegria ao lar e a Lúcia que cuida de toda família com tanto carinho.

À minha mãe Kilma, mulher negra, que teve seus sonhos de ser estudante universitária na juventude massacrados pelo machismo tóxico da nossa sociedade que ceifa vidas e destrói sonhos, mas mesmo assim, conseguiu, na maturidade, fazer sua graduação e nos mostrar que sempre há tempo para estudar.

Ao meu pai Francisco, sertanejo que teve nas Forças Armadas a fuga da fome, autodidata, ensinou-nos a importância dos estudos, da inteligência e da disciplina.

Às minhas irmãs, Shirley, Shynaide e Sheyla que me ensinam, cotidianamente, a persistência, garra, parceria e dedicação aos estudos, maior herança dos nossos pais.

Aos amigos e amigas, Ana Cristina (Tina), Nara Portela e Fernando Castim que me ajudaram a entender os números e um pouco de estatística que acabou nas mãos de um profissional competente Emídio.

À minha orientadora Helena Shimizu por sua calma e paciência que me deixou livre para escolher meu caminho e me ajudou a trilhá-lo de forma coerente e objetiva.

Ao professor Walter Ramalho que com poucas inserções me ajudou a encontrar e entender o objetivo da minha dissertação.

Aos grandes mestres, professores e doutores: nosso amado indigenista Saulo Feitosa e nosso patrimônio imaterial da história da Bioética, Volnei Garrafa; sem eles não existiria o MINTER/DINTER. A todos os professores e professoras do programa, em especial, aos que mais conviveram conosco, abrilhantaram as nossas aulas e nos abriram novos horizontes: Rosane Lacerda, Natan Monsores, Monique Pyrrho, Flávio Paranhos, Camilo Manchola e Mariana Holanda.

Aos meus e minhas colegas de Minter e Dinter pela convivência e por poderem me proporcionar momentos de discussões prazerosas, enriquecedoras e inesquecíveis durante as aulas.

À minha grande amiga Carol Paz, a qual tenho grande admiração pela pessoa inteligente, responsável, competente com a qual aprendo todos os dias e se faz presente na minha vida em todos os momentos.

Aos meus colegas professores do curso de medicina da UFPE Caruaru que sempre me incentivaram mesmo nos momentos mais difíceis e foram parceiros na divisão das tarefas pedagógicas e de gestão.

Aos alunos que são a nossa força motriz para estudarmos e nos aprimorarmos cada vez mais, dando-lhes o nosso melhor.

*"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)."*

**João Cabral de Melo Neto**

## RESUMO

**Introdução:** A mortalidade infantil é um importante indicador das condições de vida e saúde de uma população. É complexa, multifatorial e influenciada por diversos fatores sócio-econômicos e de assistência à saúde. A Bioética de Intervenção se coloca como interlocutora no combate a dilemas éticos persistentes como a mortalidade infantil em busca de justiça social. **Objetivos:** Analisar a mortalidade infantil e os fatores associados, no município de Caruaru, no período de 2015 a 2020, à luz da Bioética de Intervenção. **Métodos:** Estudo descritivo, analítico, ecológico, onde foi analisado o óbito infantil e sua relação com variáveis socioeconômicas e assistenciais, através de dados secundários do SIM e SINASC do DATASUS. Variáveis estudadas: Maternas: idade, escolaridade, raça/cor; Óbito infantil: idade do óbito, sexo, raça/cor; Assistência: número de consulta pré-natal, tipo de parto, tipo de gravidez, idade gestacional, peso de nascimento, causa básica do óbito, evitabilidade do óbito; Econômicas: renda per capita por bairro. Análise estatística utilizou STATA/SE 12.0 e Excel 2010 para frequências e Teste Qui-Quadrado e Teste Exato de Fisher para associação multivariada. **Resultados:** Foram identificados 302 óbitos infantis com idade média de 38 dias de vida, peso médio ao nascer de 1.863g e idade gestacional média de 32 semanas. A idade materna média foi de 25 anos e o número de consultas de pré-natal média foi de 5 consultas. No grupo de menor renda, prevaleceram as mulheres com idades nos extremos, < 20 anos (49,3%) e ≥ 35 anos (42,4%); as menores escolaridades, ensino fundamental (42,9%) e ensino médio (48,2%) e as mulheres de cor não branca (42,7%). **Discussão:** Os resultados indicam os determinantes sociais como relevantes para explicar questões da mortalidade infantil que vão além dos aspectos biológicos e que se manifestam diferentemente em cada lugar, evidenciando as desigualdades e iniquidades sociais. Os marcadores da desigualdade social são encontrados na relação entre a renda e variáveis materna como idade, escolaridade e raça/cor, pois, mesmo afastados os fatores de risco biológicos, o óbito foi maior no grupo de baixa renda. O parto vaginal foi maior no grupo de menor renda e o parto cesárea predominou no grupo de maior renda, sugestionando um possível



racismo/preconceito estrutural existente no sistema de saúde, onde mulheres não brancas e pobres são maioria e sofrem menos intervenções durante o trabalho de parto por negligência. **Conclusões:** Verificou-se que o enfrentamento da mortalidade infantil, bem como o cuidado com as mães em Caruaru, requer um olhar plural, pois estão impregnados pelas condições de vulnerabilidade das mães e dos bebês advindos da exclusão social. Na perspectiva da Bioética de Intervenção, a mortalidade infantil caracteriza-se como uma situação persistente, delimitada em alguns espaços geográficos invisibilizados socialmente. É importante a conscientização quanto aos fatores detrás das estatísticas e maior compromisso do Estado com as vidas, através de políticas que reduzam as injustiças sociais, desigualdades e violências engendradas nas instituições, priorizando uma ação libertadora, contestando e denunciando o *status quo* vigente em todos os níveis sociais.

**Palavras-chaves:** Bioética. Bioética de Intervenção. Mortalidade Infantil. Saúde e Desigualdade.

## ABSTRACT

**Introduction:** Infant mortality is an important indicator of the living and health conditions of a population. It is complex, multifactorial and influenced by several socioeconomic and health care factors. Interventional Bioethics stands as an interlocutor in combating persistent ethical dilemmas such as infant mortality in search of social justice. **Objectives:** To analyze infant mortality and associated factors in the municipality of Caruaru, from 2015 to 2020, in the light of Intervention Bioethics. **Methods:** Descriptive, analytical, ecological study, where infant death was analyzed and its relationship with socioeconomic and care variables, through secondary data from SIM and SINASC from DATASUS. Variables studied: Maternal: age, schooling, race/color; Infant death: age at death, sex, race/color; Assistance: number of prenatal consultations, type of delivery, type of pregnancy, gestational age, birth weight, underlying cause of death, preventability of death; Economic: per capita income by neighborhood. Statistical analysis used STATA/SE 12.0 and Excel 2010 for frequencies and Chi-Square Test and Fisher's Exact Test for multivariate association. **Results:** We identified 302 infant deaths with a mean age of 38 days of life, mean birth weight of 1,863g and mean gestational age of 32 weeks. The average maternal age was 25 years and the average number of prenatal consultations was 5 consultations. In the lower income group, women aged at the extremes prevailed, < 20 years (49.3%) and  $\geq$  35 years (42.4%); the lowest education, elementary school (42.9%) and high school (48.2%) and non-white women (42.7%). **Discussion:** The results indicate that social determinants are relevant to explaining infant mortality issues that go beyond biological aspects and that manifest themselves differently in each place, highlighting social inequalities and inequities. Markers of social inequality are found in the relationship between income and maternal variables such as age, education and race/color, because, even when biological risk factors are removed, death was higher in the low-income group. Vaginal delivery was higher in the lower-income group and cesarean delivery predominated in the higher-income group, suggesting a possible racism/structural prejudice existing in the health system, where non-white and poor women are the majority and suffer fewer interventions during

labor. negligent delivery. **Conclusions:** It was found that coping with infant mortality, as well as caring for mothers in Caruaru, require a plural look, as they are permeated by the vulnerable conditions of mothers and babies resulting from social exclusion. From the perspective of Intervention Bioethics, infant mortality is characterized as a persistent situation, delimited in some socially invisible geographic spaces. It is important to raise awareness about the factors behind the statistics, and a greater commitment by the State to lives, through policies that reduce social injustices, inequalities and violence engendered in institutions, prioritizing liberating action, contesting and denouncing the status quo in force in all the social levels.

**Keywords:** Bioethics. Intervention Bioethics. Infant Mortality. Disparities, Health Status.

## RESUMEN

**Introducción:** La mortalidad infantil es un importante indicador de las condiciones de vida y salud de una población. Es complejo, multifactorial y está influido por varios factores socioeconómicos y sanitarios. La Bioética Intervencionista se erige como interlocutor en el combate a dilemas éticos persistentes como la mortalidad infantil en busca de justicia social. **Objetivos:** Analizar la mortalidad infantil y factores asociados en el municipio de Caruaru, de 2015 a 2020, a la luz de la Bioética de la Intervención. **Métodos:** Estudio descriptivo, analítico, ecológico, donde se analizó la muerte infantil y su relación con variables socioeconómicas y asistenciales, a través de datos secundarios del SIM y SINASC de DATASUS. Variables estudiadas: Maternas: edad, escolaridad, raza/color; Muerte infantil: edad al morir, sexo, raza/color; Asistencia: número de consultas prenatales, tipo de parto, tipo de embarazo, edad gestacional, peso al nacer, causa básica de muerte, evitabilidad de la muerte; Económico: renta per cápita por barrio. El análisis estadístico utilizó STATA/SE 12.0 y Excel 2010 para frecuencias y Chi-Square Test y Fisher's Exact Test para asociación multivariante. **Resultados:** Se identificaron 302 muertes infantiles con edad media de 38 días de vida, peso medio al nacer de 1.863g y edad gestacional media de 32 semanas. La edad materna promedio fue de 25 años y el promedio de consultas prenatales fue de 5 consultas. En el grupo de menores ingresos prevalecieron las mujeres con edades extremas, < 20 años (49,3%) y ≥ 35 años (42,4%); la educación más baja, primaria (42,9%) y secundaria (48,2%) y mujeres no blancas (42,7%). **Discusión:** Los resultados indican que los determinantes sociales son relevantes para explicar problemas de mortalidad infantil que van más allá de los aspectos biológicos y que se manifiestan de manera diferente en cada lugar, destacando las desigualdades e inequidades sociales. Los marcadores de desigualdad social se encuentran en la relación entre el ingreso y las variables maternas como la edad, la educación y la raza/color, ya que, aun cuando se eliminan los factores de riesgo biológicos, la muerte fue mayor en el grupo de bajos ingresos. El parto vaginal fue mayor en el grupo de menores ingresos y la cesárea predominó en el grupo de mayores ingresos, lo que sugiere un posible

racismo/prejuicio estructural existente en el sistema de salud, donde las mujeres no blancas y pobres son mayoría y sufren menos intervenciones durante el trabajo de parto Entrega negligente. **Conclusiones:** Se constató que el enfrentamiento de la mortalidad infantil, así como el cuidado de las madres en Caruaru, exigen una mirada plural, ya que están permeados por las condiciones de vulnerabilidad de las madres y bebés resultantes de la exclusión social. Desde la perspectiva de la Bioética de la Intervención, la mortalidad infantil se caracteriza como una situación persistente, delimitada en unos espacios geográficos socialmente invisibles. Es importante sensibilizar sobre los factores que están detrás de las estadísticas, y un mayor compromiso del Estado con la vida, a través de políticas que reduzcan las injusticias sociales, las desigualdades y las violencias que se generan en las instituciones, priorizando la acción liberadora, contestando y denunciando el statu quo vigente en todos los niveles sociales.

**Palabras clave:** Bioética. Bioética de la intervención. Mortalidad Infantil. Salud y Desigualdad.

## LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead -----	54
Figura 2 - Determinantes sociais: modelo de Diderichsen e Hallqvist -----	55
Figura 3 - Fluxograma do Linkage entre SIM e SINASC de Caruaru, 2015 a 2020, até definição da amostra analisada -----	72
Figura 4 - Gráfico da Mortalidade Infantil de Caruaru subdividida em seus componentes: mortalidade neonatal precoce, mortalidade neonatal tardia e mortalidade pós-natal, por ano, no período de 2015 a 2020 -----	73

## LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das variáveis por grupo de renda dos óbitos ocorridos no município de Caruaru no período de 2015 a 2020 -----	75
Tabela 2 - Evitabilidade do óbito segunda SEADE pela idade do óbito -----	78
Tabela 3 - Causa básica do óbito pelos capítulos da CID 10 -----	79

## LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

ASCES - UNITA: Centro Universitário Tabosa de Almeida

BI: Bioética de Intervenção

BLH: Bancos de Leite Humano

CID 10: Código InternACIONAL de Doença número 10

CNDSS: Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DNV: Declaração de Nascidos Vivos

DO: Declaração de Óbitos

DSS: Determinantes Sociais da Saúde

EUA: Estados Unidos da América

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

IDHM: Desenvolvimento Humano Municipal

IFPE: Instituto Federal de Pernambuco

IG: idade gestacional

IHAC: Iniciativa Hospital Amigo da Criança

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MN: Mortalidade Neonatal

MPN: Mortalidade Pós-Neonatal

MS: Ministério da Saúde

ODM: Objetivos do Desenvolvimento do Milênio

ODS: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS: Organização Mundial de Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

OPAS: Organização Pan-Americanas de Saúde

PIB: Produto Interno Bruto

PNI: Programa Nacional de Imunização

PROUNI: Programa Universidade para Todos

PSF: Programa de Saúde da Família

REUNI: Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais



RNs: Recém-Nascidos

SEADE: Sistema Estadual de Análise de Dados

SINASC: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SMI: Sistema de Informações sobre Mortalidade

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TMI/CMI: Taxa (ou Coeficiente) de Mortalidade Infantil

TMNP: Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce

TMNT: Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia

TMPN: Taxa de Mortalidade Pós-Natal

UFPE: Universidade Federal de Pernambuco

UNICEF: United Nations Children's Fund

UNIFAVIP Wyden: Centro Universitário do Vale do Ipojuca

UNINASSAU: Centro Universitário Maurício de Nassau

UPE: Universidade de Pernambuco

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>PREÂMBULO</b> .....	19
<b>2.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	24
<b>3.</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	27
<b>3.1.</b>	<b>DA BIOÉTICA À BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO</b> .....	27
<b>3.1.1.</b>	<b>Bioética Principlalista</b> .....	28
<b>3.1.2.</b>	<b>Bioética Latino-americana</b> .....	33
<b>3.1.3.</b>	<b>Bioética de Intervenção</b> .....	35
<b>3.2.</b>	<b>A EXISTÊNCIA SEVERINA</b> .....	40
<b>3.2.1.</b>	<b>Morte e Vulnerabilidade</b> .....	40
<b>3.2.2.</b>	<b>Infâncias Não Vividas e Pobreza</b> .....	45
<b>3.2.3.</b>	<b>Saúde, Desigualdade e Iniquidades</b> .....	47
<b>3.3.</b>	<b>MORTALIDADE INFANTIL</b> .....	58
<b>3.3.1.</b>	<b>Mortalidade Infantil - do Mundo a Caruaru</b> .....	58
<b>3.3.2.</b>	<b>Mortalidade Infantil como indicador</b> .....	59
<b>4.</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	64
<b>4.1.</b>	<b>GERAL</b> .....	64
<b>4.2.</b>	<b>ESPECÍFICOS</b> .....	64
<b>5.</b>	<b>MÉTODOS/METODOLOGIA</b> .....	65
<b>5.1.</b>	<b>DESENHO, LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA</b> .....	65
<b>5.2.</b>	<b>AMOSTRA DOS PARTICIPANTES - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO</b> .....	67
<b>5.3.</b>	<b>INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS PARA A COLETA E ARMAZENAMENTO DE DADOS</b> .....	67
<b>5.4.</b>	<b>ANÁLISE DE DADOS</b> .....	68
<b>5.5.</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	70
<b>6.</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	71
<b>7.</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	80
<b>8.</b>	<b>LIMITAÇÕES DO ESTUDO</b> .....	86
<b>9.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	86

<b>10.</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>89</b>
<b>11.</b>	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>95</b>
<b>12.</b>	<b>ANEXOS</b> .....	<b>97</b>

## 1. PREÂMBULO

O ponto de intersecção da minha vida com a saúde pública se iniciou na época da graduação, em 2002, enquanto militante do Movimento Estudantil. Lutávamos por uma saúde pública e de qualidade. Essa vivência se manifestava de forma concreta pelo desejo de transformação da sociedade e diante, também, da minha história de vida. Filha de mãe negra e de um pai branco, cresci em um lar dividindo o espaço com mais três irmãs. Sendo a única “morena” da família eu cresci atravessada por relações com a família materna de origem negra e com um pai de cor branca advindo da zona rural do sertão do Ceará que conseguiu um emprego através das Forças Armadas mas, que por causa de um acidente, ficou cadeirante necessitando de cuidados especiais.

O lugar da diferença e os espaços que denominamos de abjeção se faziam presente ao meu redor. Espaços de inconformismo, dúvidas, mas também espaços de engajamentos, amizades, esperanças e utopias. Aos poucos, identificava na sociedade através dos olhares, julgamentos e da convivência com as pessoas em diferentes espaços os preconceitos que geram conflitos silenciosos, mas determinantes para as desigualdades sociais através da cor, raça, gênero, sexualidade, etc. Ao mesmo tempo eu era privilegiada pelas condições que me foram dadas quanto à segurança, moradia, estudos e afeto. Paralelo a tudo isso, a cidade de Recife se manifestava diante de mim de forma caótica, através das desigualdades sociais tão visíveis aos meus olhos e aos olhos de quem quisesse enxergar.

Lixo exposto nas calçadas, esquinas e ruas. Idosos, mães e crianças nos sinais pedindo esmolas. Hospitais lotados e sem vagas para o atendimento dos mais necessitados, além da cultura do medo disseminada pela elite quanto às classes menos favorecidas. Recife era o Caos que se manifestava ao largo da sua cultura do frevo, do movimento armorial, da sua dimensão litorânea e turística e do movimento manguebeat em que a *Lama* e o *Caos* emergiram na música de Chico Science como metáforas das diferenças de classe, da miséria: “num dia de sol Recife acordou

/Com a mesma fedentina do dia anterior /A cidade não para, a cidade só cresce /O de cima sobe e o de baixo desce”.

Ao largo da poesia e música de Chico Science, havia a aposta na esperança de uma sociedade menos desigual, menos injusta, menos doente. No final da década de 1980 e início de 1990, eu não tinha uma clara consciência do momento histórico que vivíamos, abertura democrática, queda do muro de Berlim, início daquilo que denominamos Globalização e da popularização das redes de computadores etc. Anos mais tarde, já adolescente, a internet se fazia presente como o signo da contemporaneidade ligada por redes de comunicação em que o celular e o mundo virtual convergiam para a instrumentalização de um novo capital, modo de existência, resistência e possibilidades diversas.

Enquanto mulher, dei-me conta de tudo isso quando cheguei à Universidade de Pernambuco no curso de Medicina. Diante de um curso tão sonhado por mim e por muitos/as jovens, procurei na instituição o lado que eu mais me identificava como alguém que tomava aos poucos consciência da realidade que havia vivido e visto. Ser estudante de medicina para alguns é desfrutar da vã aparência em pertencer ao Olimpo de uma classe que toda sociedade admira e até mesmo venera. Há quem já se prende às fantasias e nuances do jaleco branco desde a formação médica. Como no conto *O Espelho* de Machado de Assis em que o personagem não consegue mais viver sem a roupa de Alferes e por isso quando se vê sem a farda busca se vestir da indumentária e se ver refletido no espelho de casa, o jaleco branco é legitimado pela sociedade de forma quase unânime como lugar hierárquico de poder e privilégio.

Obviamente que o lugar do médico na sociedade é imprescindível, assim como outras tantas profissões e profissionais, mas o cotidiano de aluna me fazia olhar de forma estratégica o curso de Medicina como um lugar que podia fazer a diferença no âmbito social e mudar a realidade. Talvez aqui caiba outro verso musical de Chico Science enquanto resistência: “Eu vou fazer uma embolada, um samba, um maracatu/ Tudo bem envenenado, bom pra mim e bom pra tu /Pra a gente sair da lama e enfrentar os urubu”.

No curso de medicina, a gente entra em contato com um modo de Ser/Médico higienizado em que nos deparamos com a doença do paciente e pouco escutamos o seu sofrimento e a sua subjetividade. Assim como no verso acima eu precisei bailar buscando uma forma de não cair nas fantasias do jaleco branco para poder enfrentar a lama e os urubus, metáforas de uma sociedade em que a condição de vulnerabilidade social e pobreza torna as pessoas muito próximas das doenças, da fome e da morte. Assim, mesmo crescendo num ambiente rico culturalmente, eu ainda me sentia inexperiente como futuro profissional.

Estudava e entendia o que era a Reforma Sanitária e sua importância na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que surgiu em 1988 através da lei Nº 8.080/90. Foi em 1994 que iniciou a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) mas só em 2002 é que houve o Projeto de Expansão e consolidação do PSF que é um dos pilares da Atenção Básica, atuando na assistência à gestante realizando pré-natal e na assistência ao Recém-Nascido (RN) com a puericultura.

Enquanto estudante, acompanhei o processo de consolidação do PSF e vi a capilaridade dessa política de saúde dentro das comunidades e sua capacidade em fazer pontes entre os diversos serviços de saúde do município, transformando realidades, cuidando de quem precisa ser cuidado, quebrando paradigmas, mostrando que é possível fazer saúde em qualquer lugar e não apenas dentro do hospital e que o médico tem que estar onde o povo precisa.

Ao término da graduação trabalhei como médica no interior do estado de Pernambuco e tive que retornar à capital para fazer Residência Médica em Pediatria e depois em Neonatologia. Trabalhar no interior me fez perceber como é difícil fazer medicina de qualidade em serviços de saúde precarizados, como os profissionais ficam sujeitos à política local e que para ser um bom médico você tem que exercitar muito a sua capacidade de ouvir e examinar o paciente para fechar diagnósticos clínicos pois precisar de um exame não disponível, no município, faz com que você tenha que encaminhar o paciente para a capital. Diante disso, percebi o quão era necessário descentralizar serviços com profissionais especializados e descentralizar o ensino para que as pessoas não precisassem mais se deslocar para a capital para

ter um ensino de qualidade e nem para ter acesso a determinados serviços de saúde.

O tema da morte se faz presente em qualquer especialidade médica, principalmente o de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e foi ainda na Residência Médica de Neonatologia que surgiu meu interesse em estudar a mortalidade infantil. Conheci, então, os Comitês de Investigação de Óbitos Infantis e de Óbitos Maternos, estruturados e sistematizados, em 2004, com o objetivo de identificar causas evitáveis de óbito e assim poder fomentar políticas públicas de saúde. Mensalmente, fazíamos reuniões clínicas para discutir o prontuário de todo bebê que ia a óbito na UTI neonatal e identificar se era um óbito evitável e em que momento da assistência esse óbito poderia ter sido evitado. Nesse momento, percebi a complexidade do tema e entendi que para uma criança poder ter o direito de nascer e viver a família dela deveria ter os direitos básicos garantidos: saúde, educação, moradia e alimento na mesa.

Nessas reuniões, diversos fatores eram apontados como causas evitáveis, como um bebê prematuro nascer no local errado sem assistência adequada e sem leito de UTI; a inadequação dos transportes neonatais desses bebês que necessitam de um leito de UTI; as falhas na assistência ao parto que levavam a hipóxias perinatais graves; a peregrinação das gestantes em trabalho de parto por falha do Estado na proteção dessas gestantes deixando de lhes garantir o acesso ao parto humanizado (1).

Por estar tão imersa nessa temática, ela passou a ser objeto de estudo do mestrado em bioética que tem transformado a minha percepção sobre a realidade e diversos fenômenos. Assim, o mundo acadêmico da Bioética se desvelou para mim através de outros olhares, paradigmas e problematizações, fazendo-me resgatar o sentimento de militância da graduação e redescobrir uma bioética para além dos ensinamentos deontológicos e principialistas ministrados na formação acadêmica de medicina.

Beber da fonte, buscar a origem, chegar ao criador do neologismo “Bioética”, Van Rensselaer Potter, no seu livro “ Bioethics bridge to the future”, foi entender a ideia original do conceito. Potter imaginou a bioética como uma ética global que se

relaciona com os fenômenos da vida humana em todos os aspectos, a forma como os seres humanos se relacionam entre si, em sociedade, com o meio ambiente de forma sustentável e com a saúde. Já a Bioética de Intervenção, genuinamente brasileira, politizada, comprometida com a saúde pública, acendeu-se como um oásis no deserto de descrenças que habitava em mim.



## 2. INTRODUÇÃO

No Brasil, a mortalidade infantil ainda é um problema de situação persistente e devido a sua magnitude, sobretudo em algumas regiões do país, onde as desigualdades sociais são prevalentes, requer uma análise crítica que contemple vários fatores, razão pela qual optamos em fazê-la utilizando as ferramentas de análise da Bioética de Intervenção.

A mortalidade infantil é definida como os óbitos de crianças ocorridos antes de completar 1 ano de vida num período de tempo e num espaço geográfico. A sua causalidade é multifatorial e está diretamente relacionada com questões sociais e de saúde. Envolve uma população vulnerável, mulheres e crianças, com alguns agravantes a depender da cultura de cada país. Falar de mortalidade infantil é falar de desigualdades sociais e de saúde, situação essa exposta pelos números, pelas diferentes taxas entre regiões com desenvolvimentos econômicos diferentes, tanto que as piores Taxas de Mortalidade Infantil (TMI) estão associadas a regiões de maior pobreza, pior distribuição de renda, com escassez de saneamento básico, fome, falta de acesso a serviços de saúde, entre outros.

Segundo relatório da *United Nations Children's Fund* (UNICEF) de 2020, o qual apresenta dados mundiais, traz que cerca de 7,7 milhões de óbitos de crianças e adolescentes ocorridos em 2019, 53% foram óbitos infantis e desses, 33% foram neonatais. Um terço dessas mortes neonatais ocorreram ainda no primeiro dia de vida e três quartos na primeira semana de vida. A TMI global foi de 28 por mil nascidos vivos e a Taxa de Mortalidade Neonatal (TMN) global foi 17 por mil nascidos vivos nesse mesmo ano. As piores taxas de mortalidade de qualquer idade se concentraram na África Subsaariana e no sul da Ásia. O relatório destacou ainda as principais causas de mortalidade neonatal em todo o mundo: parto prematuro, complicações relacionadas ao parto (asfixia no parto), infecções e malformações (2).

No Brasil, em 2019 (3), a TMI foi de 13,3 por mil nascidos vivos. As regiões Norte e Nordeste tiveram as maiores taxas e a região Sul, a menor. Na região Sula a TMI foi de 10,2 por mil nascidos vivos, sendo o estado de Santa Catarina que obteve

a menor taxa do Brasil de 9,6 por mil nascidos vivos. Na região Nordeste, a TMI foi de 15,2 por mil nascidos vivos, o estado de Pernambuco apresentou TMI de 13 e o município de Caruaru, 9,62 por mil nascidos vivos (3).

Caruaru é a 4ª cidade mais populosa de Pernambuco, cujas principais atividades econômicas são: Comércio, Prestação de Serviços, Indústria, Educação, com destaque para o comércio de confecções e de artesanato. Tem apenas 22,3% da população trabalhando, com salário médio de 1,6 salários mínimos (4). É uma cidade com muita pobreza e empregos informais, os trabalhadores da feira de Caruaru. Cerca de 36,2% da população não tem nenhum rendimento e destes 54,5% são mulheres (5).

A queda dos números da TMI ocorreu ao longo dos anos devido a diminuição dos óbitos no período pós neonatal por causa das melhorias de condições de infraestrutura (rede de esgoto e água potável) e o acesso a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil, mas ainda mantemos taxas altas de óbitos infantis concentradas principalmente no período neonatal precoce.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2019 (3), 75,4% dos óbitos infantis foram por causas evitáveis e destes, 52,4% eram evitáveis por adequada atenção à mulher na gestação. Os óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (53,5% do total) e tardio (17,5%) estavam associados predominantemente à qualidade da atenção durante o pré-natal e o parto e também aos cuidados com o recém-nascido. Já os óbitos ocorridos no período pós-neonatal (29%) associaram-se a condições de vulnerabilidade como: nível socioeconômico, acesso a saneamento básico e atenção à saúde (serviços preventivos e curativos) (3).

Diante disso, pode-se compreender que a mortalidade infantil requer o olhar da Bioética de Intervenção (BI), pois trata-se de um grupo social bastante vulnerável, especialmente em algumas regiões do país. A BI se mostra como uma prática que, no âmbito da realidade, sai em busca de soluções para “os obstáculos que impedem ou dificultam a existência de uma sociedade mais equânime” (6, p.486).

A BI entende como situações persistentes aquelas condições que nos acompanham sem soluções adequadas por longo tempo, como a exclusão social, a

pobreza e diferentes formas de discriminação (6). Nesse sentido, Garrafa explica que a BI tem compromisso com diferentes campos de atuação:

a) no campo público e coletivo: a priorização de políticas e tomadas de decisão que privilegiem o maior número de pessoas, pelo maior espaço de tempo e que resultem nas melhores conseqüências, mesmo que em prejuízo de certas situações individuais, com exceções pontuais a serem discutidas; b) no campo privado e individual: a busca de soluções viáveis e práticas para conflitos identificados com o próprio contexto onde os mesmos acontecem (7, p.130-131).

Ainda no entendimento de Garrafa (7), a BI atua num campo de conexões com espaços de representação pública e social, num contínuo modo de enxergar a totalidade dos fenômenos que privilegiem os mais necessitados mesmo que não haja resolutividade para todos. O diálogo institucional, a luta pelos direitos dos mais vulneráveis e o espaço de interlocução facilitado pela BI, possibilitam identificar a mortalidade infantil (MI) como um fenômeno de especificidades encontradas no contexto dos dilemas bioéticos das situações persistentes que demandam uma análise bioética crítica.

É nessa perspectiva que a BI mostra-se profícua para compreender a situação da MI em Caruaru, localizada no Agreste pernambucano, cujo cenário aponta para desigualdades e vulnerabilidades vigentes. Ademais, a BI como ética aplicada contém ferramentas que poderão mostrar como enfrentar essa realidade.

Esse texto se divide em duas partes, a primeira parte composta pela fundamentação teórica subdividida em capítulos e a segunda parte é composta pelo desenvolvimento do estudo, seus resultados, discussão e conclusões.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1. DA BIOÉTICA À BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO

A Bioética é uma ética aplicada que estuda as questões relacionadas a todos os aspectos da vida e suas interfaces sociais, ambientais etc. Dentre elas destacam-se também aquelas relacionadas às ciências da saúde e biotecnologia, ou seja, os dilemas éticos criados com o desenvolvimento da medicina e com as pesquisas em seres humanos que diferentemente da mortalidade infantil são compreendidos como demandas bioéticas das situações emergentes. Assim como a ética, a bioética não é neutra, ela não se identifica com nenhum código moral, mas é crítica dos costumes morais. De certa forma, a Bioética aparece como mediadora diante de emergentes e novas questões humanas pautadas a partir das revoluções científicas, paradigmas e modificações de cenários econômicos, políticos e sociais na era pós-industrial.

É posto que a técnica alçou alcances inimagináveis nos domínios da ciência e da tecnologia, mas o humano muitas vezes ficou a reboque desses avanços. O desenvolvimento das ciências no pós-guerra sucumbiu, frequentemente, a muitos valores éticos importantes na humanidade e assim se fazia necessário repensar a dimensão moral das pesquisas científicas além das condutas médicas.

Uma das questões problemáticas em pensar a bioética conceitualmente é fixar fronteiras e delimitar espaços permanentes. A bioética, enquanto um novo modo de pensar a realidade, intervir, modificar, relacionar, criticar, ouvir e criar, não pode se ajustar em determinantes fixos pautados na inércia da realidade principalmente em se tratando de países periféricos nos quais uma multiplicidade de questões básicas incapacitam o desenvolvimento das pessoas.

Nesse sentido, o bioeticista Volnei Garrafa (7) destaca três determinantes epistemológicos que sustentam o caráter evolutivo da bioética. O primeiro ele

qualifica como multi-inter-transdisciplinaridade, pois se a bioética não tem fronteiras e trabalha com diversos conceitos multidisciplinares, ela não poderia ser enquadrada como uma disciplina; o segundo, o pluralismo moral presente nas democracias que ele denomina secularizadas e pós-modernas; e, por último, “a compreensão da impossibilidade de existência de paradigmas bioéticos universais” (7, p.126). Portanto, não há como existir uma bioética que consiga dar conta universalmente dos problemas em questão, visto que a realidade é mutável e os fenômenos emergem quase sempre de maneira complexa.

Diante disso, na bioética, os conceitos precisam estar a serviço da transformação, sendo a bioética “(...) um instrumento concreto a mais para contribuir no complexo processo de discussão, aprimoramento e consolidação das democracias, da cidadania, dos direitos humanos e da justiça social (7, p.126)”. Por isso, elementos como equidade, autonomia, liberdade, emancipação, empoderamento são conceitos abertos, pois eles devem atuar nas engrenagens das instituições e do social em benefício da coletividade.

Pensar os conflitos éticos em alguns países fora do Primeiro Mundo delimitou para bioética outras questões quando pensamos nas problemáticas de países como o Brasil e outros países latino-americanos que trazem situações limite para o processo civilizatório como a fome, violência, vulnerabilidade social, preconceitos, desigualdades, desnutrição. Isso fez a Bioética repensar o seu status quo como veremos mais adiante ao apresentarmos a bioética de intervenção.

### **3.1.1. Bioética Principlista**

Os ensaios iniciais sobre a Bioética começaram na década de 70, e desde então vem adquirindo uma posição importante quando se trata de questões relacionadas com a vida e com a evolução biotecnológica (8). O estadunidense Van Rensselaer Potter, no livro *Bioethics: bridge to the future*, em 1971, cunha o neologismo Bioética e cria o conceito interdisciplinar entendendo que era necessário estabelecer um diálogo entre a ciência da vida e a ética, surgindo assim, uma ética

aplicada que trata dos desafios éticos relacionados à sobrevivência humana numa perspectiva ampla (9).

A intenção de Potter era desenvolver uma ética das relações vitais, dos seres humanos entre si e dos seres humanos com o ecossistema. O compromisso com a preservação da vida no planeta tornou-se, desta forma, o cerne do seu projeto, que possuía como característica principal o diálogo da ciência com as humanidades (8, p.24).

A Bioética de Potter rapidamente foi tomada por uma outra visão pautada pelo Relatório Belmont, publicado nos Estados Unidos em 1978, cuja finalidade era regulamentar as pesquisas com os Seres Humanos, através de princípios e diretrizes éticos que protegessem pacientes humanos nas pesquisas. A partir do Relatório de Belmont, Tom L. Beauchamp e James F. Childress publicaram, em 1979, a obra *The Principles of Biomedical Ethics*, estabelecendo quatro princípios que passaram a nortear a bioética numa dimensão clínica, tornando-a conhecida como bioética principialista.

A Intenção de Beauchamp e Childress era analisar as decisões clínicas sob a orientação de quatro princípios básicos, dois de ordem teleológica e outros dois de ordem deontológica. Os princípios de ordem teleológica (beneficência e respeito à autonomia) apontam para os fins os quais os atos médicos devem estar orientados. Já os princípios de ordem deontológica (não maleficência e justiça) indicam os deveres que o médico deveria assumir no cuidado com o paciente (8, p.25).

Tais princípios foram instantaneamente legitimados pela comunidade acadêmica e de bioeticistas e aplicados nas resoluções de conflitos morais das pautas com temática bioética. Dos princípios de ordem teleológicas destacamos o princípio da beneficência cuja finalidade diz respeito ao ato profissional, onde deve-se agir por obrigação moral em detrimento e benefício de outros, ou seja, provocar o maior benefício para o maior número possível de pessoas. Dessa forma, não pode ser confundido com a benevolência que indica uma virtude do sujeito (8).

O princípio da beneficência tenta, num primeiro momento, a promoção da saúde e a prevenção da doença e, em segundo lugar, pesa os bens e os males buscando a prevalência dos primeiros. A beneficência no seu sentido estrito deve ser entendida, conforme o Relatório Belmont, como uma dupla obrigação, primeiramente a de não causar danos e, em segundo lugar, a de maximizar o número de possíveis benefícios e minimizar os prejuízos (10, p.45).

O segundo princípio no âmbito teleológico é o princípio da autonomia, o qual gera muitos questionamentos na saúde. Tal princípio requer que os indivíduos capacitados deliberem sobre suas escolhas pessoais e que tenham sua decisão respeitada, entretanto, na relação médico-paciente, a tomada de decisão sempre levanta questionamentos sobre procedimentos diagnósticos e terapêuticos a serem adotados, logo, a decisão acaba sendo de quem é o detentor do conhecimento, tornando essa relação paternalista e absolutista por parte do médico e passiva pelo paciente (11).

O dilema que geralmente se impõe nas várias situações é: a decisão deve ser do médico, preparado na arte de curar e que melhor conhece os convenientes de cada conduta, ou seja, aquele que sabe mais? ou do paciente, porque é o dono do seu próprio destino e, portanto, deve decidir o que quer para si? (11, p.53)

A ideia de autonomia posta na bioética se põe pela vida da conquista da liberdade por parte do paciente e do entendimento do médico diante do fenômeno relacional que isso desperta. A capacidade do ser humano em decidir o que é “bom” para si ou o seu “bem estar” repousa numa espécie de autogoverno que presentifica condições de determinar a sua vida através de ações livres. No entanto, muitas vezes não é apresentado para o ser humano a liberdade de escolha ou condições propícias para isso.

Ainda, há momentos em que a coerção imposta pela sociedade ou por elementos do poder institucional impõe ao sujeito (paciente ou sujeitos submetidos a pesquisas) formas disciplinares que impossibilita pensar, imaginar ou dialogar com os profissionais de saúde de forma autônoma.

Por outro lado, há os limites da autonomia em que o seu lugar na dinâmica das pessoas seja confundido, vivido ou transformado em individualismo. Sendo

assim, “a autonomia não deve ser convertida em direito absoluto”. A decisão ou ação de uma pessoa, mesmo que autônoma, que possa causar dano(s) a pessoa(s) ou a saúde pública poderá não ser validada eticamente (11, p.60)”

Dentro os princípios deontológicos estão o princípio da não-maleficência que segundo Kipper e Clotet (12, p.47), remonta à tradição hipocrática que é criar o hábito de “socorrer ou, ao menos, não causar danos”. No cenário médico e da saúde, muitas vezes esse conceito não é bem entendido, pois consideramos que nem sempre não criar danos remete a evitar dor ou sofrimento. Às vezes, para evitar que um câncer se espalhe e cause metástase, levando a deterioração por completo da saúde de um paciente, o médico precisa fazer extração de algum órgão do corpo para salvar a vida do paciente, como é o caso de um câncer de mama, onde a mama precisa ser retirada, causando-lhe uma mutilação.

Assim, o princípio da beneficência e não-maleficência precisam ser analisados em conjunto pois carregam efeitos morais intensos afinal, “a dor ou o dano causado a uma vida humana só pode ser justificado, pelo profissional de saúde, no caso de ser o próprio paciente a primeira pessoa a ser beneficiada (12, p.48)”. Os dois princípios, beneficência e não-maleficência, são importantes para nortear a conduta e o cotidiano dos profissionais de saúde colaborando em momentos de complexidade dos casos.

Por fim, na bioética principialista, ainda na ótica deontológica, encontramos o princípio da Justiça que entra como um mecanismo regulador das relações médico-paciente e pesquisador-pesquisado, não devendo prevalecer a autoridade médica ou cientista nessas relações. Na saúde, estabelece, como condição fundamental, a equidade e obrigação ética de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correto e adequado. Deve haver imparcialidade quanto aos aspectos sociais, culturais, religiosos, financeiros ou outros interfiram na relação médico-paciente.

Muitas das formulações sobre justiça estão baseadas em conceitos filosóficos de pensadores gregos que entendiam a justiça como uma propriedade natural das coisas, cabendo ao ser humano apenas conhecê-las e respeitá-las. Para Platão (Apud 13), os artesãos eram seres inferiores e deviam obediência aos governantes.



Na cidade justa descrita por Platão, o súdito devia obediência ao soberano, assim como o enfermo a deveria aos médicos, surgindo assim o fundamento do paternalismo (13).

A justiça na dimensão grega, socrático-platônica, influencia os fundamentos da sociedade ocidental judaico-cristã no âmbito da representação e de ideais metafísicos e transcendentais. De certa forma, o conceito de justiça sempre carrega uma mistificação da realidade nos levando a acreditar que há justiça para todos desde que se mantenha o status quo.

Para Siqueira, uma sociedade que se ergue baseada nas trocas e no capital fruto do mercantilismo, só respalda as injustiças vigentes numa sociedade liberal. Pensando em justiça no coletivo, Marx e Engels propuseram “o regime socialista como único caminho para a construção de uma sociedade humana autenticamente igualitária e justa.” (Apud 13, p.75). Sendo assim, só há justiça social com a extinção da propriedade privada, pois o estado-liberal é construído sobre uma estrutura desigual tornando a injustiça condição necessária para o funcionamento do poder liberal e capitalista (Apud 13).

Nesse sentido, o conceito de justiça pensado dessa forma, apresenta-se como uma falácia, sobre o ponto de vista universal, já que a existência do conceito de liberdade esbarra na realidade material imersa numa sociedade de produção que incentiva a competição e na qual a autonomia é confundida com individualismo e exploração.

Durante anos, foi a Bioética Principlista (BP) que dominou o cenário mundial nas discussões sobre bioética, uma bioética restrita aos assuntos biomédicos que se afastou da ideia original de Potter, na qual também havia preocupação com o ecossistema tão importante para a sobrevivência da humanidade. Uma bioética individualista que acreditava numa moralidade comum contra o pluralismo moral, não sendo possível dialogar com dilemas éticos cujas realidades são diversas e culturas plurais, onde a tolerância e o respeito à diferença do outro são necessários.

Entre as críticas a Bioética Principlista está a supervalorização do Princípio da Autonomia que fez “emergir uma visão singular e individualizada dos conflitos, juntamente com uma verdadeira indústria de “consentimentos informados”... como

se todas as pessoas – independentemente de nível socioeconômico e escolaridade – fossem verdadeiramente autônoma (7)”.

Outro ponto importante é que a BP era insuficiente para analisar conflitos que exijam flexibilidade na adequação cultural ou no enfrentamento de problemas cotidianos como pobreza e exclusão social, enfrentados por grande parte da população de países como o Brasil e seus vizinhos da América Latina (7).

### **3.1.2. Bioética Latino-americana**

A hegemonia da Bioética Principlista começou a ser quebrada em 1995, com a criação do I Congresso Latino-Americano e Caribenho de Bioética, convocado pela Federação Latino-Americana de Instituições de Bioética (Felaibe), cujo tema foi "Bioética e pobreza na realidade Latino-Americana", abrindo um espaço para reflexão sobre questões sociais relacionadas à saúde. A ruptura com a tradição anglo-saxônica para criar uma Bioética Latino-Americana e Caribenha que respondesse às necessidades e particularidades de cada região, aconteceu de fato no VI Congresso da Associação Internacional de Bioética realizado em Brasília em 2002 e presidido por Volnei Garrafa, cujo tema foi "Bioética, poder e injustiça" (14).

A partir de então, começou-se a aprofundar as bases conceituais de sustentação da bioética, e surgiu a necessidade de contextualizar seus referenciais dentro das realidades das nações mais pobres e que apresentam altos índices de exclusão social. Em maio de 2003, foi fundada a Rede Latino-Americana e Caribenha de Bioética (Redbioética) e em novembro de 2004 saiu a primeira publicação: Estatuto epistemológico de la bioética, coordenado por Garrafa, Kottow e Saada, estabelecendo as bases conceituais de uma bioética atualizada e adaptada à realidade da região (xx).

As bases conceituais Latino-Americanas partem dos seguintes pressupostos (15):

- A não universalidade das diferentes situações, devendo ser levado em consideração o contexto dos problemas e seus respectivos referenciais culturais, religiosos, políticos, de preferência sexual etc.

- O respeito ao pluralismo moral, compreendendo as diferentes visões morais sobre os mesmos assuntos dentro das sociedades que também são plurais.
- A multi-intertransdisciplinar que amplia sua temática biomédica-biotecnológica para os campos sanitário, social e ambiental.
- A característica de ser uma ética aplicada
- A análise dos fatos a partir dos referenciais do pensamento complexo (Morin, 2001) ou da totalidade concreta (Kosik, 1976). O todo é mais que o somatório das partes, as partes dialogam entre si mutuamente proporcionando uma noção mais harmônica e palpável de realidade a partir da religação de diferentes saberes.
- A necessidade de estruturação do discurso bioética, baseado: na comunicação e a linguagem (para se manifestar), na argumentação (que deve primar pela homogeneidade e lógica), na coerência (na exposição das ideias) e na tolerância (relativa ao convívio pacífico diante de visões morais diferenciadas).

No Brasil germinavam novas teorias bioéticas como a “Hard” Bioética ou Bioética de Intervenção encabeçada por Volnei Garrafa e Dora Porto. Bioética politicamente engajada e comprometida com a saúde pública e o social que teve forte influência na redação final da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, a qual incorporou o artigo 14, intitulado "Responsabilidade social em saúde". Outra teoria foi a Bioética de Proteção encabeçada por Fermín Schramm e Miguel Kottow que sugere com o ideia de proteger os indivíduos e populações vulneráveis e suscetíveis até alcançarem no futuro sua autoproteção.

A América Latina apresenta questões dilemáticas como a pobreza e a exclusão social, seu grande desafio está na equidade da realocação de recursos, por isso era necessário desenvolver uma bioética com uma visão ampliada que entendesse o contexto social ao qual o indivíduo está inserido. Assim, a bioética latino-americana toma um caráter perene e em constante reconstrução na observância dos fenômenos sociais, econômicos, políticos e culturais do seu povo e da região (16).

A bioética latino-americana deve se tornar a vanguarda do novo enfoque nos determinantes da saúde, tendo em vista sua preocupação e respeito aos direitos humanos, em busca da construção de sociedades civis e governáveis, através do desenvolvimento humano com maior equidade e justiça. Busca também políticas públicas que tragam saúde e bem-estar a população e qualidade no funcionamento dos serviços, assim como a cordialidade nas interações entre profissionais e pacientes, cidadãos e governantes, homens e mulheres, homem e natureza (14).

### **3.1.3. Bioética de Intervenção**

A Bioética de Intervenção (BI) é gestada na década de 90 no Brasil, entrelaçada com a saúde pública, sob a influência da Reforma Sanitária, fomentando reflexões críticas acerca de questões sanitárias e ambientais. Surge como proposta inicialmente no Brasil sob o nome de “Hard Bioethisc” (Bioética Dura). Segue basicamente a linha conceitual proposta pela Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO e desde o início é dividida em três grandes partes, uma parte conceitual e duas temáticas: 1. Fundamentos de Bioética; 2. Situações emergentes em bioética; 3. Situações persistentes em bioética. Tem como seus principais pensadores Volnei Garrafa e Dora Porto e se estabelece como um contraponto à bioética estadunidense principialista (17).

A bioética de intervenção busca dar respostas de forma mais abrangente aos problemas e desafios de questões localizadas em países emergentes como o Brasil. As suas discussões apareceram de forma concreta a partir do Sexto Congresso Mundial de Bioética realizado em Brasília no ano de 2002 e promovido pela Associação Internacional de Bioética. Contudo, desde 1998, outros eventos e congressos científicos deram o pontapé inicial nas discussões como os que aconteceram no Brasil (1998), na Argentina (1998), no Panamá (2000), na Bolívia (2001) e no México (2001). Importante ressaltar que os debates ocorridos nos anos 90 foram de vital importância desaguando em efeitos epistemológicos quanto ao lugar em que a Bioética de Intervenção deve se assentar, através de justificativas e objetivos claros e definidos (18).

(...) percebe-se a necessidade de uma reflexão bioética direcionada para a realidade brasileira, que esteja adequadamente instrumentalizada para agir na busca de soluções para os obstáculos que impedem ou dificultam a existência de uma sociedade mais equânime. Diante da situação particular, observada na interação dos fatores responsáveis pelas dificuldades as mais diversas, desde os problemas mais caros do ponto de vista financeiro até os problemas mais caros do ponto de vista da dignidade da espécie humana, a Bioética de Intervenção vem estabelecendo, como alicerce, os conceitos necessários para a orientação de ações concretas (6, p.486).

Pensar uma bioética em países do hemisfério sul como o Brasil é encarar a realidade social e as suas manifestações quanto a vários quesitos no âmbito dos conflitos sociais estabelecidos e engendrados em processos colonizadores de dominação e opressão referenciados ao longo de séculos através de pensamentos eurocêntricos num sistema-mundo capitalista (19).

A bioética de intervenção busca uma ação libertadora e contestadora do status quo vigente na sociedade, onde a realidade é mistificada pelos órgãos de poder que atendem quase sempre a códigos morais estabelecidos como ideais de normalidade e controle centrados na classe dominante.

Assumindo uma posição de politização dos conflitos morais, a bioética de intervenção defende que a preocupação primeira das bioéticas oriundas dos países pobres seja o enfrentamento dos dilemas éticos persistentes. Por esse motivo, faz opção pela banda frágil da sociedade e se propõe a lutar contra todas as formas de opressão e pela promoção da justiça, tendo como referencial o princípio da equidade (19, p.281).

Segundo Garrafa e Porto (20), a pretensão universalista da bioética principialista não encontra, no Brasil, uma funcionalidade completa tendo em vista as desigualdades, pois, no território brasileiro é preciso uma análise contextualizada dos conflitos exigindo flexibilidade na realização teórica e prática de uma bioética. Assim, a bioética principialista de origem anglo saxônica, mesmo com notório saber, é insuficiente e incapaz de impactar positivamente as populações que estão lidando com problemas persistentes em seu cotidiano.

Los bioeticistas que trabajan en los países ricos o pobres – centrales o periféricos – con unos y otros grupos sociales (privilegiados/incluidos o desprivilegiados/excluidos), terminan por enfrentar problemas de orígenes diversos, así como de dimensiones y complejidades también diferentes (20, p.162)

Ou seja, a bioética, na América Latina, alerta para uma espécie de interpretação dos problemas da sociedade pela via política. Tal interpretação deve passar pelo debate, na saúde pública, pautado através do Estado e direcionado a discussões com a sociedade, as universidades, instituições de poder e representativas etc. Para Garrafa e Porto (20) a sistematização da bioética de intervenção obedece a um levantamento e classificação das questões básicas que norteiam os problemas postos. Logo, devemos inserir uma discussão de saberes contra a hegemonia epistemológica dos países eurocêtricos que fingem conhecer ou desconhecem os problemas de países latino-americanos como o Brasil.

Nesse sentido, além da bioética das situações emergentes com temas comuns a muitos países, como o desenvolvimento biocientífico, tecnologias reprodutivas, transplantes de órgãos e tecidos, as bioéticas das situações persistentes emergem, para Garrafa e Porto (20), através de formas antigas e heranças passadas que se manifestam de forma presente como “la exclusión social, la pobreza, las diferentes formas de discriminación, la insuficiencia de recursos para la salud pública, el aborto, la eutanasia (20, p.162)”. Acrescente-se ainda a mortalidade infantil como elemento que se constitui presente e comumente associada a uma série de mecanismos oriundos das mais diversas formas de vulnerabilidades manifestadas na sociedade brasileira.

O significado de vulnerabilidade social leva ao contexto de fragilidade, desproteção, debilidade, (des) favorecimento – populações desfavorecidas – e, inclusive, de abandono, englobando diferentes formas de exclusão social, de distanciamento ou isolamento de grupos populacionais com relação aos benefícios propiciados pelo desenvolvimento. (21, p.33).

No território nacional, há sérias divisões de classes que impulsionam inúmeras pessoas à uma luta constante pelas mínimas condições de vida. Os desfavorecidos continuam em números cada vez maiores. As cisões geram

desconforto, violência, mal-estar e impregnam a sociedade em momentos de instabilidade constante numa forma de desencanto e desalento quanto a dias melhores.

O fenômeno da desigualdade é tão enraizado entre nós que se apresenta a partir de várias faces: a desigualdade econômica e de renda, a desigualdade de oportunidade, a desigualdade racial, a desigualdade regional, a desigualdade de gênero, a desigualdade de geração, a desigualdade social, presente nos diferentes acessos à saúde, à educação, à moradia, ao transporte e ao lazer (22, p.126).

Para analisar as questões acima colocadas pela autora, através da Bioética de intervenção, faz-se necessário identificar os conflitos de uma determinada territorialidade e entender o contexto no qual se manifestam as problemáticas. Nesse sentido, situar o estatuto da bioética de intervenção, enquanto marco teórico, segundo Garrafa e Porto (20), é inserir as discussões no âmbito público e coletivo, através de políticas que privilegiem um grande número de pessoas resultando em consequências mais abrangentes mesmo que escapem pontos importantes em casos de ordem complexa e individuais. Assim, rever alguns conceitos e dilemas para a bioética de intervenção é levantar contínuos questionamentos como exposto abaixo.

Autonomia versus justiça/equidade, benefícios individuais versus benefícios coletivos, individualismo versus solidariedad, câmbios superficiales versus transformaciones concretas y permanentes, neutralidade frente a los conflictos versus politización de los conflictos (20, p.163).

Os conceitos na bioética de intervenção quando se deparam com situações persistentes não podem ficar sublinhados numa dimensão privativa com indivíduos autocentrados em si. A sociedade, cada vez mais a reboque do capital e num nível de organização fundamentada em um capitalismo extrativista, provoca fraturas em demasia criando uma forma deturpada das pessoas entenderem e sentirem categorias como liberdade, compromisso social, responsabilidade e alteridade. Por exemplo, a autonomia é, muitas vezes, confundida com o individualismo em que o sujeito se põe numa fantasia de autogestão diante da própria vida apregoando uma

ideia de pessoa independente e sem responsabilidade com os outros e os dilemas da sociedade em que vive. Assumir a neutralidade frente aos conflitos e não se posicionar significa abrir mão do engajamento político capaz de fazer frente às formas de dominação e exploração na sociedade.

A bioética de intervenção propõe aos bioeticistas um exercício e empenho posto através da Prudência frente aos avanços, da Prevenção diante das ações e dos possíveis danos e iatrogenias, a Precaução na relação com os fenômenos desconhecidos e principalmente a Proteção dos mais frágeis e desassistidos (20). Esses denominados 4P são parte integrante da bioética e buscam fortalecer os laços sociais e as transformações deles resultantes. O entendimento por parte dos bioeticistas presume intervenções e articulações não de corpos individualizados, mas de corpos que por se manifestarem em sociedade formam uma corporeidade. Assim, fenômenos como a mortalidade infantil, objeto deste trabalho, visto através da bioética de intervenção, permite o questionamento da realidade, em termos de acontecimentos que ao atingir, na maioria das vezes, populações desassistidas revelam não apenas os sofrimentos das mulheres, famílias, vidas a porvir, mas, também, o próprio bioeticistas.

Os indivíduos estão imersos em mecanismos de poder que os impedem de enxergar e sentir a realidade dos corpos que se manifestam no social através do corpo do outro e que os formam enquanto uma corporeidade. Para Feitosa e Nascimento (19, p.280) “as situações persistentes dizem respeito às antigas e crônicas demandas éticas das populações, como exclusão social, fome, aborto e eutanásia”. As demandas assumem, então, a condição de vozes que precisam ser colocadas no cotidiano para uma ação libertadora, eficiente e comprometida nas revisões do passado social, na atualização do presente e na transformação do futuro.



## 3.2. A EXISTÊNCIA SEVERINA

### 3.2.1. Morte e Vulnerabilidade

A morte se constitui invariavelmente como um dos grandes enigmas da humanidade. A experiência da morte nos provoca no âmbito da saúde e principalmente no trabalho do médico diversos desafios, seja a partir da negação da morte como mecanismo de defesa diante das frustrações vividas pelo profissional no ambiente de trabalho assim como a possibilidade de repensar o fenômeno da morte inerente à condição humana.

(...) a ideia da morte e o medo que ela inspira perseguem o humano como nenhuma outra coisa. É uma das molas mestras da atividade humana-atividade destinada, em sua maior parte, a evitar a fatalidade da morte, a vencê-la mediante a negação de que ela seja o destino final do homem (23, p.11).

Segundo Becker (23), o fenômeno da morte é integrador da vida mas, também, coeficiente de angústias que seguem desde tempos primitivos até a modernidade. Morrer é uma experiência inevitável a todo indivíduo, no entanto, segundo Maranhão (24), não é possível representar de forma concreta a morte e nem se ter uma real concretude do que se passa após a morte. Há outras formas em que a morte faz habitar em nossa volta nos causando inconformismo, revolta, tristeza e angústia. São aquelas mortes que poderiam ter sido evitadas. São mortes que causam forte impacto pela natureza da sua condição, fazendo problematizar a morte e o morto.

Morrer se reveste também de outro significado: o de mortalidade. O ser humano é suficientemente velho para morrer já a partir de sua concepção. Substancialmente já é moribundo, um mortal, um ser a caminho de e em direção a sua morte, lançado numa corrida para a morte. A vida humana se situa num contexto geral cujo eixo é a morte. O fim do ser humano está inscrito em seu ser corporal desde sua projeção na mundanidade. No entanto, cada dia que passa a vida humana se depara com o acidente que se mostra pela morte não natural. Morresse de fome, violência, doenças que poderiam ter sido evitadas, morresse em condições que a vida ainda brotava como possibilidade (25, p.31).

Para Schumacher (25) toda morte é biológica à medida em que ela se circunscreve na constituição orgânica do humano, no entanto, a chamada morte acidental é aquela que rouba do sujeito “sua existência biológica futura e pessoal, de que priva de seus bens e de seus possíveis, de sua liberdade” (25, p.247). Essas mortes nos causam muito sofrimento, mal estar e revolta. Um conto do escritor russo Anton Tchekhov (26) é capaz de nos dar um pouco da experiência do que é a morte ou melhor, quanto pior, nos colocarmos diante do enlutado. Trata-se de um pai que perdeu o filho e narra para uma pessoa a angústia e a revolta de não ter mais o seu filho por perto.

Pois é, meu senhor, assim é... perdi um filho esta semana. – Hum!... De que foi que morreu? Iona volta todo o corpo na direção do passageiro e diz: – Quem é que pode saber! Acho que foi de febre... Passou três dias no hospital e morreu... Deus quis (26, p.123).

No conto o pai se angustia, pois para ele um filho não pode morrer antes do pai, mas é o pai que tem que morrer antes do filho. Iona, o pai, acredita no destino como forma de suavizar o seu sofrimento, ao mesmo tempo diz que pelas leis que regem a natureza humana isso não tá certo (26, p.124): “Meu filho morreu, e eu continuo vivo... Coisa esquisita, a morte errou de porta... Em vez de vir me buscar, foi procurar o filho...”

O conto nos causa angústia quando nos colocamos no lugar desse pai, ou seja, ao sermos empáticos ao sofrimento alheio isso nos provoca um mal estar. Assim, imaginamos o quão deve ser doloroso para pais, mães e familiares lidarem com a morte de seus filhos. Também o quão ingrato é para o estágio supostamente

“avançado” da nossa civilização convivermos ainda como a morte de muitas crianças.

A ordem natural das coisas nos faz acreditar que os mais velhos devem morrer primeiro que os mais novos, os filhos devem enterrar seus pais e não o contrário. Por isso mesmo, falar de criança e morte pode parecer desnecessário. Mas não o é. A criança também morre, ela também está sujeita a situações de risco, ela também adoece (27, p.52).

Ao longo de todo sofrimento para os pais e os entes queridos vinculados a uma criança que morreu, faz-se necessário pensarmos em outras questões que envolvem a morte de crianças que muitas vezes nem conseguiram tornar-se infância, ou, se viveram a infância foram atravessadas pela dor, sofrimento, abandono, vulnerabilidade afetiva e social. Nesse sentido, o termo vulnerabilidade nos põe diretamente em consonância com outras dimensões da morte em que o apelo ao fenômeno da morte se vincula a violência, opressão e principalmente a pobreza e a fome.

O termo vulnerabilidade carrega em si a idéia de procurar compreender primeiramente todo um conjunto de elementos que caracterizam as condições de vida e as possibilidades de uma pessoa ou de um grupo – a rede de serviços disponíveis, como escolas e unidades de saúde, os programas de cultura, lazer e de formação profissional, ou seja, as ações do Estado que promovem justiça e cidadania entre eles – e avaliar em que medida essas pessoas têm acesso a tudo isso (28, p. 12).

Dessa forma, o termo vulnerabilidade (28) coaduna com os grupos denominados em situações de risco e/ou população de risco, principalmente em saúde pública, visando a partir do termo, buscar a igualdade para tais grupos, tornando todos eles menos vulneráveis a condições de opressão, fome, preconceitos e discriminações. Assim, trazendo a discussão sobre a morte a partir do aspecto da vulnerabilidade social delimitamos um espaço de enfrentamento diverso em que no Brasil guardamos uma herança dramática cuja especificidade da sua lógica remete a uma estratificação da nossa classe social que corrobora com condições de vida e de saúde deplorável para muitas pessoas.

Para entender o Brasil é preciso estabelecer uma distinção radical entre 'brasil' escrito com letra minúscula, nome de um tipo de madeira de lei ou de uma feitoria, um conjunto doentio e condenado de raças que, misturando-se ao sabor de uma natureza exuberante e de um clima tropical, estariam fadadas à degeneração e à morte; e um Brasil com B maiúsculo - um país, cultura, local geográfico e território reconhecidos internacionalmente e também casa, pedaço de chão calçado com o calor de nossos corpos (29, p.7).

O Brasil escrito com b minúsculo remete ao território nacional em que reina os oprimidos, sem teto, desnutridos e num contínuo estado de vulnerabilidade social. A literatura como um bem cultural da humanidade e por vezes intérprete da nossa realidade social é muito importante como registro que aloja metáforas e representações dessas vulnerabilidades, da morte e dos conflitos sociais inerentes às condições da sociedade.

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 (30, p.171).

O épico poema de João Cabral de Melo Neto, Morte e Vida Severina, encerra diversos pormenores. Acima muitos dos Severinos em questão emergem como pessoas desprovidas de cuidados do Estado e à revelia das instituições de saúde e amparo social. Fazem parte de forma estrutural de um mecanismo em que tais Severinos carregam desde a mais tenra idade e mesmo já no ventre das suas mães, como genética, a vulnerabilidade.

Sem dúvida, as disparidades na distribuição da renda e o acesso à infra-estrutura dos bens e serviços de uma determinada sociedade estão intimamente relacionados com a expectativa de vida entre a sua população menos privilegiada e a mais favorecida (24, p.21-22).

Logo, com muitas pessoas na malha da pobreza em nosso país e com o distanciamento dos serviços do estado que cada vez mais diminuem e se deterioram, realmente, a morte severina continua a atacar em qualquer idade, e até gente não nascida. Assim, no poema de João Cabral aqueles que não nasceram aparecem como imagens de gestações que não tiveram êxito, ou, crianças que

nasceram mas foram a óbito em poucos dias não brotando para a vida de forma plena. A poesia do pernambucano localiza a região Nordeste e os seus confins interioranos como espaços de conflitos sociais, injustiças, opressão, exploração do trabalho, mortandades, pestes, doenças, fome e sofrimento. Mas de um modo geral muitos dos Severinos não nascidos e crianças que estão na sua poesia também estão no mundo e noutras regiões do Brasil.

Mesmo antes de nascer as crianças pobres já são vítimas. A subnutrição começa no útero. Há inquéritos que mostram que enquanto uma criança filha de pais da classe média pode nascer pesando 4 kilos, na classe pobre elas demoram um ano para chegar a esse peso. É um tipo de subnutrição hereditária, o círculo vicioso da pobreza (24, p.29).

É importante entendermos o quanto naturalizamos esse fenômeno. Passa-nos despercebido muitos dados seja porque estamos localizados em áreas sociais e urbanas cuja vivência cotidiana é mistificada, ou, porque ao naturalizarmos a fome e a pobreza determinamos que a vida é uma selva abrigando a lei da sobrevivência para os mais fortes. Sendo uma selva capitalista, idosos, mulheres grávidas e crianças são afetados diretamente pelos contextos de exploração do trabalho, modo de produção capitalista e as consequências desse imbróglio. Os Severinos não nascidos são dizimados como numa guerra em que as armas que ferem todos eles são feitas através das formas de governabilidade e gestão da vida pública em benefício da classe dominante.

Há lugares onde os sinos não param de tocar pelos 'anjos' mortos pela dinâmica do capitalismo que não só se apodera do produto do trabalho, mas também da vida do trabalhador e de sua família. Institucionalizando a injustiça social, o sistema capitalista não permite que se efetive a igualdade dos homens perante a morte, impede que a maioria possa ter uma morte natural, pois interrompe suas vidas antes da hora (24, p.30).

Os anjos expostos acima são os Severinos não nascidos. Os sinos tocam de forma estridente em casas, barracões, leitos hospitalares, ruas e calçadas. Sinos que anunciam a morte. Não escutamos os gritos de horror suscitados pelo sofrimento de mães e principalmente das crianças. Essas crianças ou Severinos não nascidos formam uma maioria silenciosa. Tornam-se números, estatísticas que nos

chegam em dados. No campo existencial são infâncias não vividas, gestos simplificados por diversas razões.

### **3.2.2. Infâncias Não Vividas e Pobreza**

A infância compreende o período do nascimento aos 12 anos incompletos, logo 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. Ao longo da história das civilizações, foi no período da Idade Moderna que a infância passou a ser categoria de importância social. Até o século XII as condições de saúde e higiene eram muito precárias o que levava a um alto índice de mortes, por isso não era 'recomendado' investir tempo nos cuidados com crianças pois o risco de morrer era muito alto. Morrer na infância não significava muita dor, pois logo outra criança lhe tomaria o lugar, terminando então no anonimato.

Contudo, um sentimento superficial da criança – a que chamei de “paparicação” – era reservado à criancinha em seus primeiros anos de vida, enquanto ela ainda era uma coisinha engraçadinha. As pessoas se divertiam com a criança pequena como um animalzinho, um macaquinho impudico. Se ela morresse então, como muitas vezes acontecia, alguns podiam ficar desolados, mas a regra geral era não fazer muito caso, pois outra criança logo a substituiria. A criança não chegava a sair de uma espécie de anonimato (31, p.10).

As crianças que conseguiam sobreviver não tinham identidade própria e só tinham importância quando conseguiam fazer coisas semelhantes às realizadas pelos adultos. No século XIII acreditavam que as crianças eram adultos imperfeitos que tinham atitudes irracionais e funcionavam como páginas em branco que precisavam ser preparadas/preenchidas para a vida adulta. É no século XV, fim da Idade Média e início da Idade Moderna, que surge a categoria infância junto com a ideia de cisão do mundo adulto e infantil e o surgimento da escola como um lugar preparatório para a vida adulta (32).

A modernidade trouxe mudanças, pois não era salutar coabitar com ratos, esgoto e sem água potável, começa assim a surgir as obras de saneamento básico

mas, essas mudanças não foram para todos, só para quem podia pagar, a lógica do capitalismo dominando as estruturas de saúde. É necessário saúde mas só para quem pode pagar, tornando desigual a existência humana. A morte da criança então sai do anonimato e a dor passa a coexistir como uma dança entre morte e vida. Essa luta diária faz parte da história da pobreza, da desigualdade, das pessoas que vivem em vulnerabilidade e resistem todos os dias para se manterem vivos.

Essas narrativas de resistência são encontradas na obra da escritora Carolina de Jesus no livro intitulado Quarto de Despejo, ou Diário de uma Favelada, subtítulo da obra. Por viver em condições de moradia indignas para a sobrevivência, Carolina dizia que viver em barracos, sem saneamento básico e principalmente sem trabalho e alimentação, qualquer ser humano não podia dizer que habitaria em um lar, mas num quarto de despejo. “As aves devem ser mais felizes que nós. Talvez entre elas reina amizade e igualdade. (...) O mundo das aves deve ser melhor do que dos favelados, que deitam e não dormem porque deitam-se sem comer” (33, p.30). Para a narradora e autora que escrevia em forma de diário as desigualdades sociais eram a marca de uma sociedade que excluía negros, nortistas, pobres e não tinha nenhuma compaixão pelos idosos, mulheres e crianças. Ao lermos o seu diário ficamos perplexos com a sua narrativa crua imprimindo a realidade de si mesma e dos outros em páginas que nos fazem sentir um pouco o que é ser oprimido, quando, por exemplo, a fome e a miséria fazendo parte do espectro cotidiano de uma mulher pobre que comete o suicídio pela vergonha e o desespero de não ter o que comer: “Uma pessoa matar-se porque passa fome. E a pior coisa para uma mãe é ouvir esta sinfonia: -Mamãe eu quero pão! Mamãe, eu estou com fome!” (33, p.56). Mas nada é tão lacerante e trágico quando na obra ou na descrição minuciosa da escritora percebemos que as crianças são diretamente atingidas: “ A filha de Dirce morreu. Era duas gêmeas. Atualmente ela tem tido partos duplos. O ano passado morreu o casal de gêmeos. O menino num dia, e a menina no outro. E agora fenece outra” (33, p.70).

Decerto a condição de pobreza e vulnerabilidade descrita por Carolina de Jesus na sua narrativa esconde o que comumente a gente pensa sobre fenômenos como infância, família, mulher, cidade, saúde e bem estar. Grande parcela da nossa

população não se reconhece a partir do outro, mas diante do seu grupo social. Para Damatta (29, p.11) para “entender bem o Brasil, temos que discuti-lo como sociedade e como Estado - nacional, como números e como conjunto de hábitos, valores e gestos”. É muito complexo a discussão quando estamos cegos diante de números concretos que mostram a pobreza ou de números os quais não nos interessa. Pensar a saúde e outros fenômenos requer um estado de espírito crítico ao mundo contemporâneo que nos coloca a ideia de progresso numa linha reta que parece nos fazer evocar que o dia hoje é melhor que o dia de ontem porque temos mais avanços científicos, descobertas e tecnologias. Mesmo depois de sessenta anos após a sua publicação, a obra de Carolina de Jesus intitulada Quarto de Despejo continua, infelizmente, atualizada pela fome, pobreza e desigualdades sociais ainda presentes em nossa sociedade. Ler a presente obra é uma travessia que gera um inconformismo necessário para alimentar a nossa consciência de que os mecanismos de poder continuam exercendo as suas funções em prol das ideologias que respondem ao mercado e as classes dominantes.

### **3.2.3. Saúde, Desigualdades e Iniquidades**

O conceito de saúde passou ao longo dos anos por diversas transformações influenciado pela história, pela geopolítica mundial e pelos pensadores que surgiam na ocasião. A Idade Moderna surgiu por volta dos séculos XVI mudando a visão de mundo existente até então na Idade Média, onde a religião era a detentora do saber e a doença, um castigo dos Deuses. Na Idade Moderna, a razão, o pensamento, passam a ser o centro das transformações sociais, influenciando a filosofia, a cultura e a sociedade ocidental de forma geral. Os humanistas consideravam a Idade Média um retrocesso artístico, intelectual, filosófico e institucional em relação à produção da Antiguidade Clássica e por isso tentaram resgatar alguns conhecimentos da Antiguidade Clássica como o empirismo da filosofia aristotélica que foi a base do desenvolvimento do conhecimento científico.

A Idade Moderna é marcada pelo processo de colonização de outros continentes, através das grandes navegações; pelo domínio da razão sobre a



emoção; nascimento do Estado burguês e do liberalismo econômico em consequência da Revolução Francesa e mudanças nos modos de produção por causa da Revolução Industrial. Foi a Revolução Industrial que trouxe a cisão do mundo entre países industrializados considerados desenvolvidos e avançados conforme seu arsenal tecnológico, países em processo de industrialização considerados países em desenvolvimento e países subdesenvolvidos que ainda não entraram na era da industrialização. Foi um período intenso de grandes transformações políticas e econômicas no mundo e com consequências catastróficas até hoje ainda difíceis de reparar. Também como consequência da Revolução Industrial veio a desorganização da vida rural, destruição desenfreada do meio ambiente e concentração da população nas cidades, levando ao aparecimento de doenças, o que suscitou a reflexão da associação entre saúde e as condições de vida do indivíduo e da coletividade. Nasce assim, a ideia de medicina social (34).

As mazelas sociais se agravaram no século XX em consequência das duas Guerras Mundiais que levou a destruição e falta completa de estrutura para as pessoas. É também no período entreguerras que surge a Revolução Russa de 1917 trazendo uma nova concepção econômica, o socialismo, levando a uma disputa geopolítica mundial entre capitalismo e socialismo, mas também é desse acirramento político que surgem as garantias aos trabalhadores de direito à saúde gratuita, educação e garantia de renda mínima. Já a América Latina que não teve seus territórios diretamente envolvidos e destruídos pelas guerras, sofreu as consequências causadas pelas crises econômicas e pela repressão política e ideológica provocadas pelas ditaduras militares financiadas pelos Estados Unidos da América (EUA) cujo objetivo foi fortalecer o capitalismo e impedir a expansão do socialismo. É nesse contexto histórico de mundo que nos localizamos no hoje e compreendemos de onde surgiram os nossos problemas sociais até então não resolvidos. A nossa herança histórica de anos de colonização e vilipendiação das nossas riquezas enquanto país. É refletindo e discutindo todas essas questões que surge no Brasil o movimento social da Reforma Sanitária e a epidemiologia social retomando as discussões sobre a influência dos determinantes sociais no processo saúde-doença (34).

Mas então, o que é Saúde? A definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1946 ainda é utilizada hoje como “Estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou incapacidade.” (35, p. 7) Essa definição surgiu no pós-guerra com o intuito de ampliar o conceito de saúde negativista até então vigente como saúde sendo ausência de doença. Várias teorias de saúde foram criadas, teorias restrita de saúde, ontológica ou dinâmica, reguladas pela negatividade ou pela positividade, aplicadas ao indivíduo ou ao coletivo, de base biológica ou sociocultural, unicausal e multicausal e todas mostraram-se incapazes de dar conta da complexidade e do dinamismo desse peculiar conhecimento (35).

Para Almeida (35), o conceito saúde, ao qual ele denomina processo saúde-doença-cuidado, ainda é um problema a ser resolvido pois se trata de um conjunto de objetos plurais, multifacetados, ontológicos e heurísticos que transitam entre si por instâncias e domínios referentes a distintos níveis de complexidade (35). Muitas críticas foram tecidas ao longo dos anos sobre o conceito da OMS, pois esse conceito é utópico e inatingível tendo em vista que a noção de bem-estar reflete uma idealização do conceito de perfeição que não existe. Para Freud o “mal-estar” faz parte da civilização, onde indivíduos tentam equilibrar as tensões entre si em prol da ordem civilizatória, da moral, portanto, trata-se de um conceito subjetivo e dinâmico (36).

(...) Freud (1908 e 1930), em mais de uma oportunidade, procurou mostrar como a perfeita felicidade de um indivíduo dentro da civilização constitui algo impossível. Para ele, a civilização passou a existir quando os homens fizeram um pacto entre si, pelo qual trocaram uma parcela de sua liberdade pulsional por um pouco de segurança. Desta forma, a própria organização social e a condição mesma da existência do homem em grupos baseiam-se em uma renúncia que, ainda que assegure ao indivíduo certos benefícios, gera um constante sentimento de "mal-estar". Desta condição não se pode fugir, donde resulta que entre indivíduo e civilização sempre haverá uma zona de tensão (36, p. 539).

Outro ponto de crítica é porque o conceito de saúde é positivista e tenta enquadrar o indivíduo dentro de uma norma, como uma ferramenta de controle. Afinal, avaliar se a qualidade de vida é boa ou ruim é inerente ao indivíduo, ou seja,

a realidade nada mais é do que uma convergência de subjetivismos. Concluem com uma pergunta sugerindo que “saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade? (36, p.542)”.

Huber (37) traz três pontos críticos ao conceito da OMS, a palavra “completo” referente ao bem estar que leva a um absolutismo que involuntariamente induz a medicalização e torna a maioria de nós a maior parte do tempo insalubre. O segundo ponto é em relação às doenças crônicas, pois levando em consideração esse conceito, então, as pessoas que vivem com doenças crônicas e deficiências seriam definitivamente doentes. O terceiro ponto é sobre a capacidade de mensurar e operacionalizar o conceito de saúde completa. Sendo assim, pensando no dinamismo da vida, foi proposto uma definição relativa de saúde como “capacidade de adaptação e autogestão em face de desafios sociais, físicos e emocionais” (37, p. 1).

No Brasil, onde as desigualdades sociais são marcantes, foi necessário conceituar saúde de forma ampliada para se garantir o mínimo necessário à sobrevivência. Em 1986, sob a influência do movimento da Reforma Sanitária iniciado na década de 60, aconteceu em Brasília a VIII Conferência Nacional da Saúde, um grande marco na área da saúde no país, onde se discutiu e fortaleceu o conceito ampliado de saúde, referendado pela Constituição Federal de 1988.

Diante disso, no conceito de saúde foram incluídos diversos fatores como determinantes e condicionantes dos níveis de saúde da população, como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso que a população tem aos bens e serviços são essenciais e de direito. Com base nas determinações desta conferência, a Constituição Federal criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que representou a consolidação dos preceitos da Reforma Sanitária de décadas anteriores. O SUS com base nos princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade, passou a dar acesso a saúde a todos os cidadãos brasileiros, o que antes era limitado aos trabalhadores formais que contribuíssem com a Previdência Social, o extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (38).

Apesar dos avanços com a nova constituinte de 1988 garantindo direitos básicos como educação, moradia, saúde, alimentação; ainda há muitos brasileiros que têm seus direitos violados visto que vivem em situação de rua, passam fome, esperam na fila SUS por atendimentos especializados, não têm emprego ou trabalham na informalidade, sofrem diversos tipos de violência, vivem sem dignidade, tornando-se invisíveis para o Estado e para a sociedade.

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.

Por desigualdade social, entende-se as diferenças no estado de saúde entre grupos definidos por características sociais diferentes como riqueza, educação, raça e etnia, gênero, condições do local de moradia ou trabalho. Por sua vez, iniquidades são diferenças (ou desigualdades) consideradas injustas a partir de um juízo de valor, embora falar de desigualdade já é falar de injustiça (39).

Para se dirimir as injustiças sociais é necessário entender como e porque as desigualdades sociais acontecem e por isso vários modelos vêm sendo discutidos ao longo dos anos. A teoria mais antiga é a teoria estruturalista ou materialista que confere maior importância à estrutura econômica da sociedade, na qual o montante de renda ou riqueza é o principal determinante do estado de saúde. Ela explica grande parte da desigualdade mas esbarra no paradoxo que nem sempre a riqueza de um país vem acompanhada de melhor nível de saúde. Essa teoria traz a ideia de pobreza absoluta e relativa (39).

Outra teoria desenvolvida e complementar a teoria materialista é a teoria psicossocial, onde traz a percepção de desvantagem social como fator estressor e desencadeador de doenças. Posses e posições de prestígio social passam a ser relevantes como produção e distribuição de doenças. Diante disso, riqueza é necessária para se ter o básico, entretanto, uma distribuição mais igualitária leva a melhores níveis de saúde (39).

A teoria da determinação social surge na América Latina, ela analisa o sistema capitalista em seus modos de produção e como ele se expressa nas diferentes sociedades através do acúmulo de capital, da distribuição de poder, do prestígio e bens materiais, ou seja, a posição de classe do indivíduo e a reprodução social são colocadas como principais determinantes no perfil de saúde e doença. O problema não é mais pobreza absoluta ou relativa e sim de inclusão ou exclusão social. A versão brasileira da teoria da determinação social fala em modos de vida, ou seja, como os grupos sociais se relacionam e refletem os aspectos materiais e simbólicos nas formas de produção, distribuição e consumo. E a teoria ecossocial que considera indissociável o biológico, o social e o psíquico. O que une todas as teorias é que elas compreendem o processo saúde-doença como histórico (39).

Por fim, atualmente, a despeito de todas as críticas ao conceito de saúde da OMS e debates sobre um novo conceito de saúde, há um consenso sobre a influência dos determinantes sociais no processo saúde-doença, por isso, a OMS criou a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), a qual define como Determinantes Sociais da Saúde (DSS), 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. Para a OMS os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (40).

Vários modelos de determinação ou determinantes sociais foram criados para se entender a interação entre os determinantes em si e estabelecer uma hierarquia entre eles, de forma individual e coletiva, para então conseguir produzir políticas públicas direcionadas a determinada camada com repercussões no coletivo que modifiquem o processo saúde-doença.

O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses 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 (40, p.81).

Dentre os modelos criados e mais utilizados, temos o modelo de Dahlgren e Whitehead que inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes. Abaixo, na figura 1, os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que atuam nas suas condições de saúde. Logo após tem a camada com comportamento e os estilos de vida individuais, os quais influenciam no processo saúde-doença, assim como eles também são influenciados por determinantes sociais. Na camada seguinte está a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja riqueza influencia no nível de coesão social, logo em seguida estão os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social correm riscos diferenciados. Na camada mais externa estão os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas (40).



Figura 1: Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead

Outro modelo bastante utilizado é o modelo de Diderichsen, Evans e Whitehead (41), uma adaptação do modelo de Diderichsen e Hallqvist, de 1998. Esse modelo enfatiza a estratificação social gerada pelo contexto social, que confere aos indivíduos posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde. Na figura 2, (I) representa o processo pelo qual cada indivíduo passou para ocupar determinada posição social. Conforme a posição social do indivíduo, ele estará exposto a riscos diferentes que causem dano à saúde (II); o grau de vulnerabilidade desse indivíduo para desenvolver doença (III); e a consequência social ou física dessa doença (IV). Ou seja, através das "consequências sociais" é que se consegue entender o impacto que uma doença pode ter sobre a situação socioeconômica do indivíduo e sua família (40).

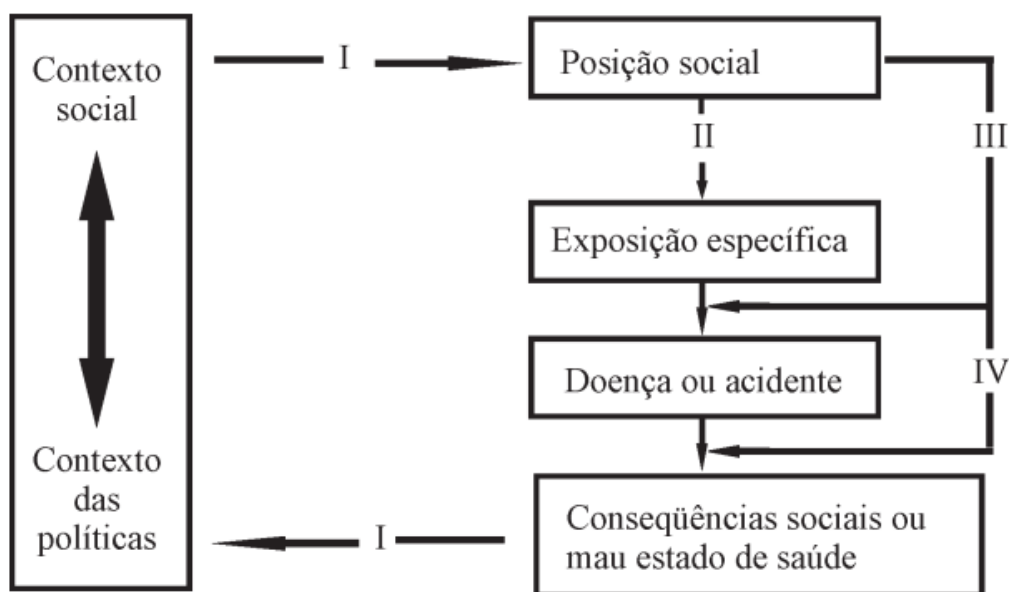


Figura 2 - Determinantes sociais: modelo de Diderichsen e Hallqvist

O contexto social do indivíduo determina sua posição social, sua oportunidade de saúde, sua exposição a condições nocivas ou saudáveis e situações distintas de vulnerabilidade. Há pelo menos três níveis distintos de ação política para redução das desigualdades como: políticas macrossociais, tais como políticas sociais e econômicas que modifiquem a estratificação social; políticas que modifiquem condições de exposição e vulnerabilidade dos grupos sociais; ou políticas de saúde que atuem sobre as consequências negativas das desigualdades buscando impacto dos seus efeitos (39).

O princípio para ação política deve ser o compromisso ético com a equidade (...) Para se promover equidade em saúde são necessárias políticas de redução da desigualdade de renda e redução da pobreza, políticas fiscais progressivas, controle sobre capital especulativo, perdão das dívidas, novas fórmulas de cálculo baseadas na atenção às necessidades básicas, políticas de redução da vulnerabilidade e investimentos em saúde (39, p. 101).

Para Fortes (42), o conceito de equidade é priorizar os recursos sanitários com atenção especial aos vulneráveis que devem ser tratados diferente com intuito de reduzir as desigualdades existentes. “A equidade, que é o princípio mais



importante da justiça natural, tem como base o seguinte: “aqueles que são iguais devem ser tratados de modo igual em circunstâncias similares (Apud 42, p. 433)”.

Compreendendo os DSS e tendo o conceito de equidade como um norte, foi que algumas Políticas Públicas de Saúde foram implementadas no Brasil com o intuito de dirimir as iniquidades em saúde direcionada para a mortalidade infantil, dentre as políticas que tiveram maior impacto na redução dos números temos:

O Programa Nacional de Imunização (PNI), de 1973, surgiu após o combate eficaz e erradicação da varíola, mostrando a eficácia de uma vacinação em massa. O incentivo ao aleitamento materno através da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) criado pela OMS e UNICEF em 1991 fortalecendo a amamentação com o objetivo de resgatar o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação de sucesso. A criação de Bancos de Leite Humano (BLH) em 1998 com o intuito de apoiar a amamentação. A extensão da licença maternidade de 4 para 6 meses, garantida pela constituição de 1988 através da Lei Federal nº 11.770 de 2008 sendo obrigatória para as empresas públicas e facultativo às empresas privadas. A estratégia da Rede Cegonha criada pela Portaria Nº 1.459 em 2011, cuja finalidade é estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e a razão de mortalidade materna e densidade populacional.

Redução da pobreza e da indigência com a criação de programas de transferência de renda como o Programa Bolsa Família criado em 2003 como medida provisória e virou lei em 2004, quando unificou vários programas de transferência de rendas como o Bolsa Escola, instituído em 2001; o Programa Nacional de Acesso à Alimentação, criado em 2003; o Bolsa Alimentação, instituído em 2001; o Programa Auxílio-Gás, instituído em 2002 e do Cadastro Único do Governo Federal, instituído 2001. Foi extinto em 29 de dezembro de 2021, data em que o presidente Jair Bolsonaro sancionou a Lei n.º 14.284, que criou oficialmente o Programa Auxílio Brasil.

Outra política importante e pormenorizada é a cobertura de saneamento básico dos domicílios que segundo dados do Sistema Nacional de Informações Sobre Saneamento em 2010, 81,5% da população total tinha água encanada e

46,3% tinham rede de esgoto passando respectivamente para 83,7% e 54,1% em 2019 mas um aumento ainda muito incipiente diante das necessidades da população (4).

Apesar de todas as políticas públicas de saúde para dirimir a mortalidade infantil e de seu declínio progressivo, ela permanece como uma grande preocupação e desafio da saúde pública, uma vez que as taxas atuais ainda são consideradas elevadas se comparadas a países desenvolvidos e mais da metade das mortes infantis ocorridas no país são consideradas evitáveis.

### 3.3. MORTALIDADE INFANTIL

#### 3.3.1. Mortalidade Infantil - do Mundo a Caruaru

Segundo dados da UNICEF (2), em 2019 a TMI global foi de 28 por mil nascidos vivos e a Taxa de Mortalidade Neonatal global foi 17 por mil. Um terço das mortes ocorreram no primeiro dia de vida após nascimento e três quartos ocorreram na primeira semana de vida. As piores taxas de mortalidade de qualquer idade se concentraram na África Subsaariana e no sul da Ásia e tem como principais causas: parto prematuro, complicações relacionadas ao parto (asfixia no parto), infecções e defeitos de nascença.

O Brasil vem acompanhando a tendência mundial, com queda progressiva da TMI e concentração dos óbitos no período neonatal. Nas últimas décadas, a redução da mortalidade pós-neonatal foi mais evidente que a redução da neonatal. Tal fato foi associado à melhoria das condições de infraestrutura (rede de esgoto e água potável), isto denota o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções associadas. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário (42).

Segundo MS (43), em 2019, a TMI do Brasil era de 13,3, tendo as regiões Norte e Nordeste as maiores TMI, Nordeste 15,2, Pernambuco 13 e Caruaru 9,62. A menor TMI foi da região Sul com 10,2 e o estado de Santa Catarina com a menor taxa de 9,6. Todos os números evidenciam queda ao longo dos anos, teve um leve aumento em 2016 atribuído a pandemia do Zika vírus que levou à queda da natalidade e à morte de bebês com malformações graves, e a crise econômica, que ocasionou um aumento no número de óbitos por causas evitáveis. Dos óbitos ocorridos em 2019, 75,4% foram por causas evitáveis, destes, 52,4% são evitáveis por adequada atenção à mulher na gestação. Os óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (53,48% do total) e tardio (17,46%) estão associados predominantemente à qualidade da atenção durante o pré-natal e o parto e também

aos cuidados com o recém-nascido. Já os óbitos ocorridos no período pós-neonatal (29,05%) associam-se a condições de vulnerabilidade como o nível socioeconômico e acesso a saneamento básico, atenção à saúde e serviços preventivos e curativos (3).

O mesmo estudo mostra como determinantes sociais modificam a TMI. Mães com menos de 8 anos de estudos, indígenas, pretas e pardas tiveram TMI de 23,2, 14,4 e 12,6 óbitos a cada mil nascidos vivos, respectivamente. Mulheres que começaram o pré-natal depois do 1º trimestre e que fizeram 6 ou menos consultas de pré-natal tiveram maior TMI. Mulheres com idade nos extremos, menor de 19 e maior que 35 anos, também apresentaram maior TMI (3).

### **3.3.2. Mortalidade Infantil como indicador**

O estudo da mortalidade infantil é tema central e recorrente mundialmente por ser um importante indicador das condições de vida e saúde de uma população. Refere-se aos óbitos ocorridos antes de se completar um ano de vida. É medida pela Taxa (ou Coeficiente) de Mortalidade Infantil (TMI/CMI) e seu cálculo é feito dividindo o número de óbitos de menores de 1 ano de idade por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no período considerado (44).

Esse cálculo pode ser feito de forma direta utilizando as fontes de informação do Ministério da Saúde, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e o cálculo indireto é feito pelo IBGE através de projeções a partir do censo de 2010, baseadas na dinâmica populacional. Das limitações estão a subenumeração dos óbitos e dos nascidos vivos para o uso do cálculo direto e as mudanças na dinâmica populacional para o cálculo indireto (44).

**Cálculo direto:**

$$\text{Taxa de mortalidade infantil} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos de residentes com menos de 1 ano de idade}}{\text{número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

$$\text{Taxa de mortalidade neonatal} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos de residentes de 0 a 27 dias de idade}}{\text{número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

$$\text{Taxa de mortalidade neonatal precoce} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade}}{\text{número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

$$\text{Taxa de mortalidade neonatal tardia} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de idade}}{\text{número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

$$\text{Taxa de mortalidade pós-neonatal} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de idade}}{\text{número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

Fontes: Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

A TMI é um importantíssimo indicador de saúde, que são medidas-síntese que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde que quando analisados em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde da mesma (45). Assim, a observação, mensuração e problematização dos números de óbitos infantis são disparadores para discussões, reflexões e ações no âmbito da saúde tornando possível transformações que tragam uma diminuição da mortalidade infantil e, por conseguinte, melhoria das condições de vida da população.

Outro ponto importante é a avaliação da composição do indicador que pode sinalizar para intervenções diferenciadas sobre a qualidade da atenção à saúde (Mortalidade Neonatal / MN) ou sobre o ambiente (Mortalidade Pós-Neonatal / MPN). Dos componentes da mortalidade infantil temos: mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardia (7 a 27 dias) e pós-neonatal (28 a 364 dias).

A TMI foi criada como um indicador universal que possa ser usado de forma comparativa entre diferentes lugares e assim se avaliar as diferenças entre essas populações e poder identificar as desigualdades entre elas para então pensar em ações específicas para solucionar problemas. Ela contribui para avaliar os níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico de uma população e subsidia

processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção ao pré-natal, ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil (45). A TMI, segundo a OMS, é classificada como alta, se for de 50 ou mais por mil nascidos vivos, média se for de 20 a 49 e baixa se for menos de 20. O alvo preconizado pela OMS é abaixo de 10 por mil.

Nas últimas décadas tem havido um decréscimo acentuado da mortalidade infantil em todo o mundo. Há controvérsias em se dizer que parte dessa decrescente foi consequência dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), criados em 2000 pela Organização das Nações Unidas (ONU) pois não basta apenas o país ser signatário do plano elaborado pela ONU mas de fato ter uma política de Estado direcionada para se fazer cumprir essas metas. E foi por isso que alguns países que tiveram governos progressistas avançaram nesse processo e outros nem tanto, levando mais a frente a uma necessidade de repactuação desses objetivos entre todas as nações signatárias.

Por isso, em 2015 resolveu-se fazer novo pacto, surgindo os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) como apelo universal à ação para erradicar a pobreza, proteger o planeta e melhorar a vida e as perspectivas de todos, em todos os lugares. Como signatários tiveram os 193 países-membros da ONU, dentre eles o Brasil, assumindo assim, uma agenda de 15 anos com planos e estratégias para se atingir os objetivos da chamada Agenda 2030 (46).

Segundo a ONU, entende-se como desenvolvimento sustentável, o desenvolvimento que consegue atender às necessidades da geração atual sem comprometer a existência das gerações futuras. Diante desse pressuposto, ao se analisar indicadores econômicos, sociais e ambientais de vários países, percebeu-se que o futuro das gerações estava comprometido. Foi quando a ONU propôs a Agenda 2030 aos 193 países membros, um plano global composto por 17 objetivos e 169 metas como orientação aos países para atingirem o desenvolvimento sustentável em todos os âmbitos até 2030 (46).

Sendo eles: 1- Erradicação da pobreza; 2- Fome zero e agricultura sustentável; 3- Saúde e bem estar; 4- Educação de qualidade; 5- Igualdade de gênero; 6- Água potável e saneamento; 7- Energia limpa e acessível; 8- Trabalho

decente e crescimento econômico; 9- Indústria, inovação e infraestrutura; 10- Redução das desigualdades; 11- Cidades e comunidades sustentáveis; 12- Consumo e produção responsáveis; 13- Ação contra mudança global do clima; 14- Vida na água; 15- Vida terrestre; 16- Paz, justiça e instituições eficazes e 17- Parcerias e meios de implementação (46).

Assim, diante da matemática que compõe os cenários em torno da mortalidade infantil, a realidade nos impõe outros dados passíveis de serem problematizados quanto ao fenômeno de óbitos infantis nos dias atuais. Com a pandemia de COVID-19 o mundo entrou em recessão econômica, social e de saúde e vem apresentando as consequências catastróficas dessa guerra biológica mundial, tudo isso medido em números alarmantes numa espiral trágica que certamente vai perdurar por muito tempo.

Notadamente ainda estamos longe de saber os números exatos do impacto da pandemia de COVID-19 no mundo, o que sabemos é que os países signatários da Agenda 2030 caminhavam numa crescente para atingir as metas pactuadas mas a pandemia mudou o percurso. Um dos pontos principais e marcantes é a pobreza extrema que em 2010 representava 15,7% da população mundial 10% em 2015, mas a pandemia aumentou o número de pessoas que perderam renda, limitou as ações de assistência social e elevou os preços de produtos básicos de consumo, empurrando mais pessoas para a faixa de extrema pobreza. Estima-se que mais 71 milhões de pessoas viverão em extrema pobreza e os locais mais afetados são o sul da Ásia e a África Subsaariana representando mais de 32 milhões e 26 milhões de pessoas, respectivamente. Como consequência da pobreza, houve aumento da insegurança alimentar de moderada a grave passando de 22,4% em 2014 para 25,9% em 2019 (Relatório de Metas de Desenvolvimento Sustentável da ONU (47).

Esse relatório evidencia que são os pobres e os mais vulneráveis – incluindo crianças, idosos, pessoas com deficiência, migrantes e refugiados – os atingidos de forma mais dura pelos efeitos da pandemia da COVID-19. As mulheres também estão arcando com o impacto mais pesado desses efeitos. Com a interrupção de serviços essenciais de saúde como a imunização, atendimentos ambulatoriais, exames, aumento da insegurança alimentar; estima-se um aumento das taxas de

mortalidade materna e mortalidade em menores de 5 anos, esse aumento pode ocorrer em até 118 países de baixa e média renda, podendo variar de 9,8% a 44,8% na mortalidade em menores de 5 anos por mês e variar de 8,3% a 38,6% nas mortes maternas por mês, durante um período de seis meses (47).



## 4. OBJETIVOS

### 4.1. GERAL

Analisar a mortalidade infantil, particularmente os óbitos neonatais precoces, tardios e pós-natal, e os fatores associados, no período de 2015 a 2020, no município de Caruaru à luz da Bioética de Intervenção.

### 4.2. ESPECÍFICOS

- Caracterizar os óbitos infantis (os óbitos neonatais precoces, tardios e pós-natal) através das variáveis maternas, assistenciais e do óbito.
- Analisar a correlação entre a renda per capita por bairro e as variáveis do estudo categorizadas - variáveis assistenciais, do óbito e materna;
- Identificar as causas básicas dos óbitos infantis (os óbitos neonatais precoces, tardios e pós-natal) e classificar pelos capítulos da CID 10;
- Identificar a evitabilidade dos óbitos infantis (os óbitos neonatais precoces, tardios e pós-natal) através das causas básicas dos óbitos infantis pela classificação da Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE);
- Discutir as vulnerabilidades sociais que acometem a mortalidade infantil à luz da bioética de intervenção.

## 5. MÉTODOS

### 5.1. DESENHO, LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo e analítico de delineamento ecológico onde foi avaliada uma exposição, o óbito infantil e sua relação com variáveis socioeconômicas e assistenciais. Foram usados dados secundários dos bancos Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) do DATASUS, fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Caruaru do período de 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2020.

Segundo Secretaria de Saúde de Caruaru no Plano Municipal de Saúde de Caruaru 2015-2020 publicado em 2022, Caruaru é o município mais populoso do interior de Pernambuco, no ranking do Estado é a 4ª cidade mais populosa com uma área territorial de 932 Km<sup>2</sup>, com maior extensão de zona rural, porém a maioria dos residentes se concentra na zona urbana, sendo o Salgado o bairro mais populoso. A densidade demográfica é de 342,07 habitantes/km<sup>2</sup> e a população estimada para o ano de 2021 é de 369.342 habitantes. Analisando a pirâmide etária percebe-se que a maior concentração da população está na faixa etária entre 20 a 24 anos com predominância do sexo feminino com 52,64%. Atualmente Caruaru destaca-se como o mais importante pólo econômico, médico-hospitalar, acadêmico, cultural e turístico do Agreste de Pernambuco, sendo também famosa por sua tradicional feira livre, enaltecida nos versos do compositor Onildo Almeida e na voz do eterno rei do Baião, Luiz Gonzaga (48).

As principais atividades econômicas são: comércio, prestação de serviços, indústria, educação, com destaque para o comércio de confecções e de artesanato. Os dados sobre economia e renda do município demonstram que em 2019 o PIB per capita do era de R\$ 21.075,72. Neste mesmo ano, 2019, o salário médio mensal era de 1.7 salários-mínimos. Segundo dados do IBGE cidades, tem apenas 22,3% da população trabalhando e 81,3% dos domicílios com esgotamento sanitário adequado. No ano de 2010 o município atingiu o Índice de Desenvolvimento

Humano Municipal (IDHM) de 0,677, que é uma medição em longo prazo do desenvolvimento humano no que se refere à renda, educação e saúde. As principais atividades econômicas do município são o comércio, indústria e produção têxtil, gerando empregos diretos e indiretos (48).

A renda per capita por bairro de Caruaru, segundo o Censo Demográfico de 2010 do IBGE, os bairros mais ricos são os bairros Universitários e Maurício de Nassau compondo cerca de 11% e 10%, respectivamente, da população com renda entre 5 a 10 salários mínimos. Todos os bairros têm bolsões de pobreza variando entre 29 a 45% da população do bairro sem renda, sendo o bairro mais pobre o Cedro com 45% da população sem nenhuma renda, 29% dos que têm renda, a renda varia entre meio a um salário mínimo e 5% da população tem menos que meio salário mínimo (Apêndice 1).

No ano de 2010 a taxa de escolarização de 6 a 4 anos de idade no município foi de 94,9%. Caruaru tem campus das três principais universidades do Estado, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Universidade de Pernambuco (UPE) e Instituto Federal de Pernambuco (IFPE), conta também com polos de instituições privadas como Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES - UNITA), Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Centro Universitário do Vale do Ipojuca (UNIFAVIP Wyden), entre outras, totalizando 17 estabelecimentos de ensino de nível técnico e superior, além de 2 instituições de curso livre.

Caruaru é a principal referência de saúde para o atendimento de média e alta complexidade para 53 municípios, uma população residente de aproximadamente 1.948.937 habitantes. A Rede de Saúde do município de Caruaru é gestão dupla, possui serviços de saúde de gestão municipal, 109 serviços correspondendo a 90% da rede e gestão estadual, 12 serviços correspondendo a 10% da rede, além de serviços complementares com o setor privado através de contratos e convênios. Na atenção básica, o município conta com 60 Unidades Básicas de Saúde com 76 equipes de Equipes de Saúde da Família, entre outros serviços. Na atenção especializada tem uma rede de ambulatórios multiprofissionais especializados, entre outros serviços, conta também com o SAMU. A rede hospitalar pública é formada por 6 unidades, sendo 2 destas sob gestão municipal (Maternidade Santa Dulce dos

Pobres e Hospital Municipal Dr. Manoel Afonso Porto Neto), 4 de gestão do Estado (Hospital Regional do Agreste, Hospital Mestre Vitalino, Hospital São Sebastião e Hospital Jesus Nazareno).

## 5.2. AMOSTRA DOS PARTICIPANTES - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foi estudada toda a população dos óbitos infantis do período de 2015 a 2020 através de dados secundários contidos no SIM e SINASC, fornecidos pela SMS de Caruaru após aprovação pelo CEP UFPE. Foram incluídos todos os óbitos menores de 1 ano de vida que ocorreram no município de Caruaru entre 2015 e 2020, que tiveram a Declaração de Óbitos (DO) linkada com a Declaração de Nascidos Vivos (DNV). Foram excluídos os óbitos infantis que nasceram antes de 2015 e por isso não foi possível fazer o linkage entre DNV e DO, os óbitos residentes na zona rural de Caruaru e os que tinham falhas de preenchimento no banco de dados.

## 5.3. INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS PARA A COLETA E ARMAZENAMENTO DE DADOS

Os bancos de dados foram fornecidos no formato de planilhas pela SMS de Caruaru a partir do SIM e SINASC após aprovação pelo CEP e anuência do serviço. Os dados coletados foram compilados em planilha e após limpeza dos dados, foram separadas e categorizadas as seguintes variáveis para análise estatística:

- Variáveis maternas: idade, escolaridade, raça/cor;
- Variáveis do óbito infantil: idade do óbito, sexo, raça/cor;
- Variáveis da assistência: número de consulta pré-natal, tipo de parto, tipo de gravidez, idade gestacional, peso de nascimento, causa básica do óbito, evitabilidade do óbito.
- Variáveis econômicas: renda per capita por bairro.

#### 5.4. ANÁLISE DE DADOS

Para analisar a evitabilidade do óbito foi utilizada a classificação dos Óbitos Evitáveis da Fundação SEADE (Sistema Estadual de Análise de Dados), Esta classificação foi elaborada, prioritariamente para óbitos de menores de 1 ano e construídas a partir da Portaria nº 723/GM, de 10 de maio de 2001, publicada no DOU de 14 de maio de 2001, instituindo o Pacto dos Indicadores de Atenção Básica. A portaria baseou-se, para essas definições, em informações da Fundação SEADE. Os óbitos são classificados da seguinte forma:

- Evitáveis
  - Redutíveis por Imunoprevenção
  - Redutíveis por Adequado Controle na Gravidez
  - Redutíveis por Adequada Atenção ao Parto
  - Redutíveis por Ações de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento Precoces
  - Redutíveis Através de Parcerias com Outros Setores
- Não Evitáveis
- Mal Definidas
- Não Classificadas

Para fazer a análise da relação das variáveis com a renda foi necessário agregar alguns bairros pois os dados de renda por bairro disponíveis eram do IBGE do Censo de 2010, nessa ocasião existiam 24 bairros em Caruaru cadastrados e codificados pelo IBGE (5), mas ao longo desses anos, novos bairros foram surgindo, a maioria surgiu a partir de loteamentos e outros foram desmembrados de outros bairros. Sendo assim, houve a necessidade de agregar esses bairros novos aos bairros antigos através de buscas por documentos oficiais de registro de criação dos bairros, disponíveis na internet, para tentar entender um pouco da história de cada um deles.

Em 2022, em Caruaru, estão contabilizados 38 bairros que em 2010 eram 24, ou seja, ao todo 14 bairros foram agregados a bairros antigos conforme cadastrado do IBGE no Censo de 2010 para que fosse possível fazer a análise espacial da mortalidade infantil no município de Caruaru. Abaixo seguem as mudanças:

O bairro de São José era um loteamento dentro do bairro do Cedro e tornou-se bairro englobando outros loteamentos, então, para o estudo, o bairro de São José foi considerado como Cedro. Os bairros de São João da Escócia e Cidade Jardim surgiram como loteamento e viraram bairro a partir do desmembramento do bairro do Salgado, sendo assim, os bairros São João da Escócia e Cidade Jardim foram considerados bairros do Salgado.

O bairro Deputado José Antônio Liberato surgiu a partir do loteamento José Antônio Liberato dentro do bairro Indianópolis e passa a englobar outros loteamentos como o Monte Sinais, Alvorada, entre outros. Dessa forma, o bairro José Antônio Liberato será considerado Indianópolis. Os bairros Jardim Panorama, Maria Auxiliadora e Padre Inácio surgiram como loteamento próximo ao bairro Boa Vista e acabaram virando bairro, então, foram considerados como bairro Boa Vista.

O bairro José Carlos de Oliveira surgiu como loteamento que foi desmembrado dos Residenciais Boa Vista I e Boa Vista II, sendo assim, será considerado como bairro Boa Vista. O bairro Luiz Gonzaga é um loteamento dentro do 1º distrito de Caruaru e como está próximo ao bairro Universitários, será agregado ao bairro Universitários.

O bairro Severino Afonso também é um loteamento dentro do bairro Nova Caruaru, que será considerado o bairro Nova Caruaru. O bairro Nina Liberato foi considerado Zona Rural por ser um vilarejo nos arredores da área urbana. O bairro Nossa Senhora das Graças, que compreende a Zona Rural do Alto do Moura, será considerado como bairro Alto do Moura. Bairro verde é área verde dentro da Zona Urbana, portanto não corresponde à Zona Rural de Caruaru e não é habitada.

Após o agregado de bairros, ficamos com 24 bairros da Zona Urbana assim como o cadastro do IBGE de 2010, sendo eles: Agamenon Magalhães, Alto do Moura, Boa Vista, Caiucá, Cedro, Centenário, Cidade Alta, Divinópolis, Indianópolis, João Mota, Kennedy, Maurício de Nassau, Morro de Bom Jesus, Nossa Senhora das

Dores, Nova Caruaru, Petrópolis, Rendeiras, Riachão, Salgado, Santa Rosa, São Francisco, Universitários, Vassoural e área verde. Foi calculado o tercil de renda e divididos esses bairros em 3 grupos de renda: grupo de renda 1 (R\$ 291,56 até R\$ 417,11), grupo de renda 2 (R\$ 420,48 até 549,44), grupo de renda 3 (R\$ 586,86 até R\$ 1528); na ocasião o salário mínimo era de R\$ 510,00.

Após a limpeza dos dados foram utilizados os Softwares STATA/SE 12.0 e o Excel 2010 para fazer as análises estatísticas. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança. Todos os resultados foram calculados levando em consideração respostas válidas, ou seja, não foram contabilizadas as respostas ignoradas. Os resultados estão apresentados em forma de tabela com suas respectivas frequências absoluta e relativa e para verificar a existência de associação foi feita uma análise multivariada onde foram aplicados os Teste Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher para variáveis categóricas.

## 5.5. ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa obedece aos preceitos éticos da Resolução 466/12 ou 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados só foram coletados após aprovação pelo CEP-UFPE. **CAAE: 51446221.4.0000.5208**

Entre os possíveis riscos, está a identificação dos sujeitos da pesquisa, por isso cada sujeito foi identificado por um número no banco de dados e os bancos originais contendo os nomes estão armazenados pela SMS de Caruaru, ficando de posse do pesquisador apenas o banco de dados sem identificação nominal. De qualquer forma, a pesquisadora se compromete com sigilo e a confidencialidade dos dados.

Em relação aos benefícios, implica em conhecer as áreas de vulnerabilidade social do município, áreas onde necessitam de maior investimento para dirimir as desigualdades e iniquidades em saúde e assim poder subsidiar ações para melhoria da assistência, como também embasar políticas públicas em saúde.

## 6. RESULTADOS

Entre o período de 2015 a 2020 foram registrados 359 óbitos infantis e 34.553 nascimentos no município de Caruaru. Após linkage dos bancos de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) foram excluídos 5 Declarações de Óbito (DO) porque esses bebês que foram a óbito nascerem em 2014, restando assim 354 óbitos pareados.

Quanto à distribuição geográfica, 50 óbitos são residentes da zona rural, 302 da zona urbana, por serem ambientes geográficos diferentes, com comportamentos distintos, foi optado por não estudar a zona rural para não funcionar como um viés de confusão e 2 óbitos tinham falha no preenchimento, restando assim, uma amostra de 302 óbitos no período de 2015 a 2020.

A menor idade do óbito foi de 1 dia, incluindo todos que nasceram e morreram no mesmo dia e viveram apenas horas, a idade máxima foi de 351 dias e a média foi de aproximadamente 38 dias de vida. O menor peso ao nascer foi de 320g e o máximo de 5.795g, a média de peso de 1.863g. A menor idade gestacional (IG) foi de 12 semanas e a maior de 42 semanas, sendo a média aproximada de 32 semanas. A idade da mãe variou de 13 a 44 anos, com média de 25 anos. O número de consultas de pré-natal variou entre 0 e 15 consultas, com uma média aproximada de 5 consultas.



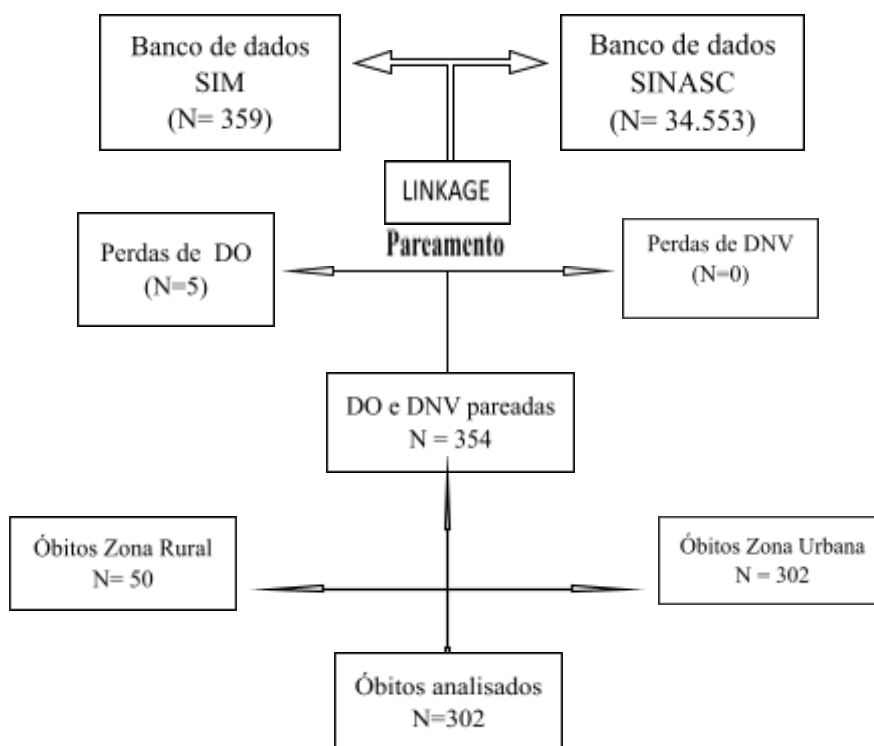


Figura 3 - Fluxograma do Linkage entre SIM e SINASC de Caruaru, 2015 a 2020, até definição da amostra analisada

A TMI de Caruaru variou no período de 2015 a 2020, 11,4 a 9,3 por mil nascidos vivos respectivamente, ela vinha em queda, mas apresentou um aumento em 2017 foi 12,1 e depois voltou a cair. Em relação aos componentes da TMI - Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (TMNP), Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia (TMNT) e Taxa de Mortalidade Pós-Natal (TMPN) todas tiveram leve aumento no ano de 2017 e depois apresentaram mudanças aleatórias, permanecendo sempre a TMNP mais alta que as demais.

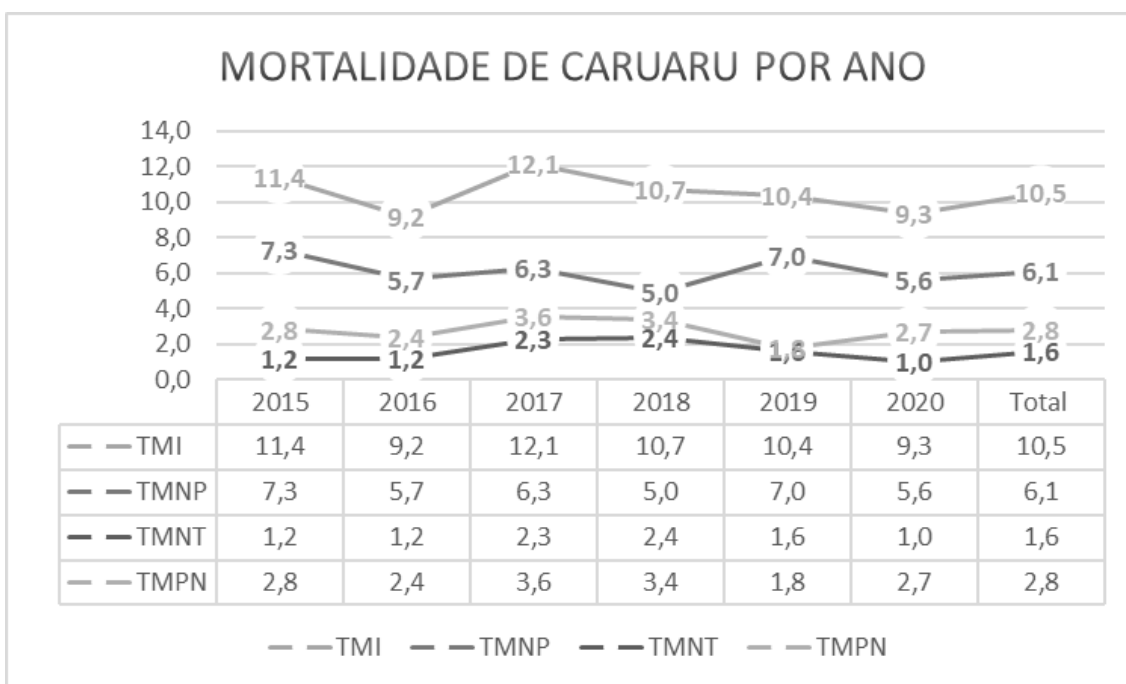


Figura 4 - Gráfico da Mortalidade Infantil de Caruaru subdividida em seus componentes: mortalidade neonatal precoce, mortalidade neonatal tardia e mortalidade pós-natal, por ano, no período de 2015 a 2020

Na análise multivariada, apresentada na Tabela 1, foram feitas correlação entre as variáveis categóricas relativas às características do óbito, características maternas e variáveis assistenciais com os grupos de renda, para entender como se manifesta a relação da renda e a mortalidade infantil.

Assim, neste estudo, analisando as características maternas, na idade da mãe, constatamos que os extremos das idades que compõem grupos de risco para mortalidade infantil são maiores no grupo de menor renda. No grupo 1, grupo de menor renda, 49,3% das mulheres têm menos de 20 anos e 42,4% têm 35 anos ou mais. Em relação à escolaridade, apesar do elevado grau de escolarização do grupo, as menores escolaridades, ensino fundamental - 42,9% e ensino médio - 48,2%, concentram-se no grupo de menor renda. Já em relação à raça/cor materna, as mulheres de cor não branca, pardas e pretas, 42,7% delas estão no grupo de menor renda.

Em relação às características do óbito predominaram os óbitos neonatais precoces em todos os grupos de renda, 58,3%, e em segundo lugar ficaram os

óbitos pós-natais, 26,5%. Quando correlacionados idade do óbito com a renda não houve correlação estatística, mas percentualmente houve mais óbito pós-natal nos grupos de menor renda, grupos 1 e 2. Já os óbitos neonatais tardio, 80,4% ocorreram nos grupos de menor renda, grupos 1 e 2. A maioria foi do sexo masculino, 58,9%, em relação à raça/cor, 70,3% eram não brancos e dentre estes 75,9% compunham os grupos 1 e 2 de menor renda. Já no grupo 3, de maior renda, houve predomínio de bebês brancos, 30,7%.

No que tange às características assistenciais, 92,4% das gestações foram únicas, 51,3% parto vaginal e 48,7% parto cesárea. A maioria, 63,9% tinham baixo peso ao nascer, peso menor que 2.500g. A prematuridade prevaleceu com 66,8% dos óbitos e dentre os óbitos não prematuros, 81,6% pertenciam aos grupos de menor renda, grupos 1 e 2. Em relação ao pré-natal, em todos os grupos de renda os óbitos foram maiores em quem tinha pré-natal inadequado, 56,8% dos óbitos tinham menos de 6 consultas, sendo 35% no grupo 1, 37,4% no grupo 2 e 27,6% no grupo 3.

Ainda sobre a Tabela 1, quando correlacionada a evitabilidade do óbito com os grupos de renda, percebemos que em todos os grupos de renda o número de óbitos evitáveis foi bem maior do que os não evitáveis. Na amostra total 83,8% dos óbitos poderiam ser evitados. Em relação a TMI calculada por grupo de renda, percebemos uma tendência de diminuição da TMI com o aumento da renda.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis por grupo de renda dos óbitos ocorridos no município de Caruaru no período de 2015 a 2020

Variáveis	Óbitos Infantis								
	Total		GR1		GR2		GR3		p-valor
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Características maternas</b>									
<b>Idade mãe</b>									
< 20 anos	75	25,9%	37	49,3%	28	37,3%	10	13,4%	0,016*
20 a 34 anos	182	62,7%	55	30,2%	71	39,0%	56	30,8%	
≥ 35 anos	33	11,4%	14	42,4%	11	33,3%	8	24,3%	
<b>Total</b>	290	100%	106	36,6%	110	37,9%	74	25,5%	
<b>Escolaridade mãe</b>									
Ensino fundamental	14	4,7%	6	42,9%	3	21,4%	5	35,7%	0,017*
Ensino médio	79	26,1%	38	48,2%	30	37,9%	11	13,9%	
Ensino superior	209	69,2%	65	31,1%	81	38,8%	63	30,1%	
<b>Total</b>	302	100%	109	36,1%	114	37,7%	79	26,2%	
<b>Raça/cor mãe</b>									
Branca	76	26,3%	15	19,7%	31	40,8%	30	39,5%	0,001*
Não branca	213	73,7%	91	42,7%	78	36,6%	44	20,7%	
<b>Total</b>	289	100%	106	36,7%	109	37,7%	74	25,6%	
<b>Características do óbito</b>									
<b>Idade do óbito</b>									
Neonatal precoce	176	58,3%	60	34,1%	65	36,9%	51	29,0%	0,642*
Neonatal tardio	46	15,2%	20	43,5%	17	36,9%	9	19,6%	
Pós-natal	80	26,5%	29	36,2%	32	40,0%	19	23,83%	
<b>Total</b>	302	100%	109	36,1%	114	37,7%	79	26,2%	

Continuação. Tabela 1 - Distribuição das variáveis por grupo de renda dos óbitos ocorridos no município de Caruaru no período de 2015 a 2020

### Sexo

Feminino	123	41,1%	42	34,1%	49	39,8%	32	26,0%	0,758*
Masculino	176	58,9%	66	37,5%	63	35,8%	47	26,7%	
<b>Total</b>	<b>299</b>	<b>100%</b>	<b>108</b>	<b>36,1%</b>	<b>112</b>	<b>37,5%</b>	<b>79</b>	<b>26,4%</b>	

### Raça/cor óbito

Branca	88	29,7%	30	34,1%	31	35,2%	27	30,7%	0,491*
Não branca	208	70,3%	77	37,0%	81	39,0%	50	24,0%	
<b>Total</b>	<b>296</b>	<b>100%</b>	<b>107</b>	<b>36,1%</b>	<b>112</b>	<b>37,8%</b>	<b>77</b>	<b>26,0%</b>	

### Características assistenciais

#### Tipo de gravidez

Única	279	92,4%	103	36,9%	105	37,6%	71	25,5%	0,494*
Dupla	23	7,6%	6	26,1%	9	39,1%	8	34,8%	
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100%</b>	<b>109</b>	<b>36,1%</b>	<b>114</b>	<b>37,7%</b>	<b>79</b>	<b>26,2%</b>	

#### Tipo de parto

Vaginal	154	51,3%	62	40,3%	57	37,0%	35	22,7%	0,288*
Cesárea	146	48,7%	47	32,2%	57	39,0%	42	28,8%	
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100%</b>	<b>109</b>	<b>36,3%</b>	<b>114</b>	<b>38,0%</b>	<b>77</b>	<b>25,7%</b>	

#### Peso de nascimento

Baixo peso (< 2500g)	193	63,9%	63	32,6%	75	38,9%	55	28,5%	0,217*
Peso normal (≥ 2500g)	109	36,1%	46	42,2%	39	35,8%	24	22,0%	
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100%</b>	<b>109</b>	<b>36,1%</b>	<b>114</b>	<b>37,7%</b>	<b>79</b>	<b>26,2%</b>	

#### Idade gestacional

Prematuro	197	66,8%	63	32,0%	76	38,6%	58	29,4%	0,045*
Não prematuro	98	33,2%	44	44,9%	36	36,7%	18	18,4%	
<b>Total</b>	<b>295</b>	<b>100%</b>	<b>107</b>	<b>36,3%</b>	<b>112</b>	<b>38,0%</b>	<b>76</b>	<b>25,8%</b>	

Conclusão. Tabela 1 - Distribuição das variáveis por grupo de renda dos óbitos ocorridos no município de Caruaru no período de 2015 a 2020

#### Consulta de pré-natal

Inadequada ( < 6 consultas)	163	56,8%	57	35,0%	61	37,4%	45	27,6%	0,710*
Adequada ( ≥ 6 consultas)	124	43,2%	47	37,9%	48	38,7%	29	23,4%	
<b>Total</b>	<b>287</b>	<b>100%</b>	<b>104</b>	<b>36,2%</b>	<b>109</b>	<b>38,0%</b>	<b>74</b>	<b>25,8%</b>	

#### Evitabilidade do óbito

Causas evitáveis	253	83,8%	91	36,0%	98	38,7%	64	25,3%	0,707**
Causas não evitáveis	47	15,5%	18	38,3%	15	31,9%	14	29,8%	
Causas mal definidas	2	0,7%	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%	
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100%</b>	<b>109</b>	<b>36,1%</b>	<b>114</b>	<b>37,7%</b>	<b>79</b>	<b>26,2%</b>	

#### Taxa de Mortalidade Infantil

Valor TMI			11,3		10,4		9,8		0,776*
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100%</b>	<b>109</b>	<b>36,1%</b>	<b>114</b>	<b>37,7%</b>	<b>79</b>	<b>26,2%</b>	

\*Teste Qui-quadrado de Pearson

\*\*Teste exato de Fisher

TMI: Taxa de Mortalidade Infantil

GR1: grupo de renda 1 (R\$ 291,56 até R\$ 417,11)

GR2: grupo de renda 2 (R\$ 420,48 até 549,44)

GR3: grupo de renda 3 (R\$ 586,86 até R\$ 1528)

A Tabela 2 traz a relação da evitabilidade do óbito com a idade do óbito, nela encontramos que 83,8% dos óbitos eram evitáveis. Dos óbitos evitáveis 55,7% morreram no período neonatal precoce. 56% dos óbitos que ocorreram no período neonatal precoce seriam evitáveis através de adequado controle na gestação e atenção ao parto. No período neonatal tardio as causas de óbito estão mais relacionadas à assistência hospitalar após parto, pois 45,2% seriam redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces. Já no período pós-natal, 54,3% dos óbitos seriam redutíveis através de parcerias com outros setores.

Tabela 2 - Evitabilidade do óbito segunda SEADE pela idade do óbito

	Classificação das causas evitáveis pela CID-10 (SEADE)							
	Neonatal precoce		Neonatal tardio		Pós natal		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
1- Evitáveis	141	55,7%	42	16,6%	70	27,7%	253	83,8%
1.1- Redutíveis por imunoprevenção	-	-	-	-	-	-	-	-
1.2- Redutíveis por adequado controle na gravidez	57	77%	12	16,2%	5	6,8%	74	100%
1.3- Redutíveis por adequada atenção ao parto	22	81,5%	4	14,8%	1	3,7%	27	100%
1.4- Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces	42	48,3%	19	21,8%	26	29,9%	87	100%
1.5- Redutíveis através de parcerias com outros setores	20	30,7%	7	10,8%	38	58,5%	65	100%
2- Não evitáveis	35	74,5%	3	6,4%	9	19,1%	47	15,6%
3- Mal definidas	-	-	1	50%	1	50%	2	0,6%
4- Não classificadas	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	176	58,3%	46	15,2%	80	26,5%	302	100%

Analisando as causas básicas dos óbitos segundo capítulos da CID 10 , Tabela 3, prevaleceu o capítulo XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal (CID 10: P00-P96) representando 60,9% das causas dos óbitos infantis. A segunda maior causa de óbito, 25,2% dos óbitos, foi o capítulo XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (CID 10: Q00-Q99). Em terceiro lugar estão as causas por doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99) e em quarto lugar, quase que empatadas estão as causas por doenças respiratórias e causas externas.

Tabela 3 - Causa básica do óbito pelos capítulos da CID 10

Capítulos da CID 10	N.	%
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	12	4%
II - Neoplasias [tumores] (C00-D48)	2	0,7%
VI - Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	1	0,3%
IX - Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	3	1%
X - Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	11	3,6%
XI - Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	1	0,3%
XIV - Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	1	0,3%
XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal (P00-P96)	184	60,9%
XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99)	76	25,2%
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99)	1	0,3%
XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98)	10	3,3%
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100%</b>



## 7. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo reiteraram a importância dos determinantes sociais em saúde para explicar questões complexas da mortalidade infantil em Caruaru. As questões relativas às características das mães, dos óbitos infantis (os óbitos neonatais precoces, tardios e pós-natal), da assistência à saúde prestada, e sobretudo da evitabilidade desses óbitos, mostraram que, além dos aspectos biológicos, as questões sociais são de extrema relevância. Percebeu-se um aumento da TMI com a diminuição da renda e que a grande maioria dos óbitos poderia ser evitada se tivéssemos uma assistência à saúde da mãe e do bebê de qualidade. A BI entende essas questões de exclusão social, de raça, de gênero, controle dos recursos econômicos da saúde, justiça social, equidade, entre outros, como situações persistentes herdadas historicamente na sociedade que são agravadas ou abrandadas conforme ação ou inação do Estado (49).

A cidade de Caruaru, local deste estudo, é marcada pela desigualdade e pela concentração de renda. Ou seja, desigualdade versus concentração de renda são fenômenos que se movem concomitantemente, pois se há concentração de renda há uma pequena fatia da sociedade que é economicamente mais privilegiada resultando, por outro lado, e em termos sociais, maior fatia de pessoas que carecem do mínimo para viver bem. A BI nos mostra que esse descompasso é sinônimo de uma minoria privilegiada que detém quase toda riqueza e de uma maioria que pulveriza os estratos sociais entre diversos ditames de necessidades e precarizações, que precisa ser revertida em busca de justiça social. Para se ter justiça social é necessário diminuir as diferenças de renda discrepantes entre os estratos sociais através da intervenção do Estado com a criação de políticas de transferência de renda

permitindo assim, uma melhor distribuição de renda e a redução das desigualdades sociais (50).

O mais paradoxal é que nessa maioria socialmente excluída, existem aqueles numa escala crescente de vulnerabilidade alocada em esferas de insegurança alimentar, moradia, trabalho, educação e saúde. Mesmo em pleno século XXI, em que vivemos uma abertura maior para discussões de gênero, família, diversidade e pluralidades ético raciais, a taxa de mortalidade infantil pode ser também avaliada como um marcador de exclusões devendo ser considerada para revermos o status quo da nossa sociedade. Ao discutirmos a Mortalidade Infantil em nossa região, Caruaru, observamos não apenas números, estatísticas, mas a dimensão da mulher e as implicações das heranças atávicas que legitimam condições de vulnerabilidade do feminino. Sendo assim, as taxas de mortalidade infantil desvelam muitas questões de gênero em nossa sociedade, que segundo a BI revela situação de desigualdade, subalternidade e apontam as sujeições das pessoas aos mecanismos de vigilância e poder ainda presentes como resultados dos sectarismos socioculturais vigentes (18).

Ainda como marcadores dessa desigualdade social, ao analisarmos as características maternas, encontramos a relação entre a renda e variáveis maternas como idade, escolaridade e raça/cor. Filhos de mulheres não brancas com menor escolaridade, com idade nos extremos,  $< 20$  anos e/ou  $\geq 35$  anos, e pobres, têm maior risco de morrer. Logo, esse grupo se constitui como um grupo de maior vulnerabilidade social. Mulheres que de maneira geral estão dentro de um tecido de estratificação social delimitados por espaços à margem da sociedade que legitimam divisões quanto à categoria de raça, trabalho, gênero e mecanismos de opressão e controle. São mulheres pretas e pardas que convivem numa lógica de exclusão no âmbito do mercado de trabalho, restando tarefas domésticas domiciliares sem perspectivas de mudança (51).

Essa lógica é uma herança que remonta uma sociedade patriarcal formada por estruturas diversas em consonância com repetições e reproduções

(52) no que concerne a emprego, sexualidade, violência, cultura e a participação do estado. Ou seja, as mulheres recebem salários inferiores aos homens sendo mais assalariadas do que a média masculina. Ademais vivem mais no trabalho doméstico. Também, a expressão da sexualidade feminina não é aceita e as mulheres estão assujeitadas a objetificação do homem e aos mais diversos abusos, além da idealização do amor romantizado. Ainda, diante da violência dos homens, as mulheres sofrem coerção e controle social. No âmbito da cultura recebem tratamento diferenciado a partir dos binarismos menino versus menina. Por fim, quanto ao papel do Estado que era para proteger de forma igualitária homens e mulheres, legitimam a diferenciação e as desigualdades de gênero criando o clima hostil de forma naturalizada (52).

Tudo isso emerge como os denominados conflitos persistentes que em nossa região são fenômenos factuais vistos e encarados, muitas vezes, de forma comum e quando avaliados, analisados e questionados são criticados enquanto fenômenos que não merecem atenções mais concretas nas pautas políticas que gerem transformações e mudanças de atitudes. Na verdade, a partir desses conflitos persistentes a BI entende que deverá haver um protagonismo junto aos espaços de interlocuções diversos como o dos direitos humanos em que avalia-se o quão as heranças colonialistas e patriarcalistas predominantes em nossa sociedade afetam todos nós, e em especial as mulheres e principalmente as mulheres negras e indígenas (53). Assim, as vidas sendo gestadas numa mistura de estruturas capitalistas, patriarcalistas e colonialistas, produziram no âmago da nossa sociedade estratificações sendo o corpo feminino atingido duramente por isso.

Em relação às características do óbito predominaram os óbitos neonatais precoces seguidos dos óbitos pós-natais em todos os grupos de renda, concordante com a literatura. Apesar da estatística não significativa, na correlação da idade do óbito com a renda, houveram mais óbitos neonatais tardios e pós-natais nos grupos de menor renda. Os óbitos neonatais precoces tem mais relação com o pré-natal e a assistência ao parto, os neonatais tardios

à assistência ao trabalho de parto, parto e ao RN no parto e pós-parto e os pós-natal às condições socioeconômicas familiares e assistência à saúde da criança. Sendo assim, pode-se pontuar falhas no acesso aos serviços de saúde, na assistência à mulher no parto, assistência ao RN no parto e cuidados neonatais e falha na assistência à criança na atenção básica e nos serviços de urgência/emergência. Para a BI, a saúde é um direito humano normatizado internacionalmente na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) onde considera que é dever do Estado garantir o máximo de saúde aos seus cidadãos independente da sua condição econômica. Entende também que garantir saúde à população é um “direito ao desenvolvimento” e uma forma de se diminuir as injustiças e iniquidades sociais provocadas pelo liberalismo econômico (54). Vale ressaltar que ter direito à saúde é ter acesso aos serviços de saúde, qualidade e integralidade na assistência à saúde.

Ainda em relação aos resultados deste estudo, relativos às características assistenciais, corrobora com a literatura, ser fator de risco a prematuridade, baixo peso ao nascer e pré-natal insuficiente. Apesar de gestações múltiplas aumentarem o risco de óbito infantil, ainda é predominante as gestações únicas entre os óbitos infantis. O que chama atenção é que os óbitos infantis com peso adequado, não prematuros e com pré-natal adequado foram maior no grupo de menor renda, ou seja, afastados os fatores de risco biológicos, RNs biologicamente viáveis que foram a óbito pertenciam ao grupo de baixa renda. Em relação ao tipo de parto, o parto vaginal foi maior no grupo de menor renda, assim como o número de cesáreas foi maior no grupo de maior renda, vale ressaltar que é também no grupo de menor renda onde se concentram as mães não brancas.

Leal (55) ao analisar a pesquisa Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento, de base populacional e abrangência nacional, encontrou que mulheres pretas e pardas tiveram maior risco de um pré-natal inadequado, ausência de acompanhante, peregrinação para o parto, menor chance para uma cesariana e de intervenções dolorosas no parto vaginal,

como episiotomia e uso de ocitocina mas também menos anestesia local quando a episiotomia foi realizada e maior chance de ter um nascimento pós-termo. A inadequação no pré-natal, a não vinculação à maternidade e a não orientação durante o pré-natal sobre o início do trabalho de parto foram mais frequentemente observadas nas puérperas pretas. Apesar da mulher ter autonomia na escolha da sua via de parto, esse direito não está sendo garantido de forma igualitária a todas as mulheres. As mulheres pardas e pretas quando assistidas nos serviços públicos de saúde são menos expostas a intervenções durante o trabalho de parto, mas isso não significa aplicação de boas práticas em saúde e sim que estão sendo negligenciadas durante a assistência ao trabalho de parto, forçadas ao parto vaginal, que embora seja o mais indicado, quando não é adequadamente assistido, leva a um trabalho de parto laborioso que pode causar danos irreversíveis ao RN (55).

O racismo é estrutural, está enraizado em todas as instituições de saúde e povoa o inconsciente dos profissionais levando a crenças errôneas de que mulheres negras têm uma melhor anatomia da pelve para parto vaginal e sentem menos dor levando a violência obstétrica. Essa concepção do negro é decorrência da colonização, ou melhor, da colonialidade da vida, onde importamos modos de vida dos países centrais, nos quais existe hierarquização da vida conforme o acúmulo de capital. Para Quijano, o padrão de poder da modernidade é a colonialidade, onde a hierarquização das populações direcionam a força produtiva para a manutenção do capital. Nascimento (56) chama de colonialidade da vida a percepção de que algumas vidas têm mais valor que outras, político, ontológico ou existencialmente, estabelecendo uma hierarquia que justifica a dominação, submissão e exploração do outro com a finalidade de tornar a vida do outro mais desenvolvida, sempre sob a perspectiva do dominador (56). Sendo assim, é preciso descolonizar, desconstruir pensamentos, padrões, normatizações incorporadas e reproduzidas durante gerações como um meio possível de transformar a realidade.

Outro ponto que nos chama atenção nesse estudo, é o grau de escolarização elevado das mães, onde 69,2% delas tinham nível superior completo ou incompleto, o que pode ser um reflexo das políticas públicas educacionais como o Programa Universidade para Todos (Prouni), instituído pela Lei n.º 11.096, de 13 de janeiro de 2005 e pelo Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), implantado no governo Lula (2003-2011) sob a coordenação do então Ministro da Educação Fernando Haddad, a partir de 2007. Essas políticas públicas iniciaram o processo de democratização ao acesso do ensino superior, permitindo que pessoas provenientes de escolas públicas e de baixa renda pudessem ingressar na universidade, apesar das críticas que são apresentadas em relação ao Prouni. Almeida (57) traz que houve investimento pesado no setor privado de educação ao invés do setor público e alerta para o início da privatização da educação superior no Brasil. Como críticas ao Reuni, vem discursos da precarização do ensino e do trabalho docente, quebra da autonomia da universidade e mercado de trabalho para todos.

Os resultados deste estudo mostraram que apesar do aumento do grau de escolarização, essas mulheres não conseguiram ainda transpor as dificuldades econômicas e sociais. Mas do ponto de vista Bioético, democratizar o acesso a educação é o início do processo de reparação social aos excluídos, é o ponto de partida para diminuir as vulnerabilidades sociais, é fortalecer vínculos sociais e produzir esperança para que o sujeito seja capaz de gerar transformações individuais e tenha perspectiva de futuro de vida (58).

## **8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Dentre as limitações deste estudo, foi a dificuldade em encontrar dados socioeconômicos por bairros do município de Caruaru atualizados para o período em estudo de 2015 a 2020, por isso a alternativa foi usar os dados desagregados do último censo do IBGE de 2010. Outro ponto crítico foram os bancos de dados mal-preenchidos onde nomes de bairros constavam com várias escritas diferentes, alguns foi possível recuperar e outros tiveram que ser ignorados. O pareamento das DO e DNV alguns tiveram que ser manuais devido e a limpeza do banco de dados foi o processo mais longo de toda a pesquisa.

## **9. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Verificou-se que o enfrentamento da mortalidade infantil em Caruaru requer ser visto de forma plural, pois demonstra estar permeado pelas condições de vulnerabilidade das mães e dos neonatos advindos da exclusão social.

Frente a esse cenário, a BI sugere como estratégia de enfrentamento, baseado na ética da responsabilidade pública, que o Estado deve estudar e refletir sobre as prioridades nos investimentos, avaliando destinação, alocação, distribuição e controle dos recursos financeiros dirigidos ao setor, priorizando a maioria populacional necessitada (59, 60).

Outra frente importante necessária para se reduzir as desigualdades sociais, nesse contexto, é entender o conceito da equidade, “equidade significa a disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um a partir de suas diferenças”(59, p. 4). É preciso reconhecer as diferenças e as necessidades diversas de cada indivíduo e do coletivo para se alocar recursos conforme as

prioridades e onde se mais precisa. É preciso tratar desiguais de forma desigual para que o fim seja a igualdade. A igualdade é o ponto de chegada para a justiça social, para o reconhecimento da cidadania e dos direitos humanos (59).

Também é preciso promover a inclusão social para que as ditas minorias (das mães e dos neonatos excluídos) possam ter voz e capacidade de mobilização e ação política, para isso a BI agrega alguns conceitos como empoderamento, emancipação e libertação. O empoderamento, de Amartya Sen, resume-se em a capacidade de amplificar as vozes dos segmentos alijados do poder de decisão. Já a emancipação é a capacidade do indivíduo de se libertar das dependências, ter domínio sobre si e garantir meios de sobrevivência, através da conquista. A libertação, de Paulo Freire, é a capacidade do oprimido reconhecer que existe uma força opressora sobre ele e conseguir se desvencilhar da submissão, sendo esse, o verdadeiro exercício da autonomia (7).

Embora cada expressão utilizada tenha conotações diferentes, todas elas pregam que é preciso ter liberdade para se ter autonomia. O fenômeno de inclusão social é um processo dinâmico que necessita ser construído e levado à prática, objetivando a conquista da verdadeira justiça social em saúde (7).

Esses são apenas alguns pontos do quanto a BI pode contribuir na discussão e combate a redução da mortalidade infantil no Brasil, pois entende que as moralidades são plurais, e que as necessidades de cada indivíduo e grupos são diferentes e devem ser tratadas de forma diferente, acredita-se que não existe universalização e que para investir em recursos públicos é necessário beneficiar o maior número de pessoas possíveis. Também acredita que para se dirimir as injustiças sociais e de saúde é preciso diminuir as distâncias existentes entre as classes sociais para então poder se falar de igualdade e direitos humanos.

Por fim, entendemos como **Existência Severina**, a capacidade do indivíduo vulnerado, vítima da má distribuição de renda e das desigualdades



sociais e de saúde, mesmo com todas as adversidades, sobreviver, brotar vida em terreno árido, resistir, migrar e conseguir viver a margem da dignidade humana.

## REFERÊNCIAS

- 1- Araújo, FRF. A bioética da proteção e as implicações morais no acesso desigual ao parto: o caso de uma maternidade de referência no agreste de Pernambuco (dissertação). Recife: Centro de Pesquisas Ageu Magalhães; 2012.
- 2- UNICEF. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UNIGME), Levels & Trends in Child Mortality: Report 2020. New York; 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/reports/levels-and-trends-child-mortality-report-2020>. Acessado em 2/mar/2023.
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Mortalidade infantil em menores de 5 anos: risco ao nascer. Brasília; 2019.
- 4- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Site IBGE-cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/caruaru/panorama>. Acessado em 02/mar/2023.
- 5- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
- 6- Cruz M, Trindade E. Bioética de Intervenção “” uma proposta epistemológica e uma necessidade para sociedades com grupos sociais vulneráveis. RBB [Internet]. 22º de dezembro de 2006 [citado 2º de março de 2023];2(4):483-500. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/8175>
- 7- Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. Revista Bioética, 2005; v. 13, n. 1, p. 125-134.
- 8- Moser A, Soares AMM. Bioética: do consenso ao bom senso. Petrópolis, RJ: Editora Vozes; 2019.
- 9- Pessini L. Introdução à edição brasileira - Van Rensselaer Potter: a pessoa e o legado. In: Potter VR. Bioética: ponte para o futuro. Tradução: Zanella DG. São Paulo: Edições Loyola; 2016.
- 10- Costa SIF, Oselka G, Garrafa V. Apresentando a Bioética. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa (orgs). Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 15-18

- 11- Munoz DR, Fortes PAC. O princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa (orgs). Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.p. 53-70.
- 12- Kipper DJ, Clotet J. Princípios da beneficência e não-maleficência. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa (orgs). Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 37-52.
- 13- Siqueira JE. O princípio da Justiça. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa (orgs). Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 71-80.
- 14- Bergel, S. Capítulo 11. LA BIOÉTICA. In: El pensamiento filosófico latinoamericano, del Caribe y "latino" (1300-2000): historia, corrientes, temas y filósofos. Editado por Enrique Dussel, Eduardo Mendieta, Carmen Bohórquez. México: Siglo XXI : Centro de Cooperación Regional para la Educación de Adultos en América Latina y el Caribe, 2009. 1117 p.
- 15- Garrafa, V. Capítulo 24. Bioética. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Parte V - Temas Relevantes em Políticas e Sistemas de Saúde. Org.: Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. V. C., Noronha, J. C., e Carvalho, A. I., 2nd ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.
- 16- Pessini L, Barchifontaine CP. Bioética: do Princípio à Busca de uma Perspectiva Latino-Americana In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa (orgs). Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.p. 81-98.
- 17- Garrafa, V; Cruz, E. Bioética de Intervención – Una Agenda Latinoamericana De Re-Territorialización Epistemológica para La Bioética. In.: Pfeiffer, M.L; Manchola-Castillo, C. Manual de educación en bioética: fundamentar la bioética: conocimientos, valores y visiones desde América Latina y el Caribe, volumen 2, UNESCO; 2022. p. 37-65.
- 18- Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção / Bioethics, Power and Injustice - for an Ethics of Intervention. Mundo saúde (Impr.); 26(1): 6-15, jan.-mar. 2002. Artigo em Português | LILACS, Sec. Est. Saúde SP | ID: lil-307640. Biblioteca responsável: BR599.1
- 19- Feitosa SF, Nascimento WF. A bioética de intervenção no contexto do pensamento latino-americano contemporâneo. Revista Bioética; 2015; 23(2): 277-84.
- 20- Garrafa V, Porto D. Verbetes: Bioética de intervención; imperialismo moral, bioética y política. In: Tealdi JC (Orgs). Diccionario Latinoamericano de Bioética. Bogotá: UNESCO; 2008. p. 161-164.
- 21- Garrafa V. O Congresso Mundial de 2002, a Declaração da Unesco de 2005 e a ampliação e politização da agenda bioética internacional no século

XXI. In: Porto D, Garrafa V, Martins GZ e Barbosa SN (Orgs). Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois. Brasília: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/ SBB, 2012; p. 25-44.

22- Schwarcz LM. Sobre o Autoritarismo Brasileiro. São Paulo: Companhia das Letras; 2019.

23- Becker E. A Negação da Morte. Tradução de Silva LCN. 6º edição. Editora Record: Rio de Janeiro; 2013.

24- Maranhão JLS. O que é morte. São Paulo: Editora brasiliense; 1998.

25- Schumacher BN. Confrontos com a morte: a filosofia contemporânea e a questão da morte. Edições Loyola: São Paulo; 2009.

26- Tchekhov A. Angústia. Contos. Editora Nova Fronteira: Rio de Janeiro; 2003.

27- D'assumpção EA. Sobre o Viver e o Morrer. Manual de Tanatologia e Biotanatologia para os que partem e os que ficam. 2º Edição ampliada. Petrópolis, RJ: Editora Vozes; 2011.

28- Adorno FCR. Capacitação solidária: um olhar sobre os jovens e sua vulnerabilidade social. São Paulo: Associação de Apoio ao Programa Capacitação Solidária - AAPCS; 2001.

29- Damatta R. O que é o Brasil. Rio de Janeiro: Editora Rocco; 2004.

30- Melo Neto JC. Poesia Completa. Rio de Janeiro: Editora Alfaguara; 2020.

31- Ariés P. História Social da Criança e da Família. Tradução Dora Flaksman, 2ª edição, Editora Guanabara, Rio de Janeiro; 1986.

32- Heywood C. Uma História da Infância: da Idade Média à Época Contemporânea no Ocidente. Porto Alegre: Artmed; 2004.

33- Jesus CM. Quarto de Despejo: diário de uma favelada. Editora Ática: São Paulo; 1994.

34- Ribeiro KG, Barreto ICHC, Aguiar JB e Andrade LOM. Capítulo 36 - Determinantes Sociais da Saúde. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia & saúde. 8ª edição, Rio de Janeiro: Medbook; 2018.

35- Almeida Filho N. O que é saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2011. Temas em saúde collection. ISBN 978-85-7541-343-2. Available from SciELO Books<<http://books.scielo.org>>

- 36- Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. Revista de Saúde Pública [online]. 1997; v. 31, n. 5 [Acessado 28 Agosto 2022], pp. 538-542. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>>. Epub 16 Ago 2001. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>.
- 37- Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H VD, Jadad AR, Kromhout D et al. How should we define health? BMJ 2011; 343:d4163 doi:10.1136/bmj.d4163
- 38- Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf). Acesso em: 21 de dezembro de 2022.
- 39- Barata RB. Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
- 40- Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva 2007; 17(1):77-93.
- 41- Whitehead M. Os Conceitos e Princípios de Equidade e Saúde. International Journal of Health Services, 1992; 22(3), 429-445. Doi:10.2190/986l-lhq6-2vte-yrrn
- 42- Corgozinho MM, Oliveira AAS de. Equidade em saúde como marco ético da bioética. Saude Soc 2016;25:431-41. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016153764>.
- 43- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde | Volume 52 | Nº 37 | Out. 2021.
- 44- Medronho RA, ET AL. Epidemiologia. São Paulo, SP: Editora Atheneu; 2009.
- 45- RIPSAs. Rede Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008; n. 2, p.349. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: Out. 2022.
- 46- ONU. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Traduzido pelo Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (UNIC Rio), última edição em 13 de outubro de 2015. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org> 2015. Acesso em: 3/mar/2023.

- 47- ONU. Relatório de Metas de Desenvolvimento Sustentável da ONU, 2020. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/151394-relatorio-anual-das-nacoes-unidas-no-brasil-2020>. Acesso em 3/mar/2023.
- 48- Prefeitura Municipal de Caruaru. Plano Municipal de Saúde de Caruaru 2015-2020. Caruaru; 2022.
- 49- Garrafa V, Azambuja L. Epistemología de la bioética - enfoque latino-americano. RBB [Internet], 2007; 3(3):344-59. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7948>
- 50- Carvalho RRP, Albuquerque A. Desigualdade, bioética e Direitos Humanos. Rev. Bioética 2015; 23:227–37. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015232061>.
- 51- Nascimento WF do, Garrafa V. Por uma vida não colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. Saúde Soc. 2011; 20:287–99. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000200003>.
- 52- Costa RP da. Gilberto Freyre e a infância no Brasil patriarcal. Revista Angelus Novus, USP, 2015; Ano VI, nº 10.
- 53- Caldas ADR, Santos RV, Borges GM, Valente JG, Portela MC, Marinho GL. Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base no Censo Demográfico de 2010 e nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. Cad Saúde Pública 2017;33. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046516>.
- 54- Castillo CHM, Garrafa V, Cunha T, Hellmann F. El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneos. Ciênc Saúde Coletiva 2017; 22:2151–60. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.04472017>.
- 55- Leal M do C, Gama SGN da, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN do, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cad. Saúde Pública 2017; 33. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>.
- 56- Nascimento WF do, Martorell LB. A bioética de intervenção em contextos descoloniais. Rev Bioét 2013; 21:423–31.
- 57- Almeida SC. O AVANÇO DA PRIVATIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO SUPERIOR BRASILEIRA: O ProUni como uma nova estratégia para a transferência de recursos públicos para o setor privado (Dissertação). UFF, Niterói, RJ, 2006.
- 58- Santos IL, Shimizu HE, Garrafa V. Bioética de intervenção e pedagogia da libertação: aproximações possíveis. Revista Bioética, 2014; Volume 22, n.1; p.271-281.

59- Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde Pública, Bioética e Equidade. Revista Bioética, 1997; V.5, N.1.

60- Garrafa V, Silva LES da, Drummond A. Bioética de intervenção: uma prática politizada na responsabilidade social. Universitas: Ciências da Saúde, Brasília, v. 9, n. 2, p. 111-119, jul./dez. 2011. Doi: 10.5102/ucs.v9i2.1510.

## APÊNDICES

Apêndice 1: Renda por salário mínimo, por bairro da Zona Urbana de Caruaru.

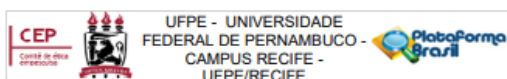
Fonte: IBGE, censo de 2010.

Bairros	Até 1/4 de salá rio míni mo	Mai s de 1/4 a 1/2 salá rio míni mo	Mai s de 1/2 a 1 salá rios míni mos	Mai s de 1 a 2 salá rios míni mos	Mai s de 2 a 3 salá rios míni mos	Mai s de 3 a 5 salá rios míni mos	Mai s de 5 a 10 salá rios míni mos	Mai s de 10 a 15 salá rios míni mos	Mai s de 15 a 20 salá rios míni mos	Mai s de 20 a 30 salá rios míni mos	Mai s de 30 salá rios míni mos	Sem rend ime nto	Total
Salgado	4%	5%	35%	16%	3%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	35%	100%
Boa Vista	3%	3%	29%	18%	5%	4%	2%	0%	0%	0%	0%	35%	100%
Alto do Moura	6%	7%	35%	14%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	35%	100%
Vassoural	3%	4%	35%	17%	3%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	36%	100%
Santa Rosa	4%	5%	35%	15%	3%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	35%	100%
Indianópolis	2%	3%	24%	18%	7%	6%	4%	1%	0%	0%	0%	34%	100%
Petrópolis	2%	3%	29%	17%	5%	4%	2%	0%	0%	0%	0%	36%	100%
Morro do Bom Jesus	6%	5%	36%	9%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	42%	100%
Agamenon Magalhães	5%	6%	28%	13%	3%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	42%	100%
Rendeiras	2%	3%	29%	21%	5%	3%	1%	0%	0%	0%	0%	36%	100%
Kennedy	2%	3%	31%	20%	5%	3%	1%	0%	0%	0%	0%	35%	100%



Riachão	3%	5%	33%	18%	3%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	35%	100%
João Mota	4%	6%	38%	12%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	37%	100%
Nova Caruaru	2%	3%	28%	14%	4%	4%	3%	0%	0%	0%	0%	39%	100%
São Francisco	1%	3%	31%	20%	5%	4%	2%	0%	0%	0%	0%	32%	100%
Centenário	3%	5%	37%	10%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	43%	100%
Maurício de Nassau	1%	1%	21%	16%	7%	9%	10%	2%	2%	1%	0%	30%	100%
Nossa Senhora das Dores	1%	2%	28%	22%	8%	6%	3%	0%	0%	0%	0%	29%	100%
Universitário	1%	2%	17%	14%	6%	8%	11%	3%	2%	1%	1%	34%	100%
Caiuca	1%	3%	34%	18%	4%	3%	1%	0%	0%	0%	0%	36%	100%
Divinópolis	1%	2%	32%	20%	7%	5%	3%	0%	0%	0%	0%	31%	100%
Cidade Alta	1%	3%	28%	22%	5%	3%	1%	0%	0%	0%	0%	36%	100%
Cedro	2%	3%	29%	17%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	45%	100%

## ANEXO - APROVAÇÃO PELO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** UMA ANÁLISE BIOTÉTICA DA MORTALIDADE INFANTIL DO MUNICÍPIO DE CARUARU E AS DESIGUALDADES EM SAÚDE À LUZ DA BIOTÉTICA DE INTERVENÇÃO DO PERÍODO DE 2015 A 2020

**Pesquisador:** Shirlene Mafra Holanda Maia

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 5144622.1.4.0000.5208

**Instituição Proponente:** CENTRO ACADEMICO DO AGRESTE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

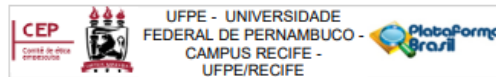
**Número do Parecer:** 5.042.781

#### Apresentação do Projeto:

Este protocolo corresponde à pesquisa da mestranda Shirlene Mafra Holanda Maia, vinculada ao Programa Interinstitucional de Pós-Graduação em Biotética (MINTER/DINTER) da Universidade de Brasília em parceria com a Universidade Federal de Pernambuco, Campus do Agreste/NCV. Tem como orientadora a professora Helena Eri Shimizu e como coorientador o professor Walter Massa Ramalho. Trata-se de um estudo analítico de delineamento ecológico onde será examinada a existência de associação entre uma exposição, o óbito infantil e uma condição relacionada à saúde, a desigualdade em saúde. O estudo será dividido em 2 etapas, na primeira etapa será feita a coleta de dados secundários das variáveis a partir das fichas de investigação do óbito que foram aplicadas pelo Comitê de Investigação do Óbito Infantil do município de Caruaru, no período de 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Os dados serão compilados em um banco de dados para realização de análises estatísticas e posterior reflexão à luz da teoria da Biotética de Intervenção. As análises estatísticas serão realizadas utilizando-se o programa EpiInfo versão 3.5.2. Os dados serão analisados mediante estatística descritiva e análises de associação com distribuição de frequências (absoluta e relativa), medidas de tendência central e dispersão e análises multivariadas. Os resultados serão apresentados por meio de tabelas e gráficos.

**Endereço:** Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE **E-mail:** cep@ufpe.br

Página 01 de 01



Continuação do Parecer: 5.042.781

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Geral:** Analisar a associação entre os óbitos infantis e as desigualdades em saúde no município de Caruaru no período de 2015 a 2020 e discutir à luz da biotética de intervenção.

#### Objetivos Específicos:

Conhecer os determinantes biológicos, socioeconômicos, demográficos, assistenciais e comportamentais que influenciam o óbito infantil;  
 Identificar as condições relacionadas ao óbito infantil: causa do óbito infantil e evitabilidade do óbito;  
 Caracterizar a rede assistencial de saúde materno infantil em Caruaru, relacionadas à gestação, ao parto, nascimento e seguimento da criança;  
 Caracterizar sociodemograficamente o município de Caruaru;  
 Estratificar os óbitos infantis através dos bairros de Caruaru e fazer suas correlações socioeconômicas por georreferenciamento;  
 Discutir à luz da biotética de intervenção o significativo mortalidade infantil e desigualdade em saúde.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora destacou que embora sua pesquisa envolva dados secundários, há sempre risco de vazamento de informações, apresentando as medidas necessárias para evitar que isso ocorra. Quanto aos benefícios, relacionou possível retorno para a sociedade, através de possíveis contribuições na elaboração de políticas públicas.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerando que a mortalidade infantil possui uma relação direta com as condições de vida e saúde de uma população, o estudo revela um bom potencial de análise ética/biotética tendo como arcabouço teórico a Biotética de Intervenção. Portanto, pode-se afirmar que a pesquisa possui relevância social e acadêmica.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos anexados encontram-se em conformidade com as exigências do CEP.

#### Recomendações:

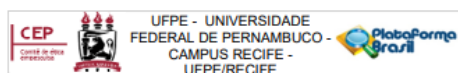
Considerando-se que o protocolo está aprovado, recomenda-se o início da pesquisa.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências anteriormente apontadas foram solucionadas.

**Endereço:** Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE **E-mail:** cep@ufpe.br

Página 02 de 01



Continuação do Parecer: 5.042.781

#### Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Substantiado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

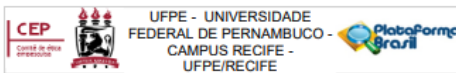
Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.E., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do(a) pesquisador(a) assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BASICAS DO PROJETO_1815099.pdf	13/10/2021 17:38:46	Shirlene Mafra Holanda Maia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto_mestrado_cep.docx	13/10/2021 17:36:42	Shirlene Mafra Holanda Maia	Aceito
Outros	AUTORIZACAO DE USO DE ARQUIVOS.pdf	13/10/2021 17:34:17	Shirlene Mafra Holanda Maia	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_corrigida.pdf	13/10/2021 17:31:23	Shirlene Mafra Holanda Maia	Aceito

**Endereço:** Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE **E-mail:** cep@ufpe.br

Página 03 de 01



Continuação do Parecer: 5.042.781

Outros	anuencia_municipio_caruaru.pdf	11/10/2021 21:38:17	Shirlene Mafra Holanda Maia	Aceito
Outros	CARTA_DE_PENDENCIAS_CEP.docx	11/10/2021 21:38:54	Shirlene Mafra Holanda Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Anulação	carta_de_solicitacao_de_dispenso_de_1_de.doc	03/09/2021 12:29:29	Shirlene Mafra Holanda Maia	Aceito
Outros	carta_anuencia_NCV.pdf	31/08/2021 15:01:32	Shirlene Mafra Holanda Maia	Aceito
Outros	comprovante_matricula.pdf	27/08/2021 23:12:41	Shirlene Mafra Holanda Maia	Aceito
Outros	historico_escolar.pdf	27/08/2021 23:17:17	Shirlene Mafra Holanda Maia	Aceito
Outros	Lattes_Shirlene_Mafra.pdf	27/08/2021 23:11:37	Shirlene Mafra Holanda Maia	Aceito
Outros	Lattes_Helena_Shimizu.pdf	27/08/2021 23:11:16	Shirlene Mafra Holanda Maia	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Confidencialidade.docx	27/08/2021 22:45:40	Shirlene Mafra Holanda Maia	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_responsabilidade_e_comprova_ao_do_pesquisador.doc	27/08/2021 22:31:17	Shirlene Mafra Holanda Maia	Aceito

#### Situação do Parecer:

Aprovado

#### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 18 de Outubro de 2021

Assinado por:  
**LUCIANO TAVARES MONTENEGRO**  
 (Coordenador(a))

**Endereço:** Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE **E-mail:** cep@ufpe.br

Página 04 de 01