

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Curso de Especialização em Saúde Pública

Giselle Cristina Gouveia Garcia

**PERFIL DE MORBIMORTALIDADE DOS
RESIDENTES DO MUNICÍPIO DE
FERREIROS - PERNAMBUCO, NO
PERÍODO DE 1997 A 2007.**

RECIFE
2010

Giselle Cristina Gouveia Garcia

**PERFIL DE MORBIMORTALIDADE DOS RESIDENTES DO MUNICÍPIO DE
FERREIROS-PERNAMBUCO, NO PERÍODO DE 1997 A 2007.**

Monografia como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública no curso de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Saúde Pública, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães / FIOCRUZ.

Orientadora: Dra. Giselle Campozana Gouveia

RECIFE
2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

G216p Garcia, Giselle Cristina Gouveia.

Perfil da morbidade dos residentes do município de Ferreiros - Pernambuco, no período de 1997 a 2007 / Giselle Cristina Gouveia Garcia. — Recife: G. C. G. Garcia, 2010.
65 f.: il.

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

Orientador: Giselle Campozana Gouveia

1. Mortalidade. 2. Morbidade. 3. Saúde da Família. I. Araujo, Geórgia Maria Cavalcanti. II. Gouveia, Giselle Campozana. III. Título.

CDU 314.422.2

Giselle Cristina Gouveia Garcia

**PERFIL DE MORBIMORTALIDADE DOS RESIDENTES DO MUNICÍPIO DE
FERREIROS-PERNAMBUCO, NO PERÍODO DE 1997 A 2007.**

Trabalho de conclusão apresentado como requisito à obtenção do título de Sanitarista no Curso de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva / CPqAM / FIOCRUZ / MS.

Aprovado em: ____/____/____

Orientadora: _____
Dr^a. Giselle Campozana Gouveia
CPqAM/FIOCRUZ

Debatadora: _____
MSc. Fábila Alexandra Pottes
UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

Dedico aos meus três amores:
João Victor, Luiz Henrique e Gustavo Henrique

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas oportunidades oferecidas nesta trajetória de estudo.

À minha família, pelo apoio e incentivo dados irrestritamente.

Ao meu esposo, João Victor, pelo companheirismo e carinho verdadeiros demonstrados nestes 9 anos seguindo juntos.

A orientação tranqüila e generosa da Prof^ª. Giselle Camposana Gouveia pela atenção e paciência desprendidas.

À Heloíza Melo pela ajuda nos cálculos estatísticos.

GARCIA, Giselle Cristina Gouveia. Perfil de morbidade dos residentes do município de Ferreiros-Pernambuco, no período de 1997 a 2007. 2010. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

Uma estratégia para identificar o perfil de uso de serviços de saúde está na utilização de dados secundários organizados pelos SIS. A Estratégia de Saúde da Família enquanto política de saúde vem conquistando avanços na atenção básica, e tem colaborado para a reorganização do sistema de saúde brasileiro. Objetivo: Analisar o perfil de morbimortalidade dos residentes do município de Ferreiros - PE, no período de 1997 a 2007, a tendência da mortalidade e as modificações deste perfil após a implantação do PSF no município. Método: estudo descritivo de corte transversal e análise de tendência da mortalidade. A população do estudo foram todos os óbitos de residentes e todos os dados de morbidade registrados no período do estudo, no município. Principais resultados: Existe uma tendência significativa de diminuição da mortalidade geral em todo o período estudado; os maiores coeficientes de mortalidade encontrados estão nas faixas etárias limítrofes; a mortalidade infantil vem decaindo; as causas mal definidas foram à principal causa de óbitos no município; as doenças infecto parasitárias foram responsáveis por mais de 11% dos óbitos infantis; as doenças do aparelho circulatório(DAC) foram responsáveis por 22,1% dos óbitos totais; na faixa etária 10 a 29 anos as causas externas foram à principal causa de óbitos; as DAC vêm apresentando tendência de crescimento significativo ao longo do período estudado; no período do estudo o município apresentou 2 epidemias de dengue nos anos de 1997 e a prevalência da esquistossomose foi de 11,45% casos/1000hab; foi observada elevada notificação de atendimentos antirábicos especialmente após a implantação do PSF; a hipertensão foi à principal condição de saúde referida pela população; o alcoolismo corresponde à quarta condição de saúde referida pela população; diabetes foi a terceira maior morbidade referida pela população do município. Conclusão: O perfil de morbimortalidade do município de Ferreiros demonstrado pelos resultados encontrados revela que o município necessita melhorar a assistência em saúde, pois, o impacto das doenças e agravos sobre esta sociedade em especial é crescente.

Palavras chaves: Mortalidade. Morbidade. Saúde da família.

GARCIA, Giselle Cristina Gouveia. Morbidity profile of the residents of the municipality of Ferreiros-Pernambuco, in the period 1997 to 2007. 2010. Monograph (Specialization in Public Health) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ABSTRACT

A strategy to identify the profile of use of health services is the use of secondary data organized by SIS. The Program of Family Health as health policy is gaining advances in primary care, and has contributed to the reorganization of the Brazilian health system. Objective: To analyze the profile of Morbidity and residents of the municipality of Blacksmiths - EP, from 1997 to 2007, mortality trends and changes of this profile after the implementation of the PSF in. Method: A descriptive cross-sectional and trend analysis of mortality. The population of the study were all deaths of residents and all the morbidity data recorded during the study period, in the municipality. Main results: There is a significant trend of decreased mortality throughout the period studied, the highest mortality rates are found in the adjacent age groups, infant mortality is declining, ill-defined causes were the leading cause of deaths in the city, the infectious parasitic diseases were responsible for more than 11% of infant deaths, diseases of the circulatory system accounted for 22.1% of total deaths, aged 10 to 29 years external causes were the leading cause of death; CVD has been on the significant growth over the period studied, the study period the city had 2 dengue epidemics in 1997 and the prevalence of schistosomiasis was 11.45% cases/1000hab; was observed high notification calls antirabies especially after the implementation of the PSF, hypertension was the main health condition reported by the population, the alcohol corresponds to the fourth condition that the health, diabetes was the third major morbidity for the population of the municipality. Conclusion: The morbidity and mortality profile of the city of Blacksmiths demonstrated by the results shows that the council needs to improve health care, therefore, the impact of diseases and conditions in this society in particular is growing.

Keywords: Mortality. Morbidity. Family Health.



LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição percentual de óbitos femininos segundo grupo de causas – CID-X. Ferreiros, 1997 a 2007.....	30
Figura 2 - Distribuição percentual de óbitos masculinos segundo grupo de causas – CID-X. Ferreiros, 1997 a 2007.....	31
Figura 3 - Distribuição percentual de óbitos de menores de 1 ano segundo grupo de causas – CID-X. Ferreiros, 1997 a 2007.....	32
Figura 4 - Distribuição percentual de óbitos de pessoas com idade entre 1 e 9 anos segundo grupo de causas – CID-X. Ferreiros, 1997 a 2007.....	33
Figura 5 - Distribuição percentual de óbitos de pessoas com idade entre 10 e 19 anos segundo grupo de causas – CID-X. Ferreiros, 1997 a 2007.....	34
Figura 6 - Distribuição percentual de óbitos de pessoas com idade entre 20 e 39 anos segundo grupo de causas – CID-X. Ferreiros, 1997 a 2007.....	35
Figura 7 - Distribuição percentual de óbitos de pessoas com idade entre 40 e 59 anos segundo grupo de causas – CID-X. Ferreiros, 1997 a 2007.....	36
Figura 8 - Distribuição percentual de óbitos de pessoas com idade entre 60 anos e mais segundo grupo de causas – CID-X. Ferreiros, 1997 a 2007.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número absoluto, distribuição percentual, coeficiente de mortalidade geral por (1000 hab) Ferreiros 1997 a 2007.....	26
Tabela 2 - Coeficiente de mortalidade (1.000 hab.) segundo a faixa etária. Ferreiros, 1997 a 2007.	27
Tabela 3 - Distribuição percentual dos óbitos e coeficientes de mortalidade (1.000 hab.) segundo o sexo. Ferreiros 1997 a 2007.	28
Tabela 4 - Coeficiente de mortalidade por principais causas (1.000 hab.), segundo o capítulo da CID 10. Ferreiros, 1997-2007.....	29
Tabela 5 - Análise de tendência da mortalidade segundo as variáveis sexo, faixa etária, e causas básicas do óbito. Ferreiros, 1997 a 2007.....	38
Tabela 6 - Número absoluto, distribuição percentual de morbidade, Ferreiros 1997 a 2001 - Antes do ESF.....	40
Tabela 7 - Número absoluto, distribuição percentual de Morbidade, Ferreiros 2002 a 2007 - Depois do ESF.....	40
Tabela 8 - Número absoluto, distribuição percentual da condição referida mediante o cadastramento dos ACS. Ferreiros 1998 a 2001 - Antes do ESF.....	42
Tabela 9 - Número absoluto, distribuição percentual da condição referida. Mediante o cadastramento dos ACS. Ferreiros 2002 a 2007 - Depois do ESF.....	42
Tabela 10 - População segundo a faixa etária – Ferreiros, 1997 a 2007.....	62
Tabela 11 - População residente, segundo ano e sexo Ferreiros-PE, 1997 a 2007.	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
CE	Causas Externas
CGM	Coefficiente Geral de Mortalidade
CPRM	Serviço Geológico do Brasil
DAC	Doenças Cardiovasculares
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DIP	Doenças Infecto Parasitárias
DN	Declaração de Nascimento
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastro e Acompanhamento de hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INSS	Instituto Nacional da Seguridade Nacional
MAL. DEF	Causas Mal Definidas
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PRODEEM	Programa de Desenvolvimento Energético dos Estados e Municípios
PSF	Programa Saúde da Família
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SBI	Sociedade Brasileira de Infectologia.
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIPACS	Sistema de Informação Agentes Comunitários de Saúde
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	20
3	OBJETIVOS	21
3.1	Objetivo geral	21
3.2	Objetivos específicos	21
4	MÉTODO.....	22
4.1	Desenho do estudo.....	22
4.2	Área de estudo	22
4.3	Período do estudo	22
4.4	População do estudo	23
4.5	Variáveis dependentes	23
4.6	Variáveis independentes.....	23
4.7	Critérios de inclusão	23
4.8	Critérios de exclusão	23
4.9	Fontes dos dados	24
4.10	Etapas da análise	24
4.11	Aspectos éticos	25
5	RESULTADOS.....	26
6	DISCUSSÃO	43
7	CONCLUSÕES	56
	REFERÊNCIAS	58
	APÊNDICES	62
	Apêndice A – Tabelas	62

1 INTRODUÇÃO

O Sistema de Saúde Brasileiro

As políticas de saúde no Brasil estruturaram um sistema de saúde, inicialmente mediante um sanitarismo campanhista (Reforma Oswaldo Cruz-1904) e a implantação da Previdência Social (Lei Eloi Chaves -1923) que estabelecem a separação da saúde pública, medicina previdenciária e medicina liberal (décadas de 20 a 50). Na segunda metade do século XX instalou-se o modelo médico assistencial privatista com a privatização, crises da saúde e a procura de alternativas (décadas de 60 e 70) (ROUQUAYROL, 2003).

Buscou-se a estruturação do sistema de saúde mediante certas estratégias (AIS-SUDS) e, após a Constituição de 1988, seguiu a construção social do Sistema Único de Saúde (SUS), ao tempo em que o mercado montava o sistema de assistência médica supletiva (décadas de 80 e 90) (ROUQUAYROL, 2003).

O Brasil possui hoje um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo – o SUS, conquista da Reforma Sanitária brasileira, consagrado pela Constituição Federal promulgada em 1988, e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 de 1990 (COHN, 2008).

O modelo de sistema de saúde proposto foi um Sistema Único de Saúde, organizado de forma descentralizada, regionalizada, hierarquizada e integrada; e os princípios e diretrizes que são a universalização, a equidade, a integralidade, e a gestão democrática, com o exercício do que se convencionou denominar de controle social (VIANA; POZ, 1998).

Com a criação do SUS, o Brasil foi o único país onde passou a existir acesso universal e igualitário, nos moldes de um serviço nacional de saúde, financiado com recursos fiscais (GIOVANELLA, 2003).

Como resultado do processo de descentralização e de aperfeiçoamento de gerência, o SUS conseguiu aumentar sua consistência, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde. A estratégia básica foi levar a saúde às populações e deixar de esperar que os doentes procurem os hospitais. A palavra que pode resumir os resultados da década é "inclusão" (NEGRI, 2002).

ESF/PACS como Estratégias de Mudança do Modelo de Atenção à Saúde

A história do Estratégia Saúde da família (ESF) tem início quando o Ministério da Saúde (MS) formula o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. A partir daí começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão somente) o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por família) (VIANA; POZ, 1998). O PACS foi formulado tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através de extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. Porém, a partir da experiência acumulada pelo estado do Ceará com o Programa de Agentes Comunitários ali implantados, houve a percepção, pelo Ministério da Saúde, de que os agentes poderiam também ser peça importante para a organização do serviço básico de saúde no município (VIANA; POZ, 1998).

Segundo Paim (2003) não há nada de errado em atender, com as ações de saúde, os milhões de excluídos da sociedade brasileira, mas o SUS não foi concebido, constitucionalmente, na perspectiva de assistência social para os pobres e indigentes, e sim para garantir integralmente o direito à saúde de todos os cidadãos, independentemente da sua situação sócio-econômica (ROUQUAYROL, 2003, p. 497).

Ainda segundo Paim (2003) o PACS tinha como objetivo geral “melhorar através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, além de contribuir para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde” (Brasil, 1993:2). A partir de 1993, o programa teve seu objetivo ampliado, passando a ser expresso do seguinte modo: “Incorporar ao Sistema Único de Saúde agentes comunitários de saúde, profissionalizados em auxiliares de enfermagem, para desenvolver ações básicas de saúde; identificar os fatores determinantes do processo saúde – doença; desencadear ações de promoção da saúde e prevenção da doença; funcionar como elo entre a população e os serviços de saúde, contribuindo assim, com a comunidade, no processo de aprender e ensinar a cuidar da sua própria saúde” (BRASIL, 1994 *apud* ROUQUAYROL, 1999, p. 497).

Pode-se afirmar que, pelo fato de o Programa de Agentes Comunitários ter tomado essa forma, ele não se constituiu, então, em apenas mais um programa vertical do Ministério da Saúde (uma ação paralela ao sistema de saúde). Foi também um braço auxiliar

na implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde, porque no momento em que a adesão do município ao PACS passou a exigir certos requisitos - como o funcionamento dos conselhos de saúde, a existência de uma unidade básica de referência do programa, a disponibilidade de um profissional de nível superior na supervisão e auxílio às ações de saúde e a existência de fundo municipal de saúde para receber os recursos do programa – este se tornou, sobretudo, um instrumento de (re) organização dos modelos locais de saúde (VIANA; POZ, 1998).

Os agentes comunitários de saúde podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família; e b) ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. Atualmente encontra-se em atividade no país 204 mil ACS, estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados (BRASIL, 2009).

Iniciado em 1994, a Estratégia Saúde da Família foi um projeto dinamizador do SUS, condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. Utilizado como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS, buscando uma maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais (PROESF, 2009).

Segundo Cohn (2008), o PACS e a ESF começaram a ser implantados nas regiões mais pobres do país, e verificou-se nessas localidades uma queda significativa da mortalidade infantil e um aumento expressivo da cobertura de serviços básicos de saúde, como porta de entrada para a atenção à saúde de maior nível de complexidade. A partir de 1994 o PSF expande-se de forma acelerada por todo o território nacional, incluindo as grandes metrópoles, estando hoje presente em todos os municípios brasileiros, e constituindo um dos programas de saúde prioritários do nível federal, desde sua criação.

A Estratégia Saúde da Família ampliou a cobertura em dez vezes, aproximadamente, entre 1997 e 2001, passando de 5,6 milhões de pessoas para mais de 50 milhões (NEGRI, 2002).

Segundo Cohn (2008), a ESF consiste numa estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde, enquanto uma política de saúde, e não um programa de saúde em si. Por meio dele o que se busca é alterar o modelo operado pelo SUS, pois se trata, segundo documentos oficiais, “de uma estratégia de reorientação do modelo assistencial operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde”, que acompanham um número definido de famílias residentes numa área geográfica

delimitada. Essas equipes tratam da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças mais frequentes e de agravos à saúde, e da manutenção da saúde da comunidade, desenvolvendo as ações próprias da atenção básica à saúde.

A saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família.

A progressiva expansão da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, particularmente nos últimos três anos, é outra evidência significativa da crescente importância desse modelo de organização da Atenção Básica no país. Atualmente, o percentual de cobertura da Estratégia de Saúde da Família é de 48,9%, contando com 28.865 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 5218 municípios, o que representa um percentual de 93,8% dos municípios brasileiros com a estratégia implantada, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica de agosto de 2008 (PROESF, 2009). O Programa de Agentes Comunitários de Saúde é hoje considerado parte da Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família.

Importância do uso de Indicadores de Saúde e Sistemas de Informação em Saúde

Os sistemas de informação são mantidos em cumprimento a dispositivos legais que regulamentam o SUS. A Lei Federal de nº 8080 de 1990 estabelece o papel das informações em saúde e a constituição dos sistemas de informação quando trata, no Capítulo II- Dos princípios e diretrizes do SUS, Artigo 7, inciso VII: sobre a “utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática”. No Capítulo IV- Da competência e das Atribuições, na Seção I, Artigo 15, inciso IV, esta Lei estabelece ainda: a “organização e coordenação do sistema de informação em saúde (SIS)” (BRASIL, 1990 *apud* ROUQUAYROL, 2003 p.505-521).

Segundo Moraes (1994),

Um sistema de informação em saúde pode ser entendido como um conjunto de componentes (estruturas administrativas e unidades de produção) que atuam integrada e articuladamente e que têm como propósito obter e selecionar dados e transformá-los em informação, com mecanismos e práticas próprios para a coleta,

registro, processamento, análise e transmissão da informação (ROUQUAYROL, 2003 p. 505-521).

Dados demográficos e epidemiológicos coletados rotineiramente pelos órgãos oficiais, como das secretarias estaduais de saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos dão, simplesmente, uma idéia do perfil demográfico e epidemiológico em relação ao total de indivíduos.

Os sistemas nacionais de informação em saúde: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) estão sob a gestão do Centro Nacional de Saúde, e o Sistema de Informação Ambulatorial (SAI) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH), da Secretaria de Assistência à Saúde e o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) da Secretaria Executiva que responde pelo desenvolvimento e realiza o suporte gerencial dos sistemas.

Em 1997, o DATASUS disponibilizou, para toda a rede do SUS, gestores em saúde e instituições interessadas, o TABWIN (BRASIL, 1998), aplicativo que procede à leitura dos bancos de dados, realiza a tabulação e contém recursos para cálculos básicos, construção de indicadores, representação gráfica e geográfica com a disposição dos dados em mapas por municípios, estados e região (ROUQUAYROL, 2003 p.505-521).

Segundo Mota e Carvalho (2003) além do suporte à gestão dos serviços, as informações orientam a implantação dos modelos de atenção, de promoção da saúde e das ações de prevenção e controle. O conhecimento sobre a situação de saúde permite estabelecer prioridades e alocar recursos de forma direcionada para a modificação positiva das condições de saúde população.

O SIM data de junho de 1976, e 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. Nesse mesmo ano foi definido um modelo padronizado de Declaração de Óbito - fonte alimentadora do sistema (BRASIL, 2001 *apud* BARBOSA et al; 2008).

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos foi implantado em 1990, e estrutura-se de forma semelhante ao SIM, isto é, com um instrumento padronizado de coleta de dados para todo o país, a declaração de nascido vivo (DN). Seu preenchimento é feito nos hospitais e instituições de saúde que realizam partos e nos Cartórios de Registro Civil para os partos domiciliares. As informações contidas na Declaração de Nascimento (DN) são

essenciais para atenção integral à saúde da criança e possibilitam a adoção de medidas que assegurem o pleno desenvolvimento e crescimento infantil (ROUQUAYROL, 2003, p. 505-521).

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 SINASC), só veio a ser publicada através da Portaria da FUNASA N° 20 de 03/10/2003 (BRASIL, 2004b *apud* BARBOSA, et al, 2008).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação teve início em 1992, embora a obrigatoriedade da notificação de doenças conste da Lei n° 6.259/75, que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, regulamentada pelo Decreto n° 78. 231/76, e que à época se referiu a um conjunto de agravos de notificação compulsória. Os dados da notificação e investigação de casos de doenças alimentam o SINAN que conta com dois instrumentos padronizados de coleta, emitidos pelas secretarias estaduais e municipais de saúde: a ficha individual de notificação, preenchida para cada paciente quando há suspeita da ocorrência de um problema de saúde de notificação obrigatória, que é encaminhada pela unidade de saúde aos órgãos responsáveis pela vigilância epidemiológica de nível local, regional ou estadual e a ficha individual de investigação que contém os elementos necessários ao conhecimento da situação epidemiológica de nível local, regional ou estadual. Os dados do SINAN proporcionam o cálculo de incidência e prevalência de doenças, sua letalidade, o acompanhamento das tendências temporais e a identificação de áreas de risco, essenciais para completar o conhecimento sobre as condições de saúde da população (ROUQUAYROL, 2003 p.505-521).

O Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), pela então Coordenação da Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde, hoje Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS/DATASUS/SE, para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.

O SIAB foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, completamente inserido no contexto de reorganização do SUS no país, o que fez com que assumisse características distintas dos demais sistemas existentes.

Por meio do SIAB obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde (SIAB, 2000).

Transição Demográfica x Epidemiológica

No século XX, o Brasil experimentou intensas transformações na sua estrutura populacional e padrão de morbi-mortalidade. A partir da segunda metade do século, a constante queda da taxa de natalidade, mais acentuada que a verificada nas taxas de mortalidade tem provocado uma diminuição nas taxas de crescimento populacional. Paralelamente, tem se verificado um aumento da expectativa de vida ao nascer, refletindo o processo de envelhecimento da população, com aumentos contínuos e significativos na proporção de indivíduos com idade superior a 60 anos (CESSE; FREESE, 2006).

Outra importante característica nos padrões epidemiológicos do país, com evidentes reflexos na estrutura demográfica, diz respeito às modificações na mortalidade por grupos de causas com redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o aumento das causas crônico-degenerativas e agravos relacionados aos acidentes e violência (CARMO et al., 2003).

No Brasil, as doenças crônicas de maior magnitude na atualidade são as Doenças do aparelho circulatório, os diversos tipos de neoplasias e a diabetes mellitus. Do ponto de vista social, a elevada ocorrência dessas doenças na população acarreta gastos públicos com hospitalizações, licenças médicas prolongadas, diagnóstico, tratamento e aposentadorias precoces por incapacidade e invalidez (CESSE, 2007).

Segundo essa mesma autora, as modificações no padrão epidemiológico e demográfico das sociedades contemporâneas têm sido objetos de análise no mundo inteiro com o intuito de melhor entender o padrão de ocorrência destes processos na população.

Para Prata, (1992), o perfil de morbi-mortalidade pode ser considerado um indicador relativamente sensível das condições de vida e do modelo de desenvolvimento de uma população, sendo o resultado da interação de diversos fatores interdependentes.

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.

2 JUSTIFICATIVA

Considerando que:

- a) Melhorar a informação sobre os fatores determinantes e condicionantes das doenças podem trazer mais subsídios para a gestão de recursos financeiros e humanos e para a gestão e avaliação de ações e serviços;
- b) O conhecimento da situação epidemiológica, integrando informações que orientem as ações e serviços para o atendimento das necessidades de saúde do município em estudo, permitirão uma melhor compreensão das mudanças ocorridas após a implantação do ESF;

Este trabalho reveste-se de grande importância, pois objetiva analisar o perfil de morbimortalidade dos residentes do município de Ferreiros, Pernambuco, no período de 1997 a 2007 buscando compreender as mudanças ocorridas no perfil de morbimortalidade do município após a implantação do ESF em 2001.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar o perfil de morbimortalidade dos residentes do município de Ferreiros - PE, no período de 1997 a 2007.

3.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o perfil de mortalidade dos residentes do município de Ferreiros segundo as variáveis: sexo, faixa etária e causa básica do óbito, no período do estudo;
- b) Descrever o perfil de morbidade dos residentes do município de Ferreiros, no período do estudo;
- c) Analisar a tendência dos óbitos dos residentes do município de Ferreiros ano-a-ano para todo o período do estudo;
- d) Identificar possíveis alterações do perfil de morbimortalidade da população do estudo após a implantação do ESF, em 2001.

4 MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Estudo descritivo de corte transversal e análise de tendência.

4.2 Área de estudo

Ferreiros é um município com 92,10km², localizado na mesorregião da Mata Pernambucana e microrregião da Mata Setentrional do estado de Pernambuco, com população estimada de 11.397 habitantes para o ano de 2008 e densidade populacional de 115 hab/km². A sede do município fica a 109 km da capital, tendo por limite ao norte: o município de Camutanga ao sul: o município de Aliança; ao leste: o município de Itambé e ao oeste o município de Timbaúba, suas principais vias de acesso são: a PE-082; PE-005 e BR 408 (IBGE, 2006).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é de 0,629, situando o município em 80° no ranking estadual e em 4153° no nacional.

Na área de saúde está organizado no modelo de Vigilância à Saúde, de acordo com a condição de Gestão da Atenção Básica. Existem atualmente em funcionamento 04 Equipes de Saúde da Família (ESF), 04 equipes de Saúde Bucal, 24 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) 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, 02 Postos de saúde e 01 Unidade de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2009).

4.3 Período do estudo

1997 a 2007, categorizados em (1997 a 2001 – antes da implantação do PSF) e (2002 a 2007 – após a implantação do PSF).

4.4 População do estudo

A população de estudo constitui-se de dados de morbidades, e óbitos dos residentes de Ferreiros no período do estudo.

4.5 Variáveis dependentes

Causa básica do óbito e doença notificada.

4.6 Variáveis independentes

Sexo, idade (agrupadas por faixa etária: < 1 ano, 1 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59, 60 anos e mais), ano do óbito, ano da notificação.

4.7 Critérios de inclusão

Serão incluídos neste estudo, todos os óbitos e dados de morbidade de residentes do município de Ferreiros no período do estudo.

4.8 Critérios de exclusão

Serão excluídos dados de óbitos e de morbidade referentes a pessoas não residentes do município do estudo, bem como dados de períodos diferentes do que fora estabelecido para o estudo.

4.9 Fontes dos dados

Banco de dados de Mortalidade - SIM, Morbidade - SINAN e o da Atenção Básica – SIAB, referente aos residentes do município de Ferreiros no período de 1997 a 2007, obtidos através do DATASUS/MS, sendo estes de domínio público.

4.10 Etapas da análise

Inicialmente foram selecionados todos os óbitos ocorridos em residentes do município do estudo, no período de 1997 a 2007.

Os grupos populacionais foram categorizados por sexo e nas faixas etárias correspondentes à < 1 ano, 1 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59, 60 anos e mais. Em seguida foram realizadas análises através de tabelas de distribuição de frequência simples dos óbitos agrupados por faixa etária, sexo, agrupamentos de causas e ano do óbito.

Foram calculados os Coeficientes Gerais de Mortalidade (CGM) para o município 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 para os dois períodos do estudo. 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 convencionou-se chamar sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratórios não classificados em outra parte (Cap. XVIII da CID 10) como causas mal definidas.

No intuito de analisar a tendência dos coeficientes de mortalidade na cidade de Ferreiros ao longo do tempo do estudo, realizou-se análise de tendência através de modelo de regressão linear simples, sendo todas as conclusões tomadas ao nível de significância de 5%.

Foram selecionadas todas as morbidades, segundo SINAN e SIAB, ocorridos em residentes do município do estudo, no período de 1997 a 2007, que foram categorizadas em antes e após a implantação do ESF, e para estes foram construídas tabelas de número absoluto e percentual das morbidades. Apenas para os casos de esquistossomose foi calculado o coeficiente de incidência.

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 TABWIN (versão 3.4) para extração dos dados provenientes do SIM e o SPSS (versão 8.0) na realização das tabelas de frequência e para análise de regressão linear simples.

4.11 Aspectos éticos

Trata-se de uma pesquisa onde foram utilizados dados secundários disponíveis em meio eletrônico e de domínio público. O projeto foi aprovado pelo CEP/CPqAM com parecer de nº 57/09.

5 RESULTADOS

Segundo dados provenientes do IBGE (2007), o município de Ferreiros possuía uma população de 10562 habitantes sendo 50,08% do sexo masculino e 49,92% do sexo feminino. A faixa etária predominante correspondia aos adultos jovens (20 a 39 anos) com representação de 19,60% da população.

Entre 1997 e 2007 ocorreram 788 óbitos no município de Ferreiros. O coeficiente geral médio de mortalidade para todo o período do estudo foi de 6,86 por 1.000hab. Os dados da tabela 1 revelam que o ano com maior coeficiente de mortalidade foi o de 2000, na ordem 8,48/1000hab, enquanto que o menor foi o ano de 2006 com 5,20/1000hab.

Tabela 1 - Número absoluto, distribuição percentual, coeficiente de mortalidade geral por (1000 hab) Ferreiros 1997 a 2007.

Ano	Nº	%	CMG
1997	73	9,3	7,30
1998	66	8,4	6,68
1999	72	9,1	7,37
2000	91	11,5	8,48
2001	74	9,4	6,90
2002	78	9,9	7,30
2003	78	9,9	7,31
2004	70	8,9	6,58
2005	70	8,9	6,60
2006	55	7,0	5,20
2007	61	7,7	5,78
TOTAL	788	100,0	6,86

Fonte: Total de Óbitos (1997 a 2007) TABNET/DATASUS

A análise dos coeficientes de mortalidade segundo a faixa etária (Tabela 2) revela que em menores de 1 ano o número de óbitos teve seu pico máximo em 1998 com 96,77/1000hab. A partir de 1999 a mortalidade infantil começa a decair chegando a 14,85 óbitos/1000 nascidos vivos em 2004. Em 2005 observa-se que este coeficiente apresentou um novo aumento em relação aos anos anteriores na ordem de 34,93/1000 nascidos vivos decaindo no ano seguinte. Não houve nenhum óbito de crianças com menos de 1 ano registrado no município para o ano de 2007. O coeficiente médio em todo o período estudado para esta faixa etária ficou na ordem de 36,84/1000nascidos vivos.

Em relação à mortalidade em maiores de 60 anos observa-se na série estudada que o coeficiente manteve-se sem grandes variações, o maior índice foi registrado no ano de 2000

na ordem de 55,60 óbitos/1000 hab. e o menor no ano de 2006 com 28,65 óbitos/1000 hab, com coeficiente médio para todo o período de 41,86/1.000hab. As demais faixas etárias apresentaram coeficientes de mortalidade abaixo de 7óbitos/1000 hab.

Tabela 2 - Coeficiente de mortalidade (1.000 hab.) segundo a faixa etária. Ferreiros, 1997 a 2007.

Ano	Faixa etária					
	< 1 ano*	1 a 9	10 a 19	20 a 39	40 a 59	60 e +
1997	59,21	1,06	0,38	1,51	7,88	47,20
1998	96,77	0,00	0,76	2,67	6,75	34,44
1999	69,36	1,09	0,00	2,32	8,06	43,82
2000	43,21	1,02	0,00	1,58	7,93	55,60
2001	40,40	0,00	0,40	0,95	8,51	41,48
2002	25,32	1,02	0,40	0,95	10,81	42,55
2003	15,79	1,02	0,80	2,23	2,85	51,51
2004	14,85	0,51	0,40	3,19	4,00	42,70
2005	34,93	0,51	1,21	1,60	5,73	38,39
2006	12,99	0,51	0,00	2,24	7,47	28,65
2007	0,00	0,00	0,52	1,44	5,56	34,43
CM**	36,84	0,62	0,44	1,86	6,84	41,86

Fonte: Total de Óbitos (1997 a 2007) TABNET/DATASUS.

Nota: * Para cálculo da mortalidade infantil utilizou-se como denominador nascidos vivos.

** Coeficiente médio de todo o período.

A análise do coeficiente de mortalidade segundo o sexo revela que houve uma sobremortalidade em todo o período para o sexo masculino, porém quando analisa-se a distribuição percentual do número de óbitos, o que se observa é que a sobremortalidade masculina aconteceu apenas nos anos de 1997 a 2001 e 2005 (tabela 3).

Ainda analisando a tabela 3, a mortalidade no sexo masculino teve seu pico máximo registrado no ano de 2000 com 12,05% e o menor no ano de 2007 com 7,81%, enquanto que no sexo feminino o maior índice foi de 10,88% nos anos de 2000, 2002 e 2003 e o menor foi no ano de 2006 com 7,06% dos óbitos.

Tabela 3 - Distribuição percentual dos óbitos e coeficientes de mortalidade (1.000 hab.) segundo o sexo. Ferreiros 1997 a 2007.

Ano	MASCULINO			FEMININO		
	n°	%	CM	n°	%	CM
1997	44	9,82	9,06	27	7,94	5,37
1998	39	8,71	7,94	27	7,94	5,44
1999	41	9,15	8,44	31	9,12	6,32
2000	54	12,05	10,06	37	10,88	6,9
2001	45	10,04	8,39	29	8,53	5,42
2002	40	8,93	7,67	37	10,88	6,93
2003	40	8,93	7,68	37	10,88	6,94
2004	36	8,04	6,76	34	10,00	6,4
2005	43	9,60	8,11	27	7,94	5,1
2006	31	6,92	5,86	24	7,06	4,54
2007	35	7,81	6,43	30	8,82	4,74
TOTAL	448	100	7,84	340	100	5,83

Fonte: Total de Óbitos (1997 a 2007) TABNET/DATASUS.

Quando analisado o coeficiente de mortalidade por principais causas no município de Ferreiros, observa-se a predominância das causas mal definidas como a principal causa de óbito em todos os anos da série estudada. Seu maior índice foi registrado no ano de 2000 com 5,03 óbitos/1000 hab. e o menor no ano 2007 com apenas 0,18 óbitos/1000 hab., o coeficiente médio foi de 3,74 óbitos/1000 hab.

Em segundo lugar vêm as DAC com discreta variação anual até 2004 e aumento a partir de 2005, o maior índice foi registrado em 2007 com 2,27 óbitos/1000 hab. e os menores nos anos de 1998 e 2004 com coeficiente em torno de 1,0 óbitos/1000 hab. e coeficiente médio de 1,43 óbitos/1000 hab.

Em terceiro lugar das principais causas de óbitos foram as CE, observa-se que apresentou pico máximo em 1998, 2001 e 2003 enquanto que em 2007 teve seu menor índice, coeficiente médio foi de 0,59 óbitos/1000 hab.

As DAR aparecem em quarto lugar com coeficiente médio de 0,34 óbitos/1000 hab. e apresentava-se constante de 1997 a 1 de óbitos no ano de 2000, e após este período apresentou valores de coeficientes sem muitas variações. Em 2007 foram observados os maiores coeficientes de mortalidade por DAC em todo o período analisado.

Em quinto lugar aparecem as NEO e as DENM com coeficientes médios de aproximadamente 0,30 óbitos/1000 hab. e em sexto lugar aparecem as DIP com coeficiente médio de 0,22 óbitos/1000 hab.

A análise das principais causas de óbitos no município de Ferreiros revela que as doenças do aparelho circulatório (DAC) são responsáveis pela maioria dos óbitos em todo o período analisado, mas quando leva-se em conta os óbitos com causa básica mal definida, observa-se que esta causa supera as DAC até o ano de 2005 (Tabela 4).

Tabela 4 - Coeficiente de mortalidade por principais causas (1.000 hab.), segundo o capítulo da CID 10. Ferreiros, 1997-2007.

Ano	Coeficiente de mortalidade (1000 habitantes)						
	DAC	CE	DIP	NEO	DAR	MAL DEF.	DENM
1997	1,20	0,70	0,40	0,40	0,30	3,70	0,10
1998	1,01	0,80	0,60	0,20	0,20	2,83	0,30
1999	1,53	0,51	0,40	0,51	0,20	2,96	0,51
2000	1,02	0,65	0,18	0,37	0,55	5,03	0,09
2001	1,11	0,74	-	0,09	0,18	3,91	0,18
2002	1,68	0,46	0,09	0,18	0,37	3,74	0,18
2003	1,21	0,74	0,18	0,09	0,28	3,65	0,65
2004	0,93	0,56	0,28	0,09	0,28	4,22	-
2005	1,69	0,66	0,18	0,37	0,18	2,26	0,28
2006	2,07	0,37	-	0,66	0,28	0,37	0,47
2007	2,27	0,28	0,09	0,37	0,94	0,18	0,56
CM**	1,43	0,59	0,22	0,32	0,34	2,99	0,30
TOTAL	15,44	6,36	2,34	3,27	2,05	3,74	3,27

Fonte: Total de Óbitos (1997 a 2007) TABNET/DATASUS.

Legenda: DIP- Algumas doenças infecciosas e parasitárias (Cap. I)

NEO- Neoplasias Cap.II)

DENM- Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (Cap. IV)

DAR- Doenças do aparelho respiratório (Cap.X)

DAC -Doenças do aparelho circulatório (Cap. IX)

CE- Causas externas de morbidade e mortalidade (Cap. XX)

MAL DEF.- Mal definidas (Cap. XVIII)

Nota: **Coeficiente médio por causa

A Figura 1 diz respeito à análise dos óbitos femininos segundo os principais grupos de causas básicas. O que pode-se observar é que as causas mal definidas foram responsáveis por 47,5% de todos os óbitos em todo o período analisado. Dentre os óbitos que tiveram registro de causa básica, as DAC foram responsáveis por 22,1% de todos os óbitos, seguidas das doenças do aparelho respiratório, das doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, das neoplasias e das causas externas.

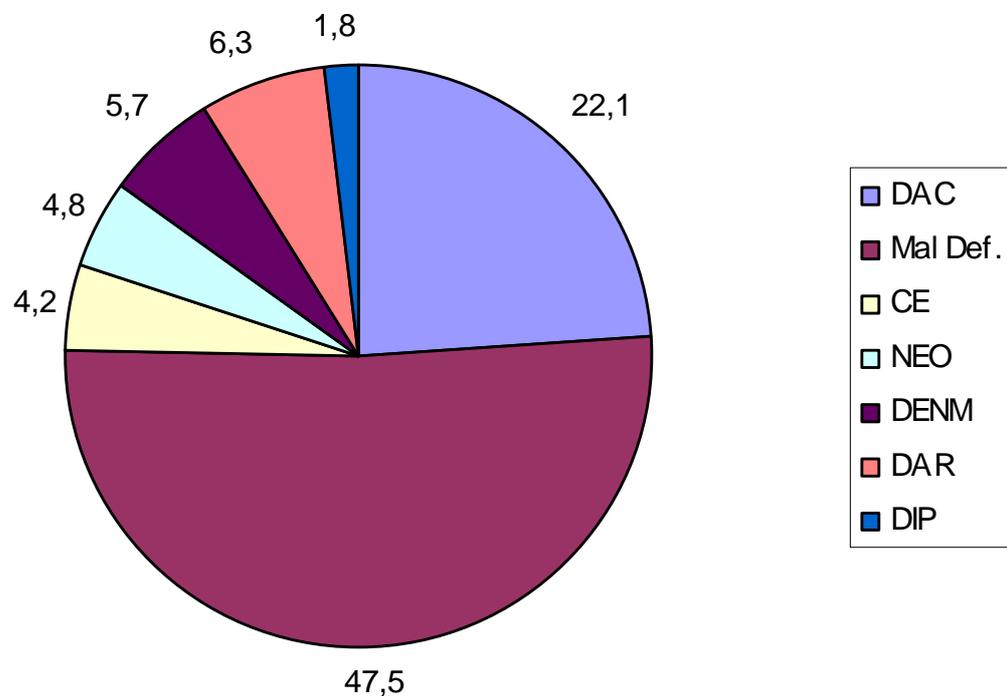


Figura 1 - Distribuição percentual de óbitos femininos segundo grupo de causas – CID-X. Ferreiros, 1997 a 2007.

De forma similar ao encontrado para o sexo feminino, os óbitos masculinos também tiveram mais de 40% de seus óbitos com o registro da causa básica mal definida. Ainda de forma similar, entre os óbitos com causa básicas conhecidas, as DAC também responderam pelo maior número de óbitos com 20,2% do total.

A diferença observada entre as causas de óbitos em relação ao gênero é mais evidente quando a análise revela que as causas externas foram responsáveis por aproximadamente 12% dos óbitos masculinos no município para todo o período analisado.

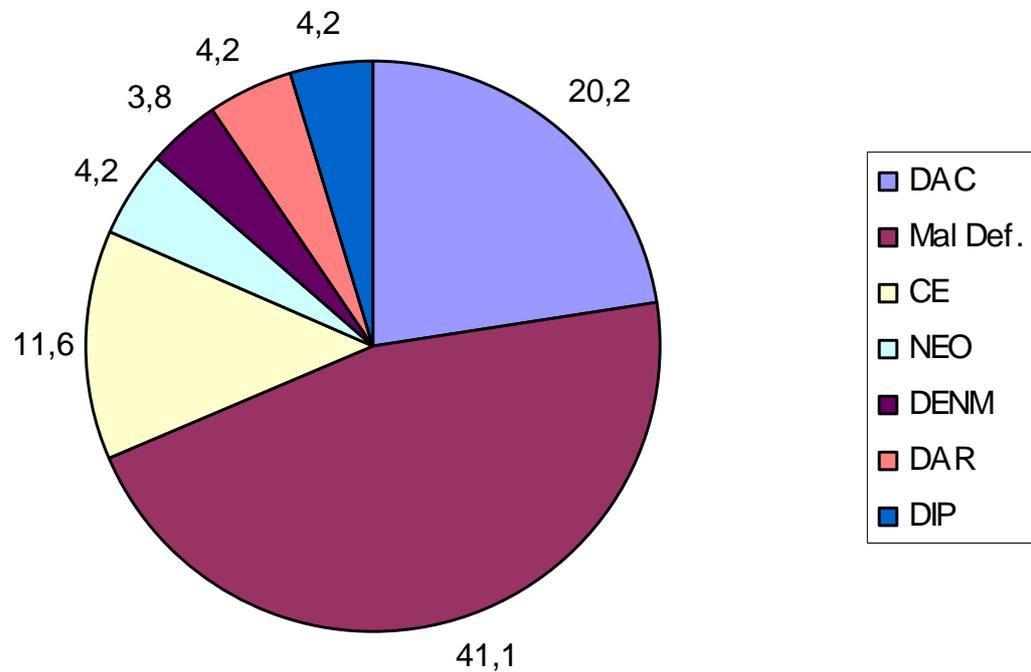


Figura 2 - Distribuição percentual de óbitos masculinos segundo grupo de causas – CID-X. Ferreiros, 1997 a 2007.

As análises dos óbitos segundo a causa básica e as faixas etárias são apresentadas a seguir nas figuras 3 a 8.

Em relação à mortalidade infantil, excetuando-se as causas mal definidas que respondeu por 35,2% do total de óbitos em todo o período analisado, o que observa-se é que as doenças infecto parasitárias (DIP) foram responsáveis por mais de 11% dos óbitos infantis, seguidos das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e doenças do aparelho respiratório.

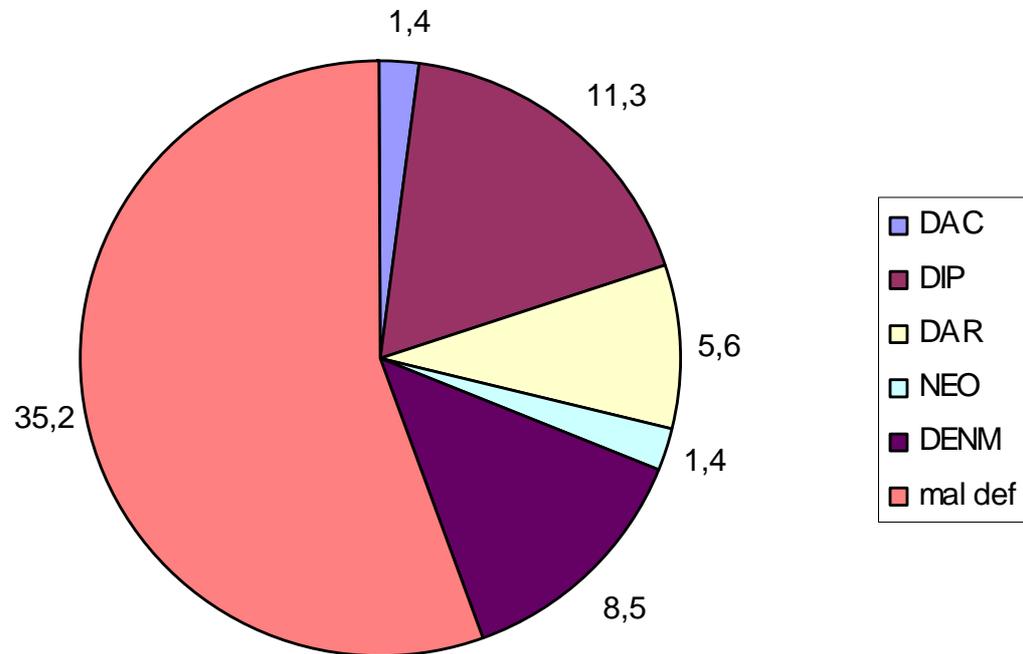


Figura 3 - Distribuição percentual de óbitos de menores de 1 ano segundo grupo de causas – CID-X. Ferreiros, 1997 a 2007.

Entre a população de 1 a 9 anos, excluindo-se as mal definidas, que ainda são os maiores percentuais de óbitos desta faixa etária, observa-se que as doenças infecto parasitárias deixam de figurar como a principal causa de óbito sendo superada então pelas doenças do aparelho respiratório e as causas externas com 15,4% de óbitos cada.

As neoplasias e as DIP aparecem nesta faixa etária respondendo por 7,7% de todos os óbitos, ou seja, 7 vezes mais do que entre as crianças menores de 1 ano.

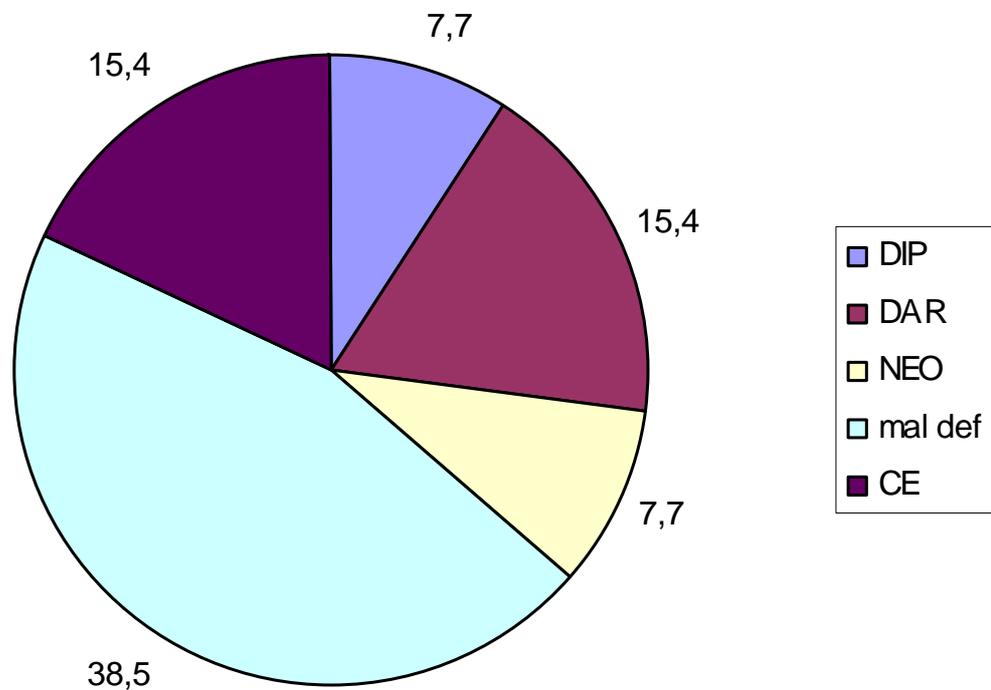


Figura 4 - Distribuição percentual de óbitos de pessoas com idade entre 1 e 9 anos segundo grupo de causas – CID-X. Ferreiros, 1997 a 2007.

A análise dos óbitos da faixa etária de 10 a 19 anos revelou que as causas externas foram a principal causa de óbito entre os jovens do município. As DAC e as causas mal definidas aparecem como segunda causa de óbitos com 16,7% cada e as neoplasias são responsáveis por aproximadamente 8% de todos os óbitos.

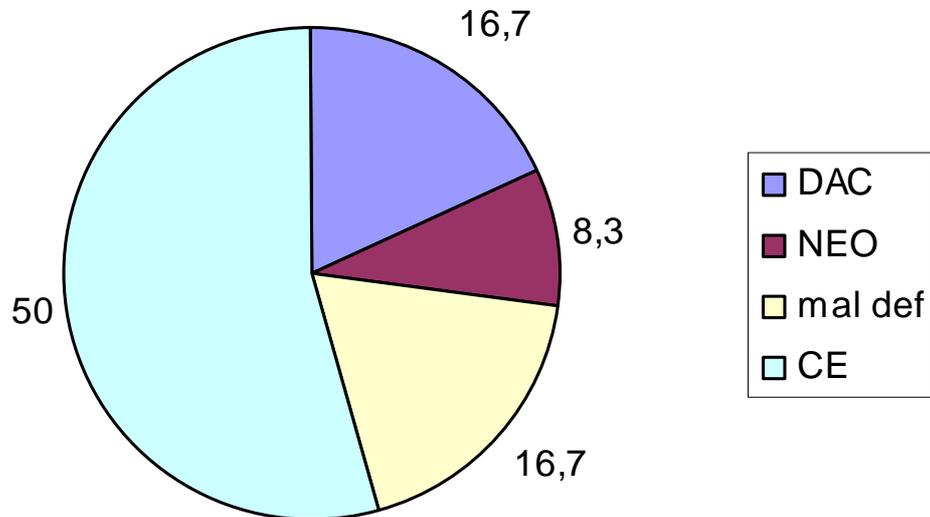


Figura 5 - Distribuição percentual de óbitos de pessoas com idade entre 10 e 19 anos segundo grupo de causas – CID-X. Ferreiros, 1997 a 2007.

O perfil de mortalidade entre as pessoas de 20 a 39 anos é bastante similar ao encontrado para a faixa etária analisada anteriormente (10 a 19 anos), sendo as causas externas a principal causa de óbitos de adultos jovens do município de Ferreiros em todo o período analisado. Mais uma vez as causas mal definidas figuram como responsáveis por um grande contingente de óbitos nesta população, mas é possível observar que as DAC apresentam uma proporção de 11% de todos os óbitos. Interessante notar que as doenças infecto parasitárias se apresentam como a 3ª causa básica conhecida de óbitos de pessoas nesta faixa etária.

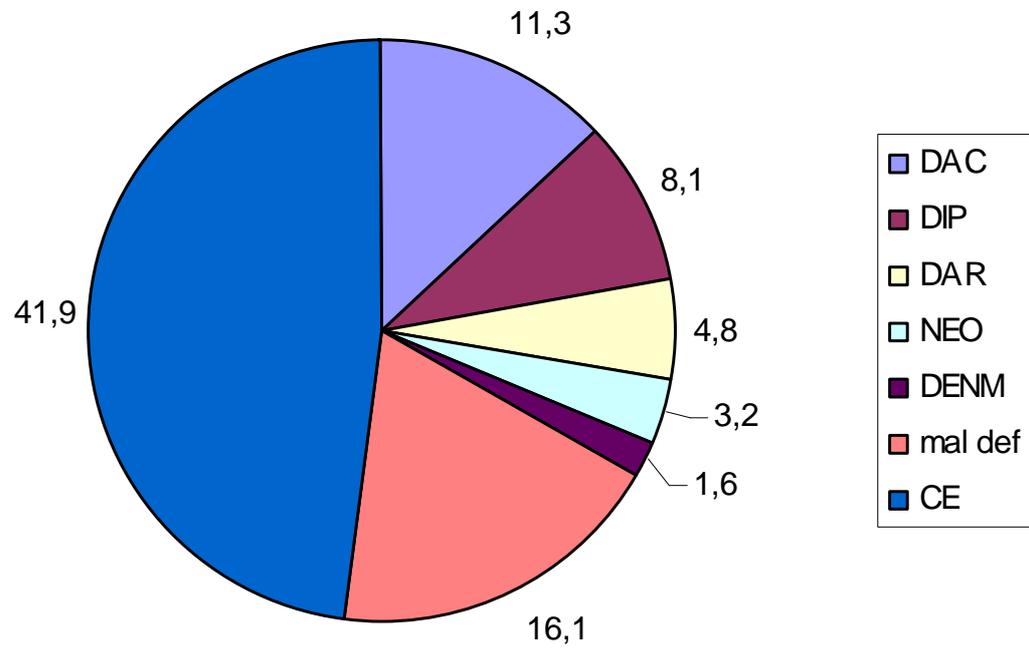


Figura 6 - Distribuição percentual de óbitos de pessoas com idade entre 20 e 39 anos segundo grupo de causas – CID-X. Ferreiros, 1997 a 2007.

Na faixa etária de 40 a 59 anos ainda observa-se as causas externas como responsável por mais de 15% dos óbitos, mas as DAC já superam em pelo menos o dobro (31%) de todos os óbitos desta faixa etária. As causas mal definidas, como em todas as outras faixas etárias analisadas respondem por uma fatia importante dos óbitos dos adultos da cidade.

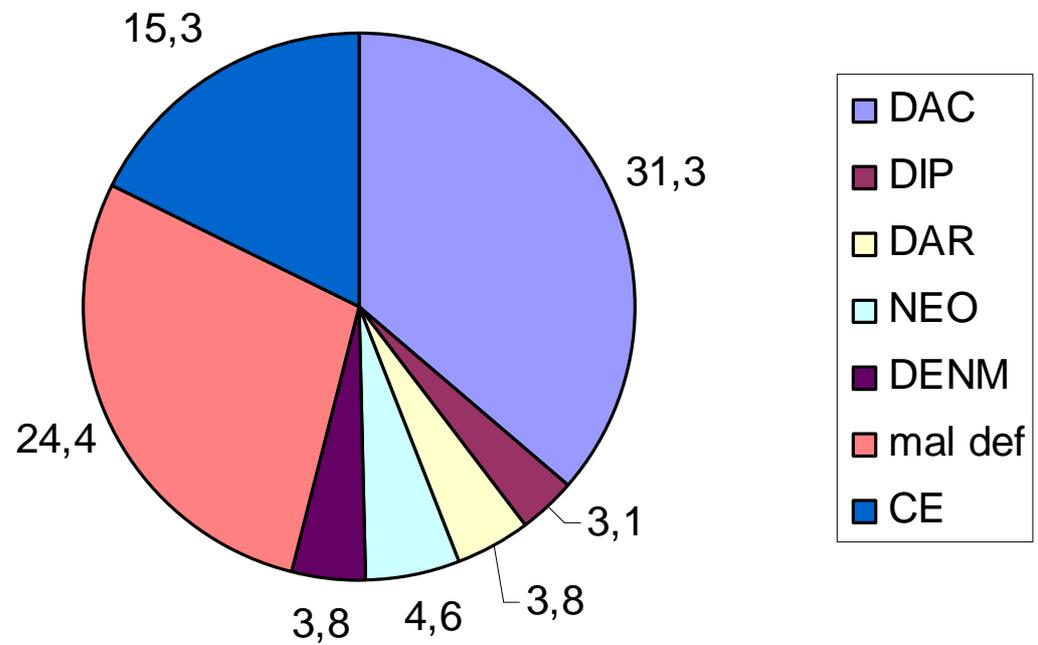


Figura 7 - Distribuição percentual de óbitos de pessoas com idade entre 40 e 59 anos segundo grupo de causas – CID-X. Ferreiros, 1997 a 2007.

Impressiona o montante de óbitos sem a causa básica conhecida na faixa etária de idosos da cidade, mais de 54% do total de óbitos. Entre as causas conhecidas, as DAC são responsáveis pela maioria dos óbitos.

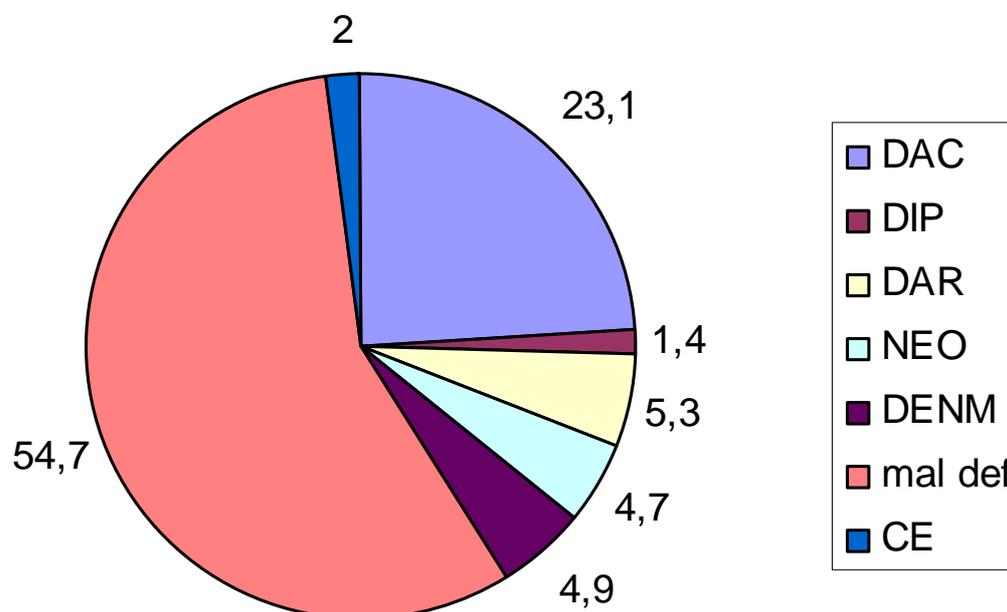


Figura 8 - Distribuição percentual de óbitos de pessoas com idade entre 60 anos e mais segundo grupo de causas – CID-X. Ferreiros, 1997 a 2007.

Sabe-se que a melhora no diagnóstico da causa básica dos óbitos do município poderá alterar profundamente o perfil encontrado de mortalidade.

Em relação às tendências dos óbitos em todo o período analisado (Tabela 5), foi observado uma diminuição significativa na mortalidade geral na ordem de 0,17 óbitos por ano com poder de explicação do modelo em torno de 44%, em todo o período analisado. Da mesma forma, foi observada uma diminuição dos óbitos masculinos no município. Esta diminuição foi de 0,27 óbitos a cada ano, com 56% de explicação do modelo. Houve uma queda dos óbitos femininos ao longo do período analisado, mas estes resultados não foram estatisticamente significantes.

Em relação à análise de tendência da mortalidade por faixa etária, a única que teve um resultado significativo foi a de menores de 1 ano de idade. A mortalidade infantil vem decaindo em torno de 7,42 óbitos por ano ao longo do período analisado, sendo o percentual de explicação do modelo em torno de 74%. Houve um aumento dos óbitos para as faixas etárias de 10 a 39 anos, porém estes não foram estatisticamente significantes, podendo-se

atribuir parte deste aumento aos altos percentuais encontrados nas causas externas para este grupo de pessoas.

Para os principais grupos de causas de óbitos no município, a análise de tendência revelou que DAC vem apresentando crescimento significativo na ordem de 0,09 óbitos por ano e 44% de explicação do modelo, diferentemente do encontrado para as causas externas e os óbitos mal definidos que tiveram queda significativa na ordem de 0,03 e 0,29 ao ano respectivamente.

Tabela 5 - Análise de tendência da mortalidade segundo as variáveis sexo, faixa etária, e causas básicas do óbito. Ferreiros, 1997 a 2007.

	Coeficiente Beta	p-valor	R ²
Geral	-0,17	0,025	0,44
Sexo			
Masculino	-0,27	0,008	0,56
Feminino	-0,09	0,328	0,11
Faixas Etárias			
< 1 ano	-7,42	<0,001	0,74
1 a 9 anos	-0,05	0,321	0,11
10 a 19 anos	0,02	0,557	0,04
20 a 39 anos	0,002	0,973	0,00013
40 a 59 anos	-0,27	0,228	0,16
60 anos e mais	-1,08	0,157	0,21
DAC	0,09	0,026	0,44
CE	-0,03	0,033	0,41
Mal Def.	-0,29	0,042	0,38

DAC -Doenças do aparelho circulatório (Cap. IX)

CE- Causas externas de morbidade e mortalidade (Cap. XX)

MAL DEF.- Mal definidas (Cap. XVIII)

Em relação à análise das morbidades segundo o SINAN, no período de 1997-2001, ou seja, antes da implantação da ESF dentre os agravos de notificação compulsória a dengue concentrou o maior número de casos com um percentual de 30% do total de casos do período (tabela 6). Ressaltando um maior número de casos no ano de 1997 com representação de 66% dos casos notificados naquele ano.

A partir de 2002 a dengue passa a ocupar a segunda causa de morbidades contribuindo com 31% dos casos notificados (tabela 7), o maior número de casos foi registrado em 2002 com 63% dos casos notificados no referido ano.

Como segunda causa de morbidade notificável no período antes do PSF, surge o grupo das infecções sexualmente transmissíveis (corrimentos vaginal, uretral e cervical e as infecções por gardnerella, tricomoníase, candidíase, entre outras), concentrando uma proporção de 28% do total de casos no período estudado (tabela 6). Após a implantação do PSF as infecções sexualmente transmissíveis passam a ocupar o terceiro lugar colaborando com 23% das notificações no período (tabela 7). Vale ressaltar que nos anos de 2005 e 2007 não houve registro de casos dessa morbidade e no ano de 2006 apenas 01 caso foi notificado.

Em terceiro lugar surge a esquistossomose com 16% dos casos (tabela 6) no período antes da ESF, passando a ser a quarta causa com 9% (tabela 7) dos casos após a implantação do mesmo. Verifica-se na série histórica estudada que no ano de 1998 nenhum caso da doença foi notificado.

As doenças de veiculação hídrica: cólera, diarreia e hepatite viral foram responsáveis por 8% do total de casos notificados na série 1997-2001 (tabela 6), sendo a quarta causa de morbidade notificável e a quinta causa no período de 2002-2007 com uma participação de 1% dos casos (tabela 7).

Entre outros agravos notificáveis a quinta causa foi às doenças inflamatórias pélvicas com 7% dos casos (tabela 6).

A sexta causa foram os atendimentos antirábicos como a sexta causa com um percentual de 5% (tabela 6) antes da implantação da ESF e passou a ocupar o primeiro lugar com 35% (tabela 7) do total de casos notificados após a implantação da ESF, observa-se na série histórica 2002-2007 um aumento progressivo da notificação desta causa.

Observa-se que só a partir de 2007 agravos como a tuberculose e a hanseníase começaram a ser notificados, tais agravos até então não haviam sido notificados no município.

Após a implantação do ESF em 2002 verifica-se uma mudança do perfil das doenças notificadas e um aumento significativo do quantitativo de notificação do município antes do ESF foram notificadas 243 doenças e depois do ESF foram 879 notificações.

Tabela 6 - Número absoluto, distribuição percentual de morbidade, Ferreiros 1997 a 2001 - Antes do ESF.

CAUSA	1.997		1.998		1.999		2.000		2.001		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dengue	63	66	-	-	-	-	11	20	-	-	74	30
DST/AIDS	-	-	1	11	-	-	26	47	41	58	68	28
Esquistossomose	22	23	-	-	5	42	8	15	3	4	38	16
Doença veiculação hídrica	9	9	6	67	4	33	-	-	-	-	19	8
Doença inflamatória pélvica	-	-	-	-	-	-	6	11	11	15	17	7
Atendimento antirábico	-	-	-	-	2	17	1	2	10	14	13	5
Leishmaniose Tegumentar	1	1	-	-	-	-	2	4	1	1	4	2
Meningite	-	-	1	11	-	-	1	2	2	3	4	2
Doenças imunopreveníveis	1	1	-	-	-	-	-	-	1	1	2	1
Intoxicação Alimentar	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	2	1
Chagas Agudo	-	-	1	11	-	-	-	-	-	-	1	-
Tétano acidental	-	-	-	-	1	8	-	-	-	-	1	-
Total	96	100	9	100	12	100	55	100	71	100	243	100

Fonte: SINAN/SES 1997-2001

Tabela 7 - Número absoluto, distribuição percentual de Morbidade, Ferreiros 2002 a 2007 - Depois do ESF.

CAUSA	2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N	%
Atendimento antirábico	9	2	51	47	52	58	73	85	62	64	59	59	306	35
Dengue	251	63	2	2	-	0	1	1	17	18	2	2	273	31
DST/AIDS	132	33	46	43	21	23	-	0	1	1	-	0	200	23
Esquistossomose	4	1	8	7	16	18	12	14	16	16	27	27	83	9
Doenças de veiculação hídrica	2	1	1	1	-	0	-	0	1	1	4	4	8	1
Tuberculose	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	6	6	6	1
Hanseníase	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	2	2	2	0
Leptospirose	-	0	-	0	1	1	-	0	-	0	-	0	1	0
Total	398	100	108	100	90	100	86	100	97	100	100	100	879	100

Fonte: SINAN/SES 2002-2007

A análise da morbidade referida revelou que independentemente da implantação da ESF no município, o perfil de morbidades manteve-se igual nos dois períodos estudados.

Nos dois períodos estudados a hipertensão arterial constituiu a principal condição de morbidade referida pela população apresentando um percentual de 70,75% do total (tabela 8) antes do PSF e 67,49% (tabela 9) depois do ESF.

Em segundo lugar também nos dois períodos estudados destaca-se a deficiência com 11,82% (tabela 8) dos casos antes do ESF e 13,37% (tabela 9) após o ESF, observa-se uma redução acentuada do número de casos entre os anos de 2000 – 2003, voltando a apresentar crescimento a partir de 2004.

A terceira causa foi à diabetes com 11,39% (tabela 8) antes do ESF e 9,43% (tabela 9) após o ESF. Verifica-se uma oscilação no decorrer dos anos com maior percentual registrado no ano de 2000 com 12,61% e o menor no ano de 2006.

A quarta maior condição referida corresponde ao alcoolismo com 3,25% (tabela 8) e 8,02% (tabela 9) antes e após a implantação do ESF respectivamente. Observa-se um aumento significativo no número de casos entre os anos 1998 a 2001, tendo seu maior índice no ano de 2001 com 7,17%, a partir de 2002 voltou a decrescer até o ano de 2005 quando registrou 4,48% e voltando a subir nos anos seguintes.

Tabela 8 - Número absoluto, distribuição percentual da condição referida mediante o cadastramento dos ACS. Ferreiros 1998 a 2001 - Antes do ESF.

CONDIÇÃO REFERIDA	1998		1999		2000		2001		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Hipertensão Arterial	391	61,77	426	64,55	450	79,93	559	77,10	1826	70,75
Deficiência	140	22,12	140	21,21	13	2,31	12	1,66	305	11,82
Diabetes	68	10,74	69	10,45	71	12,61	86	11,86	294	11,39
Alcoolismo	1	0,16	14	2,12	17	3,02	52	7,17	84	3,25
Epilepsia	13	2,05	7	1,06	7	1,24	10	1,38	37	1,43
Chagas	8	1,26	3	0,45	3	0,53	5	0,69	19	0,74
Tuberculose	9	1,42	1	0,15	2	0,36	1	0,14	13	0,50
Hanseníase	2	0,32	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,08
DME	1	0,16	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,04
Total	633	100,00	660	100,00	563	100,00	725	100,00	2581	100,00

Fonte: SIAB (1998 a 2001) TABNET/DATASUS.

**Deficiência é o defeito ou condição física ou mental de duração longa, ou permanente que, de alguma forma, dificulta ou impede uma pessoa da realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho, ou de lazer. Isto inclui desde situações em que o indivíduo consegue realizar sozinho todas as necessidades que necessita, porém com dificuldade ou através de adaptações, até aquelas em que o indivíduo sempre precisa de ajuda nos cuidados pessoais e outras atividades (adaptado de WERNER, 1994 *apud* SIAB-2000).

Tabela 9 - Número absoluto, distribuição percentual da condição referida. Mediante o cadastramento dos ACS. Ferreiros 2002 a 2007 - Depois do ESF.

CONDIÇÃO REFERIDA	2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Hipertensão Arterial	575	78,02	672	78,87	737	67,37	805	67,99	948	68,20	959	67,49	4696	70,32
Deficiência	9	1,22	10	1,17	177	16,18	184	15,54	180	12,95	190	13,37	750	11,23
Diabetes	90	12,21	105	12,32	110	10,05	119	10,05	124	8,92	134	9,43	682	10,21
Alcoolismo	47	6,38	48	5,63	50	4,57	53	4,48	116	8,35	114	8,02	428	6,41
Epilepsia	11	1,49	11	1,29	14	1,28	15	1,27	14	1,01	14	0,99	79	1,18
Chagas	4	0,54	4	0,47	4	0,37	4	0,34	5	0,36	4	0,28	25	0,37
Tuberculose	1	0,14	2	0,23	2	0,18	1	0,08	2	0,14	2	0,14	10	0,15
Hanseníase	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,25	1	0,07	4	0,28	8	0,12
Total	737	100,00	852	100,00	1094	100,00	1184	100,00	1390	100,00	1421	100,00	6678	100,00

Fonte: SIAB (2002 a 2007) TABNET/DATASUS.

6 DISCUSSÃO

Uma estratégia para identificar o perfil de uso de serviços de saúde está na utilização de dados secundários organizados pelos SIS, que são importantes ferramentas para elaboração de um plano inicial de ação em saúde, guiando gestores e profissionais e, possibilitando a identificação de estratégias para o aprimoramento das políticas de saúde. O PSF enquanto política de saúde vem conquistando avanços significativos na atenção básica, assim como tem colaborado para a reorganização do sistema de saúde no Brasil, onde atualmente existem 27 mil equipes de saúde da família que atendem 58% da população brasileira.

A implantação do EPSF no município de Ferreiros trouxe mudanças importantes para aquela localidade conforme mostraram os resultados do nosso estudo.

Segundo Brasil (2004), a análise da evolução da mortalidade permite acompanhar as mudanças no perfil epidemiológico de uma população por meio dos aspectos da sua estrutura, dos níveis e da sua tendência. No Brasil, este indicador apresentou nas últimas décadas mudanças importantes tanto no perfil etário quanto na distribuição dos grupos de causas.

A mortalidade geral no Brasil apresentou uma redução de 11,1% entre 1980 e 2001, passando de 6,3 para 5,6 por mil habitantes no período, evidenciando uma redução, mas com diferenças importantes entre as regiões (BRASIL, 2004).

O coeficiente de mortalidade geral do município de Ferreiros, assim como o perfil nacional de mortalidade, vem apresentando uma redução segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). A partir do ano de 2000 o município de Ferreiros, registrou significativa queda no seu coeficiente de mortalidade geral.

A análise da distribuição do número de óbitos segundo o sexo revelou uma sobremortalidade para o sexo masculino no município, com tendência significativa de aumento ao longo dos anos, 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 (LAURENTI, 2005, p. 35-46). 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 (MELLO-JORGE, 2007).

Ainda segundo Laurenti (2005) 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). Para Simões (2002), 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.

A análise de mortalidade segundo a faixa etária no município de Ferreiros revelou que os maiores coeficientes encontrados estão nas faixas etárias limítrofes, ou seja, de idosos e menores de 1 anos de idade. Porém a análise de tendência revelou um decréscimo significativo da mortalidade infantil no município entre os anos de 1997 a 2007. Esse estudo corrobora com o que tem sido demonstrado por diversos autores nacionais.

Segundo o IBGE (2006), em se tratando de mortalidade por faixa etária, a taxa de mortalidade infantil vem diminuindo ao longo dos anos. A taxa nacional diminuiu de 46,9 por mil nascidos vivos em 1990 para 20,7 por mil nascidos vivos em 2006; o que representa uma importante queda na mortalidade infantil. Esses dados colocam o Brasil no caminho para o cumprimento do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (BRASIL, 2008).

Para este mesmo autor, a queda da mortalidade infantil no Brasil pode estar associada a uma série de melhorias nas condições de vida e na atenção à saúde da criança, em relação a questões como segurança alimentar e nutricional, saneamento básico, vacinação e modelo de atenção à saúde.

O Nordeste apresentou a maior queda da MI em todo o território nacional, mas a disparidade com a média nacional continua alta – a taxa de mortalidade infantil no Nordeste é quase 35% maior do que a média nacional. Em 2006, a média de mortalidade infantil para o Nordeste foi de 29,8 óbitos por mil nascidos vivos, sendo que Alagoas, Maranhão, Pernambuco e Paraíba apresentaram as mais altas taxas (BRASIL, 2008).

Embora os dados do SIM demonstrem que entre 1997 a 2007 a mortalidade infantil no município de Ferreiros diminuiu significativamente acompanhando a tendência nacional e mais especificamente a do estado de Pernambuco, o coeficiente de mortalidade infantil registrado no ano de 2006 na ordem de 12,99/1000 nascidos vivos foi bem abaixo dos valores encontrados no estado. Este valor de coeficiente pode em parte está associado a melhorias no modelo de atenção à saúde devido à atuação do ESF a partir de 2001 ou mesmo ser decorrente de falha do sistema de notificação, uma vez que a redução foi muito significativa em relação aos anos anteriores.

Segundo dados do UNICEF (2008), existe uma subnotificação para os registros de nascimento, bem como os dados para o cálculo da mortalidade neonatal precoce que também podem estar subestimados, em decorrência principalmente da subnotificação de óbitos infantis nas regiões Norte e Nordeste.

Ainda segundo dados da UNICEF (2008), para se manter a queda na taxa de mortalidade infantil será necessário o trabalho intenso que resulte numa maior cobertura e melhoria do pré-natal, assistência ao parto e pós-parto, que se traduz em melhor qualidade dos serviços de saúde, melhores condições hospitalares e melhoria na condição socioeconômica das populações mais carentes. Se políticas públicas com esses objetivos não forem fomentadas no País, corre-se o risco de uma estagnação na taxa de mortalidade.

A passagem de uma situação de alta mortalidade e alta fecundidade para uma de baixa mortalidade e, gradualmente, baixa fecundidade, como a que se observa atualmente no Brasil, traduz-se numa elevação da expectativa de vida média da população e num aumento em termos absolutos e proporcionais do número de pessoas atingindo idades avançadas (RAMOS, 1987 *apud* AMARAL et al; 2004).

A atuação do ESF no município de Ferreiros tem revelado uma dupla funcionalidade: como mecanismo indutor da equidade no cuidado em saúde para os idosos, por alcançar mais aquelas populações que são socialmente menos favorecidas; quanto tem sido uma forma mais efetiva de promover o cuidado, identificando precocemente alterações patológicas, atuando no fornecimento de medicamentos para hipertensão e diabetes e acompanhamento dos idosos através do sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA).

Têm-se observado profundas mudanças no padrão etário da mortalidade, bem como no gênero da população brasileira, em decorrência das alterações nas estruturas de causas de mortalidade, além dos efeitos do processo de envelhecimento sobre a mortalidade, resultante do aumento das causas cardiovasculares, respiratórias e neoplasias (SIMÕES, 2002).

Na análise da mortalidade por causas no município de Ferreiros, observou-se de um modo geral que os óbitos por causas mal definidas foram a principal causa de óbitos no município, o que pode refletir o despreparo dos profissionais para diagnosticar adequadamente as causas de óbitos. Mesmo assim, a partir de 2006 observou-se que este tipo de causa de óbito não figurava mais como uma das principais causas 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 (AGUIAR; NETO; BARBOSA, 2008). A queda deste indicador em Ferreiros mostrou-se estatisticamente significativa para todo o período estudado.

Em relação às outras causas de óbitos, os resultados encontrados acompanham as mudanças ocorridas nos padrões epidemiológicos do país, onde atualmente as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de óbitos com causas conhecidas, com tendência de aumento para o município de Ferreiros ao longo dos anos.

Para Hage et al. (2003) uma importante característica do padrão nacional, diz respeito às modificações na composição da mortalidade por grupos de causas. Segundo este autor, as 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, 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.

Em relação à mortalidade por causas externas, esta foi a terceira maior causa de óbitos no município de Ferreiros. Esse indicador é importante especialmente nas faixas etárias de adultos jovens (20 a 39 anos), onde apresentou os maiores percentuais, porém, de um modo geral a tendência dos óbitos por causas externas no município apresentou queda significativa para todo o período do estudo. Provavelmente esta diminuição está sendo puxada pelas outras faixas etárias que não apresentaram óbitos por CE, ou mesmo apresentaram percentuais muito pequenos para esse tipo de ocorrência.

Os resultados encontrados em Ferreiros corroboram com os encontrados por vários autores que estudaram a violência e os acidentes especialmente na região Nordeste do país, onde alguns estudos relacionam a mortalidade por causas externas, com a sobremortalidade masculina, especialmente na faixa etária de adultos jovens (20 a 39 anos) – (BRASIL, 2005, 2006, 2007; CHOR et al, 1992; DUARTE, 2008; MELLO-JORGE, 1997; MELLO-JORGE et al, 2007; VASCONCELOS et al, 1998).

As causas externas (homicídios, suicídios e acidentes) estão entre as causas básicas do óbito de grande parte das mortes em, praticamente todos os países do mundo, e, assim, ocupa, sempre, a segunda ou terceira colocação, porém há variações quanto à distribuição do tipo de causa em cada nação (MELLO-JORGE, 1997). No Brasil as causas externas são a terceira causa de mortalidade, em 2006 os óbitos foram mais freqüentes no sexo masculino com um percentual de 84% (BRASIL, 2007).

Segundo Souza e Lima (2007) o risco de morrer por causas externas no Brasil no ano de 2002 aumentou 17% em relação à década de 1980, e 3,3% em relação à década de 1990.

As causas externas representam um importante grupo de agravos em face da magnitude por acidentes e violências. No ano de 2007, dentre as internações hospitalares, foram observados que as causas externas corresponderam a 6,04% das 514.100 internações do Estado. O impacto econômico analisado através do custo total para o tratamento hospitalar desses agravos no Estado foi de R\$ 25.773.135,30 ao SUS, com um valor médio de internação de R\$ 829,57 (BRASIL, 2007).

A seguir discutiremos sobre os resultados do perfil de morbidade do município de Ferreiros.

A partir da reintrodução do *Aedes Aegypti*, o mosquito vetor do dengue, na década de 70, tem ocorrido diversos surtos da doença no país (ROUQUAYROL, 2003).

Os dados do SINAN demonstraram que a elevada incidência de dengue no município de Ferreiros nos anos de 1997 e 2002 corrobora com os resultados encontrados para o estado no mesmo período quando a doença aparece de forma epidêmica (SBI-2008).

De 1988 a 1994, não houve registro de casos nativos da doença no estado de Pernambuco, o que os especialistas chamam de “silêncio epidemiológico”. Mas em 1995 o estado voltou a apresentar casos de dengue e em 1996, o número chegou a ser 128% maior que no ano anterior. De 1997 a 1998, os casos foram aumentando, mas de 1999 a 2001, o número de registros caiu 32%, já em 2002 foi observado um aumento de 877% em relação ao número de casos de 2001 (SBI-2008).

Em 2002 a epidemia no município registrou 251 casos que representaram 63% das morbidades notificadas daquele ano. Segundo o SBI a maioria dos casos foram notificados no primeiro semestre em todo o país, porém não temos esta informação em nível municipal.

Uma outra doença endêmica no município é a esquistossomose mansônica. Esta doença é endêmica na Zona da Mata do estado de Pernambuco. Nesse estado a esquistossomose é historicamente endêmica na região rural em localidades onde as taxas de infecção humana variam de 12% - 82%. A prevalência e a intensidade da infecção nas comunidades de Pernambuco afetadas pela doença estão condicionadas a práticas culturalmente moldadas como: atividades econômicas, de lazer ou domésticas, peculiares em cada localidade (BARBOSA, 1998; GONÇALVES et al., 1990; PIERI et al., 1998 *apud* ARAUJO, 2004).

Segundo Barbosa (1997), os programas de controle das endemias no Brasil não têm conseguido eficiência nas suas ações, nem mesmo estando instrumentalizado com tecnologias eficazes.

A esquistossomose é encontrada atualmente como problema de saúde pública mesmo com o uso sistemático de quimioterapia específica que tem permitido redução importante do número de casos graves nos últimos anos. A região da zona da mata com suas características tanto ecológicas quanto sociais são propícias para a manutenção do ciclo de transmissão da doença (BARBOSA; GOUVEIA, 2000).

Em se tratando da esquistossomose as prevalências mais elevadas encontram-se na região Nordeste, sendo que 15,2% correspondem ao Estado de Pernambuco (KANO, 1992).

No período de 1997 a 2007 foram notificados 121 casos da doença no município de Ferreiros a prevalência da doença foi de 11,45% casos para 1000 hab, corroborando com os estudos de Barbosa (1998); Gonçalves et al. (1990); Pieri et al. (1998 *apud* ARAUJO, 2004) onde a esquistossomose é historicamente endêmica na região.

A dispersão da doença esquistossomótica, colocada na totalidade sócio-econômica que lhe dá significação é explicada pelas precárias condições de vida do nordestino (ROUQUAYROL, 2003).

Ressalta-se que no ano de 1998 não foi notificado nenhum caso da doença no município de Ferreiros, apontando para uma provável falha no sistema de notificação daquele ano, deste agravo, visto que o município corresponde a uma área endêmica do estado de Pernambuco.

Um outro problema encontrado foi o da alcoolemia no município. Problemas relacionados ao uso de álcool vêm sendo reconhecidos como relevantes agravos à saúde pública no Brasil, relacionando-se a acidentes de trânsito e a impactos relevantes nos anos potenciais de vida perdidos por doença ou morte precoce (SOUZA, 2005). Segundo Pires (2009), o alcoolismo se constitui como fator determinante de mais de 10% de toda a morbidade e mortalidade do Brasil na atualidade. Em termos mundiais, em 2000, este agravo responde por 4% de toda a morbidade e mortalidade, com tendência de ascensão.

Com relação ao Brasil, em estudo divulgado pelo Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, apontam que 65% dos homens adultos e 41% das mulheres adultas bebem pelo menos uma vez ao ano, um total de 52% dos brasileiros acima de 18 anos. Entre os homens adultos, 11% bebem todos os dias e 28% consomem bebida alcoólica de 1 a 4 vezes por semana (PIRES, 2009).

Num estudo acerca da potencialidade do ESF em tornar-se uma importante estratégia para abordagem de problemas na área de saúde mental, Souza (2005), apresenta dados sobre a relação entre a expansão da cobertura do ESF e sua relação com a identificação

nesta população de pessoas com “alcoolismo”, utilizando o Sistema de Informações da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SIAB/SUS).

Os dados do SIAB referentes ao município de Ferreiros revelaram que a morbidade corresponde à quarta condição de saúde referida pela população em toda a série histórica estudada, com aumento anual constante, especialmente a partir de 2002 quando foi implantado no município as primeiras unidades de ESF, o que vai de encontro ao estudo de Souza (2005) que apesar de afirmar que o ESF tem a potencialidade de atuar na área da saúde mental com a identificação da população de pessoas com “alcoolismo”, questiona se a utilização da categoria “alcoolismo” no SIAB/SUS, visto que esta sequer faz parte da nomenclatura de doenças adotadas no Brasil, dificulta a compreensão sobre a qual a dimensão do uso problemático de álcool está sendo registrada.

Esse autor afirma ainda que a expansão da cobertura (evidenciada pelo número de pessoas cadastradas) veio acompanhada de uma redução na identificação das pessoas com “alcoolismo” (redução do percentual de cadastrados com “alcoolismo”), apontando para diminuição da capacidade de vigilância em saúde. Desta forma ele considera improvável que esta redução esteja associada à atuação do ESF junto à população, uma vez que, embora as ações na área de álcool e drogas tenham sido apontadas como essenciais estas não foram efetivamente implantadas no âmbito do ESF.

O aumento no número de pessoas que referiram serem “alcoólatras” no município de Ferreiros segundo o SIAB, pode estar associado a uma melhoria na captação da informação pelo agente de saúde do ESF, bem como na tomada de consciência da população sobre o alcoolismo reconhecendo que o mesmo é uma doença de saúde pública e o fortalecimento do vínculo de confiança entre a população e as equipes de ESF.

Para Pires (2009) a estratégia saúde da família constitui-se como espaço privilegiado de atuação do SUS junto à comunidade, em particular cabendo uma reflexão da ação deste pessoal em relação à problemática do álcool e ao cumprimento dos princípios da universalidade do acesso, na integralidade da atenção e na equidade das ações, conforme podem identificar os quatro padrões de consumo de álcool e utilizar-se de seu processo de trabalho para intervir, caso haja necessidade.

Levando-se em consideração os padrões de consumo de álcool propostos pela Organização mundial de saúde (2001), os agentes comunitários de saúde podem ajudar na identificação de problemas relacionados ao uso de álcool e propor a discussão destes casos com sua equipe, para a definição de um plano de ação. Dentro deste plano de ação, eles podem contribuir fazendo orientações simples para pessoas que fazem uso de baixo risco, uso

de risco e uso nocivo, assim como ajudar os dependentes na busca por um tratamento especializado.

Dentre as doenças transmitidas por contato direto imediato, as doenças de transmissão sexual avultam por sua disseminação universal e importância social. Durante as décadas de 40 a 50, obteve-se relativo êxito no combate às doenças sexualmente transmissíveis (DST) com o uso de antibióticos e quimioterápicos (ROUQUAYROL, 2003).

Antes da implantação do ESF, as notificações das DST no município de Ferreiros, deram-se praticamente nos anos de 2000 e 2001 colocando este grupo de morbidades em segundo lugar dentre os agravos mais notificados no período, esse dado corrobora com Rouquayrol (2003) onde o aumento da incidência e da prevalência das DST nas últimas décadas não pode ser atribuído somente às mudanças de comportamento da sociedade com o aumento da atividade sexual, mas também se deve a outros fatores sócio-econômicos, que incluem as migrações, a urbanização e o crescimento populacional com o empobrecimento.

Após a implantação do ESF em 2001 ressaltamos que nos anos de 2005 e 2007 não houve registro de casos dessa morbidade e no ano de 2006 apenas 01 caso foi notificado, o que reforça a invisibilidade destes agravos na população, tal fato pode estar associado ao sistema local não estar executando as notificações de forma adequada, bem como as práticas educativas do ESF acerca da transmissão destes agravos, associado ao uso e distribuição de preservativos e os diagnósticos não atingirem de fato toda a população do município. Isto é plausível de admitir visto que para o ano de 2005, no banco do SINAN, dados oficiais do programa nacional de DST/AIDS revelou que foi registrado 01 caso de AIDS masculino no município.

Dentre as DST'S a AIDS é uma doença emergente e representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade. Estima-se que no mundo todo existam 33 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS, os países em desenvolvimento concentram 90% da epidemia, segundo a UNAIDS (2008).

O primeiro caso no Brasil foi identificado em 1980, nos anos seguintes, assistiu-se a um crescimento acelerado da doença. O coeficiente de incidência começou a reduzir-se, passando de 15,91/100.000 hab para 9,8/100.000 hab em 2002 segundo o Ministério da Saúde (SPS/CN-DST/AIDS) (IDHS, 2004).

A partir de 1995 *Gardnerella*, candidose e tricomoníase passaram a ser notificadas através do SINAN, o que teve como consequência um grande aumento no número de DST informadas, além dessas doenças terem passado a predominar sobre a sífilis e a gonorréia, que eram as mais notificadas no início da década (ROUQUAYROL, 2003).

Durante muitos séculos as doenças infecciosas e parasitárias dominaram o quadro nosológico das populações. Em países subdesenvolvidos a morbimortalidade por doenças infecciosas permaneceu relevante acarretando complexos problemas de saúde, pois as doenças transmissíveis guardam estreita relação com as condições sociais e econômicas de indivíduos e populações, representando portanto, um indicador sensível de seus níveis de saúde e de vida (TEIXEIRA et al; 2002).

Ainda segundo estes autores, registra-se nos dias atuais a reemergência de algumas doenças pertencentes ao grupo das DIP, além do aparecimento de novas enfermidades infecciosas.

A água de consumo humano é um dos importantes veículos de enfermidades diarreicas de natureza infecciosa, o que torna primordial a avaliação de sua qualidade microbiológica (ISAAC-MARQUEZ et al; 1994). As doenças de veiculação hídrica são causadas principalmente por microrganismos patogênicos de origem entérica, animal ou humana, transmitidos basicamente pela rota fecal-oral, ou seja, são excretados nas fezes de indivíduos infectados e ingeridos na forma de água ou alimento contaminado por água poluída com fezes (GRABOW, 1996 *apud* TEIXEIRA et al; 2002).

As doenças de veiculação hídrica ocuparam o quarto lugar dentre as morbidades notificadas no município de Ferreiros em toda a série histórica estudada.

Dentre os fatores que contribuem para o agravamento da mortalidade infantil por doenças infecto contagiosas destaca-se a frágil infra-estrutura de abastecimento de água e esgoto no país. Recentemente, o IBGE divulgou a situação da oferta da rede de abastecimento de água e rede de esgoto com base no Censo 2000 e na Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2000. Os resultados sobre a população atendida por rede de distribuição de água, segundo as grandes regiões são; Nordeste 63,9% enquanto que rede de esgotos 17,7% (IDHS, 2004).

Estes dados do IDHS corroboram com os dados encontrados em Ferreiros, onde observou-se elevada mortalidade nas faixas etárias de menores de 1 ano e 1 a 9, por doenças infecto parasitárias conforme dados do SIM.

Além das faixas etárias mais baixas, foram observados percentuais importantes de mortalidade por DIP'S dentre os adultos jovens da cidade. Este fato pode está associado a alguns resultados encontrados pelo ministério de Minas e Energia, 2005 através do Programa de Desenvolvimento Energético dos Estados e Municípios (PRODEEM) e Serviço Geológico do Brasil (BELTRÃO, et al; 2005). Neste trabalho foi realizado um diagnóstico acerca de Fontes de Abastecimento por Água Subterrânea do município de Ferreiros.

Nesse relatório foram feitas as seguintes recomendações ao município: existe a necessidade de uma intervenção do poder público, principalmente no que concerne aos poços comunitários, visando a instalação de dessalinizadores, para melhoria da qualidade da água oferecida à população, redução dos riscos à saúde atualmente existentes e sua adequação aos padrões de consumo humano, determinados pela OMS; deve-se chamar a atenção para o lançamento inadequado dos rejeitos dos dessalinizadores (geralmente direto no solo) evitando a poluição dos aquíferos e a salinização do solo; deve-se assegurar a boa qualidade da água do ponto de vista bacteriológico, quando devem ser implantadas em todos os poços ativos e também nos paralisados, medidas de proteção sanitária tais como selo sanitário, tampa de proteção, limpeza permanente do terreno e cerca de proteção e por fim, quanto aos poços abandonados, devem ser tomadas medidas de contenção, como a colocação de tampas soldadas ou aparafusadas, visando evitar a contaminação do lençol freático, provocada pela queda acidental de pequenos animais e/ou pela introdução de corpos estranhos, especialmente os colocados por crianças, um fato muito comum nas áreas visitadas.

Diante do que foi recomendado pelo CPRM, e pelos resultados encontrados em relação à mortalidade e morbidade por doenças de veiculação hídrica no município, percebe-se a necessidade de uma melhor estruturação da rede de abastecimento de água e rede de esgotos da cidade.

Em relação aos atendimentos antirábicos, existe grande preocupação por parte dos profissionais em saúde pública, com os casos de acidentes humanos envolvendo animais em virtude da possibilidade de transmissão da raiva. De todas as zoonoses, a raiva é a mais temida delas, principalmente em razão de suas conseqüências em termos de mortalidade (MIRANDA 2003 *apud* MUNDIM, 2005).

Ainda segundo a mesma autora a raiva é uma doença letal, causada pelo vírus rábico do gênero *Lyssavirus*, família *Rhabdoviridae*, caracterizada por sintomas de comprometimento do sistema nervoso central, sob a forma de encefalite. Uma vez manifestados os primeiros sintomas, o tratamento limita-se, até o presente momento, a diminuir o sofrimento do paciente (BRASIL 1996).

No período de 1990 a 2001, foram registrados no Brasil 458 casos de raiva humana (BRASIL 2002). A distribuição da raiva não é uniforme, a doença é endêmica, em grau diferenciado, de acordo com a região geopolítica. Segundo dados do Ministério da Saúde, no Brasil, de 1995 a 1999, foram atendidas 1.554.674 pessoas para atendimentos antirábicos, o que corresponde à média anual de 388.668 pessoas e foram indicados

tratamentos antirábicos a 870.512 vítimas, ou seja, 217.628 vítimas/ano, resultando na indicação média de tratamento de 56%.

O período acima referido corresponde ao período do estudo antes da implantação do ESF, onde foram notificados em Ferreiros, 13 casos de atendimentos antirábicos, embora a morbidade só tenha passado a ser notificada a partir de 1999. Segundo dados do Ministério da Saúde no período de 2004 a 2008, foram registrados em Pernambuco, dois casos de raiva em humanos, transmitida por cão e morcego, foram notificados 85 casos de raiva canina, representando 27% dos casos registrados na região Nordeste e 17% no país, Pernambuco é o terceiro estado com maior registro de casos no ciclo urbano, no Brasil.

No período de 2001 a 2007 o número de atendimentos antirábicos notificados em Ferreiros foi de 306, corroborando com os dados do Ministério da Saúde, que destacam o estado como grande área de registro de casos de atendimentos antirábicos.

Dentre outras morbidades importantes de serem avaliadas, a tuberculose é um importante problema de saúde pública, apresentando valores impressionantes em todo o mundo. Uma prioridade dos municípios no Brasil é identificar todos os pacientes com (TB) tendo em vista iniciar rápido tratamento e assim diminuir a transmissão do *Mycobacterium Tuberculosis* à população susceptível, para isso é necessária uma ampla cobertura de estabelecimentos de saúde para a busca ativa desses pacientes em todas as localidades do país. Em 2005, 4045 municípios apresentaram novos casos de TB em todo o Brasil (BRASIL, 2007).

Ainda segundo MS, dados segundo a classificação dos estabelecimentos de saúde em níveis de complexidade, as notificações dos casos novos de TB foram mais frequentes na atenção básica (48,5%), seguido da atenção de média complexidade (42,8%) e alta complexidade (7,5%).

A atuação do ESF na política de redução da tuberculose e da hanseníase, em todo o país tem sido uma forma de fortalecer o sistema de saúde na atenção básica para a detecção da TB assim como a Hanseníase.

Segundo Scatena (2009) a OMS no Plano-Stop-TB de controle mundial de TB-Tuberculose, para 2006-2015 nos países em desenvolvimento, adota como estratégias consideradas prioritárias o aumento da detecção de casos de TB nos diferentes cenários sócio-econômicos e clínico epidemiológicos.

No município de Ferreiros a assistência à saúde é exclusivamente representada pela atenção básica, embora o ESF tenha sido implantado desde 2001, apenas a partir de 2007

estes agravos começaram a ser notificados no município, o que mostra que a atuação do PSF não foi capaz de identificar casos novos antes de 2007.

Segundo Cesse (2006), as profundas mudanças no perfil demográfico e epidemiológico observadas na população brasileira, principalmente a partir da última metade do século XX, resultam numa nova configuração dos padrões de ocorrência de doenças crônicas como a hipertensão arterial (HAS) e o diabetes.

Ainda segundo esta autora, alguns estudos epidemiológicos estimam que, atualmente, a hipertensão arterial afeta cerca de 50% da população brasileira adulta, com 40 anos ou mais. Estima-se ainda, que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e aproximadamente, 25% dos infartos ocorridos em indivíduos hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada. No entanto, um significativo grupo da população portadora de hipertensão desconhece que possui a doença e, além disso, muitos que conhecem não estão sendo tratados adequadamente.

Ainda segundo a autora no início do século XX as DCNT eram mais frequentes entre as classes de maior renda, nas últimas três décadas desse século, elas passaram a se constituir em doenças dos grupos sociais de menor renda, de menor nível de escolaridade e de piores condições de vida e trabalho, demonstrando o vínculo da ocorrência dessas doenças com as condições sócio-econômicas da população.

O diabetes atinge mulher grávida e todas as faixas etárias, sem qualquer distinção de raça, sexo ou condição sócio-econômica. Na população adulta, sua prevalência é de 7,6% (BRASIL, 2001).

Os dados do SIAB revelaram que a HAS constituiu-se como a principal condição de morbidade referida pela população do município de Ferreiros, mesmo após a atuação do ESF a partir de 2002, tal fato reforça os achados para o perfil de mortalidade encontrado no município, quando as doenças do aparelho circulatório se constituem a primeira causa de óbitos de acordo com o SIM. Aliado a hipertensão arterial aparece a diabetes contribuindo com o crescimento das DCNT no perfil de morbidade da população de Ferreiros, evidenciado como a terceira maior morbidade referida pela população do município.

A HAS e o diabetes são exemplos de morbidades que levam com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade. Dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) demonstram que 40% das aposentadorias precoces decorrem das mesmas.

Segundo o conceito de Deficiência utilizado pelo SIAB (2000) como sendo o defeito ou condição física ou mental de duração longa, ou permanente que, de alguma forma,

dificulta ou impede uma pessoa da realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho, ou de lazer, na prática o que se observou no município de Ferreiros, foi de que a condição de saúde referida pela população “deficiência” constituiu-se como a segunda causa de morbidade referida nos dois períodos estudados, sendo que após o ESF a referência da morbidade foi maior, tal fato pode estar associado à melhor captação da informação pelos ACS.

De um modo geral o perfil de morbimortalidade do município de Ferreiros demonstrado pelos resultados encontrados revela que o município necessita melhorar a assistência em saúde, pois, o impacto das doenças e agravos sobre esta sociedade em especial é crescente. Os custos econômicos e sociais decorrentes das mesmas avolumam-se, seja devido à morte prematura ou incapacitação definitiva de pessoas em idade produtiva, ou ainda pela sobrecarga na demanda por serviços assistenciais.

Os objetivos da prevenção e controle das doenças e agravos como definidos por Doll (1985), são o de reduzir a incidência e a prevalência das doenças, retardar o aparecimento de complicações e incapacidades delas advindas, aliviar a gravidade e ainda prolongar a vida com qualidade.

Sabe-se que a atenção à saúde sofre influências do perfil epidemiológico da população, que depende fundamentalmente, das condições e estilos de vida (modo de vida) e se expressa em necessidades (sofrimento, doença, agravos, riscos e ideais de saúde) e demandas por consultas, vacinas, informações, exames e hospitalizações (PAIM, 2004).

Portanto, o uso das informações de morbimortalidade encontrados, subsidiam a gestão para a efetiva utilização dos recursos (humanos e financeiros) visando atender ao conceito de saúde atual adotado pela OMS desde 1948, onde “saúde é um completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença”.

7 CONCLUSÕES

- a) A partir do ano de 2000 o município de Ferreiros, registrou significativa queda no seu coeficiente de mortalidade geral.
- b) Existe uma tendência significativa de diminuição da mortalidade geral na ordem de 0,17 óbitos ao ano em todo o período estudado.
- c) A mortalidade segundo a faixa etária revelou que os maiores coeficientes encontrados estão nas faixas etárias limítrofes, ou seja, de idosos e menores de 1 anos de idade.
- d) A mortalidade infantil vem decaindo em torno de 7,42 óbitos/ano.
- e) As causas mal definidas foram a principal causa de óbitos no município, com 47,5%.
- f) As DIP'S foram responsáveis por mais de 11% dos óbitos infantis.
- g) As DAC foram responsáveis por 22,1% dos óbitos totais.
- h) Nas faixas etárias 10 a 29 anos as causas externas foram a principal causa de óbitos com 50% dos óbitos.
- i) Foram observados percentuais importantes de mortalidade por DIP'S dentre os adultos jovens.
- j) Na faixa etária 40 a 59 anos a principal causa de óbitos refere-se as DAC com 31,3% seguido das causas externas com 15,3%.
- k) A causa básica de óbitos mal definidas foram responsáveis por 54,7% dos óbitos na faixa etária de maiores de 60 anos.
- l) As DAC vêm apresentando crescimento significativo na ordem de 0,09 óbitos/ano.
- m) No período do estudo o município apresentou 2 epidemias de dengue nos anos de 1997 e 2002 neste mesmo período a doença também apresentou-se de forma epidêmica no Estado.
- n) O município corresponde a uma área endêmica da esquistossomose e a prevalência da doença foi de 11,45% casos/1000hab.
- o) As doenças de veiculação hídrica foram a quarta maior causa de morbidade e o município apresentou elevada mortalidade por DIP'S nas faixas etárias de menores de 1 ano e 1 a 9 anos.
- p) As DST's eram a segunda maior morbidade notificada antes do ESF e nos anos de 2005 e 2007, após a implantação do ESF, apresentou-se subnotificadas.
- q) Foi observada elevada notificação de atendimentos antirábicos especialmente após a implantação do ESF.

- r) A HAS foi à principal condição de saúde referida pela população.
- s) O alcoolismo corresponde à quarta condição de saúde referida pela população em toda a série histórica estudada, com aumento anual constante.
- t) A diabetes contribuiu com o crescimento das DCNT no perfil de morbidade da população foi a terceira maior morbidade referida pela população do município.
- u) A condição de saúde referida pela população “deficiência” constituiu-se como a segunda causa de morbidade referida nos dois períodos estudados.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. J. ; RODRIGUES NETO, A. R. R. ; BARBOSA, N. F. M. **Perfil dos óbitos nos Municípios de Orobó e Vicência – PE, no período de 2003 a 2007**, 2008. Monografia (Especialização de Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

AMARAL, A. C. S. et al. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1617-1626, 2004.

AMARAL, L. A. et al. Água de consumo humano como fator de risco à saúde em propriedades rurais. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 510-514, 2003.

ANDRADE, S. M. ; MELLO JORGE, M. H. P. Características das vítimas por acidentes de transporte terrestre em municípios da Região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p.149-156, 2000.

BARBOSA, C. C. G. S. Esquistossomose em Pernambuco: determinantes bio ecológicos e sócio culturais em comunidade de pequenos agricultores da zona da mata. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Rio de Janeiro, v. 30, n.4, p. 347-8, jul-ago 1997.

BELTRÃO, B. A. et al. **Projeto cadastro de fontes de abastecimento por água subterrânea. Diagnóstico do município de Ferreiros**, Recife: CPRM/PRODEEM, 2005. Disponível em:< <http://www.cprm.gov.br/rehi/atlas/pernambuco/relatorios/FERR059.pdf> > Acesso 09 jun 2009.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS, 2009. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=26&VCodMunicipio=260550&NomeEstado=PERNANBUCO>. Acesso em: 10 jun 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica (DAB). **Atenção básica e Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#acs>>. Acesso em: 01 jul 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. A violência e os acidentes como problema de Saúde Pública no Brasil. Marcos das políticas públicas e a evolução da morbimortalidade durante os 20 anos do Sistema Único de Saúde _____ *In: Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília, DF, 2009. p. 312-336.

BRASIL. Ministério da Saúde. Análise da tendência da morte violenta. _____ *In: Saúde Brasil 2005: Uma análise da situação de saúde.* Brasília, DF, 2005. p. 593-638.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde _____ *In: Saúde Brasil 2004: Uma análise da situação de saúde no Brasil e Evolução da Mortalidade no Brasil.* Brasília, DF, 2004. p. 87-120.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 20-25, maio/jun.2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre no Brasil _____ *In: Saúde Brasil 2006: Uma análise da situação de saúde no Brasil.* Brasília, DF, 2006. p. 456-523.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre no Brasil _____ *In: Saúde Brasil 2007: Uma análise da situação de saúde no Brasil.* Brasília, DF, 2008. p. 263-421.

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.

CHOR, D. ; DUCHIADE, M. P. J. ; JOURDAN, A. M. F. Diferencial de mortalidade em homens e mulheres em localidades da Região Sudeste, Brasil: 1960, 1970 e 1980. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 246-255, 1992.

CONH, A. A Reforma Sanitária Brasileira: a vitória sobre o modelo neoliberal. **Medicina Social**, São Paulo, v. 3, n. 2, maio 2008. Disponível em:
<<http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/viewFile/213/408>>. Acesso em 09 jun 2009.

DUARTE, E. C. *et al.* Mortalidade por acidentes de transporte terrestre e homicídios em homens jovens das capitais das Regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil, 1980-2005. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v.17, n.1, 2008.

GIOVANELLA, L. Tendências quanto à universalidade nos sistemas de saúde em países periféricos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 155-164, maio/ago. 2003.

HAGE, C. E. ; BARRETO, M. L. ; SILVA, J. B. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 64 - abr/jun 2003.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/cidadesat> . Acesso em: 06 jun 2009.

INSTITUTO PASTEUR. Profilaxia da raiva humana_____. *In: Manual Técnico*. São Paulo, 1999. Disponível em:
http://www.pasteur.saude.sp.gov.br/informacoes/manuais/manual_4/norma_00.htm
 Acesso em: 10 mar 2010.

MELLO-JORGE, M. H. P. ; GAWRYSZEWSKI, 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, 1997.

MELLO-JORGE, M. H. P. ; LAURENTI, R. ; GOTLIEB, S. L. D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Revista Ciência e 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 F. N. Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, cap. 21, p. 605-628. 2003.

MUNDIM, A. P. M. **Exposição à Raiva Humana no Município de Cuiabá – MT: Epidemiologia e Avaliação das Medidas Preventivas**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá-MT, 2005. Disponível em:
http://cpd1.ufmt.br/isc2006/mestrado/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=3>. Acesso em: 10 mar 2010.

NEGRI, B. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais ROUQUAYROL, M. Z. ; ALMEIDA FILHO, N. *In: Epidemiologia & Saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, Cap. 20, p. 473-488. 2003.

PAIM, J. S. Saúde no Brasil - Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa_____. *In: Atenção à Saúde no Brasil*, 306 p. Disponível em:
<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n6/20.pdf>. Acesso em: 12 mar 2010.

PIRES, R. O. M. A pertinência da problemática do álcool para a Estratégia de Saúde da Família. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Brasília, DF, v. 1 n. 2, out/dez 2009. Disponível em: <<http://www.cbsm.org.br/v1n2/artigos/artigo7.pdf>. > Acesso em: 07 mar 2010.

PRATA, P. R. ; A transição epidemiológica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, Jun. 1992. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 28 jul 2009.

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV- Aids. Report on the global AIDS epidemic Executive summary. Brasília, 2008. Disponível em http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/JC1511_GR08_ExecutiveSummary_en.pdf
Acesso em: 16 março 2010.

Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – **Expansão e Consolidação do Saúde da Família – Expansão do Saúde da Família**. Disponível em:
<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/proesf/expansao_sf.php>. Acesso em 1 jul 2009.

SOUZA, E. R. ; LIMA, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, p. 1211-1222, 2007.

SOUZA, M. L. P. Expansão do PSF e identificação dos problemas relacionados ao abuso de álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2005, v. 27, n. 4, p.342-3. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n4/a17v27n4.pdf>>. Acesso 7 mar 2010.

TANCREDI, F. B. ; BARRIOS, S. R. L. ; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em Saúde: Fazendo um Diagnóstico da Situação de Saúde da População e dos Serviços de Saúde**. São Paulo, 1998. Disponível em:< http://bases.bireme.br/bvs/sp/P/pdf/saudcid/vol2_04.pdf> . Acesso em 12 jun 2009.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância 2008**. Brasília, 2008. Disponível em:
<<http://www.unicef.org/brazil/pt/cadernobrasil2008.pdf>> . Acesso em: 7 mar 2010.

VASCONCELOS, A. M. N. ; LIMA, D. D. A mortalidade por acidentes de trânsito no Brasil. *In. Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, n. 11, Caxambu. Anais... Belo Horizonte: ABEP, 1998.

VIANA, A. L. ; POZ, M. R. D. A Reforma do Sistema de saúde no Brasil e no Programa Saúde da Família PHYSIS: **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n. 2, p.11-48, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/02.pdf>> Acesso em: 10 jun 2009.

APÊNDICES

Apêndice A – Tabelas

Tabela 10 - População segundo a faixa etária – Ferreiros, 1997 a 2007.

Faixa etária	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Menor 1	236	233	230	190	190	189	189	189	188	187	190
1 a 4	822	813	804	889	889	885	885	881	878	877	785
5 a 9	1057	1045	1033	1081	1081	1076	1076	1071	1069	1066	1003
10 a 14	1373	1357	1342	1179	1179	1174	1174	1169	1164	1163	950
15 a 19	1276	1261	1247	1327	1327	1322	1319	1317	1312	1308	967
20 a 29	1488	1471	1454	1841	1839	1834	1831	1827	1819	1815	2071
30 a 39	1162	1149	1135	1322	1320	1316	1314	1312	1307	1304	1396
40 a 49	936	924	914	964	962	960	958	956	952	950	1125
50 a 59	714	706	698	801	800	798	796	795	792	790	855
60 a 69	503	497	492	633	633	631	629	628	626	624	633
70 a 79	302	299	295	341	341	339	339	338	337	336	408
80 e +	106	104	103	159	159	158	158	158	157	157	179
Total	9995	9878	9766	10727	10720	10682	10668	10641	10601	10577	10562

Fonte: TABNET/DATASUS, 1997 - 2007

Tabela 11 - População residente, segundo ano e sexo Ferreiros-PE, 1997 a 2007.

Ano	Masculino	Feminino	Total
1997	4969	5026	9995
1998	4911	4967	9878
1999	4858	4908	9766
2000	5367	5360	10727
2001	5366	5354	10720
2002	5343	5339	10682
2003	5340	5328	10668
2004	5328	5313	10641
2005	5305	5296	10601
2006	5294	5283	10577
2007	5289	5273	10562
Total	57370	57447	114817

Fonte: TABNET/DATASUS, 1997 - 2007