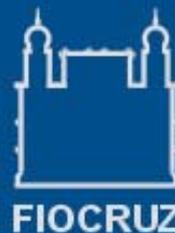




Fundação Oswaldo Cruz  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães  
Residência Multiprofissional em Saúde Pública



Thatiane Cristhina de Oliveira Torres

---

# SITUAÇÃO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL DO CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE

---

---

Recife  
2007

**Thatiane Torres**

**Situação de Saúde Materno-Infantil do Cabo de Santo Agostinho – PE**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

**Orientadora:**  
**Ms. Bernadete Perez Coelho**

Recife  
2007

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

---

T693s Torres, Thatiane  
Situação de Saúde Materno-Infantil do Cabo de Santo Agostinho  
– PE/ Thatiane Torres. — Recife: T. Torres, 2008.  
87 f.: il.

Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Bernadete Perez Coelho

1. Saúde Materno-Infantil. 2. Diagnóstico da Situação em Saúde.  
3. Perfil de Saúde. I. Coelho, Bernadete Perez. II. Título.

CDU 613.9

---

**Thatiane Torres**

**Situação de Saúde Materno-Infantil do Cabo de Santo Agostinho – PE**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Aprovada em: 15/03/2007

Banca examinadora:

---

Ms. Bernadete Perez Coelho  
CPqAM/Fiocruz

---

Ms. Bernadete de Cerqueira Antunes  
Universidade de Pernambuco

## Resumo

É essencial para a gestão da saúde o conhecimento, com qualidade e rapidez, da situação de saúde de uma dada população. Esta informação, se de fácil acesso e disponível com qualidade, torna-se de grande auxílio para a tomada de decisão em qualquer área de atuação, como planejamento estratégico, setorial, controle e avaliação, auditoria, investigação epidemiológica entre outras. O presente estudo analisa a situação de saúde materno-infantil do Cabo de Santo Agostinho através do perfil demográfico, sócio-econômico e epidemiológico dessa população. O referencial teórico fundamenta-se no diagnóstico da situação de saúde como base para definição de prioridades e tomada de decisões. Trata-se de pesquisa de abordagem quantitativa descritivo-exploratória, ecológica, longitudinal e observacional. Os dados foram obtidos através dos sistemas de informação em saúde para construção de indicadores de saúde relacionados à saúde materno-infantil. A situação de saúde materno-infantil no Cabo de Santo Agostinho no período analisado prosperou significativamente devido ao processo de estruturação da rede de ações e serviços de saúde, mas ainda se depara com situações como a mortalidade por doença diarreica aguda em menores de cinco anos e a mortalidade materna passíveis de mudança com a integração e qualificação da rede de saúde.

Palavras-chave: Diagnóstico da Situação em Saúde, Perfil de Saúde, Saúde Materno-infantil.

## Lista de ilustrações

Figura 01 – Pirâmide etária do Cabo de Santo Agostinho – 2006.	44
Gráfico 01 – Número de consultas médicas (SUS) por habitante. Cabo de Santo Agostinho - 2000 a 2005.	48
Gráfico 02 – Número de internações hospitalares (SUS) por 100 habitantes. Cabo de Santo Agostinho - 2000 a 2005.	48
Gráfico 03 – Taxa bruta de natalidade (por mil). Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	49
Gráfico 04 – Mortalidade proporcional (%) por grupo etário de menores de um ano de idade. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	50
Gráfico 05 – Evolução da mortalidade proporcional (%) por grupo etário de menores de uma no de idade. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	50
Gráfico 06 – Taxa de mortalidade infantil (por mil). Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	51
Gráfico 07 – Taxa de mortalidade neonatal precoce (por mil). Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	52
Gráfico 08 - Taxa de mortalidade neonatal tardia (por mil). Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	52
Gráfico 09 - Taxa de mortalidade pós-neonatal (por mil). Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	53
Gráfico 10 – Composição da mortalidade infantil. Cabo de Santo agostinho – 2000 2005.	54
Gráfico 11 - Taxa de mortalidade perinatal (por mil). Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	54
Gráfico 12 – Mortalidade proporcional (%) por doença diarreica aguda em menores de cinco anos de idade. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	55
Gráfico 13 – Mortalidade proporcional (%) por infecção respiratória aguda em menores de cinco anos de idade. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	56

Gráfico 14 – Taxa de mortalidade por afecções originadas no período perinatal (por mil). Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	57
Gráfico 15 – Proporção (%) de nascidos vivos de baixo peso ao nascer. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	57
Gráfico 16 – Prevalência de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de quatro meses de idade. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	59
Gráfico 17 – Prevalência de aleitamento materno misto em crianças menores de quatro meses de idade. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	59
Gráfico 18 - Cobertura (%) da população coberta pelos PACS e PSF. Cabo de Santo Agostinho - 2000 a 2005.	60
Gráfico 19 – Cobertura vacinal (%) de crianças menores de um ano de idade com esquema completo segundo o tipo de vacina. Cabo de Santo Agostinho – 2000	61
Gráfico 20– Cobertura vacinal (%) de crianças menores de um ano de idade com esquema completo segundo o tipo de vacina. Cabo de Santo Agostinho – 2005	62
Gráfico 21 – Taxa de mortalidade materna (por 100 mil). Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005	63
Gráfico 22 – Óbitos maternos segundo tipo de causa. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	64
Gráfico 23 – Proporção (%) de gestantes com acompanhamento pré-natal. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	65
Gráfico 24 – Proporção (%) de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	67
Gráfico 25 – Proporção (%) de nascidos vivos de mães de 10 – 19 anos de idade. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	68
Gráfico 26 – Proporção (%) de nascidos vivos por idade materna. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	69
Gráfico 27 – Proporção (%) de partos hospitalares. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	70

Gráfico 28 – Proporção (%) de partos cesáreos. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	71
Gráfico 29 – Proporção (%) de partos cesáreos (SUS). Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	72
Gráfico 30 – Taxa de incidência de sífilis congênita (por mil). Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	75

## Lista de tabelas

Tabela 01 – Proporção (%) de moradores por tipo de abastecimento de água. Cabo de Santo Agostinho – 1991 e 2000.	42
Tabela 02 – Proporção (%) de moradores por tipo de instalação sanitária. Cabo de Santo Agostinho – 1991 e 2000.	43
Tabela 03 – Proporção (%) de moradores por tipo de destino do lixo. Cabo de Santo Agostinho – 1991 e 2000.	43
Tabela 04 – Proporção (%) de crianças menores de cinco anos de idade na população residente. Pernambuco, Região Metropolitana do Recife, Recife e Cabo de Santo Agostinho – 2000 e 2004.	45
Tabela 05 – Taxa de Analfabetismo (%) da população de 15 ou mais anos de idade. Região Nordeste, Pernambuco e Região Metropolitana do Recife – 2004.	46
Tabela 06 – Proporção (%) da população de 15 anos e mais de idade com escolaridade inferior a quatro anos de estudo, segundo situação do domicílio. Região Nordeste, Pernambuco e Região Metropolitana do Recife – 2004.	46
Tabela 07 – Proporção (%) de pobres. Região Nordeste, Pernambuco e Região Metropolitana do Recife – 2001 e 2004.	47
Tabela 08 – Taxa de desemprego (%). Região Nordeste, Pernambuco e Região Metropolitana do Recife – 2001 e 2004.	47
Tabela 09 – Cobertura vacinal (%) de crianças menores de um ano de idade com esquema completo segundo o tipo de vacina. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	61
Tabela 10 – Óbitos maternos segundo tipo de causa. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	65
Tabela 11 – Proporção (%) da população feminina em uso de métodos anticoncepcionais, por grupo etário, segundo método. Brasil – 1996.	73
Tabela 12 – Incidência e casos estimados de acordo com a prevalência da sífilis congênita. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	74
Tabela 13 – Incidência de AIDS por categoria de exposição segundo ano diagnóstico. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.	75

## Lista de Abreviaturas e Siglas

BEMFAM	Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil
CID-10	10ª Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DDA	Doença Diarréica Aguda
DPT	Vacina Tríplice Bacteriana
HB	Vacina contra Hepatite B
HiB	Vacina contra <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRA	Infecção Respiratória Aguda
OMS	Organização Mundial de Saúde
P/I	Peso/Idade
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio
PNDS	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SISCEL	Sistema de Informação do Controle de Exames Laboratoriais
SRC	Vacina Tríplice Viral
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TMM	Taxa de Mortalidade Materna
TMNP	Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce
TMNT	Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia
TMP	Taxa de Mortalidade Pós-neonatal

TMPERI Taxa de Mortalidade Perinatal  
USP Universidade de São Paulo

## Sumário

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
1.1 Apresentação	12
1.2 Justificativa	13
<b>2 MARCO REFERENCIAL</b>	<b>15</b>
2.1 Contexto do Cabo de Santo Agostinho	15
2.2 Situação de saúde	16
2.3 Tomada de decisões	17
2.4 Indicadores de saúde	20
2.5 Saúde da Criança e da Mulher	24
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>28</b>
3.1 Objetivo geral	28
3.2 Objetivos específicos	28
<b>4 CAMINHOS METODOLÓGICOS</b>	<b>29</b>
4.1 Área de estudo	29
4.2 Período de estudo	30
4.3 População de estudo	30
4.4 Delineamento do estudo	30
4.5 Plano de análise	31
4.6 Método de coleta	39
4.7 Instrumentos de análise	39
4.8 Limites do estudo	39
4.9 Aspectos éticos	41
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>42</b>
5.1 Caracterização do perfil sócio-econômico e demográfico do Cabo de Santo Agostinho.	42
5.2 Analisar o perfil epidemiológico de crianças menores de 5	49

**anos do Cabo de Santo Agostinho.**

<b>5.3 Analisar o perfil epidemiológico de mulheres em idade fértil (10 – 49 anos) do Cabo de Santo Agostinho.</b>	<b>62</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>77</b>
<b>7 RECOMENDAÇÕES</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>81</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Apresentação

Esta pesquisa surgiu a partir das vivências no estágio concentrado da autora durante a Residência Multiprofissional em Saúde Pública. A partir das experiências de atuação na área de Saúde Materno-Infantil no âmbito municipal, surgiram alguns questionamentos como: Qual a situação de saúde dessa população? Quais as reais necessidades desse grupo? Os serviços de saúde ofertados resolvem todas as suas demandas? As ações de saúde direcionadas atualmente para o grupo são suficientes? A essas inquietações somaram-se novas situações como o Pacto pela Saúde e seus desdobramentos que priorizam a redução da mortalidade infantil e materna definindo metas de pactuação entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e redefinindo responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população.

A partir do conhecimento da situação de saúde materno-infantil no município, têm-se subsídios para planejar as ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades reais da população em estudo, definir prioridades e pactuar metas e indicadores passíveis de alcance apoiando a tomada de decisões dos gestores.

Diante da problemática apresentada, este estudo se propôs a analisar a situação de saúde materno-infantil considerando várias dimensões da realidade a que estão expostos a exemplo da situação demográfica, sócio-econômica, nutricional e de saúde.

## 1.2 Justificativa

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do SUS. Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade (BRASIL, 2004a).

A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (BRASIL, 2004a).

A redução da mortalidade infantil é ainda um grande desafio no País para os gestores, profissionais de saúde e para a sociedade como um todo. Apesar da queda importante na última década, decorrente da redução da mortalidade pós-neonatal (28 dias a 1 ano de vida) os índices são ainda elevados, há uma estagnação da mortalidade neonatal no país (0 a 27 dias de vida) – principal componente da mortalidade infantil desde a década de 90 – e uma concentração nas regiões e populações mais pobres, refletindo as desigualdades sociais. Esta situação é agravada quando se reconhece que em sua maioria estas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, determinadas pelo acesso em tempo oportuno a serviços de saúde resolutivos e qualificados (BRASIL, 2005).

No Cabo de Santo Agostinho, a saúde materno-infantil é prioridade da gestão municipal e as Políticas de Saúde desses grupos específicos traduzem os compromissos com a garantia dos direitos humanos e com a redução da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Incorporando os enfoques de

gênero, raça, etnia, orientação sexual, a integralidade e a promoção da saúde, essas Políticas buscam consolidar avanços e ampliar ações para grupos até então à margem das políticas públicas, nas suas especificidades.

Vislumbrando o planejamento das ações de saúde como um dos elementos fundamentais para o aprimoramento da gestão local do sistema, se colocou a necessidade de desenvolver um estudo que permitisse aproximação à realidade dessa população no município tomando como ferramenta a epidemiologia, apoiadora na tomada de decisões, na definição de prioridades bem como alocação responsável de recursos.

## **2 MARCO REFERENCIAL**

### **2.1 Contexto do Cabo de Santo Agostinho**

O Cabo de Santo Agostinho é um município brasileiro do estado de Pernambuco que fica a 41 km do Recife e reúne ao mesmo tempo o maior pólo industrial de Pernambuco e um cenário belíssimo de praias paradisíacas (CABO ..., 2007). Sua população estimada em 2007 é de 175.049 habitantes. Possui uma área de 448,49 km<sup>2</sup>. O Cabo é tido como ponto de descoberta do Brasil. Alguns historiadores afirmam que antes de Pedro Álvares Cabral chegar à Bahia, Vicente Pinzon já teria atracado na bacia de Suape, no dia 26 de janeiro de 1500 (GUIA ..., 2007).

O município Cabo de Santo Agostinho é considerado o maior pólo industrial de Pernambuco. O Complexo Industrial e Portuário de Suape favoreceu o surgimento de um parque industrial a seu redor, que hoje conta mais de 50 empresas, gerando cerca de 4 mil empregos diretos e 20 mil indiretos; além disso, o porto é pólo distribuidor de automóveis para toda a região Norte/Nordeste.

O turismo também movimenta a economia do município, que ostenta muitas belezas naturais e uma bem estruturada rede hoteleira e gastronômica. A indústria e o comércio empregam não só moradores da cidade como também profissionais de toda a Região Metropolitana do Recife.

O município ainda se destaca por ser local da Barragem de Pirapama, que abastece grande parte da zona sul da Região Metropolitana do Recife (RMR), beneficiando cerca de 1,3 milhão de pessoas. Trata-se da maior obra hídrica do Estado, com capacidade de armazenar 61 milhões de metros cúbicos de água.

Os serviços de saúde devem estar preparados para atender os perfis bem distintos que compõem o município desde os munícipes que moram na zona rural vivendo predominantemente do cultivo de gêneros alimentícios como a cana-de-

açúcar, perpassando pelos cidadãos que vivem nos centros urbanos marcados pela violência e desestruturação social até os moradores do litoral e sua população flutuante na rede hoteleira e de veraneio que levantam situações como o turismo sexual na região.

## **2.2 Situação de Saúde**

O conceito de Situação é trabalhado por Matus a partir da fenomenologia da percepção, segundo a qual dentro do mesmo cenário pode-se ter várias percepções diferentes, conforme a apreciação de cada sujeito. Tal conceito consiste em recorte ou leitura da realidade feita por um ator social, sendo ela determinada por sua ação, interação e luta com outros atores sociais. Esse ator social que faz a leitura da realidade, nela está inserido; portanto, a leitura estará condicionada pela posição que ele ocupa, reconhecendo que esta realidade abriga outros atores, os quais também planejam. Não existe uma única leitura, pois a realidade constitui-se como espaço aberto a muitas possibilidades explicativas derivadas dos diversos atores. Cada sujeito ou ator social desenvolve uma explicação situacional decorrente de sua posição na realidade. Sendo assim, reconhece-se a impossibilidade de a explicação de um ator ser completa – uma vez que não é a única – e não ser objetiva, porque estará condicionada pelos interesses, visões de mundo, crenças e ideologias de cada ator social (MOTTIN, 1999).

Goldberg et al. (1979, p. 1-2) realizaram uma extensa revisão sobre os estudos acerca da medição do estado de saúde de uma população e concluíram que a medida de morbidade atualmente utilizada baseia-se no diagnóstico médico e que o fenômeno medido é a doença. Na opinião destes autores, seriam necessárias medidas que não se baseassem exclusivamente na noção de doença, presente ou ausente, mas nas conseqüências da doença. Justificando ainda a realização de inquéritos de saúde, os autores afirmam que “[...] no que se refere aos métodos de medição, deve-se considerar que a avaliação da morbidade pelos médicos é apenas uma medição parcial”.

As análises de situação de saúde constituem instrumentos de grande valia para os processos de planejamento e monitoramento das ações de saúde, assim como para a mensuração do impacto dessas ações nos níveis de saúde das populações (MINAS GERAIS, 2006).

A análise da situação de saúde tem por objetivo fortalecer a capacidade analítica nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), visando a produção contínua e oportuna de evidências epidemiológicas que concorram para o aprimoramento do conhecimento sobre a situação de saúde da população brasileira; sobre a magnitude e tendências históricas dos riscos de adoecer e morrer; sobre as desigualdades em saúde; e sobre as hipóteses explicativas para estes cenários (BRASIL, 2004b).

A periodicidade com que essas análises devem ser elaboradas guarda relação com o espaço geográfico, o tamanho da população e possíveis introduções de fatores capazes de produzir alterações importantes no perfil epidemiológico e impacto sobre os serviços de promoção e recuperação da saúde (MINAS GERAIS, 2006).

A prática constante de uso de análises de dados secundários contribui para o aprimoramento das fontes de informação e para a construção de uma proposta da análise da situação de saúde, estimulando uma prática na saúde coletiva que seja baseada em evidências. Sem dúvida, uma prática de extrema complexidade, pois não se trata apenas da análise de dados epidemiológicos, mas do contexto social, político e cultural no qual acontecem os fatos epidemiológicos, demandando abordagens qualitativas e quantitativas (BRASIL, 2004b).

## **2.2 Tomada de decisões**

Uma política de saúde coletiva deve basear-se no uso consciente da melhor evidência corrente disponível para a tomada de decisões sobre a atenção à saúde

da população, tanto no campo da prevenção das doenças como na proteção e na promoção da saúde, devendo ser desenvolvida de maneira integrada às experiências, às práticas e aos conhecimentos, respeitando-se os valores e as preferências da comunidade (BROWNSON; GURNEY; LAND, 1999; JENICEK; STACHENKO, 2003).

A tomada de decisões é responsabilidade de quem governa, de quem conduz. Conforme Matus (1985), planeja quem governa, quem tem a capacidade de decidir, de conduzir. Matus (1985, p. 36) é tão enfático a este respeito que a terceira das oito considerações apresentadas sobre planejamento situacional em um de seus trabalhos é a de que *La planificación es inseparable de la gerencia*. Para ele, a única forma para que o planejamento funcione é respondendo às necessidades de quem gerencia. Assim, o planejamento situacional é compreendido como uma forma de organização para a ação, e esta seria sua diferença fundamental em relação ao planejamento tradicional (AZEVEDO, 1992).

De acordo com Azevedo (1992), no planejamento situacional, a ênfase é colocada no momento da ação e usa a exploração do futuro como recurso para dar racionalidade à ação. Cálculo e ação são inseparáveis e recorrentes. Assim, o planejamento é o cálculo que precede e preside a ação. É o cálculo para a decisão a ser tomada hoje (MATUS, 1987). Introduz a noção de que o planejamento está voltado para o presente, já que a única forma de construir o futuro é atuar, e só é possível agir no presente. Toda ação concreta se faz no presente, para impactar o futuro desejado. Assim, a decisão sobre o que fazer hoje será eficaz ou não para a construção do futuro desejado.

Com relação ao sistema de decisões, Matus (1996) apresenta a visão de múltiplas perspectivas de análise, apresentada originalmente por Allison como uma aproximação a uma teoria situacional da tomada de decisões. Dentre as múltiplas perspectivas, são destacadas a visão política, dominada pelo critério de negociação entre forças distintas; a visão organizativa ou burocrática, dominada por procedimentos institucionais, e também a visão individual, dominada pelas características particulares da personalidade de quem toma decisões.

Embora a maioria dos trabalhos atribua aos inquéritos de saúde um papel decisivo para a planificação e programação em saúde, bem como para a alocação de recursos de forma apropriada, surpreendentemente, a quase totalidade deles não descreve de que forma estes foram empregados no processo de planejamento (CAMPOS, 1993). Tanto Kroeger (1983; 1985) como Nordberg (1987), ao revisarem, ao todo, trinta e seis trabalhos de autores do Terceiro Mundo, não encontraram referência sobre este ponto. Todos, porém, citavam como um dos objetivos primordiais dos inquéritos "auxiliar no processo de planejamento".

Nos Estados Unidos, por exemplo, apesar de se ter constatado que não existe uma relação direta entre pesquisa em serviços de saúde e políticas de saúde, já se evidenciou, contudo, o efeito de uma sobre a outra. O fato de pesquisa influenciar ou não na formulação de políticas nacionais de saúde depende das características do sistema de saúde de cada país. Apesar de se ver teoricamente o processo de tomada de decisões como um elegante modelo de planejamento racional, na realidade o que se observa, em geral, é que o mesmo se baseia em barganhas, em decisões incrementalistas e na competição de interesses dos diferentes grupos envolvidos na formulação e implementação de decisões políticas. Daí, poder-se observar que a pesquisa é apenas uma parte importante de um processo complexo, podendo ter sua influência limitada nas políticas de saúde (RODRIGUES FILHO, 1989).

Assim, dentro de uma estrutura caótica e irracional torna-se difícil desenvolver soluções racionais. Neste caso, a contribuição e influência de pesquisa em serviços de saúde é mínima e, na maioria das vezes, vista com desprezo pelos dirigentes das organizações de saúde. Mas, se de um lado, as instituições de saúde não determinam áreas prioritárias para pesquisa e, de outro, os pesquisadores não procuram detectar as falhas do sistema, torna-se difícil o surgimento de mudanças (RODRIGUES FILHO, 1989).

## 2.3 Indicadores de Saúde

A finalidade da informação em saúde consiste em identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento. Assim, as informações em saúde devem abranger os dados relativos ao processo saúde/doença e os de caráter administrativo, todos essenciais ao processo de tomada de decisão no setor (BRANCO, 1996).

Conceitualmente, o sistema de informação em saúde pode ser entendido como um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados (WHITE, 1980).

A importância que possuem as esferas locais em relação ao governo central, não se dá apenas porque são estes níveis a fonte da maior parte dos dados, mas pela possibilidade de, então, estabelecerem suas prioridades e alocação de recursos (WHITE, 1980). O sistema de informações reflete estas prioridades, na medida em que a informação é fundamentalmente política, uma vez que:

[...] a questão central do Sistema de Informação: os indicadores 'escolhidos' tendem a refletir a própria concepção de saúde que norteia o Sistema. Ou seja, escolher este ou aquele indicador, quantificar esta ou aquela variável pressupõe, antes de se constituir uma questão estatística ou epidemiológica, a explicitação da concepção, dos objetivos e metas a serem atingidos pelo Sistema Nacional/Único de Saúde" (BRASIL, 1988, p. 85).

Para o administrador sanitário poder executar o seu trabalho em bases racionais, é imprescindível o conhecimento da situação de saúde da comunidade sob sua jurisdição (SANTOS; GONÇALVES, 1992). O sucesso do planejamento, ou seja, a efetividade dos resultados mantém relação direta com a qualidade das informações. Na saúde, as informações necessárias dizem respeito tanto à

caracterização dos equipamentos – unidades de atendimento – como das pessoas que os utilizam (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

A epidemiologia tem sido uma ferramenta bastante utilizada para definir as necessidades de saúde e auxiliar o planejamento dos serviços. É de vital importância constituir dentro da Secretaria Municipal da Saúde um serviço de informações em saúde que sistematize dados demográficos, de morbidade e mortalidade, num grau de desagregação cuja análise alimente o processo de planejamento e tomada de decisões do gestor local (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

Swaroop e Uemura (1960), por sua vez, afirmam que as estatísticas de saúde são usadas entre outras coisas para:

- a. Descrever o nível de saúde da comunidade.
- b. Diagnosticar doenças de comunidade.
- c. Descobrir soluções para os problemas de saúde e achar a chave para a ação administrativa.
- d. Determinar prioridades para programas de saúde.
- e. Dirigir ou manter controle durante a execução de programas de saúde.
- f. Desenvolver procedimentos, definições, classificações e técnicas tais como sistemas de registros, esquemas para estabelecer amostras, etc.
- g. Promover legislação sanitária.
- h. Criar padrões administrativos de atividades de saúde.

Essas informações devem expressar as diferentes características que evidenciam as condições de vida dessa população, sejam culturais, sociais, econômicas e epidemiológicas, e que são responsáveis pela geração de suas demandas de saúde (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

Indicadores de saúde são parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo (ROUQUAYROL, 1993).

A utilização de indicadores de saúde permite o estabelecimento de padrões, bem como o acompanhamento de sua evolução ao longo dos anos. Embora o uso de um único indicador isoladamente não possibilite o conhecimento da complexidade da realidade social, a associação de vários deles, e ainda a comparação entre diferentes indicadores de distintas localidades facilitam sua compreensão. O indicador deve ser escolhido de modo a apontar problemas de qualidade relevantes para os tomadores de decisão ou para os envolvidos na situação em estudo (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Segundo Scientific Peer Review Group (2001), os indicadores de maior utilidade para a definição de políticas e ações promotoras de saúde com equidade têm sido os que permitem estimar a situação atual e as tendências da longevidade, mortalidade, morbidade, estado nutricional e qualidade dos serviços de saúde para os grupos sociais.

Para Laurenti et al. (1987), há pré-requisitos a observar quando da construção e seleção de indicadores:

- existência e disponibilidade de dados;
- definições e procedimentos empregados para construir esses indicadores devem ser conhecidos, de modo a possibilitar comparação entre localidades ou organizações diferentes, ou na mesma, em períodos distintos;
- construção fácil, interpretação simples;
- reflexo do maior número possível de fatores que reconhecidamente influem no estado de saúde;
- poder discriminatório, possibilitando comparações.

Para que um indicador possa ser utilizado na tomada de decisão é preciso conhecer o que está por trás dele: o que ele mostra, o que ele esconde e qual a sua fidedignidade. Dificilmente um indicador, de forma isolada, será capaz de dar conta da realidade; é muito mais provável que um grupo deles, juntos, espelhe uma determinada situação (MALIK; SCHIESARI, 1998).

No Brasil, a produção e a utilização de informações sobre saúde se processam em um contexto muito complexo de relações institucionais,

compreendendo variados mecanismos de gestão e financiamento. Estão envolvidas: estruturas governamentais nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS); o IBGE, órgão coordenador do sistema brasileiro de geografia e estatística; outros setores da administração pública que produzem dados e informações de interesse para a saúde; instituições de ensino e pesquisa; associações técnico-científicas e as que congregam categorias profissionais ou funcionais; e organizações não governamentais (BRASIL, 2008).

Com o objetivo de potencializar os recursos disponíveis e de aperfeiçoar a capacidade de formulação, coordenação, gestão e operacionalização do sistema nacional de informações em saúde, preconizado na Lei Orgânica do SUS, se propôs a criação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), concebida por grupo de trabalho ad hoc no qual estiveram representadas as principais estruturas do Ministério da Saúde, a Opas e instituições-chave da política de informações em saúde no País como IBGE, Abrasco, Faculdade de Saúde Pública da USP e Ipea (BRASIL, 2008).

Cabe à Ripsa promover esforços continuados para articular bases de dados e informações produzidas pelas instituições integrantes. Estruturadas em indicadores específicos, essas informações se destinariam a subsidiar processos de formulação e avaliação de políticas e ações de interesse dos poderes públicos, gestores, órgãos colegiados e de controle social do SUS, entidades técnico-científicas e organizações internacionais. Em especial, a Rede promoveria consenso sobre conceitos, métodos e critérios de utilização das bases de dados (BRASIL, 2008).

Formalizada em 1996, por Portaria Ministerial e por acordo de cooperação com a Organização Pan-Americana de Saúde, a Ripsa tem como propósito promover a disponibilidade adequada e oportuna de dados básicos, indicadores e análises sobre as condições de saúde e suas tendências, visando aperfeiçoar a capacidade de formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas pertinentes (BRASIL, 2008).

## 2.4 Saúde da Criança e da Mulher

Está garantido na Constituição Federal que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. E de acordo com os princípios que regem o SUS, a assistência deve ser universal, igualitária e eqüitativa. Ou seja, além de oferecer o atendimento indiscriminado, a pessoa deve ser tratada na sua individualidade. Não basta acolher a todos para que o tratamento seja bem sucedido. Há que se levar em consideração as especificidades de cada paciente.

Este é um grande desafio que os gestores têm procurado enfrentar ao longo dos anos através da promoção de políticas públicas diferenciadas para atender as necessidades dos diversos segmentos populacionais, especialmente, idosos, mulheres e crianças (BRASIL, 2005).

Os programas desenvolvidos buscam oferecer um atendimento médico mais humano e de melhor qualidade para as crianças. O Projeto Mãe-Canguru e a promoção do aleitamento materno são iniciativas que têm promovido uma mudança no atendimento à criança, reduzindo tempo de internação e a incidência de infecções hospitalares. Outra estratégia importante é a Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância, que contribui não apenas para a redução de óbitos por diarreias e pneumonias, mas possibilita uma maior organização dos serviços. Com a implantação dos postos de registro de nascimento nas maternidades foi possível melhorar a cobertura de informações e evitar o risco de que crianças deixem de ser registradas (BRASIL, 2005).

Os indicadores de saúde demonstram que ainda falta um longo caminho a percorrer para garantir às crianças brasileiras o direito integral à saúde, como assumido em nossas leis. As taxas de mortalidade infantil – embora bastante reduzidos na última década – ainda são altas. Na maioria dos casos, os óbitos poderiam ser evitados se as crianças fossem encaminhadas para um serviço de saúde qualificado, com uma equipe profissional preparada para atender com eficiência e agilidade (BRASIL, 2005).

As causas perinatais, a pneumonia e a diarreia associadas à desnutrição são as principais causas de morte no primeiro ano de vida e merecem atenção de destaque. Portanto, o nascimento saudável, a promoção do crescimento, desenvolvimento e alimentação saudáveis, com enfoque prioritário para a vigilância à saúde das crianças de maior risco e o cuidado às doenças prevalentes, são ações que não podem deixar de ser realizadas em toda a sua plenitude (BRASIL, 2005).

Então, o que falta é um esforço concentrado na organização da assistência à população infantil, que contemple desde o primeiro atendimento, nas unidades básicas de saúde, até a atenção especializada dos casos mais graves, que exigem internação nas unidades de média e alta complexidade (BRASIL, 2005).

No Brasil, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias (que podem estar encobrendo casos de aids não diagnosticados); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas (BRASIL, 2000b).

Segundo Laurenti, Jorge e Gotlieb (2002), em pesquisa realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, analisando óbitos em mulheres de 10 a 49 anos (ou seja, mulheres em idade fértil), as dez primeiras causas de morte encontradas foram as seguintes, em ordem decrescente: acidente vascular cerebral, aids, homicídios, câncer de mama, acidente de transporte, neoplasia de órgãos digestivos, doença hipertensiva, doença isquêmica do coração, diabetes e câncer de colo do útero.

A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito nessa faixa etária. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis (BRASIL, 2004a).

O Pacto pela Saúde firmado entre os três gestores do SUS a partir de uma unidade de princípios guarda coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças loco-regionais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo (BRASIL, 2006).

A implantação deste Pacto, nas suas três dimensões – Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão –, possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. As seis prioridades pactuadas são: A. Saúde do Idoso; B. Controle do câncer do colo do útero e da mama; C. Redução da mortalidade infantil e materna; D. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; E. Promoção da Saúde; e F. Fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006).

A redução da mortalidade infantil implica em reduzir a mortalidade neonatal em 5%, reduzir em 50% os óbitos por doença diarreica e 20% por pneumonia, apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes e criar comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes. A redução da mortalidade materna objetiva reduzir em 5% a razão da mortalidade materna, garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto e qualificar os

pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto (BRASIL, 2006).

Diante da situação real de saúde materno-infantil pode-se pactuar e acompanhar a evolução desses indicadores citados e principalmente das condições de saúde dessa população.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Analisar a situação de saúde materno-infantil do Cabo de Santo Agostinho no período entre 2000 e 2005.

#### **3.2 Específicos**

- a) Caracterizar o perfil sócio-econômico e demográfico do Cabo de Santo Agostinho.
- b) Analisar o perfil epidemiológico de crianças menores de cinco anos de idade do Cabo de Santo Agostinho.
- c) Analisar o perfil epidemiológico de mulheres em idade fértil do Cabo de Santo Agostinho.

## 4 CAMINHOS METODOLÓGICOS

O conhecimento produzido objetiva de alguma forma, intervir na realidade, contribuindo para sua modificação a partir das preocupações do pesquisador advindas de interrogações sobre os fatos desta realidade.

A pesquisa indaga e constrói a realidade, ou seja, advém de questionamento do pesquisador acerca de dada realidade, vivenciada por ele de alguma forma, buscando vinculá-la à teoria, na tentativa de desvendar / explicar / responder / criar (MINAYO, 1994).

Segundo Lakatos e Marconi (1996), uma pesquisa quantitativa consiste em investigação de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou chave.

### 4.1 Área de estudo

O Cabo de Santo Agostinho faz parte da Região de Desenvolvimento da Região Metropolitana do Recife e da I Gerência Regional de Saúde do Estado de Pernambuco. Possui uma rede de serviços de saúde distribuída em quatro regionais de saúde. A primeira se localiza no centro da cidade compreendendo a maior parte dos aglomerados urbanos e centro comercial do município, a segunda é formada pelo litoral com suas peculiaridades, a terceira é composta por uma área urbana próxima à via de acesso mais tradicional do município e por uma zona rural; e a quarta que é predominantemente rural com áreas de difícil acesso.

Os serviços oferecidos no município são 36 Unidades de Saúde da Família, 02 Serviços de Pronto-Atendimento, 01 unidade do SAMU com duas ambulâncias básicas e uma equipada com UTI, 05 Centros de Saúde tradicionais, 01 Policlínica com leito de observação, 01 Maternidade de risco habitual, 01 laboratório de citologia, 01 laboratório de análises clínicas, 01 unidade hospitalar com internação

nas clínicas médica, cirúrgica e obstétrica bem como emergência clínica, 01 unidade hospitalar infantil, 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, 01 Centro de Orientação e Aconselhamento em Saúde, 01 Centro de Especialidades Odontológicas, 01 Central de Regulação, 02 centros de Referência em Saúde da Mulher, 01 Centro de Referência em Saúde do Adolescente e 03 Centros de Atenção Psicossocial nas especialidades adulto, infantil e álcool e drogas.

#### **4.2 Período de Estudo**

O período entre 2000 a 2005.

#### **4.3 População de Estudo**

Foram estudadas, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2005, 17.263 crianças de 0 a 5 anos e 57.689 mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) totalizando 74.952 residentes do Cabo de Santo Agostinho.

#### **4.4 Delineamento do Estudo**

Este estudo teve uma abordagem quantitativa do tipo descritivo-exploratória. É um estudo ecológico, observacional e longitudinal.

Segundo Cruz (2000) no método quantitativo a veracidade é avaliada quanto ao manejo da validade interna e pela validade dos testes e instrumentos usados para mensurar o fenômeno sob investigação. Somam-se a estes fatores outros relativos à validade externa (generalização dos achados), à fidedignidade (estabilidade dos procedimentos em teste, permitindo a replicação), à objetividade

(neutralidade do pesquisador), à credibilidade (interpretações fiéis da experiência), à adequação (os achados refletem os elementos típicos e atípicos), à verificabilidade (condição de replicação) e à confirmação (quando credibilidade, adequação e verificabilidade estão estabelecidas).

O papel dos tipos clássicos de investigação — os diagnósticos de saúde — em epidemiologia está na ênfase que se dá às doenças da população em oposição às doenças do indivíduo. A pergunta que se deseja responder neste caso, não é sobre as causas dos casos de doença, mas sobre as causas da incidência da doença em grupos populacionais, comparando diferentes populações, em geral definidas como moradores de uma mesma área (CARVALHO; SOUZA-SANTOS, 2005).

Os estudos ecológicos, definidos como estudos onde se focaliza a comparação de grupos, ao invés de indivíduos, teriam como razão subjacente o fato de que dados em nível individual da distribuição conjunta de duas (ou talvez todas) variáveis não estariam disponíveis internamente nos grupos. Nos países periféricos, entretanto, a pesquisa em epidemiologia sempre teve forte associação com a prática dos serviços de saúde pública, possivelmente por ter nestes parceiros, financiadores importantes, cumprindo um papel essencial no que se definiu como "informação para ação" (CARVALHO; SOUZA-SANTOS, 2005).

A abordagem exploratória pretende avaliar a evolução das taxas de doença ao longo do tempo em uma determinada população geograficamente definida sendo utilizada para prever tendências futuras da doença ou avaliar o impacto de uma intervenção populacional (ROUQUAYROL, 1993).

#### **4.5 Plano de análise**

Foram calculados os indicadores relacionados abaixo selecionados para o estudo:

Indicador	Conceito	Método de Cálculo	Pontos de corte
Cobertura vacinal no primeiro ano de vida	Percentual de crianças menores de um ano de idade imunizadas com vacinas específicas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de crianças menores de um ano de idade com esquema básico completo para determinado tipo de vacina, sobre a população da faixa etária de menores de um ano (x100).	Tipo de vacina e respectivo esquema básico completo, contra: difteria, coqueluche e tétano – DPT (três doses); sarampo (uma dose); poliomielite (três doses); tuberculose – BCG (uma dose); hepatite B (três doses); e Haemophilus influenzae tipo B – HiB (três doses).
Incidência de sífilis congênita	Número de casos novos confirmados de sífilis congênita, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (código A50 da CID-10). São considerados apenas os casos de sífilis congênita diagnosticados durante os dois primeiros anos de vida.	Somatório anual do número de casos novos e sífilis congênita em menores de dois anos de idade, confirmados em residentes.	
Mortalidade proporcional por doença diarréica aguda em menores de cinco anos de idade	Percentual de óbitos por doença diarréica aguda (códigos A00 a A09 da CID-10), em relação ao total de óbitos de menores de cinco anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos de residentes menores de cinco anos de idade, por doença diarréica aguda, sobre o número total de óbitos de residentes menores de cinco anos de idade, por causas definidas (x100).	
Mortalidade proporcional por idade, em menores de um ano	Distribuição percentual dos óbitos de crianças menores de um ano de idade, por faixa etária, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos de residentes menores de um ano de idade, por faixa etária sobre o número de óbitos de residentes menores de um ano de idade, excluídos os de idade ignorada (x100).	Faixa etária: 0 a 6 dias (período neonatal precoce), 7 a 27 dias (período neonatal tardio) e 28 a 364 dias (período pós-neonatal).

Indicador	Conceito	Método de Cálculo	Pontos de corte
Mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda em menores de cinco anos de idade	Percentual de óbitos por infecção respiratória aguda (IRA), em relação ao total de óbitos de menores de cinco anos de idade, por causas definidas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Os óbitos por infecção respiratória aguda são classificados nos códigos J00 a J22 da CID-10.	Número de óbitos de residentes menores de cinco anos de idade, por infecção respiratória aguda sobre o número total de óbitos de residentes menores de cinco anos de idade, por causas definidas (x100).	
Número de consultas médicas (SUS) por habitante	Número médio de consultas médicas apresentadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por habitante, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estão incluídas todas as consultas que foram apresentadas ao gestor do SUS, não necessariamente pagas.	Número total de consultas médicas apresentadas ao SUS sobre a população total residente.	
Número de internações hospitalares (SUS) por habitante	Número médio de internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por 100 habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número total de internações hospitalares de residentes, pagas pelo SUS sobre a população total residente (x100).	
Prevalência de aleitamento materno misto e exclusivo	Percentual de crianças que estão sendo alimentadas exclusivamente com leite materno aos 30, 120 e 180 dias de vida, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de crianças que se alimentam exclusivamente de leite materno, na idade considerada sobre o número total de crianças residentes, na idade (x100).	O conceito de aleitamento materno exclusivo pressupõe que a criança receba apenas o leite materno, sem adição de água, chás, sucos e outros líquidos ou sólidos (exceto gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos minerais ou outros medicamentos).

Indicador	Conceito	Método de Cálculo	Pontos de corte
Prevalência de aleitamento materno misto e exclusivo			Faixa etária: 30 dias (ponto médio do intervalo de 15-45 dias); 120 dias (ponto médio do intervalo de 105-135 dias); e 180 dias (ponto médio do intervalo de 165-195 dias).
Mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda em menores de cinco anos de idade	Percentual de óbitos por infecção respiratória aguda (IRA), em relação ao total de óbitos de menores de cinco anos de idade, por causas definidas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Os óbitos por infecção respiratória aguda são classificados nos códigos J00 a J22 da CID-10.	Número de óbitos de residentes menores de cinco anos de idade, por infecção respiratória aguda sobre o número total de óbitos de residentes menores de cinco anos de idade, por causas definidas (x100).	
Número de consultas médicas (SUS) por habitante	Número médio de consultas médicas apresentadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por habitante, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estão incluídas todas as consultas que foram apresentadas ao gestor do SUS, não necessariamente pagas.	Número total de consultas médicas apresentadas ao SUS sobre a população total residente.	
Número de internações hospitalares (SUS) por habitante	Número médio de internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por 100 habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número total de internações hospitalares de residentes, pagas pelo SUS sobre a população total residente (x100).	
Proporção de gestantes com acompanhamento pré-natal	Percentual de gestantes com seis e mais consultas de acompanhamento pré-natal, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O número de gestantes é estimado pelo número de nascidos vivos.	número de nascidos vivos de mães residentes, com seis e mais consultas de pré-natal sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes (x100).	

<b>Indicador</b>	<b>Conceito</b>	<b>Método de Cálculo</b>	<b>Pontos de corte</b>
Proporção de gestantes com acompanhamento pré-natal	Percentual de gestantes com seis e mais consultas de acompanhamento pré-natal, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O número de gestantes é estimado pelo número de nascidos vivos.	número de nascidos vivos de mães residentes, com seis e mais consultas de pré-natal sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes (x100).	
Proporção de menores de cinco anos de idade na população	Percentual de pessoas com menos de cinco anos de idade, na população total residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de crianças residentes menores de cinco anos de idade sobre a população total residente, excluída a de idade ignorada (x100).	
Proporção de mulheres em idade fértil na população	Percentual de mulheres de 10 a 49 anos de idade, na população total residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de mulheres de 10 a 49 anos de idade sobre a população total residente, excluída a de idade ignorada (x100).	
Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer	Percentual de nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de nascidos vivos de mães residentes, com peso ao nascer inferior a 2.500 g sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes (x100).	Compreende a primeira pesagem do recém-nascido, preferencialmente realizada durante a primeira hora de vida.
Proporção de nascidos vivos por idade materna	Distribuição percentual de nascidos vivos por idade da mãe, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de nascidos vivos de mães residentes, por grupo etário sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes (x100).	Faixa etária de mães: 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, e 45-49 anos de idade.
Proporção de partos cesáreos	Percentual de partos cesáreos em relação ao total de partos hospitalares, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O número de partos é estimado pelo número de nascidos vivos.	Número de nascidos vivos de partos cesáreos de mães residentes sobre o número total de nascidos vivos de partos hospitalares de mães residentes, com tipo de parto informado (x100).	
Proporção de partos cesáreos (SUS)	Percentual de partos cesáreos pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), segundo vínculo, em relação ao total de partos hospitalares pagos pelo SUS, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de partos cesáreos de residentes, pagos pelo SUS em determinada categoria de vínculo número total de partos hospitalares de residentes, do mesmo vínculo, pagos pelo SUS (x100).	Categoria de vínculo: público, privado (inclusive filantrópico) e universitário.

Indicador	Conceito	Método de Cálculo	Pontos de corte
Proporção de partos hospitalares	Percentual de partos hospitalares em relação ao total de partos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O número de partos é estimado pelo número informado de nascidos vivos.	Número de nascidos vivos de parto hospitalar de mães residentes sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes, com local de parto informado (x100).	
Taxa de mortalidade infantil	Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes (x1.000).	Componentes da mortalidade infantil: mortalidade neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardia (7-27 dias de vida) e pós-neonatal (28 dias e mais de vida).
Taxa de mortalidade materna	Número de óbitos femininos por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Morte materna, segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é a “morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”. As mortes maternas correspondem ao Capítulo XV da CID-10 “Gravidez, Parto e Puerpério” (excluídos os códigos O96 e O97), acrescentando-se as mortes consideradas maternas, mas que se classificam em outros capítulos da CID, especificamente:	Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de óbito materno sobre o número de nascidos vivos de mães residentes (x100.000).	A CID-10 estabelece ainda os conceitos de: morte materna tardia, decorrente de causa obstétrica, ocorrida após 42 dias e menos de um ano depois do parto (código O96); e morte materna por seqüela de causa obstétrica direta, ocorrida um ano ou mais após o parto (código O97).

Indicador	Conceito	Método de Cálculo	Pontos de corte
Taxa de mortalidade materna	(i) doença causada pelo HIV (B20-B24), desde que a mulher esteja grávida no momento da morte ou tenha estado grávida até 42 dias antes da morte; (ii) necrose pós-parto da hipófise (E23.0); (iii) osteomalácia puerperal (M83.0); (iv) tétano obstétrico (A34); e (v) transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53).		
Taxa de mortalidade neonatal precoce	Número de óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de vida completos sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes (x1.000).	
Taxa de mortalidade neonatal tardia	Número de óbitos de crianças de 7 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de vida completos sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes (x1.000).	
Taxa de mortalidade perinatal	Número de óbitos fetais (a partir de 22 semanas completas de gestação ou 154 dias) acrescido dos óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias), por mil nascimentos totais (óbitos fetais mais nascidos vivos), em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Todos os valores referem-se à população residente.	Soma do número de óbitos fetais (22 semanas de gestação e mais) e de óbitos de crianças de 0-6 dias de vida completos, de mães residentes sobre o número de nascimentos totais de mães residentes (nascidos vivos mais óbitos fetais de 22 semanas e mais de gestação) (x1.000).	A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) antecipou o início do período perinatal para 22 semanas de gestação, que corresponde a aproximadamente 500g de peso ao nascer e a 25cm de estatura.
Taxa de mortalidade por afecções originadas no período perinatal	Número de óbitos por afecções originadas no período perinatal, em menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado	Número de óbitos de residentes menores de um ano de idade, por afecções originadas no período perinatal sobre o número de nascidos vivos de mães residentes (x1.000).	Embora as mortes por essa causa possam ocorrer em outras idades, são considerados

<b>Indicador</b>	<b>Conceito</b>	<b>Método de Cálculo</b>	<b>Pontos de corte</b>
Taxa de mortalidade por afecções originadas no período perinatal	(códigos P00 a P96, Capítulo XVI, da CID-10).	.	apenas os óbitos incidentes no primeiro ano de vida. Faixa etária: 0-6, 7-27 e 28 dias e mais de idade.
Taxa de mortalidade pós-neonatal	Número de óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de vida completos sobre o número de nascidos vivos de mães residentes (x1.000).	

#### **4.6 Método de coleta**

Foi realizada exploração de bancos de dados secundários dos seguintes Sistemas de Informações: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), Censos demográficos, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) e estimativas do IBGE e Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 1996 (PNDS) da Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam). Os três últimos estão disponíveis na rede mundial de computadores. Os demais bancos de dados administrados pelo nível municipal foram disponibilizados pela Secretaria Executiva de Saúde do Cabo de Santo Agostinho para o estudo.

#### **4.7 Instrumentos de análise**

Os dados foram tabulados no programa TABWIN versão 3.2 e em seguida se utilizou o Excel XP (Microsoft Office) para o armazenamento e manipulação destes. Os resultados foram apresentados em forma de gráficos e tabelas.

#### **4.8 Limites do Estudo**

A construção do conhecimento ocorre como um processo em que a redefinição do objeto é constante, gerando formatos que o vão reconstruindo até o produto final, que provavelmente irá desencadear novas indagações. Desta forma, reconhece-se que a tentativa de objetivar o conhecimento é busca inacabada que recomeça após a obtenção de um produto, o qual, pela própria historicidade do processo social, é provisório e deve ser utilizado para estimular outras reflexões (MINAYO, 1993).

Em seus processos investigativos, a Epidemiologia faz uso da quantificação dos eventos e determinantes estudados, sendo típico de seu raciocínio a redução do real através de modelos teóricos, os quais são avaliados com base em raciocínios indutivos de base estatística (ALMEIDA FILHO, 1989).

Para Victora et al. (1990):

A simplificação, no entanto, é um processo inerente à pesquisa quantitativa em Epidemiologia: por exemplo, para classificar uma criança como desnutrida utiliza-se uma ou duas medidas - peso e/ou altura - entre dezenas de medidas possíveis, compara-se esta medida com um padrão de referência mais ou menos arbitrário e decide-se sobre um ponto de corte também arbitrário. Nesse processo simplificador, é inevitável que se perca informação e que ocorram erros de classificação, mas a própria coerência dos resultados empíricos pode servir para avaliar até que ponto a simplificação pode ter sido excessiva.

Dados demográficos e epidemiológicos coletados rotineiramente pelos órgãos oficiais, como das secretarias estaduais de saúde e do IBGE, nos dão, simplesmente, uma idéia genérica do perfil demográfico e epidemiológico em relação ao total de indivíduos. A crítica que deve ser feita aos resultados dessas análises, base de cálculo dos coeficientes e indicadores de saúde, é em relação à aparente homogeneidade de condições que se imputa a uma dada população e igualmente em relação às necessidades demandadas aos serviços de saúde. Esse fato vem "mascarar as desigualdades às vezes gritantes nas condições de vida e saúde da população, obstruindo a identificação de objetivos operacionais e alvos bem específicos" (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

A ciência busca a verdade, esta definida como, "aquilo que está de acordo com a realidade". A verdade científica é dinâmica e não-absoluta, pois, novas informações e formas de abordar um mesmo problema são propostos a cada dia. Assim, antigos dogmas dão lugar a novos conhecimentos. Isto nos alerta para o caráter transitório da verdade, e para uma permanente atitude crítica em relação a posições rígidas, baseadas na autoridade e na experiência (COUTINHO, 1998).

As limitações dos estudos ecológicos residem principalmente em relação ao potencial viés na estimação do efeito, ou seja, o viés ecológico (falácia ecológica)

que é uma inferência causal inadequada sobre fenômenos individuais na base de observações de grupos já que uma associação observada no nível agregado não necessariamente significa que essa associação exista no nível individual (ROUQUAYROL, 1993).

#### **4.9 Aspectos Éticos**

A pesquisa foi desenvolvida respeitando todos os parâmetros bioéticos da Resolução nº 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Caracterização do perfil sócio-econômico e demográfico do Cabo de Santo Agostinho.

O município do Cabo de Santo Agostinho possui uma área de 451 Km<sup>2</sup>, se localiza na Região Metropolitana do Recife com limites ao norte com Moreno e Jaboatão dos Guararapes, ao sul com Ipojuca e Escada, ao leste com o Oceano Atlântico e ao oeste com Vitória de Santo Antão. Apresenta 87,91% de sua população concentrada na zona urbana e 12,09% na zona rural.

Tabela 01 – Proporção (%) de moradores por tipo de abastecimento de água. Cabo de Santo Agostinho – 1991 e 2000.

<b>Abastecimento Água</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>
Rede geral	76,9	82,1
Poço ou nascente (na propriedade)	11,8	11,4
Outra forma	11,3	6,5

Fonte: IBGE, 2003.

O censo demográfico realizado pelo IBGE (2003) identificou que a cobertura da rede de abastecimento de água cobria 82% dos moradores de alguma forma, isso sem considerar a intermitência do fluxo, que era de 24 horas com água e 48 horas sem água e atualmente a população está sendo abastecida diariamente. (Tabela 01).

A cobertura de esgotamento sanitário descrita na tabela 02, ao considerar o acesso dos moradores às instalações sanitárias – rede geral de esgoto ou pluvial e fossa séptica abarcava apenas 38,4% da população, se caracterizando como um fator que favorece a proliferação de doenças transmissíveis decorrentes da contaminação ambiental.

Tabela 02 – Proporção (%) de moradores por tipo de instalação sanitária. Cabo de Santo Agostinho – 1991 e 2000.

<b>Instalação Sanitária</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>
Rede geral de esgoto ou pluvial	14,1	24,6
Fossa séptica	5,7	13,8
Fossa rudimentar	58,5	41,6
Vala	2,0	6,2
Rio, lago ou mar	-	3,2
Outro escoadouro	3,5	1,1
Não sabe o tipo de escoadouro	0,2	-
Não tem instalação sanitária	15,9	9,5

Fonte: IBGE, 2003.

Em contrapartida, a cobertura de serviços de coleta de lixo, seja pela coleta no domicílio ou pela coleta em caçambas ou depósitos, cobria 85,4% dos moradores da cidade (Tabela 03).

Tabela 03 – Proporção (%) de moradores por tipo de destino do lixo. Cabo de Santo Agostinho – 1991 e 2000.

<b>Coleta de lixo</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>
Coletado	66,5	85,4
Queimado (na propriedade)	3,6	4,3
Enterrado (na propriedade)	0,4	0,2
Jogado	26,6	9,9
Outro destino	2,9	0,2

Fonte: IBGE, 2003.

O município tem uma população estimada para o ano de 2006, segundo o IBGE (2003), de 172.152 pessoas sendo 84.679 homens representando 49% da população e 7.473 mulheres representando 51%. Conforme a configuração da pirâmide etária disposta na figura 01, observamos que a transição demográfica ainda se encontra no início pela predominância de uma população jovem concentrada nas faixas etárias de menores de 19 anos.

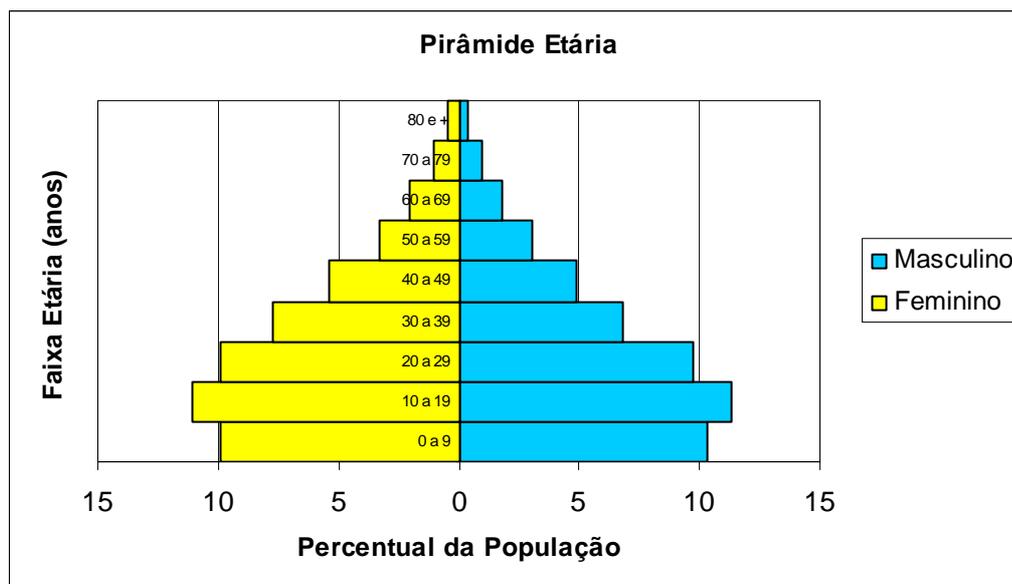


Figura 01 – Pirâmide etária do Cabo de Santo Agostinho – 2006.  
Fonte: IBGE, 2003.

Em 2000, para a população pernambucana de ambos os sexos, a esperança de vida ao nascer era de 65,51 anos e passou em 2004 para 67,12 anos, correspondendo a um incremento de 1,61 ano ou, em meses, a 20,36. O mesmo fenômeno foi observado para cada sexo, com favorecimento ao sexo feminino (1,67 ano, para as mulheres, contra 1,57 ano, para os homens). O aumento da esperança de vida ao nascer sugere melhoria das condições de vida e de saúde da população (IBGE, 2001).

O ritmo de crescimento mais lento da esperança de vida masculina, comparativamente ao da feminina, encontra explicação no aumento gradativo da sobremortalidade masculina nas idades jovens e adultas jovens. Essa sobremortalidade é expressa pela relação entre as taxas específicas de mortalidade de homens e mulheres. Por exemplo, nos últimos anos, as taxas de mortalidade masculinas, na faixa dos 20 a 29 anos de idade, chegam a ser mais de três vezes superiores às correspondentes femininas (IBGE, 2004).

Tabela 04 – Proporção (%) de crianças menores de cinco anos de idade na população residente. Pernambuco, Região Metropolitana do Recife, Recife e Cabo de Santo Agostinho – 2000 e 2004.

<b>Local</b>	<b>2000</b>	<b>2004</b>
Pernambuco	10,1	9,3
Região Metropolitana do Recife	8,9	8,3
Recife	8,3	7,6
Cabo de Santo Agostinho	10,2	--

Fonte: IBGE, 2006.

De acordo com as estimativas realizadas, a proporção de crianças menores de cinco anos de idade na população residente do Cabo de Santo Agostinho é de 10,2 %, último dado disponível do município oriundo do censo realizado em 2000 pelo IBGE (2003). O progressivo declínio da proporção de menores de cinco anos de idade reflete a redução dos níveis de fecundidade. Esse fenômeno é mais evidente nos locais que entraram há mais tempo no processo de transição demográfica, diferentemente da situação do município em estudo, que no ano de 2000 ainda apresentava 10,2% de crianças menores de cinco anos na população sendo o índice mais alto em relação aos demais locais estudados. Esta situação sugere que os níveis de fecundidade e natalidade do município ainda não entraram em declínio e que mesmo considerando uma redução no período transcorrido entre o último dado (coletado em 2000) e a situação em 2004 espera-se uma proporção maior do que a dos outros locais.

A proporção de mulheres em idade fértil na população residente do município, após o censo de 2000, é de 34,09% da população geral chegando a representar 67% da população feminina e se conformando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde.

Considerando que a taxa de analfabetismo, ou seja, o percentual de pessoas de 15 anos e mais de idade que não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples na população, é utilizada para a análise das condições de vida e de saúde da população e como um dos mais próximos indicadores da condição econômico-social da população. Diante disso, tem-se que a atenção à saúde das

crianças é influenciada positivamente pela alfabetização da população adulta, sobretudo das mães.

Tabela 05 – Taxa de Analfabetismo (%) da população de 15 ou mais anos de idade. Região Nordeste, Pernambuco e Região Metropolitana do Recife – 2004.

<b>Local</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
Região Nordeste	24,56	20,47	22,43
Pernambuco	22,52	20,19	21,28
Região Metropolitana do Recife	9,97	11,4	10,75

Fonte: IBGE, 2006.

Em 2004, a região Nordeste, o estado de Pernambuco e a Região Metropolitana do Recife apresentaram taxas de analfabetismo de 22,43%, 21,28% e 10,75%, respectivamente com variações de acordo com o sexo. Enquanto na região Nordeste e no estado de Pernambuco predomina o sexo masculino com as maiores taxas de analfabetismo, na Região Metropolitana do Recife predomina o sexo feminino (Tabela 05).

O nível de instrução inferior a quatro anos de estudo tem sido utilizado como referência do analfabetismo funcional, embora o significado deste conceito seja mais amplo. O nível de escolaridade dos responsáveis pela condução da família tem influência significativa sobre as condições de atenção à saúde das crianças. O grau de escolaridade é elemento essencial a ser considerado na abordagem da população quanto às práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Tabela 06 – Proporção (%) da população de 15 anos e mais de idade com escolaridade inferior a quatro anos de estudo, segundo situação do domicílio. Região Nordeste, Pernambuco e Região Metropolitana do Recife – 2004.

<b>Local</b>	<b>Urbana</b>	<b>Rural</b>	<b>Total</b>
Região Nordeste	29,54	59,41	37,61
Pernambuco	26,66	56,55	33,31
Região Metropolitana do Recife	19,14	21,6	19,73

Fonte: IBGE, 2006.

A tabela 06 mostra que a proporção de analfabetos funcionais ainda mantém-se em níveis elevados, mesmo na área urbana da região Nordeste

(29,54%). No meio rural, mais da metade dos adultos (56,55%) em Pernambuco tinha, em 2004, escolaridade inferior a quatro anos de estudo, proporção que variou de 59,41%, no Nordeste, a 21,6%, na Região Metropolitana do Recife. Esta é a proporção que se apresenta como a mais próxima da realidade do Cabo de Santo Agostinho.

Tabela 07 – Proporção (%) de pobres. Região Nordeste, Pernambuco e Região Metropolitana do Recife – 2001 e 2004.

<b>Local</b>	<b>2001</b>	<b>2004</b>
Região Nordeste	50,9	55,47
Pernambuco	46,5	54,49
Região Metropolitana do Recife	32,8	44,3

Fonte: IBGE, 2006.

A proporção de pobres dimensiona o contingente de pessoas em condições precárias de sobrevivência. Entre 2001 e 2004, observa-se na tabela 07 o aumento da proporção de pessoas que vivem com até meio salário mínimo de rendimento familiar *per capita*, em todas as regiões estudadas, perpetuando-se assim uma situação de pobreza em patamares expressivos requerendo maior atenção de políticas públicas de saúde, educação e proteção social, entre outras.

Tabela 08 – Taxa de desemprego (%). Região Nordeste, Pernambuco e Região Metropolitana do Recife – 2001 e 2004.

<b>Local</b>	<b>2001</b>	<b>2004</b>
Região Nordeste	8,72	8,94
Pernambuco	10,7	11,09
Região Metropolitana do Recife	14,03	17,79

Fonte: IBGE, 2006.

Taxas elevadas de desemprego resultam na perda do poder aquisitivo e na possível desvinculação do sistema de seguro social e de algum plano de saúde de empresa, o que pressupõe aumento da demanda ao Sistema Único de Saúde. A tabela mostra o aumento do desemprego em todas as regiões citadas no período considerado. O valor relativamente baixo observado na região Nordeste em 2004 (8,%) pode ser interpretado considerando a importância de fluxos migratórios dessa região para o centro-sul do País.

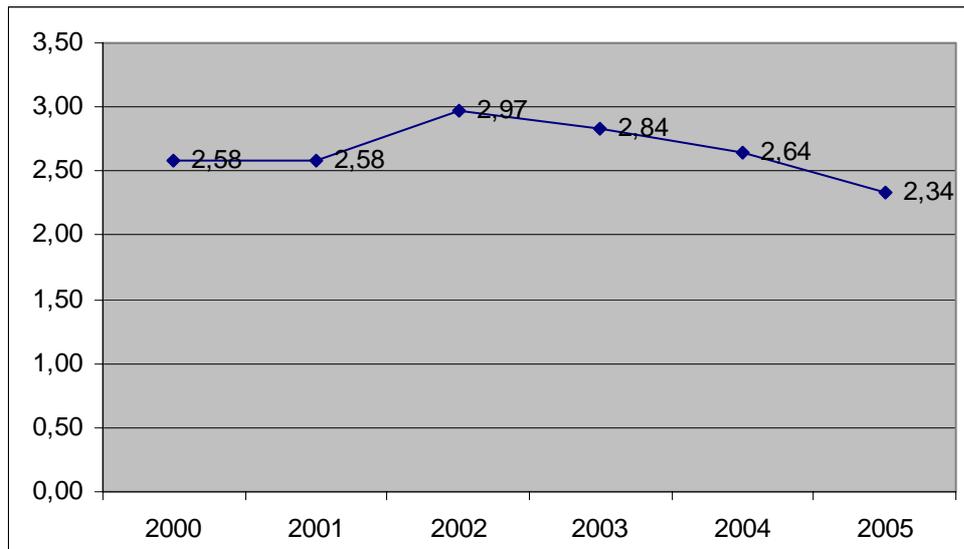


Gráfico 01 – Número de consultas médicas (SUS) por habitante. Cabo de Santo Agostinho - 2000 a 2005.

Em média, conforme observado no gráfico 01, cada cidadão cabense recebe cerca de duas consultas médicas anuais no SUS. O declínio do número de consultas a partir de 2003, principalmente nos anos de 2004 e 2005, pode ter sido influenciado pela mudança de gestão municipal a qual determina a disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros adotados no âmbito do SUS.

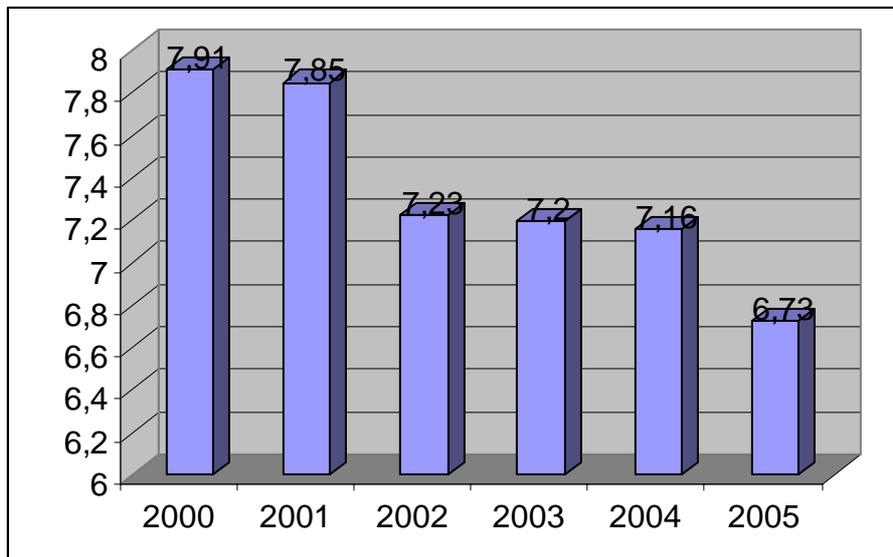


Gráfico 02 – Número de internações hospitalares (SUS) por 100 habitantes. Cabo de Santo Agostinho - 2000 a 2005.

Considerando que o número de internações hospitalares por habitante avalia a cobertura de atendimento hospitalar à população residente com financiamento pelo SUS e não considera as internações hospitalares sem vínculo com o SUS, este

indicador vem diminuindo no Cabo de Santo Agostinho de 7,9 internações por 100 habitantes em 2000 para 6,23 internações em 2005 (Gráfico 02).

Esta redução pode ter se dado pela expansão do acesso aos serviços de saúde alcançando uma resolutividade maior nas ações da atenção básica e evitando que os usuários precisassem se internar numa unidade hospitalar. Ou também, esta situação pode estar associada à maior oferta de alternativas ao SUS pela participação do setor privado.

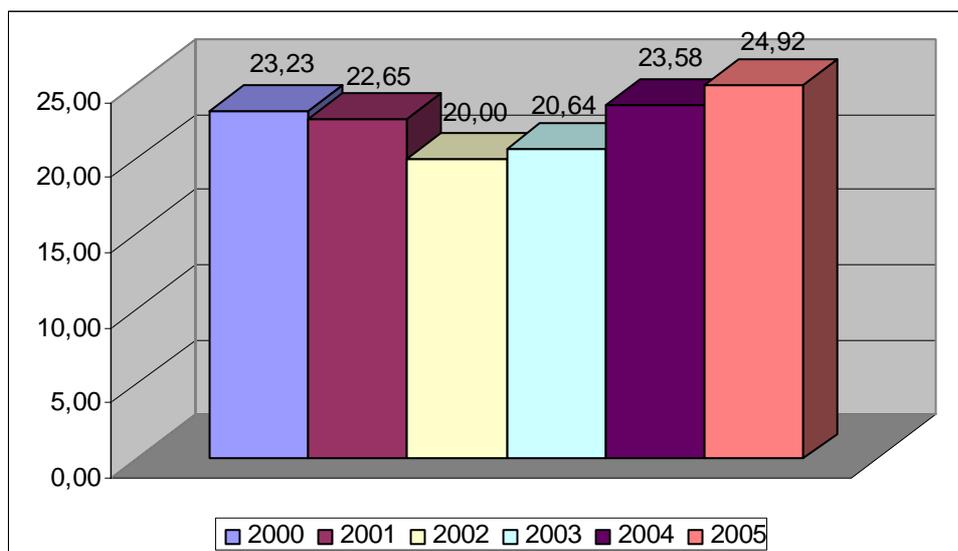


Gráfico 03 – Taxa bruta de natalidade (por mil). Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

O indicador taxa bruta de natalidade é fortemente influenciado pela estrutura etária da população quanto à idade e ao sexo. Ao apresentar taxas altas, que em geral, estão associadas a baixas condições sócio-econômicas e aspectos culturais da população, o município mostra que ainda está no início da transição demográfica embora já tenha disparado o processo de transição epidemiológica ocorrendo uma polarização epidemiológica, onde coexistem, em um mesmo espaço geográfico doenças, agravos e óbitos ligados às doenças ditas do "*atraso*" e da "*modernidade*". As taxas de natalidade variaram, entre 2000 a 2005, de 23,23 a 24,94 nascidos vivos a cada mil habitantes se conformando uma tendência crescente (Gráfico 03).

## 5.2 Análise do perfil epidemiológico de crianças menores de 5 anos do Cabo de Santo Agostinho.

O gráfico 04 mostra uma mudança na composição etária da mortalidade infantil, entre 2000 e 2005. Os óbitos infantis tendem a concentrar-se no período neonatal, sobretudo durante a primeira semana de vida, enquanto declina a proporção de mortes no período pós-neonatal. Esse perfil reflete a melhoria das condições de vida e a implementação de ações básicas de proteção da saúde infantil, reduzindo principalmente a mortalidade associada a fatores ambientais.

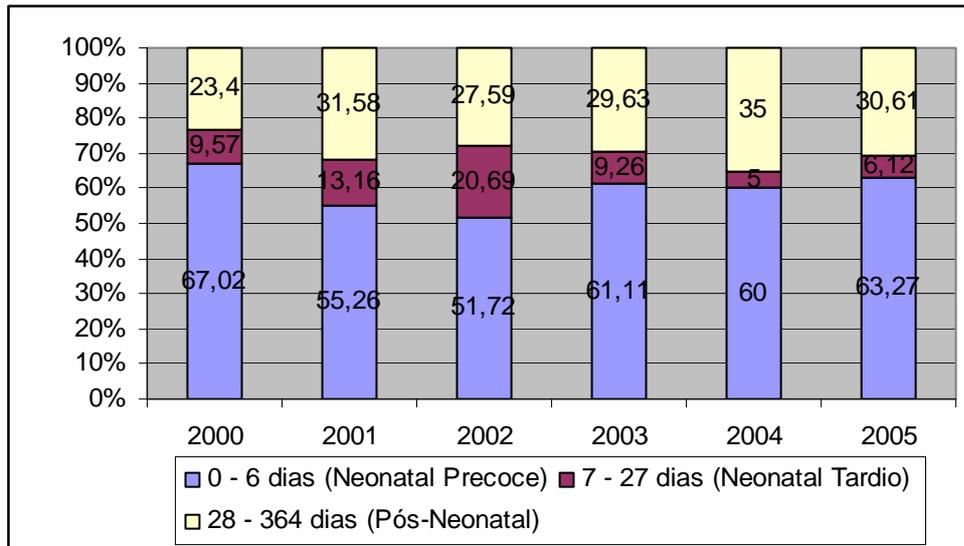


Gráfico 04 – Mortalidade proporcional (%) por grupo etário de menores de um ano de idade. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

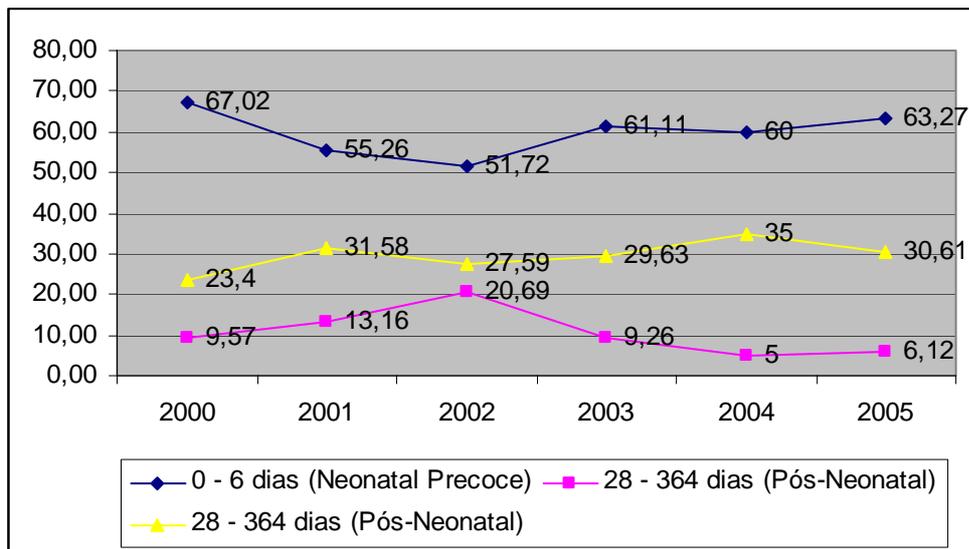


Gráfico 05 – Evolução da mortalidade proporcional (%) por grupo etário de menores de um ano de idade. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

O aumento percentual de óbitos em determinada faixa etária pode significar, apenas, a redução da frequência em outras faixas o que pode ser observado a partir

de 2002 com a diminuição dos óbitos no período neonatal tardio sendo redistribuídos para neonatal precoce e pós-neonatal como pode ser observado no gráfico 05.

A taxa de mortalidade infantil (TMI) estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. No município em estudo, há consistente tendência de redução da mortalidade infantil o que reflete a melhoria nas condições de vida, o declínio da fecundidade e o efeito de intervenções públicas nas áreas de saúde, saneamento e educação, entre outros aspectos.

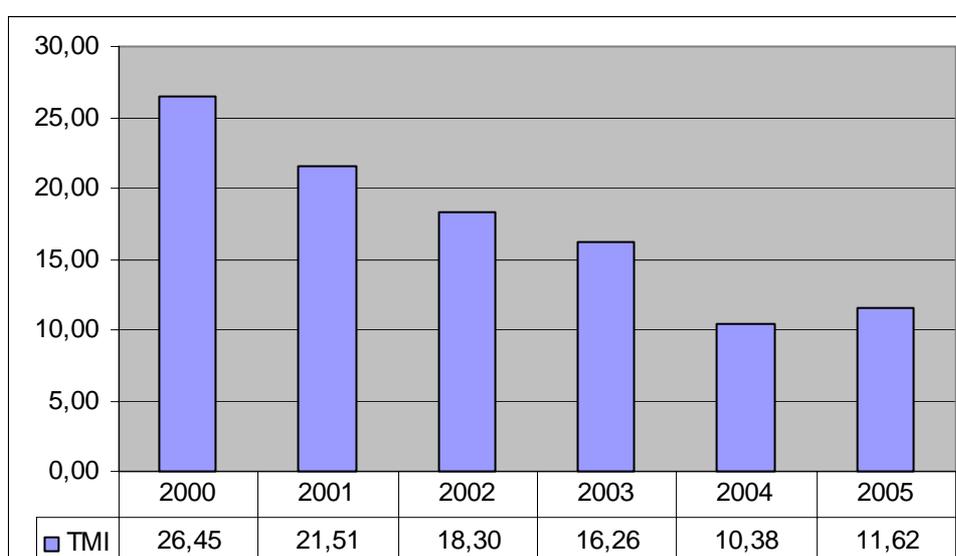


Gráfico 06 – Taxa de mortalidade infantil (por mil). Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

A TMI, no período analisado, passou da classificação de média (20 – 49) em 2000 e 2001 à de baixa (<20) a partir de 2002. Um cuidado na interpretação desse indicador é que taxas reduzidas também podem encobrir más condições de vida em segmentos sociais específicos (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2005).

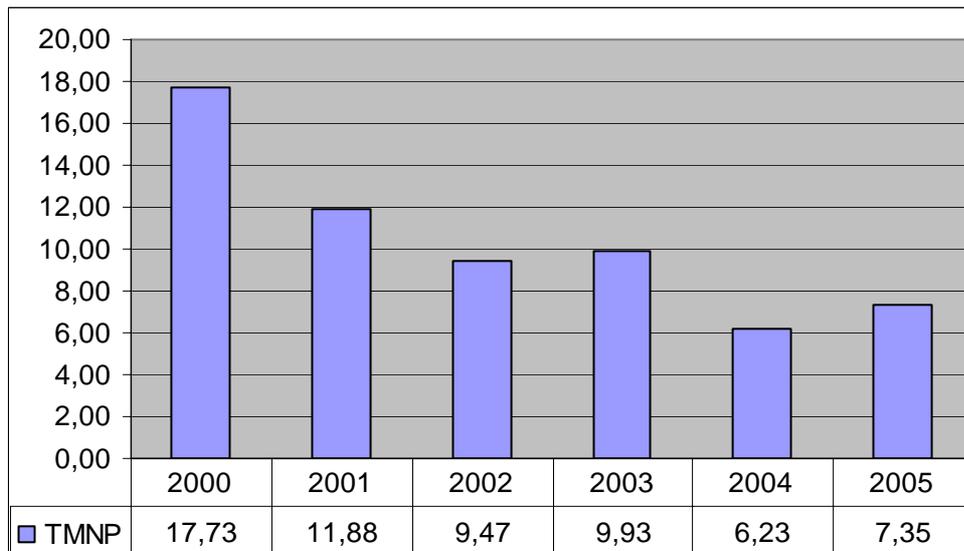


Gráfico 07 – Taxa de mortalidade neonatal precoce (por mil). Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

A taxa de mortalidade neonatal precoce (TMNP) estima o risco de um nascido vivo morrer durante a primeira semana de vida. Taxas elevadas estão em geral relacionadas a insatisfatórias condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, entretanto esta taxa apresentou uma redução de 2,4 vezes entre 2000 e 2005, chegando a diminuir 2,8 em relação ao ano de 2004, o que nos leva a constatar que houve uma melhora significativa nas condições de saúde e assistência ofertada no período selecionado (Gráfico 07).

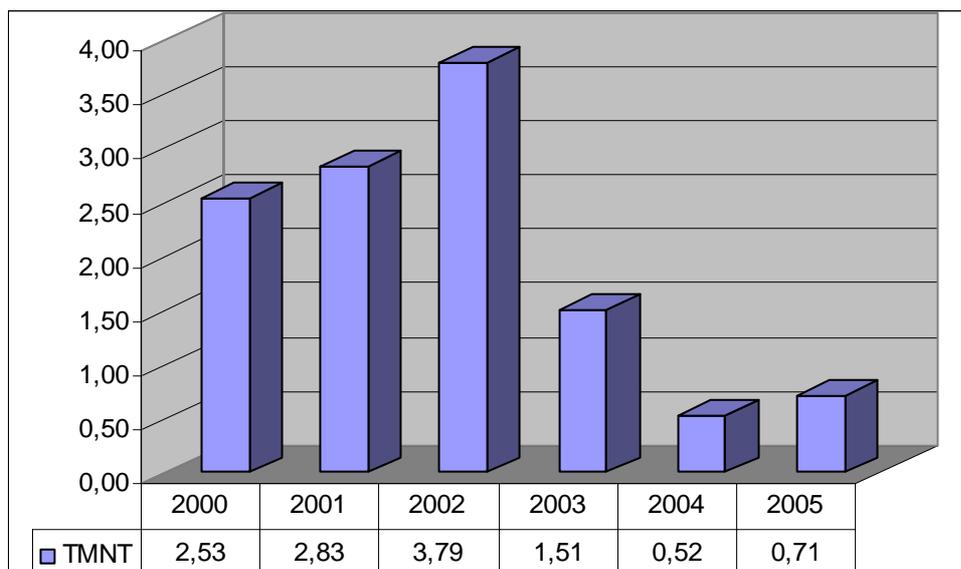


Gráfico 08 – Taxa de mortalidade neonatal tardia (por mil). Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

A taxa de mortalidade neonatal tardia (TMNT) apresenta-se em declínio significativo. Por estar mais relacionada a causas endógenas e à qualidade do atendimento médico, esperava-se que sua diminuição ocorresse em ritmo menos acentuado que a mortalidade pós-neonatal, o que não aconteceu no município estudado. Esta taxa chegou a reduzir, entre 2000 e 2005, 3,56 vezes e em relação ao ano de 2004, a redução foi de 4,8 vezes. No geral, houve uma subtração de 71,9% da taxa denotando uma melhora significativa na assistência médica oferecida (Gráfico 08).

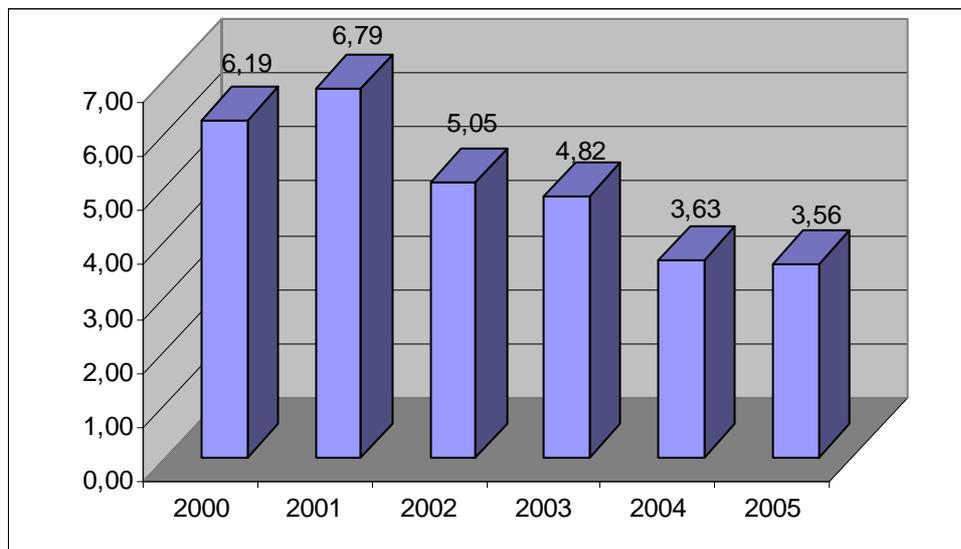


Gráfico 09 – Taxa de mortalidade pós-neonatal (por mil). Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

No gráfico 09, constata-se contínuo declínio da mortalidade pós-neonatal (TMP). A redução das taxas decorre da associação de vários fatores, como o aumento da cobertura de saneamento básico, a melhoria do nível educacional das mulheres e o maior acesso a ações de proteção da saúde infantil. Essa redução de 42,5% verificada entre os anos de 2000 e 2005 sinalizam melhores níveis de saúde e desenvolvimento econômico.

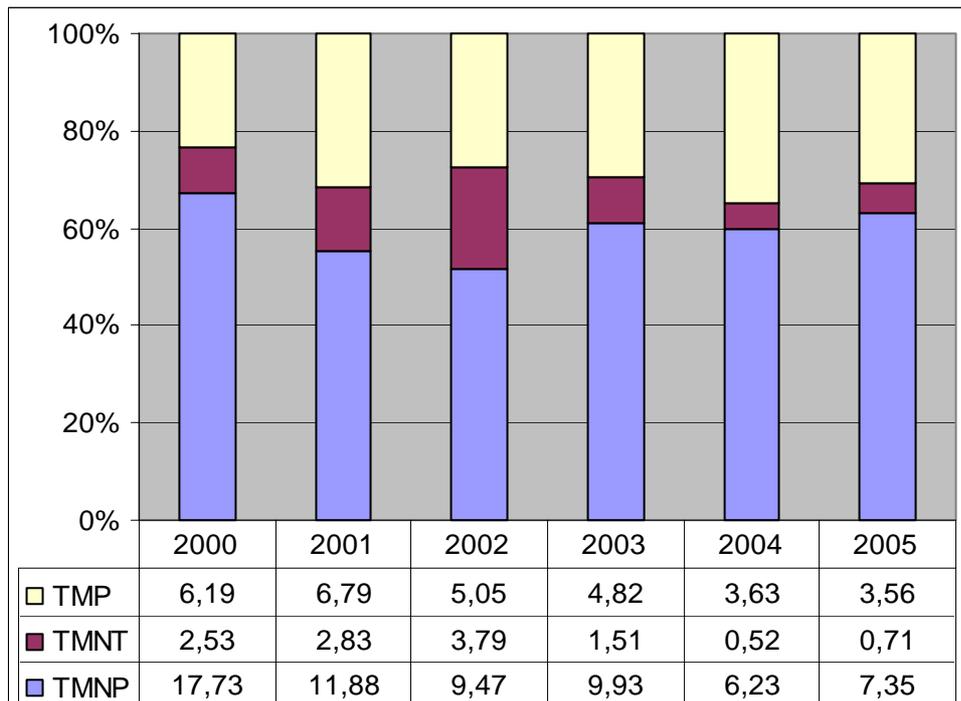


Gráfico 10 – Composição da mortalidade infantil. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

O gráfico 10 apresenta a composição da mortalidade infantil no período estudado e resalta as variações ocorridas na contribuição de cada componente.

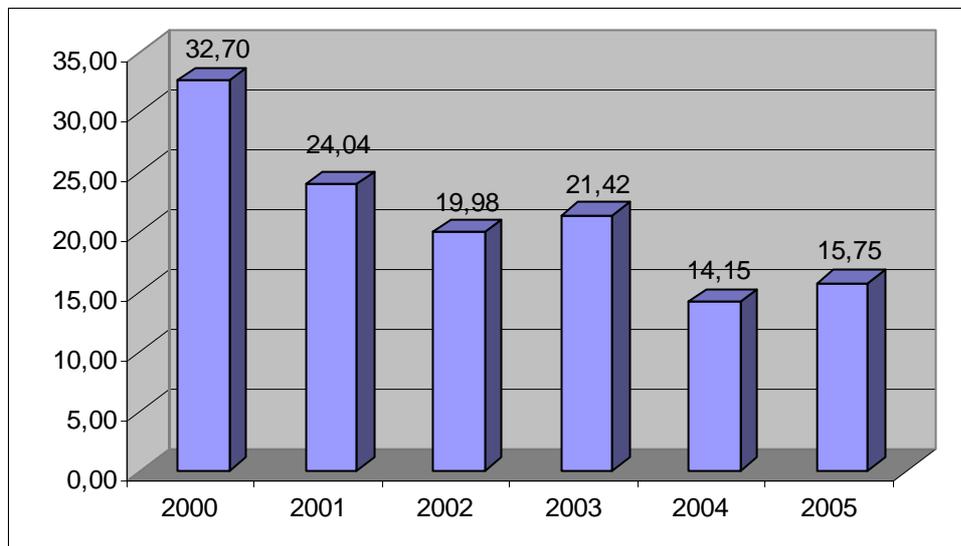


Gráfico 11 – Taxa de mortalidade perinatal (por mil). Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

A taxa de mortalidade perinatal (TMPERI) estima o risco de morte de um feto, que é considerado o conceito menor de 22 semanas de vida, nascer sem qualquer sinal de vida ou, nascendo vivo, morrer na primeira semana. Esta taxa é

influenciada por fatores vinculados à gestação e ao parto, entre os quais o peso ao nascer e a qualidade da assistência prestada. Considerando sua utilização, especialmente por obstetras e neonatologistas, por referir-se a óbitos ocorridos antes, durante e logo depois do parto oferecendo condições de análise da assistência prestada nesses momentos, as taxas observadas mostram um progresso na assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido identificado pela redução de 51,8% no intervalo de tempo verificado.

A mortalidade proporcional por doença diarréica aguda (DDA) em menores de cinco anos de idade avalia as condições de prestação de serviços de saúde com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção básica à saúde nessa faixa etária. Percentuais elevados são indicativos de insatisfatórias condições socioeconômicas e de saneamento, além de insuficiente cobertura e qualidade da utilização de procedimentos básicos de atenção à saúde da criança, como a reidratação (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2005).

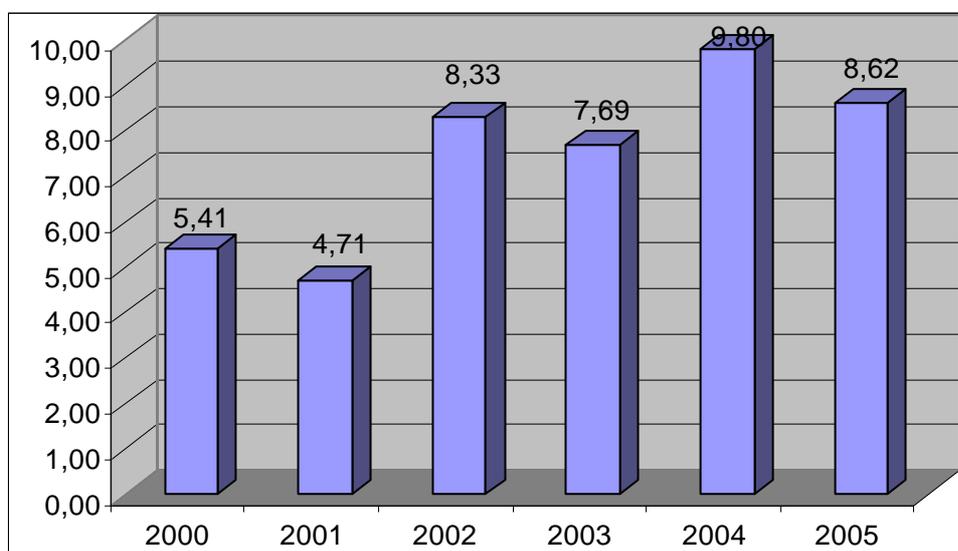


Gráfico 12 – Mortalidade proporcional (%) por doença diarréica aguda em menores de cinco anos de idade. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

No município em análise se configura uma tendência de crescimento, no gráfico 12, que pode ser explicada pela diminuição da mortalidade por outras causas em menores de cinco anos já que se mantém estável o número de óbitos por esta causa. Deve-se refletir sobre a assistência prestada a essa faixa etária, pois baseada no fato de que a expansão da Atenção Básica no município já deu mostras

de influenciar a mortalidade pós-neonatal porque não influenciou ainda a mortalidade por essa causa específica.

Percentuais elevados da mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda (IRA) em menores de cinco anos de idade são indicativos de condições socioeconômicas insatisfatórias e de insuficiente cobertura e qualidade da atenção básica à saúde da criança, sobretudo quando associadas a fatores climáticos que favorecem a ocorrência de infecções respiratórias (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2005).

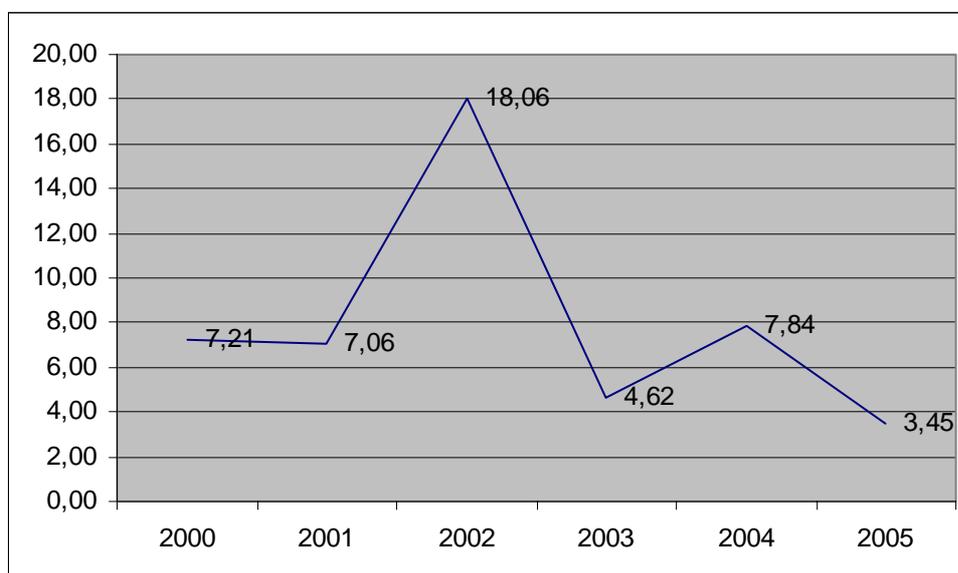


Gráfico 13 – Mortalidade proporcional (%) por infecção respiratória aguda em menores de cinco anos de idade. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

Este indicador demonstra uma tendência de redução da mortalidade por IRA em crianças menores de cinco anos. Considerando que ele é influenciado por fatores ambientais, pela assistência prestada e pelas condições sócio-econômicas, as oscilações dos anos estudados podem estar relacionadas à esses fatores bem como à cobertura e qualidade das informações.

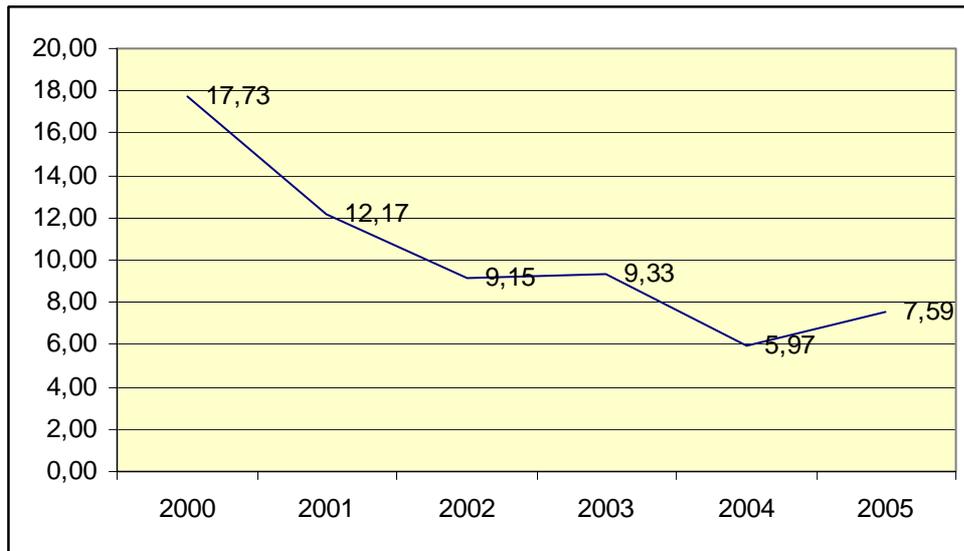


Gráfico 14 – Taxa de mortalidade por afecções originadas no período perinatal (por mil). Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

A taxa de mortalidade por afecções originadas no período perinatal estima o risco de morte por esta causa durante o primeiro ano de vida. Observa-se redução de 2,3 vezes das taxas indicando melhora dos níveis sócio-econômicos e condições assistenciais à mãe e ao recém-nascido (Gráfico 14).

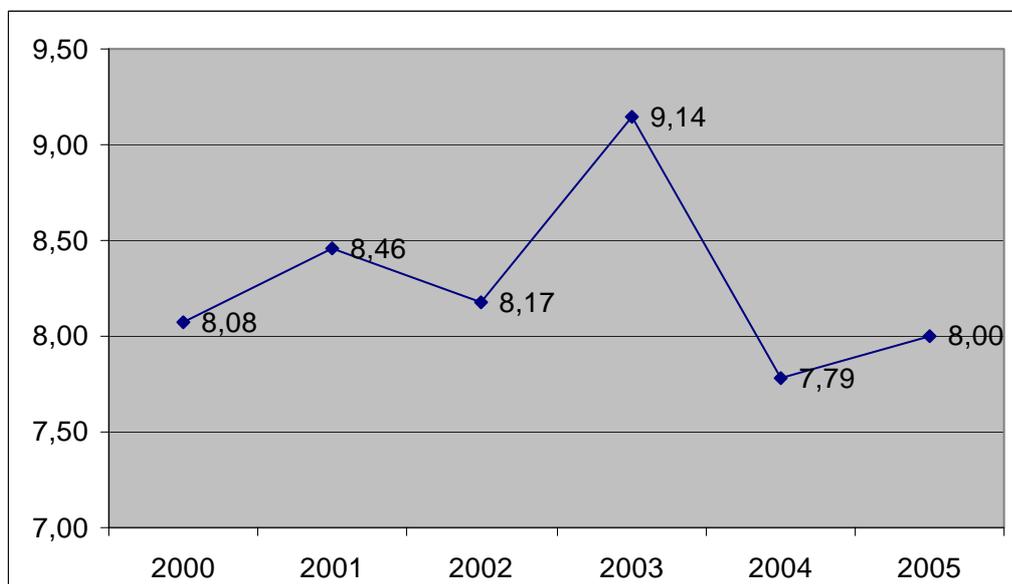


Gráfico 15 – Proporção (%) de nascidos vivos de baixo peso ao nascer. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

A ocorrência de baixo peso ao nascer expressa retardo do crescimento intra-uterino ou prematuridade e representa importante fator de risco para a morbimortalidade neonatal e infantil. Este indicador serve como preditor da

sobrevivência infantil: quanto menor o peso ao nascer, maior a probabilidade de morte precoce (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2005).

Os dados expostos no gráfico 15 sugerem uma instabilidade da proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer denotando que este indicador é mais sensível às condições de desenvolvimento socioeconômico e de assistência materno-infantil. Tomando por base a Organização da Nações Unidas (1990) que defende valores de baixo peso ao nascer em torno de 5 – 6% são encontrados em países desenvolvidos e que convenções internacionais estabelecem que essa proporção não deve ultrapassar 10%, classificamos em intermediários os percentuais encontrados no local de estudo.

A prevalência de déficit ponderal para a idade em crianças menores de cinco anos de idade, ou seja, a ocorrência de baixo peso na criança cuja relação peso/idade (P/I) é superior a dois desvios padrão abaixo da mediana (-2DP) da população de referência está quase sempre associada a baixos níveis socioeconômicos e deficiente assistência materno-infantil. Somente a partir dos cinco anos de idade é que os fatores genéticos passam a contribuir para o déficit.

A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde realizada em 1996 pela Bemfam encontrou baixa prevalência de déficit ponderal (<10%). O indicador P/I, revela que quase 6% das crianças estão abaixo de -2DP e sinaliza uma relativa melhoria da situação do país em comparação a outros do Terceiro Mundo em que, por exemplo, o percentual do indicador P/I pode variar de 13% a 27%.

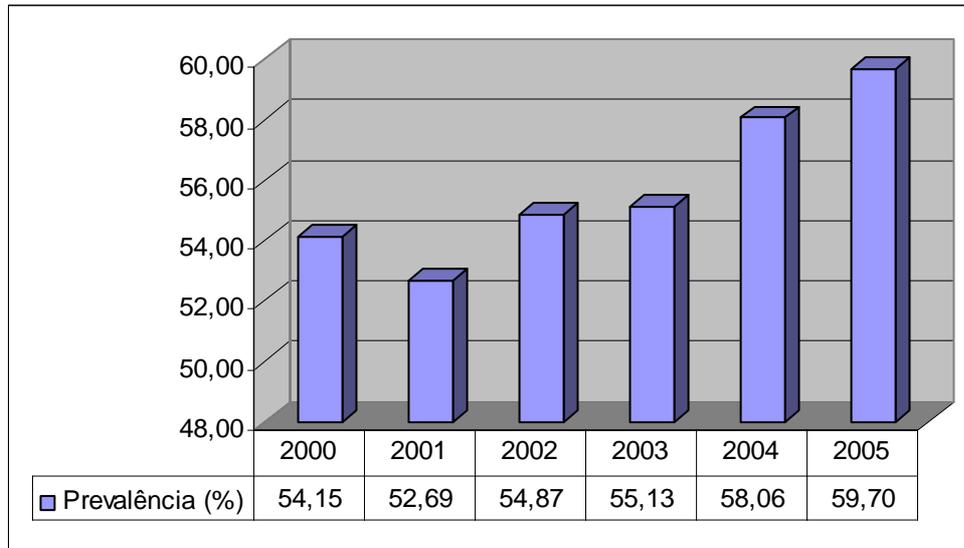


Gráfico 16 – Prevalência de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de quatro meses de idade. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

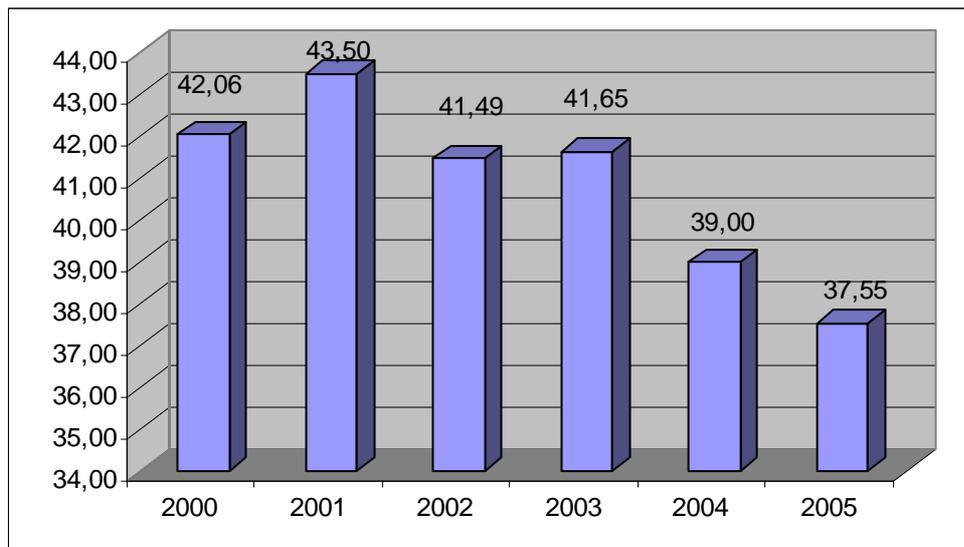


Gráfico 17 – Prevalência de aleitamento materno misto em crianças menores de quatro meses de idade. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

Segundo um estudo amostral nas capitais brasileiras realizado pelo Ministério da Saúde em 1999, aos 30 dias de vida, apenas cerca da metade (47%) das crianças brasileiras continuava sendo alimentada exclusivamente com leite materno. No quarto mês, a proporção de crianças em aleitamento exclusivo correspondia a 18% do total, declinando para 8% no final do sexto mês (RIPSA, 2005).

Comparativamente, tais estudos mostram que o município analisado está numa situação privilegiada em relação aos outros, já que a prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de quatro meses encontrada variou entre 52 a 59% e que níveis de prevalência elevados estão associados a boas condições gerais de saúde e de nutrição da população infantil, sugerindo potencial resistência às infecções. Da mesma forma, é um bom prognóstico a prevalência do aleitamento materno misto apresentar uma tendência decrescente enquanto a do aleitamento materno exclusivo se mostra crescente (Gráficos 16 e 17).

É possível fazer essa inferência considerando que os dados se referem à população coberta pela Atenção Básica (Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e Programa de Saúde da Família – PSF) que variou de 36,9% a 84,9% entre 2000 e 2005 representando significativamente a população geral (Gráfico 18).

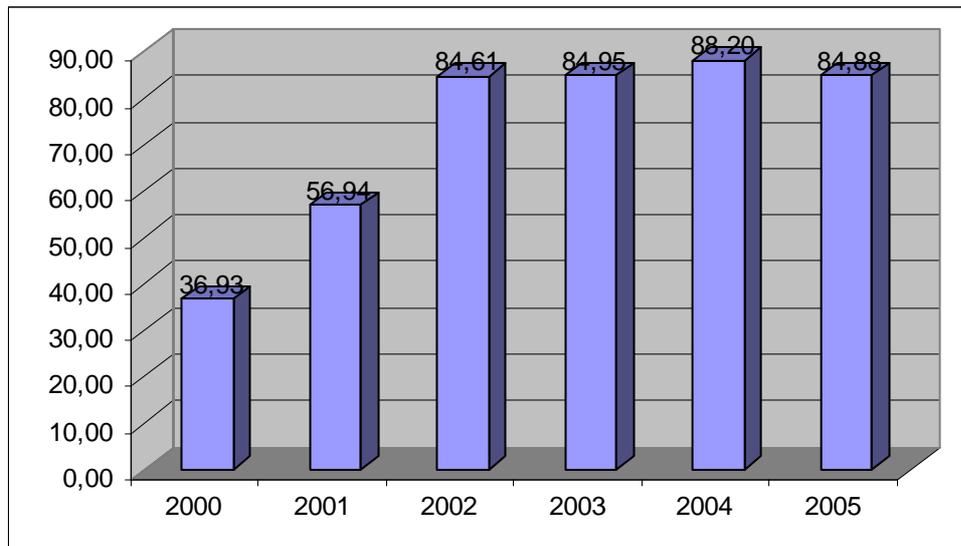


Gráfico 18 – Cobertura (%) da população coberta pelos PACS e PSF. Cabo de Santo Agostinho - 2000 a 2005.

A cobertura vacinal no primeiro ano de vida estima o nível de proteção da população infantil contra doenças selecionadas, evitáveis por imunização, mediante o cumprimento do esquema básico de vacinação (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2005).

Tabela 09 – Cobertura vacinal (%) de crianças menores de um ano de idade com esquema completo segundo o tipo de vacina. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

Vacina	Ano					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
BCG (BCG)	183,4	158,1	157,4	126,9	99,8	113,6
Hib	64,1	63,3	25,6	0	0	0
Contra Hepatite B (HB)	80,5	90,1	97,1	97	91	92,3
Contra Sarampo	170,1	141,9	158,3	11,1	0	0
Oral Contra Poliomielite	127,1	107,1	100,2	109	104,4	102,2
Tetravalente (DTP/Hib)	0	0	53,6	111	95,1	103,9
Tríplice Bacteriana (DTP)	122,7	102,2	50,8	0	0	0
Tríplice Viral (SCR)	28,8	53,2	88,6	121,1	84,7	101,1

Foi observado que segundo as normas do Programa Nacional de Imunizações a vacina contra o *Haemophilus influenzae* tipo B (HiB) somente foi introduzida no ano 1999; a vacina Tetravalente (DPT + HiB) foi introduzida no ano de 2002 em substituição gradativa da Tríplice bacteriana (DPT) e HiB; e a vacina contra sarampo na população de crianças menores de um ano foi gradativamente feita através da tríplice viral (SRC). A partir dessas informações, compreende-se a evolução de cobertura das vacinas citadas durante o intervalo de tempo analisado.

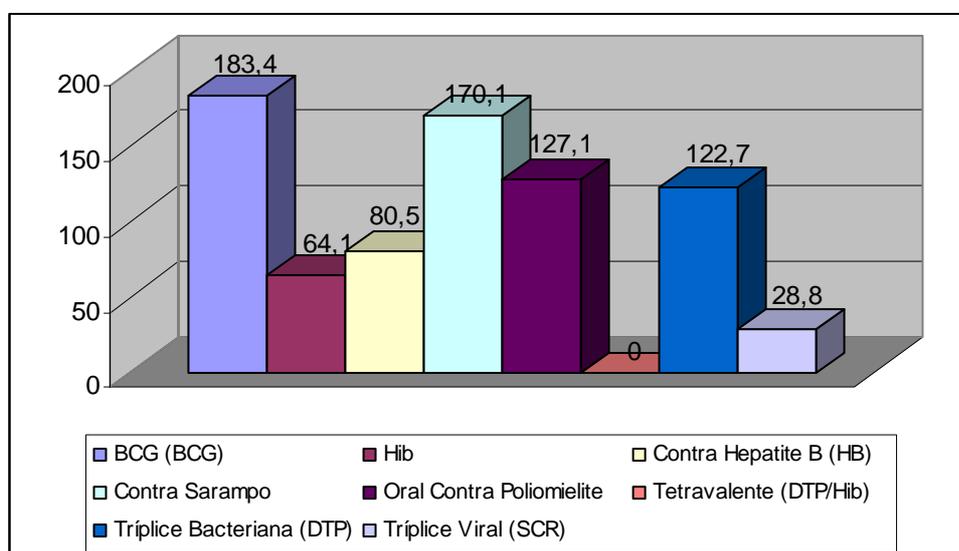


Gráfico 19 – Cobertura vacinal (%) de crianças menores de um ano de idade com esquema completo segundo o tipo de vacina. Cabo de Santo Agostinho – 2000.

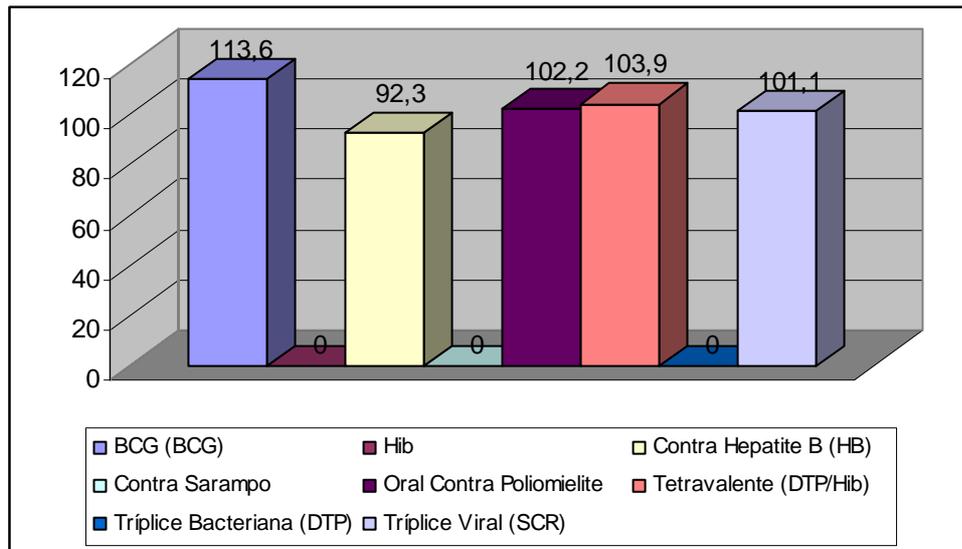


Gráfico 20 – Cobertura vacinal (%) de crianças menores de um ano de idade com esquema completo segundo o tipo de vacina. Cabo de Santo Agostinho – 2005.

Os dados dispostos nos gráficos 19 e 20 indicam progressiva cobertura de crianças menores de um ano de idade com todas as vacinas estudadas avaliando positivamente o impacto do Programa de Imunização no município.

### 5.3 Análise do perfil epidemiológico de mulheres em idade fértil (10 – 49 anos) do Cabo de Santo Agostinho.

Morte materna, segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é a “morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998).

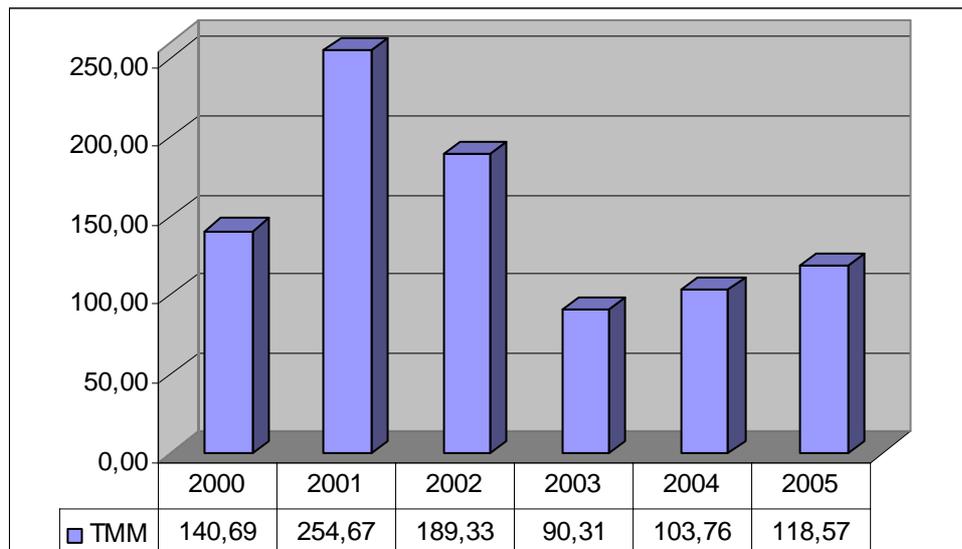


Gráfico 21 – Taxa de mortalidade materna (por 100 mil). Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

A taxa de mortalidade materna (TMM) estima a freqüência de óbitos femininos atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos. O número de nascidos vivos é adotado como uma aproximação do total de mulheres grávidas. Este indicador reflete a qualidade da assistência à saúde da mulher. Taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo ou podem estar refletindo os esforços realizados para melhorar a qualidade da informação (RIPSA, 2005).

A TMM para o Cabo de Santo Agostinho já em patamares elevados, expostos no gráfico 21, pode ser provavelmente maior que o total apresentado devido à imprecisão na declaração da causa de óbitos maternos que pode comprometer a consistência do indicador, situação que pode ser minimizada com a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil pela vigilância epidemiológica bem como pela atuação do Comitê Municipal de Mortalidade Materna.

Laurenti, Jorge e Gotlieb (2004) evidenciaram que os óbitos por causas maternas estavam sub-declarados e que para a sua maior realidade, foi possível calcular um fator de correção ou de ajuste igual a 1,4. Esse fator foi adotado pelo Ministério da Saúde (Área Técnica de Saúde da Mulher) e pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), em 2004, como correspondendo ao fator de

ajuste para o país, apesar de algumas críticas que ainda possam ser feitas ao mesmo.

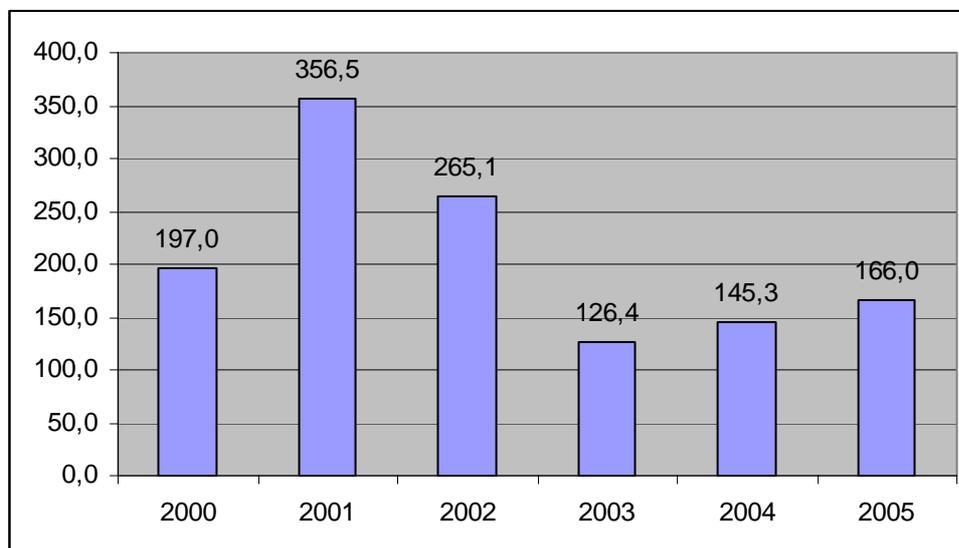


Gráfico 22 – Taxa de mortalidade materna (por 100 mil) com fator de correção. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

No gráfico 22 está apresentada a TMM para o Cabo de Santo Agostinho com o fator de correção sugerido pelos autores acima citados, descobre-se uma realidade assustadora impactada pelas ações direcionadas à atenção pré-natal parto e puerpério onde se estima 166 óbitos maternos por cem mil nascidos vivos no ano de 2005.

As mortes maternas são classificadas em obstétricas que se dividem em diretas (são aquelas resultantes de complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou ocasionadas por uma série de eventos resultantes de qualquer das causas acima mencionadas) e indiretas (são aquelas resultantes de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez); e em não-obstétricas (são as resultantes de causas incidentais ou acidentais não relacionando-se com a gravidez e seu manejo). A morte materna pode ainda ser declarada (quando as informações referidas na declaração de óbito deixam claro que a cadeia de eventos foi desencadeada por um fator relacionado ao ciclo gravídico-puerperal) ou não declarada, presumível ou mascarada (quando as informações referidas na declaração de óbito não deixam

claro que a cadeia de eventos foi desencadeada por um fator relacionado ao ciclo gravídico-puerperal e após a investigação é que este fato fica evidente).

A pesquisa realizada por Laurenti, Jorge e Gotlieb (2004) apontou que 67,1% das mortes maternas foram decorrentes de causas obstétricas diretas. Quanto aos diagnósticos específicos, predominaram os transtornos hipertensivos, com quase 25%, praticamente a mesma proporção correspondente às causas obstétricas indiretas.

Tabela 10 – Óbitos maternos segundo tipo de causa. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

<b>Causa (CID10)</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>Total</b>
<b>Causas Obstétricas Diretas</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>7</b>
Hipertensão (O11 a O16)		1					1
Infecção Puerperal (O85)		2			1	1	4
Embolia de Origem obstétrica (O88)	1						1
Outras causas (O75)	1						1
<b>Causas Obstétricas Indiretas</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>25</b>
Doença por HIV (B20 a B24)	3	6	6	3	3	4	25
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>32</b>

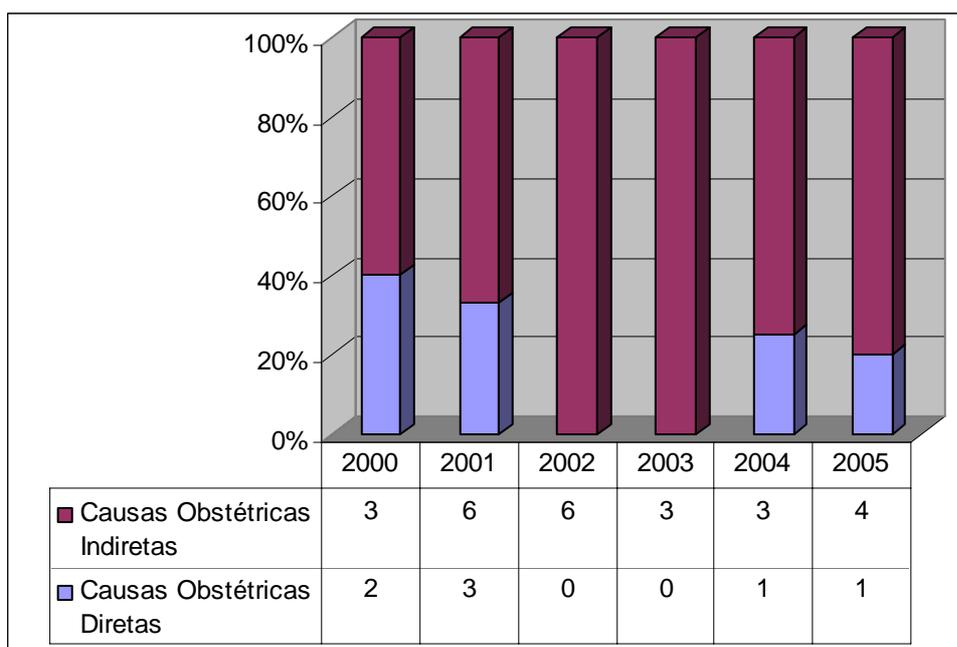


Gráfico 23 – Óbitos maternos segundo tipo de causa. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

No Cabo de Santo Agostinho os óbitos maternos, predominantemente, foram do tipo obstétrico indireto tendo como causa a doença por HIV em 100% dos casos. Os óbitos obstétricos diretos foram causados principalmente pela infecção puerperal representando 57,14% dos óbitos desse tipo, conforme verificado na tabela 10 e no gráfico 23. Esta configuração nos faz refletir sobre as ações direcionadas à atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério que conseguiram minimizar os óbitos por hipertensão e não tiveram o mesmo sucesso com as infecções puerperais, as quais da mesma forma que as síndromes hipertensivas são passíveis de prevenção com ações básicas. Além dessa reflexão, coloca-se em análise se a prevenção e o diagnóstico do HIV está sendo acessível oportunamente para essa população feminina ou se o aconselhamento às portadoras de HIV está sendo realmente realizado para se ter 78% dos óbitos maternos por essa causa.

A proporção de gestantes com acompanhamento pré-natal mede o grau de cobertura do atendimento pré-natal nos serviços de saúde. Este indicador está definido em função da norma técnica nacional (mínimo de seis consultas), porém a informação disponível refere-se a sete ou mais consultas, por limitações do instrumento de coleta do dado (Declaração de Nascido Vivo) que prevê as seguintes faixas de consultas de pré-natal: nenhuma, 1 – 3, 4 – 6 e 7 ou mais consultas. É importante colocar que o preenchimento desse item baseia-se na informação prestada pela mãe, estando sujeita, portanto, a erro de interpretação (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2005).

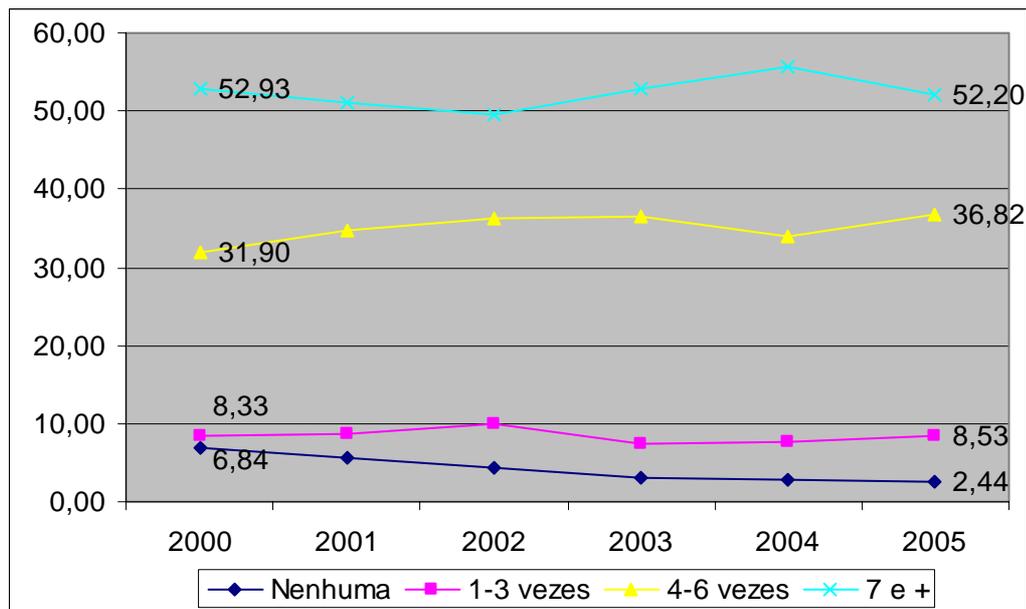


Gráfico 24 – Proporção (%) de gestantes com acompanhamento pré-natal. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

Os percentuais de preenchimento da variável: consultas de pré-natal passou de 97,92% para 98,07% no período estudado. Mais da metade das gestantes recebeu sete ou mais consultas de acompanhamento pré-natal. Observa-se diminuição do percentual de gestantes que não fizeram nenhuma consulta de pré-natal, bem como um discreto aumento no percentual de gestantes que realizaram 4 – 6 consultas. O que indica maior oferta de assistência pré-natal e conseqüentemente, maior acesso aos serviços.

A idade materna pode estar associada a condições de risco para o recém-nascido, tais como a prematuridade e o baixo peso ao nascer, que tendem a ser mais freqüente nos nascidos de mães adolescentes e idosas. A distribuição percentual dos nascidos vivos por grupos de idade materna é influenciada pela estrutura etária da população feminina e pelo padrão de fecundidade (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2005).

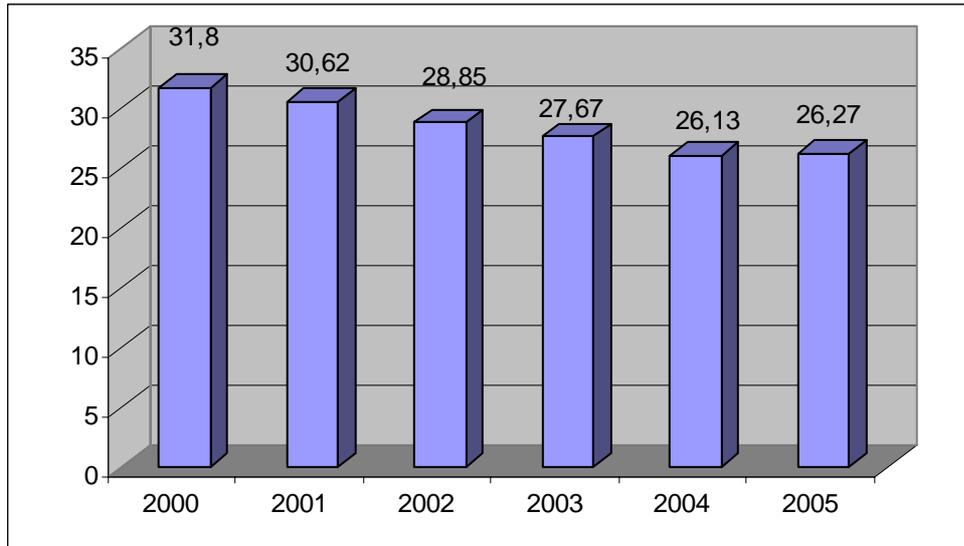


Gráfico 25 – Proporção (%) de nascidos vivos de mães de 10 – 19 anos de idade. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

No gráfico 25 observa-se, no período analisado, discreta redução da proporção de nascidos vivos de mães entre 10 e 19 anos de idade o que pode ser interpretado como um fato decorrente do maior acesso às ações de saúde reprodutiva pelas adolescentes.

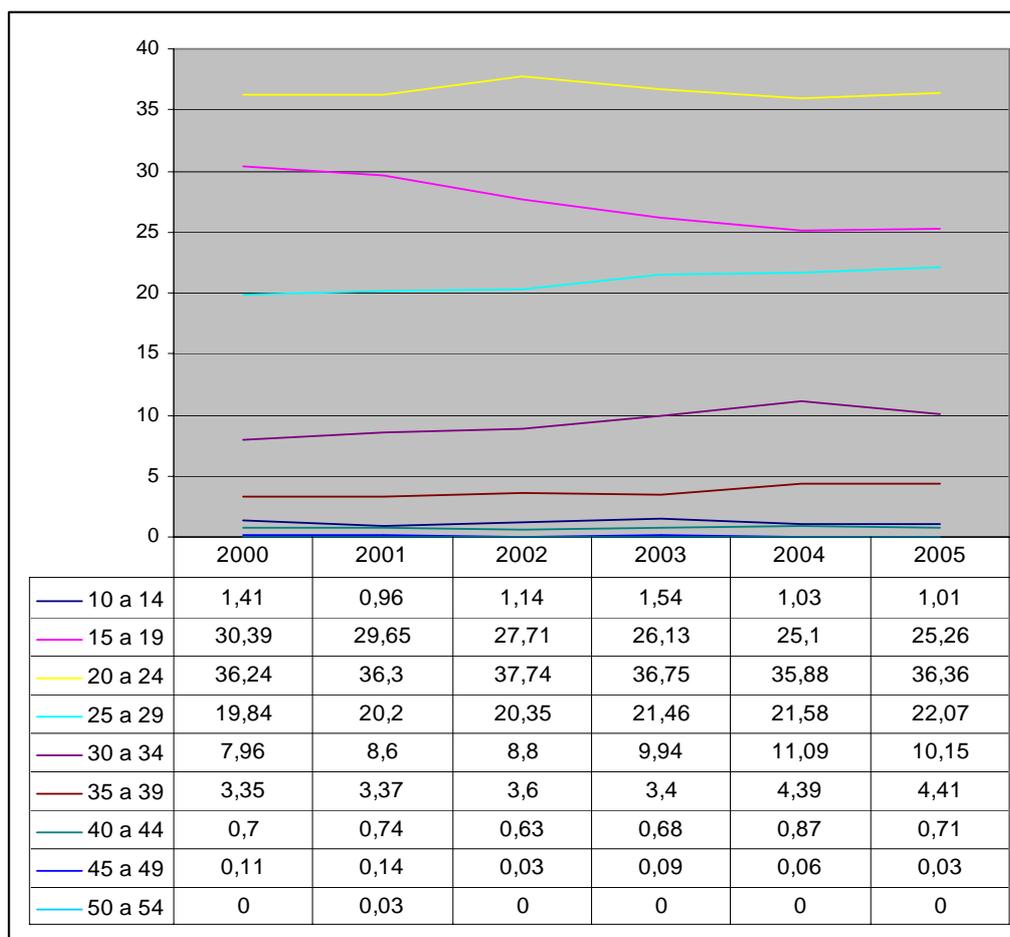


Gráfico 26 – Proporção (%) de nascidos vivos por idade materna. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

Os valores observados para determinado grupo etário de mães podem depender da frequência de nascidos vivos em outros grupos etários. Isso ocorre mesmo que não se altere a distribuição do número absoluto de filhos. No gráfico 26, se observa a predominância de nascidos vivos na faixa etária de 20 a 24 anos seguida pelas faixas de 15 a 19, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 10 a 14, 40 a 44, 45 a 49 e 50 a 54.

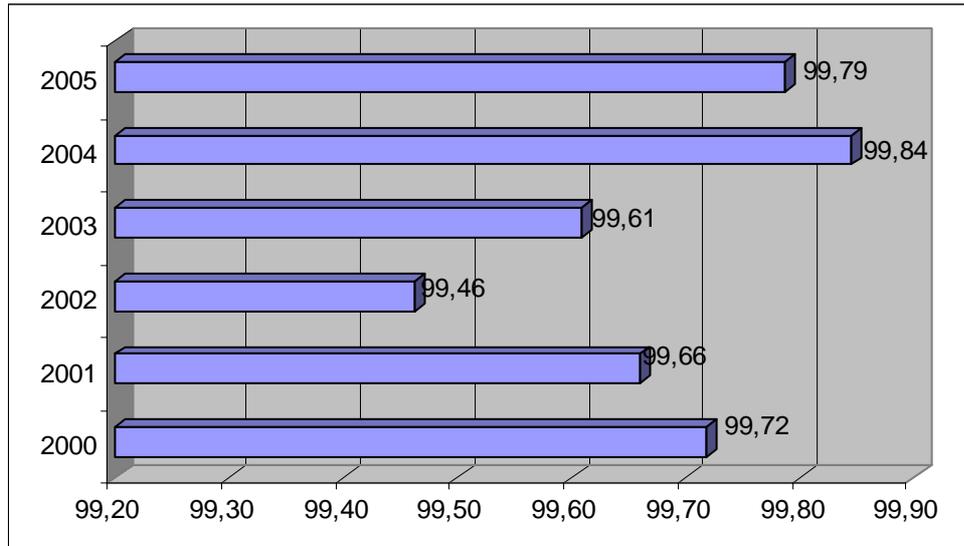


Gráfico 27 – Proporção (%) de partos hospitalares. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

A proporção de partos hospitalares contribui na análise das condições de acesso e qualidade da assistência ao parto no contexto do modelo assistencial adotado. Em todo o intervalo de tempo referido, mais de 99% dos partos informados ocorreram em hospitais refletindo a garantia do acesso aos serviços hospitalares no período (Gráfico 27).

Considerando que segundo a Organização Mundial de Saúde (1996) entre 70 e 80% de todas as gestantes podem ser consideradas de baixo risco no início do trabalho de parto, a proporção de partos cesáreos é importante na análise da qualidade da assistência prestada ao parto. No local de estudo, a proporção crescente de partos cesáreos, visualizada no gráfico 28, está atingindo valores muito elevados aos que são preconizados pela OMS e Ministério da Saúde que recomendam que esta taxa não ultrapasse 15% e 25%, respectivamente.

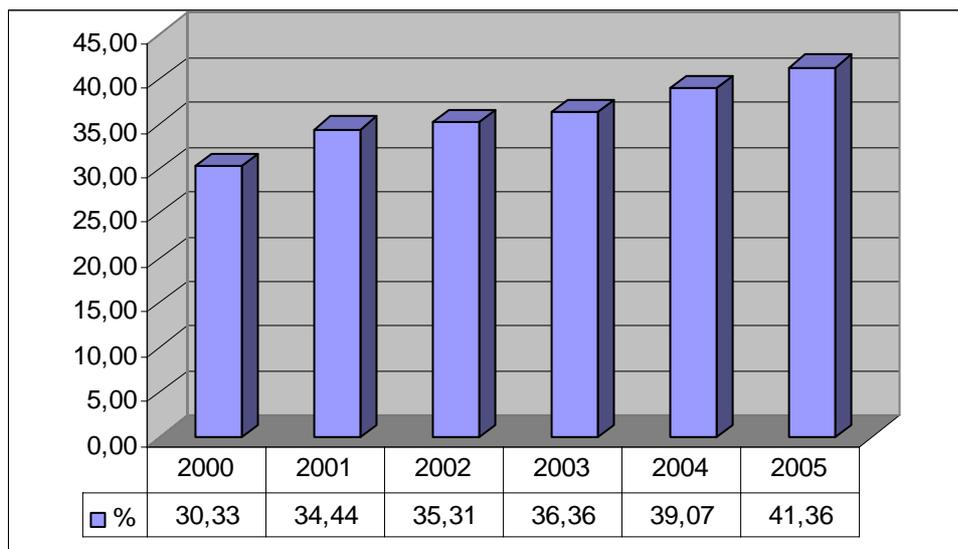


Gráfico 28 – Proporção (%) de partos cesáreos. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

O Ministério da Saúde tem adotado várias estratégias visando à redução desses índices, desde a sensibilização e divulgação de informações estimulando o parto normal à implementação da Política de Humanização do Parto e Nascimento e regulação do percentual máximo de cesarianas através das portarias nº 2.816/98, 865/99 e 466/00 que limitam o pagamento desses procedimentos se ultrapassar o limite pré-acordado de cada instituição/Estado (BRASIL, 1998, 1999, 2000a),

Esse aumento verificado no Cabo de Santo Agostinho da proporção de partos cesáreos pode ser reflexo de uma melhor assistência e identificação do risco obstétrico ou também pode ser decorrente da contribuição do setor privado na realização de partos cesáreos.

A proporção de partos cesáreos (SUS) é o percentual de partos cesáreos pagos pelo Sistema Único de Saúde, segundo vínculo, em relação ao total de partos hospitalares pagos pelo SUS. Percentuais elevados podem significar, entre outros fatores, a concentração de partos considerados de alto risco, em municípios onde existem unidades de referência para a assistência ao parto.

As normas nacionais estabelecem limites percentuais, por estado, para a realização de partos cesáreos pagos pelo SUS, bem como critérios para o alcance progressivo do valor máximo de 25% para todos os estados (Brasil, 2000a). Os tipos

de vínculos ou regimes são divididos em três categorias: público (incluem os hospitais próprios, federais, estaduais e municipais); privado (incluem os hospitais contratados e filantrópicos); e universitário (incluem hospitais de ensino e pesquisa). A partir da implantação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em agosto de 2003, as unidades universitárias foram reclassificadas em públicas e privadas.

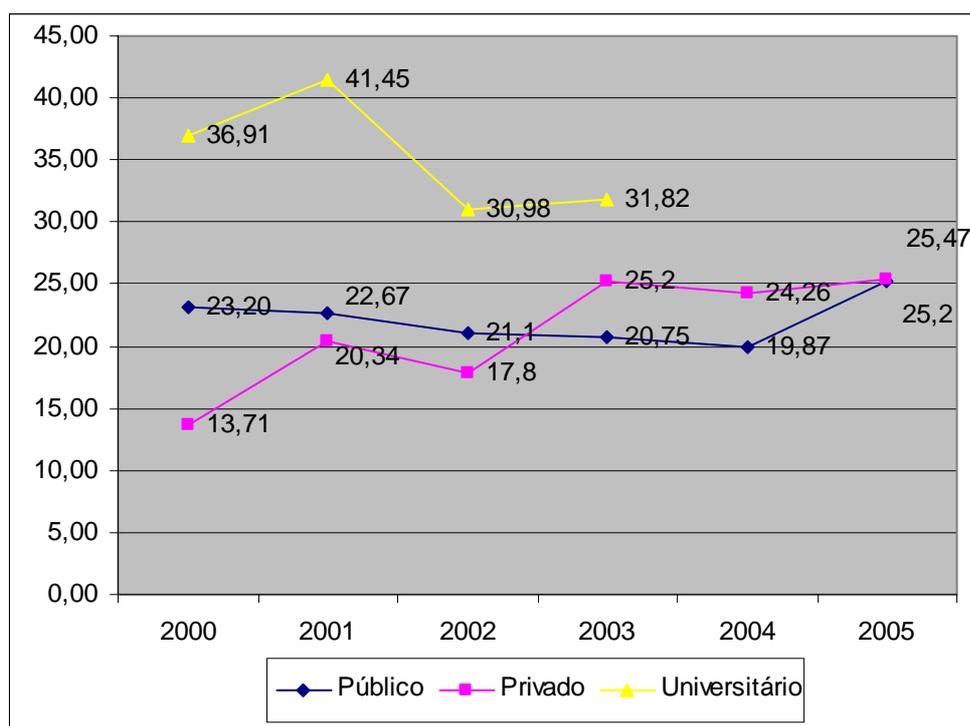


Gráfico 29 – Proporção (%) de partos cesáreos (SUS). Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

No gráfico 29, das três categorias de vínculo, os percentuais mais elevados correspondem ao setor universitário que estão possivelmente associados ao atendimento de clientela em maior risco obstétrico. Os dados trabalhados são relacionados aos residentes no Cabo de Santo Agostinho, que podem ter nascido em hospitais universitários por serem referência para alto risco considerando que o município apenas dispõe de uma maternidade de baixo risco.

É importante o alerta a respeito das condutas do setor privado que está em franca ascendência no período referido. O setor público se mostrava com uma tendência de redução até o ano de 2004 quando passou a apresentar um aumento na taxa de cesárea que pode ser explicada pela concentração de hospitais

universitários que migraram para este setor após julho de 2003. Em suma, o setor público passa a extrapolar a meta de 25% preconizada para o estado de Pernambuco pelo Ministério da Saúde.

A proporção da população feminina em uso de métodos anticoncepcionais estima a prevalência do uso de métodos anticoncepcionais na população feminina de 15-49 anos de idade. Este indicador serve para contribuir na análise das condições de saúde reprodutiva da mulher e subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a saúde da mulher, em especial quanto ao uso de métodos anticoncepcionais (provisão de insumos, materiais educativos e outros) (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2005).

Tabela 11 – Proporção (%) da população feminina em uso de métodos anticoncepcionais, por grupo etário, segundo método. Brasil – 1996.

Idade (anos)	Algum método	Esterilização			Demais métodos
		feminina	Pílula	Condom	
15-19	14,7	0,1	8,8	3,3	2,5
20-24	43,8	5,9	26,1	5,2	6,6
25-29	64,7	21,1	27	6,5	10,1
30-34	75,4	37,6	21,4	4,7	11,7
35-39	75,3	49	11,9	3,8	10,6
40-44	71,2	53,4	6,7	3,6	7,5
45-49	61,7	47,6	3,3	2,6	8,2
Total	55,4	27,3	15,8	4,3	8

Fonte: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1996.

Mais da metade das mulheres em idade fértil no Brasil usava, em 1996, algum método anticoncepcional; destas, metade encontrava-se esterilizada. Nas faixas etárias mais jovens, havia predomínio da utilização da pílula e, a partir dos 30 anos de idade, predominava a esterilização. O condom era relativamente pouco usado, com pequenas variações entre os grupos etários (Tabela 11).

A ocorrência da sífilis congênita indica condições favoráveis à transmissão da doença e deficiências na atenção à saúde da mulher, especialmente no período pré-natal, quando as gestantes infectadas poderiam ser oportunamente identificadas e tratadas (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2005).

Tabela 12 – Incidência e casos estimados de acordo com a prevalência da sífilis congênita. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

Ano	Incidência	Casos estimados
		pela Prevalência
2000	10	68
2001	30	67
2002	07	60
2003	19	63
2004	31	73
2005	15	80
<b>Total</b>	112	411

Segundo estudos do Ministério da Saúde, em 2004 a prevalência de sífilis congênita em parturientes para a região Nordeste era de 1,9% (PROGRAMA NACIONAL DST/AIDS, 2006). Após o cálculo da estimativa conforme a prevalência do agravo, esperava-se uma notificação 57,5% e 81,2% maiores em 2004 e 2005, respectivamente, do que a registrada no SINAN conforme os dados descritos na tabela 12. A disparidade entre a incidência encontrada e os casos estimados sugere que o agravo está sendo sub-notificado ou que a prevalência estimada não se aplica à realidade do local de estudo.

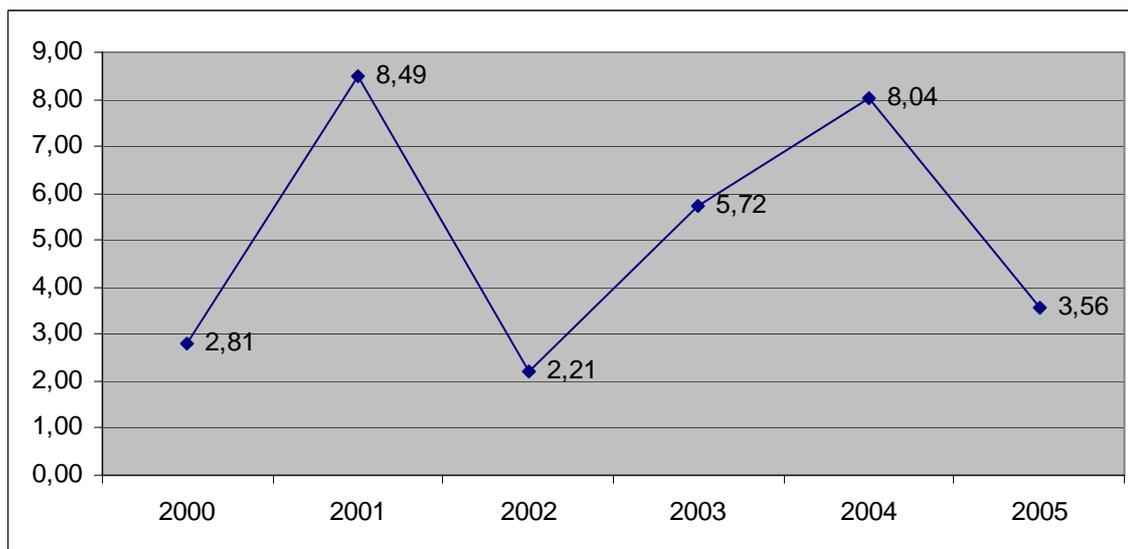


Gráfico 30 – Taxa de incidência de sífilis congênita (por mil). Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

A oscilação entre as taxas de incidência no gráfico 30 pode estar relacionada à qualidade dos dados que depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica da sífilis em gestantes e recém-nascidos.

Tabela 13 – Incidência de AIDS por categoria de exposição segundo ano diagnóstico. Cabo de Santo Agostinho – 2000 a 2005.

Ano Diagnóstico	Transmissão								Total
	Homosex.	Bissex.	Heterossex.	UDI	Vertical	Ign/SINAN	Ign/SISCEL	Ign/SIM	
2000	2	3	10	0	2	1	0	4	22
2001	6	5	22	0	1	3	0	8	45
2002	5	4	23	1	0	7	0	8	48
2003	2	5	27	3	1	5	0	5	48
2004	0	3	22	1	1	4	6	6	43
2005	0	2	21	0	1	4	32	2	62
Total	15	22	125	5	6	24	38	33	268

Em 2004, a prevalência de parturientes de 15 a 49 anos portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV) no momento do parto foi de 0,42%, com isso, estimando 16 parturientes infectadas por ano no município (PROGRAMA NACIONAL DST/AIDS, 2006).

A incidência da transmissão vertical da AIDS totalizou 06 casos durante todo o período estudado com uma média de 01 caso por ano. Uma das ações que antecedem a transmissão vertical prevenindo e evitando é a operacionalização na maternidade do município do Projeto Nascer, que tem por objetivo testar todas as parturientes que não realizaram testes anti-HIV anteriormente e estimular a testagem da sífilis o mais cedo possível garantindo todos os procedimentos médicos que impedem a transmissão do vírus HIV para o bebê, nos três momentos em que isso pode ocorrer: na gravidez, no parto ou na amamentação (PROGRAMA NACIONAL DST/AIDS, 2002).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O município do Cabo de Santo Agostinho se caracteriza como um município em desenvolvimento visto que avançou em aspectos como abastecimento de água, coleta de lixo, melhorou os índices de escolaridade e acesso aos serviços de saúde.

Entretanto, se depara ainda com em perfil demográfico característico de sociedades em desenvolvimento identificado pela predominância de taxas de natalidade altas, população jovem com percentuais significativos de menores de cinco anos e de mulheres em idade fértil na população. Ademais apresenta uma esperança de vida ao nascer menor que os municípios de referência na região metropolitana em que está inserido bem como, o perfil econômico descrito pelo percentual de pobres e a taxa de desemprego não mostrou progressos com o aumento da população que requer maior atenção das políticas públicas.

A saúde materno-infantil teve muitos avanços e ainda apresenta vários desafios a serem enfrentados. A saúde infantil avançou consideravelmente no período estudado observada a diminuição da mortalidade infantil acompanhada de seus componentes que foi significativa para a melhoria dos níveis de saúde dessa população, bem como a redução das mortalidades perinatal, por IRA e por afecções originadas no período perinatal em menores de um ano.

Embora as ações na atenção básica tenham se consolidado como a diminuição de nascidos vivos de baixo peso ao nascer, que reflete uma assistência pré-natal de qualidade; as coberturas satisfatórias de aleitamento materno e condição vacinal; e a proporção de déficit ponderal para a idade em menores de cinco anos, que demonstra a contínua vigilância da desnutrição através da puericultura, a mortalidade por DDA em menores de cinco anos continua latente entre as causas de óbitos nessa faixa etária demonstrando que alguns procedimentos básicos como a reidratação ainda não se concretizaram no cotidiano da rede serviços.

A saúde materna foi muito beneficiada pelo aumento do acesso às ações e serviços de saúde, a exemplo do aumento de gestantes que fizeram consulta de pré-natal; da diminuição do percentual de gestações na adolescência, que revela maior acesso às informações sobre saúde reprodutiva e aos métodos anticoncepcionais; e da garantia de assistência ao parto. Porém, a saúde dessa população feminina é mais sensível à qualidade dos serviços prestados. As ações de saúde que realmente impactam na situação de saúde dessa faixa etária são aquelas que incluem suas necessidades de forma integral e equitativa.

A ocorrência da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV não depende do número de consultas e exames realizados durante o pré-natal e sim da qualidade da assistência ofertada nessas consultas. O acesso às informações sobre saúde reprodutiva e aos métodos anticoncepcionais não garante uma escolha consciente do/a usuário/a ou a utilização dos métodos se não houver acolhimento, vínculo e respeito mútuo entre as partes interessadas. A garantia de realização do parto no ambiente hospitalar não assegura que a mulher seja respeitada, valorizada e a protagonista deste momento. Ademais, se os serviços de saúde não funcionarem em rede, se apoiando e se comunicando com a mesma responsabilização, não se consegue intervir na realidade da mortalidade materna no município.

A situação de saúde materno-infantil no Cabo de Santo Agostinho no período analisado prosperou significativamente devido ao processo de estruturação da rede de ações e serviços de saúde, mas ainda se depara com situações como a mortalidade por doença diarreica aguda em menores de cinco anos e a mortalidade materna passíveis de mudança com a integração e qualificação da rede de saúde.

## 7 RECOMENDAÇÕES

Partindo das considerações levantadas nos resultados e discussão dos dados trabalhados, colocam-se algumas sugestões pautadas no modelo de atenção e de gestão do município:

- Qualificar a rede de atenção à saúde integrando os níveis de atenção e garantindo a continuidade do cuidado na assistência materno-infantil transversalizando a vivência da sexualidade, o planejamento reprodutivo, o pré-natal, o parto e nascimento, o puerpério e a infância.
- As ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e monitoramento das DDA devem fazer parte da abordagem integral à criança e da rotina dos serviços.
- Intervir nas ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e monitoramento das doenças sexualmente transmissíveis e do vírus HIV com o objetivo assegurar a eliminação da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV.
- Incentivar estratégias para humanização da atenção obstétrica e neonatal bem como a adoção de procedimentos de eficácia comprovada cientificamente com o objetivo de reduzir a proporção de partos cesáreos, entre outros. Além de monitorar os percentuais de partos cesáreos e assistência prestada pelo setor privado conveniado ao SUS.
- Garantir a implementação da “Primeira Semana: Saúde Integral” intensificando o cuidado com o recém-nascido e a puérpera na primeira semana após o parto, período em que se concentram os óbitos como estratégia de enfrentamento à mortalidade neonatal precoce e às infecções puerperais.
- Priorizar a atenção básica, principal porta de entrada do sistema de saúde, para dar resposta às demandas da população estudada assegurando a prestação de serviços atrelada aos princípios do SUS de universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização.

- As ações de saúde coletiva e vigilância à saúde devem ser articuladas e reforçadas em todos os níveis de atenção.
  
- Garantir assistência especializada para a população referida, centrais de regulação para leitos, consultas e exames com avaliação de risco, vinculação da gestante no pré-natal ao serviço que atenderá ao parto e transferência em situação de risco.
  
- Os resultados deste trabalho poderão subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a promoção da saúde reprodutiva, para atenção ao pré-natal, parto e puerpério, bem como para proteção e atenção à saúde infantil.
  
- Investigar os diferenciais da situação de saúde materno-infantil por regional para identificar possíveis grupos/segmentos sociais específicos que são encobertos pela homogeneidade dos dados.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia sem Números**: Uma Introdução Crítica à Ciência Epidemiológica. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

AZEVEDO, C. S. Planejamento e gerência no enfoque estratégico - situacional de Carlos Matus. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 1992. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1992000200003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000200003&lng=pt&nrm=iso) Acesso em: 15 mar. 2007.

BRANCO, Maria Alice Fernandes. Sistemas de Informação em saúde no nível local. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 1996. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1996000200016&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000200016&lng=es&nrm=iso) Acesso em: 15 mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Ciência e Tecnologia. **Proposta de Plano Setorial de Informática em Saúde; Relatório da Comissão Especial de Informática em Saúde**. Brasília, DF: Secretaria Especial de Informática, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 2.816**, de 29 de maio de 1998. Brasília, DF: 1998. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2816.htm> Acesso em: 15 mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 466**, de 14 de junho de 2000a. Brasília, DF: 2000. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-466.htm> Acesso em: 15 mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 865**, de 03 de julho de 1999. Brasília, DF: 1999. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0865.html> Acesso em: 15 mar. 2007.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Mapa de indicadores do trabalho da criança e do adolescente**. Brasília, 2000b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004** – uma análise da situação de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 1. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2006.

BROWNSON, R. C.; GURNEY, J. G.; LAND, G. H. Evidence-based decision making in public health. **Journal of Public Health Management and Practice**, Filadélfia, v. 5, n. 5, 1999. p. 86-97.

**CABO DE SANTO AGOSTINHO**. [2007]. Disponível em:  
[http://pt.wikipedia.org/wiki/Cabo\\_de\\_Santo\\_Agostinho](http://pt.wikipedia.org/wiki/Cabo_de_Santo_Agostinho) Acesso em: 15 mar. 2007.

CAMPOS, C. E. A. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 1993. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1993000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000200011&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 15 mar. 2007.

CARVALHO, Marília Sá; SOUZA-SANTOS, Reinaldo. Analysis of spatial data in public health: methods, problems, and perspectives. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2005. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200003&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 15 mar. 2007.

COUTINHO, M. Princípios de epidemiologia clínica aplicada à cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 71, n. 2, 1998. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X1998000800003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X1998000800003&lng=pt&nrm=iso) Acesso em: 15 mar. 2007.

CRUZ, I. **Pesquisar se aprende pesquisando**. Rio de Janeiro: NEPAE / UFF, 2000. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/pesquisar2001.doc>>. Acesso em: 15 mar. 2007.

GOLDBERG, M. et al. Indicadores de saúde e sanimetria: Aspectos conceituais de estudos recentes sobre medição de saúde de uma população. **Revue d'Epidemiologie et Santé Publique**. Paris, n. 27, 1979. p. 1-2.

**GUIA DO RECIFE E DE PERNAMBUCO**. [2007]. Disponível em:

<http://www.recifeguide.com/brasil/pernambuco/cabo-santo-agostinho.html> Acesso em: 15 mar. 2007.

IBGE. Centro de Documentação e Disseminação de Informações. **Censo Demográfico 2000**: Agregado por Setores Censitários dos Resultados do Universo. 2 ed. Rio de Janeiro, 2003.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD**: Síntese de indicadores 2005. Rio de Janeiro, 2006.

IBGE. **TÁBUA de vida**. [2001]. Disponível em:

[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/evolucao\\_da\\_mortalidade\\_2001.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/evolucao_da_mortalidade_2001.shtm) Acesso em: 15 mar. 2007.

IBGE. **TÁBUAS de mortalidade 2003**. [2004]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=266&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=266&id_pagina=1) Acesso em: 15 mar. 2007.

JENICEK, M.; STACHENKO, S. Evidence-based public health, community medicine, preventive care. **Medical Service Monitor**, v. 9, n. 2, 2003. SR1-SR7.

KROEGER, A. Health interview surveys in developing countries: a review of the methods and results. **International Journal of Epidemiology**, Oxford, n.12, 1983. p. 465 – 481.

KROEGER, A. Response errors and other problems of health interview surveys in developing countries. **World Health Statistics Quarterly**, n. 38, 1985. p. 15 – 33.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de Pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

LAURENTI, R. et al. **Estatísticas de Saúde**. 2. ed. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1987.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. (Org.). **Mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Maternal mortality in Brazilian State Capitals: some characteristics and estimates for an adjustment factor. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 4, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2004000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2004000400008&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 14 mar. 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S1415-790X2004000400008

MALIK, A. N.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. , v. 3. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

MATUS, C. **Adios, Señor Presidente**. Caracas: Pomaire, 1987.

MATUS, C. **Planificación, Libertad y Conflicto**. Caracas: Iveplan, 1985.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. 2. ed. Brasília, DF: IPEA, 1996.

MINAS GERAIS. Secretaria de estado de saúde de Minas Gerais. Superintendência de Epidemiologia. **ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE MINAS GERAIS**. Minas Gerais, MG: 2006.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 9 – 29.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 2.. ed., São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

MOTTIN, L. M. **Elaboração do Plano Municipal de Saúde: Desafio para o Município Um estudo no Rio Grande do Sul**. Rio de Janeiro, 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

NORDBERG, E. **Invisible Needs. Past House-hold Health Surveys in Third World Countries**. A review of methods. Gothemburg, 1987. Dissertação (Mestrado). Nordic School of Public Health. Gothemburg, 1987.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração mundial sobre a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento da criança**. Nova Iorque, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças – CID-10**. v. 2. 4. ed. São Paulo: Edusp, 1998, p. 138.

PROGRAMA NACIONAL DST/AIDS (Brasil). **DIAGNÓSTICO do HIV e da Sífilis nas maternidades é ampliado**. Brasília, DF: 2002. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/fiquesabendo/noticias1.asp?not=100> Acesso em: 15 mar. 2007.

PROGRAMA NACIONAL DST/AIDS (Brasil). **SÍFILIS congênita**. Brasília, DF: 2006. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS286DF0DAPTBRIE.htm> Acesso em: 15 mar. 2007.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (Brasil). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2 ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (Brasil). **Indicadores e Dados Básicos 2005**. Brasília, DF: 2005.

RODRIGUES FILHO, J. Pesquisa em serviços de saúde: uma necessidade urgente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1., 1989. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1989000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1989000100002&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 15 mar. 2007.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

SANTOS, M. A.; GONÇALVES, S. M. F. **Notas sobre a Metodologia da Estimativa Rápida Participativa**. Belo Horizonte, NESCON, UFMG, 1992. Texto didático para o II Congresso Nacional de Epidemiologia – Mimeografado.

SCIENTIFIC PEER REVIEW GROUP. **Health systems performance assessment**. World Health Organization, 2001. Disponível em: [http://www.who.int/health-systems-performance/sprg/hspa08\\_health.pdf](http://www.who.int/health-systems-performance/sprg/hspa08_health.pdf) Acesso em: 15 mar. 2007.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1997. Disponível em: [http://www.bemfam.org.br/info\\_publicacoes.php](http://www.bemfam.org.br/info_publicacoes.php) Acesso em: 15 mar. 2007.

SWAROOP, S.; UEMURA, K. **Introduction to health statistics**. Edinburg: E. & S. Livingtone, 1960.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em Saúde**. v. 2. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

VICTORA, C. G. et al. Pobreza e Saúde: como medir nível sócio-econômico em estudos epidemiológicos de saúde infantil. In: **Anais do 1o Congresso Brasileiro de Epidemiologia**. Campinas: Abrasco, 1990. p. 302 – 315.

WHITE, K. L. Information for health care: an epidemiological perspective. **Inquiry - The Journal of Health Care Organization, Provising and Financing**, n. 17, 1980. p. 296 – 312.