



Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Departamento de Saúde Coletiva



**I Curso de Especialização de Gestão em
Sistemas e Serviços de Saúde**

**PERFIL DOS ÓBITOS NOS MUNICÍPIOS DE
OROBÓ E VICÊNCIA-PE, NO PERÍODO DE 2003 A
2007.**

**Alberto José Araújo de Aguiar
Arlindo Rodrigues Ramalho Neto
Nadja Ferreira de Melo Barbosa**

Orientadora: Msc. Giselle Campos Gouveia

Recife, 2008

Alberto José Araújo de Aguiar
Arlindo Rodrigues Ramalho Neto
Nadja Ferreira de Melo Barbosa

**PERFIL DOS ÓBITOS NOS MUNICÍPIOS DE OROBÓ E VICÊNCIA – PE,
NO PERÍODO DE 2003 A 2007**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Msc. Giselle Campozana Gouveia.

RECIFE
2008

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

A282p Aguiar, Alberto José Araújo de.

Perfil dos óbitos nos municípios de Ororó e Vicência – PE, no período de 2003 a 2007/ Alberto José Araújo de Aguiar, Arlindo Rodrigues Ramalho Neto, Nadja Ferreira de Melo Barbosa. — Recife: A. J. A. de Aguiar, 2008.

42 f.: il.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Giselle Campozana Gouveia.

1. Mortalidade. 2. Causas de Morte – tendências. 3. Coeficiente de Mortalidade. I. Gouveia, Giselle Campozana. II. Título.

CDU 314.4

Alberto José Araújo de Aguiar
Arlindo Rodrigues Ramalho Neto
Nadja Ferreira de Melo Barbosa

**PERFIL DOS ÓBITOS NOS MUNICÍPIOS DE OROBÓ E VICÊNCIA – PE, NO
PERÍODO DE 2003 A 2007.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovado em: 30 de maio de 2008.

BANCA EXAMINADORA:

Msc. Giselle Campos Gouveia
NESC/CPqAM

Msc. Juliana Martins Barbosa da Silva Costa
Secretaria Municipal de Saúde do Recife

RESUMO

O delineamento do perfil de mortalidade de uma população permite a identificação dos principais grupos de causas e/ou causas específicas, que provocaram o óbito em determinados grupos populacionais, facilitando o planejamento das ações visando à redução de determinados tipos de óbitos, bem como, melhoria da assistência médica ou mesmo da qualidade de vida da população. Este estudo objetiva analisar o perfil dos óbitos das cidades de Orobó e Vicência em Pernambuco, no período de 2003 a 2007. Para tal, foi feito um estudo descritivo de corte longitudinal no mesmo período, tendo como a população do estudo todos os óbitos de residentes de Orobó e Vicência, tendo como variáveis sexo, idade, agrupadas por faixa etária. A análise de tendência dos coeficientes foi realizado através do modelo de regressão linear simples, e as conclusões tomadas ao nível de 5%. Os principais resultados encontrados revelam que a análise do Coeficiente Geral de Mortalidade para os Municípios de Orobó e Vicência foi de 4,98 e 5,28 por mil habitantes para o período de 2003 a 2007 ficando assim, acima da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde em 1990. A análise de tendência da série histórica dos coeficientes de mortalidade geral revelou uma tendência decrescente significativa decrescente ($p=0,011$) apenas para o município de Vicência, com queda de 0,82 óbitos a cada ano do período analisado e explicação do modelo em torno de 91,5%. A distribuição do número de óbitos segundo o sexo, revela semelhanças entre os dois municípios estudados, pois ambos apresentam uma sobremortalidade para o sexo masculino. Os resultados da análise do Coeficiente de Mortalidade Infantil demonstraram que para os dois municípios estudados, houve diminuição do mesmo ao longo do período do estudo, porém estes resultados não se mostraram estatisticamente significantes. O município de Orobó apresenta invariavelmente menores coeficientes de mortalidade infantil para todos os anos do estudo em relação ao município de Vicência. A análise do coeficiente de mortalidade segundo a faixa etária revelou que nos dois municípios à medida que a idade avança, os valores dos coeficientes tendem a aumentar. Observa-se que estes valores se elevam bastante nas faixas etárias acima dos 50 anos de idade para os dois municípios entre 2003 e 2007. Conclusão: Os perfis dos óbitos dos dois municípios estudados se mostraram semelhantes com algumas diferenças em relação ao declínio da mortalidade geral para o município de Vicência que teve queda acentuada do mesmo ao longo do período estudado, porém os valores encontrados para os dois municípios ficaram acima da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde em 1990.

Palavras-chave: Mortalidade. Causas de Morte – tendências. Coeficiente de Mortalidade.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Evolução do coeficiente de mortalidade geral (1000 hab.) Orobó e Vicência, 2003 a 2007.....	22
Figura 2. Evolução da mortalidade proporcional segundo as causas mal definidas. IIª GERES-Limoeiro, 2003 a 2007.....	24
Figura 3. Evolução do coeficiente de mortalidade infantil (1000 nasc. vivos). Orobó e Vicência, 2003 a 2007.	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número absoluto, distribuição percentual e coeficiente de mortalidade geral por (1000 hab), Orobó 2003 a 2007.....	21
Tabela 2 - Número absoluto, distribuição percentual e coeficiente de mortalidade geral por (1000 hab), Vicência 2003 a 2007.....	22
Tabela 3 - Análise temporal dos coeficientes de mortalidade geral. Orobó e Vicência, 2003 a 2007.....	23
Tabela 4 - Coeficiente de mortalidade por principais causas (10.000 hab.), segundo o Capítulo da CID 10. Orobó, 2003 a 2007.....	25
Tabela 5 - Coeficiente de mortalidade por principais causas (10.000 hab.), segundo o Capítulo da CID 10. Vicência, 2003 a 2007.....	26
Tabela 6 - Distribuição percentual dos óbitos e coeficientes de mortalidade (1.000 hab.) segundo o sexo. Orobó 2003 a 2007.....	28
Tabela 7 - Distribuição percentual dos óbitos e coeficientes de mortalidade (1.000 hab.) segundo o sexo. Vicência 2003 a 2007.....	29
Tabela 8 - Coeficiente de mortalidade infantil (1000 hab.) Orobó e Vicência, 2003 a 2007.....	30
Tabela 9 - Análise temporal dos coeficientes de mortalidade infantil (1000 nasc. Vivos). Orobó e Vicência, 2003 a 2007.....	31
Tabela 10 - Coeficiente de mortalidade (10.000 hab.) segundo a faixa etária. Orobó, 2003 a 2007.....	32
Tabela 11 - Coeficiente de mortalidade (10.000 hab.) segundo a faixa etária. Vicência, 2003 a 2007.....	33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 METODOLOGIA.....	15
3.1 DESENHO DO ESTUDO.....	16
3.2 ÁREAS DE ESTUDO.....	16
3.3 PERÍODO DE ESTUDO.....	17
3.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	17
3.5 VARIÁVEL DEPENDENTE.....	18
3.6 VARIÁVEL INDEPENDENTE.....	18
3.7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO.....	18
3.8 FONTES DOS DADOS.....	19
3.9 ETAPAS DA ANÁLISE.....	19
3.10 ASPECTOS ÉTICOS.....	20
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
5 CONCLUSÕES.....	36

REFERÊNCIAS37

APÊNDICES.....42

1 INTRODUÇÃO

O Brasil tem vivenciado um processo de mudança no perfil de morbidade e mortalidade da população, com queda acentuada de óbitos por doenças transmissíveis e aumento das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes, doenças cardiovasculares, neoplasias, acidentes de trânsito, etc. (CESSE, 2007).

Para Freese e Fontbonne (2006, p. 17-45), a redução lenta da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida, assim como a explosão da violência urbana, representam, dentre outras causas, um perfil epidemiológico complexo, espelho das contradições e desigualdades seculares entre as classes sociais e frações dessas classes, com elevada concentração de renda e diferenças importantes inter e intra-regionais, o que caracteriza um perfil de desigualdades, perfil este em que se encontra atualmente o Brasil.

As mudanças no modo de vida ocorridas no século XX produziram um novo padrão de doenças que impõe a necessidade de entender esse processo, para efetivamente, promover a saúde, prevenir a doença e a morte precoce (BRASIL, 2004a, p. 33), e uma das formas de entender esse processo é através da informação que subsidia ações adequadas no setor saúde.

A mortalidade concentra-se nos extremos da vida. Quanto melhor o nível de Saúde Pública de um país, mais a distribuição da mortalidade proporcional pela idade aproxima-se de uma curva de Nelson Moraes do tipo “J”, onde se observa um baixo índice de mortalidade infantil e um elevado coeficiente de mortalidade nas pessoas idosas (MOTA *et al.*, 2003, p. 605-628). No Brasil, atualmente a maior carga da mortalidade é observada entre crianças menores de um ano e idosos, sendo esta mais acentuada no grupo de idosos (COSTA *et al.*, 2004, p. 217).

O delineamento do perfil de mortalidade de uma população permite a identificação dos principais grupos de causas e/ou causas específicas que provocaram o óbito em determinados grupos populacionais, o que facilita o planejamento das ações visando à redução de determinados tipos de óbitos, bem

como, melhoria da assistência médica ou mesmo da qualidade de vida da população (RIO DE JANEIRO, 1999).

As análises sobre mortalidade ficaram mais acessíveis ao público interessado nesta temática em meados da década de 70. No início dessa década já existiam todos os insumos favoráveis à implantação de um sistema de informação de mortalidade em nível nacional, faltando apenas decisão política para tal, oportunidade que surgiu em 1975, com a promulgação da Lei Nº 6.229, quando foi criado o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, para o qual era essencial haver um subsistema de informações em mortalidade.

Em junho de 1976, foi criado o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que foi concebido para suprir as falhas do Sistema do Registro Civil e assim permitir conhecer o perfil epidemiológico da mortalidade em todo o país. Este sistema de informações é o mais antigo existente no Ministério da Saúde (MS) e importante instrumento de monitoramento dos óbitos. Neste mesmo ano foi definido um modelo padronizado de Declaração de Óbito - fonte alimentadora do sistema (BRASIL, 2001).

A Lei Orgânica da Saúde, promulgada em 1990 sob o nº 8.080, e os demais preceitos legais que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecem os municípios como entes governamentais autônomos que devem responsabilizar-se pelo planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde de sua região. Diversos instrumentos legais vieram a complementar a Lei Orgânica no estabelecimento de regras onde o repasse de verbas aos municípios fica atrelado ao cumprimento de vários requisitos como o fornecimento de informações obtidas por meio de sistemas de informação nacional, desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (BRANCO, 2004).

Apesar do SIM existir desde a década de 70, a regulamentação da coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os sistemas de informações em saúde (SIM e Sistema de Informações de Nascidos Vivos - SINASC), só veio a ser publicada através da Portaria da FUNASA Nº 20 de 03/10/2003 (BRASIL, 2004b).

Segundo Branco (2004), o conjunto de informações obtidas por meio dos sistemas de informações de saúde é de interesse não apenas do Ministério da

Saúde, mas também das esferas locais, pois permitem traçar um diagnóstico da situação social e de saúde, além de permitir o acompanhamento do impacto das ações e serviços prestados à população.

Para essa autora, apesar da importância das informações geradas pelos sistemas de saúde que permitem a construção de indicadores de avaliação, acompanhamento, planejamento e programação das ações de saúde, o seu uso para esse fim ainda é considerado reduzido. Isso causado em parte pelo pouco conhecimento de gestores e profissionais de saúde sobre o acervo de informações disponíveis nesses sistemas; a relevância atribuída a critérios políticos na tomada de decisão em detrimento dos critérios técnicos; e a carência de infra-estrutura tecnológica e de capacitação de recursos humanos.

O SIM permite ao Ministério da Saúde identificar as principais causas de morte registradas nos municípios, nos estados e nas regiões brasileiras, além de possibilitar a realização de análises que orientem a adoção de medidas preventivas e informem o processo de decisão na gestão do sistema de saúde, assim como, realizar avaliações das ações implementadas que tenham impacto sobre as causas de morte (BRASIL, 2006a).

Sabe-se que estudos que utilizam esta fonte de dados podem contribuir para um conhecimento aproximado das causas básicas de óbito, de sua evolução temporal e de sua distribuição espacial e têm sido alvo de interesse de diversos autores, entre eles Mello Jorge *et al.* (1997, p. 5-25), Barros *et al.* (2002, p. 301-306), Mello Jorge *et al.* (2007, p. 643, 654), Pereira e Almeida (2007, p. 39).

Em 2004, tendo em vista as diferenças regionais quanto aos óbitos captados pelo SIM nas Unidades Federadas, o Comitê Técnico Assessor para o SIM/SINASC do MS sugeriu um plano de metas visando o aperfeiçoamento do SIM, no qual o enfoque principal foi dado à investigação das mortes por causas mal definidas a ser realizada pelas Secretarias Municipais de Saúde das localidades com 50.000 habitantes e mais (BRASIL, 2004c).

A falta de homogeneidade dos municípios pernambucanos na cobertura por causas consideradas como mal definidas, fez com que o Governo do Estado, no ano de 2005 decidisse através das Gerencias Regionais de Saúde (GERES) e com a participação do representante do Comitê Técnico Assessor para o SIM/SINASC,

instituir como metas municipais a diminuição das causas básicas de mortalidade tidas como mal definidas, já para aquele ano, onde o papel de resgate dessas causas caberia aos técnicos dos Departamentos Municipais de Epidemiologia.

Este resgate se dá através de busca ativa em prontuários médicos, bancos de dados, exames complementares, enfim, qualquer tipo de informação que dê suporte aos médicos a fim de serem corrigidas as Declarações de Óbito. A partir deste momento ficou estabelecida a meta para os municípios equivalente a do Estado (cerca de 10% de causas mal definidas) (BRASIL, 2008, p. 15).

Entendendo-se que os sistemas de informações são meios para a construção do conhecimento em saúde (MOTA; CARVALHO, 2003, p. 605-628) e considerando a necessidade de fortalecer estratégias que gerenciem adequadamente a saúde em todos os setores; bem como o uso de algumas bases de dados poderá contribuir com críticas e sugestões para o aperfeiçoamento contínuo das mesmas, muitos problemas de gestão enfrentados pelas esferas municipais podem ser minimizados com a utilização de informações que ajudem a compreender os fatos e avaliar as ações empreendidas.

O Ministério da Saúde em 2006, publicou dados sobre as principais ações desenvolvidas nas áreas de sistemas de informações epidemiológicas. Para este trabalho tomar-se-á como referência, os dados em relação às informações do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) para Pernambuco no ano de 2004. Segundo esta publicação, o percentual de óbitos por causas mal definidas para o Estado foi de 16,6%, sendo que 41 municípios apresentam 10% de óbitos por causas mal definidas, 31 municípios apresentam mortalidade proporcional por causas mal definidas entre 10% e 20% e 113 municípios, tem este indicador acima de 20% (BRASIL, 2006a).

Considerando as premissas citadas anteriormente, este trabalho reveste-se de grande importância, pois objetiva compreender as mudanças ocorridas no perfil de mortalidade de dois municípios do interior do Estado de Pernambuco que embora sejam relativamente próximos (aproximadamente 40 km), estão inseridos em regiões com características sociais, ambientais e econômicas distintas, zona da mata (Vicência), e agreste setentrional (Orobó).

Espera-se, portanto, propiciar aos gestores locais análises de informações geradas no próprio município, que poderão trazer ganhos tais como: redução da sub-notificação de eventos vitais; diminuição do registro de causas mal definidas; aperfeiçoamento do sistema de Vigilância à Saúde; melhor informação sobre os fatores determinantes e condicionantes das doenças; subsídios para a gestão de recursos financeiros e humanos e para a gestão e avaliação de ações e serviços.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil dos óbitos das cidades de Orobó e Vicência em Pernambuco, no período de 2003 a 2007.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil dos óbitos segundo as variáveis: sexo, faixa etária, causa básica e ano de ocorrência do óbito; para os dois municípios do estudo no período de 2003 a 2007;
- b) Analisar a tendência da ocorrência dos óbitos para os dois municípios do estudo no período de 2003 a 2007;
- c) Comparar o perfil de óbitos para os dois municípios do estudo no período de 2003 a 2007.

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo descritivo de corte longitudinal.

3.2 ÁREAS DE ESTUDO

Orobó é um município com 126 km², localizado no agreste setentrional de Pernambuco, com população de 22.811 habitantes. Localizado a 116 km da capital, - Microrregião Médio Capibaribe e tendo por limites ao norte: o Estado da Paraíba; ao sul: o município de Bom Jardim; ao leste: os municípios de Machados e São Vicente Férrer e ao oeste o município de Surubim, suas principais vias de acesso são: a PE-80; PE-90 e BR 408 - via Limoeiro, tendo como municípios de referência Limoeiro e Surubim.

Está inserido no polígono da seca, tendo 70% da população situada na área rural e 30% na área urbana, a economia do Município é precária. Agricultura e a pecuária vêm sendo afetadas por constantes estiagens, provocando o êxodo temporário de parte de sua população para trabalhar na construção civil em Recife e/ou para a zona canavieira.

A Prefeitura conta somente com o repasse do Fundo de Participação Municipal (FPM), pois a falta de fábricas e indústrias coloca Orobó em situação de grandes dificuldades financeiras. Predomina o clima tipo As' quente e úmido com uma temperatura média anual de 25° C e chuvas de ou tona-inverno. O Índice de Desenvolvimento Humano do Município (IDH) é de 0,612 em 2002.

O município apresenta uma população economicamente ativa no setor primário superior em relação ao setor secundário. A maior parte de sua população tem até 1 salário mínimo de rendimento familiar.

As atividades principais são a agropecuária e os principais produtos são: banana, cana-de-açúcar, batata doce, mandioca, café, manga, feijão, laranja, fava, milho e limão.

O Município está se organizando no modelo de Vigilância à Saúde, em acordo com a condição de Gestão da Atenção Básica, no sentido de garantir Atenção Integral à população através de ações de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças. Estruturado por uma rede de Atenção Básica, Ambulatorial e Hospitalar, com implementação e reestruturação de ações e programas de Vigilância à Saúde.

Existem atualmente em funcionamento 10 equipes de Saúde da Família (PSF), 05 equipes de Saúde Bucal, 56 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 08 agentes de Endemias que realizam as ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e controle de doenças. Os serviços da Atenção Básica são complementados por um 01 Centro de Saúde, 01 Centro de Reabilitação e 01 Hospital da Rede Complementar Municipal e pela referência no Nível Estadual com ações ambulatoriais de especialidades e hospitalares (OROBÓ, 2007).

O município de Vicência possui uma população no ano 2007 de 27.360, sua área territorial é de 231 km², formada pelos distritos sede e Murupé, bem como os povoados de Trigueiros, Angélica, Borracha, Agrovila Murupé, Usina Barra (desativada), e a Usina Laranjeiras (esta última a maior empresa e maior empregadora do município), Está localizado na Mesorregião da Mata, Microrregião da Mata Setentrional, e situado a 87 km de Recife, Capital pernambucana. Faz limites ao norte com Timbaúba e Macaparana, ao sul com Limoeiro e Buenos Aires, ao leste com Aliança e a oeste com São Vicente Férrer e Bom Jardim. O acesso é pela PE-74 e BR-408 (via Nazaré da Mata) seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no ano de 2002 foi 0,644.

Em seu perfil econômico podemos citar como principais atividades a Agroindústria e agricultura, tendo seus principais produtos a batata doce, mandioca, feijão, abacate, laranja, cana-de-açúcar, banana, tomate, coco, e manga.

Na área de saúde também está se organizando no modelo de Vigilância à Saúde, em acordo com a condição de Gestão da Atenção Básica, garantindo Atenção Integral à população através de ações de Promoção à Saúde e Prevenção

de Doenças. Estruturado por uma rede de Atenção Básica, Ambulatorial e Hospitalar.

Em sua rede encontram-se em funcionamento 08 equipes de Saúde da Família (PSF), 06 equipes de Saúde Bucal, 01 Centro de Especialidades Odontológicas, 64 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 19 agentes de Endemias que realizam as ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e controle de doenças. Os serviços da Atenção Básica são complementados por um 01 Centro de Saúde de Atenção a Saúde da Mulher e da Criança, 01 Centro de Reabilitação, 01 Unidade Mista Municipal, e 01 Hospital Filantrópico e pela referência no Nível Estadual com ações ambulatoriais de especialidades e hospitalares (VICÊNCIA, 2007)

3.3 PERÍODO DO ESTUDO

2003 a 2007

3.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Todos os óbitos de residentes de Orobó e Vicência, no período do estudo.

3.5 VARIÁVEL DEPENDENTE

Causa básica do óbito

3.6 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Sexo, idade (agrupadas por faixa etária: < 1 ano, 1 a 14, 15 a 29, 30 a 49, 50 a 59, 60 anos e mais); ano do óbito.

3.7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Foram incluídos neste estudo, todos os óbitos ocorridos em residentes das cidades de Orobó e Vicência em Pernambuco, registrados no SIM nos anos de 2003 a 2007.

3.8 FONTES DOS DADOS

Banco de dados de mortalidade por causa determinada da IIªGERES – Limoeiro (SIM) referente aos óbitos de residentes nos municípios de Orobó e Vicência no período de 2006 a 2007 e TABNET/DATASUS, para o período de 2003 a 2005. Os dados populacionais dos dois municípios para o período entre os anos de 2003 a 2007, foram obtidos através do DATASUS/MS, sendo estes de domínio público.

3.9 ETAPAS DA ANÁLISE

Inicialmente foram selecionados todos os óbitos ocorridos em residentes dos dois municípios do estudo, no período de 2003 a 2007.

Os grupos populacionais foram categorizados por sexo e nas faixas etárias correspondentes à < 1 ano, 1 a 14, 15 a 29, 30 a 49, 50 a 59, 60 anos e mais. Em seguida foram realizadas análises através de tabelas de distribuição de frequências simples dos óbitos agrupados por faixa etária, sexo, agrupamentos de causas e ano do óbito.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (1993), em qualquer patamar que se encontre o nível de saúde de uma população, o Coeficiente Geral de Mortalidade (CGM) deve estar entre 6 e 12 óbitos por mil habitantes. O Ministério da Saúde (MS) brasileiro considerava 4 óbitos por mil habitantes como um mínimo aceitável para o país até 1990, quando alterou o padrão deste indicador para 6 óbitos por mil, devido a variações de CMG entre as regiões brasileiras. Apesar deste padrão adotado pelo MS, o mesmo adota o método indireto para cálculo deste indicador sempre que o SIM apresentar menor valor (MELLO-JORGE, 2007, p. 643-654). Nesse trabalho foi tomada como referência o valor 4 óbitos por mil habitantes.

Foram calculados os Coeficientes Gerais de Mortalidade para os dois municípios segundo o ano do óbito, dividindo-se o número total de óbitos pela população geral para cada ano, multiplicando-se por 1.000. Estes cálculos também foram feitos segundo as variáveis, sexo e faixa etária. Os coeficientes de mortalidade por causas foram calculados dividindo-se o número de óbitos por determinadas causas, pela população exposta, para o ano da ocorrência e multiplicando-se por 10.000. Para esse estudo convecionou-se chamar Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratórios não classificados em outra parte, como causas mal definidas.

No intuito de analisar a tendência dos coeficientes de mortalidade nas cidades de Orobó e Vicência ao longo do tempo do estudo, realizou-se análise de tendência através de modelo de regressão linear simples, e para testar a hipótese de que o

percentual dos óbitos variava no período analisado, utilizou-se o teste de qui-quadrado para proporções, sendo todas as conclusões tomadas ao nível de significância de 5%.

O banco de dados foi estruturado com o uso do programa TABWIN (versão 3.4). Os Softwares utilizados neste estudo foram: Word for Windows (versão XP 2003) como processador de textos e para elaboração de tabelas; o Microsoft Excel (versão XP 2003) na elaboração dos gráficos, o EPI-Info (versão 6.04d) na realização das tabelas de freqüência, o TABWIN (versão 3.4) para extração dos dados provenientes do SIM e o SPSS (versão 8.0) para análise de regressão linear simples.

3.10 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa onde foram utilizados apenas dados secundários que foram oficialmente cedidos para a análise, e garantindo-se o sigilo das informações fornecidas, com os resultados divulgados no meio científico, este trabalho não teve implicações éticas segundo a Resolução 196/96 do CNS/CONEP. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética do CPqAM com CAAE nº: 0007.0.095.000-08.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do Coeficiente Geral de Mortalidade para os Municípios de Orobó e Vicência revelou que os mesmos foram de 4,98 e 5,28 por mil habitantes para o período de 2003 a 2007 (Tabelas 1 e 2) , portanto, acima do padrão tomado como referência para este trabalho que foi de 4/1000 habitantes.

Tabela 1: Número absoluto, distribuição percentual e coeficiente geral de mortalidade por (1000 hab.), Orobó 2003 a 2007.

Ano	Nº	%	CMG
2003	116	20,10	5,05
2004	131	22,70	5,67
2005	96	16,64	4,16
2006	136	23,57	5,85
2007	98	16,98	4,18
TOTAL	577	100	4,98

Fonte: Total de Óbitos (2003 a 2005) TABNET/DATASUS, 2006 e 2007 TABWIN-SIM-IIª GERES-Limoeiro.

Tabela 2: Número absoluto, distribuição percentual e coeficiente de mortalidade geral por (1000 hab.), Vicência 2003 a 2007.

Ano	Nº	%	CMG
2003	192	24,81	6,61
2004	191	24,68	6,55
2005	150	19,38	5,11
2006	144	18,60	4,90
2007	97	12,53	3,29
TOTAL	774	100	5,28

Fonte: Total de Óbitos (2003 a 2005) TABNET/DATASUS, 2006 e 2007 TABWIN-SIM-IIª GERES-Limoeiro.

Quando da análise de tendência da série histórica dos coeficientes de mortalidade geral (Gráfico 1), esta revelou uma tendência significativa (em **negrito** Tab. 3) decrescente apenas para o município de Vicência. Este decréscimo foi de 0,82 óbitos a cada ano do período analisado com explicação do modelo em torno de 91,5% (Tabela 3).

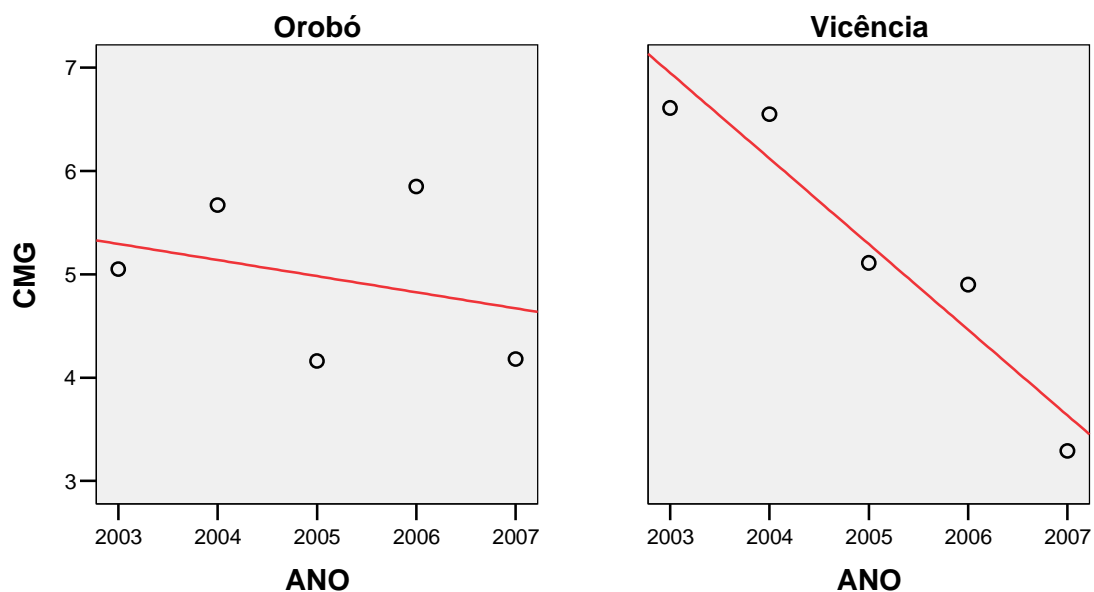


Figura 1 - Evolução do coeficiente de mortalidade geral (1000 hab.). Orobó e Vicência, 2003 a 2007.

Tabela 3: Análise temporal dos coeficientes de mortalidade geral. Orobó e Vicência, 2003 a 2007.

Município	beta	R ² (%)	Valor de p
Orobó	-0,15	0,095	0,613
Vicência	-0,82	0,915	0,011

Esses resultados corroboram com os encontrados para o país como um todo no ano de 2005 (BRASIL, 2005), onde as DAC foram a principal causa de morte, para ambos os sexos, com uma tendência de diminuição nas taxas do país entre 1990 e 2003. A mortalidade por doença cerebrovascular e isquêmica do coração contribuiu com a queda acentuada nas taxas, as neoplasias foram à segunda causa de morte no Brasil, as causas mal definidas segundo o MS chegavam a 17, 8% em 2003 e 16,2% em 2004 (BRASIL, 2006b), estando fora do limite estabelecido pelo Instrutivo do Programa de Pactuação Integrada de 2005 que era de 10%.

Analisando-se a tendência dos óbitos segundo as causas mal definidas, foi observado um decréscimo altamente significativo ($p=0,013$) desses óbitos com queda de 5,26 óbitos a cada ano do período analisado com explicação do modelo em torno de 90,6% (Gráfico 2). Este resultado encontrado confirma o avanço do plano de metas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004c), que enfatiza a necessidade de investigar e diminuir o registro de óbitos por causas mal definidas em todas as Secretarias Municipais de Saúde. Para o Estado de Pernambuco a meta para os municípios foi de cerca de 10% de causas mal definidas, no final do período analisado (2007) os valores encontrados para a IIª GERES neste estudo já eram de 3,1%, portanto abaixo da meta estabelecida.

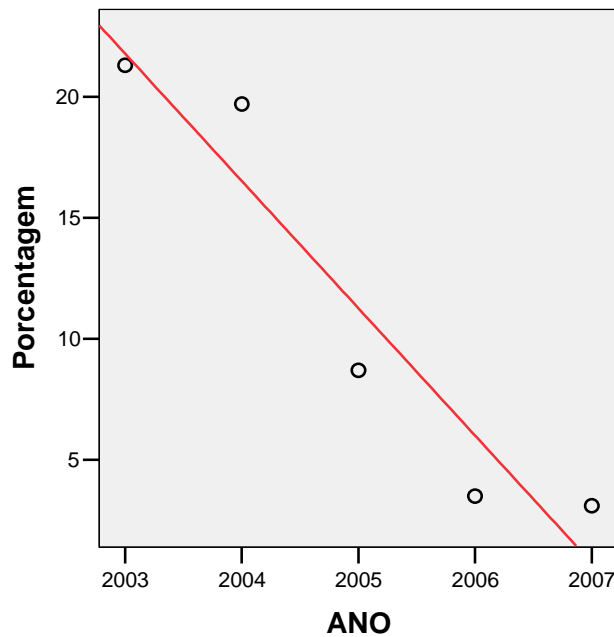


Figura 2 - Evolução da mortalidade proporcional segundo as causas mal definidas. IIª GERES-Limoeiro, 2003 a 2007.

Como foi observado para a IIª GERES como um todo, o município de Orobó apresentou um comportamento semelhante ao perfil dos óbitos segundo as principais causas (Tabela 5), apresentando para os anos de 2003 e 2004 como 1ª causa básica de óbitos, as mal definidas, seguidas de DAC e em 3º lugar empatadas as CE, Doenças do Aparelho Digestivo (DAD), Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (DENM) e NEO. Para o ano de 2005 a principal causa de óbito foram as DAC, seguidas de mal definidas e em 3º lugar empatadas as NEO, Doenças do Aparelho Respiratório (DAR) e DENM.

Na análise para os anos de 2006 e 2007 observou-se que os óbitos por causas mal definidas não figura mais como uma das principais causas de óbito neste município seguindo, pois, a determinação do Governo do Estado em diminuir as causas básicas de mortalidade tidas como mal definidas, já para o ano de 2005. Já a partir do ano de 2005, os dados da IIª GERES revelaram que os percentuais de causas mal definidas se encontram abaixo da meta estabelecida pelo Governo do Estado, que foi de 10% (Tabela 4).

As DAC aparecem como a principal causa de óbito nos dois anos analisados sendo que em 2006 as CE são a 2ª causa de óbitos em Orobó, seguidas por DENM e DAD. Em 2007 a 2ª causa de óbitos foi devido as DENM, a 3ª devido as NEO e DAR (empatadas) e a 4ª devido as CE e DIP (Tabela 4).

Tabela 4: Coeficiente de mortalidade por principais causas (10.000 hab.), segundo o Capítulo da CID 10. Orobó, 2003 a 2007.

CAUSAS	COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSA					
	ANO	2003	2004	2005	2006	2007
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (Cap. I)		1	1	0	2	3
Neoplasias (Cap. II)		2	3	3	4	4
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (Cap. IV)		2	0	3	6	7
Doenças do aparelho circulatório (Cap. IX)		8	8	17	27	16
Doenças do aparelho respiratório (Cap. X)		1	4	3	3	4
Doenças do aparelho digestivo (Cap. XI)		2	2	1	5	1
Mal definidas (Cap. XVIII)		28	37	11	1	1
Causas externas de morbidade e mortalidade (Cap. XX)		2	0	0	7	3
Total		51	55	42	58	42

Fonte: Total de Óbitos (2003 a 2005)TABNET/DATASUS , 2006 e 2007 TABWIN-SIM-IIª GERES-Limoeiro.

Quando observado o Coeficiente de mortalidade por principais causas no município de Vicência (Tabela 5), notou-se para os anos de 2003 a 2007 a

predominância das DAC, como principal causa de óbito, em segundo as CE, terceiro as NEO, quarto as DENM, em quinto as DIP. Observa-se uma aparente diminuição gradativa e constante das causas mal definidas entre 2003 a 2007, para esse município.

Tabela 5: Coeficiente de mortalidade por principais causas (10.000 hab.), segundo o Capítulo da CID 10. Vicência, 2003 a 2007.

CAUSAS	ANO	COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSA				
		2003	2004	2005	2006	2007
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (Cap. I)		5	7	3	1	3
Neoplasias (Cap.II)		7	6	5	6	3
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (Cap. IV)		5	5	5	5	3
Doenças do aparelho circulatório (Cap. IX)		19	19	15	23	12
Doenças do aparelho respiratório (Cap. X)		3	3	3	3	1
Doenças do aparelho digestivo (Cap. XI)		3	5	2	1	3
Gravidez parto e puerpério (Cap. XV)		1	2	2	0	0
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (Cap. XVIII)		9	5	3	0	1
Causas externas de morbidade e mortalidade (Cap. XX)		9	9	8	7	4
Total		66	66	51	49	33

Fonte: Total de Óbitos (2003 a 2005) TABNET/DATASUS, 2006 e 2007 TABWIN-SIM-IIª GERES-Limoeiro.

Estes resultados de certa forma acompanham as mudanças ocorridas nos padrões epidemiológicos do país, pois, segundo estudo realizado por HAGE *et al* (2003, pág. 64), uma importante característica deste padrão, diz respeito às modificações na composição da mortalidade por grupos de causas. Assim, para esse autor, as doenças infecciosas e parasitárias (DIP), que representavam 45,7% do total de óbitos ocorridos no país em 1930, representaram apenas 5,9% dos óbitos com causas definidas, no ano de 1999. Esta comparação se deu a partir da análise

dos registros de óbitos para as capitais do país. Enquanto isto, as Doenças Cardiovasculares (DCV), seguindo uma tendência inversa, aumentaram sua participação de 11,8% para 31,3% do total dos óbitos ocorridos no mesmo período.

Segundo Simões (2002), tem-se observado profundas mudanças no padrão etário da mortalidade e por sexo da população brasileira, em decorrência das alterações nas estruturas de causas de mortalidade, especialmente as relacionadas a essas causas, além dos efeitos do processo de envelhecimento sobre a mortalidade, resultante do aumento das causas cardiovasculares, respiratórias e neoplasias.

A análise da distribuição do número de óbitos segundo o sexo (Tabelas 6 e 7), revela semelhanças entre os dois municípios estudados, pois ambos apresentam uma sobremortalidade para o sexo masculino. O que tem sido demonstrado pela maioria dos indicadores tradicionais de saúde que mostram com clareza, uma maior mortalidade masculina em praticamente todas as idades e para quase a totalidade das causas. Aliado a isso, a esperança de vida ao nascer e em outras idades são sempre menores entre os homens (LAURENTI, 2005, p. 35-46). Essa sobremortalidade masculina está associada, em parte, ao aumento das mortes por causas externas, principalmente dentre os adultos jovens.

No Brasil, essas diferenças de esperança de vida por gênero eram de aproximadamente cinco anos favoráveis as mulheres, até a década de 80. Esses patamares elevaram-se nas décadas seguintes, sendo que, para 2001, as mulheres tinham uma maior sobrevida de oito anos, em relação à esperança de vida masculina (respectivamente, 73 e 65 anos). Este fato é mais intenso na região Sudeste, especialmente no Rio de Janeiro, onde a diferença atinge 12 anos (respectivamente 74 e 62 anos) (LAURENTI, 2005 p. 35-46). Para Simões (2002, p. 141), o aumento das diferenças entre a sobrevivência masculina e a feminina é o resultado, também, de modificações na estrutura por idade, ocorridas ao longo do tempo.

Tabela 6: Distribuição percentual dos óbitos e coeficientes de mortalidade (1.000 hab.) segundo o sexo. Orobó 2003 a 2007.

Ano	SEXO				CM	
	Masculino		Feminino		Masc	Fem
	N	%	N	%		
2003	65	20,31	51	19,84	5,83	4,32
2004	72	22,50	59	22,96	6,41	4,96
2005	53	16,56	43	16,73	4,73	3,62
2006	76	23,75	60	23,35	6,73	5,01
2007	54	16,88	44	17,12	4,75	3,65
TOTAL	320	100,00	257	100,00	5,69	4,31

Fonte: Total de Óbitos (2003 a 2005) TABNET/DATASUS, 2006 e 2007 TABWIN-SIM-IIª GERES-Limoeiro.

Tabela 7: Distribuição percentual dos óbitos e coeficientes de mortalidade (1.000 hab.) segundo o sexo. Vicência 2003 a 2007.

Ano	SEXO				CM	
	Masculino		Feminino		Masc	Fem
	N	%	N	%		
2003	116	24,7	76	24,9	7,95	5,25
2004	122	26	69	22,6	8,33	4,76
2005	95	20,3	55	18	6,45	3,77
2006	81	17,2	63	20,7	5,48	4,30
2007	55	11,8	42	13,8	3,71	2,86
TOTAL	469	100	305	100	6,38	4,18

Fonte: Total de Óbitos (2003 a 2005) TABNET/DATASUS, 2006 e 2007 TABWIN-SIM-IIª GERES-Limoeiro.

A tabela 8 traz os resultados da análise do Coeficiente de Mortalidade Infantil onde se observa para os dois municípios estudados, uma aparente diminuição do mesmo ao longo do período do estudo. O município de Orobó apresenta invariavelmente menores coeficientes de mortalidade infantil para todos os anos do estudo em relação ao município de Vicência.

Altas taxas de mortalidade infantil refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde, de condições de vida e de desenvolvimento socioeconômico. As taxas de mortalidade infantil são geralmente classificadas em *altas* (50‰ ou mais), *médias* (20‰ - 49‰) e *baixas* (menos de 20‰), em função da proximidade ou distância dos valores já alcançados pelas sociedades mais desenvolvidas ao longo do tempo. No entanto, mesmo quando as taxas de mortalidade infantil são baixas, podem ser verificadas pronunciadas variações entre distintos segmentos da população (SIMÕES, 2002, p. 141).

No caso específico desse estudo, as taxas de mortalidade infantil foram consideradas baixas nos dois municípios. Ainda que segundo Simões (2002), a despeito dos avanços conseguidos nos processos de coleta das informações, principalmente na de nascimentos, via Sinasc, ainda prevalecem níveis elevados de sub-registro/ subdeclaração, sobretudo de óbitos infantis, esses resultados devem ser analisados com cautela.

Para o Ministério da Saúde, tendo em vista as especificidades regionais, em função da deficiência na cobertura do SIM e/ou Sinasc, considera os dados diretos no cálculo da mortalidade infantil apenas para sete estados (ES, RJ, SP, PR, SC, RS e MS) e DF. Nos demais estados, inclusive, Pernambuco, utilizam-se as estimativas do IBGE. Para o estado de Pernambuco, o valor encontrado foi de 38,53/mil nascidos vivos (NV), em 2003 (BRASIL, 2005).

O estado apresentou uma melhora neste coeficiente para o ano de 2005, onde para cada 1.000 crianças nascidas vivas foram registrados 32,11 óbitos em menores de um ano. Para o Nordeste como um todo, a taxa de mortalidade infantil foi de 31,66 por mil NV para o mesmo período. Entre 2000 e 2005, houve redução de 17,66% deste coeficiente no estado de Pernambuco (BRASIL, 2007). Nesse trabalho, os Coeficientes de Mortalidade Infantil para os dois municípios estudados, ficaram abaixo do valor encontrado pelo estado de Pernambuco (Tabela 8).

Tabela 8: Coeficiente de mortalidade infantil (1000 nasc. vivos). Orobó e Vicência, 2003 a 2007

Ano	Orobó			Vicência		
	Nasc. vivos	óbitos	CMI	Nasc. vivos	óbitos	CMI
2003	370	4	10,8	523	12	22,9
2004	302	3	9,9	501	16	31,9
2005	340	1	2,9	550	8	14,5
2006	370	4	10,8	433	5	11,5
2007	290	2	6,9	425	4	9,4
Total	1682	14	8,3	2432	45	18,5

Fonte: Total de Óbitos (2003 a 2005) TABNET/DATASUS, 2006 e 2007 TABWIN-SIM-IIª GERES-Limoeiro.

Analisando-se a tendência da série histórica dos coeficientes de mortalidade infantil (Gráfico 3), esta revelou uma tendência decrescente para os dois municípios, com queda mais acentuada para o município de Vicência. Este decréscimo foi de 0,69 óbitos infantis a cada ano do período analisado com explicação do modelo em torno de 10,3% para o município de Orobó e de 4,74 óbitos infantis a cada ano do período analisado com explicação do modelo em torno de 65% para o município de Vicência (Tabela 9).

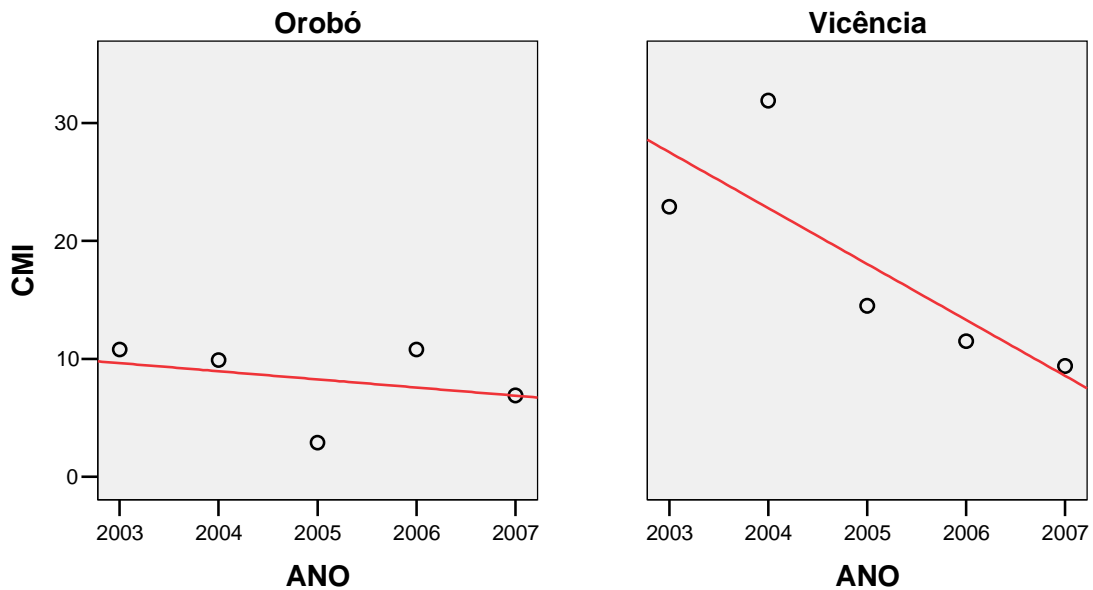


Figura 3 - Evolução do coeficiente de mortalidade infantil (1000 nasc. vivos). Orobó e Vicência, 2003 a 2007.

Tabela 9: Análise temporal dos coeficientes de mortalidade infantil (1000 nasc. Vivos). Orobó e Vicência, 2003 a 2007.

Município	beta	R ² (%)	Valor de p
Orobó	-0,690	0,103	0,598
Vicência	-4,74	0,650	0,099

A análise do coeficiente de mortalidade segundo a faixa etária revelou que nos dois municípios à medida que a idade avança, os valores dos coeficientes tendem a aumentar. Observa-se que estes valores se elevam bastante nas faixas etárias acima dos 50 anos de idade (tabelas 10 e 11). Porém, a mortalidade mais alta nas faixas etárias mais avançadas traz do ponto de vista da saúde, novos problemas ligados ao envelhecimento, destacando-se as conseqüências das doenças crônicas. O setor saúde tem de estar preparado para enfrentar o incremento do número de casos, em um grupo populacional de características específicas.

Em 2002, do total de internações masculinas em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) ou com eles conveniados, 4,5%; 12,4% e 21,1% foram por neoplasias malignas, doenças dos aparelhos circulatórios e respiratórios, respectivamente para faixas etárias menores que 60 anos, enquanto que para os de 60 e mais anos, os valores foram 7,3%, 29,4% e 20,1%. Para os maiores de 80 anos, as proporções chegaram a 4,8%; 30,5% e 25,1%, para as respectivas causas (Laurenti, 2005 p. 35-46).

Tabela 10: Coeficiente de mortalidade (10.000 hab.) segundo a faixa etária. Orobó, 2003 a 2007.

Faixa etária	COEFICIENTE DE MORTALIDADE					
	Ano	2003	2004	2005	2006	2007
1 a 14		4,03	0	0	2,65	2,63
15 a 29		11,25	1,6	1,6	12,69	11,02
30 a 49		11,15	19,93	15,53	37,41	21,85
50 a 59		69,4	87,77	62,77	87,23	24,72
60 e +		313,87	377,08	279,49	327,93	268,24
Total		50,51	56,66	41,58	58,46	41,82

Fonte: Total de Óbitos (2003 a 2005) TABNET/DATASUS, 2006 e 2007 TABWIN-SIM-II^a GERES-Limoeiro.

Tabela 11 Coeficiente de mortalidade (10.000 hab.) segundo a faixa etária. Vicência, 2003 a 2007.

Faixa etária	COEFICIENTE DE MORTALIDADE					
	Ano	2003	2004	2005	2006	2007
1 a 14		5,2	5,19	7,22	1,03	1,02
15 a 29		24,38	23,16	6,91	18,36	10,3
30 a 49		42,47	34,52	38,98	34,2	20,15
50 a 59		79,73	119,25	101,58	129,43	44,87
60 e +		541,45	511,23	408,36	364,41	292,59
Total		66,06	65,53	51,14	48,96	21,01

Fonte: Total de Óbitos (2003 a 2005) TABNET/DATASUS, 2006 e 2007 TABWIN-SIM-II^a GERES-Limoeiro.

O declínio do coeficiente de mortalidade geral não é o único aspecto notável nos últimos 50 anos; também a redução da mortalidade infantil, o aumento da expectativa de vida da população e a modificação do seu perfil epidemiológico. Essa transição epidemiológica caracteriza-se pela evolução progressiva de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para um outro onde predominam os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças consideradas crônico-degenerativas (OMRAN, 1971, p. 509-583).

Em síntese, a persistência de desigualdades sociais que excluem significativos contingentes populacionais do acesso a educação, renda, saneamento e serviços de saúde básicos – relacionados ao pré-natal e seu acompanhamento – explica a continuidade de elevados níveis de mortalidade. Esses níveis poderiam ser rebaixados mediante uma melhor resolubilidade, direcionamento e controle mais efetivo de políticas públicas e ações organizadas, voltadas para o aperfeiçoamento da atenção às crianças, particularmente nos estados e municípios da região Nordeste (SIMÕES, 2002, p. 141).

5 CONCLUSÕES

- Os perfis dos óbitos dos dois municípios estudados se mostraram semelhantes, com algumas diferenças em relação ao declínio da mortalidade geral para o município de Vicência que teve queda acentuada do mesmo ao longo do período estudado, porém os valores encontrados para os dois municípios ficaram acima da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde em 1990;
- As principais causas de óbitos ocorridos na IIª GERES, no período de 2003 a 2007 foram as Doenças do aparelho circulatório (DAC), causas mal definidas, causas externas (CE) e neoplasias (NEO);
- Houve uma queda altamente significativa dos óbitos segundo as causas mal definidas para a IIª GERES no período analisado;
- A distribuição do número de óbitos segundo o sexo, revelou semelhanças entre os dois municípios estudados, pois ambos apresentaram uma sobremortalidade para o sexo masculino;
- Houve queda dos óbitos infantis nos dois municípios estudados, sendo que o município de Orobó apresenta invariavelmente menores coeficientes de mortalidade infantil para todos os anos do estudo em relação ao município de Vicência;
- A análise do coeficiente de mortalidade segundo a faixa etária revelou que nos dois municípios à medida que a idade avança, os valores dos coeficientes tendem a aumentar. Observa-se que estes valores se elevam bastante nas faixas etárias acima dos 50 anos de idade.

REFERÊNCIAS

BARROS, M. D. A.; XIMENES R.; LIMA M. L. C. Validação de variáveis de declarações de óbitos por causas externas, Recife, PE, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 301-306, 2002.

BRANCO, O uso da informação em saúde na gestão municipal: para além da norma. In: FREESE, E. (Org.). *Municípios: a gestão da mudança em saúde*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. cap. 3, p. 77-89.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC) para os profissionais do Programa Saúde da Família*. 2. ed. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comitê Técnico Assessor SIM/SINASC. *Preenchimento dos documentos e qualidade da informação*. Brasília, DF, 2004c.

BRASIL. Portaria n. 474, de 31 de agosto de 2000. Regulamentam a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos para o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, v. 138, n. 171, p. 33-34, set. 2004a. Seção 1.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. *Instrutivo PPI 2005*. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 mar. 2008.

BRASIL. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. *Dados e indicadores selecionados*. Brasília, DF, 2005. (Série C Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. *Dados e indicadores selecionados*. Brasília, DF, 2006b. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. *Relatório de situação: Pernambuco*. Brasília, DF, 2006a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. *Relatório de situação: Pernambuco*. Brasília, DF, 2007. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

CESSE, E. A. P. *Epidemiologia e determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil*. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

COSTA, M. F. L.; PEIXOTO, S. V.; GIATTI, L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980-2000). *Epidemiologia e Serviços de Saúde do SUS*, Brasília, DF, v. 13, n. 4, p. 217, out./dez. 2004.

FREESE, E; M.; FONTBONNE, A. Transição epidemiológica comparada a; modernidade, precariedade e vulnerabilidade. In FREESE, E. M. (Org.). *Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. p.17-45.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Manual de Instruções para o preenchimento da declaração de óbito*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

HAGE, C. E.; BARRETO; M. L.; SILVA JR., J. B. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século, *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 12, n. 2, p. 63-75, abr./jun. 2003.

IBGE. *Cidades@, histórico Pernambuco, municípios*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em: 6 mar. 2007.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, mar. 2005.

MELLO-JORGE, M. H. P.; GARWRYSZEWSKI, V. P.; LATORRE, M. R. D. O. Análise dos dados de mortalidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 5-25, supl., ago. 1997.

MELLO-JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 643-654, 2007.

MOTA, E.; CARVALHO, D. M.; Sistema de Informação em Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. cap. 21, p. 605-628.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quartely*, New York, v. 49, p. 509-583, 1971.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Lãs condiciones de salut em las Américas*. Washington, DC, 1993. (Publicación Científica, n. 524).

OROBÓ (PE). Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de gestão da secretaria municipal de saúde*. Orobo, 2007.

PEREIRA, R. R. A.; ALMEIDA R. G.; GOUVEIA, G.C. *Perfil dos óbitos por causas externas de mulheres em idade fértil, no Recife no período de 1996 a 2005*. 2007. Monografia (Especialização em Análise Epidemiológica de Dados) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Mortalidade por causas mal definidas no Município do Rio de Janeiro, 1997-1998. In: _____. *Relatório de trabalho 1999*. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/numeros_dados_sim_relatorios_maldef.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2008.

SIMÕES, C. C. S. *Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

VEJA a classificação por municípios. *Folha on line*, São Paulo, 27 dez. 2002. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/20021227-idh.shtml>>. Acesso em: 4 mar. 2007.

VICÊNCIA (PE). Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de gestão da secretaria municipal de Saúde*. Orobo, 2007

APÊNDICE A – TABELAS

Tabela 12: População residente, segundo ano e sexo Orobó-PE, 2003 a 2007.

Ano	Masculino	Feminino	Total
2003	11154	11813	22967
2004	11229	11892	23121
2005	11213	11873	23086
2006	11297	11966	23263
2007	11380	12055	23435
Total	56273	59599	115872

Fonte: TABNET/DATASUS

Tabela 13: População residente, segundo ano e sexo Vicência-PE, 2003 a 2007.

Ano	Masculino	Feminino	Total
2003	14598	14468	29066
2004	14639	14506	29145
2005	14726	14596	29322
2006	14771	14642	29413
2007	14817	14686	29503
Total	73551	72898	146449

Fonte: TABNET/DATASUS

Tabela 14: Óbitos segundo a faixa etária – Orobó. 2003 a 2007

Faixa etária	2003	2004	2005	2006	2007
< 1 ano	4	3	1	4	2
1 a 4	1	0	0		0
5 a 9	0	0	0	2	0
10 a 14	2	0	0		0
15 a 19	3	0	0	3	0
20 a 29	4	1	1	5	7
30 a 39	0	5	0	7	2
40 a 49	5	4	7	10	8
50 a 59	11	14	10	14	4
60 a 69	20	20	13	18	8
70 a 79	21	31	21	33	25
80 e +	45	53	43	40	42
Total	116	131	96	136	98

Fonte: Total de Óbitos (2003 a 2005) TABNET/DATASUS, 2006 e 2007 TABWIN-SIM-IIª GERES-Limoeiro.

Tabela 15: Óbitos segundo a faixa etária – Vicência 2003 a 2007.

Faixa etária	2003	2004	2005	2006	2007
< 1 ano	12	16	8	5	4
1 a 4	4	1	3	1	0
5 a 9	-	2	1	0	1
10 a 14	1	2	3	0	0
15 a 19	5	7	0	5	2
20 a 29	16	13	6	11	7
30 a 39	10	7	7	13	8
40 a 49	17	15	18	9	5
50 a 59	14	21	18	23	8
60 a 69	32	37	32	20	13
70 a 79	49	36	33	29	20
80 e +	32	34	21	28	29
Total	192	191	150	144	97

Fonte: Total de Óbitos (2003 a 2005) TABNET/DATASUS, 2006 e 2007 TABWIN-SIM-IIª GERES-Limoeiro.

Tabela 16: População segundo a faixa etária – Orobó. 2003 a 2007

Faixa etária	2003	2004	2005	2006	2007
Menor 1	483	487	486	490	493
1 a 4	1954	1968	1965	1979	1994
5 a 9	2633	2651	2648	2667	2686
10 a 14	2862	2880	2876	2898	2919
15 a 19	2847	2866	2861	2884	2905
20 a 29	3377	3400	3394	3421	3447
30 a 39	2542	2559	2555	2575	2594
40 a 49	1944	1957	1953	1969	1983
50 a 59	1585	1595	1593	1605	1618
60 a 69	1391	1400	1398	1409	1420
70 a 79	872	878	877	883	889
80 e +	477	480	480	483	487
Total	22967	23121	23086	23263	23435

Fonte: Total de Óbitos (2003 a 2005) TABNET/DATASUS, 2006 e 2007 TABWIN-SIM-IIª GERES-Limoeiro.

Tabela 17: População segundo a faixa etária – Vicência. 2003 a 2007.

Faixa etária	Ano				
	2003	2004	2005	2006	2007
Menor 1	635	637	641	643	645
1 a 4	2668	2676	2692	2700	2709
5 a 9	3381	3388	3410	3420	3431
10 a 14	3569	3579	3599	3612	3623
15 a 19	3754	3764	3787	3798	3810
20 a 29	4859	4873	4902	4917	4932
30 a 39	3656	3666	3688	3699	3710
40 a 49	2701	2708	2725	2734	2741
50 a 59	1756	1761	1772	1777	1783
60 a 69	1181	1184	1191	1195	1199
70 a 79	632	634	638	640	642
80 e +	274	275	277	278	278
Total	29066	29145	29322	29413	29503

Fonte: Total de Óbitos (2003 a 2005) TABNET/DATASUS, 2006 e 2007 TABWIN-SIM-IIª GERES-Limoeiro.

Tabela 19: Número de Nascidos Vivos. Orobó e Vicência 2003 a 2007.

Município	Ano				
	2003	2004	2005	2006	2007
Orobó	370	302	340	370	290
Vicência	523	501	550	433	425

Fonte: Total de Nascidos (2003 a 2005) TABNET/DATASUS, 2006 e 2007 TABWIN-SINASC-IIª GERES-Limoeiro.