

Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil

Situação de Saúde - 1981

PUBLICAÇÕES ELABORADAS PELO CONVÊNIO IBGE/UNICEF

- PERFIL ESTATÍSTICO DE CRIANÇAS E MÃES NO BRASIL 1979, 233 p.
- PERFIL ESTATÍSTICO DE CRIANÇAS E MÃES NO BRASIL: características sócio-demográficas 1970-1977 (ISBN 85-240-0012-0) 1982, 424 p.
- PERFIL ESTATÍSTICO DE CRIANÇAS E MÃES NO BRASIL: aspectos nutricionais 1974-1975 (ISBN 85-240-0053-8) 1982, 267 p.

Secretaria de Planejamento da Presidência da República
FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA — IBGE
Diretoria de População e Social
Superintendência de Estudos de População e Sociais

Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil

Situação de Saúde - 1981

**Convênio Fundação Instituto Brasileiro de
Geografia e Estatística — IBGE/Fundo das
Nações Unidas para a Infância — UNICEF,
com a cooperação técnica da Organização
Pan-Americana de Saúde.**

Rio de Janeiro
IBGE
1984

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA — IBGE
Av. Franklin Roosevelt, 166
20021 — Rio de Janeiro, RJ — Brasil

ISBN 85-240-0224-7

Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil : situação de saúde
1981 / Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística...
Superintendência de Estudos de População e Sociais. — Rio de
Janeiro : IBGE, 1984.

264 p.

Convênio IBGE/UNICEF, com a cooperação técnica da Organização
Pan-Americana de Saúde.

ISBN 85-240-0224-7

1. Brasil — População — Estatística. 2. Crianças — Cuidado e
higiene — Brasil. 3. Mulheres — Saúde e higiene — Brasil. I. IBGE.
Superintendência de Estudos de População e Sociais. II. UNICEF.
III. Organização Pan-Americana de Saúde.

IBGE. Biblioteca Central
RJ-IBGE/84-13

CDU 314:61(81)"1981"

Este trabalho foi elaborado por:

Introdução

Rosa Maria Ribeiro da Silva
(Coordenação do projeto no IBGE)

Capítulo 1 — Características Gerais da População

Celso Cardoso da Silva Simões
Luiz Antônio Pinto de Oliveira

Capítulo 2 — A Oferta e a Utilização dos Serviços de Saúde

Celso Cardoso da Silva Simões
Luiz Antônio Pinto de Oliveira
Nilza de Oliveira Martins Pereira

Capítulo 3 — Atenção Materno-Infantil

Rosa Maria Ribeiro da Silva

Capítulo 4 — Aleitamento Materno

Juarez de Castro Oliveira
Lilibeth Maria Cardozo Roballo Ferreira
Rosa Maria Ribeiro da Silva

Capítulo 5 — Morbidade: Níveis de percepção

Luiz Antônio Pinto de Oliveira
Celso Cardoso da Silva Simões

Capítulo 6 — Vacinação

Roberto Augusto Becker — Min. da Saúde
Aaron Lechtig — UNICEF

Opiniões e interpretações apresentadas neste trabalho são de inteira responsabilidade dos autores de cada capítulo, não refletindo necessariamente a posição do IBGE, do UNICEF ou da OPAS no Brasil.

APRESENTAÇÃO

A realização e publicação deste trabalho encerram mais uma etapa do convênio firmado entre a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), com o objetivo de reunir, analisar e divulgar informações sobre a situação de crianças, jovens e mães no Brasil.

Em 1979, iniciando uma série de publicações, o IBGE elaborou o Perfil Estatístico de Crianças e Mães que reúne informações sobre a situação demográfica, sócio-econômica e nutricional daqueles grupos, com base em dados estatísticos produzidos até 1976. Em 1982, foram lançadas duas outras publicações. A primeira aborda aspectos demográficos e sócio-econômicos da situação de crianças, jovens e mães no Brasil, Região Nordeste e Estado de São Paulo, através da comparação de dados do Censo Demográfico de 1970 e da PNAD-1977. A segunda analisa as características nutricionais dos grupos em questão, na Região Nordeste e Estado de São Paulo, reveladas pelos dados do Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF) de 1974-75.

No presente volume é analisada a situação de saúde das crianças, jovens e mães, utilizando-se informações obtidas através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - 1981, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária - 1980 e de dados do Ministério da Saúde.

O planejamento e a execução desse trabalho, realizado por técnicos do Departamento de Estudos de População do

IBGE, foram acompanhados de perto por técnicos do UNICEF com os quais se discutiu o desenvolvimento de cada uma de suas etapas. Contribuíram diretamente para o desenvolvimento desse projeto o Dr. Aaron Lechtig, Dr. Aldo Usuari e Dra. Patricia Marin.

Este volume conta também com a colaboração técnica da Organização Pan-Americana de Saúde, através do Dr. Florentino Garcia Scarponi e Dr. German Enrique Mora que fizeram uma revisão final do texto.

Em diferentes momentos da realização desse estudo tivemos também a colaboração de outras instituições e de técnicos que trabalham na área de saúde. Nesse sentido agradecemos ao Dr. João Yunes do Instituto de Criança, Departamento de Pediatria da USP; a Dra. Marília Bernardes Marques do Departamento de Planejamento e Administração da ENSP/FIOCRUZ; ao Dr. Reinaldo F.N. Guimarães do Instituto de Medicina Social da UERJ e a Dra. Ana Amélia Camarano de Mello Moreira da Fundação Joaquim Nabuco, pelas sugestões que fizeram para a montagem do plano de tabulações especiais da PNAD-1981 que serviu de base para a análise da situação de saúde das crianças e mães no País.

Além das pessoas e entidades mencionadas cabe destacar a participação de outros técnicos do IBGE nas diversas etapas do trabalho. Nesse sentido nos referimos inicialmente a Mario Francisco Gianni Monteiro, médico em Saúde Pública e Analista Especializado do IBGE/DESP0 que participou no processo de elaboração do plano de trabalho, definição de variáveis e montagem do plano de tabulações especiais.

O trabalho de execução das tabulações especiais foi realizado pela DI/DETAB/DIVAP, tendo como responsável pelo projeto a técnica Paula Galvão cujo interesse e dedicação foram fundamentais para o desenvolvimento desse estudo.

Agradecemos também a Vandeli dos Santos Guerra, da SUESP, que se encarregou da padronização das tabelas; a Alberto Bezerra Luiz, Eni dos Santos Correa, Lãa Tameirão Alber-

naz, Rosemeire Vieira Calasans e Suely da Costa Fialho, por sua colaboração na preparação de tabelas e gráficos.

A datilografia do texto final ficou a cargo de Ima Amélia Menezes, Mário Couto Carreiro, Pydna Conceição dos Santos e Maria Christina Pereira.

SUMÁRIO

Apresentação	7
Introdução	21
Principais Aspectos Metodológicos da PNAD	25
Conceituação	30
1. Características Gerais da População	41
1.1 - Evolução da população brasileira	41
1.2 - Evolução do crescimento urbano	48
1.3 - Evolução da mortalidade ao longo dos Censos Demográficos	52
1.4 - Aspectos sócio-econômicos da população	55
2. A Oferta e a Utilização dos Serviços de Saú de	67
2.1 - Análise da distribuição dos recursos de saúde no Brasil	69
2.2 - Análise da utilização dos serviços de saúde	75
2.3 - Considerações finais	85
3. Atenção Materno-Infantil	89
3.1 - Assistência pré-natal	90
3.2 - Atendimento ao parto	95
3.3 - Tipo de parto	103
3.4 - Considerações finais	116
4. Aleitamento Materno	121
4.1 - Crianças que residiam com as mães ...	125
4.2 - Prática de aleitar - alguns determi nantes	126
4.3 - Condição de atividade das mães e ama mentação dos filhos.....	134

4.4 - Aleitamento materno e o rendimento mensal familiar per capita	137
4.5 - Aleitamento materno e o nível de instrução	145
4.6 - Considerações finais	148
5. Morbidade: Níveis de Percepção	153
5.1 - O conceito de morbidade na PNAD-Saúde.	153
5.2 - Condicionantes sociais da morbidade percebida	158
5.3 - Considerações finais	170
6. Vacinação	177
6.1 - Avaliação de programas de vacinação ..	179
6.2 - Coberturas vacinais, situação epidemiológica	183
6.2.1 - Poliomielite	183
6.2.2 - Sarampo	190
6.2.3 - Difteria, coqueluche e tétano .	194
6.2.4 - Tuberculose(BCG)	203
6.3 - Considerações finais	205

RELAÇÃO DAS TABELAS DE INFORMAÇÕES BÁSICAS DO ANEXO

BRASIL

1. Características Sócio-Demográficas da População

1.1 - Mulheres de 15 a 49 anos de idade e filhos tidos, segundo a situação do domicílio, as classes de rendimento mensal familiar per capita e os grupos de idade

Total	211
Urbana	212
Rural	213

2. Utilização dos Serviços de Saúde

2.1 - Pessoas menores de 15 anos de idade que utilizaram serviços de saúde no período de referência de 1 mês, por tipo de estabelecimento procurado, segundo a situação do domicílio e as classes de rendimento mensal familiar per capita

214

2.2 - Pessoas menores de 15 anos de idade que utilizaram serviços de saúde no período de referência de 1 mês, por motivo pelo qual procuraram atendimento, segundo a situação do domicílio e as classes de rendimento mensal familiar per capita

215

2.3 - Pessoas menores de 15 anos de idade que utilizaram serviços de saúde da rede privada no período de referência de 1 mês, por condição de utilização do serviço, segundo a situação do domicílio e as classes de rendimento mensal familiar per capita

216

3. Atenção Materno-Infantil

3.1 - Mulheres que tiveram filhos no período de referência de 12 meses, por número de atendimentos pré-natais, segundo a situação do domicílio e as classes de rendimento mensal familiar per capita

217

3.2 - Mulheres que tiveram filhos em hospital no período de referência de 12 meses, por tipo de parto, segundo a situação do domicílio, as

classes de rendimento mensal familiar per capita e os anos de estudo

Total	218
Urbana	219
Rural	220

3.3 - Mulheres que tiveram filhos em hospital no período de referência de 12 meses, por tipo de parto, segundo a situação do domicílio e o número de atendimentos pré-natais	221
--	-----

3.4 - Mulheres cuja última hospitalização no período de referência de 12 meses foi por motivo de parto, por condição de utilização do hospital, segundo a situação do domicílio, o tipo de parto e as classes de rendimento mensal familiar per capita	222
--	-----

3.5 - Mulheres que tiveram filhos por parto normal no período de referência de 12 meses, por local do parto, segundo a situação do domicílio e as classes de rendimento mensal familiar per capita	223
--	-----

3.6 - Mulheres que tiveram filhos fora do hospital no período de referência de 12 meses, por pessoa que atendeu ao parto, segundo a situação do domicílio e as classes de rendimento mensal familiar per capita	224
---	-----

4. Aleitamento Materno

4.1 - Crianças menores de 1 ano de idade que residiam com as mães, por aleitamento materno, segundo a situação do domicílio e os grupos de idade	225
--	-----

4.2 - Crianças menores de 1 ano de idade que residiam com as mães, por aleitamento materno, segundo a situação do domicílio, a condição de atividade das mães na semana de referência e os grupos de idade das crianças	226
---	-----

4.3 - Crianças menores de 1 ano de idade que residiam com as mães, por aleitamento materno, segundo a situação do domicílio, as classes de rendimento mensal familiar per capita e os grupos de idade	
Total	227

Urbana	228
Rural	229
4.4 - Crianças menores de 1 ano de idade que residiam com as mães, por aleitamento materno segundo a situação do domicílio; os anos de estudo das mães e os grupos de idade das crianças	230
5. Morbidade	
5.1 - Pessoas menores de 15 anos de idade, com discriminação daquelas que tiveram problemas de saúde no período de referência de 2 semanas, por tipo de problema, segundo a situação do domicílio e os grupos de idade	231
5.2 - Pessoas menores de 15 anos de idade, com discriminação daquelas que tiveram problemas de saúde no período de referência de 2 semanas, por tipo de problema, segundo a situação do domicílio e as classes de rendimento mensal familiar per capita	232
REGIÃO NORDESTE	
1. Características Sócio-Demográficas da População	
1.1 - Mulheres de 15 a 49 anos de idade residentes em área urbana e filhos tidos, segundo as classes de rendimento mensal familiar per capita e os grupos de idade	233
2. Utilização dos Serviços de Saúde	
2.1 - Pessoas menores de 15 anos de idade residentes em área urbana que utilizaram serviços de saúde no período de referência de 1 mês, por tipo de estabelecimento procurado, segundo as classes de rendimento mensal familiar per capita	234
2.2 - Pessoas menores de 15 anos de idade residentes em área urbana que utilizaram serviços de saúde no período de referência de 1 mês, por motivo pelo qual procuraram atendimento, segundo as classes de rendimento mensal familiar per capita	235

2.3 - Pessoas menores de 15 anos de idade residentes em área urbana que utilizaram serviços de saúde da rede privada no período de referência de 1 mês, por condição de utilização do serviço, segundo as classes de rendimento mensal familiar per capita	236
 3. Atenção Materno-Infantil	
3.1 - Mulheres residentes em área urbana que tiveram filhos no período de referência de 12 meses, por número de atendimentos pré-natais, segundo as classes de rendimento mensal familiar per capita	237
3.2 - Mulheres residentes em área urbana que tiveram filhos em hospital no período de referência de 12 meses, por tipo de parto, segundo as classes de rendimento mensal familiar per capita e os anos de estudo	238
3.3 - Mulheres residentes em área urbana que tiveram filhos em hospital no período de referência de 12 meses, por tipo de parto, segundo o número de atendimentos pré-natais	239
3.4 - Mulheres residentes em área urbana cuja última hospitalização no período de referência de 12 meses foi por motivo de parto, por condição de utilização do hospital, segundo o tipo de parto e as classes de rendimento mensal familiar per capita	240
3.5 - Mulheres residentes em área urbana que tiveram filhos por parto normal no período de referência de 12 meses, por local do parto, segundo as classes de rendimento mensal familiar per capita	241
3.6 - Mulheres residentes em área urbana que tiveram filhos fora do hospital no período de referência de 12 meses, por pessoa que atendeu ao parto, segundo as classes de rendimento mensal familiar per capita	242
 4. Aleitamento Materno	
4.1 - Crianças menores de 1 ano de idade que residiam em área urbana com as mães, por aleita-	

mento materno, segundo os grupos de idade ..	243
4.2 - Crianças menores de 1 ano de idade que residiam em área urbana com as mães, por aleitamento materno, segundo a condição de atividade das mães na semana de referência e os grupos de idade das crianças	244
4.3 - Crianças menores de 1 ano de idade que residiam em área urbana com as mães, por aleitamento materno, segundo as classes de rendimento mensal familiar per capita e os grupos de idade	245
4.4 - Crianças menores de 1 ano de idade que residiam em área urbana com as mães, por aleitamento materno, segundo os anos de estudo das mães e os grupos de idade das crianças	246
5. Morbidade	
5.1 - Pessoas menores de 15 anos de idade residentes em área urbana, com discriminação daquelas que tiveram problemas de saúde no período de referência de 2 semanas, por tipo de problema, segundo os grupos de idade	247
5.2 - Pessoas menores de 15 anos de idade residentes em área urbana, com discriminação daquelas que tiveram problemas de saúde no período de referência de 2 semanas, por tipo de problema, segundo as classes de rendimento mensal familiar per capita	248
 ESTADO DE SÃO PAULO	
1. Características Sócio-Demográficas da População	
1.1 - Mulheres de 15 a 49 anos de idade residentes em área urbana e filhos tidos, segundo as classes de rendimento mensal familiar per capita e os grupos de idade	249
2. Utilização dos Serviços de Saúde	
2.1 - Pessoas menores de 15 anos de idade residentes em área urbana que utilizaram serviços de saúde no período de referência de 1 mês, por	

tipo de estabelecimento procurado, segundo as classes de rendimento mensal familiar per capita	250
2.2 - Pessoas menores de 15 anos de idade residentes em área urbana que utilizaram serviços de saúde no período de referência de 1 mês, por motivo pelo qual procuraram atendimento, segundo as classes de rendimento mensal familiar per capita	251
2.3 - Pessoas menores de 15 anos de idade residentes em área urbana que utilizaram serviços de saúde da rede privada no período de referência de 1 mês, por condição de utilização do serviço, segundo as classes de rendimento mensal familiar per capita	252
 3. Atenção Materno-Infantil	
3.1 - Mulheres residentes em área urbana que tiveram filhos no período de referência de 12 meses, por número de atendimentos pré-natais, segundo as classes de rendimento mensal familiar per capita	253
3.2 - Mulheres residentes em área urbana que tiveram filhos em hospital no período de referência de 12 meses, por tipo de parto, segundo as classes de rendimento mensal familiar per capita e os anos de estudo	254
3.3 - Mulheres residentes em área urbana que tiveram filhos em hospital no período de referência de 12 meses, por tipo de parto, segundo o número de atendimentos pré-natais	255
3.4 - Mulheres residentes em área urbana cuja última hospitalização no período de referência de 12 meses foi por motivo de parto, por condição de utilização do hospital, segundo o tipo de parto e as classes de rendimento mensal familiar per capita	256
3.5 - Mulheres residentes em área urbana que tiveram filhos por parto normal no período de referência de 12 meses, por local do parto, segundo as classes de rendimento mensal familiar per capita	257

3.6 - Mulheres residentes em área urbana que tiveram filhos fora do hospital no período de referência de 12 meses, por pessoa que atendeu ao parto, segundo as classes de rendimento mensal familiar per capita	258
4. Aleitamento Materno	
4.1 - Crianças menores de 1 ano de idade que residiam em área urbana com as mães, por aleitamento materno, segundo os grupos de idade ..	259
4.2 - Crianças menores de 1 ano de idade que residiam em área urbana com as mães, por aleitamento materno, segundo a condição de atividade das mães na semana de referência e os grupos de idade das crianças	260
4.3 - Crianças menores de 1 ano de idade que residiam em área urbana com as mães, por aleitamento materno, segundo as classes de rendimento mensal familiar per capita e os grupos de idade	261
4.4 - Crianças menores de 1 ano de idade que residiam em área urbana com as mães, por aleitamento materno, segundo os anos de estudo das mães e os grupos de idade das crianças	262
5. Morbidade	
5.1 - Pessoas menores de 15 anos de idade residentes em área urbana, com discriminação daquelas que tiveram problemas de saúde no período de referência de 2 semanas, por tipo de problema, segundo os grupos de idade	263
5.2 - Pessoas menores de 15 anos de idade residentes em área urbana, com discriminação daquelas que tiveram problemas de saúde no período de referência de 2 semanas, por tipo de problema, segundo as classes de rendimento mensal familiar per capita	264

INTRODUÇÃO

O propósito desse trabalho é analisar alguns dos aspectos que compõem o amplo quadro da situação de saúde de crianças e mães no Brasil, relacionando-os sempre que possível aos fatores sócio-econômicos que lhes são subjacentes. Dessa forma pretende-se contribuir para a elucidação de alguns aspectos desse complexo conjunto de relações nem sempre bem conhecido ou entendido. Por outro lado, procura-se também colocar ao alcance imediato de pesquisadores e planejadores uma série de dados que possam subsidiar o planejamento e a aplicação mais eficiente dos escassos recursos de que se dispõe na área de saúde.

A base deste trabalho é um plano de tabulações especiais da PNAD-81, constituído inicialmente de 40 tabelas, organizadas especialmente para atender aos objetivos desse estudo.

As informações levantadas foram analisadas para o Brasil, segundo a situação de domicílio urbana e rural e para a situação urbana da Região Nordeste e do Estado de São Paulo.

A escolha dessas regiões, as mesmas focalizadas nos dois trabalhos anteriores, prende-se inicialmente ao fato de representarem situações díspares quanto ao nível de desenvolvimento sócio-econômico. Por outro lado, ao reunir um novo conjunto de informações que pode ser relacionado a dados anteriormente elaborados caminha-se no sentido de traçar um quadro bastante abrangente da situação de crianças e mães naqueles contextos.

O trabalho é desenvolvido em 6 capítulos:

- 1) Características gerais da população
- 2) A oferta e a utilização dos serviços de saúde
- 3) Atenção materno-infantil
- 4) Aleitamento materno
- 5) Morbidade: níveis de percepção
- 6) Vacinação

Capítulo 1 - Características gerais da população - analisa-se inicialmente a distribuição e evolução da população no Brasil, Região Nordeste e Estado de São Paulo, a partir de 1940, com base nos principais indicadores demográficos: taxa de crescimento médio anual, taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade e componente migratório.

Em seguida apresenta-se as tendências gerais do processo de urbanização, procurando ressaltar suas interrelações com o desenvolvimento sócio-econômico das regiões consideradas e as repercussões na qualidade de vida de suas populações.

Finalmente, aborda-se as características relacionadas à educação - taxa de alfabetização e nível de escolaridade - e à distribuição de rendimentos da população economicamente ativa, tendo em vista fornecer um quadro atual da situação sócio-econômica das populações estudadas.

Através da análise desses dados procura-se identificar, ainda que de forma sumária, padrões regionais de condições de vida que permitam estabelecer as relações existentes entre a situação de saúde da população e os condicionantes econômicos sociais e culturais que as determinam.

O capítulo 2 - A oferta e a utilização dos serviços de saúde - analisa a distribuição dos recursos de saúde no

país, recorrendo às informações levantadas pela pesquisa Assistência Médico-Sanitária de 1980, realizada pelo IBGE. A partir de uma caracterização da oferta dos serviços de saúde, que reflete claramente as desigualdades regionais, procura-se entender em que medida esse modelo de oferta pode condicionar a composição social da população que constitui a clientela de tais serviços. Dã-se especial atenção à população com até 15 anos de idade, por constituir o grupo de crianças e jovens um dos objetos de estudo desse trabalho. Passando à análise da utilização dos serviços de saúde, com base nos dados levantados pela PNAD-1981, identifica-se o grau de utilização daqueles serviços, por tipo de estabelecimento procurado e condições de utilização, nos diferentes estratos sócio-econômicos da população.

O capítulo 3 - Atenção materno-infantil - está voltado para a avaliação da assistência dispensada às mulheres durante a gravidez e no momento do parto. Nesse sentido, analisa as informações disponíveis sobre o número de atendimentos pré-natais; o local onde se realizou o parto, se no hospital ou fora dele; a condição de utilização do hospital, ou seja, a forma de pagamento da internação e o tipo de parto realizado. Considerando que o acesso aos serviços de assistência materno-infantil e o tipo de tratamento dado às mulheres se enquadram nas condições gerais de utilização dos serviços de saúde, analisadas no capítulo 2, essa questão é tratada nesse capítulo levando em conta os principais indicadores de posição sócio-econômica das mulheres, isto é, o rendimento familiar per capita e o nível de instrução.

No capítulo 4 - Aleitamento materno - após uma breve referência a estudos que fazem uma contextualização histórica da prática do aleitamento materno, passa-se a analisar dados da PNAD-1981 que expressam os níveis de aleitamento materno no período de um ano, no País como um todo e nas regiões estudadas. Para isso, utilizam-se informações referentes às crianças que ainda es

tavam sendo amamentadas e que residiam com as mães.

Procura-se através da análise desses dados, verificar de um lado, a influência de algumas variáveis selecionadas, tais como rendimento mensal familiar per capita, nível de instrução e condição de atividade das mães, na prática da amamentação e na sua duração. De outro lado, apontam-se os diferenciais regionais observados quanto às características em estudo.

Ao final apresentam-se as estimativas de duração média da amamentação, segundo as faixas de rendimento mensal familiar.

O capítulo 5 — Morbidade: níveis de percepção — inicia pela análise do conceito de morbidade utilizado pela PNAD-1981 mostrando que a declaração individual da morbidade sofre influência de vários tipos, desde a cultural ideológica até a do próprio entendimento da pergunta que naturalmente repercutem na interpretação dos resultados obtidos. Nesse sentido, reflete-se sobre a importância de considerar as variações possíveis nos conceitos de doença e seus efeitos sobre os níveis e padrões de morbidade encontrados em diferentes regiões e grupos socioeconômicos. Por outro lado, indica-se em que medida a existência e as dimensões da oferta de serviços de saúde parecem também contribuir, em cada classe social ou região considerada, para o aprofundamento dos diferenciais na percepção das doenças.

Uma vez analisados os diferentes aspectos relacionados à conceituação da morbidade percebida na PNAD-1981, procura-se mostrar até que ponto os resultados encontrados expressem as condições reais de saúde da população brasileira. Procura-se, portanto, analisar os resultados relativos à morbidade percebida levando em conta as conexões entre a situação real de saúde e os fatores estruturais e ideológicos que condicionam sua

percepção individual.

O capítulo 6 - Vacinação - começa pela caracterização das atividades de vacinação no Brasil, apontando seus principais problemas e mostrando como, a partir de 1973, foram reorganizados pelo Ministério da Saúde tendo em vista atingir melhores níveis de controle das doenças. Em seguida, passa-se para a avaliação dos programas de vacinação começando pela descrição dos métodos básicos geralmente utilizados nesse processo. Uma vez definidos os parâmetros adotados faz-se uma análise da eficiência e eficácia do Programa Nacional de Imunizações a partir da avaliação da situação epidemiológica da poliomielite, sarampo, difteria, coqueluche, tétano e tuberculose e da cobertura vacinal contra essas doenças. Para tanto, são utilizadas informações fornecidas pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelo Ministério da Saúde, ao lado de dados levantados pela PNAD-1981.

PRINCIPAIS ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PNAD

Para a realização da PNAD, a amostra foi planejada de forma regionalizada, visando à obtenção de estimativas que refletissem a diferenciação regional das principais características de investigação. A descrição detalhada do plano amostral encontra-se no Capítulo 3 do Volume 1 da Série Relatórios Metodológicos, IBGE, 1981. Trata-se de um esquema amostral clássico, em três estágios - municípios, setores e domicílios - que se encontra sintetizado, em termos de tamanho esperado de amostra, nos quadros a seguir.

A pesquisa abrangeu a população residente (moradores presentes e ausentes) em domicílios particulares e nas unidades de habitação em domicílios coletivos. As características das pessoas tiveram como data de referência o dia 15 de novem-

QUADRO RESUMO DA SELEÇÃO DA AMOSTRA

a) REGIÕES METROPOLITANAS

REGIÕES METROPOLITANAS	FRAÇÃO DE AMOSTRA- GEM	DOMICÍLIOS PARTICULARES							
		Censo-1980				Amostra			
		Situação urbana		Situação rural		Situação urbana		Situação rural	
		Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Rio de Janeiro ...	1/300	2 475 503	97,80	55 607	2,20	8 318	98,00	170	2,00
São Paulo	1/400	3 204 633	96,55	114 387	3,45	8 028	96,90	257	3,10
Curitiba	1/100	339 874	92,01	29 515	7,99	3 431	92,98	259	7,02
Porto Alegre	1/100	616 146	95,57	28 582	4,43	6 204	95,83	270	4,17
Belo Horizonte ...	1/100	610 795	96,55	21 796	3,45	6 186	97,25	175	2,75
Fortaleza	1/100	331 624	95,10	17 097	4,90	3 337	95,15	170	4,85
Recife	1/100	487 123	89,81	55 294	10,19	4 951	90,81	501	9,19
Salvador	1/100	410 151	95,15	20 888	4,85	4 093	95,52	192	4,48
Belém	1/50	166 549	79,96	41 731	20,04	3 313	(1)	(1)	(1)

(1) A PNAD investiga somente a área urbana.

b) ÁREAS NÃO ABRANGIDAS PELAS REGIÕES METROPOLITANAS

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	FRAÇÃO DE AMOSTRAGEM	MUNICÍPIOS SELECIONADOS		DOMICÍLIOS PARTICULARES							
		Auto-re- presen- tativos	Não auto-re- presen- tativos	Censo-1980				Amostra			
				Situação urbana		Situação rural		Situação urbana		Situação rural	
				Absoluto	%	Absoluto	%	Abso- luto	%	Abso- luto	%
Rio de Janeiro	1/300	9	12	445 865	68,70	203 181	31,30	1 567	71,95	611	28,05
São Paulo	1/400	23	57	2 715 893	79,17	714 452	20,83	7 058	82,62	1 485	17,38
Paraná	1/350	7	41	771 820	51,23	734 699	48,77	2 124	49,98	2 126	50,02
Santa Catarina	1/350	6	25	546 126	63,05	320 076	36,95	1 423	58,78	998	41,22
Rio Grande do Sul .	1/350	7	38	853 429	59,30	585 763	40,70	2 224	55,09	1 813	44,91
Minas Gerais	1/300	10	81	1 593 458	59,58	1 084 533	40,42	5 301	58,67	3 735	41,93
Espírito Santo	1/300	8	8	340 063	65,87	176 180	34,13	1 014	60,68	657	39,32
Maranhão	1/300	4	25	260 791	29,61	619 900	70,39	891	30,37	2 043	69,63
Piauí	1/300	1	14	188 425	42,30	256 992	57,70	553	37,70	914	62,30
Ceará	1/300	2	28	302 426	36,47	526 895	63,53	900	32,70	1 852	67,30
Rio Grande do Norte	1/300	2	13	256 751	57,89	186 761	42,11	861	59,05	597	40,95
Paraíba	1/300	2	19	335 758	52,13	308 381	47,87	1 238	56,89	938	43,11
Pernambuco	1/300	1	30	411 987	44,27	518 725	55,73	1 502	47,85	1 637	52,15
Alagoas	1/300	2	12	224 400	48,60	237 311	51,40	720	47,28	803	52,72
Sergipe	1/300	1	9	150 616	52,84	134 441	47,16	480	50,37	473	49,63
Bahia	1/300	6	55	693 394	38,65	1 100 423	61,35	2 369	40,10	3 538	59,90
Distrito Federal ..	1/50	1	-	270 289	96,49	9 831	3,51	5 390	96,53	194	3,47
Rondônia (1)	1/100	2	3	56 313	49,25	58 026	50,75	564	-	-	-
Acre (1)	1/100	1	2	31 383	47,99	34 008	52,01	312	-	-	-
Amazonas (1)	1/100	3	7	171 142	61,28	108 128	38,72	1 669	-	-	-
Roraima (1)	1/100	1	-	11 463	63,18	6 680	36,82	104	-	-	-
Pará (1)	1/100	10	16	169 418	33,95	329 632	66,05	1 668	-	-	-
Amapá (1)	1/100	1	-	19 703	56,26	15 320	43,74	175	-	-	-
Mato Grosso do Sul.	1/150	5	15	222 364	65,52	116 998	34,48	1 537	66,86	762	33,14
Mato Grosso	1/150	4	13	148 476	56,47	114 440	43,53	993	56,07	778	43,93
Goiás	1/150	6	50	573 632	61,70	356 146	38,30	3 969	64,03	2 230	35,97

(1) A PNAD investiga somente a área urbana.

bro de 1981 e as características de mão-de-obra a semana de 8 a 14 de novembro de 1981.

No que se refere ao processo de expansão adotado, deve-se destacar os seguintes aspectos:

a) a expansão da amostra da PNAD utiliza as projeções, por sexo e grupos de idade, dos totais da população para a data de referência da pesquisa (15 de novembro).

Considerando que essas projeções foram elaboradas a partir dos resultados dos Censos de 1970 e 1980 e sob hipóteses de crescimento associadas a taxas específicas de fecundidade, mortalidade e migração, seu grau de precisão está intimamente ligado ao das hipóteses feitas para aquelas taxas. É evidente que, quanto mais distantes as projeções estiverem do ano-base (1980), maior será a probabilidade de aumento da variância residual da função ajustante;

b) devido ao processo de expansão utilizado, o cálculo do erro de amostragem deveria levar em conta duas fontes de variação:

- 1 - erro de amostragem proveniente da seleção dos domicílios para a amostra;
- 2 - erro proveniente do modelo matemático empregado para projetar a população.

Os resultados apresentados se referem apenas aos erros de amostragem provenientes da seleção dos domicílios para a amostra, a qual, para efeito de cálculo da variância, foi expandida utilizando-se o inverso da fração de amostragem.

Para o cálculo das variâncias foram selecionados três conjuntos de estimativas: o primeiro referente às características de pessoas investigadas no questionário de mão-de-

obra — PNAD 1.01 (52 variáveis); o segundo referente às características de pessoas investigadas no questionário de saúde — PNAD 1.02 (75 variáveis); e o terceiro referente às características de famílias e domicílios (43 variáveis). No cálculo dessas variâncias foi utilizado o método ULTIMATE CLUSTER(1).

A fim de fornecer uma aproximação para os coeficientes de variação associados às estimativas do maior número possível de variáveis foram realizados ajustamentos através de um modelo de regressão. Assim, foram ajustados em separado os coeficientes de variação obtidos para cada conjunto de estimativas.

O modelo de regressão utilizado foi da forma $y = ax^b$, onde x é o valor da estimativa, y é o respectivo coeficiente de variação e as observações foram as obtidas para o particular conjunto de variáveis acima mencionado.

São apresentados na tabela a seguir os coeficientes de variação, por tipo de estimativa, de acordo com alguns tamanhos de estimativas, onde a aplicação dos parâmetros pertinentes já foi feita a valores selecionados de estimativas.

Chama-se a atenção do usuário para o fato de que, tendo em vista a natureza das variáveis que entraram nas regressões acima mencionadas, não é aconselhável usar os parâmetros das regressões ou a correspondente tabela para obter coeficientes de variações amostrais de estimativas que considerem separadamente a situação urbana e rural, ou estimativas de valor do rendimento médio mensal, tanto de pessoas como de domicílios.

(1) HANSEN; HURWITZ; MADOW. *Sample Survey Methods and Theory*, New York, John Wiley, 1956.

COEFICIENTES DE VARIAÇÃO, POR TIPO DE AJUSTE,
SEGUNDO O TAMANHO DA ESTIMATIVA

TAMANHO DA ESTIMATIVA	COEFICIENTE DE VARIAÇÃO (%)		
	Características de pessoas		Características de famílias e domicílios
	Questionário de mão-de-obra	Questionário de saúde	
10 000	24,1	21,4	37,2
20 000	17,8	15,8	25,5
30 000	14,9	13,3	20,4
40 000	13,1	11,7	17,5
50 000	11,9	10,6	15,4
100 000	8,7	7,9	10,6
200 000	6,4	5,8	7,2
300 000	5,4	4,9	5,8
400 000	4,7	4,3	5,0
500 000	4,3	3,9	4,4
1 000 000	3,2	2,9	3,0
2 000 000	2,3	2,1	2,1
3 000 000	2,0	1,8	1,6
4 000 000	1,7	1,6	1,4
5 000 000	1,6	1,4	-
10 000 000	1,1	1,1	-

CONCEITUAÇÃO

Apresenta-se, a seguir, a conceituação das principais características que foram objeto deste estudo.

POPULAÇÃO RESIDENTE

A população residente é definida pelas pessoas moradoras presentes que tinham a unidade domiciliar como local de residência habitual e se achavam presentes na data de referência e pelas pessoas moradoras ausentes que tinham a unidade do domiciliar como local de residência habitual e que, na data de referência, estavam ausentes temporariamente, por período não superior a 12 meses em relação àquela data.

SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO

A classificação da situação pode ser urbana ou rural, segundo a localização do domicílio e tem por base a legislação vigente por ocasião da realização do Censo Demográfico de 1980. Como situação urbana consideraram-se áreas correspondentes às cidades (sedes municipais), às vilas (sedes distritais) ou às áreas urbanas isoladas. A situação rural abrange toda a área situada fora desses limites. Este critério é, também utilizado na classificação da população urbana e rural.

IDADE

A investigação da idade foi feita através da pesquisa do dia, mês e ano de nascimento. As pessoas que não declararam a data de nascimento foram reunidas no grupo "Idade ignorada".

ALFABETIZAÇÃO

A investigação da alfabetização foi limitada às pessoas de 5 anos ou mais. Foram consideradas alfabetizadas as

peças capazes de ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma que conhecessem.

ANOS DE ESTUDO

Para efeito de divulgação a classificação de anos de estudo foi limitada às pessoas de 10 anos ou mais e obtida em função da série que estavam frequentando ou haviam frequentado. A correspondência foi feita do seguinte modo: 1 a 8 anos — 1º grau; 9 a 11 anos — 2º grau e 12 anos ou mais — Superior, Mestrado ou Doutorado. As pessoas que são declararam a série ou o grau foram consideradas no grupo "Anos de estudo não determinados".

CONDIÇÃO DE ATIVIDADE

A população de 10 ou mais foi classificada, quanto à condição de atividade na semana de referência, em população economicamente ativa e população não economicamente ativa.

A população economicamente ativa na semana de referência compôs-se das pessoas que, nesse período, tinham vínculo de trabalho (pessoas ocupadas) ou estavam dispostas a trabalhar tendo para isso tomado alguma providência efetiva.

Como população não economicamente ativa consideraram-se as pessoas que eram estudantes, aposentadas, pensionistas, inválidas, as que viviam de renda e as que exerciam atividades domésticas não remuneradas.

RENDIMENTO

Os dados sobre rendimento aparecem na pesquisa

de duas formas:

1 - Rendimento mensal de trabalho, considerando-se como tal:

a) para os empregados — a remuneração bruta do mês de outubro ou a remuneração média recebida, quando o rendimento era variável;

b) para os empregadores ou conta própria — a retirada do mês de outubro ou a retirada média mensal, quando o rendimento era variável;

Pesquisou-se o rendimento em dinheiro e em produtos ou mercadorias provenientes do trabalho principal e de outros trabalhos, não sendo investigado o valor da produção para consumo próprio.

Os empregados domésticos que recebiam apenas moradia, alimentação, roupas, medicamentos, etc. (benefícios), à guisa de rendimento de trabalho, foram incluídos no grupo "Sem rendimento".

Os resultados são apresentados segundo classes de salário mínimo, tendo sido utilizado, para efeito de apuração, o maior salário mínimo vigente no País, na data de referência da pesquisa que era de Cr\$ 8.464,00.

2 - Rendimento mensal familiar per capita que representa o rendimento médio de cada membro de uma unidade familiar, ou seja, a razão entre o total da renda familiar e o número de componentes da família. Convém assinalar que a interpretação da média obtida deve levar em conta uma possível distorção representada pela maior ou menor presença de crianças na unidade familiar, admitindo-se diferenciação na estrutura de necessidades entre os membros adultos e as crianças.

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE
NO PERÍODO DE 15/10'A 14/11/81

Para as pessoas que procuraram atendimento no sistema formal de atenção à saúde no período de referência, analisou-se o tipo de estabelecimento procurado, e a condição de utilização dos serviços de saúde.

TIPO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

- Posto ou Centro de Saúde — estabelecimento da rede pública sem unidade de internação. Estão incluídos neste item ambulatorios próprios do INAMPS e das Secretarias de Saúde;

- Hospital Público — estabelecimento de propriedade da União (Ministério da Saúde, Universidades Federais, Forças Armadas), da Previdência Social (INAMPS e FUNRURAL), de Estados ou Municípios;

- Hospital, Clínica ou Consultório Particular;

- Outro — Estão incluídos neste item ambulatorios de empresa ou sindicato, do SESI e do SESC e estabelecimentos que não se enquadram nos itens anteriores.

CONDIÇÃO DE UTILIZAÇÃO DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE

Particular — quando a própria pessoa ou outra qualquer foi a responsável pela cobertura integral das despesas do atendimento;

Previdência oficial — quando as despesas do aten

dimento foram cobertas através do sistema previdenciário oficial (INAMPS, estadual, municipal e das forças armadas) ao qual a pessoa, ou o seu responsável, estava vinculado;

Sistema de pré-pagamento — quando as despesas do atendimento foram cobertas, mesmo que parcialmente, por sistema de previdência privada ao qual a pessoa, ou o seu responsável, era direta e particularmente associado. Este item abrange o seguro-saúde;

Sistema do empregador — quando as despesas do atendimento foram cobertas, mesmo que parcialmente, por sistema proporcionado pelo empregador ao qual a pessoa, ou o seu responsável estava vinculado. Incluir neste item o seguro de saúde pago integralmente pelo empregador.

MULHERES QUE TIVERAM FILHOS NO PERÍODO DE 15/11/80 A 14/11/81

Para as mulheres que tiveram filhos no período de referência investigou-se o número de atendimentos pré-natais por médico ou pessoal auxiliar de saúde, o local do parto, quem atendeu ao parto, a condição de utilização do hospital quando da realização do parto e o tipo de parto. Para as mulheres que residiam com os filhos foi pesquisado se houve amamentação com leite materno e por quanto tempo.

ATENDIMENTO PRÉ-NATAL

Foi considerado como atendimento pré-natal a consulta diretamente relacionada com a gestação, com pessoal de qualquer estabelecimento de saúde (posto, centro, ambulatório, consultório médico), seja no próprio estabelecimento ou no domi

cílio (visita domiciliar do médico ou visitadora sanitária).

PESSOA QUE ATENDEU AO PARTO

Médico — quando o atendimento ao parto foi realizado por médico.

Enfermeira — quando o atendimento ao parto foi realizado por enfermeira diplomada.

Parteira — quando o atendimento foi realizado por pessoa que regularmente faz esse trabalho sem ter, entretanto, formação profissional específica ("parteira curiosa").

Outro — quando o parto foi realizado por qualquer outra pessoa não incluída nos itens anteriores.

MORBIDADE NO PERÍODO DE 1 A 14/11/81

Para as pessoas que segundo a percepção própria ou da família tiveram problemas de doença, dentário, acidente ou ferimento no período de referência, investigou-se o número médio de dias de limitação das atividades habituais.

Entende-se por limitações das atividades habituais as seguintes situações:

a) no caso de pessoa que trabalhava, a limitação ou impossibilidade de executar as tarefas ligadas à sua ocupação;

b) no caso de pessoa que freqüentava escola, a limitação ou impossibilidade de ir a escola ou assistir aulas;

c) no caso de dona de casa, a limitação ou impossibilidade de executar as tarefas domésticas ou as atividades regulares, tais como cozinhar, lavar ou passar roupa, levar filhos à escola, frequentar algum curso, etc.;

d) no caso de crianças, a não participação nas brincadeiras habituais ou a apresentação de alguma condição que a mãe identificou como doença (critério de julgamento da mãe); e

e) no caso das demais pessoas, deixar de realizar as coisas que faziam rotineiramente, tais como ir ao cinema, teatro, parques, igrejas, clubes, praticar esportes, fazer visitas, etc., em razão de doença ou problema de saúde.

Considera-se como falta ao trabalho a ausência, por problema de saúde, no mínimo, à metade da jornada normal de trabalho e, como falta à escola, a ausência, pelo menos a um período letivo diário (no caso daqueles que estudavam em regime de tempo integral) por um problema de saúde.

VACINAÇÃO ATÉ 14/11/81

Para as pessoas de até 4 anos investigou-se o tipo de vacina recebida: tríplice, poliomielite, sarampo ou tuberculose (BCG) e número de doses tomadas. Não foram consideradas para a pesquisa as vacinas recebidas através da Campanha Nacional de Vacinação.

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (PESQUISA DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA)

Os estabelecimentos de saúde pesquisados pelo

IBGE, no inquérito sobre Assistência Médico-Sanitária de 1980, que tem por base um convênio de cooperação mútua com o Ministério da Saúde, englobam os estabelecimentos hospitalares, parahospitalares e de saúde pública cadastrados naquele ano.

1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO

1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO

1.1 - EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

A dinâmica demográfica pode ser caracterizada, de forma global, através da velocidade com que o processo de crescimento da população se desenvolve e das condições de equilíbrio a que ele conduz. Essa velocidade é representada pela taxa de crescimento populacional que, por sua vez, pode ser decomposta na componente vegetativa (nascimentos e óbitos) e na componente migratória (imigração e emigração). O equilíbrio final, então, resulta das relações entre essas diversas componentes e as dimensões dos grupos a que elas se aplicam.

A Tabela 1.1 apresenta as populações do Brasil, da Região Nordeste e do Estado de São Paulo, segundo os 5 últimos recenseamentos gerais, realizados a partir de 1940. Já na Tabela 1.2 temos as taxas de crescimento observadas em cada período, para cada uma dessas áreas.

O crescimento da população brasileira durante o período 1960/70 foi intenso, não diferindo muito do ocorrido na década anterior, com taxas de crescimento próximas dos 3%.

Observa-se no período compreendido entre 1940 e 1980, a permanência de altas taxas de natalidade da população brasileira, bem como níveis descendentes da mortalidade geral, conforme mostra a tabela 1.3.

TABELA 1.1

POPULAÇÃO RESIDENTE DO BRASIL, REGIÃO NORDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO,
POR SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, SEGUNDO OS ANOS DE REFERÊNCIA

ANOS DE REFERÊNCIA	POPULAÇÃO RESIDENTE (1 000 pessoas)								
	Brasil			Região Nordeste			Estado de São Paulo		
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
1940(1)	41 236,3	12 880,2	28 356,1	14 434,1	3 381,2	11 052,9	7 180,3	3 168,1	4 012,2
1950(1)	51 944,4	18 782,9	33 161,5	17 973,4	4 744,8	13 228,6	9 134,4	4 804,2	4 330,2
1960	70 070,5	31 303,0	38 767,4	22 181,9	7 516,5	14 665,4	12 809,2	8 019,7	4 789,5
1970	93 139,0	52 085,0	41 054,1	28 111,9	11 753,0	16 359,0	17 771,9	14 276,2	3 495,7
1980	119 002,7	80 436,4	38 566,3	34 812,4	17 566,8	17 245,5	25 040,7	22 196,4	2 844,3

FONTE - IBGE. Censos Demográficos.

(1) Os dados se referem a população presente.

TABELA 1.2
TAXA GEOMÉTRICA DE CRESCIMENTO MÉDIO ANUAL PARA O BRASIL, REGIÃO NORDESTE
E ESTADO DE SÃO PAULO, SEGUNDO OS PERÍODOS

PERÍODOS	TAXA GEOMÉTRICA DE CRESCIMENTO MÉDIO ANUAL (%)		
	Brasil	Região Nordeste	Estado de São Paulo
1940 a 1950	2,39	2,27	2,50
1950 a 1960	2,99	2,08	3,39
1960 a 1970	2,89	2,50	3,33
1970 a 1980	2,48	2,16	3,49

FONTE - IBGE. Censos Demográficos.

TABELA 1.3
TAXA GEOMÉTRICA DE CRESCIMENTO MÉDIO ANUAL E SUAS TAXAS COMPONENTES,
SEGUNDO OS PERÍODOS
BRASIL

PERÍODOS	TAXA GEOMÉTRICA DE CRESCIMENTO MÉDIO ANUAL (°/00) (N-M+I)	COMPONENTES DA TAXA GEOMÉTRICA DE CRESCIMENTO MÉDIO ANUAL (°/00)			
		Taxa de natalidade (N)	Taxa de mortalidade (M)	Taxa de crescimento vegetativo (N-M)	Taxa de migração líquida (I)
1940 a 1950 ...	23,9	44,4	20,9	23,5	0,4
1950 a 1960 ...	29,9	43,2	14,2	29,0	0,9
1960 a 1970 ...	28,9	38,7	9,8	28,9	0,0
1970 a 1980 ...	24,8	33,0	8,2	24,8	0,0

FONTE - IBGE. Censos Demográficos.

No último decênio, constatou-se, no entanto, uma diminuição dos níveis de fecundidade da mulher brasileira em todas as regiões (Tabela 1.4), refletindo-se na queda da taxa de crescimento da população que ficou em torno de 2,48%. Conforme pode ser visto pelos dados da Tabela 1.3, o crescimento da população brasileira é resultante tão somente da diferença entre as taxas de natalidade e mortalidade, uma vez que as correntes migratórias vindas do exterior, que tiveram alguma importância no final do século passado e início deste, deixaram praticamente de existir a partir do início da primeira guerra mundial, não tendo assim influência na sua composição.

TABELA 1.4
TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL PARA O BRASIL, REGIÃO NORDESTE E
ESTADO DE SÃO PAULO, SEGUNDO OS ANOS

ANOS	TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL (1)		
	Brasil	Região Nordeste	Estado de São Paulo
1970	5,8	7,5	3,9
1980	4,4	6,1	3,2

FONTE - IBGE. Censos Demográficos.

(1) - A taxa de fecundidade total fornece uma estimativa do número médio de filhos tidos nascidos vivos por mulher, em uma coorte hipotética de mulheres que tiveram seus filhos de acordo com um conjunto de taxas de fecundidade por idade e que não estiveram expostas a riscos de mortalidade.

Já, a Região Nordeste e o Estado de São Paulo apresentam padrões diferenciados de crescimento populacional. Enquanto, na primeira, a taxa de crescimento diminuiu no período

1970/1980, em São Paulo, ao contrário, houve um ligeiro aumento (Tabela 1.2). Este menor crescimento do Nordeste não é consequência de uma fecundidade baixa, como à primeira vista se poderia pensar, mas sim das altas taxas de emigração desta Região para o restante do País, principalmente para São Paulo. A título de ilustração, tem-se na Tabela 1.5, os movimentos migratórios para o Nordeste e São Paulo, a partir de 1940.

TABELA 1.5
POPULAÇÃO MIGRANTE E SALDO MIGRATÓRIO DA REGIÃO NORDESTE E
ESTADO DE SÃO PAULO, SEGUNDO OS ANOS

ANOS	POPULAÇÃO MIGRANTE				SALDO MIGRATÓRIO	
	Imigrantes		Emigrantes		Região Nordeste	Estado de São Paulo
	Região Nordeste	Estado de São Paulo	Região Nordeste	Estado de São Paulo		
1940..	786 137	726 238	1 423 558	231 300	-637 421	494 938
1950..	983 562	1 064 037	1 919 683	507 235	-936 121	556 802
1960..	1 415 213	1 831 112	3 672 219	964 634	-2 257 006	866 478
1970..	1 638 862	3 186 223	5 149 719	1 269 579	-3 510 857	1 916 644
1980..	2 260 243	6 005 666	7 850 957	1 451 536	-5 590 714	4 554 130

FONTE - IBGE. Censos Demográficos.

Os dados são, por si sô, bastante esclarecedores, visto que, enquanto para o Nordeste há um aumento contínuo do número de nordestinos residindo fora de sua região de nascimento chegando em 1980 a representar cerca de 24%, São Paulo ao contrário, em função do processo de desenvolvimento que historicamente ocorreu nessa região, tem sido uma área de grande atração migratória, principalmente de nordestinos.

Esta grande perda de população por parte do Nordeste, em consequência da emigração, se reproduz na sensível modificação observada nos índices de participação populacional desta Região no total da população brasileira. No início do século, esta participação era de 40%, hoje, conforme mostra a Tabela 1.6, é de 29,3%. Por outro lado, São Paulo vê aumentar este índice ao longo das últimas décadas, atingindo a cifra de 21,0%.

TABELA 1.6
 PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO RESIDENTE DA REGIÃO NORDESTE E
 ESTADO DE SÃO PAULO EM RELAÇÃO À DO BRASIL,
 SEGUNDO OS ANOS

ANOS	PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO RESIDENTE EM RELAÇÃO À DO BRASIL	
	Região Nordeste	Estado de São Paulo
1940	35,0	17,4
1950	34,6	17,6
1960	31,7	18,3
1970	30,2	19,1
1980	29,3	21,0

FONTE - IBGE. Censos Demográficos.

Por último, cabe destacar o processo de redução da população jovem e consequente elevação na de adultos e de idosos, principalmente a partir da última década que, como foi visto, está intimamente vinculado à diminuição do nível de reprodução da mulher brasileira, fenômeno este que vem ocorrendo com intensidade diferenciada em todas as regiões brasileiras. Nesse sentido, a Tabela 1.7 indica que a proporção de pessoas acima de 50 anos vem crescendo gradativamente independente do sexo. Por outro lado, a proporção de menores de 14 anos no Brasil, que em 1960 era de 42,7%, declina para 38,2% em 1980, queda essa que é

mais acentuada em São Paulo (38,3% para 33,0%) cujos níveis mais baixos refletem um declínio historicamente anterior das taxas de fecundidade. Já na Região Nordeste, além da proporção de menores ser ainda bastante elevada, o declínio da mesma entre 1960 e 1980 é praticamente irrelevante (44,4% para 43,3%), o que pode ser explicado por padrões de fecundidade ainda altos, embora declinantes, e possivelmente pela seletividade, em termos de idade, da emigração dos nordestinos para outras regiões do País.

TABELA 1.7
 PERCENTAGENS DA POPULAÇÃO RESIDENTE PARA O BRASIL, REGIÃO NORDESTE
 E ESTADO DE SÃO PAULO POR ANOS,
 SEGUNDO O SEXO E OS GRUPOS DE IDADE

SEXO E GRUPOS DE IDADE	PERCENTAGENS DA POPULAÇÃO RESIDENTE								
	Brasil			Região Nordeste			Estado de São Paulo		
	1960	1970	1980	1960	1970	1980	1960	1970	1980
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Até 14 anos..	42,7	42,1	38,2	44,4	45,3	43,3	38,3	36,7	33,0
15 a 49 anos .	47,2	47,2	49,6	45,4	44,3	44,9	50,3	51,1	53,8
50 anos e mais	10,1	10,7	12,2	10,2	10,4	11,8	11,4	12,2	13,2
HOMENS ...	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Até 14 anos..	43,2	42,6	38,8	45,6	46,4	44,6	38,3	37,0	33,4
15 a 49 anos .	46,6	46,7	49,3	44,0	43,0	43,7	50,2	51,1	54,0
50 anos e mais	10,2	10,7	11,9	10,4	10,6	11,7	11,5	11,9	12,6
MULHERES..	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Até 14 anos..	42,1	41,6	37,6	43,2	44,2	42,4	38,4	36,5	32,7
15 a 49 anos .	47,9	47,7	49,9	46,8	45,6	45,7	50,4	51,1	53,5
50 anos e mais	10,0	10,7	12,5	10,0	10,2	11,9	11,2	12,4	13,8

FONTE - IBGE. Censos Demográficos.

1.2 - EVOLUÇÃO DO CRESCIMENTO URBANO

Uma outra variável a ser abordada refere-se ao crescimento urbano das regiões sob estudo, que constitui um dos aspectos do crescimento demográfico de significado mais importante das últimas décadas.

Esse crescimento tem se processado, frequentemente, de forma desordenada e não racional, criando uma série de problemas colaterais que muitas vezes retiram o significado de vantagem econômica e social em que o processo de urbanização poderia se constituir, para transformá-lo em um fenômeno desequilibrado no sentido social.

Assim, a forma como o processo de urbanização vem ocorrendo no País, em vez de ser um fenômeno controlado e consciente, capaz de produzir cidades com níveis satisfatórios de qualidade de vida, vem se tornando um elemento de desvirtuamento da paisagem urbana, pondo em perigo os recursos naturais, a pureza atmosférica e o equilíbrio ecológico do meio ambiente.

As proporções da população urbana para cada região são mostradas na Tabela 1.8 calculadas a partir dos dados constantes na Tabela 1.1.

Antes, no entanto, de se fazer uma análise sumária sobre estes resultados, há que ter em mente que o critério de classificação da população em urbana e rural, geralmente utilizado e adotado nos censos brasileiros, é um critério puramente administrativo que não se presta, por isso mesmo, para uma análise rigorosa. De um recenseamento para outro, o aumento da população urbana sofre distorções decorrentes de ações políticas e administrativas que, arbitrariamente, transformam distritos rurais em urbanos, dividem municípios fazendo surgir repentinamente novas áreas urbanas, de caráter inteiramente artifi-

cial sem as características mínimas de uma verdadeira cidade. Assim, o crescimento urbano, medido pelo acréscimo da população urbana recenseada, não corresponde, em muitos casos, a uma realidade concreta do processo de urbanização. Por esse motivo, a solução desejável para se analisar o processo de urbanização seria adotar procedimentos internacionalmente reconhecidos, a exemplo de se considerar como população urbana os habitantes de cidades de 10.000 ou 20.000 habitantes e mais, e como rurais os que vivem propriamente no campo e nas cidades, vilas ou povoados com população inferior ao tamanho estipulado. De acordo com este critério, a proporção da população urbana em municípios com mais de 10.000 habitantes era de 44% em 1970, passando para 55,6% em 1980, valores estes bastante inferiores aos encontrados através do critério tradicional conforme veremos a seguir. No entanto, como não se objetiva aqui um estudo aprofundado do crescimento da população urbana e suas causas, e sim indicar, apenas, as tendências gerais desse processo, será utilizada a classificação usual, sem no entanto, perder-se de vista as restrições acima mencionadas.

Conforme pode ser visto na Tabela 1.1 a população rural brasileira era superior à urbana em todos os Censos Demográficos realizados até 1960. Em 1940, havia 15,5 milhões de pessoas a mais residindo em áreas rurais, valor este que se estreitou para 7,5 milhões quando da realização do Censo de 1960. Já o Censo de 1970 acusou uma população urbana superior à rural, representando 55,9% do total. Entre 1970 e 1980, o efetivo urbano se torna 2,1 vezes maior que o rural, resultado de um aumento absoluto de 28,4 milhões no primeiro e uma perda de 2,5 milhões no segundo. Note-se que houve uma diminuição de 6% no contingente rural durante a década de 70, que se reduziu em termos absolutos a um valor menor do que o encontrado em 1960.

A evolução demográfica verificada para o Brasil como um todo tende a se reproduzir, embora com intensidade maior,

quando se considera São Paulo e, em menor escala, a Região Nordeste.

TABELA 1.8
 PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO RESIDENTE URBANA EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO
 RESIDENTE, PARA O BRASIL, REGIÃO NORDESTE E ESTADO DE
 SÃO PAULO, SEGUNDO OS ANOS

ANOS	PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO RESIDENTE URBANA EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO RESIDENTE		
	Brasil	Região Nordeste	Estado de São Paulo
1940	31,3	23,4	44,2
1950	36,2	26,4	52,6
1960	44,7	33,9	62,6
1970	55,9	41,8	80,3
1980	67,6	50,5	88,6

FONTE - IBGE. Censos Demográficos.

São Paulo, como se sabe, foi onde se deu historicamente a decolagem do processo de desenvolvimento do Brasil, traduzido nos indicadores de crescimento industrial. É principalmente este Estado que irá refletir as mudanças originadas pela consolidação das formas modernas de produção, de tal maneira que essa área vai paulatinamente concentrando recursos, meios de produção e crescentes contingentes populacionais, via migração interna de outras regiões do País, em especial do Nordeste.

À Região Nordeste coube uma situação extremamente desfavorável durante todo este período, visto que já era uma Região em decadência econômica desde o século passado com as crises periódicas de produção de açúcar e algodão. A partir dos

anos 30 do século atual, com o avanço da industrialização no centro-sul (em especial em São Paulo), o empobrecimento relativo do Nordeste acentuou-se e teve início um intenso processo de migrações para os centros urbanos e industriais do sudeste brasileiro.

É dentro deste contexto, que se explica, por um lado, que já em 1950 a proporção da população urbana em São Paulo fosse superior à rural, representando 52,6% do total, proporção esta que passa para 88,6% em 1980.

O Nordeste, que em 1950 tinha uma proporção de população residindo nas cidades, bem abaixo da média nacional, apenas 26,4%, somente a partir da década de 1960 experimenta a intensificação do processo de urbanização, de tal modo que, em 1980, a população urbana já supera a rural (50,5%). O crescimento urbano no Nordeste, nas últimas décadas, está ligado à expansão da produção capitalista e à necessidade de criação de novos mercados, o que originou políticas de desenvolvimento, com a criação de incentivos para ocupação agropecuária e industrial e surgimento de alguns polos setoriais de produção industrial. Assim, mesmo mantendo uma situação de pobreza relativa já crônica, o Nordeste alcançou, nesses últimos 20 anos, taxas de crescimento econômico tão altas quanto o conjunto nacional, tendo inclusive superado a média na década de 70. Do ponto de vista das transformações estruturais do aparelho produtivo, a participação da indústria no conjunto da atividade econômica cresceu mais no Nordeste do que no País como um todo, crescimento este estreitamente integrado com os mercados do centro-sul, fenômeno que igualmente abrange os segmentos da agricultura de exportação e de substituição de importações em âmbito nacional.

No entanto, todo este crescimento verificado na Região não foi suficiente para reter sua população, uma vez que os investimentos predominantes na indústria e na agropecuária nor

destina não se vinculavam diretamente ao desenvolvimento de um mercado interno regional. Essa situação se agrava quando se considera que a política de incentivos fiscais privilegia setores que tecnologicamente dependem de investimentos intensivos de capital, o que não favorece a ampliação necessária do mercado de trabalho. O mercado de trabalho urbano no Nordeste, por outro lado, está constantemente pressionado pelas migrações rurais, pois, no campo, a destruição de culturas alimentares e o enfraquecimento da agricultura familiar de subsistência foram a contrapartida da expansão dos investimentos e de sua concentração nas atividades extrativas e agropecuárias para exportação.

Assim, no que se refere ao aspecto econômico, foram obtidos resultados satisfatórios quanto ao comportamento das taxas de crescimento do PIB, o mesmo não se podendo afirmar de um ponto de vista mais estritamente social onde os resultados obtidos são ainda modestos, pois sabe-se que, no ano de 1980, dois terços da classe trabalhadora nordestina tinha renda igual ou inferior ao salário mínimo.

Uma outra forma de se avaliar o impacto das transformações econômicas e sociais sobre as condições de vida da população pode ser deduzida através dos indicadores de mortalidade, principalmente a mortalidade infantil e a esperança de vida ao nascimento, o que será visto no item que se segue.

1.3 - EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE AO LONGO DOS CENSOS DEMOGRÁFICOS

As Tabelas 1.9 e 1.10 apresentam, respectivamente, os valores da esperança de vida ao nascer e da probabilidade de morte antes de completar um ano de idade para as regiões em estudo. É fácil entender os comentários precedentes, quando se

olha os resultados mostrados nessas tabelas.

TABELA 1.9
ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER PARA O BRASIL, REGIÃO NORDESTE
E ESTADO DE SÃO PAULO, SEGUNDO OS ANOS

ANOS	ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER (anos)		
	Brasil	Região Nordeste	Estado de São Paulo
1940	41,5	38,7	42,5
1950	45,5	38,9	50,4
1960	51,6	41,0	59,6
1970	53,5	45,5	58,9
1980	60,0	51,0	64,5

FONTE - IBGE. Censos Demográficos.

Quando se focaliza o Brasil como um todo, verifica-se terem ocorrido grandes reduções nos níveis de mortalidade nos últimos 40 anos, passando o valor da esperança de vida de 41,5 anos (em meados da década de 30) para 60,0 anos (em meados da década de 70).

No entanto, quando se focaliza a tendência histórica da mortalidade constata-se que estes ganhos não ocorreram de forma homogênea, pelos diferentes espaços regionais. Assim, a população nordestina, neste período, teve apenas um aumento de 11,3 anos na sua esperança de vida, contra 22 anos verificados para a população de São Paulo.

Estes resultados, de uma certa maneira, relativizam bastante as conquistas econômicas alcançadas durante o período para a população nordestina uma vez que, em termos de quali-

dade de vida, os ganhos nos índices de mortalidade foram de alcance reduzido e parecem dissociados do ritmo das transformações econômicas nas últimas décadas.

TABELA 1.10
 PROBABILIDADE DE MORTE ANTES DE COMPLETAR O PRIMEIRO ANO
 DE VIDA PARA O BRASIL, REGIÃO NORDESTE E ESTADO
 DE SÃO PAULO, SEGUNDO OS ANOS

ANOS	PROBABILIDADE DE MORTE ANTES DE COMPLETAR O PRIMEIRO ANO DE VIDA(°/°°)		
	Brasil	Região Nordeste	Estado de São Paulo
1940	163,6	176,4	157,7
1950	146,4	175,2	124,9
1960	121,1	166,0	89,0
1970	113,8	146,3	92,6
1980	88,0	124,5	71,0

FONTE - IBGE. Censos Demográficos .

Por outro lado, vê-se como é ainda extremamente elevada a mortalidade de menores de 1 ano no Nordeste, pois de cada 1 000 crianças nascidas vivas, cerca de 124 morrem antes de completar o primeiro ano de vida, índice bem acima da média nacional que é 88°/°°. Para São Paulo, essa probabilidade é de 71°/°° valor este ainda bastante elevado, tendo em vista os níveis atuais de mortalidade infantil observados para os países mais desenvolvidos, que se encontram em torno de 20°/°°.

1.4 - ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS DA POPULAÇÃO

Em seguida à discussão acerca da distribuição e evolução populacional nas regiões consideradas por este perfil, procura-se fornecer um quadro atual da situação econômica e social dessas populações, enfatizando as características relacionadas com a educação e o rendimento pessoal.

Os aspectos que se referem à educação fornecem indicadores adequados para que se possa avaliar as condições de evolução social e cultural dos diversos segmentos populacionais. Sobretudo em relação à investigação das condições de saúde da população, no sentido proposto neste trabalho, os níveis e padrões educacionais podem ser considerados como elementos condicionantes dos comportamentos, percepções e decisões das pessoas em função dos chamados problemas de saúde, tanto a nível individual como familiar. Nesta medida, a apreciação das taxas de alfabetização e do nível de escolaridade da população pode resumir o quadro necessário de informações sobre as características educacionais das populações em estudo.

A Tabela 1.11 contém os valores das taxas de alfabetização em 1981. Através de informações retrospectivas, suficientemente conhecidas pelo público interessado, sabe-se que, no Brasil, as taxas de alfabetização vêm crescendo constantemente nas últimas décadas, embora a proporção de analfabetos ainda seja consideravelmente elevada. Por outro lado, persistem e, em certa medida, agravaram-se os diferenciais nas taxas de alfabetização e escolarização em geral entre as diversas regiões brasileiras. A apresentação dos resultados referentes ao ano de 1981 permite algumas rápidas considerações dentro desse contexto de preocupações.

Os dados mostram os diversos níveis de diferen-

ciação existentes em relação aos grupos de idade, à situação do domicílio e às unidades regionais consideradas.

TABELA 1.11

TAXA DE ALFABETIZAÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE DE 7 ANOS OU MAIS DE IDADE,
PARA O BRASIL, REGIÃO NORDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO,
SEGUNDO A SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO E OS GRUPOS DE IDADE
1981

SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO E GRUPOS DE IDADE	TAXA DE ALFABETIZAÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE DE 7 ANOS OU MAIS DE IDADE(1)		
	Brasil(2)	Região Nordeste	Estado de São Paulo
TOTAL	75,1	54,7	87,3
7 a 9 anos	49,3	23,6	72,0
10 a 14 anos	80,0	58,1	95,3
15 anos e mais ...	77,2	58,6	87,5
URBANA	82,5	67,8	88,3
7 a 9 anos	59,4	35,3	73,7
10 a 14 anos	88,1	72,8	95,8
15 anos e mais ...	84,0	71,0	88,6
RURAL	56,0	39,2	76,3
7 a 9 anos	29,8	12,2	58,7
10 a 14 anos	63,5	42,5	91,5
15 anos e mais ...	58,2	42,9	75,2

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

(1) Taxa de alfabetização = $\frac{\text{população residente alfabetizada em cada grupo de idade ou situação do domicílio}}{\text{população residente em cada grupo de idade ou situação do domicílio}} \times 100$

(2) Exclui a população residente rural da Região Norte.

No que toca aos grupos de idade, as taxas de alfa

betização mostram-se claramente ascendentes a partir do grupo 7 a 9 anos, atingindo os valores mais elevados para o conjunto do Brasil e o Estado de São Paulo no grupo 10 a 14 anos. Essa caracte-rística, que não é observada na Região Nordeste, parece revelar a prevalência de maiores oportunidades de alfabetização recente para as pessoas em idade de escolarização, tendo em vista que as pessoas atualmente com 15 anos e mais, na época de sua infância ou juventude devem ter tido oportunidades mais limitadas de aces-so aos meios de alfabetização. Como essa situação é nitidamen-te visualizada em uma região desenvolvida como São Paulo, pode-se atribuir sua origem a dois tipos de causas, sendo uma asso-ciada à intensidade das mudanças sociais e educacionais recentes em áreas como São Paulo, e outra, associada às possíveis desvan-tagens, em termos educacionais, da força de trabalho adulta que vem migrando há décadas das regiões mais atrasadas (como o Nor-deste) para as mais adiantadas (como São Paulo).

Os diferenciais urbano rurais apresentam-se ain-da bastante expressivos no Brasil, sobretudo na Região Nordes-te, onde a taxa de alfabetização da população rural em 1981 atin-gia apenas 39,2% contra 67,8% entre a população urbana. No ca-so da população rural do Nordeste os níveis de alfabetização são tão baixos que mesmo entre a população em idade de escolariza-ção, como o grupo 10 a 14 anos de idade, a taxa de alfabetiza-ção situa-se em torno de 42%. Da mesma forma, apesar dos níveis de alfabetização serem bem mais elevados entre a população urba-na, alguns resultados encontrados demonstram que continuam exis-tindo importantes segmentos populacionais urbanos à margem dos processos sociais e educacionais, como bem o ilustra o fato da taxa de alfabetização do grupo urbano de 7 a 9 anos de idade, em São Paulo, situar-se na faixa de 73% (27% de analfabetos) e, na Região Nordeste, na faixa de 35% (65% de analfabetos).

Pelo que já foi assinalado, percebe-se que as di-

ferenciações regionais nas condições de alfabetização da população acompanham as características gerais do desenvolvimento desigual das regiões brasileiras. Assim, enquanto em São Paulo 87,3% da população de 7 anos e mais é alfabetizada, no Nordeste essa proporção cai para 54,7%. Desagregando essa informação para cada grupo de idade os diferenciais permanecem significativos, seja no grupo 7 a 9 anos (23,6% no Nordeste contra 72,0% em São Paulo), seja no grupo 10 a 14 anos (58,1% no Nordeste contra 95,3% em São Paulo). Nesse sentido, percebe-se que, se de um lado os níveis atuais de alfabetização da população nordestina decorrem das condições deficientes de escolarização existentes no passado, de outro, na medida em que essas condições continuam sendo precárias, reproduzem entre a população atualmente em idade escolar os baixos níveis de alfabetização prevalentes historicamente na Região.

Através da Tabela 1.12 é possível verificar os níveis de escolaridade da população urbana, que é o segmento a ser preferencialmente investigado no presente perfil.

Os dados mostram que esta parcela da população apresenta naturalmente níveis de escolaridade extremamente superiores aos referentes à população rural. Para se ter uma simples idéia dessas diferenças basta destacar o fato de que, para o Brasil, enquanto nas áreas urbanas a proporção de pessoas de 10 anos e mais sem instrução e com menos de 1 ano de estudo é de 16,1%, nas áreas rurais atinge 41,8%.

A distribuição da população urbana por anos de estudo revela-se de certa forma regular, observando-se apenas um aumento na proporção referente ao grupo com 8 anos e mais de estudo que, segundo o Censo de 1970, era de 15,7% e, em 1981, passou a 23,8%. Os diferenciais segundo o sexo são praticamente insignificantes independentemente da região considerada, po-

TABELA 1.12

PERCENTAGENS DA POPULAÇÃO RESIDENTE URBANA DE 10 ANOS OU MAIS PARA O BRASIL, REGIÃO NORDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO POR SEXO, SEGUNDO OS GRUPOS DE ANOS DE ESTUDO
1981

GRUPOS DE ANOS DE ESTUDO	PERCENTAGENS DA POPULAÇÃO RESIDENTE URBANA DE 10 ANOS OU MAIS DE IDADE								
	Brasil			Região Nordeste			Estado de São Paulo		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sem instrução e menos de 1 ano	16,1	14,5	17,5	27,3	27,4	27,2	12,5	10,3	14,7
1 a 3 anos	24,0	24,7	23,3	26,9	28,0	25,9	22,6	23,2	22,1
4 anos	19,4	19,7	19,3	12,9	12,7	13,1	25,3	25,3	25,2
5 a 7 anos	16,4	16,7	16,1	14,6	14,3	14,9	14,0	14,9	13,2
8 anos ou mais	23,8	24,1	23,5	18,0	17,3	18,6	25,4	26,1	24,6
Anos de estudo não determinados e sem declaração..	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

dendo-se unicamente especular que em São Paulo o nível de escolaridade do sexo feminino é ligeiramente desfavorável em relação ao do masculino, situação que não é válida para a Região Nordeste.

A análise a nível regional mostra uma nítida vantagem do nível de instrução da população urbana de São Paulo em relação à do Nordeste. As diferenciações são mais contundentes na base, tendo em vista que, na Região Nordeste, 27,3% da população urbana não tem instrução ou tem menos de 1 ano de estudo, enquanto em São Paulo essa proporção é de apenas 12,5%. A distribuição pelos anos de estudo seguintes apresenta resultados diferenciados, salientando-se que, enquanto em São Paulo 64,7% da população de mais de 10 anos tem o curso primário completo (4 anos e mais de estudo), no Nordeste essa proporção não ultrapassa a 45,5%. Da mesma forma, embora em níveis mais baixos, a vantagem para São Paulo, no que se refere à população de 8 anos e mais de estudo, não deixa de ser significativa, atingindo 25,4% contra 18,0% na Região Nordeste.

Os índices de alfabetização e o nível de instrução da população são indicadores educacionais que permitem visualizar um quadro geral de profundas diversidades econômicas e regionais no País, diversidades essas que podem ser melhor detalhadas quando se coloca a questão dos padrões de distribuição de rendimentos da população brasileira.

O perfil da distribuição de rendimentos da população economicamente ativa, em 1981, não registra alterações significativas nos padrões recentes de distribuição de rendimentos no Brasil. A proporção de pessoas ganhando até 1 salário mínimo, que vem declinando no decorrer da década de 70, segundo os dados dos Censos de 70 e 80 e das PNADs realizadas no período, atinge cerca de 32% da PEA brasileira, valor ainda bastante ele

vado. Entre a PEA urbana essa proporção é de 25%, enquanto na rural chega a 54%, diferencial que naturalmente se prende à dinâmica do mercado de trabalho urbano-industrial e conseqüentemente à escala salarial das atividades urbanas. A nível regional, enquanto São Paulo tem menos de 17% da PEA recebendo até 1 salário mínimo, a Região Nordeste chega a 54%, sendo essa proporção em sua PEA urbana também bastante elevada, em torno de 43%. Desse modo, a distribuição dos rendimentos da PEA na Região Nordeste indica uma forte concentração nos grupos mais baixos, com quase 80% da PEA recebendo até 2 salários mínimos, fenômeno esse que não encontra correspondência na PEA de São Paulo, onde os grupos com mais de 2 salários mínimos perfazem 56% da PEA com rendimentos. (Tabela 1.13).

A distribuição da população economicamente ativa por classes de salário mínimo, em 1981, ressalta, ainda uma vez, as desigualdades regionais no desenvolvimento econômico brasileiro, da mesma forma que os outros indicadores apresentados, tanto no âmbito das variáveis demográficas como das sócio-econômicas (distribuição e crescimento populacional, esperança de vida e educação, entre outros).

A nível da apropriação pessoal da renda, uma informação suplementar que traz elementos importantes para a discussão do problema diz respeito à distribuição dos rendimentos segundo os decis e percentis de renda.

A distribuição da população economicamente ativa por decis e percentis indica o valor relativo de apropriação da renda para cada grupo da PEA, considerado a partir dos 10% mais pobres até os 10%, 5% e 1% mais ricos. Nesse sentido, a Tabela 1.14 expressa fundamentalmente a apropriação da renda pelos diferentes estratos da PEA e em decorrência os níveis de concentração dos rendimentos.

TABELA 1.13

PERCENTAGENS DA POPULAÇÃO RESIDENTE ECONOMICAMENTE ATIVA COM RENDIMENTOS PARA O BRASIL, REGIÃO NORDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO, POR SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL - 1981

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL	PERCENTAGENS DA POPULAÇÃO RESIDENTE ECONOMICAMENTE ATIVA COM RENDIMENTOS								
	Brasil (1)			Região Nordeste			Estado de São Paulo		
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
TOTAL(2)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Até 1/2 salário mínimo	14,1	10,3	26,4	28,6	20,4	38,9	5,6	5,3	8,9
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo...	18,0	14,9	28,0	25,3	22,4	29,0	11,2	10,4	21,3
Mais de 1 a 2 salários mínimos...	28,3	28,5	27,8	25,6	28,0	22,5	27,3	26,5	36,7
Mais de 2 a 3 salários mínimos...	14,5	16,2	8,8	8,9	11,6	5,6	18,2	18,4	15,8
Mais de 3 a 5 salários mínimos...	11,8	13,8	5,3	5,8	8,3	2,6	17,1	17,6	10,1
Mais de 5 salários mínimos	8,2	9,9	2,6	3,6	5,6	1,0	13,0	13,7	5,2
Mais de 10 salários mínimos	5,1	6,4	1,1	2,2	3,7	0,4	7,6	8,1	2,0

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

(1) Exclui a população residente rural da Região Norte. (2) Exclui sem declaração de rendimento.

TABELA 1.14

DISTRIBUIÇÃO DOS RENDIMENTOS DA POPULAÇÃO RESIDENTE ECONOMICAMENTE ATIVA
COM RENDIMENTOS PARA O BRASIL, REGIÃO NORDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO,
POR SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, SEGUNDO OS DECIS E PERCENTIS DA
POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA - 1981

CORTES PERCENTUAIS	PERCENTAGENS DOS RENDIMENTOS								
	Brasil (1)			Região Nordeste			Estado de São Paulo		
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
10 ⁻	1,03	0,88	1,96	1,63	1,21	2,72	1,27	1,26	1,63
10	1,88	2,18	2,15	1,79	1,33	2,96	2,36	2,41	3,48
10	2,62	2,96	3,01	2,21	2,95	3,24	3,32	3,26	3,79
10	3,82	3,87	4,51	3,86	3,35	3,82	3,69	3,63	5,33
10	4,56	4,37	5,05	4,36	4,60	6,10	4,90	5,07	5,92
10	5,27	5,81	6,44	5,76	5,63	6,88	6,15	6,08	6,69
10	7,53	7,38	8,10	7,34	6,73	8,33	8,14	8,26	8,20
10	10,12	10,48	9,99	9,27	9,68	11,30	10,44	10,56	10,88
10	15,52	15,83	14,24	14,34	14,87	15,01	16,01	15,93	15,19
10 ⁺	47,65	46,24	44,55	49,44	49,65	39,64	43,72	43,54	38,89
5 ⁺	35,17	33,58	33,73	37,52	36,67	29,14	31,36	31,15	27,93
1 ⁺	15,40	14,32	18,39	17,51	15,93	15,24	13,35	13,23	12,85
Coeficiente de Gini (li- mite infe- rior)	0,5783	0,5654	0,5259	0,5797	0,5894	0,4751	0,5377	0,5360	0,4675

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

(1) Exclusive a população residente rural da Região Norte.

Isto posto, revela-se com maior nitidez o quadro ge-
ral da concentração pessoal da renda no Brasil, assinalando-se
o elevado coeficiente de Gini (0,5783), a concentração mais in-
tensa entre a PEA urbana do que entre a PEA rural e as especifi-

idades regionais na apropriação e concentração desses rendimentos. A discussão acerca da concentração de rendimentos no Brasil não é matéria recente e tampouco desconhecida do público interessado. Contudo, alguns resultados ainda podem ser destacados por seu forte impacto, a exemplo do dado que revela que os 50% mais pobres da PEA brasileira detêm apenas 13,9% da renda disponível, enquanto os 10% mais ricos se apropriam de 47,6% dessa renda. Essas distorções são mais acentuadas na Região Nordeste do que em São Paulo, visto que no Nordeste os 50% mais pobres detêm 13,8% da renda contra 15,5% em São Paulo e os 10% mais ricos concentram 49,4% da renda contra 43,7% em São Paulo. Sabendo-se que o valor nominal desses rendimentos é bem inferior na Região Nordeste se comparado àquele encontrado em São Paulo, compreende-se que o quadro de concentração se agrava naquela Região devido aos níveis ainda mais baixos dos rendimentos.

As informações sobre os rendimentos da população economicamente ativa no Brasil evidenciam os problemas já detectados acerca da distribuição consideravelmente desigual da renda em geral e contribuem para que se tenha sempre presente o fato de que as desigualdades regionais atuam de tal maneira sobre os níveis de distribuição de rendimentos da população que geram situações como a do Nordeste, onde a maioria esmagadora da população ativa percebe níveis de remuneração extremamente aviltados.

Com essas breves considerações acerca da situação social e econômica atual da população brasileira, procurou-se identificar padrões gerais de condições de vida nas regiões consideradas nesse estudo. A partir desse quadro mínimo de referências tentar-se á estabelecer, nos próximos capítulos, as conexões existentes entre os condicionantes sócio-econômicos, os padrões de utilização dos serviços de saúde e a própria percepção da morbidade.

2. A OFERTA E A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

2. A OFERTA E A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

É hoje amplamente aceito que a promoção de condições que assegurem a preservação e recuperação da saúde do indivíduo é um compromisso do Estado e uma responsabilidade da sociedade como um todo. Neste sentido, é tarefa do Estado, através de suas instituições próprias, melhorar estes serviços, em particular os médico-sanitários, tornando-os acessíveis a todas as parcelas da população.

Esta premissa é de fundamental importância, na medida em que a elevação do nível de saúde é condição "sine qua non" para melhorar as condições de vida da população, devendo ser uma das metas de todos os projetos de desenvolvimento sócio-econômico.

As condições de saúde da população brasileira compõem um quadro extremamente diversificado, devido às grandes disparidades regionais existentes no País, onde coexistem padrões de morbimortalidade próprios de países desenvolvidos, com aqueles relacionados às condições de extrema pobreza. Assim, ao lado das doenças degenerativas, que já ocupam um lugar de destaque, persistem ainda altas proporções de óbitos ocasionados por doenças infectocontagiosas.

A importância dos fatores ligados à esfera sócio-econômica na determinação desse quadro se revela pelo fato de que os riscos de adoecer ou morrer são diferentes, dependendo da classe social em que o indivíduo esteja inserido (Tabela 2.1).

TABELA 2.1

ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER COM BASE NA MORTALIDADE DE FILHOS DE MENOS DE 5 ANOS DE IDADE PARA O BRASIL, REGIÃO NORDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA
1977

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER COM BASE NA MORTALIDADE DE FILHOS DE MENOS DE 5 ANOS DE IDADE (ANOS)		
	Brasil (1)	Região Nordeste	Estado de São Paulo
TOTAL(1).....	58,2	49,8	64,8
Até 1/2 salário mínimo	55,4	48,6	62,9
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo.	62,1	54,5	64,1
Mais de 1 a 2 salários mínimos.	65,8	60,3	68,0
Mais de 2 salários mínimos.....	69,0	64,7	69,6

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

NOTA - Exclusive pensionistas e empregados domésticos.

(1) Exclusive as pessoas residentes em situação rural da Região Norte. (2) Inclusive as famílias sem declaração de rendimento.

Como se vê, há uma diferença de aproximadamente 21 anos na expectativa de vida dos nordestinos mais pobres, quando comparada com a dos habitantes de maior renda do Estado de São Paulo. Vale ressaltar que os progressos no campo da saúde e da economia em geral, experimentados pelo País nas últimas décadas, não beneficiaram igualmente a todos os grupos populacionais, o que pode ser comprovado pelas altas taxas de mortalidade ainda prevalecentes na Região Nordeste. A mortalidade infantil que até certo estágio pode ser considerada como um bom indicador de condição de vida e de saúde, ainda atinge níveis extremamente altos, conforme foi destacado no capítulo anterior.

Deve-se ressaltar que a maioria absoluta das mortes prematuras ocorridas no Brasil, em especial no Nordeste, são

provocadas por doenças transmissíveis, agravadas por deficiências nutricionais. Assim, tem-se, por um lado, a ocorrência, com relativa intensidade, das chamadas doenças de massa, representadas pelas grandes endemias e pelas doenças infecto-contagiosas, que exigem para seu combate ações básicas de saúde de alcance predominantemente coletivo. Por outro lado, cresce também a demanda por serviços de maior complexidade, determinada por um padrão de morbidade semelhante aos dos países com alto grau de desenvolvimento, prevalecente em determinados grupos sociais mais favorecidos.

A questão central enfrentada pelo setor saúde no País é adequação dos serviços a um quadro com tal diversidade, "tendo-se em conta a exigüidade relativa dos recursos, o que exige a definição clara de prioridades, expressa através de uma política nacional de saúde que atenda as necessidades de amplos segmentos da população"(1).

2.1. ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS DE SAÚDE NO BRASIL

A situação de saúde de numerosos segmentos da população brasileira é ainda bastante precária, sendo mais grave, principalmente, naquelas regiões de menor desenvolvimento econômico e social. A distribuição dos recursos de saúde no território nacional reflete as desigualdades regionais existentes no País, conforme pode ser visto pelo exame de alguns indicadores, colhidos do inquérito sobre Assistência Médico-Sanitária (AMS) realizado pelo IBGE em 1980. (Tabela 2.2).

(1) BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência de saúde no Brasil: sumário analítico e proposição de modelo de atuação no setor público. In: Saúde no Brasil. Brasília 1 (2) abr./jun. 1983.

TABELA 2.2
 PERCENTAGENS DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, POR CLASSIFICAÇÃO
 DA ENTIDADE MANTENEDORA, SEGUNDO O LUGAR
 1980

LUGAR	PERCENTAGENS DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE		
	Total	Classificação da entidade mantenedora	
		Públicos	Particulares
Brasil	100,0	54,3	45,7
Região Nordeste ..	100,0	67,7	32,3
Estado de São Paulo .	100,0	54,9	45,1

FONTE - IBGE. Assistência Médico-Sanitária.

Assim, verifica-se, a nível do Brasil como um todo, um número relativamente baixo de estabelecimentos de saúde (18 489 ao todo), sendo que cerca de 54% são públicos. Dos estabelecimentos públicos, apenas 12,1% estão destinados a internações, donde se conclui que esses estabelecimentos, em sua grande maioria, são, na realidade, centros e ou postos de saúde a depender da situação específica de cada região. O oposto se verifica no caso dos estabelecimentos particulares onde 57,9 estão destinados à internação, o que evidencia uma divisão de tarefas que favorece a concentração dos internamentos nos estabelecimentos particulares. Aparentemente, o setor público na área de saúde não cresceu ao ritmo desejado, e tendeu a repassar ao setor privado uma parte importante da prestação de serviços médicos à população, através de políticas oficiais de incentivos e modernização da rede empresarial de saúde.

Nesse sentido, ao setor público coube cuidar daqueles aspectos predominantemente preventivos e atuar, também

naquelas áreas não atrativas ao setor privado, mormente em programas de atendimento ambulatorial. No entanto, devido ao aumento do ritmo de crescimento e diversificação da demanda, o setor privado também não teve condições próprias de acompanhar esta expansão. Desta maneira, "outros incentivos adicionais foram criados na tentativa de acelerar ainda mais a expansão do setor assistencial, principalmente o de caráter hospitalar, nos grandes centros urbanos. Isto veio aumentar a já importante concentração de recursos em centros metropolitanos, mantendo-se a escassez nas áreas periféricas desses centros e na zona rural"(2).

A adoção de políticas oficiais de saúde que incentivam a expansão do chamado setor empresarial, além de colaborar para a concentração espacial da oferta de serviços, em benefício dos grandes centros urbanos, tem efeitos ainda mais regressivos sobre as desigualdades regionais na assistência à saúde: Se é verdade que a concentração dos serviços privados nos grandes centros urbanos corresponde à existência de uma demanda de maior poder aquisitivo nesses centros, também é verdade que a realização do lucro empresarial é mais efetiva nas regiões onde os recursos e a renda pessoal estão mais concentrados, como as Regiões Sudeste e Sul.

Assim, a proporção de estabelecimentos públicos no Nordeste (67,7%) é bem superior à de São Paulo (54,9%), o que equivale a dizer que a capacidade de internação no Nordeste é bastante inferior à de São Paulo, pois, como vimos, é muito pequena a proporção de estabelecimentos públicos com internação.

Em São Paulo, do total de estabelecimentos (públicos e particulares), apenas 30% se destinavam à internação. Contudo, quando se considera somente os estabelecimentos particulares verifica-se que 60% dos mesmos estavam disponíveis pa-

(2) BRASIL. Ministério da Saúde, op. cit, p. 112.

ra internação, o que demonstra o enfoque empresarial que predominantemente é dado aos tratamentos mais complexos ou prolongados em uma área de renda média mais elevada. A mais alta exposição aos riscos de doença entre a população nordestina, em função das condições mais precárias de desenvolvimento econômico e social da região, não parece corresponder necessariamente à lógica predominante nos modelos de expansão dos serviços de assistência à saúde. Por conseguinte, a privatização crescente dos serviços de saúde voltados aos tratamentos que incluem internamento (independente de serem ou não conveniados com a Previdência Social) tem resultado em uma concentração espacial dos estabelecimentos, com ênfase nas regiões e centros urbanos de mais alta renda.

Um outro indicador que espelha a desigualdade dos recursos no Território Nacional é a distribuição dos leitos disponíveis.

Observa-se, na Tabela 2.3, uma concentração dos mesmos na Região Sudeste, detentora de 54,6% dos leitos do País, sendo que só o Estado de São Paulo possui 26,7%. A Região Nordeste, cuja população representa 29,2% do total do País, detém apenas 17,2% dos leitos.

Verifica-se mais uma vez que as áreas mais pobres, justamente as que apresentam maiores taxas de mortalidade, são as que estão menos equipadas de leitos hospitalares. Enquanto São Paulo tem uma média de 5,4 leitos por 1 000 habitantes, o Nordeste dispõe de apenas 2,5 leitos.

O mesmo acontece no que se refere ao efetivo disponível de médicos, os quais não se distribuem regionalmente de acordo com a população existente, mas, sim, obedecem a uma distribuição que reflete predominantemente os níveis regionais de desenvolvimento sócio-econômico. Na Tabela 2.4, encontram-se

TABELA 2.3
 PERCENTAGENS DE LEITOS E NÚMERO MÉDIO
 DE LEITOS, POR 1.000 HABITANTES, DOS
 ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO,
 SEGUNDO O LUGAR - 1980

LUGAR	PERCENTAGENS DE LEITOS DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO	NÚMERO MÉDIO DE LEITOS DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO, POR 1 000 HABITANTES
Brasil	100,0	4,2
Região Sudeste	54,6	5,4
Estado de São Paulo...	26,7	5,4
Região Nordeste	17,2	2,5
Outras Regiões	28,2	4,3

FONTE - IBGE. Assistência Médico-Sanitária e Censo Demográfico

TABELA 2.4
 PERCENTAGENS DA POPULAÇÃO RESIDENTE E DAS OCUPAÇÕES MÉDICAS NOS
 ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, SEGUNDO O LUGAR
 1980

LUGAR	PERCENTAGENS DA POPULAÇÃO RESIDENTE	PERCENTAGENS DAS OCUPAÇÕES MÉDICAS NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
BRASIL	100,0	100,0
Região Nordeste	29,3	18,0
Estado de São Paulo	21,0	26,2
Restante do País.....	49,7	55,8

FONTE - IBGE. Censo Demográfico e Assistência Médico-Sanitária.

dados ilustrativos a esse respeito. No entanto, para que não ocorram interpretações falsas, vale esclarecer que os médicos ocupados em estabelecimentos de saúde, foram considerados, para efeito de pesquisa, tantas vezes quantos fossem os estabelecimentos em que trabalhavam.

Neste sentido, há uma superestimação do número total de médicos que pode ser compensada, em parte, pela não inclusão no inquérito "Assistência Médico-Sanitária" daqueles médicos não ocupados em estabelecimentos de saúde ou que trabalhem somente em consultório particular.

A Região Nordeste, por exemplo, com 29,3% da população brasileira, dispunha em 1980 de apenas 18,0% dos médicos existentes no País, enquanto São Paulo, com somente 21,0% da população, concentrava 26,2% dos médicos. Essa tendência é igualmente válida quando se considera a proporção de profissionais de saúde de nível médio e nível elementar e também a distribuição regional do uso de equipamentos médicos, como os de Raio X por exemplo, onde a Região Nordeste tem apenas 19,0% dos aparelhos e a Região Sudeste, com 43,5% da população, detém 62,4% dos aparelhos.

As informações acerca da oferta de serviços de saúde no Brasil parecem caracterizar uma disponibilidade e utilização extremamente desiguais, tanto a nível regional quanto social e, nesse sentido, é importante procurar entender de que maneira esse modelo de oferta pode condicionar ou influenciar a composição da população que constitui a clientela de tais serviços. Contudo, tendo em vista a finalidade precípua deste trabalho, deve-se ressaltar que, ao analisar a utilização dos serviços de saúde, considerar-se-á apenas a parcela da população com idade até 15 anos.

2.2. ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Para as pessoas que procuraram atendimento nas unidades organizadas de atenção à saúde no período de referência da pesquisa (um mês), o Suplemento Saúde da PNAD investigou algumas características permitindo a obtenção de indicadores que, quando classificados em relação a um conjunto de variáveis de caráter sócio-econômico, permitem traçar uma tipologia dos grupos sociais que tiveram acesso àqueles serviços.

Inicialmente, conforme já mostrado no tópico anterior, em sua maioria, os estabelecimentos de prestação de serviços de saúde estão localizados naquelas áreas ou regiões mais desenvolvidas, sobretudo nos grandes centros urbanos.

A Tabela 2.5 que se segue, mostra a proporção de pessoas que utilizaram tais serviços.

TABELA 2.5
PERCENTAGENS DAS PESSOAS QUE UTILIZARAM SERVIÇOS DE SAÚDE NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 1 MÊS, SEGUNDO O LUGAR.
1981

LUGAR	PERCENTAGENS DAS PESSOAS QUE UTILIZARAM SERVIÇOS DE SAÚDE NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 1 MÊS
Brasil (1)	7,7
Região Nordeste	4,8
Estado de São Paulo	9,4

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

(1) Excluídas as pessoas residentes em situação rural da Região Norte.

Os dados da tabela parecem sugerir uma baixa cobertura da informação referente à utilização dos serviços de saúde por parte da população, principalmente na Região Nordeste. Contudo, antes de se tirar conclusões apressadas sobre a qualidade dos dados coletados, uma hipótese plausível para explicar estas baixas proporções é de que os dados podem estar refletindo "os contrastes e as desigualdades existentes entre as regiões brasileiras, em seus diferentes estágios de desenvolvimento sócio-econômico. Com efeito, é fato sabido que a Região Nordeste apresenta os mais acentuados bolsões de pobreza do País, associados aos piores indicadores de saúde (enfermidade, mortes) e de nutrição. No entanto, a proporção de nordestinos que utilizaram os serviços de saúde equivale à metade da proporção de pessoas na mesma situação residentes no Estado de São Paulo. O resultado esperado, pelo senso comum, deveria ser o oposto, ou seja, que os nordestinos procurariam em maior proporção os serviços de saúde, face ao quadro regional de saúde mais deteriorado. Ocorre que, antes de se pensar em subenumeração ou qualquer outro problema da pesquisa, pode-se imaginar que a utilização dos serviços de saúde está condicionada, em parte, por problemas culturais (conceitos de doença, práticas culturais, etc.) mas também, em grande parte, pela disponibilidade e acesso aos próprios serviços de saúde em cada área considerada"(3).

Neste sentido, foram vistos alguns dos efeitos da diferenciação regional vigente no País, ao se considerar a proporção de leitos existentes e leitos por 1 000 habitantes. A Região Sudeste, sozinha, detinha 55% dos leitos existentes e São Paulo, 26,7%, enquanto o Nordeste tinha apenas 17,2%. O indicador leitos por 1 000 habitantes, mostrou as mesmas desi-

(3) SILVA, Rosa Maria Ribeiro da; OLIVEIRA, Luiz Antônio P. de et. alli. Pesquisa de saúde no Brasil: análise preliminar a nível regional. Rio de Janeiro, IBGE/DESP0, 1983 (mimeo).

igualdades, com 2,5% para o Nordeste, menos da metade do verificado para São Paulo, 5,4%.

Estes dados são importantes para melhor entender o sentido e a magnitude dos níveis de utilização dos serviços de saúde. Desta maneira, pode-se inferir, sem incorrer em grandes erros de apreciação, que a baixa proporção de leitos hospitalares na Região Nordeste e a própria deficiência no atendimento e localização da rede hospitalar parecem ser obstáculos à utilização dos serviços de saúde nessas áreas mais carentes do País. É importante acrescentar que, embora a grande maioria dos municípios nordestinos esteja coberta por uma rede de postos e centros de saúde, é geralmente considerada precária a qualidade do atendimento prestado nestas unidades, por falta de pessoal e de recursos.

As mesmas diferenciações encontradas na população total quanto aos níveis de utilização dos serviços de saúde são observadas entre os menores de 15 anos de idade residentes nas áreas urbanas das regiões em estudo (Tabela 2.6). Pode-se dizer que, regra geral, a procura de serviços de saúde é mais intensa para as crianças menores de 5 anos de idade. Este é um grupo que, pelo fato de ter potencialmente menos defesas imunológicas, está mais sujeito a contrair um sem número de doenças transmissíveis existentes no País. Além disso, é frequentemente atacado por doenças parasitárias e diarreias infecciosas provocadas pela ausência de saneamento adequado dos domicílios onde residem, bem como por deficiências nutricionais, fatores que desempenham um papel extremamente importante no agravamento do quadro nosológico do País. Assim, verifica-se, nessa faixa de idade, os maiores índices de morbidade e de mortalidade encontrados no País.

Entre as áreas urbanas, foram as do Nordeste as que registraram as menores proporções de crianças que utiliza-

ram serviços de saúde, o que reforça a idéia de que a oferta desses serviços condiciona a sua própria utilização, em termos de acesso e formação de clientela.

Por outro lado, ao comparar a situação das áreas urbanas e rurais, verifica-se que nestas as proporções de crianças que utilizaram serviços de saúde é sempre menor que nas primeiras. Tais resultados, de uma certa forma, corroboram o sentido interpretativo dos dados. Em áreas onde não existem serviços a serem oferecidos, não se poderia esperar altas proporções de procura pelos mesmos. Obviamente, a falta de serviços de saúde nas áreas rurais maximiza os riscos de morte das crianças pela ausência de atendimento médico imediato.

Uma outra questão importante, no que se refere à utilização dos serviços de saúde, diz respeito ao tipo de rede utilizada, se privada ou pública.

Analogamente ao raciocínio anterior, a maior ou menor utilização da rede pública ou privada está relacionada à proporção em que cada uma se distribui nas áreas em estudo. Assim, conforme já mostrado no tópico anterior, naquelas regiões mais desenvolvidas, onde a população tem poder aquisitivo mais elevado, há também maior concentração dos estabelecimentos privados o "que condiz com a valorização da mercantilização da medicina e da prática médica em geral"(4).

Na tabela 2.6 encontramos percentuais de utilização dos serviços de saúde pelos menores de 15 anos, segundo o tipo de estabelecimento procurado.

(4) SILVA, Rosa Maria Ribeiro da; OLIVEIRA, Luiz Antônio P. de et alli, op. cit. p.4.

TABELA 2.6

PERCENTAGENS DAS PESSOAS DE MENOS DE 15 ANOS DE IDADE QUE UTILIZARAM SERVIÇOS DE SAÚDE NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 1 MÊS PARA O BRASIL, POR SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, REGIÃO NORDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO, EM SITUAÇÃO URBANA, SEGUNDO O TIPO DE ESTABELECIMENTO PROCURADO
1981

TIPO DE ESTABELECIMENTO PROCURADO	PERCENTAGENS DAS PESSOAS DE MENOS DE 15 ANOS DE IDADE QUE UTILIZARAM SERVIÇOS DE SAÚDE NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 1 MÊS				
	Brasil (1)			Região Nordeste urbana	Estado de São Paulo urbano
	Total	Urbana	Rural		
TOTAL(2).....	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Posto ou centro de saúde.....	28,8	27,9	34,2	37,8	21,5
Hospital público	22,9	23,6	19,0	32,7	20,3
Hospital, clínica ou consultório particular	39,7	40,6	34,8	21,9	47,9
Outro	6,8	6,1	10,4	6,1	8,2
Mais de 1 tipo	1,8	1,8	1,6	1,5	2,1

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

(1) Exclusive as pessoas residentes em situação rural da Região Norte.

(2) Exclusive sem declaração do tipo de estabelecimento procurado.

A maior utilização de hospitais, clínicas e consultórios particulares, por parte da população de menores de 15 anos, residente na área urbana de São Paulo - mais do dobro da proporção verificada na Região Nordeste - parece confirmar o peso específico, nas regiões mais desenvolvidas do País, dos serviços privados de saúde. Desta forma, estes resultados refletem "além da própria configuração social da clientela, um padrão cultural na definição de doença e utilização dos serviços de saúde"(5). Em contrapartida, cerca de 70% dos menores de 15

(5) SILVA, Rosa Maria Ribeiro da; OLIVEIRA, Luiz Antônio P. de et alli., op. cit. p. 5.

anos nas áreas urbanas do Nordeste utilizaram os hospitais públicos e postos de saúde - percentual bem superior à média nacional que se situa em torno de 50% - demonstrando, desta maneira, não são as características dos serviços predominantes na Região, bem como o peso da clientela de baixa renda familiar, conforme é mostrado nas Tabelas 2.7 e 2.8 que se seguem.

TABELA 2.7

PERCENTAGENS DAS PESSOAS DE MENOS DE 15 ANOS DE IDADE QUE UTILIZARAM SERVIÇOS DE SAÚDE NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 1 MÊS PARA O BRASIL, POR SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, E REGIÃO NORDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO, EM SITUAÇÃO URBANA, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

1981

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	PERCENTAGENS DAS PESSOAS DE MENOS DE 15 ANOS DE IDADE QUE UTILIZARAM SERVIÇOS DE SAÚDE NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 1 MÊS				
	Brasil (1)			Região Nordeste urbana	Estado de São Paulo urbano
	Total	Urbana	Rural		
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Até 1/4 do salário mínimo...	17,8	13,7	40,1	28,1	6,0
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	23,0	21,3	31,4	29,4	14,2
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	26,4	27,8	18,9	21,8	30,6
Mais de 1 salário mínimo ...	32,8	37,2	9,6	20,7	49,2

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

NOTA - Exclusive pensionistas e empregados domésticos.

(1) Exclusive as pessoas residentes em situação rural da Região Norte.

Pelos dados da tabela 2.7 pode-se verificar que 57% dos menores de 15 anos, que nas áreas urbanas do Nordeste

utilizaram os serviços de saúde, situavam-se na faixa de até 1/2 salário mínimo de renda familiar per capita, enquanto nas cidades de São Paulo essa proporção era de apenas 20%. No Brasil urbano esta percentagem era de 35%, enquanto na sua área rural subia para 71%. Desta forma, tanto a área rural do Brasil como a área urbana do Nordeste caracterizam-se pela elevada proporção de menores de 15 anos situados nas faixas de baixa renda familiar per capita, o que explica a alta frequência da procura de hospitais públicos e postos de saúde entre os que utilizaram os serviços de saúde nessas áreas.

É o que mostra por exemplo a Tabela 2.8. No Nordeste, do total de menores de 15 anos, que se encontravam na faixa de renda até 1/4 do salário mínimo per capita, 82% utilizaram posto ou centro de saúde e hospital público. Este percentual baixa para 76% na faixa de renda seguinte. Recorde-se que o percentual de menores de 15 anos com rendimento familiar per capita até 1/2 salário mínimo é de 57% do total, o que poderia indicar que mais da metade das crianças e jovens neste grupo etário não teria potencialmente condições econômicas de serem atendidas pelos serviços de saúde particulares.

O quadro se inverte quando se examina os resultados para São Paulo. Embora, também se tenha ali uma proporção elevada de crianças nas faixas de renda mais baixa que procuraram os serviços públicos, no entanto, em termos da distribuição dos rendimentos, esta proporção representa apenas 20% do total de crianças, conforme se observa na Tabela 2.7. Nas áreas urbanas deste Estado, 48,8% das crianças estão inseridas na faixa de rendimento de mais de 1 salário mínimo per capita, das quais 58,4% foram atendidas pelos serviços particulares de saúde.

Neste sentido, a proporção mais baixa de pessoas que utilizaram os serviços de saúde no Nordeste, conforme foi

TABELA 2.8

PERCENTAGENS DAS PESSOAS DE MENOS DE 15 ANOS DE IDADE RESIDENTES EM ÁREA URBANA QUE UTILIZARAM SERVIÇOS DE SAÚDE NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 1 MÊS, POR TIPO DO ESTABELECIMENTO PROCURADO, SEGUNDO O LUGAR E AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA - 1981

LUGAR E CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	PERCENTAGENS DAS PESSOAS DE MENOS DE 15 ANOS DE IDADE RESIDENTES EM ÁREA URBANA QUE UTILIZARAM SERVIÇOS DE SAÚDE NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 1 MÊS				
	Total (1)	Tipo de estabelecimento procurado			
		Posto ou centro de saúde	Hospital público	Hospital, clínica ou consultório particular	Outro e mais de 1 tipo
BRASIL (2) (3)	100,0	27,9	23,6	40,6	7,9
Até 1/4 do salário mínimo (4) ..	100,0	40,9	29,1	24,7	5,3
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	100,0	38,9	27,3	26,8	7,0
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo..	100,0	30,4	25,2	35,5	8,9
Mais de 1 salário mínimo	100,0	14,7	18,4	58,2	8,7
REGIÃO NORDESTE (3)	100,0	37,9	32,7	21,9	7,5
Até 1/4 do salário mínimo (4) ..	100,0	45,3	36,9	11,1	6,7
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	100,0	40,0	36,0	14,3	9,7
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo..	100,0	40,3	31,3	21,9	6,5
Mais de 1 salário mínimo	100,0	22,7	23,8	47,3	6,2
ESTADO DE SÃO PAULO (3)	100,0	21,5	20,3	48,0	10,2
Até 1/4 do salário mínimo (4) ..	100,0	35,2	21,5	37,8	5,5
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	100,0	36,2	23,3	34,2	6,3
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo..	100,0	25,8	23,3	39,5	11,4
Mais de 1 salário mínimo	100,0	12,5	17,8	58,4	11,3

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

NOTA - Exclusive pensionistas e empregados domésticos.

(1) Inclusive sem declaração do tipo de estabelecimento procurado. (2) Exclui-se as pessoas residentes em situação rural da Região Norte. (3) Inclusive as famílias sem declaração de rendimento. (4) Inclusive as famílias sem rendimento.

visto anteriormente na Tabela 2.7, se deve, em parte, à própria dificuldade com que se defronta a população nordestina - onde predominam os baixos salários - com 79% dos menores de 15 anos vivendo em famílias com rendimento de até 1 salário mínimo per capita - em relação ao acesso e à precariedade dos serviços prestados pela rede regional de estabelecimentos de saúde.

Por último, na Tabela 2.9 é mostrada a proporção de menores de 15 anos de idade que utilizaram os serviços da rede privada segundo a condição de utilização.

De um modo geral, a utilização dos serviços particulares pagos pela previdência oficial, em termos percentuais, é semelhante, independentemente da região, oscilando entre 36% e 37%. Aparentemente, as diferenças ocorrem quando se analisa os dados referentes à utilização "particular", aparecendo São Paulo com menor proporção de pessoas desembolsando recursos próprios, 28,6%, contra 36% verificado para o Brasil e Nordeste. No entanto, este é um dado que deve ser analisado conjuntamente com aquele referente ao "sistema de pré-pagamento e do empregador", uma vez que na realidade constituem formas de pagamento efetuadas por particulares a seguradoras de saúde da previdência privada e que portanto representam um ônus. Assim considerados, os resultados para São Paulo passam a ser outros, encontrando-se, cerca de 60% dos menores de 15 anos que teriam utilizado os estabelecimentos de saúde, na condição de pacientes particulares, contra 55% para o Nordeste e 58% para o Brasil.

Quando se controla a condição de utilização do estabelecimento pela variável renda familiar per capita, observa-se, como era de se esperar, maior utilização dos serviços particulares, pelas faixas de renda mais elevadas independentemente das regiões em estudo, enquanto que as de menor renda utilizaram basicamente a previdência oficial. Os dados refletem, ainda, maior utilização da previdência oficial pelas classes de renda mais baixas de São Paulo, quando comparadas com as do

TABELA 2.9

PERCENTAGENS DAS PESSOAS DE MENOS DE 15 ANOS DE IDADE RESIDENTES EM ÁREA URBANA, QUE UTILIZARAM SERVIÇOS DE SAÚDE DA REDE PRIVADA NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 1 MÊS, POR CONDIÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO, SEGUNDO O LUGAR E AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

1981

LUGAR E CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	PERCENTAGENS DAS PESSOAS DE MENOS DE 15 ANOS DE IDADE RESIDENTES EM ÁREA URBANA, QUE UTILIZARAM SERVIÇOS DE SAÚDE DA REDE PRIVADA, NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 1 MÊS				
	Total (1)	Condição de utilização do serviço			
		Particular	Previdência oficial	Sistema de pré-pagamento e do empregador	Outra e mais de 1 tipo
BRASIL (2)	100,0	36,8	37,3	21,5	4,0
Até 1/4 do salário mínimo (3) .	100,0	23,3	62,2	4,8	9,0
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	100,0	24,9	60,9	9,0	4,7
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo.	100,0	25,9	49,2	21,1	3,7
Mais de 1 salário mínimo	100,0	47,4	21,2	27,9	3,2
REGIÃO NORDESTE (2)	100,0	35,7	37,4	19,6	6,4
Até 1/4 do salário mínimo (3) .	100,0	31,6	53,2	5,2	6,0
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	100,0	28,1	52,8	10,2	7,6
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo.	100,0	22,8	42,6	28,7	5,9
Mais de 1 salário mínimo	100,0	46,9	22,0	25,0	6,1
ESTADO DE SÃO PAULO (2) ...	100,0	28,6	36,1	31,7	3,3
Até 1/4 do salário mínimo (3) .	100,0	10,6	66,0	12,8	10,6
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	100,0	11,0	74,0	10,0	4,0
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo.	100,0	17,4	49,6	30,3	2,7
Mais de 1 salário mínimo	100,0	38,1	21,0	37,7	2,9

FORNTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

NOTA - Exclusive pensionistas e empregados domésticos.

(1) Inclusive sem declaração de condição de utilização do serviço. (2) Inclusive as famílias sem declaração de rendimento. (3) Inclusive as famílias sem rendimento.

Nordeste, o que, mais uma vez, deve estar refletindo não só a menor oferta de estabelecimentos de saúde nesta Região, como também o maior vínculo à Previdência em uma Região como São Paulo, onde os empregos "formais" têm um peso relativo maior.

2.3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização dos Serviços de Saúde, tal como foi captada pelo Suplemento Saúde da PNAD-1981, "parece expressar não necessariamente a demanda potencial real por esses serviços entre a população brasileira, mas sim, o resultado de todo um processo que funciona como uma espécie de filtro social, onde aspectos culturais, institucionais e sócio-econômicos distintos somam-se às conhecidas condições de desigualdade regional"(6). Desta forma, a procura de um serviço de saúde" é um ato condicionado pela própria percepção da doença e que só pode realizar-se através das condições e meios de acesso a esses serviços, acesso que é diferencial segundo o nível sócio-econômico e o grau de desenvolvimento da região de residência. Nesse caso, as condições diferenciadas de oferta de serviços de saúde influem sobre os fatores que condicionam a demanda da população potencialmente enferma"(7).

Neste sentido, acredita-se que estes serviços não necessitam ser complexos ou sofisticados, dado que uma proporção muito significativa dos problemas de saúde dos brasileiros pode e deve ser resolvida através de atendimento ambulatorial por médicos "não especialistas", e através de orientações básicas de saúde, dadas por técnicos de nível médio e auxiliares. Assim a implantação e ou ampliação da rede de serviços básicos no campo

(6) SILVA, Rosa Maria Ribeiro da; OLIVEIRA, Luiz Antônio Pinto de. Op. cit. p. 6.

(7) SILVA, Rosa Maria Ribeiro da; OLIVEIRA, Luiz Antônio Pinto de. Op. cit. p. 6.

de saúde, juntamente com uma melhoria das condições ambientais da população, principalmente a nordestina, em muito contribuirá para elevar seus níveis de saúde, trazendo como consequência uma diminuição da mortalidade, em especial da infanto-juvenil, ainda bastante elevada no Nordeste.

3. ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

3. ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

Pretende-se, ao abordar este tema, analisar algumas questões relacionadas à assistência dispensada às mulheres durante a fase de gestação e no momento do parto.

Como tem sido amplamente demonstrado, a avaliação constante das condições de saúde da mulher nesse período é extremamente necessária, não só para evitar complicações durante a gravidez como prevenir problemas que possam surgir no momento do parto, comprometendo ou mesmo colocando em risco a vida da mãe ou da criança.

A literatura médica aponta, nesse sentido, para o fato de que a mortalidade perinatal nos países subdesenvolvidos é causada basicamente por tétano; baixo peso ao nascer e prematuridade decorrente de desnutrição; hipertensão crônica não controlada, hemorragias durante a gravidez e sífilis. Todos esses problemas podem ser contornados ou até mesmo superados se a mulher tiver um mínimo de cuidados durante a gravidez, através de um atendimento pré-natal eficiente iniciado antes do quinto mês de gestação. No Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, verificou-se, por exemplo, que no período de 1977 a 1980 a mortalidade perinatal, entre pacientes de alto risco que receberam cuidados pré-natais, foi significativamente menor do que entre pacientes de baixo risco que não tiveram esse tipo de atendimento.

Por outro lado, constatou-se também que o atendimento pré-natal adequado teve um efeito tão importante no grupo de mulheres com baixo nível de escolaridade, isto é, até 2 anos de estudo, que fez com que praticamente desaparecessem as diferenças nas proporções de mortes perinatais, decorrentes das desigualdades sócio-econômicas existentes entre estas e as que tinham um nível de escolaridade elevado, ou seja 9 anos ou mais de estudo (1).

A questão de assistência pré-natal e outros aspectos da atenção materno-infantil no Brasil serão analisadas neste capítulo, tomando-se como base as informações levantadas pela PNAD-81 sobre o número de atendimentos dados às mulheres durante a gravidez; o local onde se realizou o parto, se no hospital ou fora dele; a condição de utilização do hospital ou seja a forma de pagamento da internação e o tipo de parto, se normal ou cesariana.

Tendo em vista que essas variáveis estão bastante relacionadas à maior ou menor possibilidade de acesso aos serviços de saúde e que esta, por sua vez, varia conforme a posição sócio-econômica das pessoas, todas as informações serão tratadas levando-se em conta as diferenciações de rendimento familiar per capita e, na medida do possível, o nível de instrução da mulher.

3.1. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

A observação dos dados relativos ao número de atendimentos às mulheres que tiveram filhos no ano de referência da pesquisa revela que no Brasil a assistência pré-natal ainda não atingiu níveis satisfatórios, uma vez que um quarto dessas mulheres não receberam qualquer atendimento pré-natal, e menos de metade, 40,5% tiveram seis ou mais consultas médicas durante

(1) PINOTTI, J.A. & FAUNDES, A. Cuidado obstétrico e ginecológico às mulheres do Terceiro Mundo. A Saúde no Brasil. Brasília, 1(2):89-95, abr./jun. 1983, tab. Bibliografia.

toda a gestação. (Tabela 3.1).

Para uma real avaliação do acompanhamento dado às mulheres durante a gravidez, seria interessante saber não só como se distribuíram os atendimentos no curso da gestação, como também em que momento da gravidez se deu a primeira consulta. Infelizmente, no entanto, essas informações não foram levantadas no questionário de saúde da PNAD-81.

Quando se analisa os mesmos dados por situação do domicílio, observa-se que nas áreas urbanas, onde os recursos de saúde são maiores, a situação é um pouco melhor, uma vez que 53,3% das mulheres tiveram seis atendimentos ou mais. Já as áreas rurais, por outro lado, apresentam uma situação bastante precária, encontrando-se uma elevadíssima proporção de mulheres sem nenhum atendimento, 51,3%, e apenas 13,1% com seis atendimentos ou mais. Essa forte diferenciação parece ser decorrente, pelo menos em grande parte, da desigualdade de alocação de recursos de saúde entre as duas áreas.

No que se refere às diferenciações por nível de rendimento, percebe-se que as mesmas são bastante acentuadas. Assim, é que nas faixas de rendimento familiar per capita mais baixo, ou seja até 1/4 do salário mínimo, 46,6% das mulheres no Brasil não receberam qualquer atendimento, enquanto no grupo cuja renda era superior a um salário mínimo uma proporção muito pequena - 2,7% - estava na mesma situação.

Se levarmos em consideração o fato de que as mulheres na faixa de renda familiar mais baixa representam quase um terço do total e que, dada sua situação sócio-econômica, proovavelmente tenderiam a estar em piores condições de saúde que as demais, as diferenças apontadas se tornam ainda mais expressivas.

À medida em que aumentam os rendimentos, observa-se uma redução das proporções de mulheres que não receberam qualquer atendimento ou que receberam entre um e cinco, aumentando

TABELA 3.1

PERCENTAGENS DAS MULHERES QUE TIVERAM FILHOS NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR NÚMERO DE ATENDIMENTOS PRÉ-NATAIS, SEGUNDO A SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO E AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA
BRASIL - 1981

SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO E CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	PERCENTAGENS DAS MULHERES QUE TIVERAM FILHOS NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES					
	Total	Número de atendimentos pré-natais				
		Nenhum	1 atendimento	2 a 5 atendimentos	6 atendimen- tos ou mais	Sem declaração
TOTAL	100,0	25,3	5,1	28,9	40,5	0,1
Até 1/4 do salário mínimo(1).....	100,0	46,6	8,5	28,7	16,1	0,1
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo...	100,0	27,7	5,4	34,0	32,9	0,0
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo.....	100,0	12,2	3,3	30,9	53,5	0,1
Mais de 1 salário mínimo.....	100,0	2,7	1,5	21,4	74,2	0,2
Sem declaração	100,0	20,0	5,1	24,1	50,8	-
URBANA	100,0	13,2	3,6	29,7	53,3	0,2
Até 1/4 do salário mínimo(1).....	100,0	28,5	7,1	35,6	28,6	0,2
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo...	100,0	18,6	4,2	35,6	41,5	0,1
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo.....	100,0	8,1	2,9	29,6	59,2	0,2
Mais de 1 salário mínimo.....	100,0	2,3	1,4	20,5	75,6	0,2
Sem declaração	100,0	6,5	3,5	32,3	57,7	-
RURAL	100,0	51,3	8,3	27,3	13,0	0,1
Até 1/4 do salário mínimo(1).....	100,0	60,7	9,5	23,3	6,4	0,1
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo...	100,0	45,1	7,6	30,8	16,5	-
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo.....	100,0	31,6	5,5	37,3	25,6	-
Mais de 1 salário mínimo	100,0	9,9	3,3	36,1	50,8	-
Sem declaração	100,0	47,5	8,4	7,4	36,7	-

FONTES - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

NOTAS 1 - Exclui as mulheres residentes em situação rural da Região Norte.

2 - Exclui as pensionistas e empregadas domésticas.

(1) Inclusive as famílias sem rendimento.

do por outro lado o percentual daquelas que receberam seis ou mais. Já a partir de meio salário mínimo mensal per capita verifica-se que mais da metade das mulheres tiveram seis atendimentos ou mais.

A análise dos dados desagregados por situação do domicílio e rendimento familiar per capita revela, de modo geral, as mesmas tendências verificadas anteriormente, ao se observar o efeito da renda sobre a possibilidade de ter maior ou menor número de atendimentos pré-natais.

No entanto, nota-se que mais forte que este, parece ser o efeito causado pela escassez de recursos de saúde uma vez que nas áreas rurais, notoriamente mais carentes que as urbanas, as proporções de mulheres que não receberam qualquer atendimento é sempre maior em todas as faixas de rendimento.

Comparando-se os mesmos dados para as áreas urbanas do Nordeste e de São Paulo, regiões que apresentam níveis de desenvolvimento sócio-econômico extremamente desiguais, pode-se também observar, claramente, a importância não só da existência como das condições de funcionamento da rede de serviços de saúde.

Nesse sentido, os dados mostram que, no Nordeste, (Tabela 3.2) a proporção de mulheres que receberam seis ou mais atendimentos não atingia, em média, um terço do total, embora essa proporção fosse razoavelmente elevada, (65,0%) na faixa de renda mais alta, ou seja na de mais de um salário mínimo per capita. Evidencia ainda a precariedade da atenção pré-natal no Nordeste o elevado percentual de mulheres (24,4%) que não receberam qualquer atendimento, quase o dobro daquele encontrado para o conjunto das áreas urbanas do país (13,2%), sobretudo entre as mulheres nas faixas de renda mais baixas que representam 66,0% do total das que tiveram filhos no período de referência da pesquisa.

TABELA 3.2

PERCENTAGENS DAS MULHERES RESIDENTES EM SITUAÇÃO URBANA QUE TIVERAM FILHOS NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR NÚMERO DE ATENDIMENTOS PRÉ-NATAIS, SEGUNDO O LUGAR E AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

1981

LUGAR E CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	PERCENTAGENS DAS MULHERES RESIDENTES EM SITUAÇÃO URBANA QUE TIVERAM FILHOS NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES					
	Total	Número de atendimentos pré-natais				
		Nenhum	1 atendimento	2 a 5 atendimentos	6 atendimentos ou mais	Sem declaração
REGIÃO NORDESTE	100,0	24,4	5,3	37,5	32,5	0,3
Até 1/4 do salário mínimo(1).....	100,0	34,3	8,5	38,8	18,0	0,4
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo..	100,0	27,3	4,5	39,3	28,8	0,1
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo....	100,0	15,0	2,5	40,5	41,8	0,2
Mais de 1 salário mínimo.....	100,0	5,8	2,7	26,1	65,0	0,4
Sem declaração	100,0	-	-	73,8	26,1	-
ESTADO DE SÃO PAULO	100,0	5,8	1,8	22,6	69,5	0,3
Até 1/4 do salário mínimo(1).....	100,0	18,8	4,1	29,5	47,6	-
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo..	100,0	13,7	1,9	27,3	57,1	-
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo....	100,0	5,4	2,1	24,7	67,6	0,2
Mais de 1 salário mínimo.....	100,0	0,8	1,0	18,1	79,7	0,4
Sem declaração	100,0	-	-	22,2	77,8	-

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

NOTA - Excluídas as pensionistas e empregadas domésticas.

(1) Inclusive as famílias sem rendimentos.

Em São Paulo, por outro lado, mais de dois terços das mulheres tiveram seis atendimentos ou mais, chegando essa proporção a 79,7% na faixa de rendimento mais elevada. Verifica-se ainda que, no Nordeste, a proporção de mulheres que tiveram seis ou mais consultas é sempre inferior, para qualquer faixa de renda, às aquelas encontradas em São Paulo.

3.2 - ATENDIMENTO AO PARTO

As desigualdades quanto a utilização dos serviços de ginecologia e obstetrícia se expressam com maior nitidez ainda, no que se refere ao atendimento recebido no momento do parto.

Como mostram os dados da Tabela 3.3, 27,0% das mulheres que tiveram filhos por parto normal, no ano anterior à data da pesquisa, realizaram o parto fora do hospital. Nas áreas rurais, mais da metade das mulheres tiveram parto nessa condição (52,0%), enquanto nas áreas urbanas essa proporção é de pouco mais de 10,0%.

Deve-se lembrar que a realização do parto fora do hospital não é necessariamente ruim, podendo apresentar inclusive algumas vantagens como por exemplo a redução do risco de infecção hospitalar. Assim, a alta incidência desse tipo de parto não deve ser considerada "a priori" um indicador de deficiência nos padrões de assistência materno-infantil. No entanto, para que isso não ocorra, o parto fora do hospital não deveria estar associado, como acontece com alta frequência no Brasil, a falta de atendimento pré-natal e de assistência adequada no momento de sua realização, responsáveis em grande parte pelos índices elevados de mortalidade perinatal.

Como se poderia supor, tanto na área urbana quanto na rural, encontram-se, nos grupos situados nas faixas de rendimento mais baixas, as maiores frequências de mulheres que tiveram filhos fora do hospital. Na área urbana essa proporção é de

TABELA 3.3

PERCENTAGENS DAS MULHERES QUE TIVERAM FILHOS POR PARTO NORMAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR LOCAL DO PARTO, SEGUNDO A SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO E AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA
BRASIL - 1981

SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO E CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	PERCENTAGENS DAS MULHERES QUE TIVERAM FILHOS POR PARTO NORMAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES		
	Total	Local do parto	
		Hospital	Fora do hospital (1)
TOTAL	100,0	73,0	27,0
Até 1/4 do salário mínimo (2)	100,0	54,3	45,7
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	100,0	75,2	24,8
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	100,0	89,6	10,4
Mais de 1 salário mínimo	100,0	96,8	3,2
Sem declaração	100,0	70,7	29,3
URBANA	100,0	88,1	11,9
Até 1/4 do salário mínimo (2)	100,0	76,1	23,9
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	100,0	86,3	13,7
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	100,0	94,1	5,9
Mais de 1 salário mínimo	100,0	97,2	2,8
Sem declaração	100,0	91,2	8,8
RURAL	100,0	48,0	52,0
Até 1/4 do salário mínimo (2)	100,0	39,1	60,9
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	100,0	56,3	43,7
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	100,0	69,8	30,2
Mais de 1 salário mínimo	100,0	91,9	8,1
Sem declaração	100,0	34,7	65,3

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

NOTAS - 1 - Exclusive as mulheres residentes em situação rural da Região Norte.

2 - Exclusive pensionistas e empregadas domésticas.

(1) Inclusive sem declaração. (2) Inclusive as famílias sem rendimento.

23,9% entre as mulheres cujo rendimento familiar per capita é de até 1/4 do salário mínimo e, na rural, de 60,9%. De fato, nesta situação do domicílio, só o grupo com rendimento familiar per capita superior a um salário mínimo apresenta uma baixa frequência de partos fora do hospital.

O que ocorre nas áreas urbanas da Região Nordeste, Tabela 3.4, mais uma vez, revela uma situação muito diferente daquela encontrada em São Paulo. No Nordeste, mantêm-se elevado o percentual de partos realizados fora do hospital, 22,6%, sobretudo nas faixas de rendimento familiar até meio salário mínimo per capita, que concentram 70,6% das mulheres. Já em São Paulo, independentemente do grupo sócio-econômico, verifica-se uma proporção de partos fora do hospital bem reduzida, em média 2,3%.

Nos partos extra hospitalares a figura mais frequentemente responsável pelo atendimento à mulher foi a da parteira, presente, em 84,3% dos casos em média (Tabela 3.5). Não foram verificadas alterações significativas nas proporções de partos realizados por parteiras, em função do nível de rendimento familiar per capita.

É importante esclarecer que as pessoas consideradas como parteiras pela PNAD-81 não são profissionais diplomadas e sim mulheres que habitualmente desempenham essa função sem ter, no entanto, uma formação profissional adequada.

A importância das parteiras é grande, sobretudo nas áreas carentes de infra-estrutura de serviços médicos, onde trabalham com mais frequência. "A parteira é uma das figuras mais respeitadas nas comunidades rurais do Nordeste. Sua influência, frequentemente maior que a do médico, decorre não da educação formal ou de treino fora da comunidade, mas de seus longos anos de experiência dentro dela. Ela define se uma gravidez é "complicada" ou não, se sua cliente dever ir ou não à cidade para ser

cuidada pelo médico"(2) .

TABELA 3.4

PERCENTAGENS DAS MULHERES RESIDENTES EM SITUAÇÃO URBANA QUE TIVERAM FILHOS POR PARTO NORMAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR LOCAL DO PARTO, SEGUNDO O LUGAR E AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

1981

LUGAR E CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	PERCENTAGENS DAS MULHERES RESIDENTES EM SITUAÇÃO URBANA QUE TIVERAM FILHOS POR PARTO NORMAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES		
	Total	Local do parto	
		Hospital	Fora do hospital
REGIÃO NORDESTE	100,0	77,4	22,6
Até 1/4 do salário mínimo (1)	100,0	67,5	32,5
Mais de 1/4 a 1/2 salário-mínimo	100,0	79,7	20,3
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	100,0	88,3	11,7
Mais de 1 salário mínimo	100,0	91,1	8,9
Sem declaração	100,0	55,4	44,6
ESTADO DE SÃO PAULO	100,0	97,7	2,3
Até 1/4 do salário mínimo (1)	100,0	97,8	2,2
Mais de 1/4 a 1/2 salário-mínimo	100,0	97,7	2,3
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	100,0	96,6	3,4
Mais de 1 salário mínimo	100,0	98,9	1,1
Sem declaração	100,0	100,0	-

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

NOTA - Exclusive pensionistas e empregadas domésticas.

(1) Inclusive as famílias sem rendimento.

(2) XAVIER, Ivonete Batista. Os programas de planejamento familiar no Nordeste: considerações críticas. Recife, Universidade Federal de Pernambuco, s.d. (mimeo).

TABELA 3.5

PERCENTAGENS DAS MULHERES QUE TIVERAM FILHOS FORA DO HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR PESSOA QUE ATENDEU AO PARTO, SEGUNDO A SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO
BRASIL - 1981

SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO	PERCENTAGENS DAS MULHERES QUE TIVERAM FILHOS FORA DO HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES					
	Total	Pessoa que atendeu ao parto				
		Médico	Enfermeira	Parteira	Outra	Sem declaração
TOTAL	100,0	0,5	2,9	84,3	11,8	0,5
Urbana	100,0	1,3	6,1	82,2	9,8	0,6
Rural	100,0	0,1	1,7	85,1	12,6	0,5

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

NOTAS - 1 - Excluídas as mulheres residentes em situação rural da Região Norte.

2 - Excluídas pensionistas e empregadas domésticas.

A grande maioria das mulheres que tiveram o parto realizado no hospital, 75,6%, o fizeram na condição de seguras ou beneficiárias do sistema de previdência oficial (INAMPS, Estadual, Municipal ou das Forças Armadas) mesmo que, em alguns casos, tenham pago uma parte das despesas. Verifica-se, ainda, que essa maior incidência de partos com cobertura da previdência ocorreu em todas as faixas de rendimento familiar per capita, tanto nas áreas urbanas quanto nas rurais. A única diferença é que nas áreas urbanas a proporção de partos realizados sob esta condição de pagamento é, de um modo geral, maior que nas áreas rurais, 77,5%, e 68,5% respectivamente. Tal fato decorre em grande parte da maior extensão da cobertura previdenciária à população urbana quando comparada à rural (Tabela 3.6).

TABELA 3.6

PERCENTAGENS DAS MULHERES CUJA ÚLTIMA HOSPITALIZAÇÃO NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES FOI POR MOTIVO DE PARTO, POR CONDIÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO HOSPITAL, SEGUNDO A SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO E AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA
BRASIL-1981

SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO E CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	PERCENTAGENS DAS MULHERES CUJA ÚLTIMA HOSPITALI- ZAÇÃO NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES FOI POR MOTIVO DE PARTO				
	Total	Condição de utilização do hospital			
		Particular	Previdência oficial	Sistema de pré-pagamen- to ou do empregador	Outra (1)
TOTAL	100,0	8,9	75,6	7,2	8,3
Até 1/4 do salário mínimo(2)	100,0	6,5	71,9	3,2	18,4
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	100,0	5,4	80,2	3,2	11,2
Mais de 1/2 a 1 salário mĩ- nimo	100,0	6,1	85,3	4,8	3,8
Mais de 1 salário mínimo ..	100,0	16,8	65,3	16,9	1,0
Sem declaração	100,0	16,5	71,4	5,0	7,1
URBANA	100,0	8,7	77,5	7,6	6,2
Até 1/4 do salário mínimo(2)	100,0	4,8	77,4	1,8	16,0
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	100,0	4,4	84,0	2,0	9,6
Mais de 1/2 a 1 salário mĩ- nimo	100,0	5,5	86,6	4,9	3,0
Mais de 1 salário mínimo ..	100,0	16,6	64,9	17,5	1,0
Sem declaração	100,0	19,3	74,9	1,9	3,9
RURAL	100,0	9,7	68,5	5,5	16,3
Até 1/4 do salário mínimo(2)	100,0	9,0	63,9	5,3	21,8
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	100,0	8,0	70,1	6,4	15,5
Mais de 1/2 a 1 salário mĩ- nimo	100,0	10,1	77,2	3,7	9,0
Mais de 1 salário mínimo ..	100,0	20,8	71,7	6,5	1,0
Sem declaração	100,0	7,1	59,1	15,8	18,0

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

NOTAS - 1-Exclusive as mulheres residentes em situação rural da Região Norte.
2-Exclusive pensionistas e empregadas domésticas.

(1) Inclusive sem declaração; (2) Inclusive as famílias sem rendimentos.

As demais formas de pagamento da hospitalização por motivo de parto apresentam percentuais pouco significativos variando entre 5% e 10%. Destaca-se apenas uma proporção relativamente alta de partos na área rural (16,3%), realizados sob outra condição de pagamento além das que foram mencionadas acima. A maior incidência desses casos na área rural e nas faixas de rendimento familiar per capita mais baixas estaria indicando a utilização, por parte desse grupo, dos serviços totalmente gratuitos, oferecidos pelos hospitais públicos.

No que se refere ao sistema particular de pagamento, vê-se que só é relativamente representativo na faixa de rendimento mais alta, tanto nas áreas urbanas, 16,6%, quanto nas áreas rurais, 20,8%. Já o sistema de pré-pagamento ou do empregador apresenta frequência significativa apenas para o pessoal de maior rendimento na área urbana, 17,5%, sendo em geral muito pouco expressivo na área rural.

Analisando-se a situação nas regiões consideradas, constata-se que o sistema da previdência oficial foi aquele predominantemente utilizado, para pagamento da hospitalização, pela maioria das mulheres tanto no Nordeste, quanto em São Paulo, atingindo mais de 70% dos casos. (Tabela 3.7). As demais modalidades de pagamento apresentam frequências bastante variáveis, dependendo da região.

No Nordeste, por exemplo, a segunda forma mais utilizada foi a relativa à outra condição de pagamento, (13,8%), o que se explica pelo elevado peso da população de baixa renda e o índice reduzido de cobertura previdenciária, visto que apenas 30,1% da população ocupada na Região contribuía para a previdência em 1981, enquanto, em São Paulo, essa proporção era de 69,0% e no País como um todo, 49,9%.

TABELA 3.7

PERCENTAGENS DAS MULHERES, RESIDENTES EM SITUAÇÃO URBANA CUJA ÚLTIMA HOSPITALIZAÇÃO NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES FOI POR MOTIVO DE PARTO, POR CONDIÇÃO DE UTILIZAÇÃO NO HOSPITAL, SEGUNDO O LUGAR E AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

1981

LUGAR E CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	PERCENTAGENS DAS MULHERES RESIDENTES EM SITUAÇÃO URBANA CUJA ÚLTIMA HOSPITALIZAÇÃO NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES FOI POR MOTIVO DE PARTO				
	Total	Condição de utilização do hospital			
		Particular	Previdência oficial	Sistema de pré-pagamento ou do empregador	Outra (1)
REGIÃO NORDESTE	100,0	8,7	73,4	4,1	13,8
Até 1/4 do salário mínimo(2)	100,0	5,2	71,3	0,8	22,7
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	100,0	3,8	76,7	1,1	18,4
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	100,0	7,4	82,3	5,6	4,7
Mais de 1 salário mínimo...	100,0	25,4	59,7	13,1	1,8
Sem declaração	100,0	24,3	63,6	12,1	-
ESTADO DE SÃO PAULO....	100,0	6,8	73,6	16,3	3,3
Até 1/4 do salário mínimo(2)	100,0	1,0	81,2	3,9	13,9
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	100,0	2,3	84,7	6,2	6,8
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	100,0	3,2	85,4	8,7	2,7
Mais de 1 salário mínimo...	100,0	11,3	60,5	27,5	0,7
Sem declaração	100,0	25,1	74,9	-	-

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

NOTA - 1 - Exclusive pensionistas e empregadas domésticas.

(1) Inclusive sem declaração. (2) Inclusive as famílias sem rendimentos.

Já em São Paulo, o sistema de pré-pagamento ou do empregador foi a segunda forma mais utilizada, 16,3%, enquanto o sistema particular e outras condições quase não o foram.

3.3 - TIPO DE PARTO

Uma informação de grande interesse para avaliar a situação de saúde de crianças e mães diz respeito ao tipo de parto.

Os dados apresentados na Tabela 3.8 mostram como são elevados os índices de cesariana no Brasil; em média 30,9% dos partos realizados em hospital. Nas áreas urbanas essa proporção se eleva ligeiramente passando a 33,8%, enquanto na área rural fica em torno de 20%.

Várias causas podem ser apontadas para explicar essas diferenças, destacando-se entre elas a maior presença de recursos de saúde nas áreas urbanas e, conseqüentemente, a maior incidência de partos hospitalares, bem como o maior peso nessas áreas dos grupos com rendimento familiar per capita mais elevado. Este último aspecto tem uma acentuada importância na determinação dos índices de cesariana, uma vez que se verifica uma relação estreita entre a incidência desse tipo de parto e o nível de rendimento familiar per capita das mulheres que tiveram filhos. Nesse sentido, observa-se que a proporção de cesarianas passa de 17,0% na faixa de rendimento mais baixo, para 48,9% na mais alta, ou seja, mais de um salário mínimo per capita. Quando se analisa os mesmos dados, considerando o quadro domiciliar, verifica-se que a relação observada entre as duas variáveis se reproduz, tanto na área urbana quanto na rural, embora os diferenciais por situação de renda sejam mais elevados na primeira situação.

Ao analisar os dados relativos ao tipo de parto por região, vê-se que nas áreas urbanas do Nordeste o índice de cesarianas é razoavelmente menor que a média nacional, 22,9%, embora na faixa de rendimento mais alto se encontre uma incidência bastante grande de casos, 42,7%. Já em São Paulo, o recurso à cesaria-

na é muito mais freqüente atingindo 45,2% dos partos hospitalares em geral, e mais de metade deles, na faixa de mais de um salário mínimo per capita (Tabela 3.9).

TABELA 3.8

PERCENTAGENS DAS MULHERES QUE TIVERAM FILHOS EM HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR TIPO DE PARTO, SEGUNDO A SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO E AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA
BRASIL - 1981

SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO E CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	PERCENTAGENS DAS MULHERES QUE TIVERAM FILHOS EM HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES			
	Total	Tipo de parto		
		Normal	Cesariana	Sem declaração
TOTAL	100,0	68,9	30,9	0,2
Até 1/4 do salário mínimo(1)	100,0	82,8	17,0	0,2
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	100,0	75,1	24,5	0,4
Mais de 1/2 a 1 salário mí- nimo	100,0	67,8	32,1	0,1
Mais de 1 salário mínimo...	100,0	50,9	48,9	0,2
Sem declaração	100,0	57,8	42,2	-
URBANA	100,0	66,0	33,8	0,2
Até 1/4 do salário mínimo(1)	100,0	81,1	18,8	0,1
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	100,0	73,9	25,8	0,3
Mais de 1/2 a 1 salário mí- nimo	100,0	67,3	32,6	0,1
Mais de 1 salário mínimo...	100,0	50,1	49,7	0,2
Sem declaração	100,0	60,5	39,5	-
RURAL	100,0	79,3	20,4	0,3
Até 1/4 do salário mínimo(1)	100,0	85,4	14,3	0,3
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	100,0	78,4	21,1	0,5
Mais de 1/2 a 1 salário mí- nimo	100,0	70,9	29,1	-
Mais de 1 salário mínimo...	100,0	63,8	36,2	-
Sem declaração	100,0	48,0	52,0	-

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

NOTAS - 1-Exclusive as mulheres residentes na área rural da Região Norte.
2-Exclusive pensionistas e empregadas domésticas.

(1) Inclusive as famílias sem rendimentos.

TABELA 3.9

PERCENTAGENS DE MULHERES RESIDENTES EM SITUAÇÃO URBANA QUE TIVERAM FILHOS EM HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR TIPO DE PARTO, SEGUNDO O LUGAR E AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA
BRASIL-1981

LUGAR E CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	PERCENTAGENS DE MULHERES RESIDENTES EM SITUAÇÃO URBANA QUE TIVERAM FILHOS EM HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES			
	Total	Tipo de parto		
		Normal	Cesariana	Sem declaração
REGIÃO NORDESTE	100,0	76,8	22,9	0,3
Até 1/4 do salário mínimo(1)	100,0	85,1	14,7	0,2
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	100,0	79,7	19,8	0,5
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	100,0	75,9	24,0	0,1
Mais de 1 salário mínimo..	100,0	57,2	42,7	0,1
Sem declaração	100,0	48,8	51,2	-
ESTADO DE SÃO PAULO ...	100,0	54,7	45,2	0,1
Até 1/4 do salário mínimo(1)	100,0	72,5	27,5	-
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	100,0	63,4	36,6	-
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	100,0	60,2	39,8	-
Mais de 1 salário mínimo..	100,0	44,0	55,7	0,3
Sem declaração	100,0	55,5	44,5	-

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

NOTA - Exclusive pensionistas e empregadas domésticas.

(1) Inclusive as famílias sem rendimentos.

Parece importante refletir sobre a variação observada no índice de cesarianas segundo o nível de rendimento familiar das mulheres, uma vez que, no Brasil, a decisão sobre o tipo de parto é condicionada, frequentemente, pela conveniência do médico e das empresas médicas associada às possibilidades de pagamen

mento da paciente, ao invés de se pautar exclusivamente em indicação decorrente do estado de saúde da mãe e/ou da criança, seja durante a gestação ou no momento do parto.

Em pesquisa realizada no período compreendido entre janeiro de 1977 e abril de 1979, JANOWITZ e outros (3) levantaram, nesse sentido, dados bastante significativos. Em um dos hospitais, em Campinas, onde foram coletadas informações sobre a condição do parto de mais de duas mil pacientes, verificou-se, por exemplo, que a proporção de mulheres primíparas para as quais não havia motivo indicado para realização de cesariana e que foram submetidas a esse tipo de intervenção foi de 56% entre aquelas que eram pacientes particulares, 12% entre as asseguradas através de convênios ou da previdência oficial e 4% entre as indigentes.

É importante destacar que, do total de mulheres que fizeram cesariana neste hospital, cerca de 25% tinham como objetivo a esterilização. Esta proporção foi praticamente a mesma entre as pacientes particulares e asseguradas por convênio ou pela previdência social, diminuindo bastante entre as mulheres indigentes (14,7%).

Por outro lado, em uma casa de saúde no Rio de Janeiro, onde todos os leitos são particulares, verificou-se que a proporção de cesarianas sem motivo de saúde declarado foi de 44,4% entre as primíparas. Ainda, segundo informação dada pelos pesquisadores "a maior parte dessas intervenções decorreram da escolha das pacientes; uma prática aceita por muitos obstetras brasileiros" (4).

(3) JANOWITZ, Barbara, et alli. Cesarean section in Brazil. In: Soc. Sci. & Med. 16: 19-25, 1982

(4) LINS, Fernando Estellita & FORTNEY, J.A. Cesarean section in four Rio de Janeiro Hospitals. Int. J. Gynaecol. Obstet., 19: 27-34, 1980.

Outro dado importante fornecido por esses estudos é o de que, mesmo nos casos onde há indicação para realização da cesariana, a prática médica adotada face ao caso também varia em função da condição de pagamento. Utilizando técnicas de padronização de variáveis, os autores do primeiro trabalho citado mostram que a maior parte das diferenças existentes decorre desse último fator. Assim, supondo que as primíparas que fizeram parto cesariana, no hospital estudado em Campinas, tivessem tido o mesmo tipo de indicação, verificaram que 68,0% daquelas que eram pacientes particulares tinham realizado esse tipo de parto, enquanto a proporção encontrada entre as que eram asseguradas foi de 45,1% e entre as indigentes 27,8%(5).

Comparando também os dados apresentados por Estellita Lins(6) sobre a incidência de cesarianas, segundo o motivo de indicação, em quatro hospitais do Rio de Janeiro com clientela bastante diversificadas no que se refere ao nível sócio-econômico, verificou-se que, para nove dos dezoito motivos que indicavam a necessidade da cesariana, as proporções de mulheres que realizaram esse tipo de parto foram sempre maiores naquele hospital onde os leitos eram todos particulares e as pacientes pertenciam a grupos sócio-econômicos mais altos.

A relação entre nível de rendimento e o índice de cesarianas mais uma vez se evidencia ao se observar a frequência desse tipo de parto, segundo a condição de pagamento dos serviços hospitalares, fornecida através dos dados obtidos na PNAD-1981(Tabela 3.10).

(5) JANOWITZ, Barbara. et alli. Cesarean section in Brazil. In Soc. Sci. & Med. 16: 19-25, 1982.

(6) LINS, F. Estellita, et alli. op. cit. 4.

TABELA 3.10

PERCENTAGENS DAS MULHERES CUJA ÚLTIMA HOSPITALIZAÇÃO NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES FOI POR MOTIVO DE PARTO, POR CONDIÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO HOSPITAL, SEGUNDO A SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO E O TIPO DE PARTO
BRASIL - 1981

SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO E TIPO DE PARTO	PERCENTAGENS DAS MULHERES CUJA ÚLTIMA HOSPITALIZAÇÃO NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES FOI POR MOTIVO DE PARTO				
	Total (1)	Condição de utilização do hospital			
		Particular	Previdência oficial	Sistema de pré-pagamento ou do empregador	Outra
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Parto normal	68,3	46,8	69,7	56,0	88,1
Parto cesariana	31,5	52,9	30,1	43,9	11,7
Sem declaração	0,2	0,3	0,2	0,1	0,2
URBANA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Parto normal	65,4	40,8	67,8	50,7	88,2
Parto cesariana	34,4	58,9	32,0	49,2	11,8
Sem declaração	0,2	0,3	0,2	0,1	-
RURAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Parto normal	78,8	66,5	78,0	83,4	87,9
Parto cesariana	21,0	32,8	21,9	16,6	11,6
Sem declaração	0,2	0,7	0,1	-	0,5

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

NOTAS- 1-Exclusive as mulheres residentes em situação rural da Região Norte.
2-Exclusive pensionistas e empregadas domésticas.

(1) Inclusive sem declaração.

Assim, confirmando a hipótese indicada anteriormente, verifica-se que, para o Brasil como um todo, a maior frequência de cesariana, 52,9% dos partos, ocorreu quando a hospitalização ficou totalmente a cargo do particular. Em segundo lugar, com um índice de cesariana ainda bem acima da média, 43,9%, estão os sistemas de previdência particulares ou seja os chamados convênios

realizados através do empregador ou pela própria clientela assegurada. A previdência oficial está em terceiro lugar com um índice de 30,1%, enquanto para outras condições de utilização do hospital encontra-se uma frequência muito mais baixa, 11,7%.

Nas áreas urbanas, os índices de cesariana apresentam a mesma tendência descrita acima, devendo-se ressaltar, apenas, que são sempre superiores à média qualquer que seja a condição de utilização do hospital. Nas áreas rurais, por outro lado, verifica-se que a frequência de cesarianas entre os partos pagos pela previdência oficial é maior que aquela encontrada nos casos em que os custos de hospitalização foram subvencionados pelos sistemas de pré-pagamento ou do empregador, o que como já foi visto decorre do fato dessa forma de seguro de saúde ter pouca penetração nessas áreas. Ressalte-se ainda que a frequência de cesarianas no quadro domiciliar rural é sempre bem menor que a de partos normais, não atingindo, em qualquer das formas de pagamento da hospitalização, a metade deles.

Ao comparar os mesmos dados para as áreas urbanas do Nordeste e de São Paulo (Tabela 3.11) encontram-se os mesmos padrões gerais percebidos no caso do Brasil. A grande diferença está em que os índices de cesariana em São Paulo são muito superiores àqueles verificados para o Nordeste, salvo no caso do sistema de pré-pagamento ou do empregador em que a diferença é pouco significativa.

LANDMANN (7) chama atenção para alguns dos fatores mais importantes a serem considerados na explicação dos altos índices de cesariana encontrados no Brasil.

(7) LANDMANN, Jayme, Evitando a saúde e promovendo a doença, 3 ed. Rio de Janeiro, ACHIAME, 1982. 188p.

TABELA 3.11

PERCENTAGENS DAS MULHERES RESIDENTES EM SITUAÇÃO URBANA CUJA ÚLTIMA HOSPITALIZAÇÃO NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES FOI POR MOTIVO DE PARTO, POR CONDIÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO HOSPITAL, SEGUNDO O LUGAR E O TIPO DE PARTO

1981

LUGAR E TIPO DE PARTO	PERCENTAGENS DAS MULHERES RESIDENTES EM SITUAÇÃO URBANA, CUJA ÚLTIMA HOSPITALIZAÇÃO NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES FOI POR MOTIVO DE PARTO				
	Total (1)	Condição de utilização do hospital			
		Particular	Previdência oficial	Sistema de pré-pagamento ou do empregador	Outra
REGIÃO NORDESTE.....	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Parto normal	75,8	52,8	76,6	53,7	92,8
Parto cesariana	23,9	47,2	23,0	45,7	7,2
Sem declaração	0,3	-	0,4	0,6	-
ESTADO DE SÃO PAULO.	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Parto normal	54,1	25,6	56,9	49,5	74,3
Parto cesariana	45,7	73,2	43,0	50,5	25,7
Sem declaração	0,2	1,2	0,1	-	-

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

NOTA - Exclusive pensionistas e empregadas domésticas.

(1) Inclusive sem declaração.

O primeiro deles é o de que, o parto por cesariana representa maior lucro para a casa de saúde uma vez que a mulher permanece maior número de dias internada do que aquela que faz parto normal. Além disso aquele tipo de parto implica em maiores gastos com a equipe médica necessária à sua realização, com o uso de anestesia e com medicamentos.

Por outro lado, o parto por cesariana podendo ser marcado previamente representa maior facilidade para o médico no que se refere a organização de seu tempo de trabalho, já que a maio

ria deles trabalha em mais de um hospital além do consultório particular. Nesse sentido é muito significativo o número de mulheres que sabem antecipadamente que vão fazer cesariana. Um exemplo desse fato foi o alto percentual de mulheres, 48%, encontrado em um hospital em Campinas(8), que embora não fossem fazer ligadura de trompas sabiam que iam ter seus filhos por cesariana antes de ocorrer a internação para o parto. Mais uma vez a proporção encontrada foi maior no caso das pacientes particulares e asseguradas por convênio, 60,0% e 66,7% respectivamente, enquanto entre as asseguradas pela previdência oficial foi de 42,9% e entre as indígenas 27,6%. Os autores do estudo em questão chamaram ainda atenção para o fato de que não foi surpreendente encontrar um maior número de mulheres realizando parto nos dias de semana, entre as que sabiam antecipadamente que iriam fazer cesariana.

Tendo em vista reduzir o elevado número de intervenções desse tipo, realizadas com a cobertura da previdência oficial, a tabela de reembolso do INAMPS foi reformulada em fevereiro de 1980, igualando o custo do parto normal ao da cesariana. É possível que essa medida venha a ter alguns efeitos a mais longo prazo. Até fins de 1981, no entanto, as informações disponíveis mostram, como foi visto, que ainda permanece bastante elevado o índice de cesarianas entre os partos pagos pela previdência oficial.

Nesse sentido, é importante lembrar que, freqüentemente, as pacientes particulares de médicos credenciados junto à Previdência Social se beneficiam das vantagens oferecidas por esta, complementando o pagamento efetuado ao médico, à equipe que o acompanha e algumas vezes à própria instituição de saúde, quando utilizam condições especiais de internação como por exemplo, quarto particular, assistência de acompanhante etc. Tais casos esta

(8) JANOWITZ, Barbara et alli. Cesarean section in Brazil. In: Soc. Sci & Med. 16: 19-25, 1982.

riam incluídos, na declaração da condição de utilização do hospital, na rubrica Previdência Social e contribuiriam assim, na medida em que sua incidência é bastante elevada, para a manutenção do alto índice de cesarianas realizadas com este tipo de cobertura.

Além da influência do nível de rendimento na determinação do tipo de parto, procurou-se avaliar também a importância de duas outras variáveis: o número de atendimentos pré-natais recebidos pelas mulheres que tiveram filhos e seu nível de instrução.

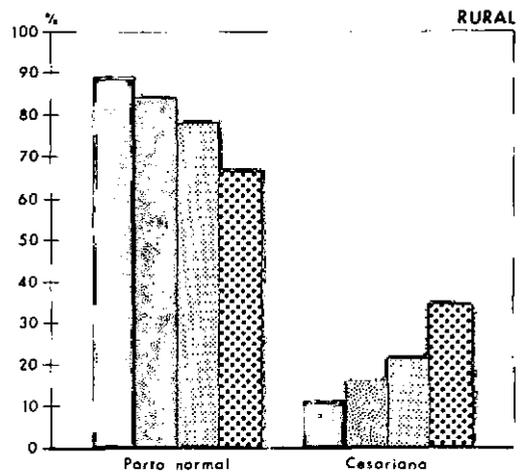
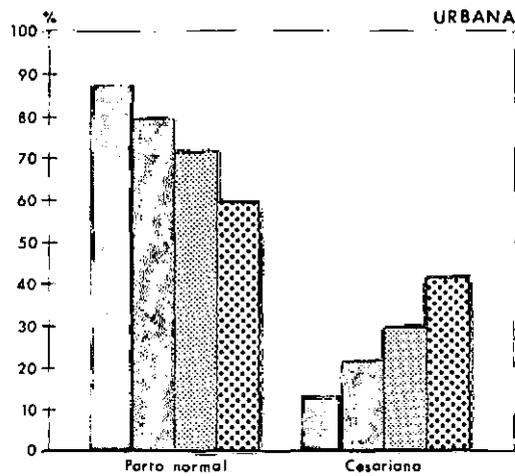
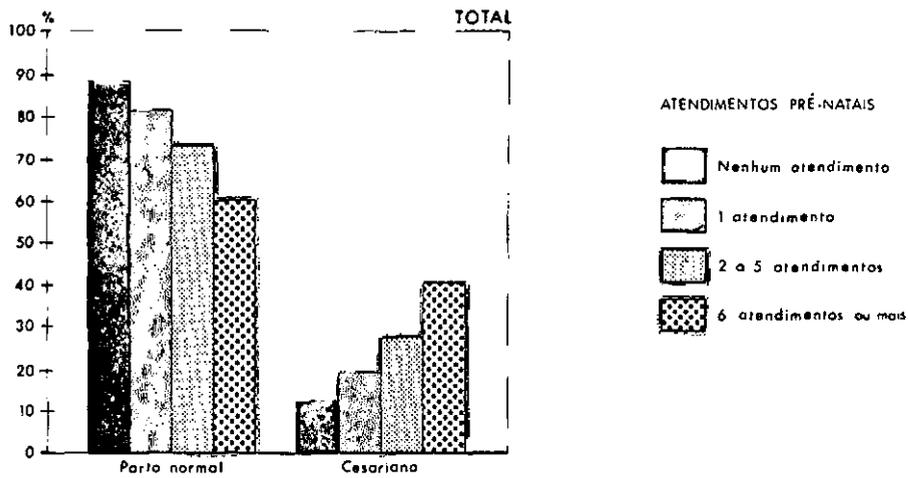
O que se constatou ao observar os dados obtidos dessa forma foi que a tendência de variação na proporção de cesarianas foi muito semelhante àquela encontrada quando se considerou o nível de rendimento familiar per capita, o que mostra mais uma vez a estreita relação entre essas variáveis.

Assim, para o conjunto do país tem-se que a frequência de cesarianas é maior à medida que aumenta o número de atendimentos pré-natais, passando de 12,2%, entre as mulheres sem nenhum atendimento, para 40,1% entre as que tiveram seis atendimentos ou mais. (Gráfico 3.1). Esse mesmo padrão é encontrado tanto nas áreas urbanas quanto nas rurais. No Nordeste e em São Paulo observa-se também uma tendência semelhante, embora a frequência de cesarianas nesse Estado seja sempre mais elevada (Gráfico 3.2). No que se refere ao nível de instrução da mulher as variações são mais ou menos as mesmas, encontrando-se em média para o Brasil, um índice de cesarianas de 17,5% entre as mulheres com menos de um ano de estudo e 41,0% entre as que tinham cinco anos ou mais (Gráfico 3.3). No Nordeste, embora se observe uma tendência de crescimento do índice de cesarianas à medida que aumenta o nível de instrução da mulher, verifica-se que esse tipo de parto é menos frequente que em São Paulo, em todas as faixas de anos de estudo (Grá

MULHERES QUE TIVERAM FILHOS EM HOSPITAL, POR TIPO DE PARTO E NÚMERO DE ATENDIMENTOS PRÉ-NATAIS

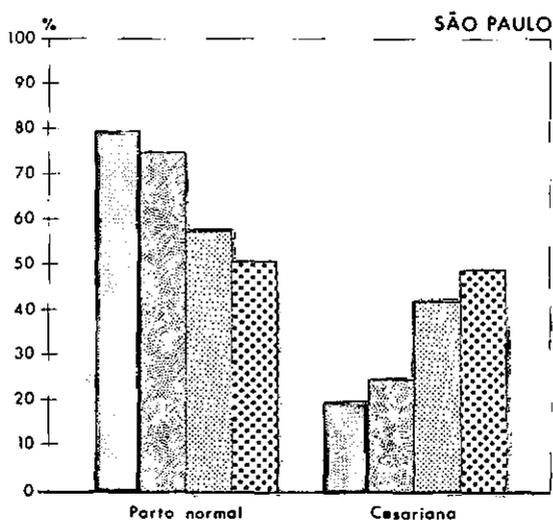
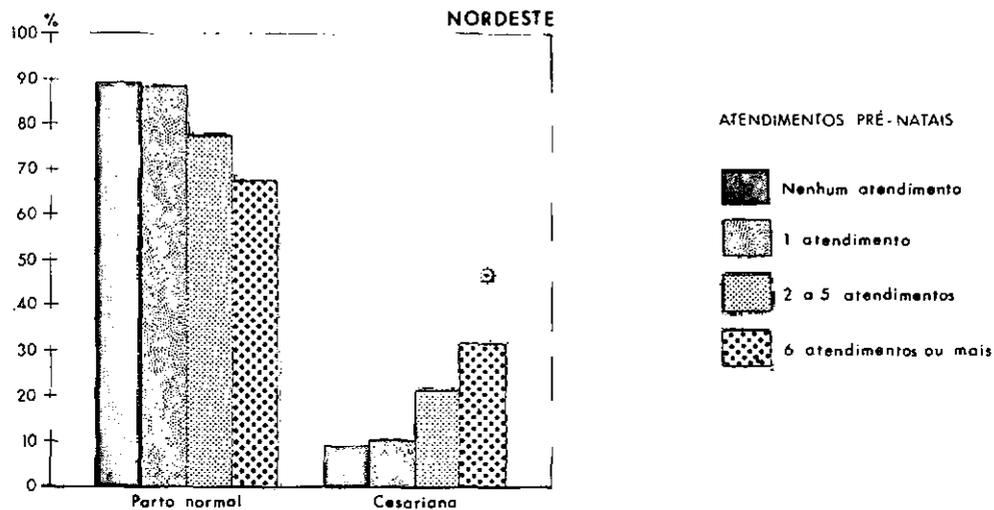
Gráfico-3.1

BRASIL - 1981



MULHERES RESIDENTES EM ÁREA URBANA QUE TIVERAM FILHOS
EM HOSPITAL, POR TIPO DE PARTO E NÚMERO DE ATENDIMENTOS PRÉ-NATAIS
REGIÃO NORDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO - 1981

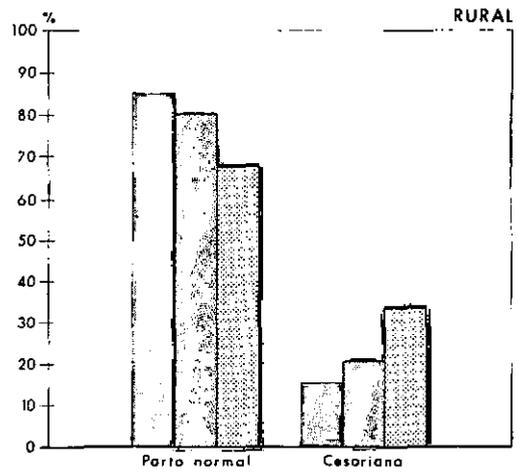
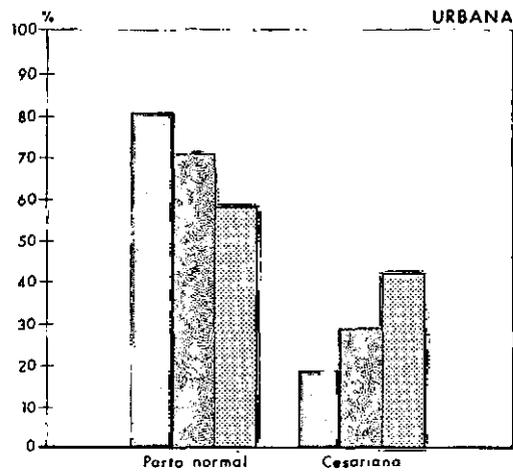
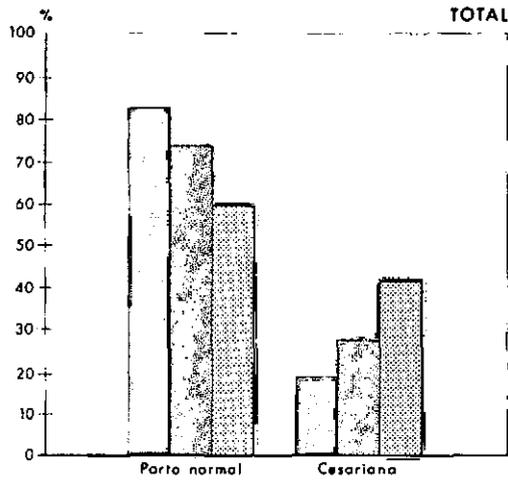
Gráfico 3 2



MULHERES QUE TIVERAM FILHOS EM HOSPITAL, POR TIPO DE PARTO E ANOS DE ESTUDO

Gráfico - 3.3

BRASIL - 1981



fico 3.4).

Na medida em que a distribuição percentual do número de partos segundo cada uma dessas variáveis não forneceu qualquer indicação quanto ao grau de importância de cada uma delas, utilizou-se um teste simples de χ^2 para tentar obter algum tipo de parâmetro, mesmo que grosseiro, para essa avaliação.

Os resultados obtidos para as áreas urbanas do Brasil, da Região Nordeste e de São Paulo confirmaram mais uma vez a relação entre as variáveis consideradas e o tipo de parto, já que todos se situaram na região de rejeição da hipótese nula. Observando o grau de afastamento do resultado obtido para cada variável em relação ao χ^2 tabulado, com um nível de significância de 5%, verificou-se que o rendimento familiar per capita impõe-se como a variável da maior importância na determinação do tipo de parto, qualquer que seja a área considerada, uma vez que apresenta resultados mais afastados daquele encontrado na tabela de referência.

Nas áreas urbanas do Brasil e do Nordeste a segunda variável mais relevante é o nível de instrução da mulher, enquanto em São Paulo os dados indicam que seja o número de atendimentos pré-natais.

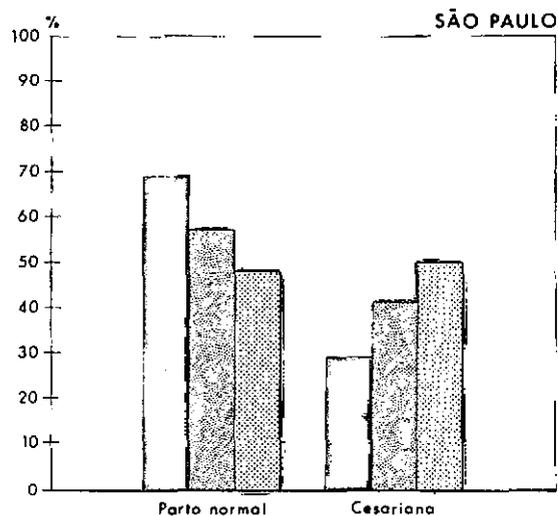
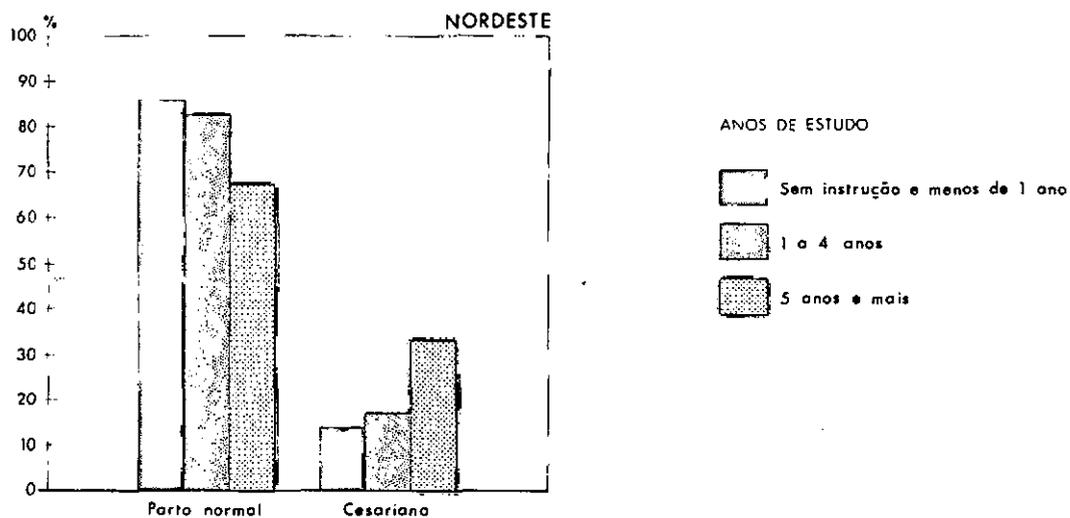
3.4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos diferentes aspectos da assistência materno-infantil no Brasil mostra que, tal como foi visto em relação à utilização dos serviços de saúde em geral, o nível e o tipo de atendimento recebido pelas mulheres no período de gestação e no momento do parto estão condicionados, de um lado, pela disponibilidade de recursos de saúde existentes em cada região, e de outro, pelo nível sócio-econômico de suas usuárias.

MULHERES RESIDENTES EM ÁREA URBANA QUE TIVERAM FILHOS EM HOSPITAL, POR TIPO DE PARTO E ANOS DE ESTUDO

Gráfico - 3.4

REGIÃO NORDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO - 1981



Nesse sentido, dois aspectos chamam preponderante mente atenção. O primeiro se refere à precariedade e insuficiên-cia da assistência materno-infantil nas áreas rurais de modo geral e, nas urbanas, em especial para os grupos de mulheres de baixa ren-da, isto é, com rendimento familiar per capita de até 1/2 salário mínimo. Assim, constatou-se que, no conjunto das áreas rurais do País, cerca de metade das mulheres que tiveram filhos, no ano anterior à pesquisa, não receberam qualquer atendimento pré-natal e a grande maioria realizou o parto fora do hospital, sendo atendida na maior parte dos casos por parteiras sem formação adequada e em locais com precárias condições de higiene. Nas áreas urbanas, on-de os recursos de saúde são maiores, também a população feminina de baixa renda ainda é pouco atendida, sobretudo nas regiões menos desenvolvidas como o Nordeste onde se verifica que mais de 25% das mulheres com renda familiar per capita até 1/2 salário mínimo não tiveram qualquer atendimento durante a gravidez.

A segunda observação relevante diz respeito ao ele-vado índice de cesarianas encontrado no País, cerca de um terço dos partos hospitalares em média. Nota-se que a proporção de cesaria nas aumenta à medida em que se passa das faixas de rendimento familiar mais baixas para as mais altas e de regiões menos desenvol vi-das para as mais desenvolvidas. Em São Paulo, por exemplo, na faixa de mais de um salário mínimo per capita o percentual de ce sa-sarianas é de 55,7%. Os dados sobre a incidência de cesarianas, se-gundo os níveis de rendimento familiar per capita e a forma de pa ga-mento da hospitalização por ocasião do parto, evidenciam de for-ma bastante clara o grau de mercantilização da medicina no Brasil, na medida em que revelam uma forte relação entre a realização de ce sa-sariana e o nível sócio-econômico da mulher. Tal fato decorre de que, em grande número de casos, a indicação da cesariana é resul ta-do de uma decisão tomada a partir da conveniência dos médicos ou empresas médicas associada às possibilidades de pagamento das pa ci-entes, ao invés de se basear exclusivamente nas condições de saú de da mãe ou da criança.

4. ALEITAMENTO MATERNO

4 - ALEITAMENTO MATERNO

O estudo dos aspectos que envolvem a prática da amamentação é, por uma série de motivos, especialmente relevante pa-ra a configuração, o dimensionamento e a avaliação de um quadro geral da situação de saúde das crianças, sobretudo das menores de 1 ano de idade. A constatação de diferentes níveis de aleita-mento materno num país demonstra não sô um perfil de comportamen-to das mulheres em relação ao ato de aleitar, como também desvenda um dos condicionantes do estado nutricional de crianças com me-nos de 1 ano de vida, em particular as de famílias de baixa renda onde o aleitamento materno é essencial, dada a debilidade de um regime alimentar que é, via de regra, deficiente.

Estudos realizados nas áreas de saúde e demografia mostram que é no primeiro ano de vida da criança que se registram os mais altos índices de mortalidade e morbidade,(1) muitas vezes consequência do deficiente estado nutricional deste segmento da população e da falta de imunização contra certas infecções. Além disso, ausência de condições domiciliares adequadas, em termos de saneamento básico, entre as famílias de baixo poder aquisiti-vo, é sem dúvida um fator importante no comprometimento da saúde de seus familiares. Ainda outro aspecto que aponta para a relevância do estudo do tema aqui abordado, reside na tomada de

(1) MIURA, E. Leite materno, desnutrição e infecção. In: Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, 47 (2), 1979.

conhecimento dos índices de aleitamento materno verificados no País, o que é de vital importância para a mobilização de entidades vinculadas ao planejamento em saúde pública.

É importante salientar que não é somente com a análise dos resultados aqui apresentados que se esgotará o tema. É necessário um aprofundamento maior no estudo, procurando-se traçar a evolução do comportamento das nutrizes ao longo de um período histórico abrangente. Da mesma forma, é essencialmente relevante o levantamento dos fatores que influenciaram a prática de aleitar. Dentre estes, deve-se atentar para os valores culturais e ideológicos, as estratégias de organização econômica dos diversos segmentos sociais, os fatores biológicos, a organização dos serviços de saúde e o comportamento de seus profissionais e até a própria estrutura familiar das lactentes. Sobre a influência desses fatores, Bonfim(2) e outros autores comentam "que tais causas nada mais são que a espessa cortina de fumaça que encobre múltiplos fatores: ignorância, propaganda industrial, desinformação, despreparo das equipes de saúde, sistemas curriculares e hospitalares obsoletos, legislação anacrônica, não cumprimento das leis vigentes, etc". Dada sua importância seria interessante analisar cada um desses componentes. No entanto, não cabe discutí-los aqui, uma vez que essa tarefa implicaria em considerações exaustivas e análises de cunho antropológico mais aprofundadas.

Para as finalidades deste Perfil, procurar-se-á levantar alguns resultados que expressem os níveis de aleitamento em determinado período, privilegiando as informações referentes às mães que ainda estavam amamentando. Isto será feito com ba-

(2) BONFIM, Dilson da Costa, et alli. Aleitamento materno. Pediatrica, 11: 74-81, mar. 1983.

se nas informações coletadas pela PNAD-Saúde que levantou basicamente 2 tipos de dados sobre amamentação: se a criança nascida no período de referência foi amamentada ou não com leite materno e até quantos meses recebeu este tipo de alimentação. Cabe esclarecer, no entanto, que o respondente do questionário não é necessariamente a mãe, o que pode ocasionar imprecisões na declaração do tempo de aleitamento. Por essa razão, optou-se por trabalhar com as crianças que ainda estavam sendo amamentadas, o que oferece uma melhor garantia de exatidão por ser uma informação referente ao momento da pesquisa.

Com este procedimento, objetiva-se averiguar, de um lado, a influência de algumas variáveis selecionadas, tais como rendimento mensal familiar per capita, instrução e condição de atividade das mães, na prática da amamentação e na sua duração. De outro, apontar os diferenciais regionais observados quanto às características em estudo.

Por fim, apresentam-se as estimativas da duração média da amamentação segundo as faixas de rendimento mensal familiar com base na informação sobre mulheres que já amamentaram. Objetivando-se reduzir o efeito sobre as estimativas obtidas das diferentes estruturas de renda encontradas no Nordeste e em São Paulo, procedeu-se a uma padronização tomando-se como modelo, a distribuição de rendimentos observada no Estado de São Paulo.

Convém ainda esclarecer alguns procedimentos operacionais adotados. Pode-se destacar, aquele ocasionado pelo fato do questionário sobre características de saúde não controlar se a criança nascida no período de referência continua viva no momento em que a (o) informante é entrevistada (o). Assim, para se ter assegurada maior precisão quanto ao tempo de aleitamento, uma vez que o momento do desmame pode ter sido determina-

do pela morte da criança, optou-se por uma redução do universo de estudo, ou seja, direcionar a análise para as crianças que naquele momento residiam com as mães. Para tanto, adotou-se o seguinte controle: a criança declarada no suplemento saúde era automaticamente selecionada se, ao mesmo tempo, tivesse sido localizada no questionário principal da pesquisa. A forma mais conveniente de fazer este controle foi a comparação das datas de nascimento informadas em ambos os questionários.

Vale ressaltar que a PNAD-Saúde não possibilita a distinção entre aleitamento misto e exclusivo. Por isso, não é possível, através desta fonte de dados, obter a informação se a criança que estava sendo aleitada ou que já havia sido desmamada, ainda recebia ou recebeu algum outro tipo de leite que não fosse o da mãe, e em que momento se deu a introdução deste outro tipo de alimento.

A introdução de novos alimentos na dieta do lactente é indicada, de acordo com as circunstâncias (capacidade de amamentar e aumento da curva ponderal do lactente), entre o 4º e o 6º mês de vida da criança. Muito embora esta recomendação seja prescrita nos centros de saúde coletiva, é também sabido que o aleitamento materno exclusivo não tem qualquer tipo de contra-indicação imediata até pelo menos o 6º mês de vida do lactente. As complementações estão associadas às condições de desenvolvimento da criança, sendo recomendado, a partir do 6º mês, suprimento de ferro e algumas vitaminas (3).

(3) SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Projeto de Incentivo ao Aleitamento Materno e Manual de Informações e Instruções para as Equipes de Saúde. São Paulo, Instituto de Saúde do Estado de São Paulo, 1979, 40p.

Nesse sentido, SOBRINHO (4) salienta que "logo após o nascimento, a alimentação do recém-nascido é láctea. Evidentemente deveria ser dado exclusivamente o leite materno. Deve-se considerar que há situações justificáveis que impedem a criança de receber o leite materno. Algumas são de importância discutível, e outras ainda até condenáveis, afastando a criança do leite materno e concorrendo para diminuir o aleitamento natural ou provocar o desmame precoce".

4.1 - CRIANÇAS QUE RESIDIAM COM AS MÃES

Uma vez selecionado como objeto de estudo o grupo de crianças que residiam com as mães, cumpre retratar sua representatividade em relação ao total de nascidos vivos no período de referência da pesquisa.

Em linhas gerais, as proporções de crianças menores de 1 ano de idade que residiam com as mães figuram como bastante significativas. Os resultados sugerem, porém, uma ligeira perda de informação no quadro domiciliar urbano da Região Nordeste (86,5%) e no rural brasileiro (88,6%). As demais proporções dispensam maiores considerações uma vez que se situam por volta dos 90%. (Tabela 4.1)

Se por um lado perde-se em média 10% das informações sobre menores de 1 ano de idade, por outro, as garantias de serem obtidas declarações mais precisas quanto à prática de aleitamento materno, como já foi assinalado, são muito maiores.

(4) SOBRINHO, José Gonçalves. Estudo da Associação entre Aleitamento materno e ocorrência de morbidade In: Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, 52(3), 1982.

TABELA 4.1

PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE MENOS DE 1 ANO DE IDADE, PARA O BRASIL,
 POR SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, E REGIÃO NORDESTE E ESTADO DE
 SÃO PAULO EM SITUAÇÃO URBANA, SEGUNDO A SITUAÇÃO DE
 RESIDÊNCIA COM AS MÃES

1981

SITUAÇÃO DE RESIDÊNCIA COM AS MÃES	PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE MENOS DE 1 ANO DE IDADE				
	Brasil (1)			Região Nordeste urbana	Estado de São Paulo urbano
	Total	Urbana	Rural		
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Residiam com as mães.	89,8	90,3	88,6	86,5	93,2
Não residiam com as mães	10,2	9,7	11,4	13,5	6,8

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

(1) Exclusive as crianças residentes em situação rural da Região Norte.

4.2 - PRÁTICA DE ALEITAR - ALGUNS DETERMINANTES

Muitos autores, ao abordarem historicamente a situação da infância, enfocam o aleitamento materno como um vínculo afetivo e de cuidado com a saúde na relação mãe e filho. Como escreve DONZELOT (5) " .. os livros dos séculos XVIII e XIX repetem os mesmos elogios da amamentação materna, prodigalizam os mesmos conselhos sobre a escolha de uma boa nutriz, denunciam incansavelmente a prática do enfaxe dos bebês e dos coletes".

(5) DONZELOT, J. A Polícia das famílias. Rio de Janeiro, Editora Graal, 1977.

BORGES(6), em trabalho sobre a condição da mulher e o exercício da maternidade, salienta que a "mortalidade infantil do século XVIII é uma coisa banal e incide maciçamente durante o primeiro ano, mais particularmente no primeiro mês de vida". A autora cita Batinder, que coloca como fator mais importante na discussão da mortalidade infantil "a diferenciação desta relação ao modo de cuidado da criança. A criança do século XVIII é mais ou menos bem cuidada em função de ter sido ou não aleitada por sua mãe. Ou seja, de modo geral as crianças guardadas e cuidadas por suas mães são privilegiadas e têm mais chances de sobreviver"(7).

BORGES prossegue com a constatação de que "a porcentagem da mortalidade varia se a criança é ou não aleitada por sua mãe, bem como se é ou não abandonada. Onde se conclui que a prática de envio à nutriz é objetivamente um infanticídio, disfarçado". As razões das mulheres do século XVIII recusarem o aleitamento materno não diferem muito daquelas apontadas ainda hoje pelas mulheres modernas. As razões sublinhadas pela autora são: "o aleitamento é fisicamente mal para a mãe e pouco conveniente", "o amamentar o bebê as priva de algo absolutamente necessário à sua própria conservação e sobrevivência física", "o aleitamento deforma o corpo...", "domina uma imagem animalizada da mulher como vaca de leite".

Já ao fim do século XVIII, a "intelligentsia" se esforça no sentido de mudar esse comportamento em relação à in-

(6) BORGES, Sherrine M.N. História de um Amor: uma análise sobre a condição de mulher e o exercício da maternidade. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, outubro de 1983, Xerox.

(7) BATINDER, E. L'Amour en plus. Paris, Flammarion, 1980. In: BORGES, Sherrine M.N. op. cit.

fância "reprovando e estigmatizando aquelas que não amamentam" (8).

Com esta ligeira referência a estudos que fazem uma abordagem histórica sobre o comportamento das mulheres em relação ao aleitamento materno, pode-se concluir que esta prática tem momentos bastante diferenciados ao longo da história da humanidade. Desta forma, os valores sociais, religiosos e educacionais, aliados às formas de organização e fases distintas de desenvolvimento econômico, estão sempre determinando o comportamento das mulheres em relação ao ato de aleitar.

O valor afetivo e nutritivo que hoje é ressaltado nas campanhas de incentivo ao aleitamento materno foi, em determinados períodos históricos, subestimado. Em outros, foi objeto de grandes transformações no relacionamento mãe e filho.

Assim, a constatação da diminuição da prática de aleitar, sobretudo após a 2a. Guerra Mundial e mais particularmente nos últimos anos, despertou interesse e preocupações. Ultimamente o assunto vem sendo tratado com mais atenção por pediatras, nutricionistas e demais profissionais de saúde e nutrição. As mudanças dos padrões de aleitamento verificados em diferentes países têm razões muitas vezes bastante distintas. "Existem países onde, em razão de seu nível de desenvolvimento, a alimentação ao seio já foi quase que totalmente superada pela enorme variedade de substitutivos industrializados e, em outros, com baixo nível de desenvolvimento, o aleitamento materno, às vezes constitui o meio de alimentação dominante dos lactentes, particularmente na zona rural" (9).

(8) BORGES, Sherrine M.N. op. cit.

(9) SILVA, Ernesto, trad. O aleitamento materno: subsídios para uma promoção do aleitamento materno. 3pt. final. In: Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, 52(6), 1982.

Portanto, é de extrema importância que se avalie o comportamento desta tendência no Brasil. Infelizmente, não se dispõe aqui de dados que viabilizem uma análise em diferentes períodos históricos. Com a PNAD-Saúde só é possível fazer análises a nível do período de referência da mesma, qual seja, de 15 de novembro de 1980 a 14 de novembro de 1981.

Assim, observando-se primeiramente os resultados contidos na Tabela 4.2, os quais expressam as proporções de menores de 1 ano de idade que nunca foram amamentados, tem-se configurado um quadro geral que poderia estar sugerindo uma situação animadora. Contudo, apesar dos dados indicarem prevalência das que foram aleitadas é importante ter aqui atenção especial com o tempo de aleitamento. Isto porque a mãe que declara ter aleitado o seu filho o faz mesmo que o tempo de aleitamento tenha sido de poucos dias, por exemplo.

Tendo em vista que toda a literatura médica preconiza como tempo ideal de aleitamento natural exclusivo os 4 ou 6 primeiros meses de vida da criança, além de levantar grandes preocupações com a precocidade do desmame, fica claro que a informação sobre o tempo de aleitamento figura como a mais importante em qualquer estudo sobre o tema.

Ainda com base nos dados da Tabela 4.2 chama atenção a situação do Nordeste urbano que apresenta proporções relativamente mais altas de crianças menores de 1 ano que nunca foram amamentadas: 17,6% contra 15,7% e 13,7% respectivamente para São Paulo urbano e o total do País. Essa situação requer uma análise mais detalhada considerando as crianças que já haviam sido desmamadas e as que ainda estavam sendo aleitadas. Isto porque, dados os seus valores sociais mais rígidos e uma organização social mais tradicional, seria de se esperar que as nordestinas

amamentassem mais que as mulheres paulistas.

TABELA 4.2

PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE MENOS DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES E NUNCA FORAM AMAMENTADAS, PARA O BRASIL, POR SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, E REGIÃO NORDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO EM SITUAÇÃO URBANA, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE
1981

GRUPOS DE IDADE	PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE MENOS DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES E NUNCA FORAM AMAMENTADAS				
	Brasil(1)			Região Nordeste urbana	Estado de São Paulo urbano
	Total	Urbana	Rural		
TOTAL	13,7	14,6	11,6	17,6	15,8
Até 3 meses	12,5	13,8	10,0	16,5	15,2
De 4 a 6 meses	14,1	14,8	12,5	20,1	15,1
De 7 a 11 meses	14,5	15,3	12,7	17,0	16,7

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

(1) Exclusive as crianças residentes em situação rural da Região Norte.

Uma outra observação merece aqui ser destacada: as proporções de crianças que nunca foram amamentadas tendem a aumentar com a idade das mesmas. Isto pode estar refletindo os efeitos que a campanha pelo aleitamento materno exerceu sobre as mulheres que tiveram filhos depois da sua implantação a nível nacional, no ano de 1980.

Infelizmente, a verificação das causas do desmame como também a apuração de informações que indiquem as razões da

decisão de não aleitar não são possíveis através da PNAD-Saúde.

Segundo trabalho desenvolvido pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, (10) possivelmente as causas que mais contribuem para o desestímulo ao aleitamento materno são:

- 1 - o desconhecimento e o desinteresse das mães;
- 2 - a falta de orientação prestada por obstetras e pediatras bem como por equipes de saúde;
- 3 - a distribuição facilitada de leite em pó pelas unidades sanitárias;
- 4 - a baixa matrícula e frequência de gestantes nos serviços de higiene pré-natal;
- 5 - a pequena atenção dispensada às puérperas para incentivo à amamentação;
- 6 - a influência negativa dos métodos de propagação adotados pelas indústrias de fabricação de leite em pó e,
- 7 - entre outras, a falta de efetiva observância às leis trabalhistas de proteção à nutriz que desempenha uma atividade extraluar.

Em outros trabalhos sobre o tema(11,12) os autores apontam que na grande maioria dos casos as mães apresentam as seguintes justificativas, para o fato de não amamentarem seus fi-

(10) SÃO PAULO. Secretaria do Estado de Saúde. Projeto de incentivo ao aleitamento materno e manual de informação e instruções para as equipes de saúde. São Paulo, Inst. de Saúde do Estado de São Paulo, 1979. 40p.

(11) CARVALHO, Paulo F. de. Aleitamento materno. In: Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, 51(3), 1981.

(12) MARTINS FILHO, José, et alli. Contribuição para o estudo do aleitamento materno. In: Pediatria Prática, p. 152.

lhos ou simplesmente interromperem de forma precoce a lactação:

- 1 - diminuição do leite;
- 2 - não gostar de amamentar;
- 3 - proibição médica;
- 4 - leite salgado, fraco ou gorduroso;
- 5 - amamentar é trabalhoso;
- 6 - patologia materna;
- 7 - patologia infantil;
- 8 - trabalho fora do lar.

Após estas considerações acerca das motivações para o não aleitamento materno, a apresentação da Tabela 4.3 oferece alguns elementos para discussão dos níveis de aleitamento medidos pela investigação da PNAD-Saúde.

TABELA 4.3

PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE MENOS DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES, PARA O BRASIL, POR SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, E REGIÃO NORDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO EM SITUAÇÃO URBANA, SEGUNDO O ALEITAMENTO MATERNO 1981

ALEITAMENTO MATERNO	PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE MENOS DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES				
	Brasil (1)			Região Nordeste urbana	Estado de São Paulo urbano
	Total	Urbana	Rural		
Nunca foram amamentadas	13,7	14,6	11,6	17,6	15,8
Ainda estavam sendo amamentadas	49,5	44,7	59,9	42,0	40,1

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

(1) Exclusive as crianças residentes em situação rural da Região Norte.

As proporções de crianças que residiam com as mães e que nunca foram amamentadas são, em todas as regiões consideradas, as mais baixas. As áreas urbanas da região Nordeste apresentam o percentual mais elevado (17,6%), vindo imediatamente a seguir as áreas urbanas de São Paulo (15,8%) e depois as áreas urbanas do conjunto do Brasil (14,6%), o que faz supor que essa proporção nas áreas urbanas das demais regiões brasileiras, como por exemplo o Sul ou outras áreas do Sudeste, seja ainda mais baixa. De qualquer forma, a proporção das crianças que nunca foram amamentadas tende a ser menor nas áreas rurais, como comprova o resultado verificado no conjunto do Brasil rural (11,6%).

Os resultados da Tabela 4.3 evidenciam claramente a posição das áreas rurais do conjunto Brasil, onde a proporção de crianças que ainda estavam sendo amamentadas é consideravelmente mais elevada do que nas demais áreas, chegando a quase 60%.

Os valores mais elevados de crianças que ainda estavam sendo amamentadas nas áreas rurais podem estar expressando o impacto dos valores culturais tradicionais nessas áreas, associado ao baixo nível de renda, que fazem com que os efeitos da propaganda dos preparados lácteos e leites artificiais seja obstada por condicionantes de ordem cultural e econômica.

As proporções de crianças que ainda estavam sendo amamentadas relativas ao Nordeste e São Paulo urbanos apresentam diferenciais pouco significativos, não permitindo, assim, maiores considerações. Surge, portanto, a necessidade da desagregação desta categoria segundo as variáveis selecionadas para a análise como: idade das crianças, condição de atividade, nível de instrução das mães e rendimento mensal familiar per capita.

4,3 - CONDIÇÃO DE ATIVIDADE DAS MÃES E AMAMENTAÇÃO DOS FILHOS

As condições históricas que marcaram o processo de desenvolvimento econômico no Brasil, ao afetarem a estrutura de classe existente e redefinirem os contingentes relativos de força de trabalho inseridos no processo de produção, transformaram gradativamente as funções familiares e os papéis tradicionais das mulheres na vida social. Mais recentemente, em função das características inerentes a um modelo de desenvolvimento modernizante e concentrador de rendimentos, observou-se um processo identificado pela crescente incorporação de membros das famílias às atividades econômicas, com maior ênfase entre as mulheres, o que correspondeu a uma intensificação da demanda por mão-de-obra acompanhada da deterioração dos níveis salariais dos chefes de família. Assim, o crescimento do trabalho feminino representou um momento específico de adaptação do orçamento familiar, em uma situação de defasagem entre o salário real e o valor real dos bens de consumo que constituem a cesta básica de alimentação da população brasileira.

No caso de amplos segmentos da população feminina, a incorporação em atividades produtivas significa a duplicação da jornada de trabalho pois, a mulher, continuam sendo atribuídas as tarefas domésticas e evidentemente aquelas relacionadas com o seu papel de reprodutora e de mãe (13).

Assim, é de se supor que as mulheres que se encontram engajadas em atividades econômicas fora do lar e com filhos

(13) OLIVEIRA, Zuleica L.C. et alli. Aspectos da fecundidade e do trabalho feminino nas áreas urbanas de São Paulo. Rio de Janeiro, 1982 (versão preliminar) mimeo. 204 p.

pequenos terão maiores probabilidades de não amamentarem ou reduzir o tempo de aleitamento natural de seus filhos. Nesse sentido, os dados da Tabela 4.4 mostram que as mães não economicamente ativas amamentam mais frequentemente seus filhos do que as economicamente ativas, fato que ocorre tanto nas áreas urbanas quanto nas rurais. No Brasil como um todo, enquanto 51,3% das crianças menores de um ano que residiam com mães que não trabalhavam estavam sendo amamentadas, entre as mães que trabalhavam esse percentual era de 43,6%.

As diferenças do comportamento em relação à prática da amamentação, quando se considera a condição de atividade da mãe, não se mostraram no entanto tão significativas a ponto de se poder afirmar que seja esta a variável mais relevante para explicar procedimentos distintos quanto a esta prática. Nesse sentido, é interessante considerar o fato dos dados revelarem que nas áreas urbanas do Estado de São Paulo, região mais desenvolvida do País, encontrem-se as menores proporções de crianças que estavam sendo amamentadas, 31,8% entre as mães economicamente ativas e 42,6% entre as não ativas e o maior diferencial entre os dois grupos 34,0%. Por outro lado, nas áreas rurais do País como um todo tem-se não só os maiores percentuais de crianças que estavam sendo amamentadas, quanto o menor diferencial quando se compara a condição de atividade das mães, 7,4%.

Isto mostra que fatores como a forma de organização do trabalho, os valores culturais prevalecentes, o nível de rendimento das famílias e outros determinantes de ordem sócio-econômica interferem fortemente na prática da amamentação. Quando se considera a idade das crianças que ainda estavam sendo amamentadas como um parâmetro para medir o tempo de aleitamento, verifica-se uma nítida prevalência daquelas com até 3 meses de idade nessa condição. É interessante observar que mesmo nesse gru

po de idade a proporção de crianças que estavam sendo amamentadas é sempre ligeiramente maior entre as mães inativas, qualquer que seja a situação do domicílio ou a região estudada, sendo que o maior diferencial entre os dois grupos de mães é encontrado nas áreas urbanas do Estado de São Paulo.

TABELA 4.4

PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE MENOS DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES E AINDA ESTAVAM SENDO AMAMENTADAS, PARA O BRASIL, POR SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, E REGIÃO NORDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO, EM SITUAÇÃO URBANA, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE ATIVIDADE DAS MÃES E OS GRUPOS DE IDADE DAS CRIANÇAS

1981

CONDIÇÃO DE ATIVIDADE DAS MÃES E GRUPOS DE IDADE DAS CRIANÇAS	PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE MENOS DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES E AINDA ESTAVAM SENDO AMAMENTADAS				
	Brasil(1)			Região Nordeste urbana	Estado de São Paulo urbano
	Total	Urbana	Rural		
TOTAL	49,5	44,7	59,9	42,0	40,1
Economicamente ativas	43,6	38,7	56,6	36,9	31,8
Até 3 meses	66,4	63,5	73,6	65,6	55,1
De 4 a 6 meses	38,3	33,2	51,5	30,5	30,4
De 7 a 11 meses	28,5	22,3	45,5	20,0	13,3
Não economicamente ativas	51,3	46,7	60,8	43,8	42,6
Até 3 meses	70,5	67,1	76,6	65,4	63,7
De 4 a 6 meses	44,5	39,1	56,9	34,1	31,7
De 7 a 11 meses	36,0	32,1	44,7	26,3	31,4

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

(1) Excluídas as crianças residentes em situação rural da Região Norte.

A partir dos três meses de idade a proporção de crianças amamentadas no seio materno se reduz consideravelmente, tendendo a diminuir progressivamente à medida que aumenta a idade. Note-se que essa redução é mais acentuada nas áreas urbanas. Como foi visto anteriormente, além da condição de atividade da mãe, existem inúmeros fatores que intervêm na determinação do período de lactação. Nesse sentido, encontram-se em vários trabalhos sobre o tema, nos quais se observa a variação do tempo de aleitamento em relação a algumas variáveis sócio-econômicas, citações e descrições de outras variáveis relevantes para a explicação desse fato.

Entre esses trabalhos, destaca-se o estudo realizado por Yunes e Ronchezel (14) com mulheres do distrito de São Paulo onde foram observadas as inter-relações existentes entre lactação, fertilidade e variáveis sócio-econômicas. Os autores constataram "que o tempo de amamentação varia com a paridade, com a idade e a instrução da mulher, e com o gasto mensal da família, e que também existem relações entre o tempo de amamentação e o intervalo entre duas gestações subseqüentes para as mulheres que não usaram métodos anticoncepcionais".

4.4 - ALEITAMENTO MATERNO E O RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

A utilização da variável de controle, rendimento mensal familiar per capita, pode fornecer, em grande medida, uma indicação do estrato social em que as mães encontram-se inseri-

(14) YUNES, João & RONCHEZEL, Vera S.C. Estudos de lactação em mulheres do Distrito de São Paulo, Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 9(2): 191-213.

das. Além disso, uma vez conhecidos os patamares de renda das famílias, será possível testar de que maneira as variações observadas nas faixas de rendimentos podem atuar sobre os níveis de aleitamento materno.

Vale ressaltar que a variável em questão apresenta-se bastante diferenciada quanto a sua distribuição nos espaços geográficos paulista e nordestino. Enquanto em São Paulo as crianças menores de 1 ano estão concentradas nos estratos de maior rendimento, no Nordeste verifica-se o oposto. (Dados não apresentados). Tal situação reflete as já conhecidas desigualdades na distribuição de rendimentos segundo o grau de desenvolvimento econômico de cada região.

A Tabela 4.5 fornece informações sobre as proporções de crianças que ainda estavam sendo alimentadas com leite materno segundo as classes de rendimento mensal familiar per capita.

Para o Brasil, verifica-se uma relação inversa bastante acentuada entre rendimento e aleitamento materno, ou seja, à medida em que a renda torna-se mais elevada, os índices de aleitamento declinam. Nas famílias que possuíam um rendimento de até 1/4 do salário mínimo per capita, 59,9% dos menores de 1 ano de idade ainda recebiam leite materno. Por sua vez, nas famílias que detinham em média mais de 1 salário mínimo per capita esta proporção era de apenas 36,4%.

A mesma tendência é encontrada tanto para a área urbana como para a rural do Brasil, embora esta última apresente níveis de aleitamento materno superiores aos das urbanas em todas as faixas de rendimento.

TABELA 4.5

PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE MENOS DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES E AINDA ESTAVAM SENDO AMAMENTADAS, PARA O BRASIL, POR SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, E REGIÃO NORDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO EM SITUAÇÃO URBANA, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E OS GRUPOS DE IDADE

1981

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E GRUPOS DE IDADE	PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE MENOS DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES E AINDA ESTAVAM SENDO AMAMENTADAS				
	Brasil(1)			Região Nordeste urbana	Estado de São Paulo urbano
	Total	Urbana	Rural		
TOTAL	49,5	44,7	59,9	42,0	40,1
Até 3 meses	69,6	66,4	76,0	65,4	61,9
4 a 6 meses	43,0	37,7	55,7	33,1	31,5
7 a 11 meses	34,1	29,5	44,9	24,1	26,8
Até 1/4 do salário mínimo(2)	59,9	53,0	65,3	48,6	50,5
Até 3 meses	76,2	71,4	79,7	72,4	56,6
4 a 6 meses	54,9	45,9	62,8	39,5	50,0
7 a 11 meses	45,3	38,9	50,4	30,0	43,3
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo..	51,3	49,1	55,5	42,1	41,8
Até 3 meses	70,5	69,1	73,1	64,8	58,7
4 a 6 meses	45,4	45,5	45,5	37,0	28,6
7 a 11 meses	35,8	31,9	43,5	22,8	32,4
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo...	44,6	43,8	48,5	37,1	41,6
Até 3 meses	64,9	64,0	69,5	57,3	63,2
4 a 6 meses	38,7	36,4	52,7	29,8	32,0
7 a 11 meses	30,4	30,8	28,1	21,5	31,1
Mais de 1 salário mínimo	36,4	36,1	41,4	30,5	36,5
Até 3 meses	61,9	62,3	57,3	58,6	63,7
4 a 6 meses	26,4	26,3	28,1	14,3	28,5
7 a 11 meses	20,6	20,3	27,1	15,8	19,6
Sem declaração ...	53,3	43,9	72,5	76,0	37,0

FONTES - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

NOTA - Excluídos filhos de pensionistas e empregadas domésticas.

(1) Excluídas as crianças residentes em situação rural da Região Norte. (2) Inclusive as famílias sem rendimentos.

Nas áreas urbanas do Nordeste e de São Paulo o comportamento das mães em relação à prática da amamentação, segundo as classes de rendimento familiar per capita, segue aproximadamente o mesmo padrão. Ao comparar as duas áreas em questão nota-se, no Nordeste, uma redução maior que em São Paulo na proporção de crianças menores de um ano amamentadas pela mãe, quando se passa de faixa de rendimento familiar per capita mais baixa - até 1/4 do salário mínimo - para a mais alta - mais de 1 salário mínimo. Isto poderia estar indicando que, em São Paulo, as mães com nível de renda mais alto amamentam mais que as nordestinas na mesma classe de renda familiar per capita.

As classes mais pobres, como foi visto para as duas regiões estudadas, registram proporções mais elevadas de crianças sendo amamentadas do que as classes mais altas. Ao comparar os dados entre regiões, observa-se que as proporções de crianças amamentadas nas classes mais pobres são mais ou menos similares, enquanto, como foi assinalado acima, nas classes mais altas, essas proporções são mais elevadas nas áreas urbanas de São Paulo do que do Nordeste. Contudo, quando se considera o conjunto de cada região, a proporção de crianças sendo amamentadas no Nordeste é superior à de São Paulo, 42% e 40% respectivamente. A razão dessa diferença, que não é facilmente percebida quando a análise se detem apenas a nível de cada classe de renda, reside nos efeitos ocasionados pela distribuição relativa de de sigual de famílias por classes de renda em cada região. Como efeito, tendo o Nordeste, sabidamente, uma proporção consideravelmente mais elevada de famílias nas classes mais pobres e tendo essas mesmas classes, independente da região, apresentando maiores proporções de crianças amamentadas, torna-se perfeitamente compreensível o fato de as áreas urbanas do Nordeste, em função do peso decisivo dos segmentos mais pobres no seu conjunto, apresentarem

níveis mais elevados de amamentação do que São Paulo.

Com relação à idade das crianças, como era de se esperar, os dados mostram que em todas as classes de rendimento familiar per capita, as mais significativas proporções de crianças que ainda estavam sendo amamentadas foram encontradas entre as que tinham até três meses, independentemente da situação do domicílio ou da região. Essas proporções diminuem acentuadamente nos grupos de idade subsequentes, como pode ser visto pelos dados da Tabela 4.5.

Tendo em vista avaliar com maior precisão a variação relativa do período de amamentação nas diferentes classes de rendimento, construiu-se o indicador duração média da amamentação, tomando-se como base as informações das mães que já amamentaram.

A análise desse indicador revela que a duração média de amamentação no Nordeste é maior que a observada em São Paulo, situando-se inclusive acima da média nacional. De um modo geral, esse fenômeno se reproduz nas classes de renda mensal familiar até 3 salários mínimos. A partir dessa faixa os maiores tempos médios de duração da amamentação são encontrados em São Paulo. (Tabela 4.6 e Gráfico 4.1).

Como já foi visto anteriormente, esses resultados estão afetados pelas diferentes estruturas de renda encontradas para as duas regiões estudadas. Nesse sentido, objetivando-se eliminar esse efeito, fez-se um exercício de padronização tomando-se como população padrão a distribuição das mães que já tinham amamentado, em São Paulo, por faixas de rendimento mensal familiar segundo a duração do aleitamento. Em seguida, aplicou-se esta distribuição às proporções de crianças amamentadas encontradas no Brasil e no Nordeste. (Tabela 4.7 e Gráfico 4.2).

TABELA 4.6

NÚMERO MÉDIO DE SEMANAS DE ALEITAMENTO DAS MULHERES QUE TIVERAM FILHOS NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES E JÁ AMAMENTARAM, PARA O BRASIL, REGIÃO NORDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR
1981

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR	NÚMERO MÉDIO DE SEMANAS DE ALEITAMENTO DAS MULHERES QUE TIVERAM FILHOS NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES E JÁ AMAMENTARAM		
	Brasil(1)	Região Nordeste	Estado de São Paulo
TOTAL (2).....	12,3	12,8	11,6
Até 1 salário mínimo	13,0	13,6	10,3
Mais de 1 a 2 salários mínimos ...	12,4	12,7	10,4
Mais de 2 a 3 salários mínimos ...	12,4	13,2	10,0
Mais de 3 a 5 salários mínimos ...	12,1	11,7	13,0
Mais de 5 salários mínimos	12,0	11,1	12,4

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

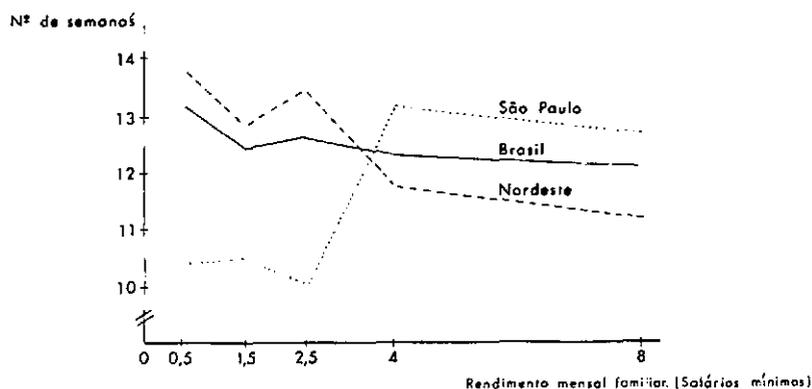
NOTAS - 1 - Exclusive as famílias sem rendimento e sem declaração de rendimento.

2 - Exclusive pensionistas e empregadas domésticas.

3 - Exclusive as mulheres sem declaração de tempo de amamentação.

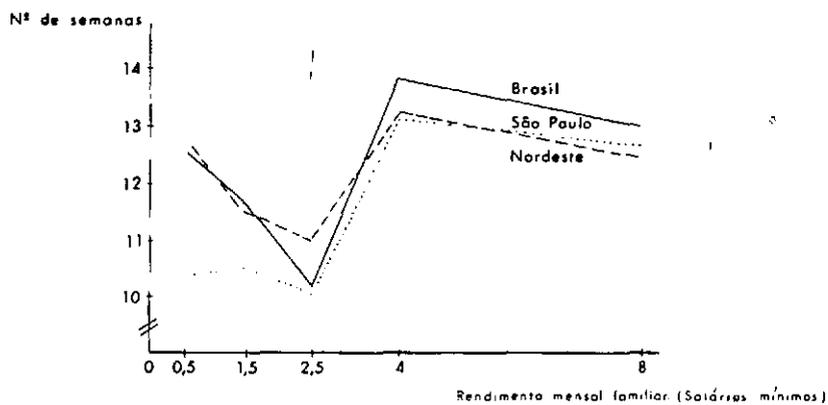
(1) Exclusive as mulheres residentes em situação rural da Região Norte. (2) Os dados obtidos se referem às seguintes estimativas de totais: 1 090 090 mulheres no Brasil, 366 827 na Região Nordeste e 240 909 no Estado de São Paulo, distribuídas por classes de rendimento mensal familiar e tempo de amamentação.

DURAÇÃO MÉDIA DE ALEITAMENTO DAS MULHERES QUE JÁ AMAMENTARAM NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, SEGUNDO O RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR - 1981
(DADOS OBSERVADOS)



(ESTRUTURA PADRÃO: SÃO PAULO)

Gráfico - 4.2



Ao utilizar a estrutura padrão de São Paulo observou-se que o tempo médio de amamentação se manteve praticamente estável para o Brasil e sofreu uma ligeira redução no caso da Região Nordeste.

Nas duas situações houve redução na duração média de amamentação para as classes de rendimento mensal familiar até 3 salários mínimos e aumento nas faixas seguintes.

TABELA 4.7

ESTIMATIVA PADRONIZADA DO NÚMERO MÉDIO DE SEMANAS DE ALEITAMENTO DAS MULHERES QUE TIVERAM FILHOS NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES E JÁ AMAMENTARAM, PARA O BRASIL, REGIÃO NORDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR

1981

ESTRUTURA DE RENDIMENTO PADRÃO: SÃO PAULO

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR	ESTIMATIVA PADRONIZADA DO NÚMERO MÉDIO DE SEMANAS DE ALEITAMENTO DAS MULHERES QUE TIVERAM FILHOS NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES E JÁ AMAMENTARAM		
	Brasil(1)	Região Nordeste	Estado de São Paulo
TOTAL	12,2	12,0	11,6
Até 1 salário mínimo	12,4	12,6	10,3
Mais de 1 a 2 salários mínimos	11,7	11,5	10,4
Mais de 2 a 3 salários mínimos	10,3	11,0	10,0
Mais de 3 a 5 salários mínimos	13,6	13,1	13,0
Mais de 5 salários mínimos	12,8	11,9	12,4

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

NOTAS - 1 - Excluídas as famílias sem rendimento e sem declaração de rendimento.

2 - Excluídas pensionistas e empregadas domésticas.

3 - Excluídas as mulheres sem declaração de tempo de amamentação.

(1) Excluídas as mulheres residentes em situação rural da Região Norte.

4.5 - ALEITAMENTO MATERNO E O NÍVEL DE INSTRUÇÃO

Tendo sido observada uma associação negativa entre as proporções de crianças que ainda estavam sendo amamentadas e os níveis de rendimento mensal familiar per capita, poder-se-ia supor que, ao se considerar a variável instrução das mães, a relação se mantivesse também negativa. Isto porque é nos estratos de renda mais altos que se verifica um maior acesso à instrução.

É importante considerar ainda que a instrução da mãe é sem dúvida um indicador valioso para se analisar as condições em que vivem as crianças na família. Conforme a literatura especializada, um maior nível educacional da mãe propicia-lhe melhor conhecimento de como assistir aos filhos, no que diz respeito a métodos curativos e preventivos básicos. Além disso, assegura-lhe maior capacidade de discernimento, quanto à procura de cuidados mais eficientes relacionados com a saúde dos filhos.

No entanto, esses pressupostos deverão ser relativizados pois os resultados da Tabela 4.8, sobre crianças que ainda estavam sendo amamentadas, demonstram uma queda acentuada de crianças sendo aleitadas, à medida em que aumenta o nível de instrução da mãe. Neste sentido, é relevante registrar que o nível de instrução mais alto não é um fator determinante para que a mãe amamente sua prole por mais tempo.

A nível de Brasil, tem-se que do total de crianças, cujas mães não tinham nenhuma instrução ou tinham menos de 1 ano de estudo, 61,2% ainda estavam sendo aleitadas; entre as que tinham mães com 1 a 4 anos de estudo, a proporção declina para 51,6%, e no grupo das que tinham mães com 5 ou mais anos de estudo, somente 39,2% estavam sendo aleitadas.

A análise dos dados, segundo a situação de domicí

lio, mostra que a área rural mantém as maiores proporções de crianças que ainda eram amamentadas, quando comparadas com as áreas urbanas, em todos os níveis de instrução e em todas as faixas etárias. Esses resultados reforçam a conclusão obtida da análise feita com as variáveis condição de atividade das mães e rendimento mensal familiar per capita, ou seja, de que as mulheres residindo nas áreas rurais prolongam por mais tempo o aleitamento natural de seus filhos, independente de seu nível de instrução, de estarem inseridas ou não em atividades produtivas ou da camada sócio-econômica à qual pertençam.

Observando-se os resultados obtidos para o Nordeste e São Paulo, verifica-se que seguem a mesma tendência da encontrada para o Brasil como um todo, não havendo praticamente diferenças entre as duas regiões.

A única diferença mais significativa ocorre no grupo de crianças com mães sem instrução e menos de 1 ano de estudo, onde o Nordeste apresenta a maior proporção (51,3%) contra (48,1%) em São Paulo.

Ainda com os dados da Tabela 4.8 tem-se a possibilidade de analisar a influência do nível de instrução da mãe sobre a prática de amamentação considerando também as idades das crianças.

Observa-se então que o percentual de crianças destinadas de até 3 meses de idade que ainda estavam sendo amamentadas no grupo de mães menos instruídas (até 4 anos de estudo), é superior ao de crianças paulistas na mesma situação. No grupo de crianças cujas mães tinham 5 anos ou mais de estudo os valores para São Paulo assumem proporções maiores. Nos demais grupos etários, observam-se níveis mais altos de aleitamento para São Paulo.

Vale ressaltar que, no grupo de crianças com mães

TABELA 4.8

PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE MENOS DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES E AINDA ESTAVAM SENDO AMAMENTADAS, PARA O BRASIL, POR SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, E REGIÃO NORDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO EM SITUAÇÃO URBANA, SEGUNDO OS ANOS DE ESTUDO DAS MÃES E OS GRUPOS DE IDADE DAS CRIANÇAS

1981

ANOS DE ESTUDO DAS MÃES E GRUPOS DE IDADE DAS CRIANÇAS	PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE MENOS DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES E AINDA ESTAVAM SENDO AMAMENTADAS				
	Brasil (1)			Região Nordeste urbana	Estado de São Paulo urbano
	Total	Urbana	Rural		
TOTAL	49,5	44,7	59,9	42,0	40,1
Atê 3 meses	69,6	66,3	76,1	65,5	61,7
4 a 6 meses	43,0	37,7	55,6	33,1	31,4
7 a 11 meses	34,2	29,6	44,9	24,5	27,1
Sem instrução e menos de 1 ano..	61,2	55,5	65,5	51,3	48,1
Atê 3 meses	77,9	73,5	80,9	70,4	66,6
4 a 6 meses	54,6	48,8	59,0	45,7	33,3
7 a 11 meses	48,3	42,1	53,0	34,2	41,8
1 a 4 anos	51,6	47,6	58,6	41,9	41,8
Atê 3 meses	70,3	67,9	74,2	67,8	58,1
4 a 6 meses	46,3	41,6	55,8	32,3	35,4
7 a 11 meses	36,1	32,9	42,4	22,1	31,9
5 anos ou mais...	39,2	38,6	44,6	36,3	36,8
Atê 3 meses	62,8	62,4	66,7	59,8	64,6
4 a 6 meses	31,3	30,4	41,2	25,2	26,2
7 a 11 meses	23,1	22,8	25,7	21,1	19,6
Anos de estudo não determinados e sem declaração..	29,9	34,4	13,5	9,0	50,9

FORNE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

(1) Excluídas as crianças residentes em situação rural da Região Norte.

menos instruídas e que tinham de 7 a 11 meses de idade, 41,8% eram aleitadas em São Paulo, enquanto no Nordeste este percentual baixa para 34,2%.

A análise mais detalhada desses valores sugere pouca significância na relação entre níveis de instrução das mães e aleitamento das crianças. Constata-se porém, uma ligeira tendência das mulheres residentes nas áreas urbanas de São Paulo prolongarem o aleitamento de seus filhos a uma idade superior à das crianças residentes na Região Nordeste urbana.

4.6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em primeiro lugar cabe frisar que a análise do tema amamentação não se esgota com uma simples descrição dos resultados aqui apresentados. Há muito o que se percorrer nesse sentido, principalmente quanto à busca de informações mais específicas sobre os padrões de aleitamento no País, que permitam a configuração de um quadro evolutivo de sua prática.

Na tentativa de fornecer informações adicionais, com base em fontes bibliográficas diversas, procurou-se apontar algumas causas que contribuem para o desestímulo à amamentação por parte das mães. Dentre estas, cita-se com frequência aquela diretamente relacionada ao comportamento das equipes de saúde, obstetras e pediatras: a falta de orientação prestada às gestantes. Tal fato contribui, em grande medida, para que as mães justifiquem o desmame precoce simplesmente por terem dificuldades de aleitar.

A observação das proporções de crianças, por idade, ainda amamentadas no momento de pesquisa, a partir da utilização de três variáveis de controle: condição de atividade da mãe, rendimento mensal familiar per capita e nível de instrução

da mãe, indicou algumas tendências quanto aos padrões de aleitamento materno no Brasil.

Inicialmente, constatou-se que as diferenças encontradas entre as proporções de crianças ainda amamentadas, para o grupo de mães economicamente ativas e não economicamente ativas, não sugerem mudanças significativas nos padrões de aleitamento, quando se passa de uma categoria para outra, em todas as unidades de análise observadas. No entanto, as proporções de crianças amamentadas pela mãe são sempre um pouco maiores entre as mulheres inativas.

Observa-se nas áreas rurais do Brasil as menores diferenças entre as proporções de crianças amamentadas nos dois grupos de mães, enquanto a área urbana de São Paulo apresenta as maiores diferenças.

O controle pela variável anos de estudo da mãe mostrou que, no Brasil como um todo e nas duas regiões estudadas, à medida que aumenta o nível de instrução da mãe a tendência é amamentar menos. As diferenças de comportamento entre o grupo de mães com nível de instrução mais baixo e mais alto é menos acentuada na área urbana de São Paulo.

Finalmente, verificou-se uma relação inversa bastante acentuada entre níveis de rendimento mensal familiar per capita e proporções de crianças aleitadas pela mãe, o que ocorre tanto nas áreas urbanas e rurais do País como um todo, quanto nas áreas urbanas do Nordeste e de São Paulo. Nas áreas rurais, no entanto, os níveis de aleitamento materno são sempre superiores aos encontrados para as áreas urbanas em todas as faixas de rendimento.

A duração média da amamentação a nível de Brasil foi estimada em 12,3 semanas. Já o Nordeste e São Paulo têm es

timativas de 12,8 e 11,6 semanas, respectivamente. Quando calculados esses parâmetros segundo as classes de rendimento mensal familiar observa-se, para o País como um todo e para a Região Nordeste, uma tendência no sentido de sua redução nas classes de renda mais elevadas, ao passo que em São Paulo aumentam a partir da faixa de 3 a 5 salários mínimos.

Feita a padronização da duração média da amamentação, com base na estrutura padrão observada para São Paulo, os resultados obtidos, em certa medida, se modificam. Assim, foi encontrada no Nordeste, até a faixa de 2 a 3 salários mínimos, maior proporção de crianças amamentadas do que em São Paulo, na mesma faixa; na faixa de 3 a 5 salários mínimos as proporções encontradas se equivalem e a partir de 5 salários mínimos São Paulo apresenta maiores proporções.

5. MORBIDADE : NÍVEIS DE PERCEPÇÃO

5. MORBIDADE : NIVEIS DE PERCEPÇÃO

5.1 - O CONCEITO DE MORBIDADE NA PNAD-SAÚDE

As informações contidas no Bloco Morbidade da PNAD-Saúde têm como objetivo identificar o número e as características das pessoas que apresentaram em um período de 15 dias, problemas de saúde ou dentário e/ou procuraram algum tipo de atendimento. Em se tratando de informações a nível de grandes números, com cobertura representativa a nível nacional e regional, a análise que se pretende fazer da morbidade da população poderia ser inserida dentro do contexto mais geral das condições de saúde e mortalidade da população brasileira, em especial a mortalidade infantil. Contudo, essa relação não pode ser feita diretamente, visto a PNAD-81 não ter incluído quesitos sobre mortalidade. Desse modo, as relações serão feitas indiretamente, à maneira de um quadro geral de referências, que contempla o papel das desigualdades na estrutura de classes e no desenvolvimento regional.

As limitações inerentes à própria formulação dos quesitos constituintes do Bloco, trouxe não poucos problemas à interpretação dos resultados obtidos. A declaração individual que atesta a "morbidade percebida" sofre naturalmente influências de vários tipos, desde a cultural-ideológica até a do próprio entendimento da pergunta. Há, por este caminho, que se considerar os diversos tipos possíveis de conceitos de doença e

seus efeitos sobre os níveis e os padrões dos resultados encontrados.

Em pesquisa de campo na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Rodrigues observou que "a compreensão acerca dos sintomas que caracterizariam uma doença mostrou ser um aspecto bastante relevante. Grande parte das pessoas entrevistadas só consideram como doenças aqueles casos em que o paciente necessita de internação. Muitas vezes, foram ditas expressões do tipo "aqui em casa não aconteceu nenhum caso de doença não, ninguém precisou de ficar internado, graças a Deus" (1).

Assim, mesmo a percepção positiva da doença por parte da pessoa ou da família, pode resultar em que a mesma não seja declarada na entrevista. Com efeito, uma pessoa pode estar doente ou sentir-se doente, "mas não pode ficar doente por falta de recursos, ou seja, é obrigada a continuar trabalhando, mesmo doente" (2). Isso nos leva a considerar que as "sensações mórvidas são fortemente influenciadas pelo papel que o paciente atribui ao próprio corpo" (3), e além disso, que essa percepção tem um sentido diferencial de acordo com a própria situação de desigualdade nas condições sócio-econômicas e de reprodução da força-de-trabalho. Evidentemente, essa percepção diferencial, que tem raízes históricas no processo social da desigualdade, exprime-se através das práticas usuais específicas de referência e comportamento cultural e ideológico.

Nesse sentido, Rodrigues demonstra claramente como

(1) RODRIGUES, Roberto do Nascimento, Determinantes sócio-econômicos de morbidade e mortalidade numa área de industrialização recente: o caso de Belo Horizonte. Tese. Belo Horizonte, Univ. Federal de Minas Gerais, CEDEPLAR, 1980. 121p.

(2) IBASE. Saúde e trabalho no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1982.

(3) RODRIGUES, Roberto N. op. cit. nota 1, p. 122.

as atitudes em relação ao corpo assumem significados diferentes em cada classe social. Entre os grupos de renda mais alta, há "uma maior sensibilidade quanto às reações do corpo, de tal forma que qualquer redução na sua capacidade de exercer funções sociais como a fala, o gesto, a sexualidade, a beleza, etc., é imediatamente percebida e combatida"(4) Por conseguinte, entre as classes sociais média e alta, registra-se uma recorrência bem mais intensa aos serviços médicos, mesmo independentemente de haver ou não sensação nítida de doença e também práticas mais frequentes de prevenção ou controle das doenças já contraídas.

Já para os grupos sociais mais pobres, certamente a maioria da população no conjunto do País, "o corpo representa o seu próprio instrumento de trabalho, o seu meio de produção... admitir alguma sensação mórbida é admitir sua incapacidade para o trabalho, ou seja, sua incapacidade para sustentar a si mesmo e aos seus dependentes"(5). A própria percepção da doença vai em grande número de casos sendo negada "até os últimos limites da capacidade de manter-se trabalhando, o que faz com que seus sintomas não sejam percebidos como tais" (6).

Por outro lado, a conceituação de morbidade adotada no questionário acrescenta problemas específicos ao entendimento do processo e das sensações de doença. A chamada para caracterizar as pessoas que teriam problemas de saúde (7) é "tão longa e com vários aspectos como morbidade, limitação de atividades, procura de atendimento, todos eles numa só pergunta, o

(4) Ibid, op. cit. p. 122.

(5) Ibid, op. cit.

(6) IBASE, Saúde e trabalho no Brasil. Petropolis, Vozes, 1982.

(7) Ver. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. PNAD-1981. Questionário, ítem 4, quesitos que determinam o preenchimento da PNAD 1.02. Questionário de Saúde.

que pode ter levado a uma alocação não adequada dos entrevistados com problemas de saúde"(8). O questionário não inclui entre os problemas de saúde as chamadas doenças crônicas (salvo quando agudizadas), o que representa excluir um número considerável de pessoas efetivamente portadoras de doenças crônicas degenerativas ainda que não tenham interrompido suas atividades durante o período de referência da pesquisa. Em decorrência, a ênfase nas doenças agudas reforça os critérios diferenciais de percepção já assinalados para a declaração ou não dos problemas de saúde.

Nesse sentido, como a proporção das pessoas que limitaram suas atividades entre aquelas que reportaram problemas de saúde foi bastante alta (66,3% para o conjunto do Brasil), pode-se imaginar que "ã exceção, talvez, dos acidentes, os problemas de saúde foram entendidos como aqueles que (predominantemente) ocasionaram uma limitação nas atividades"(9). Em assim sendo, pode-se também inferir que, pelo motivos já analisados, uma boa proporção de pessoas de renda mais baixa que teriam potencialmente algum tipo de doença deixaram de declarar alguma sensação mórbida. E, se a limitação das atividades está de certa maneira relacionada à procura de algum tipo de atendimento nos serviços de saúde (75,6% das pessoas procuraram atendimento no Brasil), a proporção de pessoas que reportaram problemas de saúde deve estar refletindo também a existência e as possibilidades de acesso que essas pessoas têm em relação aos serviços de saúde.

Com efeito, a existência e as dimensões da oferta de serviços de saúde parecem contribuir, em cada classe social ou região, para o aprofundamento dos diferenciais na percepção da doença. A maior facilidade de acesso a esses serviços torna

(8) SAWYER; Diana Oya. Bloco de morbidade do suplemento Saúde da PNAD-1981. Belo Horizonte, UFMG./CEDEPLAR, 1984, p.7 (mimeo).

(9) SAWYER; Diana Oya. Op. cit. p.5

as populações mais afetadas pelos aspectos ligados ao consumo da indústria farmacêutica e ao próprio consumo do ato médico, com reflexos sobre a percepção individual ou familiar da doença. Essa difusão é naturalmente distinta segundo as categorias sociais e as áreas geográficas e, nesse sentido, pode-se estimar que existe um claro diferencial na percepção da doença em favor das pessoas de nível educacional mais elevado, de maior rendimento pessoal e familiar e residentes nos grandes centros urbanos ou nas regiões mais desenvolvidas, onde a presença e a influência dos serviços de saúde, especialmente os particulares e empresariais, são efetivamente mais fortes. Analisando determinado subconjunto populacional em Belo Horizonte, Rodrigues observa que o mesmo tinha "grande parte de seus integrantes empregados em empresas que mantinham convênio com instituições privadas para o atendimento médico. Por isso mesmo, a preocupação demonstrada por essas pessoas quanto à necessidade de controlar suas enfermidades é mais ou menos coerente com a disponibilidade de um serviço médico muito mais fácil de ser acionado que o INAMPS" (10):

Os aspectos relacionados à conceituação da morbidade, percebida no corpo geral da PNAD-Saúde, deixam antever que os resultados encontrados exprimem não necessariamente as condições reais de saúde da população brasileira, mas, em boa medida, os diferentes valores ideológicos e culturais na percepção da doença por parte das classes e categorias sociais e a influência social e regionalmente diversificada da oferta de serviços de saúde. Ao procurar analisar os resultados das condições gerais de morbidade percebida no item seguinte desse capítulo, pretende-se levar sempre em consideração as conexões entre a situação real de saúde e os fatores estruturais e ideológicos condicionantes da percepção individual da morbidade.

(10) RODRIGUES, Roberto N. op. cit. nota 1, p. 137.

5.2 - CONDICIONANTES SOCIAIS DA MORBIDADE PERCEBIDA

Estabelecida a premissa de que a morbidade percebida pela PNAD-Saúde não reflete necessariamente os padrões e os níveis reais de doenças da população brasileira, pelas razões conceituais e culturais-ideológicas já expostas, será apresentada uma série de informações com base em cruzamentos de variáveis da própria pesquisa que, de algum modo, auxiliarã na tentativa de se captar alguns dos elementos condicionantes dos níveis e características das pessoas que declararam problemas de saúde.

Inicialmente, a Tabela 5.1 fornece a proporção de pessoas que declararam ter tido problemas de saúde, segundo os grupos de idade e as regiões consideradas no presente trabalho.

Trata-se, no caso da Tabela 5.1, da informação mais geral do Bloco Morbidade e, através dela, pode-se constatar que as maiores incidências de pessoas que declararam ter tido problemas de saúde localizam-se entre os grupos infantis e a população mais velha, o que parece confirmar uma situação normalmente esperada. Entretanto, se o padrão da distribuição segundo os grupos de idade parece refletir o padrão realmente existente, o mesmo, a priori, não pode ser dito quando se atenta para os níveis relativos de pessoas que declararam ter tido problemas de saúde. Com efeito, as proporções de doentes, em que pese as dificuldades de estabelecer comparações nacionais ou internacionais, parecem um pouco baixas tendo em vista as condições sociais e sanitárias que no Brasil devem predispor à doença (11) e,

(11) Ver, por exemplo, alguns fatores predisponentes à doença baseados nos dados do Bloco Domicílio da PNAD-1981, conforme SAWYER, Diana O., Bloco de Morbidade do Suplemento SAÚDE da PNAD-1981. Belo Horizonte, UFMG/CEDEPLAR, 1984, p.7 (mimeo).

sobretudo, são extremamente inesperados os resultados da comparação entre os níveis observados para São Paulo e para o Nordeste, conforme os dados da Tabela 5.1. Assim, o fato de São Paulo apresentar invariavelmente uma proporção de pessoas doentes superior à Região Nordeste conduz a uma situação bastante contraditória em relação à realidade esperada e recoloca, como requisito básico explicativo, as questões atinentes aos fatores conceituais, culturais e de oferta de serviços de saúde, conforme o delineamento feito nas páginas anteriores.

TABELA 5.1

PERCENTAGENS DAS PESSOAS QUE DECLARARAM TER TIDO PROBLEMAS DE SAÚDE NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 2 SEMANAS, PARA O BRASIL, REGIÃO NORDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE
1981

GRUPOS DE IDADE	PERCENTAGENS DAS PESSOAS QUE DECLARARAM TER TIDO PROBLEMAS DE SAÚDE NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 2 SEMANAS		
	Brasil (1)	Região Nordeste	Estado de São Paulo
TOTAL	5,1	3,8	5,6
0 a 4 anos	7,5	5,1	9,5
5 a 9 anos	5,3	3,7	6,5
10 a 14 anos	4,2	3,1	4,7
15 a 19 anos	3,5	2,7	4,5
20 a 24 anos	3,7	2,6	4,1
25 a 29 anos	4,3	3,4	4,2
30 a 39 anos	4,4	3,4	4,4
40 a 49 anos	5,3	4,0	5,3
50 a 59 anos	6,1	4,6	5,8
60 anos ou mais	7,4	5,6	7,7

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

(1) - Excluídas as pessoas residentes em situação rural da Região Norte.

Antes porém, impõe-se destacar as condições espe-

cíficas dos grupos infanto-juvenis, que são prioritariamente focalizados no presente trabalho. Adotando-se uma distribuição etária mais coerente com as fases de desenvolvimento psico-físico desses grupos e considerando-se as situações urbana e rural para o Brasil e somente a situação urbana para a Região Nordeste e o Estado de São Paulo, temos, na tabela 5.2, a incidência proporcional de doenças percebidas para as pessoas menores de 15 anos de idade.

A distribuição segundo os grupos de idade parece corresponder ao esperado, com as proporções mais elevadas entre as crianças mais novas, em qualquer situação ou região consideradas. Nas áreas urbanas do Brasil, Nordeste e São Paulo, os valores encontrados para o grupo com até 3 anos de idade são, respectivamente, 9,6%, 7,2% e 10,5%.

Caso fosse examinada a distribuição dos menores de 15 anos de idade que declararam ter tido problemas de saúde segundo os grupos de idade, ver-se-ia que, para as áreas urbanas do Brasil, 40,8 dos casos referiam-se aos menores de 3 anos, proporção mais ou menos semelhante à São Paulo (42,2%) e Nordeste (38,3%), o que demonstra serem as crianças mais novas efetivamente aquelas mais sujeitas ao risco de problemas de saúde.

Quando se considera o tipo de problema de saúde que afeta os grupos de menores de 15 anos de idade, os dados existentes (não mostrados no texto) revelam que, para as áreas urbanas do Brasil, 91,0% dos casos são de doenças contra 3,1% dentários, 5,8% acidentes ou ferimentos e 0,1% mais de um tipo de problema. Por conseguinte, são as doenças propriamente ditas as causas mais freqüentes dos problemas de saúde reportados.

Contudo, persistem as dúvidas quanto à magnitude dos níveis de morbidade percebida e sobre o sentido das diferenças inter-regionais na percepção da doença. O fato de 10,5% das

crianças menores de 3 anos de idade terem tido problemas de saúde nas áreas urbanas de São Paulo contra apenas 7,2% nas áreas urbanas da Região Nordeste, contraria todas as tendências apontadas sobre as condições de saúde e mortalidade entre as crianças e mesmo os adultos da Região Nordeste. Naturalmente, essa é uma contradição inerente ao próprio procedimento da pesquisa e, como tal, dela somente se pode dar conta quando se examinam os pressupostos do método de investigação e, principalmente, os fatores estruturais e os meios institucionais que condicionam a percepção da doença entre as diversas categorias sociais regionalmente distribuídas.

TABELA 5.2

PERCENTAGENS DAS PESSOAS DE MENOS DE 15 ANOS DE IDADE QUE DECLARARAM TER TIDO PROBLEMAS DE SAÚDE, NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 2 SEMANAS, PARA O BRASIL, POR SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, E REGIÃO NORDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO EM SITUAÇÃO URBANA, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE

1981

GRUPOS DE IDADE	PERCENTAGENS DAS PESSOAS DE MENOS DE 15 ANOS DE IDADE QUE DECLARARAM TER TIDO PROBLEMAS DE SAÚDE NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 2 SEMANAS				
	Brasil (1)			Região Nordeste urbana	Estado de São Paulo urbano
	Total	Urbana	Rural		
TOTAL	5,7	6,8	3,5	5,4	7,3
Até 3 anos	7,9	9,6	4,4	7,2	10,5
4 a 6 anos	5,3	6,7	2,7	5,7	7,1
7 a 14 anos	4,6	5,3	3,3	4,2	5,5

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

(1) Excluídas as pessoas residentes em situação rural da Região Norte.

Viu-se como o conceito de morbidade privilegia inicialmente as chamadas doenças agudas, minimizando no caso as doenças crônicas que são bastante intensas entre as classes mais pobres e nas regiões menos desenvolvidas. Depois, observou-se que há uma tendência no sentido das pessoas declararem como problemas de saúde apenas aqueles que mais efetivamente limitaram suas atividades e que, nesse caso, as pessoas mais pobres, que dependem fundamentalmente de seu corpo como instrumento de trabalho, procuram ao máximo evitar essa limitação de atividades e "negar" a sua própria condição de doente. E como a maior proporção de pobreza é encontrada nas regiões menos desenvolvidas, como o Nordeste (81% da população ativa ganhava até 2 salários mínimos em 1981), é evidente que a influência desse fator, no sentido de rebaixar o índice real de morbidade, se faz bem mais presente nessa Região.

Outra questão diz respeito ao papel desempenhado pela oferta e acesso aos serviços de saúde, que é bastante desigual tanto social quanto regionalmente, de tal modo que afeta também desigualmente a percepção e o consumo de serviços médicos por parte dos grupos populacionais.

Todos esses condicionantes atuam sobre os diferenciais de percepção da doença e podem levar a resultados que, se não interpretados em função da multiplicidade desses aspectos, aparecem como paradoxais ou inesperados. Convém então, em seguida à apresentação de tais aspectos, detalhar algumas variáveis relacionadas às pessoas que declararam problemas de saúde, no sentido de procurar estabelecer nexos mais concretos entre os diferenciais regionais e certas características específicas das populações em exame.

Na Tabela 5.3, encontra-se uma forma de cruzamento extremamente importante para a caracterização dos distintos

níveis sócio-econômicos das crianças e jovens que tiveram problemas de saúde. Trata-se do controle segundo a renda média familiar per capita dos menores de 15 anos de idade.

TABELA 5.3

PERCENTAGENS DAS PESSOAS, RESIDENTES EM SITUAÇÃO URBANA, DE MENOS DE 15 ANOS DE IDADE QUE DECLARARAM TER TIDO PROBLEMAS DE SAÚDE NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 2 SEMANAS, PARA O BRASIL, REGIÃO NORDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

1981

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	PERCENTAGENS DAS PESSOAS RESIDENTES EM SITUAÇÃO URBANA, DE MENOS DE 15 ANOS DE IDADE QUE DECLARARAM TER TIDO PROBLEMAS DE SAÚDE NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 2 SEMANAS		
	Brasil	Região Nordeste	Estado de São Paulo
TOTAL	100,0	100,0	100,0
Até 1/4 do salário mínimo (1) ...	16,1	29,7	6,5
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo..	23,5	31,7	16,5
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo ...	28,6	21,7	33,3
Mais de 1 salário mínimo	31,1	16,2	43,1
Sem declaração	0,7	0,7	0,6

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

NOTA - Exclusive pensionistas e empregados domésticos.

(1) Inclusive as famílias sem rendimentos.

Para a melhor compreensão dos resultados expressos na Tabela 5.3, torna-se importante acrescentar dados sobre a distribuição segundo classes de rendimento familiar per capita

do conjunto das crianças e jovens, de até 15 anos de idade, o que possibilita identificar mais claramente as tendências e a seletividade na percepção da morbidade em cada região. A Tabela 5.4, fornece os dados para o conjunto da população até 15 anos de idade.

TABELA 5.4
 PERCENTAGENS DAS PESSOAS, RESIDENTES EM SITUAÇÃO URBANA, DE MENOS DE 15 ANOS DE IDADE, PARA O BRASIL, REGIÃO NORDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA
 1981

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	PERCENTAGENS DAS PESSOAS RESIDENTES EM SITUAÇÃO URBANA DE MENOS DE 15 ANOS DE IDADE		
	Brasil	Região Nordeste	Estado de São Paulo
TOTAL	100,0	100,0	100,0
Até 1/4 do salário mínimo (1)...	20,1	37,5	7,8
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo..	26,5	31,2	18,3
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo ...	27,1	18,7	33,0
Mais de 1 salário mínimo	25,6	12,2	39,7
Sem declaração	0,7	0,4	1,2

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

NOTA - Exclusive pensionistas e empregados domésticos.

(1) Inclusive as famílias sem rendimentos

Os resultados da Tabela 5.3 evidenciam, em primeiro lugar, comportamentos regionais distintos, visto que, enquanto nas cidades da Região Nordeste 61,4% dos menores de 15 anos com problemas de saúde viviam em famílias cuja renda fami

liar per capita era de até 1/2 salário mínimo (o equivalente em média a 2 salários mínimos da renda familiar total, quando se considera o tamanho médio da família em torno de 4 membros) nas áreas urbanas do Estado de São Paulo essa proporção era de apenas 23%. Naturalmente, tais diferenças explicam-se também pela própria diferença na distribuição dos rendimentos do conjunto das famílias dos menores de 15 anos, conforme atestam os dados da Tabela 5.4. Nas classes até 1/2 salário mínimo per capita, as áreas urbanas do Nordeste agrupavam 68,7% dos menores de 15 anos e São Paulo 26,1%. Comparando-se os resultados percebe-se que a proporção de menores com problemas de saúde nas classes mais pobres das duas regiões é menor do que a proporção do conjunto de menores nessas mesmas classes. Quer isso dizer que, em contrapartida, a proporção de menores com problemas de saúde nas classes mais altas e especialmente na última classe (mais de 1 salário mínimo de renda familiar per capita) é superior à proporção real de menores de 15 anos existentes nessas classes. Desse modo, a percepção da doença seria ligeiramente mais efetiva entre as classes com maior poder aquisitivo, independente da região considerada.

Contudo, devido ao quadro geral de desigualdades regionais historicamente determinadas, o qual configura a existência de estruturas extremamente desiguais de distribuição de renda, a predominância relativa do número de menores com problemas de saúde nas áreas urbanas da Região Nordeste ainda se situa entre as chamadas classes pobres, enquanto nas áreas urbanas de São Paulo a ênfase relativa recai sobre as classes mais favorecidas e, nas áreas urbanas do Brasil, seria observado um comportamento de tipo intermediário. Por conseguinte, tais comportamentos estariam até certo ponto coerentes com os próprios perfis de distribuição de renda (Tabela 5.4), os quais atestam claramente a elevada proporção de famílias pobres no conjunto da

Região Nordeste, de tal modo que quase 70% da população urbana estaria em situação de pobreza, contra apenas 26% nas áreas urbanas do Estado de São Paulo.

É conveniente por^{em}, ressaltar que essas definições de classes mais pobres ou mais ricas guardam limites amplos de arbitrariedade, no sentido de que a pobreza, medida por determinado nível de renda em uma região, não é necessariamente a mesma pobreza em uma outra região, em distinto estágio histórico de desenvolvimento.

Em resumo, a percepção da doença entre os menores de 15 anos de idade - percepção essa que é naturalmente aferida no ambiente familiar - parece refletir em parte, quando se considera os níveis sócio-econômicos das famílias, a própria estrutura de desigualdade social prevalecente em cada região. Assim, no Nordeste o número de doenças declaradas é mais elevado entre os menores das famílias mais pobres enquanto em São Paulo sucede o oposto. Entretanto, os dados permitem perceber que, proporcionalmente, as classes mais ricas têm uma percepção mais intensa da doença do que as classes mais pobres, embora as diferenças de valores relativos não sejam muito expressivas. O senso comum talvez pudesse sugerir que a percepção tivesse um sentido inverso, visto que se poderia esperar concretamente um maior número relativo de doentes entre as classes mais pobres, onde as condições mais precárias de subsistência e reprodução favorecem os problemas de saúde e a morbi-mortalidade. Nesse contexto, pode-se mais uma vez recordar as questões referentes à conceituação de morbidade e os valores culturais e as necessidades e práticas ideológicas que contribuem para a "negação da doença" entre importantes segmentos da população.

Uma influência certamente poderosa entre as categorias sociais em cada ambiente regional deve ser debitada à pre

sença dos chamados Serviços de Saúde. Melhores condições físicas e sócio-econômicas de acesso a esses serviços trazem estímulos a seu consumo e a identificação mais rigorosa das doenças, mas essas condições são estruturalmente distintas segundo a posição social e a região sócio-econômica considerada. Haverá oportunidade de voltar a esse ponto com mais detalhes, inclusive relacionando-o ao que já foi analisado, no capítulo precedente, acerca da utilização dos serviços de saúde.

Por ora, finalizando a matéria tratada nesse tópico, serão tecidos alguns comentários sobre a limitação das atividades habituais que ocorreram por conta das doenças declaradas.

Como foi assinalado na discussão do conceito de morbidade, os problemas de saúde foram entendidos como aqueles que predominantemente causaram algum tipo de limitação das atividades habituais. Essa seria uma tendência muito forte que se conectaria ao próprio entendimento do sentido do quesito morbidade, uma vez que, em função dos fatores culturais e sócio-econômicos condicionantes, as pessoas teriam propensão a declarar preferencialmente as doenças agudas que afetariam concretamente, no período de referência da investigação, suas atividades habituais.

Com efeito, a proporção de pessoas que limitaram suas atividades entre as que declararam problemas de saúde é consideravelmente elevada. Para o Brasil essa proporção atinge 66,3%, mantendo-se nos mesmos patamares para São Paulo (65,3%) e Nordeste (65,8%). Entre as crianças e jovens a proporção é mais baixa no grupo mais jovem de 0 a 4 anos (51,0%, 47,3% e 49,6%, respectivamente para o Brasil, São Paulo e Nordeste) e atinge os valores mais altos de toda a distribuição etária nos grupos de 5 a 9 anos (75,3%, 77,1% e 72,0%, respectivamente) e sobretudo no

grupo 10 a 14 anos (81,3%, 82,4% e 78,5%, respectivamente), declinando a partir daí. Por conseguinte, os grupos mais jovens apresentariam uma maior proporção de limitação das atividades entre os que tiveram problemas de saúde, limitação essa que afetaria basicamente a frequência à escola e o lazer habitual. No caso, as doenças agudas seriam mais perceptíveis e de efeitos mais diretos entre as crianças e os jovens, teoricamente mais submetidos às formas de controle familiar que favoreceriam a identificação de sintomas de doenças e a ação familiar sobre os mesmos, através da limitação de certas atividades habituais.

Quanto ao tempo médio de limitação dessas atividades, a Tabela 5.5 oferece elementos para um quadro de referência.

O número médio de dias de limitação das atividades das crianças e jovens de 7 a 14 anos de idade é da ordem de 4,5 dias para as áreas urbanas do Brasil, não sendo possível proceder a comparações internacionais por falta de parâmetros de referência entre as metodologias de pesquisa aplicadas. Os dados parecem até certo ponto corresponder a uma margem aceitável de expectativa sobre o assunto, ressaltando o número médio consideravelmente superior nas áreas urbanas do Nordeste (6 dias de limitação) em relação às áreas urbanas de São Paulo (3,6 dias). A nível da distribuição dos rendimentos familiares os resultados não se mostram claramente definidos, havendo uma tendência ao declínio do número de dias de limitação conforme aumenta a renda familiar em São Paulo e uma certa estabilidade entre as classes de renda familiar no Nordeste, com um ligeiro declínio na classe de renda mais elevada.

É difícil precisar o real significado desses resultados, os quais estariam expressando, sem dúvida, um nível de desigualdade regional nas características da morbidade infan-

to-juvenil, mas cujo sentido exato para ser caracterizado, demandaria um nível de desagregação de informações mais complexo. De todo modo, pode-se especular que a intensidade e as características das doenças agudas entre as crianças e jovens das áreas urbanas do Nordeste, por terem talvez efeitos mais graves ou duradouros, determinaram um tempo médio de limitação das atividades mais longo, especialmente em todas as classes com renda familiar per capita até 1 salário-mínimo.

TABELA 5.5

NÚMERO MÉDIO DE DIAS DE LIMITAÇÃO DAS ATIVIDADES HABITUAIS DAS PESSOAS, DE 7 A 14 ANOS DE IDADE, RESIDENTES EM SITUAÇÃO URBANA, QUE DECLARARAM TER TIDO PROBLEMAS DE SAÚDE, NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 2 SEMANAS, PARA O BRASIL, REGIÃO NORDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

1981

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	NÚMERO MÉDIO DE DIAS DE LIMITAÇÃO DAS ATIVIDADES HABITUAIS DAS PESSOAS, DE 7 A 14 ANOS DE IDADE, RESIDENTES EM SITUAÇÃO URBANA QUE DECLARARAM TER TIDO PROBLEMAS DE SAÚDE NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 2 SEMANAS		
	Brasil	Região Nordeste	Estado de São Paulo
TOTAL	4,5	6,0	3,6
Até 1/4 do salário mínimo	4,8	5,7	2,8
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo..	5,1	5,8	5,1
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo ...	4,3	6,9	3,3
Mais de 1 salário mínimo	4,0	5,2	3,5

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

NOTA - Exclusive pensionistas e empregados domésticos.

5.3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos pela investigação do Suplemento Saúde da PNAD-1981, referente ao Bloco Morbidade, devem ser interpretados à luz das considerações de ordem sócio-cultural e econômica que condicionam e muitas vezes relativizam a magnitude dos valores e os padrões observados em cada cruzamento que contenha variáveis específicas de morbidade.

Assim, um primeiro aspecto que influencia o significado dos níveis de morbidade declarada diz respeito à própria conceituação de doença, implícita na formulação do questionário da PNAD-Saúde, a qual enfatiza basicamente os casos típicos de doenças agudas, omitindo as doenças crônicas, salvo quando agudizadas. Essa ênfase de conceito certamente subestima o nível real de problemas de saúde existentes em um dado momento, com previsível tendenciosidade segundo grupos sociais ou situações regionais, onde a incidência de doenças crônicas pode ser desigualmente distribuída. Em determinadas circunstâncias, as doenças crônicas podem atingir níveis razoavelmente elevados entre os grupos mais pobres da população e nas regiões com menor grau de desenvolvimento sócio-econômico.

Outro aspecto, que até certo ponto se relaciona com o primeiro, refere-se ao fato de que a postura que privilegia as doenças agudas, na declaração do quesito morbidade, contribui também para que a maioria dos casos declarados ou de "morbidade percebida" identifique-se com situações de doença aguda que ocasionaram uma limitação das atividades habituais de seus portadores. A proporção de pessoas que limitaram as atividades entre as que declararam problemas de saúde é consideravelmente elevada (66,3%), o que faz suspeitar que esse tenha sido efetivamente um dos parâmetros de percepção da doença.

Nesse sentido, a questão da limitação da atividade toca em um dos aspectos mais importantes do ponto de vista prático e ideológico. Sabe-se que, principalmente para as classes mais pobres, o corpo é comumente visto como um objeto de trabalho e quando se admite a doença, está também se admitindo uma incapacidade para o trabalho e mais que isso, uma incapacidade passageira ou não para sustentar a própria família ou realizar as tarefas domésticas. A negação da doença é assim mantida, entre a população de baixa renda, até quando impeça concretamente a consecução do trabalho. Já as classes média e alta têm em geral um comportamento diametralmente oposto em relação ao corpo e às sensações de doença.

Por tais motivos, os resultados da PNAD-Saúde revelaram proporções mais elevadas de pessoas com problemas de saúde entre as classes com maior renda familiar per capita, em qualquer idade ou região considerada. Esse resultado, longe de incongruente, dadas as expectativas acerca dos níveis reais de doença dos numerosos contingentes de população pobre, revela inquestionavelmente o quanto a percepção da doença, entre as pessoas e/ou as famílias, está mediatizada pelas necessidades sociais e econômicas e pelas racionalizações ideológicas. Ou seja, a percepção da doença é também um ato social e cultural.

O fato de que, entre as crianças e jovens menores de 15 anos de idade, as proporções de morbidade percebida segundo classes de renda familiar tenham sido semelhantes ao do conjunto total da população, merece uma breve reflexão. Apesar do nível de atividade econômica dos jovens ser incomparavelmente mais baixo do que o nível dos adultos, é sobejamente conhecido o fato de que as taxas de atividade dos jovens nas classes mais pobres é especificamente elevada, o que corresponde a uma necessidade regular de sobrevivência das famílias de baixa renda. Des

se modo, em parte o comportamento da morbidade percebida, entre os menores de 15 anos das classes de renda mais baixa, explica-se pelos mesmos condicionantes econômicos e ideológicos imputados à população adulta. Por outro lado, não se deve esquecer que esses comportamentos, transmitidos naturalmente a cada nova geração, acabam por se enraizar e cristalizar no "modus vivendi" e nas atividades culturais e ideológicas das famílias, estendendo-se a todos os seus membros, mesmo às crianças que não exercem atividades econômicas. Nesse caso, a "negação da doença" de uma criança, até onde isso for possível, representa também um mecanismo culturalmente legitimado de não onerar ou afetar o equilíbrio do orçamento familiar, pelo menos até a recorrência ao médico ou serviço de saúde tornar-se uma questão imprescindível.

Um último aspecto que desempenha papel fundamental entre os fatores condicionantes da percepção da doença, pode ser localizado na estrutura e oferta dos serviços de saúde existentes no território nacional.

Viu-se no capítulo 2, que trata das condições de oferta e utilização dos serviços de saúde, como os mesmos apresentam-se extremamente concentrados no que toca a sua distribuição pelo espaço regional. Verificou-se que a Região Sudeste e o Estado de São Paulo detinham mais do dobro de leitos por habitantes em relação à Região Nordeste, como também dispunham de proporções consideravelmente mais elevadas de médicos, profissionais de saúde em geral e equipamentos hospitalares. Indícios evidentes de avanço mais rápido na mercantilização da medicina podem ser detectados em uma região como São Paulo, por exemplo, onde a existência de estabelecimentos de saúde particulares é bem mais efetiva, sendo que 60% dos mesmos operam também para internação, o que equivale dizer que estão aptos para tratamen-

tos mais prolongados e conseqüentemente mais onerosos.

A combinação desses fatos faz com que a distribuição regional desigual de estabelecimentos de saúde some-se a utilização social também desigual dos mesmos. Com efeito, além da utilização dos serviços de saúde ser maior entre a população de áreas como São Paulo (onde é mais numerosa e diversificada a rede de estabelecimentos) ela é freqüentemente mais intensa entre as classes e categorias sociais com maior poder aquisitivo, seja entre a população adulta ou entre jovens e crianças. Há de se notar ainda que em São Paulo, mais do que na Região Nordeste, o peso dos contribuintes da previdência social desempenha um importante papel na utilização dos serviços médicos. Nesse sentido, parte dessas classes e categorias sociais está inserida no chamado mercado formal de trabalho, com remunerações mais elevadas e com direito ao uso dos benefícios médicos da Previdência.

A influência de tais aspectos sobre as condições de percepção da doença, por parte dos vários segmentos sociais da população, é certamente importante. A presença mais intensa de serviços de saúde nos grandes centros urbanos, além das facilidades oferecidas de acesso aos mesmos, tem efeitos sobre a valorização e identificação das doenças por parte da população. Especificamente, entre a população com mais recursos, a utilização dos serviços médicos dos estabelecimentos particulares apresenta-se como parte integrante das formas modernas de consumo. Nesses casos, a mercantilização da medicina acompanha o processo de circulação das riquezas e elevação da renda per capita nos centros mais desenvolvidos e, nesse processo, a valorização do tratamento do corpo reflete uma das faces da ideologia de consumo disseminada entre os segmentos médio e alto da população. Assim, não é estranho que visto pelo aspecto do acesso desigual à oferta de serviços de saúde, sejam as populações dos centros

regionais mais desenvolvidos e as camadas de maior poder aquisitivo e nível de instrução mais elevados, aquelas que detectam em proporção mais elevada os problemas de saúde constantes entre seus filhos e dependentes menores de 15 anos, bem como entre os próprios adultos.

A partir dos problemas e condicionantes aqui expostos, percebe-se que os resultados aferidos pelo bloco Morbidade da PNAD-Saúde, se por um lado não estão dimensionando o nível real de doenças e problemas de saúde da população brasileira, por outro, oferecem um painel extremamente ilustrativo dos fatores condicionantes - de ordem econômica, social ou cultural - que, nesse estágio de desenvolvimento da formação social brasileira, afetam a percepção da morbidade entre os diversos grupos sociais e regionais.

6. VACINAÇÃO

6. VACINAÇÃO(*)

As atividades de vacinação no Brasil, à exceção, talvez única, da Campanha de Erradicação da Varíola, caracterizam-se quase sempre como esforços isolados ou insuficientemente coordenados a nível nacional, com falta de continuidade, dificuldade na disponibilidade e controle de qualidade das vacinas, deficiente definição de metas, de estratégias e de normas técnicas e inexistência de padronização nos esquemas básicos.

Por estas razões, a eficiência(1) e a eficácia dos programas de vacinação foram, na maioria das vezes, muito baixas, ou efêmeras, não oferecendo perspectivas claras para a consecução do objetivo básico de controlar as doenças.

Com a finalidade de superar estas dificuldades e deficiências, o Ministério da Saúde criou, em 1973, o Programa Nacional de Imunizações(2).

(*) Elaborado por Roberto Augusto Becker, Diretor da Divisão Nacional de Epidemiologia da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde do Ministério da Saúde, com a colaboração de Aaron Lechtig, Consultor em Saúde Infantil do UNICEF.

(1) O termo EFICIÊNCIA é empregado neste texto no sentido de cumprimento de metas operacionais, inclusive quanto a coberturas vacinais.

(2) BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações, 5.1. 1973, 296 p.

As atividades de vacinação, juntamente com a Coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, passaram a ser exercidas, pouco depois, pela Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), vinculada ao próprio Ministério da Saúde.

Com a padronização dos mecanismos de coleta, fluxo e tabulação de dados de vacinação, implantada de forma progressiva, as Secretarias Estaduais de Saúde passaram a informar regularmente as vacinações segundo tipo de antígeno, idade, dose e mês de aplicação.

A partir de 1975, são disponíveis dados nacionais, capazes de permitir o acompanhamento do desempenho do Programa Nacional de Imunizações(3).

Em 1980 foi realizado o primeiro Curso Prático do Programa Ampliado de Imunizações, em colaboração com o Ministério da Saúde/OPAS, sendo, a partir de então, multiplicados os cursos nas Unidades da Federação.

Um dos resultados mais importantes desses cursos tem sido a significativa melhoria na rede de frio para a conservação de vacinas.

Em setembro de 1981, a coordenação das atividades do Programa Nacional de Imunizações e do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica passou a ser exercida pela Divisão Nacional de Epidemiologia da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde.

Em fevereiro de 1982 foi revisado o Esquema Básico de Vacinação que, para as vacinas Antipólio-oral, Tríplice

(3) BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública. Divisão de Epidemiologia. Boletim Epidemiológico. Rio de Janeiro, V.9(24), 1977; 10(18), 1978; 11(2), 1979; 12(9), 1980; 13(22/3), 1981.

(DPT), Anti-sarampo e BCG, passou a ser o que mostra o Quadro 1.

A alteração mais relevante consistiu em mudar, com base em dados de sorologia(4) e características epidemiológicas da doença, a idade mínima para a aplicação da vacina anti-sarampo, de 7 para 9 meses.

6.1 - AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE VACINAÇÃO

Um programa de vacinação será eficaz na medida em que o objetivo fundamental for atingido: a redução da incidência das doenças e seu controle ou erradicação.

A eficácia de programas de vacinação é medida através de um sistema de informação que permita o acompanhamento das alterações nas tendências e no comportamento das doenças, relacionando-as com as ações de controle desenvolvidas, avaliando-as e reorientando-as. A este sistema dá-se o nome de Vigilância Epidemiológica.

Para que o objetivo de controlar as doenças possa ser alcançado mais facilmente, a um prazo menos longo e com custos compatíveis com os recursos disponíveis, é indispensável que seja avaliada continuamente a eficiência dos programas ou seja, sua capacidade em atingir as metas necessárias à consecução dos objetivos.

Um dos pontos centrais dessa avaliação refere-se às coberturas vacinais obtidas na população alvo.

(4) Seroconversion rates and measles antibody titers induced by measles vaccines in Latin American Children 6-12 months of age. Collaborative study of the Ministries of Health of Brazil, Chile, Costa Rica, Ecuador and the Pan American Health Organization, In: Bulletin of the Pan American Health Organization, 16(3): 272-285, 1982.

QUADRO I - Esquema Básico de Vacinação Adotado pelo Ministério da Saúde

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	IDADE PARA INÍCIO DA VACINAÇÃO		NÚMERO DE DOSES		INTERVALO ENTRE AS DOSES	
		MÍNIMA	MÁXIMA (1)	VACINAÇÃO BÁSICA	REFORÇO	RECOMENDADO	MÍNIMO
ANTIPÓLIO-ORAL	Poliomielite	2 meses	4 anos (59 meses)	3	1 (um ano após a 3ª dose)	2 meses	45 dias
TRÍPLICE (DPT)	Difteria Tétano Coqueluche	2 meses	4 anos (59 meses)	3	1 (um ano após a 3ª dose)	2 meses	30 dias
ANTI-SARAMPO	Sarampo	9 meses	4 anos (59 meses)	1	-	-	-
BCG	Tuberculose	ao nascer	4 anos (59 meses)	1	-	-	-

(1) Idade máxima para a programação de metas e busca ativa de crianças. Não implica contra-indicação acima desta idade.

Hã duas formas bãsicas de avaliaçã das coberturas vacinais: os chamados "mêtodo administrativo" e "mêtodo estatístico" ou de "pesquisa de campo".

- a) O método administrativo consiste no registro continuado das vacinas aplicadas segundo tipo, idade e dose.

Usualmente os grupos etários compreendem menores de um ano, 1 a 4 anos, 5 a 14 anos e 15 e mais. Além disto, no caso do Toxóide Tetânico, o registro costuma ser feito por categoria de população, sendo a principal a de gestantes.

Dentre outras, podem ser apontadas várias vantagens do método administrativo.

- mostra claramente as tendências de melhoria de desempenho ou de insuficiência operacional, pois o cumprimento das metas pode ser avaliado continuamente (por exemplo, mensalmente);
- permite reorientar as estratégias de vacinação a qualquer momento;
- inclui dados sobre consumo e perdas de vacinas, de grande importância para a avaliação de gastos e planejamento;
- o registro das atividades é feito por pessoal treinado e que conhece as características do programa, diminuindo as causas de erro;
- baixíssimo custo operacional.

Por outro lado, embora uma satisfatória supervisão aos níveis periféricos de execução possa reduzi-las, algumas desvantagens devem ser apontadas:

- por registrar uma atividade freqüentemente dependente do comportamento da demanda, dificilmente pode avaliar a situação segundo variáveis do tipo sócio-econômico;
- está sujeito à invasão e evasão de demanda, o que dificulta o cálculo das reais coberturas de vacinação;
- por vezes deixam-se de registrar vacinas aplicadas em programas intensificados (tipo campanha) ou, ao contrário, ocorrem duplicidades de registro, mormente quando são feitas revacinações.

b) O método chamado estatístico consiste em inquéritos ou levantamentos de campo, geralmente por entrevistas em uma adequada amostra de domicílios.

Este método apresenta as seguintes vantagens principais:

- não é influenciado, em termos de coberturas encontradas, pela invasão e evasão de demanda, já que os dados de numerador estarão sempre contidos no denominador;
- sendo a amostra de população bem desenhada e executada, pode estudar as variáveis sócio-econômicas, como grau de instrução e classes de renda;
- pode eliminar os problemas de sub-registro e duplicidade de dados.

Da mesma forma que para o método administrativo, as desvantagens do método estatístico podem ser em grande parte eliminadas com cuidados especiais. De qualquer maneira devem ser apontadas:

- elevado custo operacional;

- dificuldades de contar, em todas as etapas (planejamento, execução e avaliação), com pessoal especializado no assunto.

Isto leva, com frequência, à má formulação e aplicação de perguntas e quesitos, provocando distorção nos resultados;

- por ser a vacinação uma atividade bastante dinâmica, com a renovação rápida da população alvo, e o método representar a situação em um momento preciso ("prevalência instantânea"), os resultados têm utilidade por um tempo relativamente curto.

Pelo que foi dito, parece ficar claro que os dois métodos, ao contrário de excludentes, são complementares.

Dentro desta perspectiva, e considerando que do ponto de vista epidemiológico, mais importante do que a precisão estatística é a capacidade de avaliar situações, decidir e atuar em tempo oportuno, faz-se a seguir uma análise de eficiência e eficácia do Programa Nacional de Imunizações.

Para tanto, juntamente com dados levantados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD-1981 - Suplemento Saúde, são usados dados fornecidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

6.2 - COBERTURAS VACINAIS, SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

6.2.1 - POLIOMIELITE

A evolução da situação referente à vacina antipólio-oral apresenta três fases distintas.

A introdução da vacinação antipólio-oral no Brasil deu-se no início dos anos sessenta, tendo sido aplicada de forma esporádica e irregular por cerca de 10 anos, com resultados pouco significativos em termos nacionais.

Em 1971, com a criação do Plano Nacional de Controle da Poliomielite, inicia-se a fase de vacinação em massa no País, ao mesmo tempo em que a vacinação de rotina em Unidades de Saúde amplia-se. Alguns resultados expressivos foram obtidos, como por exemplo, no Rio Grande do Sul, onde a incidência chegou a reduzir-se, em 1974, a cerca de 0,05 casos por 100.000 habitantes (redução da ordem de 30 a 40 vezes sobre a média da década anterior).

Todavia, a incapacidade da rede básica de unidades de saúde em manter elevadas coberturas vacinais, associada à falta de continuidade na vacinação em massa, faziam com que milhares de casos continuassem a ocorrer anualmente no Brasil, com freqüentes epidemias ocorrendo em diversos pontos do País.

O gráfico 6.1 mostra a evolução das coberturas vacinais em menores de 1 ano, de 1975 a 1979, verificando-se um aumento progressivo, com a duplicação das coberturas no período.

Os dados de médias nacionais escondem, entretanto, as grandes disparidades regionais, já que em 1979, enquanto a Região Sudeste atingia cerca de 80% dos menores de um ano com três doses de vacina antipólio-oral, na Região Nordeste este percentual situava-se em torno dos 20%.

A terceira fase inicia-se em 1980, quando, além da vacinação nas cerca de 7.000 unidades de saúde desencadeou-se a chamada "Ação de Controle da Poliomielite", com a introdução dos Dias Nacionais de Vacinação.

Duas vezes, por ano, em junho e agosto, são feitas

mobilizações nacionais para a vacinação de aproximadamente 18 milhões de crianças de zero a quatro anos, instalando-se cerca de 90.000 postos espalhados por todo o Território Nacional.

A discussão sobre estratégias operacionais verticalizadas ou horizontalizadas, rotina ou campanha, é antiga em Saúde Pública.

Não existe, na verdade, uma estratégia ideal aplicável a todas as situações.

No que se refere a programas de vacinação, para a obtenção de coberturas satisfatórias é necessário que se encontrem as soluções adequadas para duas questões básicas:

- criação de uma "atitude de vacinar";
- transformação da atitude em "ação objetiva".

Para a criação da atitude de vacinar é necessário que haja conhecimento relativo às doenças e sua importância, às vacinas como forma de evitá-las e à disponibilidade das mesmas em locais determinados. Este conhecimento, para que gere a atitude de vacinar deve, é claro, ser associado à credibilidade e valorização de cada aspecto.

A transformação de atitude em "ação objetiva", isto é, aplicação efetiva das vacinas, na idade oportuna e em número de doses satisfatório, depende fundamentalmente de acesso e oportunidade.

É necessária a existência de um local próximo à residência ou ao trabalho, em que sejam aplicadas vacinas. Além disto deve haver oportunidade para ir ao local apropriado, em dia e horário compatíveis com as atividades normais de cada um.

A estratégia de vacinação contra a poliomielite em

Dias Nacionais oferece, além dos aspectos de disseminação de vírus vacinais e bloqueio de circulação de vírus selvagens, solução para as questões básicas levantadas: conhecimento, credibilidade, acesso e oportunidade.

Os resultados dos 8 Dias Nacionais de Vacinação já realizados, de 1980 a 1983 são mostrados na Tabela 6.1, chamando a atenção os seguintes aspectos:

- os altíssimos níveis de coberturas obtidos;
- a homogeneidade dos resultados em todas as regiões do País;
- a manutenção dos níveis ao longo dos 4 anos.

Os dados da PNAD-1981 (Tabela 6.2) mostram que para a vacinação antipólio-oral, ao contrário do que ainda se verifica para as outras vacinas, não existem diferenças importantes de coberturas quando a mesma é estudada segundo classes de rendimento mensal familiar per capita.

Ainda que, por purismo estatístico, pudesse ser considerada significativa a diferença referida entre as classes extremas de renda, deve-se assinalar que do ponto de vista epidemiológico a mesma não tem qualquer relevância.

Estes dados mostram que a Ação de Controle da Poliomielite representa, talvez, um dos poucos programas oficiais da área de saúde, em que a população foi homogeneamente beneficiada, independentemente de variáveis como área geográfica ou níveis de renda.

Tais resultados determinaram uma queda espetacular na incidência da doença, que em 1982 teve apenas 69 casos confirmados em todo o País (0,054 por 100.000 habitantes), contra uma média de 2.591 conhecidos anualmente no período de 1975-79, ou seja, aproximadamente trinta e cinco vezes menos em 1982.

TABELA 6.1

PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE MENOS DE 5 ANOS DE IDADE QUE RECEBERAM DOSE DE VACINA ANTIPÓLIO-ORAL NOS DIAS NACIONAIS DE VACINAÇÃO, EM RELAÇÃO ÀS CRIANÇAS DE MENOS DE 5 ANOS DE IDADE, POR GRANDES REGIÕES, SEGUNDO OS ANOS E OS MESES DOS DIAS NACIONAIS DE VACINAÇÃO

ANOS E MESES DOS DIAS NACIONAIS DE VACINAÇÃO	PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE MENOS DE 5 ANOS DE IDADE QUE RECEBERAM DOSE DE VACINA ANTIPÓLIO-ORAL NOS DIAS NACIONAIS DE VACINAÇÃO				
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
1980					
Junho	93,1	100,0	100,0	100,0	100,0
Agosto	98,6	100,0	100,0	100,0	100,0
1981					
Agosto	96,4	100,0	100,0	100,0	100,0
Outubro	92,7	100,0	100,0	100,0	96,7
1982					
Junho	88,0	93,4	93,8	97,2	88,9
Agosto	89,9	98,0	98,7	100,0	94,6
1983					
Junho	86,3	98,8	95,5	98,1	92,0
Agosto	89,9	100,0	100,0	100,0	93,0

FONTE - Ministério da Saúde.

TABELA 6.2
 PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS DE IDADE POR
 RECEBIMENTO DE VACINA CONTRA A POLIOMIELITE,
 SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL
 FAMILIAR PER CAPITA
 BRASIL - 1981

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS DE IDADE			
	Total	Recebimento de vacina contra a poliomielite		
		Receberam pelo menos 1 dose	Não receberam qualquer dose	Não sabiam informar e sem de claração
TOTAL	100,0	94,4	5,4	0,2
Até 1/4 do salário mínimo	100,0	91,3	8,4	0,3
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo..	100,0	94,3	5,5	0,2
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo ...	100,0	96,5	3,3	0,2
Mais de 1 salário mínimo	100,0	97,4	2,6	0,0

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

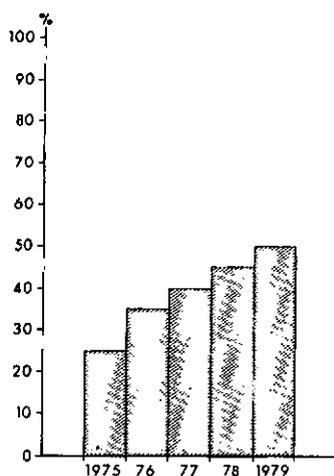
- NOTAS - 1. Excluídas as crianças residentes em situação rural da Região Norte.
 2. Excluídos pensionistas e empregados domésticos.
 3. Excluídos sem declaração de rendimento.

O gráfico 6.2 mostra a curva da doença de 1975 a 1982, assinalando-se os Dias Nacionais de Vacinação.

É importante salientar que a eficácia da vacina an tipólio-oral foi sempre alta, situando-se o ponto crucial na eficiência das estratégias operacionais, que não conseguiram obter coberturas vacinais satisfatórias.

MENORES DE UM ANO QUE RECEBERAM
3 DOSES DE VACINA ANTIPÓLIO-ORAL
BRASIL - 1975-79

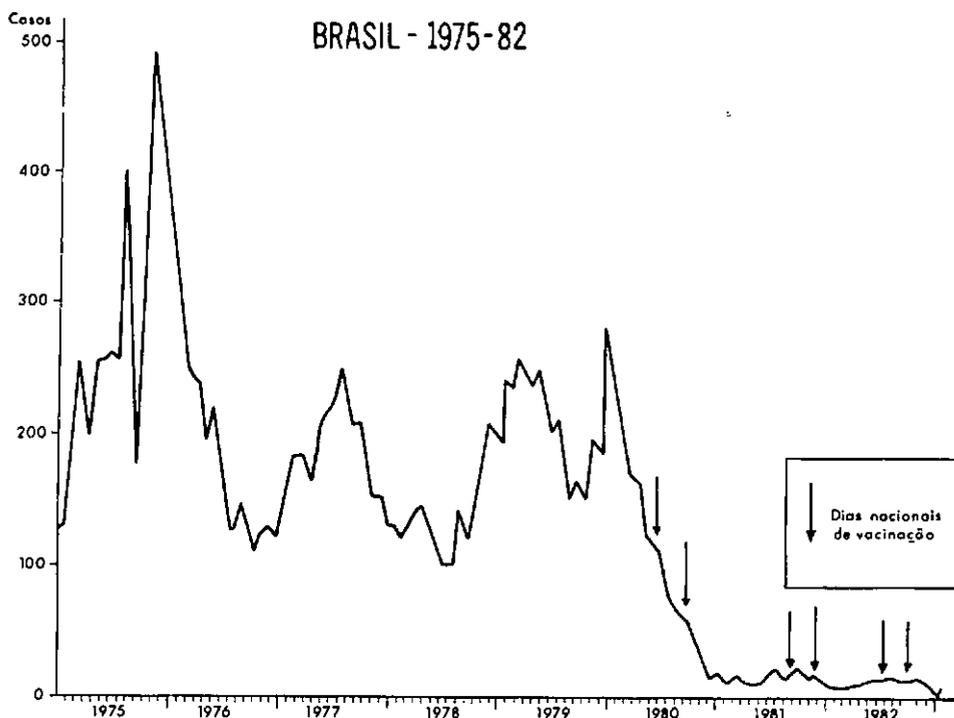
Gráfico - 6.1



FONTE: Secretarias Estaduais de Saúde/FSESP

CASOS DE POLIOMIELITE POR PERÍODOS DE QUATRO SEMANAS
BRASIL - 1975-82

Gráfico - 6.2



FONTE: Divisão Nacional de Epidemiologia-MS

De fato, a partir de dados referentes às coberturas vacinais e às proporções de casos em vacinados e não vacinados, estimou-se em cerca de 95% e 98% a eficácia da vacina (1), respectivamente para os períodos 1975-1978 e 1981-1982.

A continuidade da estratégia de Dias Nacionais de Vacinação é fundamental para a manutenção do controle da poliomielite no Brasil, já que a rede básica de unidades de atenção primária à saúde não parece ainda capaz de assegurar, com atividades de rotina, tão elevados níveis de cobertura vacinal nos contingentes de crianças que são incorporadas anualmente à população.

As perspectivas para os próximos anos são de repetição de dois Dias Nacionais de Vacinação a cada ano, sendo que a análise epidemiológica dos resultados até aqui obtidos e do comportamento da doença, permitirão, provavelmente a partir de 1985, a redução da faixa etária da população alvo de menores de 5 anos para menores de 3 anos.

6.2.2 - SARAMPO

O emprego experimental de vacinas anti-sarampo de vírus vivos atenuados no Brasil data da primeira metade da década de 60.

Somente a partir de 1972/1973, entretanto, é que

$$(1) \text{ Eficácia da vacina} = \frac{\left[\text{Coeficiente de incidência em não vacinados} \right] - \left[\text{Coeficiente de incidência em vacinados} \right]}{\left[\text{Coeficiente de incidência em não vacinados} \right]} \times 100$$

a vacina passou a ser usada mais amplamente, atingindo, gradativamente, todas as áreas do País.

Os dados de coberturas vacinais obtidos em menores de 1 ano, de 1975 a 1983, são mostrados no gráfico 6.3 observando-se uma tendência nitidamente ascendente, com nível máximo em 1983, quando atingiu 69,2%.

Em contraste com o que ocorre com a vacina antipólio, para a vacina anti-sarampo há grande heterogeneidade de resultados nas diversas regiões do País, variando as coberturas entre aproximadamente 20 e 90%, respectivamente nas regiões Nordeste e Sudeste.

Conforme mostra a Tabela 6.3, a PNAD-1981 encontrou, para a vacina anti-sarampo, significativas desigualdades de situação vacinal para as diferentes classes de rendimento mensal familiar per capita. As coberturas vacinais são menores nos estratos de renda mais baixa.

O gráfico 6.4 mostra que a vacinação não foi ainda capaz, em termos nacionais, de alterar substancialmente a situação do sarampo. Observa-se, entre 1981 e 1982, uma queda do número de casos notificados, ao mesmo tempo em que o volume de doses aplicadas aumenta; em 1983, no entanto, a incidência de casos voltou a crescer. Situação semelhante é encontrada quando se compara o ano de 1977 com 1978 e os anos imediatamente subsequentes.

A situação epidemiológica do sarampo no País, com alta incidência e frequentes epidemias, deve-se antes de tudo à baixa eficiência obtida até agora pelos programas de vacinação. Alia-se a isto o fato de que a eficácia da vacina tem sido muito variável, quase sempre abaixo dos cerca de 95% teoricamente esperados. (Oscilando entre 63% e 97% em diferentes áreas e gru

pos de idade).

TABELA 6.3
PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS DE IDADE POR RECEBIMENTO
DE VACINA CONTRA O SARAMPO, SEGUNDO AS CLASSES DE
RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA
BRASIL - 1981

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS DE IDADE			
	Total	Recebimento de vacina contra o sarampo		
		Receberam	Não receberam	Não sabiam informar e sem declaração
TOTAL	100,0	74,1	23,6	2,3
Até 1/4 do salário mínimo	100,0	59,5	37,1	3,4
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo.	100,0	72,7	25,0	2,3
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo .	100,0	83,5	14,9	1,6
Mais de 1 salário mínimo	100,0	89,7	9,3	1,0

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

NOTAS - 1. Excluídas as crianças residentes em situação rural da Região Norte.

2. Excluídos pensionistas e empregados domésticos.

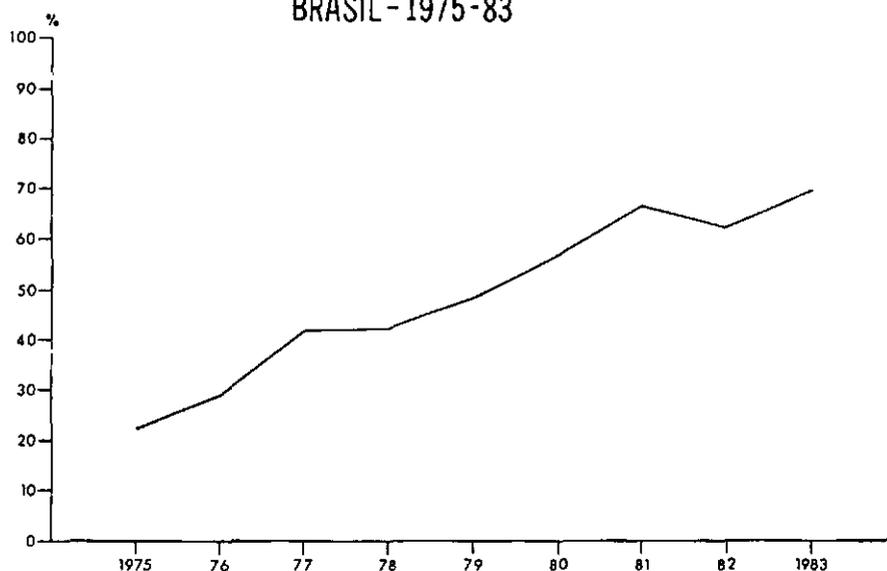
3. Excluídas sem declaração de rendimento.

A principal razão para isto parece estar relacionada não com o grau de desnutrição(5) mas com a idade em que se

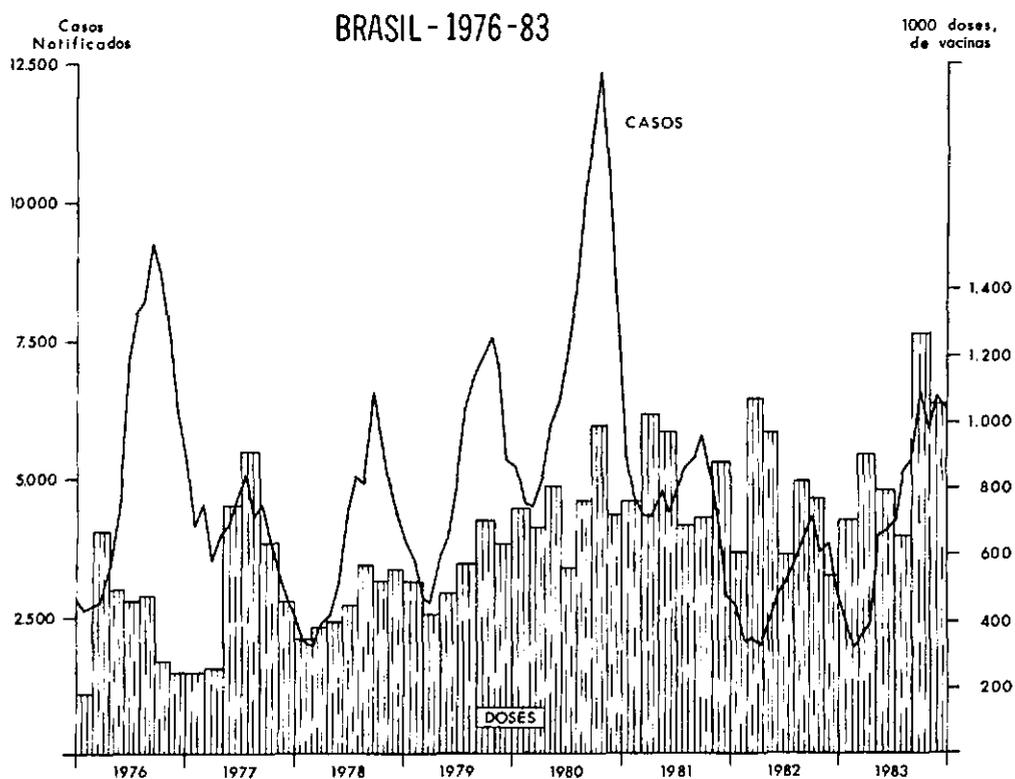
(5) LECHTIG, A., ARROYAVE, G., VITERI, F. y MATA, L.J. Inmunoglobulinas Séricas en la Desnutrición Proteínico-Calórica de Niños Pre Escolares. Arch. Latinoamer.Nutr. 20:321-332, 1970.

MENORES DE UM ANO VACINADOS CONTRA O SARAMPO

BRASIL - 1975-83



FONTE: Secretarias Estaduais de Saúde / FSESP / Divisão Nacional de Epidemiologia - MS

CASOS DE SARAMPO NOTIFICADOS POR PERÍODOS DE 4 SEMANAS
E DOSES DE VACINA APLICADAS

FONTE: Secretarias Estaduais de Saúde / FSESP / Divisão Nacional de Epidemiologia - MS

aplica a vacina anti-sarampo(6), já que quando a mesma é dada antes dos 9 meses de idade a resposta imunitária não é satisfatória.

A partir da mudança de idade mínima da vacinação anti-sarampo de 7 para 9 meses, é esperado um aumento de eficácia da vacina.

Como alternativa para corrigir as deficiências de coberturas vacinais, o Ministério da Saúde propôs às Secretarias Estaduais de Saúde em 1984, sem prejuízo da vacinação de rotina, a associação da vacina anti-sarampo juntamente com a antipólio, nos Dias Nacionais de Vacinação. A estratégia deverá ser a de vacinar contra o sarampo todas as crianças entre 9 e 23 meses de idade que não comprovarem (através da caderneta de vacinação) o recebimento da vacina.

Com isto espera-se a médio prazo (3 a 5 anos), um impacto significativo sobre a incidência, com tendência ao controle, desde que mantidos altos níveis de coberturas nos anos subsequentes. No que se refere à mortalidade, os resultados deverão ser mais precocemente sentidos, de vez que mais de 85% dos óbitos por sarampo no nosso meio ocorrem antes dos 2 anos de idade.

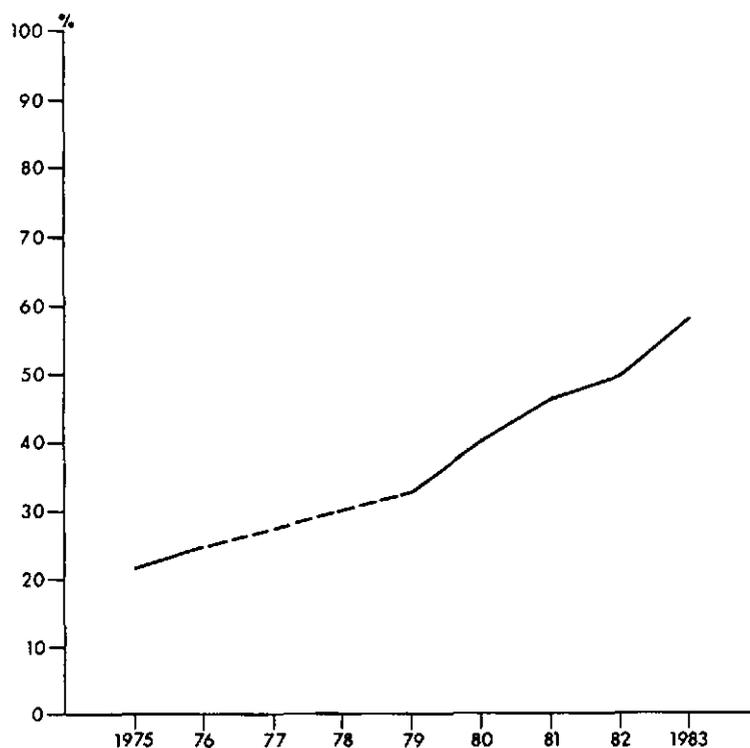
6.2.3 - DIFTERIA, COQUELUCHE E TÊTANO

Assim como para antipólio-oral e anti-sarampo, as coberturas obtidas com vacina tríplice (DPT), contra difteria, coqueluche e tétano, vêm aumentando gradativamente, apresentando-se ainda, entretanto, em níveis insuficientes para controlar as doenças.

(6) BECKER, R. & OLIVEIRA, R. Eficácia da vacina e outros aspectos do sarampo em surto ocorrido em Planaltina, DF. Boletim de la OPS. (Aceito para publicação).

MENORES DE UM ANO QUE RECEBERAM
3 DOSES DE VACINA TRÍPLICE (DPT)
BRASIL - 1975 - 83

Gráfico - 6.5



FONTE: Secretarias Estaduais de Saúde / FSESP / Divisão Nacional de Epidemiologia - MS

O gráfico 6.5 mostra a evolução das coberturas com 3 doses de vacina tríplice em menores de um ano, de 1975 a 1983.

O estabelecimento de apenas duas doses de vacina tríplice (DPT), como obrigatórias no 1º ano de vida, embora a recomendação de que "sempre que possível a vacinação básica poderá ser completada com a aplicação de uma terceira dose" (7), ocasionou, por algum tempo, dificuldade de avaliação da situação vacinal.

Durante alguns anos, determinadas Unidades da Federação deixaram de aplicar as terceiras doses de vacina tríplice. Outras apenas deixaram de informá-las como terceiras doses (por vezes somando-as com reforço) e, finalmente, diversos Estados mantiveram a aplicação e a informação de terceiras doses.

Isto explica a lacuna no gráfico 6.5, para os anos 1977 e 1978.

A exemplo do que ocorre com a vacina anti-sarampo, as coberturas relativas à tríplice são muito desiguais nas diferentes regiões do País (Tabela 6.4).

Esta desigualdade regional de resultados é novamente evidenciada pelos dados da PNAD-1981 (Tabela 6.5), que mostra as proporções de crianças de 1 a 4 anos totalmente vacinadas (vacinas antipólio, tríplice, anti-sarampo e BCG), onde se nota, além disto, a significativa diferença urbano-rural.

(7) BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância Epidemiológica e Imunizações: Legislação Básica. 4 ed. Brasília, 1978.

TABELA 6,4
 NÚMERO E PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE MENOS DE 1 ANO DE IDADE QUE RECEBERAM
 PELO MENOS 3 DOSES DA VACINA TRÍPLICE OU DPT, EM RELAÇÃO ÀS CRIANÇAS
 DE MENOS DE 1 ANO DE IDADE, SEGUNDO AS REGIÕES
 1981

REGIÕES	CRIANÇAS DE MENOS DE 1 ANO DE IDADE QUE RECEBERAM PELO MENOS 3 DOSES DA VACINA TRÍPLICE OU DPT	PERCENTAGENS DAS CRIANÇAS DE MENOS DE 1 ANO DE IDADE QUE RECEBERAM PELO MENOS 3 DOSES DA VACINA TRÍPLICE OU DPT
BRASIL	1 776 609	46,3
Norte	39 479	15,7
Nordeste	244 185	18,9
Sudeste	1 092 813	72,9
Sul	322 360	60,0
Centro Oeste	77 772	29,6

FONTE - Ministério da Saúde .

TABELA 6.5
 CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS DE IDADE E PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE
 1 A 4 ANOS DE IDADE TOTALMENTE VACINADAS, SEGUNDO O LUGAR
 1981

LUGAR	CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS DE IDADE	PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS DE IDADE TOTALMENTE VACINADAS
BRASIL(1)	12 701 090	38,3
Urbana	8 518 753	47,5
Região Norte(2)	415 047	30,9
Região Nordeste	2 150 259	24,7
Região Sudeste	4 157 167	62,9
Região Sul	1 164 904	44,6
Região Centro-Oeste	631 376	39,6
Rural(1)	4 182 337	19,7

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

NOTA: Consideram-se totalmente vacinadas as crianças que receberam todas as doses das vacinas antipólio, tríplice(DPT), anti-sarampo e BCG.

(1) Exclusive as crianças residentes na área rural da Região Norte.(2) Exclusive as crianças residentes na área rural.

Com relação às classes de renda familiar, conforme se observa na Tabela 6.6 as coberturas vacinais são muito mais baixas nos estratos de menor rendimento. A PNAD-81 mostra, ainda, que, igualmente, as coberturas são tanto mais elevadas quanto maior for o nível de instrução da mãe. Isto é evidenciado na Tabela 6.7, onde se compara o recebimento da vacina tríplice em menores de 1 ano com o número de anos de estudo da mãe.

TABELA 6.6

PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS DE IDADE, POR RECEBIMENTO DA VACINA TRÍPLICE OU DPT, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA
BRASIL-1981

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS DE IDADE			
	Total	Recebimento da vacina Tríplice ou DPT		
		Receberam pelo menos 1 dose	Não receberam qualquer dose	Não sabiam informar e sem declaração
TOTAL	100,0	74,9	22,6	2,5
Até 1/4 do salário mínimo .	100,0	56,5	39,4	4,1
Mais de 1/4 até 1/2 salário mínimo	100,0	74,6	22,8	2,6
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo.....	100,0	86,1	12,2	1,7
Mais de 1 salário mínimo ..	100,0	93,5	6,1	0,4

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

NOTAS - 1. Excluídas as crianças residentes em situação rural da Região Norte.

2. Excluídos pensionistas e empregados domésticos.

3. Excluídas sem declaração de rendimento.

TABELA 6.7

PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE MENOS DE 1 ANO DE IDADE, POR RECEBIMENTO DA VACINA TRÍPLICE, SEGUNDO OS ANOS DE ESTUDO DAS MÃES
BRASIL - 1981

ANOS DE ESTUDO DAS MÃES	PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE MENOS DE 1 ANO DE IDADE			
	Total	Recebimento da vacina tríplice		
		Receberam pelo menos 1 dose	Não receberam qualquer dose	Não sabiam informar e sem declaração
TOTAL(1)	100,0	56,3	41,6	2,1
Sem instrução e menos de 1 ano.	100,0	37,4	58,6	4,0
1 a 4 anos	100,0	55,4	42,6	2,0
5 anos e mais	100,0	69,6	29,3	1,1

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

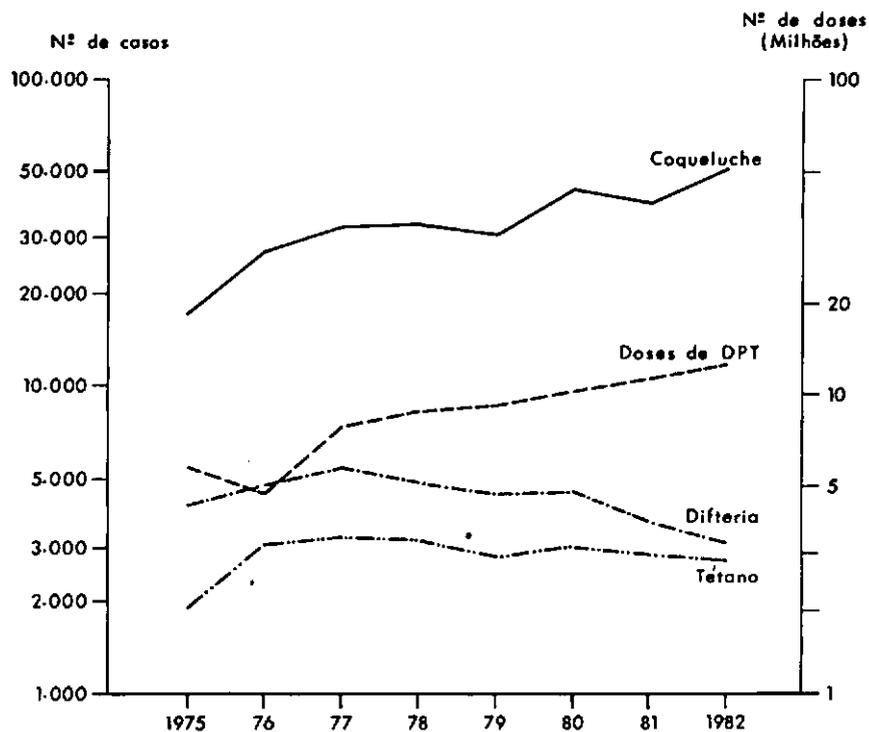
NOTA - Excluídas as crianças residentes em situação rural da Região Norte.

(1) - Inclusive anos de estudo não determinados e sem declaração.

No gráfico 6.6 são apresentados os casos notificados de tétano, difteria e coqueluche e as doses de vacina tríplice (DPT) aplicadas no período 1975-1982. Observa-se o aumento progressivo da aplicação da vacina tríplice e três tendências distintas com relação às doenças.

- O tétano permanece estável, o que seria de esperar, já que a vacinação sendo feita fundamentalmente entre 0 e 4 anos, só a longo prazo redundará em impacto nos casos de tétano acidental (que começa a ter incidência significativa a partir da idade escolar) e de tétano neonatal (para

CASOS NOTIFICADOS DE TÉTANO, DIFTERIA E COQUELUCHE E DOSES DE VACINA TRÍPLICE (DPT) APLICADAS BRASIL - 1975-82



FONTE: Secretarias Estaduais de Saúde / FSESP / Divisão Nacional de Epidemiologia - MS

o que necessitam-se níveis altos de anticorpos na população feminina em idade fértil).

- A difteria mostra tendência a declínio, o que deve ser relacionado ao aumento de vacinação, pois a maior parte dos casos sempre se registrou em idades precoces, exatamente onde se aplica a vacina.
- A coqueluche mostra tendência ascendente, o que pode ser explicado por melhoria sensível de informação. De fato, é muito mais recente, em diversas Unidades da Federação, a inclusão da coqueluche como doença de notificação regular. Acresça-se a isto o fato de que o componente pertussis da vacina tríplice costuma ser considerado o menos eficaz dos três, mormente quando aplicado em número insuficiente de doses.

Da mesma forma que para a vacina anti-sarampo, o Ministério da Saúde propôs às Secretarias Estaduais de Saúde, a inclusão da vacina Tríplice (DPT) nos Dias Nacionais de Vacinação, para as crianças de 2 a 11 meses, com base na situação individual, verificada através das cadernetas de vacinação.

O objetivo a curto prazo é reduzir significativamente a mortalidade por coqueluche e difteria e, a médio prazo, as suas incidências.

Quanto ao tétano, para que um impacto seja sentido mais rapidamente, a vacinação de gestantes e outros grupos populacionais selecionados deverá ser incrementada através de outras estratégias.

6.2.4 - TUBERCULOSE (BCG)

O uso generalizado de BCG intradérmico no Brasil teve início há cerca de 10 anos, estabelecendo-se como alvo a população de 0 a 14 anos, com ênfase nos menores de um ano.

As coberturas vacinais médias obtidas no País de 1975 a 1983 aparecem no gráfico 6.7 onde se mostra uma tendência nitidamente ascendente. Em 1983 foram vacinados 71,1% dos menores de 1 ano.

É interessante notar que, a despeito da maior complexidade técnica para a aplicação do BCG intradérmico, nas atividades de rotina, freqüentemente as coberturas são maiores do que as obtidas para as vacinas tríplice e anti-sarampo.

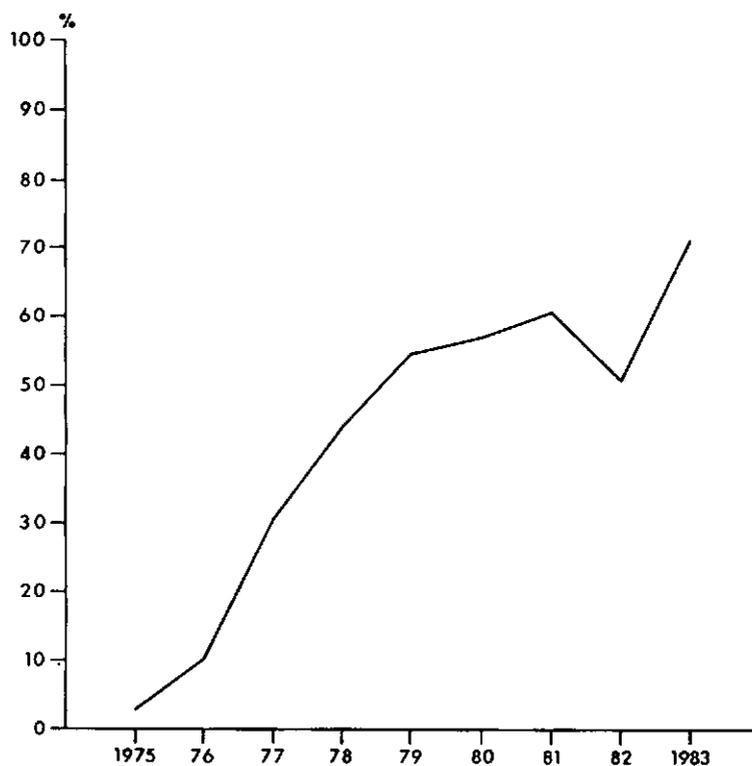
A razão principal para isto encontra-se no fato de ser dado o BCG em dose única, a partir do nascimento, enquanto a vacina tríplice requer três doses (a terceira só pode ser aplicada na prática após 6 meses de idade, devido à idade de início e o intervalo entre as doses) e a anti-sarampo ser aplicada apenas a partir dos 9 meses de idade. Desta maneira, uma criança tem mais oportunidade para receber a vacina BCG, antes de completar um ano.

Do mesmo modo que foi visto para vacina anti-sarampo e tríplice (DPT), também para o BCG nota-se que as coberturas vacinais são tanto menores quanto mais baixa a classe de renda familiar (Tabela 6.8).

A medida de impacto do BCG não será dada pela incidência da tuberculose, mas pela redução das formas graves da doença (meningítica e miliar), já que este é o efeito esperado. Não há ainda, todavia, dados brasileiros suficientemente consistentes para medir esta redução.

MENORES DE 1 ANO VACINADOS
COM BCG - INTRADÉRMICO
BRASIL - 1975 - 83

Gráfico - 6.7



FONTE: Secretarias Estaduais de Saúde / FSESP / Divisão Nacional de Epidemiologia - MS

TABELA 6.8

PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS DE IDADE, POR RECEBIMENTO DA VACINA CONTRA A TUBERCULOSE, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA
BRASIL - 1981

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	PERCENTAGENS DE CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS DE IDADE			
	Total	Recebimento da vacina contra a tuberculose		
		Receberam	Não receberam	Não sabiam informar e sem declaração
TOTAL	100,0	65,9	30,4	3,7
Até 1/4 do salário mínimo ...	100,0	46,4	48,2	5,4
De 1/4 a 1/2 salário mínimo..	100,0	64,8	30,8	4,4
De 1/2 a 1 salário mínimo ...	100,0	78,0	19,5	2,5
Mais de 1 salário mínimo ..	100,0	86,4	12,3	1,3

FONTE - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

NOTAS - (1) Excluídas as crianças residentes em situação rural da Região Norte.

(2) Excluídos pensionistas e empregados domésticos.

(3) Excluídas sem declaração de rendimento.

6.3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados mostram uma melhoria progressiva nos resultados do Programa Nacional de Imunizações ao longo dos anos. Para todas as vacinas consideradas há expressivo aumento das coberturas que vêm sendo obtidas, à medida em que a rede básica de atenção primária à saúde desenvolve-se e que os programas adquirem um nível mais satisfatório de organização.

O resultado mais expressivo, contudo, foi obtido

através de uma estratégia especial - os Dias Nacionais de Vacinação contra a Poliomielite. Graças a este esforço, que vem sendo realizado desde 1980, a poliomielite encontra-se sob controle no Brasil, em todas as regiões e independentemente de variáveis como rendimento familiar, grau de instrução, zona rural ou urbana de residência.

Para as demais doenças a situação não é a mesma. Apesar dos grandes progressos obtidos nos últimos anos, sarampo, coqueluche, difteria e tétano apresentam ainda elevada incidência em quase todas as áreas do País, assim como são frequentes as formas graves da tuberculose. Nenhuma destas doenças está controlada em termos nacionais, nem ao menos próxima desta situação.

São evidentes as desigualdades de coberturas vacinais nas diferentes regiões do Brasil: mais baixas no Norte, no Nordeste e no Centro Oeste do que no Sudeste e no Sul.

Da mesma forma, quando se estudam as variáveis do tipo sócio-econômico, nota-se claramente que nas populações mais pobres e de menor grau de instrução as coberturas vacinais são significativamente mais baixas.

Uma perspectiva de mudanças neste panorama, com a aproximação da situação das vacinas tríplice (DPT) e anti-sarampo daquela alcançada com a antipólio, está na "Multivacinação", programada para 1984.

Juntamente com a vacina antipólio, nos Dias Nacionais de Vacinação, em todo o País, será feita a vacina anti-sarampo.

Na grande maioria das Unidades da Federação será igualmente aplicada a vacina tríplice.

Apenas em alguns Estados das Regiões Sul e Sudeste, por desnecessária, a mesma não será feita.

A aplicação de vacinas anti-sarampo e tríplice em Dias Nacionais de Vacinação não significa o abandono da chamada vacinação de rotina na rede básica de unidades de saúde, mas sim uma alternativa concreta para obtenção de resultados satisfatórios a um prazo relativamente curto, muito especialmente naquelas expressivas parcelas de população que têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e, portanto, aos benefícios dos seus programas.

ANEXO: TABELAS DE INFORMAÇÕES BÁSICAS

BRASIL

1- CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS DA POPULACAO

1.1- MULHERES DE 15 A 49 ANOS DE IDADE E FILHOS TIDOS, SEGUNDO A SITUACAO DO DOMICILIO,
AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E OS GRUPOS DE IDADE

(CONTINUA)

SITUACAO DO DOMICILIO, CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E GRUPOS DE IDADE	MULHERES DE 15 A 49 ANOS DE IDADE		FILHOS TIDOS			
	TOTAL	TIVERAM FILHOS	NASCIDOS VIVOS	NASCIDOS MORTOS	VIVOS NA DATA DO CENSO	NASCIDOS NOS ULTIMOS 12 MESES
TOTAL.....	28 478 005	17 240 154	66 172 926	4 143 851	57 941 891	3 497 423
15 A 19 ANOS.....	6 456 511	683 552	927 523	42 862	826 370	391 894
20 A 24 ANOS.....	5 495 020	2 626 768	5 125 325	253 784	4 613 701	1 036 076
25 A 29 ANOS.....	4 515 573	3 363 144	9 172 531	485 625	8 266 789	939 148
30 A 34 ANOS.....	3 705 412	3 163 032	11 700 680	673 033	10 633 627	599 000
35 A 39 ANOS.....	3 090 626	2 771 367	13 144 787	831 631	11 516 238	340 964
40 A 44 ANOS.....	2 743 554	2 487 796	13 660 476	944 609	11 708 261	144 714
45 A 49 ANOS.....	2 245 321	2 036 813	11 950 265	878 563	10 053 112	28 950
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1).....	6 371 161	4 332 501	22 624 131	1 501 875	19 193 057	1 249 725
15 A 19 ANOS.....	1 561 066	190 623	295 544	11 793	254 939	116 380
20 A 24 ANOS.....	1 049 527	662 173	1 704 191	83 976	1 523 023	306 134
25 A 29 ANOS.....	966 592	852 433	3 326 702	187 491	2 939 995	311 319
30 A 34 ANOS.....	924 277	867 952	4 620 133	284 774	4 011 197	250 750
35 A 39 ANOS.....	811 396	769 915	5 092 440	345 582	4 316 178	173 927
40 A 44 ANOS.....	630 354	592 757	4 458 481	333 996	3 652 662	76 155
45 A 49 ANOS.....	427 949	396 648	3 126 640	254 263	2 485 063	15 060
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO...	6 209 936	4 023 987	16 836 016	1 139 510	14 523 267	891 004
15 A 19 ANOS.....	1 580 489	227 086	310 716	14 590	277 928	132 772
20 A 24 ANOS.....	1 195 630	714 711	1 464 377	77 710	1 312 098	288 044
25 A 29 ANOS.....	932 256	781 373	2 312 282	134 230	2 059 685	217 075
30 A 34 ANOS.....	776 074	703 624	2 854 067	176 416	2 526 632	130 039
35 A 39 ANOS.....	673 396	624 496	3 336 136	226 275	2 893 472	78 609
40 A 44 ANOS.....	590 910	547 966	3 544 263	266 838	2 981 810	36 882
45 A 49 ANOS.....	461 181	424 731	3 014 175	243 451	2 461 642	7 583
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO.....	6 766 876	4 036 967	13 860 218	864 396	12 295 742	698 763
15 A 19 ANOS.....	1 666 893	177 754	219 852	10 825	194 522	97 059
20 A 24 ANOS.....	1 405 856	686 550	1 161 168	56 224	1 050 496	246 717
25 A 29 ANOS.....	1 046 352	798 265	1 852 773	96 387	1 688 462	187 026
30 A 34 ANOS.....	807 360	697 254	2 159 978	122 949	1 958 543	97 682
35 A 39 ANOS.....	679 667	613 725	2 527 684	157 169	2 266 875	46 724
40 A 44 ANOS.....	629 238	575 092	2 994 092	203 225	2 624 449	19 463
45 A 49 ANOS.....	531 510	488 327	2 944 671	217 617	2 512 395	4 092
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	8 904 044	4 739 017	12 361 222	604 326	11 406 032	641 254
15 A 19 ANOS.....	1 648 063	88 089	101 411	5 654	88 981	45 683
20 A 24 ANOS.....	1 844 007	563 334	795 589	35 874	728 084	195 181
25 A 29 ANOS.....	1 570 373	931 073	1 680 774	67 517	1 568 647	223 728
30 A 34 ANOS.....	1 197 701	894 202	2 066 502	88 894	1 937 255	120 529
35 A 39 ANOS.....	926 167	763 231	2 194 527	102 605	2 039 713	41 704
40 A 44 ANOS.....	893 052	771 981	2 663 640	140 550	2 449 340	12 214
45 A 49 ANOS.....	824 681	727 107	2 964 779	163 232	2 594 012	2 215
SEM DECLARACAO.....	225 988	107 682	491 339	33 744	423 793	16 677

1- CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO

1.1- MULHERES DE 15 A 49 ANOS DE IDADE E FILHOS TIÇOS, SEGUNDO A SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO,
AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E OS GRUPOS DE IDADE

(CONTINUA)

SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E GRUPOS DE IDADE	MULHERES DE 15 A 49 ANOS DE IDADE		FILHOS TIÇOS			
	TOTAL	TIVERAM FILHOS	NASCIÇOS VIVOS	NASCIÇOS MORTOS	VIVOS NA DATA DO CENSO	NASCIÇOS NOS *ULTIMOS 12 MESES
URBANA.....	20 424 468	12 150 930	42 722 943	2 540 414	37 606 695	2 204 686
15 A 19 ANOS.....	4 434 830	420 476	549 377	23 556	498 964	237 485
20 A 24 ANOS.....	3 975 433	1 770 818	3 223 501	149 271	2 906 829	671 923
25 A 29 ANOS.....	3 325 649	2 395 979	5 968 358	297 274	5 408 550	627 107
30 A 34 ANOS.....	2 719 495	2 283 079	7 626 581	415 731	6 846 239	380 373
35 A 39 ANOS.....	2 214 338	1 967 431	8 389 984	503 610	7 438 831	190 912
40 A 44 ANOS.....	1 966 378	1 771 941	8 802 416	580 484	7 611 930	73 299
45 A 49 ANOS.....	1 625 990	1 466 231	7 855 624	450 590	6 668 609	13 928
ATE 1/4 DO SALÁRIO MÍNIMO (1).....	2 520 317	1 731 175	8 880 437	596 521	7 435 493	458 106
15 A 19 ANOS.....	616 317	79 560	116 656	4 232	103 992	47 499
20 A 24 ANOS.....	396 838	253 718	632 206	30 306	559 776	111 411
25 A 29 ANOS.....	374 369	333 519	1 287 726	72 199	1 130 695	113 427
30 A 34 ANOS.....	282 234	360 761	1 897 199	117 974	1 631 215	93 489
35 A 39 ANOS.....	331 549	314 788	2 040 409	140 517	1 737 486	61 961
40 A 44 ANOS.....	250 971	234 987	1 727 391	131 958	1 388 271	25 546
45 A 49 ANOS.....	168 039	153 842	1 178 850	99 335	914 058	4 774
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALÁRIO MÍNIMO...	3 908 095	2 591 661	10 893 546	702 467	9 393 448	563 071
15 A 19 ANOS.....	969 399	125 427	173 528	7 306	155 390	73 731
20 A 24 ANOS.....	719 878	437 902	916 940	44 370	822 579	177 594
25 A 29 ANOS.....	604 521	520 363	1 870 715	86 003	1 407 563	144 953
30 A 34 ANOS.....	526 364	487 404	1 984 644	116 407	1 757 293	89 849
35 A 39 ANOS.....	445 697	420 701	2 232 709	144 483	1 934 968	51 344
40 A 44 ANOS.....	369 992	347 579	2 229 619	162 950	1 870 590	21 500
45 A 49 ANOS.....	272 244	252 385	1 785 391	140 948	1 445 159	4 100
MAIS DE 1/2 A 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	5 543 983	3 352 263	11 341 560	681 226	10 072 838	581 132
15 A 19 ANOS.....	1 341 172	139 233	172 013	7 475	152 879	76 468
20 A 24 ANOS.....	1 145 453	566 820	957 211	43 268	867 755	204 526
25 A 29 ANOS.....	873 404	675 469	1 563 971	78 268	1 423 737	159 291
30 A 34 ANOS.....	683 829	596 359	1 831 304	101 031	1 652 488	83 499
35 A 39 ANOS.....	568 115	517 395	2 100 531	125 968	1 885 774	38 806
40 A 44 ANOS.....	512 137	470 524	2 416 542	160 092	2 117 549	15 403
45 A 49 ANOS.....	419 873	386 463	2 307 988	165 124	1 962 656	3 140
MAIS DE 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	8 289 718	4 400 856	11 300 198	540 302	10 428 173	592 718
15 A 19 ANOS.....	1 507 942	76 256	87 180	4 543	76 703	39 788
20 A 24 ANOS.....	1 713 264	512 478	717 144	31 327	656 719	178 392
25 A 29 ANOS.....	1 473 355	866 628	1 548 946	60 804	1 446 555	209 436
30 A 34 ANOS.....	1 127 068	838 555	1 913 434	80 319	1 795 237	113 537
35 A 39 ANOS.....	868 977	714 547	2 016 235	92 642	1 880 703	38 801
40 A 44 ANOS.....	833 278	718 851	2 428 864	125 484	2 235 527	10 850
45 A 49 ANOS.....	765 834	673 541	2 588 395	145 183	2 346 736	1 914
SEM DECLARAÇÃO.....	162 355	74 975	307 202	19 898	266 743	9 659

1- CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO

1.1- MULHERES DE 15 A 49 ANOS DE IDADE E FILHOS TIDOS, SEGUNDO A SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO,
AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E OS GRUPOS DE IDADE

(CONCLUÍDO)

SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E GRUPOS DE IDADE	FILHOS TIDOS					
	TOTAL	TIVERAM FILHOS	NASCIDOS VIVOS	NASCIDOS MORTOS	VIVOS NA DATA DO CENSO	NASCIDOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES
RURAL.....	8 053 537	5 089 224	23 449 983	1 603 437	20 235 196	1 292 737
15 A 19 ANOS.....	2 021 681	263 076	378 146	19 306	337 406	154 409
20 A 24 ANOS.....	1 519 587	855 950	1 901 824	104 513	1 726 872	364 153
25 A 29 ANOS.....	1 189 924	967 165	3 204 173	188 351	2 858 239	312 041
30 A 34 ANOS.....	985 917	879 953	4 074 099	257 302	3 587 388	218 627
35 A 39 ANOS.....	876 288	803 936	4 754 903	328 021	4 107 407	150 052
40 A 44 ANOS.....	777 176	715 855	4 858 060	364 125	4 096 331	71 415
45 A 49 ANOS.....	619 331	570 582	4 094 641	327 973	3 384 503	15 022
ATE 1/4 DO SALÁRIO MÍNIMO (1).....	3 850 844	2 601 326	13 743 694	905 354	11 757 564	791 619
15 A 19 ANOS.....	944 749	111 063	178 888	7 561	160 947	69 882
20 A 24 ANOS.....	652 689	408 455	1 071 985	53 670	963 747	194 723
25 A 29 ANOS.....	592 223	518 914	2 038 976	115 292	1 809 700	197 892
30 A 34 ANOS.....	542 043	507 191	2 722 934	166 800	2 379 982	157 261
35 A 39 ANOS.....	479 847	455 127	3 052 031	205 065	2 608 692	111 966
40 A 44 ANOS.....	379 383	357 770	2 731 090	202 038	2 264 391	50 509
45 A 49 ANOS.....	259 910	242 806	1 947 790	154 928	1 571 005	10 286
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALÁRIO MÍNIMO....	2 301 841	1 432 326	5 942 470	437 043	5 129 819	327 933
15 A 19 ANOS.....	611 090	101 659	137 188	7 284	122 538	59 041
20 A 24 ANOS.....	475 752	276 909	547 437	33 340	489 519	110 450
25 A 29 ANOS.....	327 735	261 010	741 567	48 227	662 122	72 122
30 A 34 ANOS.....	249 710	216 220	869 423	60 009	769 333	40 190
35 A 39 ANOS.....	227 699	203 795	1 103 477	81 792	958 604	27 265
40 A 44 ANOS.....	220 918	200 387	1 314 644	103 888	1 111 227	15 382
45 A 49 ANOS.....	188 937	172 346	1 228 784	102 503	1 016 493	3 443
MAIS DE 1/2 A 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	1 222 893	684 704	2 518 658	183 170	2 222 904	117 631
15 A 19 ANOS.....	325 721	38 521	47 839	3 350	41 643	20 591
20 A 24 ANOS.....	260 403	119 730	203 957	12 956	182 741	42 191
25 A 29 ANOS.....	172 948	122 796	291 802	18 119	264 725	27 735
30 A 34 ANOS.....	123 531	100 995	328 674	21 918	296 055	14 184
35 A 39 ANOS.....	111 552	96 330	427 153	31 201	391 101	7 918
40 A 44 ANOS.....	117 101	104 568	577 550	43 133	506 900	4 060
45 A 49 ANOS.....	111 637	101 864	641 683	52 493	549 739	952
MAIS DE 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	614 326	338 161	1 061 024	64 024	957 859	49 536
15 A 19 ANOS.....	140 121	11 832	14 231	1 111	12 278	5 895
20 A 24 ANOS.....	130 743	50 856	78 445	4 547	71 365	16 780
25 A 29 ANOS.....	97 018	64 445	131 828	6 713	122 092	14 292
30 A 34 ANOS.....	70 633	55 647	153 068	8 575	142 018	6 992
35 A 39 ANOS.....	57 190	48 684	172 292	9 963	159 010	2 903
40 A 44 ANOS.....	59 774	53 130	234 776	15 066	213 920	1 364
45 A 49 ANOS.....	58 847	53 566	276 384	18 049	247 276	301
SEM DECLARAÇÃO.....	63 633	32 707	184 137	13 846	157 350	7 018

FONTES: IABE, CENSO DEMOGRÁFICO DE 1990.
NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADAS DOMÉSTICAS.
(1) INCLUSIVE AS FAMÍLIAS SEM RENDIMENTOS.

BRASIL

2 - UTILIZACAO DOS SERVICOS DE SAUDE

2.1. - PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE QUE UTILIZARAM SERVICOS DE SAUDE NO PERIODO DE REFERENCIA DE 1 MES,
POR TIPO DE ESTABELECIMENTO PROCURADO, SEGUNDO A SITUACAO DO DOMICILIO E AS
CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE QUE UTILIZARAM SERVICOS DE SAUDE NO PERIODO DE REFERENCIA DE 1 MES								
SITUACAO DO DOMICILIO E CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	TOTAL	TIPO DE ESTABELECIMENTO PROCURADO					MAIS DE 1 TIPO	SEM DECLARACAO
		POSTO OU CENTRO DE SAUDE	HOSPITAL PUBLICO	HOSPITAL, CLINICA OU CONSULTORIO PARTICULAR	OUTRO			
TOTAL.....	3 162 269	911 741	723 548	1 255 863	215 076	55 665	376	
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1)....	558 976	235 438	145 065	138 843	33 699	5 555	376	
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO.	721 287	273 084	183 929	202 900	48 897	12 477	-	
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO...	829 023	245 289	204 820	304 184	57 738	16 992	-	
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	1 031 586	150 909	186 328	601 036	73 220	20 093	-	
SEM DECLARACAO.....	21 397	7 021	3 406	8 900	1 522	548	-	
URBANA.....	2 668 755	743 273	629 777	1 084 056	163 585	47 688	376	
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1)....	362 449	148 198	105 351	89 567	14 786	4 171	376	
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO.	567 301	220 704	154 711	152 123	30 307	9 366	-	
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO...	736 004	224 068	185 631	261 057	49 456	15 792	-	
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	984 003	144 541	180 787	572 788	68 076	17 811	-	
SEM DECLARACAO.....	18 998	5 762	3 297	8 521	870	548	-	
RURAL.....	493 514	168 468	93 771	171 807	51 491	7 977	-	
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1)....	196 527	87 240	39 714	49 276	18 913	1 384	-	
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO.	153 986	52 380	29 218	50 777	18 500	3 111	-	
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO...	93 019	21 221	19 189	43 127	8 282	1 200	-	
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	47 583	6 368	5 541	28 248	5 144	2 282	-	
SEM DECLARACAO.....	2 399	1 259	109	379	652	-	-	

FONTE: IBGE, PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICILIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAUDE
NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADOS DOMESTICOS
(1) INCLUSIVE AS FAMILIAS SEM RENDIMENTOS

2 - UTILIZACAO DOS SERVICOS DE SAUDE

2.2 - PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE QUE UTILIZARAM SERVICOS DE SAUDE NO PERIODO DE REFERENCIA DE 1 MES,
POR MOTIVO PELO QUAL PROCURARAM ATENDIMENTO, SEGUNDO A SITUACAO DO DOMICILIO E AS
CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE QUE UTILIZARAM SERVICOS DE SAUDE NO PERIODO DE REFERENCIA DE 1 MES								
SITUACAO DO DOMICILIO E CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	TOTAL	MOTIVO PELO QUAL PROCURARAM ATENDIMENTO						
		DOENCA	ACIDENTE	CONTROLE OU PREVENCAO E VACINACAO	OUTRO	MAIS DE 1 MOTIVO	SEM DECLARACAO	
TOTAL.....	3 162 269	2 340 361	201 380	512 580	55 172	52 453	323	
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1)....	558 976	429 357	36 140	77 932	8 104	7 116	323	
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO..	721 287	542 759	44 562	111 906	10 189	11 871	-	
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO...	829 023	626 864	53 389	119 631	15 344	13 755	-	
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	1 031 586	724 262	66 762	199 895	20 956	19 711	-	
SEM DECLARACAO.....	21 397	17 119	527	3 216	535	-	-	
URBANA.....	2 668 755	1 984 947	171 183	419 251	50 954	42 420	-	
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1)....	362 449	283 787	26 163	40 434	7 109	4 956	-	
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO..	567 301	438 189	34 854	78 237	9 190	7 931	-	
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO...	736 004	559 846	46 520	103 932	14 164	11 542	-	
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	984 003	688 405	63 119	193 432	20 956	18 091	-	
SEM DECLARACAO.....	18 998	14 720	527	3 216	535	-	-	
RURAL.....	493 514	355 414	30 197	93 329	4 214	10 033	323	
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1)....	196 527	145 570	9 977	37 498	999	2 160	323	
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO..	153 986	104 570	9 708	33 669	1 999	4 040	-	
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO...	93 019	67 018	6 869	15 699	1 220	2 213	-	
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	47 583	35 857	3 643	6 463	-	1 620	-	
SEM DECLARACAO.....	2 399	2 399	-	-	-	-	-	

 FONTE: IBGE. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICILIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAUDE
 NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADOS DOMESTICOS
 (1) INCLUSIVE AS FAMILIAS SEM RENDIMENTOS

BRASIL

2 - UTILIZACAO DOS SERVICOS DE SAUDE

2.3 - PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE QUE UTILIZARAM SERVICOS DE SAUDE DA REDE PRIVADA NO PERIODO DE 1 MES,
POR CONDICAO DE UTILIZACAO DO SERVICO, SEGUNDO A SITUACAO DO DOMICILIO E AS
CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE QUE UTILIZARAM SERVICOS DE SAUDE NO PERIODO DE REFERENCIA DE 1 MES							
SITUACAO DO DOMICILIO E CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	TOTAL	CONDICAO DE UTILIZACAO DO SERVICO					
		PARTICULAR	PREVIDENCIA OFICIAL	SISTEMA DE PRE-PAGAMENTO E DO EMPREGADOR	OUTRA	MAIS DE 1 TIPO	SEM DECLARACAO
TOTAL.....	1 477 846	557 052	554 221	285 958	65 145	9 687	5 783
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1)....	167 458	55 559	83 446	6 823	18 832	2 118	680
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO.	253 442	78 077	138 705	19 500	15 102	1 188	870
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO...	363 450	98 093	178 833	70 317	14 809	707	691
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	683 396	321 725	150 093	187 204	15 810	5 674	2 890
SEM DECLARACAO.....	10 100	3 598	3 144	2 114	592	-	652
URBANA.....	1 253 828	461 363	468 092	270 046	41 678	8 599	4 050
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1)....	100 298	23 401	62 375	4 838	6 886	2 118	680
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO.	184 263	45 927	112 115	16 632	7 956	763	870
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO...	311 446	80 599	153 324	65 639	11 135	384	365
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	648 752	307 838	137 513	180 823	15 109	5 334	2 135
SEM DECLARACAO.....	9 069	3 598	2 765	2 114	592	-	-
RURAL.....	224 018	95 689	86 129	15 912	23 467	1 088	1 733
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1)....	67 160	32 158	21 071	1 985	11 946	-	-
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO.	69 179	32 150	26 590	2 868	7 146	425	-
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO...	52 004	17 494	25 509	4 678	3 674	323	326
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	34 644	13 887	12 580	6 381	701	340	755
SEM DECLARACAO.....	1 031	-	379	-	-	-	652

 FONTE: IBGE, PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICILIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAUDE
 NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADOS DOMESTICOS
 (1) INCLUSIVE AS FAMILIAS SEM RENDIMENTOS

3 - ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

3.1 - MULHERES QUE TIVERAM FILHOS NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR NÚMERO DE ATENDIMENTOS PRÉ-NATAIS, SEGUNDO A SITUAÇÃO DO DOMÍLIO E AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

SITUAÇÃO DO DOMÍLIO E CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	MULHERES QUE TIVERAM FILHOS NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES					
	TOTAL	NÚMERO DE ATENDIMENTOS PRÉ-NATAIS				
		NENHUM	1 ATENDIMENTO	2 A 5 ATENDIMENTOS	6 ATENDIMENTOS OU MAIS	
TOTAL.....	3 236 975	819 656	166 295	936 788	1 309 952	4 284
ATE 1/4 DO SALÁRIO MÍNIMO (1).....	1 059 054	494 101	89 677	303 660	170 164	1 452
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALÁRIO MÍNIMO..	792 080	219 281	42 564	269 010	260 852	373
MAIS DE 1/2 A 1 SALÁRIO MÍNIMO....	704 752	85 532	23 312	217 861	377 096	951
MAIS DE 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	667 416	18 015	10 041	142 956	494 876	1 508
SEM DECLARAÇÃO.....	13 673	2 727	701	3 301	6 944	-
URBANA.....	2 205 413	290 850	80 355	654 995	1 175 374	3 839
ATE 1/4 DO SALÁRIO MÍNIMO (1).....	461 102	131 390	32 612	164 183	131 910	1 007
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALÁRIO MÍNIMO..	520 762	96 921	21 862	185 464	216 142	373
MAIS DE 1/2 A 1 SALÁRIO MÍNIMO....	585 338	47 725	16 770	173 277	346 615	951
MAIS DE 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	629 035	14 221	8 787	129 105	476 414	1 508
SEM DECLARAÇÃO.....	9 176	593	324	2 966	5 293	-
RURAL.....	1 031 562	528 806	85 940	281 793	134 578	445
ATE 1/4 DO SALÁRIO MÍNIMO (1).....	597 952	362 711	57 065	139 477	38 254	445
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALÁRIO MÍNIMO..	271 318	122 360	20 702	83 546	44 710	-
MAIS DE 1/2 A 1 SALÁRIO MÍNIMO....	119 414	37 807	6 542	44 584	37 481	-
MAIS DE 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	38 381	3 794	1 254	13 851	19 482	-
SEM DECLARAÇÃO.....	4 497	2 134	377	335	1 651	-

 FONTE: IBGE. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMÍLIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAÚDE
 NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADAS DOMÉSTICAS
 (1) INCLUSIVE AS FAMÍLIAS SEM RENDIMENTOS

3 - ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

3.2 - MULHERES QUE TIVERAM FILHOS EM HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR TIPO DE PARTO,
SEGUNDO A SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA
E OS ANOS DE ESTUDO

(CONTINUA)

SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E ANOS DE ESTUDO	MULHERES QUE TIVERAM FILHOS EM HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES			
	TOTAL	TIPO DE PARTO		
		NORMAL	CESARIANA	SEM DECLARAÇÃO
TOTAL.....	2 579 144	1 776 896	797 350	4 898
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	377 909	311 037	66 096	776
1 A 4 ANOS.....	1 178 485	864 951	311 094	2 440
5 ANOS E MAIS.....	1 007 689	593 119	412 888	1 682
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	4 027	1 410	2 617	-
ATE 1/4 DO SALÁRIO MÍNIMO (1).....	624 047	517 004	106 037	1 006
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	192 758	163 809	28 614	335
1 A 4 ANOS.....	333 047	278 652	54 060	335
5 ANOS E MAIS.....	98 135	74 436	23 363	336
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	107	107	-	-
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALÁRIO MÍNIMO.....	634 501	476 752	155 547	2 202
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	121 498	97 610	23 553	335
1 A 4 ANOS.....	371 239	278 891	90 762	1 586
5 ANOS E MAIS.....	141 009	99 806	40 922	281
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	755	445	310	-
MAIS DE 1/2 A 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	653 044	442 789	209 940	315
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	56 085	44 438	11 541	106
1 A 4 ANOS.....	319 871	217 753	101 909	209
5 ANOS E MAIS.....	275 945	180 326	95 619	-
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	1 143	272	871	-
MAIS DE 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	656 518	333 972	321 171	1 375
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	7 568	5 180	2 388	-
1 A 4 ANOS.....	154 328	89 655	64 363	310
5 ANOS E MAIS.....	492 600	238 551	252 984	1 065
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	2 022	586	1 436	-
SEM DECLARAÇÃO.....	11 034	6 379	4 655	-

3 - ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

3.2 - MULHERES QUE TIVERAM FILHOS EM HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR TIPO DE PARTO, SEGUNDO A SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E OS ANOS DE ESTUDO

(CONTINUA)

MULHERES QUE TIVERAM FILHOS EM HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES				
SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E ANOS DE ESTUDO	TOTAL	TIPO DE PARTO		
		NORMAL	CESARIANA	SEM DECLARAÇÃO
URBANA.....	2 024 141	1 336 624	684 063	3 454
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	226 660	182 547	43 672	441
1 A 4 ANOS.....	858 039	608 572	248 136	1 331
5 ANOS E MAIS.....	927 120	538 851	386 587	1 682
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	3 650	1 410	2 240	-
ATE 1/4 DO SALÁRIO MÍNIMO (II).....	367 604	298 012	69 256	336
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	98 999	83 831	15 168	-
1 A 4 ANOS.....	187 101	154 037	33 064	-
5 ANOS E MAIS.....	81 397	60 037	21 024	336
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	107	107	-	-
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALÁRIO MÍNIMO.....	465 999	344 539	120 032	1 428
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	77 980	61 023	16 622	335
1 A 4 ANOS.....	263 756	197 084	65 860	812
5 ANOS E MAIS.....	123 508	85 987	37 240	281
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	755	445	310	-
MAIS DE 1/2 A 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	561 676	378 022	183 339	315
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	44 255	34 655	9 494	106
1 A 4 ANOS.....	267 368	177 518	89 641	209
5 ANOS E MAIS.....	249 287	165 577	83 710	-
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	766	272	494	-
MAIS DE 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	620 190	310 807	308 008	1 375
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	5 426	3 038	2 388	-
1 A 4 ANOS.....	139 814	79 933	59 571	310
5 ANOS E MAIS.....	472 928	227 250	244 613	1 065
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	2 022	586	1 436	-
SEM DECLARAÇÃO.....	8 672	5 244	3 428	-

3 - ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

3.2 - MULHERES QUE TIVERAM FILHOS EM HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR TIPO DE PARTO, SEGUNDO A SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E OS ANOS DE ESTUDO

(CONCLUÍDO)

SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E ANOS DE ESTUDO	MULHERES QUE TIVERAM FILHOS EM HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES			
	TOTAL	TIPO DE PARTO		
		NORMAL	CESARIANA	SEM DECLARAÇÃO
RURAL.....	555 003	440 272	113 287	1 444
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	151 249	128 490	22 424	335
1 A 4 ANOS.....	320 446	256 379	62 958	1 109
5 ANOS E MAIS.....	80 569	54 268	26 301	-
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	377	-	377	-
ATÉ 1/4 DO SALÁRIO MÍNIMO (1).....	256 443	218 992	36 781	670
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	93 759	79 978	13 446	335
1 A 4 ANOS.....	145 946	124 615	20 996	335
5 ANOS E MAIS.....	16 738	14 399	2 339	-
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	-	-	-	-
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALÁRIO MÍNIMO.....	168 502	132 213	35 515	774
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	43 518	36 587	6 931	-
1 A 4 ANOS.....	107 483	81 807	24 902	774
5 ANOS E MAIS.....	17 501	13 819	3 682	-
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	-	-	-	-
MAIS DE 1/2 A 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	91 368	64 767	26 601	-
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	11 830	9 783	2 047	-
1 A 4 ANOS.....	52 503	40 235	12 268	-
5 ANOS E MAIS.....	26 658	14 749	11 909	-
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	377	-	377	-
MAIS DE 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	36 328	23 165	13 163	-
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	2 142	2 142	-	-
1 A 4 ANOS.....	14 514	9 722	4 792	-
5 ANOS E MAIS.....	19 672	11 301	8 371	-
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	-	-	-	-
SEM DECLARAÇÃO.....	2 362	1 135	1 227	-

 FONTE: IBGE, PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAÚDE
 NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADAS DOMÉSTICAS
 (1) INCLUSIVE AS FAMÍLIAS SEM RENDIMENTOS

3 - ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

3.3 - MULHERES QUE TIVERAM FILHOS EM HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR TIPO DE PARTO, SEGUNDO A SITUAÇÃO DO DOMÍLIO E O NÚMERO DE ATENDIMENTOS PRE-NATAIS

SITUAÇÃO DO DOMÍLIO E NÚMERO DE ATENDIMENTOS PRE-NATAIS	MULHERES QUE TIVERAM FILHOS EM HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES			
	TOTAL	TIPO DE PARTO		
		NORMAL	CESARIANA	SEM DECLARAÇÃO
TOTAL.....	2 579 144	1 776 896	797 350	4 898
NENHUM ATENDIMENTO.....	376 839	330 004	46 086	749
1 ATENDIMENTO.....	110 278	89 385	20 893	-
2 A 5 ATENDIMENTOS.....	809 446	591 066	215 897	2 483
6 ATENDIMENTOS OU MAIS.....	1 279 078	764 996	513 175	907
SEM DECLARAÇÃO.....	3 503	1 445	1 299	759
URBANA.....	2 024 141	1 336 624	684 063	3 454
NENHUM ATENDIMENTO.....	197 737	171 531	25 896	310
1 ATENDIMENTO.....	67 161	53 313	13 848	-
2 A 5 ATENDIMENTOS.....	602 283	428 701	172 104	1 478
6 ATENDIMENTOS OU MAIS.....	1 153 792	681 969	470 916	907
SEM DECLARAÇÃO.....	3 168	1 110	1 299	759
RURAL.....	555 003	440 272	113 287	1 444
NENHUM ATENDIMENTO.....	179 102	158 473	20 190	439
1 ATENDIMENTO.....	43 117	36 072	7 045	-
2 A 5 ATENDIMENTOS.....	207 163	162 365	43 793	1 005
6 ATENDIMENTOS OU MAIS.....	125 286	83 027	42 259	-
SEM DECLARAÇÃO.....	335	335	-	-

 FONTE: IABE. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMÍLIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAÚDE
 NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADAS DOMÉSTICAS

BRASIL

3 - ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

3.5 - MULHERES QUE TIVERAM FILHOS POR PARTO NORMAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR LOCAL DO PARTO, SEGUNDO A SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO E AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

MULHERES QUE TIVERAM FILHOS POR PARTO NORMAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES						
SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO E CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	TOTAL	LOCAL DO PARTO				
		HOSPITAL	DOMICÍLIO	OUTRO	SEM DECLARAÇÃO	
TOTAL.....	2 434 612	1 776 896	648 181	9 369	167	
ATE 1/4 DO SALÁRIO MÍNIMO (1).....	952 010	517 004	429 628	5 211	167	
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALÁRIO MÍNIMO...	634 331	476 752	155 982	1 597	-	
MAIS DE 1/2 A 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	494 383	442 789	49 369	2 225	-	
MAIS DE 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	344 870	333 972	10 563	335	-	
SEM DECLARAÇÃO.....	9 018	6 379	2 639	-	-	
URBANA.....	1 518 117	1 336 624	177 977	3 516	-	
ATE 1/4 DO SALÁRIO MÍNIMO (1).....	391 845	298 012	91 916	1 917	-	
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALÁRIO MÍNIMO...	399 302	344 539	54 428	335	-	
MAIS DE 1/2 A 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	401 570	378 022	22 619	929	-	
MAIS DE 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	319 652	310 807	8 510	335	-	
SEM DECLARAÇÃO.....	5 748	5 244	504	-	-	
RURAL.....	916 495	440 272	470 204	5 852	167	
ATE 1/4 DO SALÁRIO MÍNIMO (1).....	560 165	218 992	337 712	3 294	167	
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALÁRIO MÍNIMO...	235 029	132 213	101 554	1 262	-	
MAIS DE 1/2 A 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	92 813	64 767	26 750	1 296	-	
MAIS DE 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	25 218	23 165	2 053	-	-	
SEM DECLARAÇÃO.....	3 270	1 135	2 135	-	-	

 FONTE: IBGE, PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAÚDE
 NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADAS DOMÉSTICAS
 (1) INCLUSIVE AS FAMÍLIAS SEM RENDIMENTOS

3 - ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

3.6 - MULHERES QUE TIVERAM FILHOS FORA DO HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR PESSOA QUE ATENDEU AO PARTO, SEGUNDO A SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO E AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO E CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	MULHERES QUE TIVERAM FILHOS FORA DO HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES					
	TOTAL	PESSOA QUE ATENDEU AO PARTO				
		MEDICO	ENFERMEIRA	PARTEIRA	OUTRA	SEM DECLARAÇÃO
TOTAL.....	657 716	3 063	19 072	554 524	77 671	3 386
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1).....	435 006	993	11 575	369 312	51 002	2 124
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO.....	157 579	990	4 723	133 071	19 402	393
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO.....	51 594	106	1 543	42 342	6 734	869
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	10 898	974	895	7 873	1 156	-
SEM DECLARAÇÃO.....	2 639	-	336	1 926	377	-
URBANA.....	181 493	2 405	11 068	149 113	17 865	1 042
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1).....	93 833	670	6 114	78 742	8 026	281
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO.....	54 763	655	3 046	45 157	5 678	227
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO.....	23 548	106	1 012	18 555	3 341	534
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	8 845	974	560	6 491	920	-
SEM DECLARAÇÃO.....	504	-	336	168	-	-
RURAL.....	476 223	658	8 004	405 411	59 806	2 344
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1).....	341 173	323	5 461	290 570	42 976	1 843
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO.....	102 816	335	1 677	87 914	12 724	166
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO.....	28 046	-	531	23 787	3 393	335
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	2 053	-	335	1 382	336	-
SEM DECLARAÇÃO.....	2 135	-	-	1 758	377	-

 FONTE: IBGE. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAÚDE
 NOTA: EXCLUSIVE PENSONISTAS E EMPREGADAS DOMESTICAS
 (1) INCLUSIVE AS FAMILIAS SEM RENDIMENTOS

4 - ALEITAMENTO MATERNO

4.2 - CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES, POR ALEITAMENTO MATERNO, SEGUNDO A SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, CONDIÇÃO DE ATIVIDADE DAS MÃES NA SEMANA DE REFERÊNCIA E OS GRUPOS DE IDADE DAS CRIANÇAS

CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES						
SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, CONDIÇÃO DE ATIVIDADE DAS MÃES E GRUPOS DE IDADE DAS CRIANÇAS	TOTAL	ALEITAMENTO MATERNO				
		NUNCA FORAM AMAMENTADAS	FORAM MAS NÃO ESTAVAM SENDO MAIS	AINDA ESTAVAM SENDO AMAMENTADAS	SEM DECLARAÇÃO	
TOTAL.....	3 083 846	421 812	1 135 665	1 526 369	-	
ATE 3 MESES.....	1 135 975	142 352	202 857	790 766	-	
4 A 6 MESES.....	797 191	112 484	342 138	342 569	-	
7 A 11 MESES.....	1 150 680	166 976	590 670	393 034	-	
ECONOMICAMENTE ATIVAS.....	721 587	106 645	300 035	314 907	-	
ATE 3 MESES.....	237 507	30 298	49 573	157 636	-	
4 A 6 MESES.....	196 255	32 115	88 931	75 209	-	
7 A 11 MESES.....	287 825	44 232	161 531	82 062	-	
NÃO ECONOMICAMENTE ATIVAS.....	2 362 259	315 167	835 630	1 211 462	-	
ATE 3 MESES.....	898 468	112 054	153 284	633 130	-	
4 A 6 MESES.....	600 936	80 369	253 207	267 360	-	
7 A 11 MESES.....	862 855	122 744	429 139	310 972	-	
URBANA.....	2 114 987	309 487	859 780	945 720	-	
ATE 3 MESES.....	749 414	103 607	149 108	496 699	-	
4 A 6 MESES.....	560 965	82 977	266 792	211 196	-	
7 A 11 MESES.....	804 608	122 903	443 880	237 825	-	
ECONOMICAMENTE ATIVAS.....	522 301	82 023	238 200	202 078	-	
ATE 3 MESES.....	170 362	24 706	37 435	108 221	-	
4 A 6 MESES.....	141 265	23 387	70 971	46 907	-	
7 A 11 MESES.....	210 674	33 930	129 794	46 950	-	
NÃO ECONOMICAMENTE ATIVAS.....	1 592 686	227 464	621 580	743 642	-	
ATE 3 MESES.....	579 052	78 901	111 673	388 478	-	
4 A 6 MESES.....	419 700	59 590	195 821	164 289	-	
7 A 11 MESES.....	593 934	88 973	314 086	190 875	-	
RURAL.....	968 859	112 325	275 885	580 649	-	
ATE 3 MESES.....	386 561	38 745	53 749	294 067	-	
4 A 6 MESES.....	236 226	29 507	75 346	131 373	-	
7 A 11 MESES.....	346 072	44 073	146 790	155 209	-	
ECONOMICAMENTE ATIVAS.....	199 286	24 622	61 835	112 829	-	
ATE 3 MESES.....	67 145	5 592	12 138	49 415	-	
4 A 6 MESES.....	54 990	8 728	17 960	28 302	-	
7 A 11 MESES.....	77 151	10 302	31 737	35 112	-	
NÃO ECONOMICAMENTE ATIVAS.....	769 573	87 703	214 050	467 820	-	
ATE 3 MESES.....	319 416	33 153	41 611	244 652	-	
4 A 6 MESES.....	181 236	20 779	57 386	103 071	-	
7 A 11 MESES.....	268 921	33 771	115 053	120 097	-	

FONTE: IBGE, PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - PNAO-1981 - SUPLEMENTO SAÚDE

4 - ALEITAMENTO MATERNO,

4.3 - CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES, POR ALEITAMENTO MATERNO,
SEGUNDO A SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR
PER CAPITA E OS GRUPOS DE IDADE

(CONTINUA)

SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E GRUPOS DE IDADE	TOTAL	CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES				
		ALEITAMENTO MATERNO				
		* NUNCA FORAM * AMAMENTADAS	* FORAM MAS * NÃO ESTAVAM * SENDO MAIS	* AINDA * ESTAVAM SENDO * AMAMENTADAS	* SEM * DECLARAÇÃO	
TOTAL.....	3 083 085	421 759	1 135 066	1 526 263	-	
ATE 3 MESES.....	1 131 297	141 611	201 882	787 804	-	
4 A 6 MESES.....	791 570	111 949	339 425	340 196	-	
7 A 11 MESES.....	1 146 956	166 976	588 789	391 191	-	
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1).....	997 093	119 293	280 515	597 285	-	
ATE 3 MESES.....	391 815	45 639	47 462	298 714	-	
4 A 6 MESES.....	251 776	31 037	82 438	138 301	-	
7 A 11 MESES.....	353 502	42 617	150 615	160 270	-	
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO...	753 720	109 449	257 801	386 470	-	
ATE 3 MESES.....	279 831	32 963	49 498	197 370	-	
4 A 6 MESES.....	202 014	32 244	77 930	91 840	-	
7 A 11 MESES.....	271 875	44 242	130 373	97 260	-	
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO....	674 762	95 643	278 378	300 741	-	
ATE 3 MESES.....	236 406	30 853	52 035	153 518	-	
4 A 6 MESES.....	169 323	25 127	78 614	65 582	-	
7 A 11 MESES.....	269 033	39 663	147 729	81 641	-	
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	644 248	96 151	313 402	234 695	-	
ATE 3 MESES.....	223 245	32 156	52 887	138 202	-	
4 A 6 MESES.....	168 457	23 541	100 443	44 473	-	
7 A 11 MESES.....	252 546	40 454	160 072	52 020	-	
SEM DECLARAÇÃO.....	13 262	1 223	4 970	7 069	-	

4 - ALEITAMENTO MATERNO

4.3 - CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES, POR ALEITAMENTO MATERNO,
SEGUNDO A SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR
PER CAPITA E OS GRUPOS DE IDADE

(CONTINUA)

SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E GRUPOS DE IDADE	CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES				
	TOTAL	ALEITAMENTO MATERNO			
		* NUNCA FORAM AMAMENTADAS	* FORAM MAS NÃO ESTAVAM SENDO MAIS	* AINDA ESTAVAM SENDO AMAMENTADAS	* SEM DECLARAÇÃO
URBANA.....	2 114 226	309 434	859 181	945 611	-
ATE 3 MESES.....	746 590	102 866	148 133	495 591	-
4 A 6 MESES.....	557 843	82 873	264 846	210 124	-
7 A 11 MESES.....	800 884	122 903	441 999	235 982	-
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1).....	436 495	60 011	145 318	231 166	-
ATE 3 MESES.....	163 647	23 582	23 197	116 868	-
4 A 6 MESES.....	116 488	14 558	48 524	53 406	-
7 A 11 MESES.....	156 360	21 871	73 597	60 892	-
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO...	496 190	74 785	178 294	243 611	-
ATE 3 MESES.....	179 869	22 927	32 611	124 331	-
4 A 6 MESES.....	136 078	22 455	51 772	61 851	-
7 A 11 MESES.....	180 243	28 903	93 911	57 429	-
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO....	563 353	83 386	233 281	246 684	-
ATE 3 MESES.....	196 096	26 753	43 835	125 508	-
4 A 6 MESES.....	144 659	22 760	69 303	52 596	-
7 A 11 MESES.....	222 598	33 873	120 143	68 582	-
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	609 279	90 960	298 085	220 234	-
ATE 3 MESES.....	206 978	29 604	48 490	128 884	-
4 A 6 MESES.....	160 618	23 100	95 247	42 271	-
7 A 11 MESES.....	241 683	38 256	154 348	49 079	-
SEM DECLARAÇÃO.....	8 909	792	4 203	3 914	-

4 - ALEITAMENTO MATERNO

4.3 - CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES, POR ALEITAMENTO MATERNO,
SEGUNDO A SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR
PER CAPITA E OS GRUPOS DE IDADE

(CONCLUSÃO)

SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E GRUPOS DE IDADE	TOTAL	ALEITAMENTO MATERNO				SEM DECLARAÇÃO
		NUNCA FORAM AMAMENTADAS	FORAM MAS NÃO ESTAVAM SENDO MAIS	AINDA ESTAVAM SENDO AMAMENTADAS		
RURAL.....	968 859	112 325	275 885	583 549	-	
ATE 3 MESES.....	384 707	38 745	53 749	292 213	-	
4 A 6 MESES.....	233 727	29 076	74 579	130 072	-	
7 A 11 MESES.....	346 072	44 073	146 790	155 209	-	
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1).....	560 598	59 282	135 197	366 119	-	
ATE 3 MESES.....	228 168	22 057	24 265	181 846	-	
4 A 6 MESES.....	135 288	14 479	33 914	84 895	-	
7 A 11 MESES.....	197 142	20 746	77 018	99 378	-	
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO...	257 530	35 164	79 507	142 859	-	
ATE 3 MESES.....	99 962	10 036	16 887	73 039	-	
4 A 6 MESES.....	65 936	9 789	26 158	29 989	-	
7 A 11 MESES.....	91 632	15 339	36 462	39 831	-	
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO....	111 409	12 257	45 097	54 055	-	
ATE 3 MESES.....	40 310	4 100	9 200	28 010	-	
4 A 6 MESES.....	24 664	2 367	9 311	12 986	-	
7 A 11 MESES.....	46 435	5 790	27 586	13 059	-	
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	34 969	5 191	15 317	14 461	-	
ATE 3 MESES.....	16 267	2 552	4 397	9 319	-	
4 A 6 MESES.....	7 839	441	5 196	2 202	-	
7 A 11 MESES.....	10 863	2 198	5 724	2 941	-	
SEM DECLARAÇÃO.....	4 353	431	767	3 155	-	

FONTE: IBGE. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAÚDE

NOTA: EXCLUSIVE FILHOS DE PENSIONISTAS E EMPREGADAS DOMESTICAS

(1) INCLUSIVE AS FAMILIAS SEM RENDIMENTOS

4 - ALEITAMENTO MATERNO

4.4 - CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES, POR ALEITAMENTO MATERNO,
SEGUNDO A SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, ANOS DE ESTUDO DAS MÃES
E OS GRUPOS DE IDADE DAS CRIANÇAS

CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES						
SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO, ANOS DE ESTUDO DAS MÃES E GRUPOS DE IDADE DAS CRIANÇAS	TOTAL	ALEITAMENTO MATERNO				SEM DECLARAÇÃO
		NUNCA FORAM AMAMENTADAS	FORAM MAS NÃO ESTAVAM SENDO MAIS	AINDA ESTAVAM SENDO AMAMENTADAS		
TOTAL.....	3 083 846	421 812	1 135 665	1 525 369	-	
ATE 3 MESES.....	1 134 669	142 352	202 155	790 162	-	
4 A 6 MESES.....	796 585	112 484	341 641	342 460	-	
7 A 11 MESES.....	1 148 771	166 976	589 190	392 605	-	
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	652 748	85 181	169 028	399 539	-	
ATE 3 MESES.....	250 592	29 957	25 511	195 124	-	
4 A 6 MESES.....	164 358	25 991	48 684	89 683	-	
7 A 11 MESES.....	237 798	29 233	93 833	114 732	-	
1 A 4 ANOS DE ESTUDO.....	1 412 717	197 472	486 860	728 385	-	
ATE 3 MESES.....	528 491	67 371	89 390	371 730	-	
4 A 6 MESES.....	366 211	53 801	142 962	169 448	-	
7 A 11 MESES.....	518 015	76 300	254 508	187 207	-	
5 ANOS E MAIS.....	1 014 560	139 159	478 098	397 303	-	
ATE 3 MESES.....	355 586	45 024	87 254	223 308	-	
4 A 6 MESES.....	266 016	32 692	149 995	83 329	-	
7 A 11 MESES.....	392 958	61 443	240 849	90 666	-	
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	3 821	-	2 679	1 142	-	
URBANA.....	2 114 987	309 487	859 780	945 720	-	
ATE 3 MESES.....	748 599	103 607	148 785	496 207	-	
4 A 6 MESES.....	560 359	82 977	266 295	211 087	-	
7 A 11 MESES.....	803 039	122 903	442 740	237 396	-	
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	278 465	43 906	79 998	154 561	-	
ATE 3 MESES.....	103 523	16 348	11 083	76 092	-	
4 A 6 MESES.....	71 655	11 827	24 837	34 991	-	
7 A 11 MESES.....	103 287	15 731	44 078	43 478	-	
1 A 4 ANOS DE ESTUDO.....	908 309	137 774	337 905	432 630	-	
ATE 3 MESES.....	321 875	46 363	57 118	218 394	-	
4 A 6 MESES.....	245 800	40 135	103 377	102 288	-	
7 A 11 MESES.....	340 634	51 276	177 410	111 948	-	
5 ANOS E MAIS.....	925 223	127 807	439 917	357 499	-	
ATE 3 MESES.....	323 201	40 896	80 584	201 721	-	
4 A 6 MESES.....	242 904	31 015	139 081	73 808	-	
7 A 11 MESES.....	359 118	55 896	221 252	81 970	-	
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	2 990	-	1 960	1 030	-	
RURAL.....	968 859	112 325	275 885	580 649	-	
ATE 3 MESES.....	386 070	38 745	53 370	293 955	-	
4 A 6 MESES.....	236 226	29 507	75 346	131 373	-	
7 A 11 MESES.....	345 732	44 073	146 450	155 209	-	
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	374 283	41 275	98 030	244 978	-	
ATE 3 MESES.....	147 069	13 609	14 428	119 032	-	
4 A 6 MESES.....	92 703	14 164	23 847	54 692	-	
7 A 11 MESES.....	134 511	13 502	49 755	71 254	-	
1 A 4 ANOS DE ESTUDO.....	504 408	59 698	148 955	295 755	-	
ATE 3 MESES.....	206 616	21 008	32 272	153 336	-	
4 A 6 MESES.....	120 411	13 666	39 585	67 160	-	
7 A 11 MESES.....	177 381	25 024	77 098	75 259	-	
5 ANOS E MAIS.....	89 337	11 352	38 181	39 804	-	
ATE 3 MESES.....	32 385	4 129	6 670	21 587	-	
4 A 6 MESES.....	23 112	1 677	11 914	9 521	-	
7 A 11 MESES.....	33 840	5 547	19 597	8 696	-	
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	831	-	719	112	-	

BRASIL

5- MORBIDADE

5.1- PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE, COM DISCRIMINAÇÃO DAQUELAS QUE TIVERAM PROBLEMAS DE SAÚDE NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 2 SEMANAS, POR TIPO DE PROBLEMA, SEGUNDO A SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO E OS GRUPOS DE IDADE

SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO E GRUPOS DE IDADE	PESSOAS MENORES DE 15 ANOS	TOTAL	PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE QUE TIVERAM PROBLEMAS DE SAÚDE NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 2 SEMANAS					SEM DECLARAÇÃO
			DOENÇA	DENTÁRIO	ACIDENTE OU FERTIMENTO	MAIS DE UM TIPO DE PROBLEMA		
TOTAL.....	45 012 107	2 573 595	2 337 745	80 501	153 607	1 742	-	
ATE 3 ANOS.....	12 858 911	1 019 244	984 583	6 069	27 672	920	-	
4 A 6 ANOS.....	9 135 968	485 727	452 550	5 933	26 908	336	-	
7 A 14 ANOS.....	23 017 228	1 068 624	900 612	68 499	99 027	486	-	
URBANA.....	30 042 459	2 047 119	1 863 489	63 132	119 092	1 406	-	
ATE 3 ANOS.....	8 688 566	834 231	806 145	5 288	21 878	920	-	
4 A 6 ANOS.....	6 013 363	400 545	372 916	5 219	22 410	-	-	
7 A 14 ANOS.....	15 340 530	812 343	684 428	52 625	74 804	486	-	
RURAL.....	14 969 648	526 476	474 256	17 369	34 515	336	-	
ATE 3 ANOS.....	4 170 345	185 013	178 438	781	5 794	-	-	
4 A 6 ANOS.....	3 122 605	85 182	79 634	714	4 498	336	-	
7 A 14 ANOS.....	7 676 698	256 281	216 184	15 874	24 223	-	-	

 FONTE: IBGE, PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - PNAD-1991 - SUPLEMENTO SAÚDE

5 - MORBIDADE

5.2 - PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE, COM DISCRIMINACO DAQUELAS QUE TIVERAM PROBLEMAS DE SAUDE NO PERIODO DE REFERENCIA DE 2 SEMANAS, POR TIPO DE PROBLEMA, SEGUNDO A SITUACO DO DOMICILIO E AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

SITUACO DO DOMICILIO E CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	PESSOAS MENORES DE 15 ANOS	TOTAL	PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE QUE TIVERAM PROBLEMAS DE SAUDE NO PERIODO DE REFERENCIA DE 2 SEMANAS				
			TIPO DE PROBLEMA				
			DOENCA	DENTARIO	ACIDENTE OU FERIMENTO	MAIS DE UM TIPO DE PROBLEMA	SEM DECLARACO
TOTAL.....	44 926 216	2 572 225	2 336 533	80 343	153 607	1 742	
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1)....	14 269 530	565 621	514 499	17 372	33 635	115	
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO.	12 199 811	641 091	577 752	24 795	38 490	54	
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO...	9 910 464	676 474	611 734	22 336	41 692	712	
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	8 266 250	669 186	614 439	14 618	39 268	861	
SEM DECLARACO.....	280 161	19 853	18 109	1 222	522	-	
URBANA.....	29 966 642	2 046 085	1 862 613	62 974	119 092	1 406	
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1)....	6 013 637	328 273	296 011	12 515	19 632	115	
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO.	7 938 265	481 288	437 747	16 649	26 939	54	
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO...	8 128 748	586 026	531 962	18 861	34 827	376	
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	7 679 274	635 524	583 663	13 727	37 273	861	
SEM DECLARACO.....	206 718	14 974	13 230	1 222	522	-	
RURAL.....	14 959 574	526 140	473 920	17 369	34 515	336	
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1)....	8 255 893	237 348	218 488	4 857	14 003	-	
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO.	4 261 546	159 803	140 005	8 146	11 652	-	
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO...	1 781 716	90 448	79 772	3 475	6 865	336	
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	586 976	33 662	30 776	891	1 995	-	
SEM DECLARACO.....	73 443	4 879	4 879	-	-	-	

FONTE: IBGE, PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICILIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAUDE
 NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADOS DOMESTICOS
 (1) INCLUSIVE AS FAMILIAS SEM RENDIMENTOS

1- CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS DA POPULACAO

1.1- MULHERES DE 15 A 49 ANOS DE IDADE RESIDENTES EM AREA URBANA E FILHOS TIDOS, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E OS GRUPOS DE IDADE

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E GRUPOS DE IDADE	MULHERES DE 15 A 49 ANOS DE IDADE		FILHOS TIDOS			
	TOTAL	TIVERAM FILHOS	NASCIDOS VIVOS	NASCIDOS MORTOS	VIVOS NA DATA DO CENSO	NASCIDOS NOS ULTIMOS 12 MESES
URBANA.....	4 193 077	2 405 106	10 816 427	782.813	8 756 558	541 476
15 A 19 ANOS.....	1 027 849	99 933	142 327	7 555	120 571	58 019
20 A 24 ANOS.....	807 672	362 503	773 555	43 714	661 012	153 957
25 A 29 ANOS.....	632 432	455 654	1 405 159	88 477	1 202 072	142 215
30 A 34 ANOS.....	529 098	442 225	1 910 032	128 716	1 595 835	97 670
35 A 39 ANOS.....	442 060	390 909	2 192 261	158 131	1 778 897	56 569
40 A 44 ANOS.....	400 888	358 326	2 341 200	185 961	1 838 124	25 134
45 A 49 ANOS.....	310 216	276 334	1 953 602	162 457	1 480 968	4 929
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1).....	1 266 239	834 519	4 685 250	337 331	3 709 919	227 738
15 A 19 ANOS.....	329 819	35 836	55 854	2 454	48 021	21 470
20 A 24 ANOS.....	201 132	117 590	308 802	16 330	262 583	54 302
25 A 29 ANOS.....	173 144	150 663	612 917	38 137	513 976	55 499
30 A 34 ANOS.....	176 992	166 131	938 775	63 383	766 471	46 971
35 A 39 ANOS.....	161 848	154 251	1 079 809	78 166	854 320	32 158
40 A 44 ANOS.....	134 640	127 372	1 008 557	80 025	768 546	14 523
45 A 49 ANOS.....	88 664	82 676	680 536	58 836	496 007	2 715
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO...	1 161 227	688 842	3 173 823	238 493	2 524 215	154 338
15 A 19 ANOS.....	312 770	36 411	51 032	2 840	43 730	21 522
20 A 24 ANOS.....	229 818	116 300	248 490	14 937	210 154	49 715
25 A 29 ANOS.....	164 916	127 662	399 807	26 956	338 925	39 540
30 A 34 ANOS.....	132 640	115 365	500 075	35 324	412 914	23 292
35 A 39 ANOS.....	116 290	105 623	610 809	44 885	488 914	13 310
40 A 44 ANOS.....	114 330	104 645	727 296	59 575	561 182	6 598
45 A 49 ANOS.....	90 863	82 836	636 314	54 076	469 696	1 361
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO.....	887 192	461 657	1 710 782	129 318	1 416 101	88 943
15 A 19 ANOS.....	220 795	19 601	25 505	1 561	21 107	10 791
20 A 24 ANOS.....	199 091	77 826	138 697	8 123	119 274	30 685
25 A 29 ANOS.....	141 195	92 356	226 676	15 016	197 666	24 849
30 A 34 ANOS.....	101 827	78 993	261 250	18 715	223 935	13 490
35 A 39 ANOS.....	78 924	66 170	294 256	23 035	247 203	6 070
40 A 44 ANOS.....	77 275	66 958	371 868	30 444	301 598	2 477
45 A 49 ANOS.....	68 085	59 853	392 530	32 424	305 318	581
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	835 557	400 866	1 148 281	69 869	1 027 155	67 474
15 A 19 ANOS.....	164 465	8 085	9 936	700	8 413	4 236
20 A 24 ANOS.....	177 631	50 787	77 566	4 424	69 001	19 255
25 A 29 ANOS.....	153 577	84 973	165 759	8 369	151 995	23 327
30 A 34 ANOS.....	117 629	81 836	209 932	11 294	192 616	13 917
35 A 39 ANOS.....	84 998	64 865	207 357	12 045	198 470	5 031
40 A 44 ANOS.....	74 643	59 351	233 479	15 917	206 798	1 436
45 A 49 ANOS.....	62 604	50 969	244 222	17 121	209 952	272
SEM DECLARACAO.....	42 862	19 222	98 291	7 802	79 078	2 983

FONTE: IBGE, CENSO DEMOGRAFICO DE 1980.
 NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADAS DOMESTICAS.
 (1) INCLUSIVE AS FAMILIAS SEM RENDIMENTOS.

2 - UTILIZACAO DOS SERVICOS DE SAUDE

2.1 - PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE RESIDENTES EM AREA URBANA QUE UTILIZARAM SERVICOS DE SAUDE NO PERIODO DE REFERENCIA DE 1 MES, POR TIPO DE ESTABELECIMENTO PROCURADO, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE QUE UTILIZARAM SERVICOS DE SAUDE NO PERIODO DE REFERENCIA DE 1 MES						
	TOTAL	ESTABELECIMENTO PROCURADO					
		POSTO OU CENTRO DE SAUDE	HOSPITAL PUBLICO	HOSPITAL CLINICA OU CONSULTORIO PARTICULAR	OUTRO	MAIS DE 1 TIPO	SEM DECLARACAO
URBANA.....	447 174	165 280	146 255	97 914	27 162	6 563	-
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1)....	124 858	56 558	46 103	13 904	7 404	889	-
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO.	130 665	52 198	47 073	18 711	9 572	3 111	-
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO...	96 344	38 834	30 142	21 101	5 368	899	-
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	92 241	20 916	21 930	43 674	4 057	1 664	-
SEM DECLARACAO.....	3 066	774	1 007	524	761	-	-

FONTE: IBGE. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICILIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAUDE

NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADOS DOMESTICOS

(1) INCLUSIVE AS FAMILIAS SEM RENDIMENTOS

2 - UTILIZACÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

2.2 - PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE RESIDENTES EM ÁREA URBANA QUE UTILIZARAM SERVIÇOS DE SAÚDE NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 1 MÊS, POR MOTIVO PELO QUAL PROCURARAM ATENDIMENTO, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE QUE UTILIZARAM SERVIÇOS DE SAÚDE NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 1 MÊS							
	TOTAL	MOTIVO PELO QUAL PROCURARAM ATENDIMENTO						
		DOENÇA	ACIDENTE	CONTROLE OU PREVENÇÃO E VACINAÇÃO	OUTRO	MAIS DE 1 MOTIVO	SEM DECLARAÇÃO	
URBANA.....	447 174	330 770	33 234	68 798	8 821	5 551	-	
ATE 1/4 DO SALÁRIO MÍNIMO (1)....	124 858	92 227	10 550	16 278	4 026	1 777	-	
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALÁRIO MÍNIMO.	130 665	102 694	9 320	16 694	971	986	-	
MAIS DE 1/2 A 1 SALÁRIO MÍNIMO...	96 344	69 593	7 289	15 796	2 541	1 125	-	
MAIS DE 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	92 241	64 598	6 075	18 725	1 180	1 663	-	
SEM DECLARAÇÃO.....	3 066	1 658	-	1 305	103	-	-	

 FONTE: IBGE. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAÚDE

NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADOS DOMÉSTICOS

(1) INCLUSIVE AS FAMÍLIAS SEM RENDIMENTOS

2 - UTILIZACAO DOS SERVICOS DE SAUDE

2.3 - PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE RESIDENTES EM AREA URBANA QUE UTILIZARAM SERVICOS DE SAUDE DA REDE PRIVADA NO PERIODO DE REFERENCIA DE 1 MES, POR CONDICAO DE UTILIZACAO DO SERVICIO, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE QUE UTILIZARAM SERVICOS DE SAUDE NO PERIODO DE REFERENCIA DE 1 MES							
CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	TOTAL	CONDICAO DE UTILIZACAO DO SERVICIO					
		* PARTICULAR	* PREVIDENCIA OFICIAL	* SISTEMA DE PRE-PAGAMENTO E DO EMPREGADOR	* OUTRA	* MAIS DE 1 TIPO	* SEM DECLARACAO
URBANA.....	118 740	42 405	44 424	23 230	7 008	657	1 016
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1)....	17 049	5 382	9 074	894	679	340	680
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO..	26 483	7 432	13 984	2 702	2 029	-	336
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO...	23 919	5 456	10 181	6 871	1 307	104	-
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	50 765	23 820	11 185	12 658	2 889	213	-
SEM DECLARACAO.....	524	315	-	105	104	-	-

 FONTE: IBGE. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICILIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAUDE
 NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADOS DOMESTICOS
 (1) INCLUSIVE AS FAMILIAS SEM RENDIMENTOS

NORDESTE

3 - ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

3.1 - MULHERES RESIDENTES EM ÁREA URBANA, QUE TIVERAM FILHOS NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR NÚMERO DE ATENDIMENTOS PRÉ-NATAIS, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

MULHERES QUE TIVERAM FILHO NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES						
CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	NÚMERO DE ATENDIMENTOS PRÉ-NATAIS					
	TOTAL	NENHUM	1 ATENDIMENTO	2 A 5 ATENDIMENTOS	6 ATENDIMENTOS OU MAIS	SEM DECLARAÇÃO
URBANA.....	577 497	140 821	30 669	216 858	187 594	1 555
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1).....	215 009	73 696	18 227	83 428	38 651	1 007
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO..	165 944	45 362	7 397	65 271	47 808	106
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO....	112 946	16 970	2 848	45 781	47 241	106
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	82 405	4 793	2 197	21 497	53 582	336
SEM DECLARACAO.....	1 193	-	-	881	312	-

 FONTE: IBGE, PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - PNAO-1981 - SUPLEMENTO SAUDE
 NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADAS DOMESTICAS
 (1) INCLUSIVE AS FAMILIAS SEM RENDIMENTOS

3 - ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

3.2 - MULHERES RESIDENTES EM ÁREA URBANA QUE TIVERAM FILHOS EM HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR TIPO DE PARTO, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E OS ANOS DE ESTUDO

MULHERES QUE TIVERAM FILHOS EM HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES				
CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E ANOS DE ESTUDO	TOTAL	TIPO DE PARTO		
		NORMAL	CESARIANA	SEM DECLARAÇÃO
URBANA.....	72 154	362 705	108 226	1 223
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	95 350	82 092	12 817	441
1 A 4 ANOS.....	179 223	148 222	30 665	336
5 ANOS E MAIS.....	195 523	131 320	63 757	446
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	1 201	653	548	-
ATE 1/4 DO SALÁRIO MÍNIMO (1).....	152 675	129 960	22 379	336
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	51 514	45 315	6 199	-
1 A 4 ANOS.....	70 877	61 284	9 593	-
5 ANOS E MAIS.....	30 177	23 254	6 587	336
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	107	107	-	-
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALÁRIO MÍNIMO.....	137 953	109 907	27 375	671
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	31 134	25 714	5 085	335
1 A 4 ANOS.....	65 022	52 945	11 741	336
5 ANOS E MAIS.....	41 461	30 912	10 549	-
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	336	336	-	-
MAIS DE 1/2 A 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	102 605	77 818	24 681	106
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	12 060	10 737	1 217	106
1 A 4 ANOS.....	33 723	27 614	6 109	-
5 ANOS E MAIS.....	56 381	39 361	17 020	-
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	441	106	335	-
MAIS DE 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	78 064	44 602	33 352	110
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	642	326	316	-
1 A 4 ANOS.....	9 601	6 379	3 222	-
5 ANOS E MAIS.....	67 504	37 793	29 601	110
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	317	104	213	-
SEM DECLARAÇÃO.....	857	418	439	-

FONTE: IBGE, PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAÚDE

NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADAS DOMÉSTICAS

(1) INCLUSIVE AS FAMÍLIAS SEM RENDIMENTOS

3 - ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

3.3 - MULHERES RESIDENTES EM ÁREA URBANA QUE TIVERAM FILHOS EM HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR TIPO DE PARTO, SEGUNDO O NÚMERO DE ATENDIMENTOS PRE-NATAIS

MULHERES QUE TIVERAM FILHOS EM HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES				
NÚMERO DE ATENDIMENTOS PRE-NATAIS	TOTAL	TIPO DE PARTO		
		NORMAL	CESARIANA	SEM DECLARAÇÃO
URBANA.....	472 154	362 705	108 226	1 223
NENHUM ATENDIMENTO.....	82 719	74 501	8 218	-
1 ATENDIMENTO.....	22 314	19 784	2 530	-
2 A 5 ATENDIMENTOS.....	186 282	145 317	40 078	887
6 ATENDIMENTOS OU MAIS.....	179 955	123 103	56 852	-
SEM DECLARAÇÃO.....	884	-	548	336

FONTE: IBGE, PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMÍCILOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAÚDE
 NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADAS DOMÉSTICAS

3 - ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

3.4 - MULHERES RESIDENTES EM ÁREA URBANA CUJA ÚLTIMA HOSPITALIZAÇÃO NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES FOI POR MOTIVO DE PARTO, POR CONDIÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO HOSPITAL, SEGUNDO O TIPO DE PARTO E AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

MULHERES CUJA ÚLTIMA HOSPITALIZAÇÃO NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES FOI POR MOTIVO DE PARTO						
TIPO DE PARTO E CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	TOTAL	CONDIÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO HOSPITAL				
		PARTICULAR	PREVIDENCIA OFICIAL	SISTEMA DE PRE-PAGAMENTO *OU DO EMPREGADOR*	OUTRA CONDIÇÃO	SEM DECLARAÇÃO
URBANA.....	422 964	36 879	310 398	17 125	58 562	-
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1)...	133 523	7 004	95 228	1 001	30 290	-
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO	122 902	4 655	94 330	1 298	22 619	-
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO..	92 885	6 866	76 434	5 246	4 339	-
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	71 574	18 146	42 748	9 366	1 314	-
SEM DECLARAÇÃO.....	857	208	545	104	-	-
PARTO NORMAL.....	320 787	19 480	237 761	9 190	54 356	-
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1)...	112 685	5 456	78 047	1 001	28 181	-
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO	97 515	2 222	72 797	1 090	21 496	-
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO..	70 314	3 774	59 249	3 287	4 004	-
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	39 855	7 820	27 458	3 812	765	-
SEM DECLARAÇÃO.....	418	208	210	-	-	-
PARTO CESARIANA.....	100 954	17 399	71 524	7 825	4 206	-
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1)...	20 838	1 548	17 181	-	2 109	-
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO	25 387	2 433	21 533	208	1 213	-
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO..	22 571	3 092	17 185	1 959	335	-
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	31 719	10 326	15 290	5 554	549	-
SEM DECLARAÇÃO.....	439	-	335	104	-	-
SEM DECLARAÇAO DO TIPO DE PARTO...	1 223	-	1 113	110	-	-

 FONTE: IBGE, PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAÚDE
 NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADAS DOMÉSTICAS
 (1) INCLUSIVE AS FAMÍLIAS SEM RENDIMENTOS

NORDESTE

3 - ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

3.5 - MULHERES RESIDENTES EM ÁREA URBANA QUE TIVERAM FILHOS POR PARTO NORMAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR LOCAL DO PARTO, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	MULHERES QUE TIVERAM FILHOS POR PARTO NORMAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES				
	TOTAL	LOCAL DO PARTO			
		HOSPITAL	DOMICÍLIO	OUTRO	SEM DECLARAÇÃO
URBANA.....	468 383	362 705	104 227	1 451	-
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1).....	192 629	129 960	61 888	781	-
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO...	137 898	109 907	27 656	335	-
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO.....	88 159	77 818	10 341	-	-
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	48 943	44 602	4 006	335	-
SEM DECLARAÇÃO.....	754	418	336	-	-

 FONTE: IBGE. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAÚDE
 NOTA: EXCLUSIVE PENSONISTAS E EMPREGADAS DOMÉSTICAS
 (1) INCLUSIVE AS FAMÍLIAS SEM RENDIMENTOS

NORDESTE

3 - ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

3.6 - MULHERES RESIDENTES EM ÁREA URBANA QUE TIVERAM FILHOS FORA DO HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR PESSOA QUE ATENDEU AO PARTO, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	MULHERES QUE TIVERAM FILHOS FORA DO HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES					
	TOTAL	PESSOA QUE ATENDEU AO PARTO				
		MEDICO	ENFERMEIRA	PARTEIRA	OUTRA	SEM DECLARAÇÃO
URBANA.....	105 678	1 768	8 369	89 349	6 192	-
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1).....	62 669	670	5 349	53 003	3 647	-
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO.....	27 991	441	1 677	24 109	1 764	-
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO.....	10 341	106	671	9 118	446	-
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	4 341	551	336	3 119	335	-
SEM DECLARAÇÃO.....	336	-	336	-	-	-

 FONTE: IARGE, PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAÚDE
 NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADAS DOMESTICAS
 (1) INCLUSIVE AS FAMILIAS SEM RENDIMENTOS

NORDESTE

4 - ALEITAMENTO MATERNO

4.1 - CRIANCAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM EM AREA URBANA COM AS MÃES, POR ALEITAMENTO MATERNO, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE

GRUPOS DE IDADE	CRIANCAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES				
	TOTAL	ALEITAMENTO MATERNO			
		NUNCA FORAM AMAMENTADAS	FORAM MAS NAO ESTAVAM SENDO MAIS	AINDA ESTAVAM SENDO AMAMENTADAS	SEM DECLARACAO
URBANA.....	538 008	94 841	217 279	225 888	-
MENOS DE 1 MES.....	55 492	9 070	3 215	43 207	-
1 MES.....	52 635	8 523	7 409	36 703	-
2 MESES.....	46 696	8 879	9 431	28 386	-
3 MESES.....	46 299	6 801	16 196	23 302	-
4 MESES.....	51 556	9 293	21 999	20 264	-
5 MESES.....	47 867	11 893	21 017	14 957	-
6 MESES.....	39 755	6 758	22 202	10 795	-
7 MESES.....	43 467	4 890	26 284	12 293	-
8 MESES.....	41 168	8 039	23 205	9 924	-
9 MESES.....	38 801	7 016	21 178	10 607	-
10 MESES.....	36 827	7 008	22 163	7 656	-
11 MESES.....	37 445	6 671	22 980	7 794	-

FONTE: IBGE, PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICILIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAUDE

4 - ALEITAMENTO MATERNO

4.2 - CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM EM AREA URBANA COM AS MÃES, POR ALEITAMENTO MATERNO, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE ATIVIDADE DAS MÃES NA SEMANA DE REFERENCIA E OS GRUPOS DE IDADE DAS CRIANÇAS

CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES							
CONDICÃO DE ATIVIDADE DAS MÃES	E	GRUPOS DE IDADE DAS CRIANÇAS	TOTAL	ALEITAMENTO MATERNO			
				NUNCA FORAM AMAMENTADAS	FORAM MAS NÃO ESTAVAM SENDO MAIS	AINDA ESTAVAM SENDO AMAMENTADAS	SEM DECLARAÇÃO
URBANA.....			538 008	94 841	217 279	225 888	-
ATE 3 MESES.....			201 122	33 273	36 251	131 598	-
4 A 6 MESES.....			139 178	27 944	65 218	45 016	-
7 A 11 MESES.....			197 708	33 624	115 810	48 274	-
ECONOMICAMENTE ATIVAS.....			142 127	23 530	66 107	52 490	-
ATE 3 MESES.....			43 767	5 527	9 525	28 715	-
4 A 6 MESES.....			39 125	7 899	19 291	11 935	-
7 A 11 MESES.....			59 235	10 104	37 291	11 840	-
NÃO ECONOMICAMENTE ATIVAS.....			395 881	71 311	151 172	173 398	-
ATE 3 MESES.....			157 355	27 746	26 726	102 883	-
4 A 6 MESES.....			100 053	20 045	45 927	34 091	-
7 A 11 MESES.....			138 473	23 520	78 519	36 434	-

 FONTE: IBGE. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - PNAO-1981 - SUPLEMENTO SAÚDE

4 - ALEITAMENTO MATERNO

4.3 - CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM EM AREA URBANA COM AS MÃES, POR ALEITAMENTO MATERNO, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E OS GRUPOS DE IDADE

CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES						
CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E GRUPOS DE IDADE	TOTAL	ALEITAMENTO MATERNO				
		NUNCA FORAM AMAMENTADAS	FORAM MAS NAO ESTAVAM SENDO MAIS	AINDA ESTAVAM SENDO AMAMENTADAS	SEM DECLARACAO	

URBANA.....	537 794	94 841	217 174	225 779	-	
ATE 3 MESES.....	200 797	33 273	36 251	131 273	-	
4 A 6 MESES.....	138 968	27 840	65 112	46 016	-	
7 A 11 MESES.....	196 721	33 624	115 601	47 496	-	
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1).....	200 670	32 517	70 567	97 586	-	
ATE 3 MESES.....	76 454	11 548	9 555	55 351	-	
4 A 6 MESES.....	52 572	8 467	23 342	20 763	-	
7 A 11 MESES.....	71 644	12 502	37 670	21 472	-	
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO...	154 354	29 236	60 189	64 929	-	
ATE 3 MESES.....	57 908	10 530	9 845	37 533	-	
4 A 6 MESES.....	37 959	8 703	15 198	14 058	-	
7 A 11 MESES.....	58 487	10 003	35 146	13 338	-	
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO....	104 597	19 217	46 554	38 826	-	
ATE 3 MESES.....	39 293	6 876	9 923	22 494	-	
4 A 6 MESES.....	27 590	6 453	12 928	8 209	-	
7 A 11 MESES.....	37 714	5 880	23 703	8 123	-	
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	76 865	13 767	39 654	23 444	-	
ATE 3 MESES.....	27 142	4 319	6 928	15 895	-	
4 A 6 MESES.....	20 847	4 217	13 644	2 986	-	
7 A 11 MESES.....	28 876	5 231	19 082	4 563	-	
SEM DECLARACAO.....	1 308	104	210	994	-	

 FONTE: IBGE. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICILIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAUDE
 NOTA: EXCLUSIVE FILHOS DE PENSIONISTAS E EMPREGADAS DOMESTICAS
 (1) INCLUSIVE AS FAMILIAS SEM RENDIMENTOS

4 - ALEITAMENTO MATERNO

4.4 - CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM EM ÁREA URBANA COM AS MÃES, POR ALEITAMENTO MATERNO, SEGUNDO OS ANOS DE ESTUDO DAS MÃES E OS GRUPOS DE IDADE DAS CRIANÇAS

ANOS DE ESTUDO DAS MÃES		CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES				
E		ALEITAMENTO MATERNO				
GRUPOS DE IDADE DAS CRIANÇAS		TOTAL	NUNCA FORAM AMAMENTADAS			
			FORAM MAS NÃO ESTAVAM SENDO MAIS	FORAM MAS NÃO ESTAVAM SENDO MAIS	AINDA ESTAVAM SENDO AMAMENTADAS	SEM DECLARAÇÃO
URBANA.....		538 008	94 841	217 279	225 888	-
ATE 3 MESES.....		200 799	33 273	35 928	131 598	-
4 A 6 MESES.....		138 734	27 944	64 883	45 907	-
7 A 11 MESES.....		197 265	33 624	115 367	48 274	-
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....		129 032	26 936	35 931	66 165	-
ATE 3 MESES.....		50 322	9 822	5 089	35 411	-
4 A 6 MESES.....		33 606	8 590	9 675	15 341	-
7 A 11 MESES.....		45 104	8 524	21 167	15 413	-
1 A 4 ANOS DE ESTUDO.....		208 520	34 471	86 678	87 371	-
ATE 3 MESES.....		77 611	12 204	12 802	52 605	-
4 A 6 MESES.....		56 780	11 609	26 809	18 367	-
7 A 11 MESES.....		74 129	10 658	47 067	16 404	-
5 ANOS E MAIS.....		199 246	33 434	93 569	72 243	-
ATE 3 MESES.....		72 866	11 247	18 037	43 582	-
4 A 6 MESES.....		48 348	7 745	28 399	12 204	-
7 A 11 MESES.....		78 032	14 442	47 133	16 457	-
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....		1 210	-	1 101	109	-

 FONTE: IBGE. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMÍLIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAÚDE

NORDESTE

5 - MORBIDADE

5.1 - PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE RESIDENTES EM AREA URBANA, COM DISCRIMINACAO DAQUELAS QUE TIVERAM PROBLEMAS DE SAUDE NO PERIODO DE REFERENCIA DE 2 SEMANAS, POR TIPO DE PROBLEMA, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE

GRUPOS DE IDADE	PESSOAS MENORES DE 15 ANOS	TOTAL	TIPO DE PROBLEMA					SEM DECLARACAO
			DOENCA	DENTARIO	ACIDENTE OU FERIMENTO	MAIS DE UM TIPO DE PROBLEMA		
URBANA.....	7 694 792	413 062	369 696	17 197	26 169	-	-	
ATE 3 ANOS.....	2 202 700	158 519	152 656	996	4 867	-	-	
4 A 6 ANOS.....	1 585 872	90 141	81 839	1 749	6 553	-	-	
7 A 14 ANOS.....	3 906 220	164 402	135 201	14 452	14 749	-	-	

FONTE: IBGE. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICILIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAUDE

NORDESTE

5 - MORBIDADE

5.2 - PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE RESIDENTES EM AREA URBANA, COM DISCRIMINACAO DAQUELAS QUE TIVERAM PROBLEMAS DE SAUDE NO PERIODO DE REFERENCIA DE 2 SEMANAS, POR TIPO DE PROBLEMA, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE QUE TIVERAM PROBLEMAS DE SAUDE NO PERIODO DE REFERENCIA DE 2 SEMANAS							
CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	PESSOAS MENORES DE 15 ANOS	TOTAL	TIPO DE PROBLEMA				
			DOENÇA	DENTARIO	ACIDENTE OU FERIMENTO	MAIS DE UM TIPO DE PROBLEMA	SEM DECLARACAO
URBANA.....	7 658 498	412 624	369 258	17 197	26 169	-	-
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1)....	2 874 929	122 472	107 938	5 855	8 679	-	-
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO.	2 385 467	130 771	116 437	5 556	8 778	-	-
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO...	1 431 253	89 411	81 197	3 485	4 729	-	-
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	932 555	67 058	60 774	2 301	3 983	-	-
SEM DECLARACAO.....	34 294	2 912	2 912	-	-	-	-

 FONTE: IBGE, PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICILIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAUDE
 NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADOS DOMESTICOS
 (1) INCLUSIVE FAMILIAS SEM RENDIMENTOS

1- CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS DA POPULACAO

1.1- MULHERES DE 15 A 49 ANOS DE IDADE, RESIDENTES EM AREA URBANA E FILHOS TIDOS, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E OS GRUPOS DE IDADE

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E GRUPOS DE IDADE	MULHERES DE 15 A 49 ANOS DE IDADE		FILHOS TIDOS			
	TOTAL	TIVERAM FILHOS	NASCIDOS VIVOS	NASCIDOS MORTOS	VIVOS NA DATA DO CENSO	NASCIDOS NOS ULTIMOS 12 MESES
URBANA.....	5 803 080	3 530 416	10 779 446	563 034	9 746 929	584 000
15 A 19 ANOS.....	1 139 505	105 727	132 877	4 855	119 364	59 388
20 A 24 ANOS.....	1 135 204	499 426	843 132	34 856	759 073	184 107
25 A 29 ANOS.....	989 523	708 421	1 591 569	68 410	1 460 914	175 544
30 A 34 ANOS.....	807 088	675 466	1 973 149	94 591	1 809 155	101 410
35 A 39 ANOS.....	641 735	569 307	2 065 221	109 617	1 876 072	44 816
40 A 44 ANOS.....	568 643	514 608	2 138 530	123 556	1 917 199	14 427
45 A 49 ANOS.....	483 820	439 869	1 973 432	123 848	1 740 704	2 305
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1).....	188 001	141 927	608 658	36 615	534 917	37 354
15 A 19 ANOS.....	36 187	8 295	11 358	285	10 378	5 025
20 A 24 ANOS.....	31 069	23 611	53 371	2 077	48 661	9 372
25 A 29 ANOS.....	33 785	30 950	111 410	5 382	100 690	9 553
30 A 34 ANOS.....	34 352	32 121	152 721	8 563	136 094	7 593
35 A 39 ANOS.....	24 897	22 899	129 592	8 488	113 117	4 286
40 A 44 ANOS.....	16 081	14 256	87 576	6 791	74 484	1 266
45 A 49 ANOS.....	11 630	9 795	62 630	5 029	51 493	259
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO...	630 388	473 764	1 920 633	109 737	1 701 147	111 574
15 A 19 ANOS.....	131 145	21 600	30 651	950	28 137	12 913
20 A 24 ANOS.....	106 287	79 184	174 697	7 163	159 363	32 982
25 A 29 ANOS.....	112 281	104 504	329 641	15 664	299 097	29 584
30 A 34 ANOS.....	106 016	101 911	425 598	22 226	383 233	20 468
35 A 39 ANOS.....	81 843	78 777	411 407	24 297	364 096	11 423
40 A 44 ANOS.....	56 122	53 514	326 665	22 080	281 532	3 683
45 A 49 ANOS.....	36 694	34 274	221 974	17 357	185 687	521
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO.....	1 614 998	1 072 335	3 596 621	201 778	3 216 988	195 007
15 A 19 ANOS.....	373 883	44 850	55 939	1 934	50 350	25 168
20 A 24 ANOS.....	314 795	184 545	320 532	13 264	291 735	67 631
25 A 29 ANOS.....	260 715	222 005	529 597	24 023	483 883	53 050
30 A 34 ANOS.....	220 388	202 405	636 664	32 763	580 246	29 046
35 A 39 ANOS.....	181 702	171 009	705 736	40 212	645 875	14 159
40 A 44 ANOS.....	148 772	139 907	720 242	45 701	636 051	5 160
45 A 49 ANOS.....	114 743	107 614	627 911	43 881	538 848	793
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	3 332 131	1 824 798	4 591 998	211 603	4 238 435	238 062
15 A 19 ANOS.....	598 290	30 982	34 929	1 686	30 499	16 282
20 A 24 ANOS.....	683 053	212 086	294 532	12 352	268 320	74 122
25 A 29 ANOS.....	582 742	350 962	620 921	23 341	577 244	83 357
30 A 34 ANOS.....	446 332	339 029	758 166	31 039	709 582	44 303
35 A 39 ANOS.....	353 293	296 622	818 486	36 620	762 984	14 948
40 A 44 ANOS.....	347 668	306 931	1 004 047	48 984	925 132	4 318
45 A 49 ANOS.....	320 753	288 186	1 060 917	57 581	964 674	732
SEM DECLARACAO.....	37 562	17 592	61 536	3 301	55 442	2 003

 FONTE: IBGE, CENSO DEMOGRAFICO DE 1980.
 NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADAS DOMESTICAS.
 (1) INCLUSIVE AS FAMILIAS SEM RENDIMENTOS.

SAO PAULO

2 - UTILIZACAO DOS SERVICOS DE SAUDE

2.1 - PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE RESIDENTES EM AREA URBANA QUE UTILIZARAM SERVICOS DE SAUDE NO PERIODO DE REFERENCIA DE 1 MES, POR TIPO DE ESTABELECIMENTO PROCURADO, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE QUE UTILIZARAM SERVICOS DE SAUDE NO PERIODO DE REFERENCIA DE 1 MES								
CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	TOTAL	ESTABELECIMENTO PROCURADO						
		POSTO OU CENTRO DE SAUDE	HOSPITAL PUBLICO	HOSPITAL CLINICA OU CONSULTORIO PARTICULAR	OUTRO	MAIS DE 1 TIPO	SEM DECLARACAO	
URBANA.....	773 984	166 418	157 294	371 119	63 199	15 954	-	
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1)....	46 408	16 318	9 972	17 542	1 720	856	-	
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO.	109 215	39 519	25 459	37 380	4 603	2 164	-	
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO...	234 811	60 700	54 695	92 716	19 815	6 885	-	
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	377 931	47 269	67 168	220 913	36 971	5 610	-	
SEM DECLARACAO.....	5 619	2 612	-	2 568	-	439	-	

FONTE: IBGE. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICILIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAUDE
 NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADOS DOMESTICOS
 (1) INCLUSIVE AS FAMILIAS SEM RENDIMENTOS

2 - UTILIZACAO DOS SERVICOS DE SAUDE

2.2 - PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE RESIDENTES EM AREA URBANA QUE UTILIZARAM SERVICOS DE SAUDE NO PERIODO DE REFERENCIA DE 1 MES, POR MOTIVO PELO QUAL PROCURARAM ATENDIMENTO, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE QUE UTILIZARAM SERVICOS DE SAUDE NO PERIODO DE REFERENCIA DE 1 MES							
CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	TOTAL	MOTIVO PELO QUAL PROCURARAM ATENDIMENTO					
		DOENÇA	ACIDENTE	CONTROLE OU PREVENÇÃO E VACINAÇÃO	OUTRO	MAIS DE 1 MOTIVO	SEM DECLARAÇÃO
URBANA.....	773 984	583 391	47 575	117 609	17 664	7 745	-
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1)...	46 408	37 375	2 590	5 140	872	431	-
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO.	109 215	83 808	8 654	14 186	1 721	846	-
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO...	234 811	185 703	12 932	29 758	3 849	2 569	-
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	377 931	272 635	23 399	67 208	10 790	3 899	-
SEM DECLARAÇAC.....	5 619	3 870	-	1 317	432	-	-

FONTE: IBGE. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICILIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAUDE
 NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADOS DOMESTICOS
 (1) INCLUSIVE AS FAMILIAS SEM RENDIMENTOS

2 - UTILIZACAO DOS SERVICOS DE SAUDE

2.3 - PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE RESIDENTES EM AREA URBANA QUE UTILIZARAM SERVICOS DE SAUDE DA REDE PRIVADA NO PERIODO DE REFERENCIA DE 1 MES, POR CONDICAO DE UTILIZACAO DO SERVICIO, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE QUE UTILIZARAM SERVICOS DE SAUDE NO PERIODO DE REFERENCIA DE 1 MES							
CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	TOTAL	CONDICAO DE UTILIZACAO DO SERVICIO					
		PARTICULAR	PREVIDENCIA OFICIAL	SISTEMA DE PRE-PAGAMENTO E DO EMPREGADOR	OUTRA	MAIS DE 1 TIPO	SEM DECLARACAO
URBANA.....	435 708	124 748	157 288	138 168	10 740	3 477	1 287
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1)....	20 120	2 140	13 268	2 575	1 281	856	-
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO.	42 955	4 717	31 766	4 306	1 301	440	425
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO...	113 351	19 745	56 246	34 346	3 014	-	-
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	256 275	97 721	53 849	96 518	5 144	2 181	862
SEM DECLARACAO.....	3 007	425	2 159	423	-	-	-

FONTE: IBGE, PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICILIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAUDE
 NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADOS DOMESTICOS
 (1) INCLUSIVE AS FAMILIAS SEM RENDIMENTOS

3 - ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

3.1 - MULHERES RESIDENTES EM ÁREA URBANA QUE TIVERAM FILHOS NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR NÚMERO DE ATENDIMENTOS PRE-NATAIS, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

MULHERES QUE TIVERAM FILHO NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES						
CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	TOTAL	NÚMERO DE ATENDIMENTOS PRE-NATAIS				
		NENHUM	1 ATENDIMENTO	2 A 5 ATENDIMENTOS	6 ATENDIMENTOS OU MAIS	SEM DECLARAÇÃO
URBANA.....	573 375	33 505	10 182	129 795	398 624	1 269
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1).....	51 754	9 759	2 123	15 273	24 599	-
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO..	86 969	11 080	1 698	23 751	49 640	-
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO....	181 930	9 749	3 818	44 952	172 988	423
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	248 907	2 117	2 543	44 971	198 430	846
SEM DECLARACAO.....	3 815	-	-	848	2 967	-

FONTE: IBGE, PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAÚDE
 NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADAS DOMESTICAS
 (1) INCLUSIVE AS FAMILIAS SEM RENDIMENTOS

3 - ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

3.2 - MULHERES RESIDENTES EM ÁREA URBANA QUE TIVERAM FILHOS EM HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR TIPO DE PARTO, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E OS ANOS DE ESTUDO

MULHERES QUE TIVERAM FILHOS EM HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES				
CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E ANOS DE ESTUDO	TOTAL	TIPO DE PARTO		
		NORMAL	CESARIANA	SEM DECLARAÇÃO
URBANA.....	566 165	309 551	255 768	846
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	44 538	31 384	13 154	-
1 A 4 ANOS.....	267 606	154 787	112 819	-
5 ANOS E MAIS.....	249 360	121 261	127 253	846
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	846	-	846	-
ATE 1/4 DO SALÁRIO MÍNIMO (1).....	50 906	36 902	14 004	-
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	10 191	7 215	2 976	-
1 A 4 ANOS.....	29 267	22 056	7 211	-
5 ANOS E MAIS.....	11 448	7 631	3 817	-
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	-	-	-	-
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALÁRIO MÍNIMO.....	85 692	54 286	31 406	-
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	17 387	11 874	5 513	-
1 A 4 ANOS.....	56 003	35 201	20 802	-
5 ANOS E MAIS.....	12 302	7 211	5 091	-
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	-	-	-	-
MAIS DE 1/2 A 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	178 114	107 281	70 833	-
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	13 990	11 021	2 969	-
1 A 4 ANOS.....	104 319	58 518	45 801	-
5 ANOS E MAIS.....	59 805	37 742	22 063	-
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	-	-	-	-
MAIS DE 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	247 638	108 963	137 829	846
SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO.....	2 970	1 274	1 696	-
1 A 4 ANOS.....	78 017	39 012	39 005	-
5 ANOS E MAIS.....	165 805	68 677	96 282	846
ANOS DE ESTUDO NÃO DETERMINADOS E SEM DECLARAÇÃO.....	846	-	846	-
SEM DECLARAÇÃO.....	3 815	2 119	1 696	-

FONTE: IBGE. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMÍCIOS - PNAO-1981 - SUPLEMENTO SAÚDE

NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADAS DOMÉSTICAS

(1) INCLUSIVE AS FAMÍLIAS SEM RENDIMENTOS

3 - ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

3.3 - MULHERES RESIDENTES EM ÁREA URBANA QUE TIVERAM FILHOS EM HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR TIPO DE PARTO, SEGUNDO O NÚMERO DE ATENDIMENTOS PRÉ-NATAIS

NÚMERO DE ATENDIMENTOS PRÉ-NATAIS	MULHERES QUE TIVERAM FILHOS EM HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES			
	TOTAL	TIPO DE PARTO		
		NORMAL	CESARIANA	SEM DECLARAÇÃO
URBANA.....	566 165	309 551	255 768	846
NENHUM ATENDIMENTO.....	29 266	23 330	5 936	-
1 ATENDIMENTO.....	10 182	7 638	2 544	-
2 A 5 ATENDIMENTOS.....	128 945	74 650	54 295	-
6 ATENDIMENTOS OU MAIS.....	396 503	203 510	192 570	423
SEM DECLARAÇÃO.....	1 269	423	423	423

 FONTE: IBGE. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMÍLIOS - PNAD-1981 - SUPLENTO SAÚDE
 NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADAS DOMÉSTICAS

SAO PAULO

3 - ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

3.4 - MULHERES RESIDENTES EM ÁREA URBANA CUJA ÚLTIMA HOSPITALIZAÇÃO NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES FOI POR MOTIVO DE PARTO, POR CONDIÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO HOSPITAL, SEGUNDO O TIPO DE PARTO E AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

MULHERES CUJA ÚLTIMA HOSPITALIZAÇÃO NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES FOI POR MOTIVO DE PARTO						
TIPO DE PARTO E CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	CONDIÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO HOSPITAL					
	TOTAL	PARTICULAR	PREVIDENCIA OFICIAL	SISTEMA DE PRE-PAGAMENTO DO EMPREGADOR*	OUTRA CONDIÇÃO	SEM DECLARAÇÃO
URBANA.....	513 527	34 757	377 898	83 904	16 542	426
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1)...	42 841	423	34 782	1 698	5 938	-
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO	75 079	1 701	63 624	4 664	5 090	-
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO..	159 866	5 087	136 552	13 982	3 819	426
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	231 505	26 273	139 977	63 560	1 695	-
SEM DECLARAÇÃO.....	3 390	850	2 540	-	-	-
PARTO NORMAL.....	278 137	8 908	214 983	41 522	12 298	426
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1)...	30 960	-	24 596	1 275	5 089	-
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO	47 067	851	39 432	2 543	4 241	-
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO..	94 973	1 700	83 948	7 201	1 698	426
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	103 018	5 932	65 313	30 503	1 270	-
SEM DECLARAÇÃO.....	2 119	425	1 694	-	-	-
PARTO CESARIANA.....	234 544	25 426	162 492	42 382	4 244	-
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1)...	11 881	423	10 186	423	849	-
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO	28 012	850	24 192	2 121	849	-
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO..	64 893	3 387	52 604	6 781	2 121	-
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	128 487	20 341	74 664	33 057	425	-
SEM DECLARAÇÃO.....	1 271	425	846	-	-	-
SEM DECLARAÇÃO DO TIPO DE PARTO...	846	423	423	-	-	-

 FONTE: IBGE. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAÚDE
 NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADAS DOMESTICAS
 (1) INCLUSIVE AS FAMILIAS SEM RENDIMENTOS

13 - ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

3.5 - MULHERES RESIDENTES EM ÁREA URBANA QUE TIVERAM FILHOS POR PARTO NORMAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR LOCAL DO PARTO, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

***** * MULHERES QUE TIVERAM FILHOS POR PARTO NORMAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES *****					
CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	TOTAL	LOCAL DO PARTO			
		HOSPITAL	DOMICILIO	OUTRO	SEM DECLARAÇÃO

URBANA.....	316 761	309 551	6 785	425	-
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1).....	37 750	36 902	848	-	-
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO...	55 563	54 286	1 277	-	-
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO.....	111 097	107 281	3 391	425	-
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	110 232	108 963	1 269	-	-
SEM DECLARAÇÃO.....	2 119	2 119	-	-	-

 FONTE: IBGE. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAÚDE
 NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADAS DOMESTICAS
 (1) INCLUSIVE AS FAMILIAS SEM RENDIMENTOS

3 - ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

3.6 - MULHERES RESIDENTES EM ÁREA URBANA QUE TIVERAM FILHOS FORA DO HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR PESSOA QUE ATENDEU AO PARTO, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	MULHERES QUE TIVERAM FILHOS FORA DO HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES					
	TOTAL	PESSOA QUE ATENDEU AO PARTO				
		MÉDICO	ENFERMEIRA	PARTEIRA	OUTRA	SEM DECLARAÇÃO
URBANA.....	7 210	423	-	2 115	4 247	425
ATE 1/4 DO SALÁRIO MÍNIMO (1).....	848	-	-	-	848	-
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALÁRIO MÍNIMO.....	1 277	-	-	-	1 277	-
MAIS DE 1/2 A 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	3 816	-	-	1 269	2 122	425
MAIS DE 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	1 269	423	-	846	-	-
SEM DECLARAÇÃO.....	-	-	-	-	-	-

 FONTE: IBGE. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMÍLIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAÚDE
 NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADAS DOMÉSTICAS
 (1) INCLUSIVE AS FAMÍLIAS SEM RENDIMENTOS

4 - ALEITAMENTO MATERNO

4,1 - CRIANCAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM EM AREA URBANA COM AS MAES, POR ALEITAMENTO MATERNO, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE

CRIANCAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MAES					
GRUPOS DE IDADE	TOTAL	ALEITAMENTO MATERNO			
		NUNCA FORAM AMAMENTADAS	FORAM MAS NAO ESTAVAM SENDO MAIS	AINDA ESTAVAM SENDO AMAMENTADAS	SEM DECLARACAO
URBANA.....	562 333	88 498	248 413	225 422	-
MENOS DE 1 MES.....	47 160	5 970	2 572	38 618	-
1 MESES.....	48 993	5 169	10 318	33 506	-
2 MESES.....	45 427	7 238	12 445	25 744	-
3 MESES.....	50 271	10 749	18 871	20 651	-
4 MESES.....	52 000	9 854	24 102	18 044	-
5 MESES.....	49 082	6 489	27 964	14 629	-
6 MESES.....	54 940	7 281	31 376	16 283	-
7 MESES.....	43 010	6 009	22 812	14 189	-
8 MESES.....	51 109	6 452	28 788	15 869	-
9 MESES.....	41 262	8 582	21 066	11 614	-
10 MESES.....	40 798	8 647	24 477	7 674	-
11 MESES.....	38 281	6 058	23 622	8 601	-

 FONTE: IBGE, PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICILIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAUDE

4 - ALEITAMENTO MATERNO

4.2 - CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM EM ÁREA URBANA COM AS MÃES, POR ALEITAMENTO MATERNO,
SEGUNDO A CONDIÇÃO DE ATIVIDADE DAS MÃES NA SEMANA DE REFERÊNCIA
E OS GRUPOS DE IDADE DAS CRIANÇAS

CONDICÃO DE ATIVIDADE DAS MÃES		CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES				
E		ALEITAMENTO MATERNO				
GRUPOS DE IDADE DAS CRIANÇAS		TOTAL	NUNCA FORAM AMAMENTADAS	FORAM MAS NÃO ESTAVAM SENDO MAIS	AINDA ESTAVAM SENDO AMAMENTADAS	SEM DECLARAÇÃO
URBANA.....		562 333	88 498	248 413	225 422	-
ATE 3 MESES.....		191 851	29 126	44 206	118 519	-
4 A 6 MESES.....		156 022	23 624	83 442	48 956	-
7 A 11 MESES.....		214 460	35 748	120 765	57 947	-
ECONOMICAMENTE ATIVAS.....		129 687	25 790	62 687	41 210	-
ATE 3 MESES.....		42 932	8 140	11 150	23 642	-
4 A 6 MESES.....		35 254	6 010	18 531	10 713	-
7 A 11 MESES.....		51 501	11 640	33 006	6 855	-
NÃO ECONOMICAMENTE ATIVAS.....		432 646	62 708	185 726	184 212	-
ATE 3 MESES.....		148 919	20 986	33 056	94 877	-
4 A 6 MESES.....		120 768	17 614	64 911	38 243	-
7 A 11 MESES.....		162 959	24 108	87 759	51 092	-

FONTE: IBGE. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAÚDE

4 - ALEITAMENTO MATERNO

4.3 - CRIANCAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM EM AREA URBANA COM AS MÃES, POR ALEITAMENTO MATERNO, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E OS GRUPOS DE IDADE

CRIANCAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES						
CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E GRUPOS DE IDADE	TOTAL	ALEITAMENTO MATERNO				
		NUNCA FORAM AMAMENTADAS	FORAM MAS NAO ESTAVAM SENDO MAIS	FORAM MAS AINDA ESTAVAM SENDO AMAMENTADAS	SEM DECLARACAO	
URBANA.....	561 894	88 498	247 974	225 422	-	
ATE 3 MESES.....	191 419	29 126	43 774	118 519	-	
4 A 6 MESES.....	154 281	23 424	82 133	48 524	-	
7 A 11 MESES.....	212 734	35 748	119 887	57 099	-	
ATE 1/4 DO SALARIO MINIMO (1).....	48 395	6 450	17 529	24 416	-	
ATE 3 MESES.....	19 663	3 853	4 689	11 121	-	
4 A 6 MESES.....	12 886	-	6 448	6 438	-	
7 A 11 MESES.....	15 846	2 597	6 392	6 857	-	
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALARIO MINIMO...	86 382	11 574	38 709	36 099	-	
ATE 3 MESES.....	34 402	4 273	9 936	20 193	-	
4 A 6 MESES.....	24 070	4 310	12 887	6 873	-	
7 A 11 MESES.....	27 910	2 991	15 886	9 033	-	
MAIS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO....	178 734	30 464	73 935	74 335	-	
ATE 3 MESES.....	57 087	9 398	11 627	36 062	-	
4 A 6 MESES.....	51 144	8 996	25 791	16 357	-	
7 A 11 MESES.....	70 503	12 070	36 517	21 916	-	
MAIS DE 1 SALARIO MINIMO.....	244 923	40 010	115 621	89 292	-	
ATE 3 MESES.....	80 267	11 602	17 522	51 143	-	
4 A 6 MESES.....	66 181	10 318	37 007	18 856	-	
7 A 11 MESES.....	98 475	18 090	61 092	19 293	-	
SEM DECLARACAO.....	3 460	-	2 180	1 280	-	

 FONTE: IBGE, PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICILIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAUDE
 NOTA: EXCLUSIVE FILHOS DE PENSIONISTAS E EMPREGADAS DOMESTICAS
 (1) INCLUSIVE AS FAMILIAS SEM RENDIMENTOS

4 - ALEITAMENTO MATERNO

4.4 - CRIANCAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM EM AREA URBANA COM AS MÃES, POR ALEITAMENTO MATERNO, SEGUNDO OS ANOS DE ESTUDO DAS MÃES E OS GRUPOS DE IDADE DAS CRIANCAS

		CRIANCAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE QUE RESIDIAM COM AS MÃES				
ANOS DE ESTUDO DAS MÃES		TOTAL	ALEITAMENTO MATERNO			
E			NIUNCA FORAM AMAMENTADAS	FORAM MAS NAO ESTAVAM SENDO MAIS	AINDA ESTAVAM SENDO AMAMENTADAS	SEM DECLARACAO
GRUPOS DE IDADE DAS CRIANCAS						
URBANA.....		562 333	88 498	248 413	225 422	-
ATE 3 MESES.....		191 412	29 126	44 206	118 080	-
4 A 6 MESES.....		156 022	23 624	83 442	48 956	-
7 A 11 MESES.....		214 037	35 749	120 342	57 947	-
SEM INSTRUCAO E MENOS DE 1 ANO.....		45 439	6 435	17 165	21 839	-
ATE 3 MESES.....		15 421	2 568	2 581	10 272	-
4 A 6 MESES.....		11 547	1 295	6 411	3 841	-
7 A 11 MESES.....		18 471	2 572	8 173	7 726	-
1 A 4 ANOS DE ESTUDO.....		266 291	47 683	107 360	111 248	-
ATE 3 MESES.....		90 106	17 134	20 631	52 341	-
4 A 6 MESES.....		79 159	14 606	36 580	27 993	-
7 A 11 MESES.....		97 026	15 943	50 169	30 914	-
5 ANOS E MAIS.....		249 741	34 380	123 465	91 896	-
ATE 3 MESES.....		85 885	9 424	20 994	55 467	-
4 A 6 MESES.....		65 316	7 723	40 471	17 122	-
7 A 11 MESES.....		98 540	17 233	62 000	19 307	-
ANOS DE ESTUDO NAO DETERMINADOS E SEM DECLARACAO.....		862	-	423	439	-

FONTE: IBGE. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICILIOS - PNAO-1981 - SUPLEMENTO SAUDE

5 - MORBIDADE

5.1 - PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE RESIDENTES EM AREA URBANA, COM DISCRIMINACAO DAQUELAS QUE TIVERAM PROBLEMAS DE SAUDE NO PERIODO DE REFERENCIA DE 2 SEMANAS, POR TIPO DE PROBLEMA, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE

GRUPOS DE IDADE	PESSOAS MENORES DE 15 ANOS	PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE QUE TIVERAM PROBLEMAS DE SAUDE NO PERIODO DE REFERENCIA DE 2 SEMANAS					
		TOTAL	DOENCA	DENTARIO	ACIDENTE OU FERIMENTO	MAIS DE UM TIPO DE PROBLEMA	SEM DECLARACAO
URBANA.....	7 589 448	554 681	505 039	15 945	33 274	423	-
ATE 3 ANOS.....	2 239 020	234 284	225 221	3 043	5 597	423	-
4 A 6 ANOS.....	1 511 211	108 005	102 376	432	5 197	-	-
7 A 14 ANOS.....	3 839 217	212 392	177 442	12 470	22 480	-	-

FONTE: IBGE. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICILIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAUDE

5 - MORBIDADE

5.2 - PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE RESIDENTES EM ÁREA URBANA, COM DISCRIMINAÇÃO DAQUELAS QUE TIVERAM PROBLEMAS DE SAÚDE NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 2 SEMANAS, POR TIPO DE PROBLEMA, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA	PESSOAS MENORES DE 15 ANOS	TOTAL	PESSOAS MENORES DE 15 ANOS DE IDADE QUE TIVERAM PROBLEMAS DE SAÚDE NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 2 SEMANAS			
			DOENÇA	DENTÁRIO	ACIDENTE OU FERIMENTO	MAIS DE UM TIPO DE PROBLEMA
URBANA.....	7 581 788	554 681	505 039	15 945	33 274	423
ATE 1/4 DO SALÁRIO MÍNIMO (1)....	592 862	36 080	32 633	1 288	2 159	-
MAIS DE 1/4 A 1/2 SALÁRIO MÍNIMO.	1 387 793	91 567	83 787	2 172	5 608	-
MAIS DE 1/2 A 1 SALÁRIO MÍNIMO...	2 504 867	184 786	167 102	6 024	11 660	-
MAIS DE 1 SALÁRIO MÍNIMO.....	3 009 000	238 818	210 933	5 615	13 847	423
SEM DECLARAÇÃO.....	87 266	3 430	2 584	846	-	-

FONTE: IBGE. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMÍLIOS - PNAD-1981 - SUPLEMENTO SAÚDE
 NOTA: EXCLUSIVE PENSIONISTAS E EMPREGADOS DOMÉSTICOS
 (1) INCLUSIVE FAMÍLIAS SEM RENDIMENTOS