
**AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE:
DESIGUALDADE SOCIAL, SANEAMENTO E MORTALIDADE****Dimas José Batista**

(Doutor em História do Brasil da Universidade Federal do Tocantins – UFT, Colegiado de História do Campus de Araguaína)

E-mail: dimas@uft.edu.br

Apresenta resultados preliminares de uma pesquisa sobre a mortalidade em Araguaína-Tocantins entre os anos de 1962 e 1966 traçando um perfil esquemático da situação da mortalidade neste município, constitui-se, portanto, em um relato de pesquisa em andamento Este trabalho discute os impactos das políticas públicas de saneamento do Estado e as implicações que tais ações governamentais têm - e tiveram - na mortalidade populacional bem como a equanimidade e desigualdade no oferecimento deste tipo de serviço público.

Palavras-chave: Políticas Públicas, Saneamento, Mortalidade e desigualdade.

It presents results preliminaries of a research about the mortality in Araguaína-Tocantins among the years of 1962 and 1966 drawing a schematic profile of the situation of the mortality in this municipal district, it is constituted, therefore, in a research report in process. This work discusses the impacts of the public politics of sanitation of the State and the implications that such government actions have - and they had - in the population mortality as well as the unbiased and inequality in the offer of this type of public service

Keywords: Public Politics, Sanitation, Mortality and Inequality Social.

1. INTRODUÇÃO

A qualidade de vida e saúde da população está intimamente relacionada ao tratamento da rede de águas e esgotos, ao saneamento básico. As medidas implementadas pelo poder público para o tratamento de águas e de esgotos de um município podem evitar, prevenir ou reduzir a incidência de muitas doenças endêmicas ou epidêmicas. O recolhimento e o tratamento dos resíduos sólidos e líquidos contribuem para uma sociedade mais saudável e higienizada assim como a vigilância sanitária de espaços públicos e habitações permite o mapeamento das áreas que enfrentam dificuldades sanitárias.^[1]

Os problemas sanitários sejam endêmicos ou epidêmicos sempre resultam, para o poder público, em um impacto sobre os custos de implementação de tratamentos médicos na área de saúde pública. É evidente que a saúde pública não se reduz ao saneamento básico, mas as medidas de tratamento dos resíduos líquidos e sólidos produzidos, tanto no meio urbano como no rural, torna-se uma estratégia eficaz para minimizar a mortalidade, particularmente, nos centros urbanos em que a aglomeração humana é considerável. Todas essas áreas eram, e são, responsabilidade do poder público. Portanto, acompanhar historicamente como o Estado tem

discutido a questão é o objetivo principal desta pesquisa.

O Estado moderno, ao longo dos séculos, constituiu uma verdadeira engenharia da saúde e de serviços sanitários. Esta engenharia da saúde englobou a criação de hospitais, asilos, clínicas, laboratórios; o desenvolvimento de técnicas e tecnologias de tratamento; o treinamento e preparação de uma gama de profissionais especializados; em suma, uma política pública de saúde. A pesquisa articulou as dimensões do saneamento, da saúde e da mortalidade para chamar a atenção sobre o papel desempenhado pelo Estado no desenvolvimento de políticas públicas gerenciais, curativas e preventivas. Procurou demonstrar também os intervenientes socio-econômicos presentes nesse processo de constituição de um espaço de intervenção estatal, mais conhecido como “estado de bem-estar social”.^[2]

Recentemente, as análises têm recaído sobre os aspectos ambientais, físicos, humanos e políticos articulando dimensões, até então, desprezadas pelos médicos, sanitaristas, higienistas, biólogos, ecologistas e engenheiros ambientais. Há alguns autores que vem enfocando a questão da saúde e da doença sob um ponto de vista sócio-cultural. Não faremos aqui, prioritariamente, uma discussão médica do saneamento

e da mortalidade no Brasil, pois ela já vem sendo feita desde o século XIX.^[3] A preocupação central é posicionar os grupos sociais mais afetados pelos graves problemas de pouco ou nenhum atendimento na área de saneamento e as implicações que este fato acarreta para a saúde pública dos grupos sociais suburbanos e periféricos de toda a sociedade.

2. METODOLOGIA: CONJUGAR MÉTODOS, PRECISAR O OBJETO.

Pretendo fazer isso analisando dois *corpus* documentais pouco utilizados pelos cientistas sociais: *os assentamentos de óbito e as declarações de óbito*. Ao analisar esses *corpus* poderemos compreender as transformações ocorridas no município de Araguaína, região norte do Estado do Tocantins, especialmente a partir dos anos de 1960. Os registros e as declarações de óbito devem ser, por força de lei, produzidos pelos cartórios e hospitais públicos e privados.

Existem razões de ordem jurídica, política, sanitária e social para que o Estado obrigue estas instituições a produzirem esses documentos, não me aterei a todos esses aspectos em virtude do que se pretende discutir aqui, isto é, como o poder público tem procurado resolver o *déficit* de saneamento básico do país e o impacto que o desatendimento representa para a saúde das populações pobres.

As principais preocupações dos estudiosos no século XX, ao analisarem os registros vitais, recaíram sobre qualidade formal do registro, isto é, os sanitaristas, médicos e demais agentes de saúde procuraram discutir as falhas dos registros sugerindo melhorias no registro como uma estratégia útil para aperfeiçoar a qualidade dos dados expressos pelos assentos civis. Alegavam, e com razão, que quanto mais precisos os dados registrados melhores seriam as orientações fornecidas ao Estado para a elaboração de diretrizes e políticas públicas de saúde. (Laurenti, 1971, Pereira & Castro, 1981; Heckmann, 1989, Façanha, 2005).

Pode-se notar que a preocupação com a subnotificação, com o sub-registro e as lacunas existentes nos registros vitais se estende até os dias de hoje por motivos metodológicos e teóricos. Outra preocupação referente ao registro diz respeito à qualidade da informação presente nestes formulários de

recolhimento de dados sobre a mortalidade da população. O registro foi, ao longo dos anos, deslocando-se de dados mais gerais sobre o falecido para dados mais específicos, isto é, se até os anos 70 do século XX podemos encontrar informações sobre o cônjuge depois desta data essas informações tornam-se escassas. O registro passa a ter um caráter médico e sanitário.

Há ainda outro deslocamento, ou melhor, há a partir dos anos 70 outra preocupação metodológica: conjugar diversos tipos de registros e técnicas quantitativas para conhecimento da realidade médico-sanitária das regiões brasileiras. Começavam a aflorar também os estudos comparativos. A diversidade territorial e ecológica do país tornava-se terreno fértil para comparações entre o norte e o sul, o leste e o oeste com o intuito de verificar quais as moléstias e principais causas de *mortis*. Todas essas preocupações se revestem de um triplo caráter: teórico, epistemológico e metodológico.

Os cientistas sociais e os especialistas das áreas da saúde começaram a perceber que havia outros matizes desprezados no estudo das políticas públicas de saúde no Brasil. Começaram a visualizar que desigualdade social, saneamento, saúde e mortalidade eram termos de uma equação que não poderiam mais ser entendidos de modo isolado, especialmente, se considerarmos que as zonas urbanas e rurais mais carentes de políticas de saneamento.

Este *paper* trata de uma pesquisa em construção, portanto, não chegamos ainda a nenhuma conclusão parcial, muito menos, definitiva. Faremos apenas considerações preliminares acerca do tema e dos desdobramentos que ele desperta. Os *assentos civis de óbito*, constitui uma fonte importante para o estudo dos tipos e índices de mortalidade, permitem uma abordagem indireta da qualidade do saneamento básico, pois nos registros encontramos a causa *mortis*. A análise qualitativa das principais causas *mortis* poderá revelar se a população foi atingida por causas naturais, endêmicas, epidêmicas ou causas externas. Porém, é necessário ressaltar que os registros de óbito, como toda fonte de dados não é completa, isto é, contém lacunas. Esta incompletude será preenchida recorrendo a outras fontes como as *declarações médicas de óbito*, dados censitários do IBGE e do Ministério da Saúde.

Os assentamentos civis de óbito constituem-se em suporte relativamente adequado para o conhecimento dos tipos e causas de mortalidade no Brasil, permitem conhecer os grupos, sexos e faixas etárias mais afetadas pela mortalidade são indicadores de saúde utilizados pelo poder público para traçar políticas de planejamento e estratégias que visem melhorias na qualidade de vida e do IDH do país. Neste sentido, estudar os índices de mortalidade entreabre um caminho para observarmos como o governo tem atuado para minimizar as principais causas de mortalidade. E o saneamento básico estaria entre as áreas de atuação do poder público com vistas à melhoria da qualidade de vida e saúde da população como uma estratégia de redução da mortalidade por infecções e doenças. As doenças estão intimamente relacionadas aos serviços de tratamento de águas e esgotos, isto é, à qualidade do saneamento básico oferecido a população em todos os recantos dos centros urbanos.

O registro de óbito permite uma análise tanto qualitativa como quantitativa da mortalidade. O acompanhamento do quadro de mortalidade de uma determinada região serve de suporte para compreendermos como as políticas públicas de saúde impactaram na resolução dos problemas sanitários detectados nesta região. Ou seja, ao monitorarmos os registros de óbito do Cartório de Registro Civil de Pessoas Naturais de Araguaína entre anos de 1960 e 1980 cotejados com as políticas públicas de saúde da época podemos observar quais ações governamentais foram mais eficazes no combate às morbidades verificadas no norte do antigo Estado de Goiás, atual região do Estado do Tocantins.

Como se vê as políticas de saúde aplicadas nesta região abrangia a região centro-oeste do país. A mortalidade que estamos estudando poderá revelar dois tipos de mudanças: a primeira referente ao tratamento dispensado à saúde pelo Estado Goiás e posteriormente pelo Estado do Tocantins; a segunda, refere-se aos tipos e características das morbidades verificadas antes e depois dos anos 80. Podemos comparar a dedicação dispensada pelo Estado a tipos mórbidos diferentes. Talvez, tenha predominado nos anos 50, 60 e início dos anos 70 as enfermidades endêmicas e epidêmicas. Talvez, no início dos anos 70 os programas da FIOCRUZ, projeto Rondon e tantos outros tenham incidido sobre as principais endemias e epidemias da

região. Tanto a primeira como segunda hipótese são válidas precisam apenas ser verificadas.

No entanto, temos que considerar que o primeiro hospital da região foi o Hospital e Maternidade “Dom Orione”, uma instituição particular e filantrópica. A instalação de um hospital público na região após os anos 70, com uma concepção de “bem comum” e “bem estar social”, terá influenciado profundamente nas ações de combate às enfermidades ocorrentes em Araguaína e sua microrregião. Quais teriam sido as ações dos governos municipal, estadual e federal para estancar as endemias e epidemias da cidade e região? Pois, a fato sabido que nesta época grassavam no norte do país a febre amarela, a dengue, coqueluche, meningite e outras doenças graves. Dentre estas doenças quais mais afetavam a saúde da população na região? Os registros de óbito poderão trazer algumas pistas sobre a mortalidade e a saúde na região.

O conceito de mortalidade impõe-se como crucial para a compreensão desta discussão. A esperança de vida, a qualidade de vida e a melhoria da qualidade vida são todos indicadores relacionados às expectativas vida, sobrevida e mortalidade. Para Samuel Kilsztajn:

A esperança ou expectativa de vida ao nascer é um conceito construído a partir das probabilidades de mortes específicas dos diversos segmentos de uma determinada população em um determinado período. Neste sentido, (...) A morte, pelo menos do ponto de vista médico, é o grande indicador da saúde e das enfermidades.^[4]

O crescimento de uma população ou o seu decréscimo é medido a partir dos índices de mortalidade assim como por meio dos fluxos migratórios, a queda na fecundidade dentre outros fatos demográficos. Interessa-nos observar em que medida a mortalidade contribui para o recuo ou avanço demográfico em Araguaína, mas interessa-nos mais especificamente perceber como os índices de mortalidade têm servido de suporte para planejamento de ações governamentais de saúde e saneamento, e um estudo de natureza qualitativo, quantitativo e comparativo do quadro de evolução ou involução da mortalidade em Araguaína entre os anos 60 e 80 do século entreabre essa invejável possibilidade.

A pesquisa foi realizada com os registros de óbitos do Cartório de Registro Civil de Pessoas

Naturais, da cidade de Araguaína, durante o período de 1960 a 1966. O levantamento de dados foi realizado em um formulário elaborado especialmente para atender as especificidades de tal documento. Vale salientar que o preenchimento do livro era feito de forma manual, o que muitas vezes impossibilitou a identificação de dados por causa da grafia. Dos registros dos falecidos foram recolhidas todas as informações ali contidas, mas como tais documentos não eram padronizados, as discrepâncias entre ambos são grandes. Porém, a grande maioria continha: o nome; sexo; data do registro do falecimento; data da morte; de nascimento; cor; causa da morte; hora do falecimento; local de sepultamento e a origem.

Quanto à bibliografia lançamos mão, principalmente, de artigos da área da saúde, já que são poucas as obras historiográficas voltadas para o tema da mortalidade, assim como também dos anuários do IBGE da década de 70 e consultas secundárias em revistas, jornais, internet, que contribuam para enriquecer o trabalho. Como já mencionado, também foi realizado um breve levantamento de dados nos anuários da década de 70 encontrados no IBGE da cidade de Araguaína, com a finalidade de conhecer o perfil da população residente no estado e no município naquela época. Tivemos de recorrer aos dados estaduais pela ausência de maiores dados municipais e somente da década de 70, pois não se encontrou o anuário do censo de 60.

3. AS FONTES: ASSENTO CIVIL DE ÓBITO

Os assentos civis de óbito são documentos importantes para este tipo de estudo. Como já foi dito, os hospitais – públicos e particulares – e os cartórios são obrigados a lavrarem registro notificando a morte de qualquer pessoa. O registro deve conter, segundo a lei, uma série de dados a respeito do falecido(a): nome, sexo, faixa etária, estado civil, cor, nome do cônjuge, filiação, hora da morte, residência do falecido(a), etc. Com tais dados é possível traçar um perfil dos falecidos na cidade de Araguaína e região. E principalmente, com o registro da causa da morte é possível traçar um perfil e tipologia dos principais motivos que levaram os araguanenses a morte nos anos 60, 70 e 80.

A análise de tais dados permite estabelecer séries para a comparação entre as décadas para verificar

o quadro de evolução dos índices de mortalidade, o quadro das principais enfermidades, e quais eram os grupos sociais mais afetados pela morte. Qual era o gênero mais afetado pela morte na cidade de Araguaína? Morriam mais crianças, idosos ou pessoas em idade produtiva? Quais as causas mortis agiram sobre cada um desses grupos etários? As políticas públicas de saúde e saneamento atendiam a quais grupos sociais? São inúmeros os questionamentos que podemos formular para compreender o quadro da mortalidade em Araguaína. Todos esses questionamentos estão ligados a construção de séries no tempo, estatisticamente podemos construir essas séries a partir dos dados extraídos dos assentos civis de óbito.

Discutir políticas de saúde e saneamento no Brasil, geralmente, nos conduz a outra reflexão qual é o tratamento dispensado pelo poder público aos diferentes grupos sociais: ricos, classes médias e pobres? Estamos diante do seguinte dilema: equidade ou desigualdade no tratamento da população brasileira, e é claro araguanense? Alguns devem estar se perguntando: será possível discutir desigualdade social, saneamento e mortalidade a partir de registros civis de óbito? Afirmamos que sim, pois os registros trazem detalhes específicos do evento vital; como, por exemplo, o grau de instrução dos cônjuges, e a maioria que coletamos até agora indicam que havia um número razoável de analfabetos. O analfabetismo aqui é tomado como um indicador de desassistência social.

É evidente que esta afirmação pode ser encarada com reserva. Mas, verificamos também nos registros que em alguns casos a causa da morte mencionava apenas “*sem assistência médica*”. A ausência de um profissional que pudesse atestar o falecimento revela, indiretamente, um nível de eficácia duvidoso por parte do Estado nesta época. O que visamos destacar é que mesmo quando os dados estão ausentes é possível fazer uma leitura dos índices de saúde e saneamento disponíveis à população. A partir de dados fortes – aqueles que foram devida e legalmente registrados – ou de dados fracos – aqueles que não foram registrados – nos assentos civis de óbito podemos observar a intensidade da ação do Estado na produção e disseminação de políticas públicas de saúde na região.

Já em se tratando dos registros civis de óbito é importante salientar que eles têm uma finalidade social

muito importante, como afirma Laurenti & Silveira (1973:37) “sua função principal é a de índole jurídica e constitui em registrar os fatos e atos que constituem as fontes do estado civil”. Eles derivam-se dos registros eclesiásticos da Igreja Católica, que eram elaborados pelos párocos, porém estes eram muito deficientes, já que os mesmos somente registravam quem era católico e quem tinha condições financeiras para arcar com o seu custo. No Brasil, os registros eclesiásticos têm uma trajetória bastante longa, pois durante muito tempo, a Igreja Católica foi à única oficialmente instalada por aqui. O Registro mais antigo do país encontra-se no Rio de Janeiro e data de 1616.

Sendo que os primeiros elaborados por ordem do Estado foram feitos no atual Peru pelos povos da etnia Inca e, o segundo, no atual, Estados Unidos da América em 1639. No Brasil eles somente foram regulamentados em 1888, passando a ter caráter obrigatório. Observa-se que a Lei dos Registros Públicos passou por inúmeras alterações com o passar dos anos.

4. ARAGUAÍNA PERFIL SOCIOECONÔMICO (1950-1980)

Para situarmos o problema das políticas públicas de saúde em Araguaína é necessário traçar um perfil socioeconômico preliminar. As linhas gerais da economia, da sociedade, da organização do Estado e suas instituições, da cultura e das relações políticas ajudam a compreender o ambiente sociogeográfico em que se insere a população e, como essa população vivia nos anos de 1960. Permite também situar melhor a questão da saúde, do saneamento básico e da mortalidade na cidade e região.

O ofício do historiador é marcado pela constante necessidade de se reescrever o passado. E como o seu trabalho não pode ser feito diretamente, pois não vivenciou determinada época, vai buscar as informações que lhe convém nos vestígios deixados pela atividade humana. E cada especialidade histórica recorre às fontes mais convenientes à realização do seu trabalho. Como estamos tratando de História Regional e a finalidade desta pesquisa foi traçar o perfil da mortalidade, está será feita através dos registros de óbito.

O recorte geográfico se limitará a cidade de Araguaína, localizada no norte do Estado do Tocantins, antigo Estado de Goiás. A cidade é considerada, hoje, um pólo econômico e populacional dos mais importantes do Estado. A economia de Araguaína desde sua colonização esteve ligada às atividades agropastoris. Encontramos um misto de economia de subsistência, pequenas propriedades e grandes latifúndios dedicados à agricultura e à criação de gado *vacum*. Conta, hoje, com aproximadamente 130.105 habitantes, de acordo com o último senso do IBGE, e devido ao seu bom desenvolvimento nas áreas educacionais, econômicas e da saúde atrai grande fluxo de migrantes, especialmente do estado do Maranhão e Pará, com os quais faz fronteira.

Após a construção da BR-153 houve um grande crescimento populacional e desenvolvimento econômico, situação que contrasta com início do seu povoamento, pois a região inicialmente era habitada pelos índios Karajás. E devido ao seu isolamento, os primeiros colonizadores deram o nome de Livra-nos Deus para o povoado, pois aqui ainda havia uma grande quantidade de índios e animais selvagens, posteriormente passou a ser chamada Lontra. Em 8 de outubro de 1948, Lontra passou a pertencer ao município de Filadélfia, passando a se chamar Araguaína. Em 1953, Araguaína tornou-se distrito. E finalmente em 14 de novembro de 1958, tornou-se município.

Já o recorte temporal, situa-se entre os anos de 1962 e 1972. Durante essa década observa-se uma significativa transformação no aspecto populacional do município, pois na década de 60 sua população era de 10.826 habitantes, sendo que destes 2.382 habitavam na zona urbana e 8.444 na rural, já nos anos 70 houve um significativo aumento populacional saltando para 38.838 habitantes, com 18.101 destes residindo na zona urbana e 20.737 na rural, também segundo dados do IBGE.

Nota-se ainda que os registros civis não são muito utilizados por historiadores como fonte, em contrapartida os profissionais das áreas de saúde os utilizam desde o século passado. O que nos interessa evidenciar é que estes registros têm muita relevância, especialmente para o aspecto político e econômico, já que são do resultado das suas análises que são elaboradas as políticas públicas de saúde.

No que diz respeito aos registros de óbito especificamente, afirmamos que além de cumprir funções de ordem jurídica, eles merecem destaque com relação aos demais, pois como afirma Pereira & Castro (1981) “os dados de mortalidade são as mais usadas nas estatísticas de saúde”. A partir de sua análise obtemos diversas informações a cerca de uma determinada população. Vale salientar que “há muitas falhas nos registros, especialmente nos anteriores ao ano de 1976” (Pereira & Castro, 1981:14), pois somente a partir daí que eles passaram a ser padronizados, o que muitos autores apontam é que dados importantes não são preenchidos. No entanto, fica evidenciado que as principais funções do estudo dos registros civis é que o mesmo nos proporciona conhecer as políticas públicas de saúde do governo, assim como o perfil da população.

Há uma carência de estudos voltados para este tema, especialmente nesta cidade, sendo este até onde se conhece o primeiro. Mediante o exposto acima já comprovamos a importância da análise histórica dos registros civis de óbitos. Porém, por se tratar de uma documentação rica em possibilidades temáticas, nos limitaremos por questões de caráter qualitativo a realizar uma tipologia e traçar o perfil dos falecidos que se encontrem nos livros do Cartório de Registro Civil de Pessoas Naturais da cidade de Araguaína dentre os anos de 1962 a 1972.

5. PERFIL DA MORTALIDADE EM ARAGUAÍNA ENTRE 1962-1966: DADOS PRELIMINARES

A pesquisa realizada no Cartório de Registro Civil de Pessoas Naturais – CRCNP – compreende o período de 1954 a 1980, no entanto, nessa discussão apresentaremos os dados preliminares referentes aos anos de 1962 a 1966. Para a coleta de informações nos registros de óbito foi elaborado um formulário padrão. Este formulário permitiu a extração de vários dados importantes para traçar um perfil das pessoas falecidas no município e região naquela época. Os dados principais contidos no documento são:

O presente estudo permitiu traçar o perfil da mortalidade na cidade de Araguaína, entre os anos de 1962 a 1966. Totalizando 53 registros analisados deste

período. Os resultados que se seguem abaixo foram trabalhados por categoria

Média de idade:

Em se tratando da média de idade da população verificamos que a dos homens era de 29 anos e das mulheres girava em torno dos 32 anos. Quanto à porcentagem de óbitos por sexo, Araguaína seguia a tendência nacional, segundo dados do IBGE, ou seja, a mortalidade era maior entre os indivíduos do sexo masculino, no caso 59% dos óbitos registrados eram de homens e 41% de mulheres.

Estado civil:

No que diz respeito ao estado civil dos falecidos, chegamos ao resultado de que 55% deles eram casados, 41% eram solteiros e os desquitados e viúvos representavam 2% cada, sendo que dos registros analisados somente 5 não possuíam informações sobre o estado civil dos indivíduos.

Migração:

Comprovamos através das análises desses registros, uma característica que presente até hoje no município refere-se ao grande fluxo de migrantes. De acordo com Carvalho (1977), “O Estado do Tocantins conta com 8,7% do total de imigrantes interestaduais, constituindo-se no terceiro pólo de atração da Região”, sendo que estes migrantes, ainda segundo ela, são provenientes na sua maioria, “...do Nordeste, com 69%, seguido do Sudeste, com 15% do total analisado. Com relação aos nordestinos o fluxo mais importante foi oriundo do Maranhão, que correspondeu a 60% do respectivo total. Já o Sudeste abasteceu esse Estado com fluxos importantes oriundos de Minas Gerais (68%) e São Paulo (27%)”.

De acordo com os dados que levantamos estes migrantes representavam 59% dos indivíduos falecidos, sendo que se distribuíam da seguinte forma: 20% eram originários do estado do Piauí; 14,5% do Maranhão; 10,5% de Minas Gerais; 6% do Ceará; 4% de São Paulo; 2% do Espírito Santo e 2% do Pará e dos 41% dos naturais restantes, a grande maioria era da cidade de Araguaína. Salientando que na maioria dos documentos, 49 deles, constava a origem dos falecidos.

Cor:

Já com relação à cor, observamos que 66% dos falecidos eram classificados como morenos; 28% como brancos; 4% como pardos e 2% como claros. Nota-se a ausência de negros nos registros analisados. E as informações acima referidas foram obtidas nos 44 registros em que foi declarado este dado.

Causa mortis:

Quanto à causa mortis foi constatado que 62% dos óbitos foram classificados como: “sem assistência médica”, 12% foram por causas externas (homicídios e acidentes), 8% problemas cardíacos, 10% doenças epidêmicas (hepatite, tuberculose, gastroenterite, pneumonia), 2% doenças endêmicas (malária) e 6% desconhecidas, sendo que este dado foi encontrado em todos os registros de óbito do período.

Profissão:

No que diz respeito às profissões dos falecidos, observamos que entre os homens a maioria eram lavradores, representando 58% do total, de resto encontramos as seguintes profissões: motoristas, com 21% e militares, estudantes e comerciantes com 7% cada. Entre as mulheres só aparecem duas classificações: donas de casa, com 62,5 % do total e, lidas domésticas com 37,5%. Vale salientar que este dado foi declarado em somente 14 registros dos indivíduos do sexo masculino e em 8 do sexo feminino. Vale ressaltar os registros de óbitos disponibilizam uma série de informações, mas as citadas acima, são as que nos achamos mais pertinentes e significativas para este trabalho.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste trabalho constatamos um problema que permanece até hoje em algumas regiões do país e que há muito tenta ser solucionado, que é o sub-registro, para se ter uma idéia durante o período compreendido entre os anos de 1962 a 1966, totalizou-se apenas 53 registros, isto de uma população estimada em quase 11.000 pessoas, durante a década de 60. Mediante este dado sabemos que a nossa pesquisa pode não chegar ao real perfil da mortalidade da época, já que há uma discrepância muito grande entre o número

de óbitos que se verificou terem ocorrido, aqueles que se estima terem ocorrido e os dados populacionais. Contudo, como uma primeira aproximação do tema e dos problemas despertados é ilustrativo do quanto o Estado precisa avançar nessa área da saúde pública, e ademais, levando em consideração os resultados obtidos traçamos um sucinto perfil dos falecido no município de Araguaína, durante os anos 60, anos em as condições higiênicas e sanitárias deviam ser as mais desfavoráveis para os setores urbanos e periféricos da cidade.

6. REFERÊNCIAS

- BACELLAR, Carlos de Almeida Prado, SCOTT, Ana Silvia Volpi, BASSANEZI, Maria Silvia Casagrande Beozzo. **Quarenta anos de demografia histórica.** In *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, São Paulo, 22(2): 339-350, jul-dez, 2005.
- CAMPELO, Viriato, GONÇALVES, Maria Alice Guimarães, DONADI, Eduardo Antonio. **Mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias no Município de Teresina-PI (Brasil), 1971-2000.** In *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(1): 31-40, 2005.
- CARVALHO, Marília Brasil. **Os fluxos migratórios na região Norte nas Décadas de 70 e 80: Uma análise exploratória.** Belo Horizonte: CEDEPLAR, 1977.
- HECKMANN, Irajá Carneiro. et. al. **Análise do preenchimento de declarações de óbitos em localidade do estado do Rio Grande do Sul (Brasil), 1987.** In *Revista Saúde Pública*, São Paulo, 23(4): 292-297, 1989.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico Brasil, VII recenseamento geral. Série Nacional. 1970; Volume I.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sinopse preliminar do censo demográfico, VII recenseamento geral – Estado de Goiás. Rio de Janeiro, 1970.
- KLISZTAJN, Samuel. **Esperança de vida: um estudo sobre as taxas de mortalidade no Brasil.** In *Grupo de Educação e Saúde Pública/LES/PUCSP*, São Paulo, pp. 1-19, 1998.
- LAURENTI, Ruy, SAYÃO, Franklin Amorim, SILVEIRA, Maria Helena. **Sub-registro de nascimento de crianças falecidas com menos de um ano de idade.** In *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 5: 237-242, 1971.
- MONTEIRO, Carlos Augusto. **Fome, Desnutrição e Pobreza: além da semântica.** In *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 12(1): jan-jul, 2003.
- PEREIRA, Maurício Gomes, CASTRO, Elca da Silva. **Avaliação do preenchimento de declarações de óbitos: Brasília, DF (Brasil), 1977-1978.** In *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 15: 14-19, 1981.

PIOVESAN, Márcia Franke. et. al. **Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais.** In *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(1): 83-95, 2005.

SILVEIRA, Maria Helena, LAURENTE, Ruy. **Os eventos vitais: aspectos de seus registros e inter-relação da legislação vigente com as estatísticas de saúde.** In *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 7: 37-50, 1973.

TOMASSINI, Hugo Coelho Barbosa. et. al. **Evolução da população e da mortalidade em Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, 1979 a 1997.** In *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(6): 1621-1629, nov-dez, 2003.

<<http://www.roostsweb.com>> acessado em 21.jan.08

<<http://www.araguaina.to.gov.br>> acessado em 08.jan.08

<<http://www.ibge.gov.br>> acessado em 08.jan.08

[1] Veja o excelente trabalho de: TEIXEIRA, Júlio César, PUNGIRUM, Marcelo Eustáquio Macedo de Castro. Análise da associação entre saneamento e saúde nos países da América Latina e do Caribe, empregando dados secundários do banco de dados da Organização Pan-Americana de Saúde, OPAS. In *Rev. bras. epidemiol.* vol.8 n.4 São Paulo Dec. 2005.

[2] A Política de Estado de “bem-estar social” tem principio, efetivamente, a partir do século XIX na Europa. No entanto, somente no século XX é que o Brasil passaria a promover, de modo precário e relativo, certa seguridade e bem-estar social.

[3] Confira a esse respeito os relatórios dos ministros do Império no site www.camara.gov.br

[4] KILSZTAJN, Samuel. Esperança de vida: um estudo sobre as taxas de mortalidade no Brasil.

