Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Desafios para caracterização da mortalidade infantil em
Cabinda-Angola

Razão Simão

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção
do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e
Sociedade

Orientador: Prof. Dr. Paulo Rogério Gallo.

São Paulo
2011

Desafios para caracterização da mortalidade infantil em Cabinda-Angola

Razão Simão

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientador: Prof. Dr. Paulo Rogério Gallo.

São Paulo
2011

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Dedicatórias

À memória de Rosa Macumbo, minha mãe.

À minha esposa, **Paula** e aos meus filhos, **Fábio e Joice**, as razões de meu viver.

A todas as crianças que na batalha pela sobrevivência sucumbiram,
transformando-se em marcos indeléveis de injustiça social em nosso meio.

Agradecimentos Especiais

Ao **Prof. Dr. Paulo Rogério Gallo** pelo apoio, pela dedicação e, sobretudo amizade e paciência recebidos durante o meu Mestrado. Sem dúvida, sua orientação foi fundamental e imprescindível para a elaboração e o direcionamento do meu projeto.

Ao **Prof. Dr. Cláudio Leone**, pelo seu apoio constante, seu bom humor e pelas importantes orientações sempre precisas.

Agradecimentos

A toda equipe de **docentes do Departamento Materno-Infantil** pelo apoio e incentivo.

Registro meus agradecimentos às administrações das Instituições sanitárias e ao escritório provincial da OMS de Cabinda que, gentilmente, permitiram o acesso a seus registros e facilidades oferecidas à coleta de dados.

Aos professores, funcionários, amigos e a todos colegas do Departamento Materno-Infantil e da Faculdade de Saúde Pública pela colaboração, pela amizade e pelo espírito de solidariedade.

À minha família pela compreensão das longas ausências e, particularmente, aos meus filhos e à minha esposa pelo apoio moral recebido na fase das dificuldades de vária ordem enfrentadas durante este período.

A toda **equipe da biblioteca** pela ajuda na busca da literatura e elaboração das referências bibliográficas.

À **Iara**, pela paciência na digitação do trabalho, executando-o sempre com bom humor e boa vontade.

Ao Leandro, pela disponibilidade e vontade demonstradas em todos momentos do curso.

SIMÃO R. **Desafios para caracterização da mortalidade infantil em Cabinda-Angola.** 2011. 171p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RESUMO

Objetivo: Discutir criticamente, descrever e analisar os dados de óbitos infantis disponibilizados pelos serviços públicos da província de Cabinda-Angola.

Método: Foram estudados nascimentos vivos em hospitais da província de Cabinda, e óbitos de menores de um ano de idade, nos anos 2007 e 2008. Como fonte de dados foram utilizados os registrados nos livros de registro dos hospitais municipais, do hospital provincial e do escritório provincial da OMS de Cabinda. Os dados são contextualizados pela experiência do autor como habitante da região.

Resultados: Os resultados deste trabalho mostram que em 2008 morreram mais crianças no primeiro dia de vida (109) que nos 11 meses restantes (97). Contudo, evidencia-se que 200 óbitos (54,64%) ocorreram em menores de 28 dias de idade em 2007 enquanto que para o mesmo período em 2008 morreram 178 crianças, Quanto às causas básicas de mortes infantis, a malária é destacada como principal causa. Isoladamente a malária responde aproximadamente por uma morte a cada três crianças falecidas. Dentre as doenças evitáveis por vacinação, o tétano responde por cerca de 5% das mortes. Entre as doenças controláveis por saneamento básico, as diarreias ocupam posição de destaque 9,83% em 2007 e 3,27% em 2008. A redução de 65 para 40 óbitos por pneumonia entre as crianças inscreve-a como segunda ou terceira causa mais importante de óbito entre as crianças cabindenses, partilhando espaço com a asfixia neonatal (17,75% em 2007 e 26,90% em 2008). Apesar das dificuldades e limitantes da qualidade das informações encontradas durante a coleta de dados, buscou-se valorizar as existentes e que foram analisadas neste trabalho.

Conclusões: Os resultados obtidos indicam que em Cabinda, melhorias na qualidade de assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido de risco, poderiam reduzir ainda que parcialmente a Mortalidade Infantil. Fatores como condições inadequadas de abastecimento de água, falta de saneamento básico, dentre outros, revelaram ter papel importante como condicionantes da elevada Mortalidade Infantil observada em Cabinda. Apesar de ser atraente priorizar investimentos dos recursos em ações curativas, este trabalho reforça

a perspectiva revisitar as políticas locais de Saúde e priorizar as atividades preventivas nos municípios da grande Cabinda. Assim, sugere-se a implantação de uma rede primária de assistência à saúde e um investimento permanente na melhoria da qualidade das informações de Saúde.

Palavras-chave: Mortalidade Infantil, Estatísticas Vitais e Indicadores Básicos de Saúde.

SIMÃO R. **Desafios para caracterização da mortalidade infantil em Cabinda-Angola.** 2011. 171p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SUMMARY

Objective: To critically discuss, describe and analyze the infant deaths data available for public services in the province of Cabinda-Angola.

Method: A total of live births in hospitals in the province of Cabinda, and deaths of children under one year of age, in years 2007 and 2008. The data source were used those recorded on the records of municipal hospitals, the provincial hospital and the provincial office of WHO in Cabinda. The data are contextualized by the author's experience as an inhabitant of the region.

Results: The results of this study suggested that in 2008 more children died in the first days of life (109) than in the remaining 11 months (97). However, it is clear that 200 deaths (54.64%) occurred in children younger than 28 day- old in 2007 while for the same period in 2008 died 178 children.

As the root causes of child deaths, malaria is highlighted as the main cause. Malaria alone accounts for approximately one death every three children who die. Among the vaccine-preventable diseases, tetanus accounts for about 5% of deaths. Among the diseases controlled by sanitation, diarrhea, occupy a prominent position in 2007, 9.83% and 3.27% in 2008. The reduction from 65 to 40 deaths from pneumonia among children falls as the second or third most important cause of death among children Cabinda, sharing space with neonatal asphyxia (17.75% in 2007 and 26.90% in 2008). Despite the difficulties, limiting the quality of information found during the data collection, we sought to enhance existing ones, which were analyzed in this work.

Conclusions: The results indicate that in Cabinda, improvements in quality of prenatal care, childbirth and the newborn at risk, even partially could reduce infant mortality. Factors such as inadequate water supply, poor sanitation, among others, were found to have important role as determinants of high infant mortality observed in Cabinda. Despite being attractive investments prioritize resources on curative actions, this work reinforces the perspective of revisit policies and prioritize local health preventive activities in the great area of Cabinda. Thus, we suggest the establishment of a network of primary

health care and an ongoing investment to improve the quality of information on Health.

Keywords: Infant Mortality, Vital Statistics and Health Status Indicators.

Índice

I INTRODUÇÃO	12
I.1 Estatísticas vitais	16
I.2 Angola: aspectos geopolíticos	22
I.3 Cabinda: aspectos geopolíticos	25
II OBJETIVOS	27
Geral	28
Específico	28
III MÉTODO	29
3.1 Delineamento	30
3.2 Considerações éticas	30
3.3 Descrição da Área de Estudo	31
3.4 O Processo de Coleta de Dados	34
IV RESULTADOS	40
V DISCUSSÃO	49
VI CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
VII REFERÊNCIAS	59

ANEXOS

ANEXO 1- MAPA DE ÁFRICA

ANEXO 2- MAPA DE ANGOLA

ANEXO 3- MAPA DE CABINDA

ANEXO 4- MAPA DO CAMPO PETROLÍFERO

ANEXO 5- MAPA DA FLORESTA DE MAYOMBE

ANEXO 6- MAPA DA CIDADE DE CABINDA

ANEXO 7- MAPA DA CIDADE PETROLÍFERA DA CHEVRON

ANEXO 8- MAPA DO MONUMENTO DE SIMULAMBUCO

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número e percentagem de nascidos vivos, segundo mês de ocorrência nos anos de 2007 e 2008, no hospital provincial de Cabinda.	41
Tabela 2 - Número e percentagem dos óbitos infantis, segundo mês de ocorrência nos anos de 2007 e 2008, no hospital provincial de Cabinda.	43
Tabela 3 - Número e percentagem dos óbitos infantis ocorridos no hospital provincial de Cabinda nos anos de 2007 e 2008, segundo causa básica.	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Resumo das informações coletadas dos diversos municípios da província de Cabinda, segundo disponibilidade dos dados em meses e ano.	36
Quadro 2 - Nascidos vivos, segundo local e condição do parto, 2007.	37

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Coeficientes de mortalidade infantil de Angola dos anos de 2000 a 2011.	39
Figura 2 – Número de nascimentos no hospital provincial de Cabinda, segundo mês de ocorrência dos anos 2007 e 2008.	42
Figura 3 - Diagrama para comparação das médias do número de óbitos infantis, segundo mês de ocorrência, 2007 e 2008 no hospital provincial de Cabinda-Angola.	44
Figura 4 - Distribuição dos óbitos infantis ocorridos no hospital provincial de Cabinda nos anos de 2007 e 2008, segundo tempo de sobrevivência.	46
Figura 5 - Coeficientes de mortalidade infantil dos anos de 2007 e 2008, segundo mês do calendário no hospital provincial de Cabinda.	48

I INTRODUÇÃO

A idéia principal deste trabalho é traçar um panorama dos principais aspectos que estão na base da mortalidade infantil e discutir criticamente os dados disponibilizados pelos Serviços Públicos da província de Cabinda-Angola.

Os eventos vitais são processos inerentes à vida. Contudo, nascer e morrer, crescer e adoecer, por mais naturais que sejam não ocorrem sem que uma causa eficiente os produza. A morte na infância é uma interrupção da vida no início do seu processo, portanto, algo aberrante acontece na economia do processo vital. Mais entender por que se morre na infância não é apenas uma especulação filosófica. É, principalmente, uma maneira de se buscar suprimir os fatores que estão causando a morte e assim, permitir o pleno florescimento da vida. Direito consagrado a toda humanidade. Entretanto, o valor da vida não está dissociado da cultura específica do povo, de suas possibilidades e opções de sobrevivência, enfim, da sua história. A morte, evento único e definitivo, representa a última manifestação das pessoas e se analisada do ponto de vista coletivo, pode ser interpretada como indicador ou produto final das condições de vida das comunidades. E se analisada sob esta ótica, apresenta grandes diferenças tanto em magnitude quanto ao rol de causas (MARTINS, 1989).

O uso de inquéritos para o estudo de problemas de saúde é um importante instrumento de gestão de políticas públicas contemporânea. Não é, no entanto, uma inovação, mas o produto de uma longa evolução histórica da humanidade. O interesse pela relação entre geografia, saúde e doença vem desde o tempo de Heródoto e Hipócrates. A despeito dessa longa tradição, porém, só no século XVIII os inquéritos sanitários começam a ter utilidade prática no campo das políticas de Estado. Ainda no final do século XIX, o britânico William Farr, propõe uso da taxa de mortalidade infantil como indicador de saúde e bem estar social. Segundo ele, a análise dos dados de mortalidade permitiriam supor algumas condições de vida de determinados grupos de pessoas. Farr acreditava que as crianças eram mais sensíveis às doenças comuns e ao meio ambiente, e neste sentido concebia uma maior vulnerabilidade das crianças às doenças quando comparadas aos adultos. Ele propunha a partir daí a análise de taxas de mortalidade infantil no lugar de taxas de mortalidade geral (ROSEN, 1994).

Rosen, em obra clássica do campo da saúde pública, explica a relação entre desenvolvimento social e padrão de assistência médica no contexto histórico da saúde pública. Segundo este autor, com o crescimento da indústria, na Inglaterra do século XVII, começou-se a considerar a produção como central na atividade econômica. Assim, o trabalho até então artesanal, com a revolução industrial, passa a ser essencial na geração da riqueza da nação; qualquer perda na produtividade de trabalho, decorrente de enfermidade ou morte de operários, tornava-se um problema econômico. Além do mais, sendo a população um fator de produção, saber o número e o valor do povo, em particular os dos grupos mais produtivos, tornava-se cada vez mais necessário. O reconhecimento dessa necessidade, na Inglaterra, no século XVII, levou às primeiras tentativas de usar a estatística para este fim (ROSEN, 1994).

Os primeiros dados estatísticos apareceram em épocas em que se esboçaram as primeiras sociedades humanas. Na Antiguidade, no Egito, havia maneiras de se coletar regularmente dados sobre o número de habitantes. Os hebreus mencionam nos seus livros sagrados (Pentateuco, Livro dos Reis) alguns recenseamentos que foram realizados com a finalidade de se conhecer quantitativamente o povo de Israel. Até mesmo o nascimento de Jesus Cristo se dá em um contexto de recenseamento obrigatório de sua família junto ao povo romano. Contudo, o ato de contar as pessoas da população, isto é, contagem censitária, censo ou recenseamento, é ainda anterior a este período, mas este procedimento torna-se muito desenvolvido na Roma Antiga, graças à boa organização administrativa e jurídica das instituições romanas. No caso específico dos romanos, apenas os cidadãos eram contabilizados (os escravos não eram computados). Outro aspecto interessante é que em Roma, tornou-se obrigatória a declaração de nascimentos e de mortes (LAURENTI e col., 2005).

Mas foi John Graunt, considerado um dos primeiros demógrafos e epidemiologistas que em 1662, usando o número das mortes, em Londres, durante o último terço do século XVII, analisa e por raciocínio indutivo demonstra a regularidade de certos fenômenos sociais e vitais, assim iluminando uma série de fatos. Por este trabalho foi reconhecido membro da sociedade real britânica embora o título não lhe tenha rendido recursos materiais. Ele notou, por exemplo, que as mortes devidas a vários distúrbios físicos e emocionais, e até a certos incidentes,

guardam proporções constantes, ano após ano, no número total de enterros. Graunt também indicou que nasciam mais homens que mulheres, caracterizando certa igualdade numérica e aproximada dos sexos; evidencia também distintas proporções de nascimentos e mortes na cidade e no campo; a supremacia do número de mortes na cidade sobre o campo e as variações da taxa de mortes segundo as estações (ROSEN, 1994). Este mesmo autor tornou possível, com isso, conhecer e estudar várias características da mortalidade e é citado por MacMahon e Pugh como o pioneiro das estatísticas de mortalidade. Influenciadas por esses trabalhos, várias cidades alemãs, em especial Brandemburgo, em 1684, iniciaram uma contabilização anual de nascimentos, casamentos e óbitos, com base em algumas informações registradas. De certa maneira, reconhecendo que a mortalidade por causa específica ocorre segundo parâmetros demograficamente observáveis (LAURENTI e col., 2005).

O ano de 1839, quando William Farr foi designado para o cargo de “Compiler of Abstracts” do Registro Geral da Inglaterra, representa, entretanto, mais um marco efetivo do uso dos registros civis com fins estatísticos. Nesse campo pôde mostrar as deficiências das estatísticas vitais e os métodos necessários para melhorá-las, no sentido de poderem atender às suas finalidades nas áreas da saúde pública e da demografia. Desde então, o uso dos registros de nascimentos e de mortes foi se generalizando na Inglaterra e em outros países do norte da Europa. Assim, o sistema de estatísticas vitais tem tido como base, quase sempre, o sistema de registros civis (LAURENTI e col., 2005).

Até muito recentemente (e para alguns ainda hoje), o termo estatística dizia respeito somente ao dado propriamente dito. Atualmente, estatística inclui toda a elaboração que vai desde o planejamento e a coleta do dado até a análise e interpretação dos resultados (LAURENTI e col., 2005).

I.1 Estatísticas vitais

As estatísticas de saúde referem-se a dados sobre doenças de notificação compulsória, leitos hospitalares disponíveis, causas ou diagnósticos de internação, população coberta por vacinação e vários outros. Para o setor saúde, o instrumental de maior importância e aplicação é representado pelas estatísticas vitais (LAURENTI e col., 2005).

Jeremy Bentham, em 1820, sugeriu um governo hipotético, e neste governo teve o cuidado de instalar um escritório central de estatística para melhorar os dados sobre grupos sociais e enfermidades. Percebeu nesta iniciativa a força que as informações estatísticas lhe davam para argumentar sobre políticas públicas no parlamento (ROSEN, 1994).

“Coube à Suécia a primazia de oferecer à política aritmética, com a coleta de estatísticas oficiais de população, a firmeza de um solo. Em 1748, baseando-se em um estudo de Per Elvius, matemático e secretário da Academia de Ciência da Suécia, o governo aprovou uma legislação em que se ordenava ao clero das freguesias preparar tabelas sobre a população. Enviavam-se essas tabelas ao governo central e as condensava, em um sumário, para o país inteiro. A Grã-Bretanha e os Estados germânicos ficaram atrás da Suécia e da França na compilação de estatísticas” (LAURENTI e col., 2005).

Cabe destacar que a padronização dos dados e das taxas de mortalidade, ou seja, dos números utilizados tanto no numerador como no denominador dos coeficientes tal qual aceita-se atualmente, é fenômeno mais recente e ocorre a partir de convenções internacionais durante a primeira metade do século XX. O nível de qualidade de vida de uma sociedade é difícil ser mensurado em sua plenitude. A grande diversidade cultural expressa no comportamento alimentar, hábitos de vida, condições de trabalho, moradia, segurança, padrões de consumo, relações políticas entre os povos e etnias, nos oferece distintos valores atribuídos a cada momento e lugar, no curso da vida. Contudo, por ser a vida um valor supremo, ressaltado e defendido historicamente em todas as culturas, as condições de sobrevivência podem

ser avaliadas e comparadas por meio de indicadores em determinadas áreas (LAURENTI e col., 2005).

Dentre os indicadores, o mais tradicional é o coeficiente de mortalidade infantil. Por ser reconhecidamente aquele que expressa não só o nível de saúde de uma sociedade, mas também seu padrão sócio-econômico e tem sido universalmente utilizado como um índice sintetizador de desenvolvimento social. De fato, a capacidade das sociedades em defender a sobrevivência de sua espécie, preservando sua descendência, portanto a vida de suas crianças, muito mais que uma discussão filogenética, revela também seu grau de organização, respeito, solidariedade e coerência interna; portanto seu grau de desenvolvimento social (LAURENTI e col., 2005).

O coeficiente de mortalidade infantil ou taxa de mortalidade infantil é definida como a relação entre o número de óbitos de crianças menores de um ano de idade e o número de nascidos vivos em um determinado ano e em uma região específica. O coeficiente de mortalidade infantil mede ou indica o risco que um recém-nascido vivo tem de morrer antes de completar um ano de idade. Do ponto de vista estrutural ele pode ser analisado subdividindo o primeiro ano de vida em três períodos críticos. Por exemplo, a morte infantil denominada de neonatal precoce remete a causas relacionadas às condições de gestação ou de assistência ao parto, ao passo que a morte das crianças após 28 dias de vida levam a preocupação para causas relacionadas a cuidados específicos com as crianças, normalmente relacionados aos cuidados que os pais e a sociedade lhes oferecem como alimentação, higiene ou carinho. Isto por ser a criança totalmente dependente dos adultos, no primeiro ano de vida e, sua condição biológica de vitalidade ser considerada máxima, sua morte é inesperada e permite inferir uma série de condicionantes relacionados a seus cuidadores mais próximos e ao grupo social ao qual fazem parte (LAURENTI e col., 2005).

Para uma análise mais acurada da mortalidade infantil, é necessário analisá-las de acordo com as características de seus componentes. A Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua 10ª revisão da Classificação de Estatística Internacional de

Doenças e Problemas relacionados à Saúde (OMS, 1994) define estes componentes como sendo:

a) o período neonatal que começa com o nascimento e termina antes do 28º dia completo de vida.

Esse período pode ser subdividido em:

a.1) neonatal precoce que inicia-se ao nascimento e termina no 6º dia de vida.

b.2) neonatal tardio que inicia-se no 7º dia e termina antes do 28º dia completo de vida; é devida principalmente de causas perinatais e de anomalias congênitas.

b) pós-neonatal ou infantil tardia inicia-se no 28º dia de vida e termina antes do 365º dia de vida.

Enquanto que a mortalidade pós-neonatal ou infantil tardia é mais associado às más condições de vida e do meio ambiente da criança e geralmente marcado pela presença de infecções e pelas péssimas condições de moradia ou alimentação.

A mortalidade neonatal geralmente está vinculada a causas endógenas ao processo reprodutivo (parto pré-termo, baixo peso ao nascer, à disponibilidade e à qualidade da assistência ao pré-natal ou ao parto), enquanto que a pós-neonatal depende na maior parte de fatores exógenos, das situações relacionadas com o meio ambiente (problemas nutricionais, infecções, acidentes, violências, acesso e qualidade dos serviços primários de saúde) (ORLANDI, 2007).

Para MONTEIRO (1980), no estudo da mortalidade infantil há que se considerar o desempenho de fatores mais abrangentes (ou distais) para a qualidade de vida em geral, como o nível de renda da população e a educação. O desenvolvimento de fatores de abrangência mais próxima (ou proximais) como a assistência hospitalar e o abastecimento de água. Não se pode deixar de considerar entre os fatores distais, o comportamento de variáveis de ligação pouco objetiva à qualidade de vida, como os padrões de fertilidade e os movimentos migratórios.

A estratégia saúde da família constitui um dos exemplos mais impressionantes do impacto da adoção dos cuidados básicos como, por exemplo, o

incentivo ao aleitamento materno, terapia de reidratação oral, imunização, monitorização do desenvolvimento e crescimento e ações de saneamento básico do meio, proporcionando melhorias na qualidade da saúde e tragam resultados (CRUZ, 2002).

As políticas de saneamento básico têm um grande impacto na queda da mortalidade infantil. Além desta, medidas como a implantação da terapia de reidratação oral, a diminuição da desnutrição infantil, o acesso a serviços de saúde e à informação pode ser apontado como responsáveis pela importante redução da mortalidade infantil por diarreia (OLIVEIRA, 2008).

A melhoria do acesso e a qualidade dos serviços de saúde, a expansão das coberturas vacinais, ampliação de pré-natal e a redução do número de filhos por mulher são fatores de extrema relevância para a redução contínua da mortalidade infantil (TELAROLLI, 1997).

Diferindo da maioria dos outros coeficientes de mortalidade, o de mortalidade infantil não apresenta no denominador o número de habitantes menores de um ano (dado por censo ou estimativa), mas sim, o número de nascidos vivos. Isso se deve ao fato de que no censo, o número de menores de um ano de idade, geralmente é subestimado desta forma é preferível utilizar-se o número de nascidos vivos registrados. Portanto, para o cálculo desse coeficiente, os dados, quer no numerador quer no denominador, dependem da fidedignidade e continuidade de informações secundárias (colhidas na rotina dos serviços e não de informações censitárias), às vezes provenientes do registro civil ou dos próprios hospitais e maternidades (LAURENTI e col., 2005).

Esse coeficiente está sujeito a erros que podem ocorrer quer no numerador, quer no denominador. Devem-se destacar como principais: sub (ou super) - registro de óbitos, de nascimentos e definições incorretas de nascido vivo e nascido morto (LAURENTI e col., 2005).

A necessidade de estabelecer ações concretas que façam frente a problemas de saúde no cotidiano é o ponto de angústia de todos os que trabalham em serviços

de saúde. Vários estudos sobre mortalidade infantil têm sido produzidos ao longo dos anos buscando esse conhecimento da realidade. Como marcador do desfecho dramático do processo saúde-doença na criança, a morte de crianças e sua previsível tendência atual de concentração no período neonatal, pela semelhança ao acontecido anteriormente em outros países, trazem à tona problemas práticos de organização dos serviços de saúde. A possibilidade e o desejo de controlar as mortes infantis no âmbito das aspirações das sociedades contemporâneas requerem conhecimento cada vez maior da intimidade da estrutura das populações; da maneira com que vivem e compartilham os bens e serviços sociais disponíveis em cada cultura (moradias, assistência médica, saneamento entre outros). E como diz Castellanos em 1997, *“ainda que à luz dos conhecimentos atuais a eficácia, efetividade e eficiência de nossos tratamentos possam ser questionadas”*.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1994), nascido (ou nascimento) vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independente de duração da gestação, de um produto de concepção que depois dessa separação, respira ou manifesta outro qualquer sinal de vida, tal como batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical ou contração efetiva de algum músculo de contração voluntária, haja ou não sido cortado o cordão umbilical e esteja ou não desprendida a placenta.

O número de nascidos vivos em um determinado ano é importante para qualquer planejamento materno-infantil, para o cálculo de vários coeficientes, entre os quais o de mortalidade infantil. Também os programas de imunização contra as doenças da infância podem ter, nos registros de nascimento, valiosos elementos de controle e orientação, pela possibilidade de se verificar, efetivamente, se as crianças estão devidamente protegidas, nas épocas próprias, contra aquelas doenças (LAURENTI e col., 2005).

Considera-se sub-registro toda omissão de registro de determinado evento. No caso do nascimento, entende-se que ele ocorre toda vez que, nascida uma criança viva, não seja feito o competente registro desse nascimento em cartório. Nas estatísticas de saúde, alterado o número de nascidos vivos, o resultado de todos os

coeficientes que trabalham com esse valor, no numerador ou no denominador, ficará também alterado (LAURENTI e col., 2005).

Por outro lado, ainda que não mensurado, pode também existir o super-registro de nascimento quando, por exemplo, visando à obtenção de algum tipo de benefício, se registram crianças inexistentes ou quando a mesma pessoa é registrada mais de uma vez. Este procedimento nem sempre se dá por ingenuidade ou erros aleatórios dos serviços de registro civil. A imprensa leiga registra com certa frequência estas situações relacionando-as às fraudes eleitorais. (LAURENTI e col., 2005).

Óbito é o desaparecimento permanente de todo sinal de vida em um momento qualquer depois do nascimento vivo, ou seja, o desaparecimento dos sinais vitais sem a possibilidade de ressuscitação (LAURENTI e col., 2005).

A natureza dos problemas de saúde e do modo de enfrentá-los em cada sociedade decorre de condições políticas, econômicas e sociais, assim como dos conhecimentos disponíveis das concepções de saúde e de doença nela prevalentes (ROSEN, 1994).

As políticas públicas devem estar comprometidas com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população, como fator imprescindível para superação do quadro de iniquidade e desigualdade social reinante. Elas podem ser conceituadas como a criação de espaços alternativos, capazes de agrupar atividades que contribuam para o enriquecimento da qualidade de vida da população (QUEIROZ, 2002).

I.2 Angola: aspectos geopolíticos

Angola situa-se na África Austral e central, tem uma superfície de 1.246.700 km², uma costa de 1.650 km a Oeste (Oceano Atlântico), uma fronteira terrestre de 5.198 km, 1271 aldeias, 475 comunas, 163 municípios, 18 províncias e uma população estimada em 2009 de 18.498.000 habitantes composta por vários povos, etnias e culturas, uma diversidade de idiomas, embora o português seja a língua oficial. No último censo realizado em 1970 sua população foi de 5.646.166 habitantes.

Angola tem uma fronteira de 2.511 km (dos quais 220 km são fronteira com a província de Cabinda) com a República Democrática do Congo, 1.376 km com a Namíbia, 1.110 km com a Zâmbia e 201 km com o Congo Brazaville (os 201 km são também fronteira com a província de Cabinda).

Angola é um país planáltico cuja altitude varia entre 1.000 e 1.500 metros. Sua maior altitude encontra-se no Morro do Moco na Província do Huambo, a 2.620 metros. É um país rico em recursos minerais. Estima-se que seu subsolo albergue 35 dos 45 mais importantes do comércio mundial entre os quais se destacam: petróleo, gás natural, diamantes, ferro, cobre, magnésio, ouro e rochas ornamentais.

A independência de Angola não foi o início da paz, mas o início de uma nova guerra aberta. Muito antes do dia da Independência, a 11 de Novembro de 1975, já os três grupos nacionalistas (MPLA-Movimento Popular de Libertação de Angola, FNLA-Frente Nacional de Libertação de Angola, UNITA-União Nacional para a Independência Total de Angola) que em 4 de Fevereiro de 1961 começaram uma luta armada contra Portugal combatendo o colonialismo português, lutavam entre si pelo controle do país, e em particular da capital, Luanda. Cada um deles era na ocasião apoiado por potências estrangeiras (União Soviética, Cuba, África do Sul, Zaire, China, Portugal e Inglaterra), dando ao conflito uma dimensão internacional, com objetivo de dividir Angola, que se tornou num caos.

Angola perdeu, a partir de 1970, sua tradição estatística de análise demográfica proveniente da época colonial. Após a Independência, a demografia

perde valor e os recenseamentos tornam-se regionais, parciais (1983 e 1987) bem como todas as outras fontes de dados passam a ser igualmente fragmentárias.

O sistema de registro civil que, durante o período colonial, funcionava razoavelmente nas áreas urbanas, deteriorou-se a ponto de não poder mais ser utilizado com fins estatísticos. As conseqüências, como se sabe, comprometeu a confiabilidade do registro civil como fonte de informações fundamental às autoridades públicas angolanas. Atualmente, o sistema de registro civil funciona com muitas dificuldades e, em certas regiões, é inexistente.

A lei angolana define em função da idade, valores diferentes para pagamento de emolumentos no âmbito do registro de nascimento, ou seja, o valor estabelecido para crianças com idades compreendidas entre 0 e 30 dias, é inferior ao cobrado para as dos 31 dias aos 12 meses que, por sua vez, é também inferior ao que se cobra para as que forem registradas com mais de 12 meses. O objetivo desta disposição é estimular a realização do registro imediatamente após o nascimento.

O nascimento ocorrido em território nacional deve ser declarado verbalmente, dentro ou mesmo após os trinta dias imediatos na conservatória ou no posto de registro civil da área do respectivo lugar desde que sejam pagos os emolumentos referentes à multa.

Se o nascimento for simultaneamente declarado com o óbito do registrando, far-se-á constar do assunto de nascimento, lavrado com as formalidades normais, que o registrado é falecido e, logo em seguida, lavrar-se-á no livro próprio o assento de óbito.

O registro do óbito assegura juridicamente a realidade da morte. Rompe-se com a morte todos os laços que unem o indivíduo à sociedade.

O falecimento de qualquer indivíduo deve ser declarado verbalmente, dentro de quarenta e oito horas, no posto ou na conservatória do registro civil, em cuja área tiver ocorrido o óbito ou se encontrar o cadáver.

O prazo para declaração conta-se conforme os casos, do momento em que ocorrer o falecimento ou for encontrado ou autopsiado o cadáver, ou daquele em que a autópsia for dispensada.

A obrigação de prestar a declaração do óbito incumbe sucessivamente às seguintes pessoas: ao chefe de família residente na casa em que tiver ocorrido o óbito; ao parente capaz mais próximo do falecido e aos familiares do falecido.

É competente para lavrar o registro de óbito, a conservatória em cuja área tiver ocorrido o óbito ou se encontrar o cadáver.

O sistema nacional de saúde de Angola é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) de responsabilidade do Ministério da Saúde (MINSA) que por sua vez, é responsável por todas as entidades públicas, privadas e profissionais que desenvolvem atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde. Em geral, a prestação de serviços no SNS é de baixa qualidade, devido, entre outros condicionantes, à falta de segurança, desvio de função dos profissionais e insuficiência de recursos financeiros. Cenário de fundo da desmotivação do pessoal tendo em conta baixos salários, carência de formação continuada que terminam por configurar um quadro que pode ser caracterizado como de condições de trabalho precárias. Além disto, é importante realçar a distribuição desequilibrada do pessoal entre as zonas rurais e urbanas, entre as diferentes regiões e entre as diferentes categorias das instituições de saúde.

Em Angola, cerca de 80% da população encontra-se ainda concentrada em grandes centros urbanos, resultado do processo de desenvolvimento económico e da guerra que assolou o país desde a independência, em 1975 até 2002, provocando uma resposta demográfica e que provavelmente elevou as taxas de urbanização como decorrência da falta de segurança que as áreas rurais apresentavam nos tempos de conflito armado, degradando cada vez mais as condições sociais da população, urbanização e explosão demográfica, que não foram acompanhadas de serviços sociais básicos.

Angola viveu cinco séculos de colonização portuguesa (1475-1975), 14 anos de luta de libertação nacional para independência (1961-1975) e mais de 27 anos de guerra civil (1975-2002). Após uma longa guerra civil que só terminou em 22 de fevereiro de 2002 com a morte de Jonas Malheiro Savimbi, o país passa por um período de paz e reconstrução, mas a guerra ficou marcada na história, na cultura, na vida e no olhar de cada angolano, que ainda vive na lógica da sobrevivência.

A sociedade angolana ainda funciona de maneira altamente hierarquizada e centralizada. Tudo depende do chefe, e “*quem não é chefe, que obedeça e espere sua vez e não ouse falar o que pensa em hipótese alguma*”.

I.3 Cabinda: aspectos geopolíticos

A província de Cabinda, objeto do estudo, situa-se no Norte de Angola na região da África central, tem uma superfície de 7.270km², uma costa de 90 km a Oeste (Oceano Atlântico), quatro municípios, oito comunas e com uma população estimada em 518266 habitantes.

Cabinda tem uma fronteira a norte de 201 km com o Congo Brazaville, a sul e este de 220 km com a República Democrática do Congo. A província de Cabinda dista a 60 km do território angolano e a 480 km de Luanda.

Cabinda é uma província rica em recursos naturais (diamantes, fosfato, magnésio, café, cacau, madeira proveniente da segunda maior floresta do mundo, etc.), sobretudo petróleo, que contribui com cerca de 60% para o orçamento geral de estado de Angola. A agricultura é artesanal e de subsistência, mas o café e o cacau não são mais as principais atividades agrícolas, havendo também amendoim, feijão, milho, frutas cítricas, além da atividade agropecuária, mas em menor escala.

Pela sua localização geográfica, Cabinda foi sempre palco de grandes disputas territoriais entre os colonizadores portugueses, ingleses, holandeses, franceses e belgas.

A exploração do petróleo de Cabinda iniciou-se em 1954, representando em 1973 cerca de 30% das receitas das exportações de Angola.

A informação sobre o emprego e mão-de-obra da província de Cabinda é parcial. A partir de sua experiência pessoal, o pesquisador supõe que o governo seja o maior empregador em Cabinda, contudo os baixos salários pagos pelo governo e a falta de condições de trabalho obrigam os profissionais das diversas direções dos serviços públicos a procurarem alternativas nas clínicas da Cabinda Gulf Oil Company/ Chevron e em outras atividades petrolíferas.

Segundo o pesquisador que também foi colaborador durante oito anos na clínica da Cabinda Gulf Oil Company/ Chevron a falta de dedicação exclusiva e de políticas públicas que estimulem os profissionais à sua progressão na carreira, reduzem a produtividade e comprometem a qualidade dos serviços prestados.

A maioria dos programas existentes no Departamento de Saúde Pública sobrevive com recursos obtidos junto de seus parceiros, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância, (UNICEF), Cabinda Gulf Oil Company/Chevron, etc. para a sua implementação e quando os recursos esgotam, os programas são interrompidos.

Registram-se dificuldades logísticas de várias ordens para as ações preventivas como, por exemplo, a falta de combustível para conservação e manutenção da cadeia de frio, estrutura fundamental e imprescindível para a implementação da imunização.

Em Cabinda o registro de nascimento é realizado nas maternidades por funcionários das conservatórias do registro civil, mas infelizmente os nascimentos que ocorrem aos sábados, domingos e feriados não são registrados e muitos pais já não retornam nos dias úteis para a realização do registro de seus filhos. É bastante comum encontrar-se crianças na idade escolar sem terem ainda efetuado o seu registro.

Segundo o pesquisador, no momento da realização da coleta de dados para este estudo, persistia ainda alguma instabilidade político-militar na província de Cabinda, resultando em ataque de uma das seleções de futebol que participaria na copa de África/2010 realizada em Angola.

Desta maneira, pretende-se com este trabalho apresentar à população considerações sobre os dados de mortalidade infantil disponibilizados pelos serviços públicos e discutir algumas inconsistências passíveis de correção. Parte-se do pressuposto que é importante um diálogo entre as políticas públicas de Cabinda-Angola e os dados epidemiológicos expressos nas taxas de mortalidade infantil. É pressuposto também a existência de vontade política dos governantes em melhorar as informações no campo da estatística vital

II OBJETIVOS

Geral

Discutir criticamente os dados de mortalidade infantil disponibilizados pelos serviços públicos da província de Cabinda-Angola.

Específico:

1.Descrever e analisar os dados de mortalidade infantil de Cabinda- Angola.

III MÉTODO

3.1 Delineamento

Trata-se de um estudo transversal (seccional) com levantamento de informações registradas nos livros de registro de nascimento e óbito de crianças menores de um ano de idade falecidas em 2007 e 2008.

A partir de um banco de dados construído com as informações contidas nos livros de registros de óbitos e nascimentos sob responsabilidade do hospital provincial e hospitais municipais, caracterizam-se os nascimentos e os óbitos mês a mês, no tocante a idade do óbito, a causa básica, sazonalidade e tempo de sobrevivência como variáveis independentes e calculados os respectivos Coeficientes de mortalidade infantil dos meses de 2007 e 2008 de todas as crianças registradas nos livros dos hospitais. Os dados são analisados de acordo com a idade e a causa básica do óbito.

Para este estudo escolheu-se os óbitos de crianças de zero a 365 dias de idade.

Foram feitas análises, interpretação e avaliação de dados com tabelas e gráficos.

3.2 Considerações éticas

O estudo e a bolsa de estudos do pesquisador principal foram autorizados pelo governo local e obedecem as normas brasileiras pautadas na resolução 196/96, na qual o pesquisador se compromete a respeitar o anonimato, a preservar do público, eventuais informações que possam comprometer a integridade física dos sujeitos e/ou familiares de pesquisa.

Por se tratar de dados secundários, coletados de livros de registros, não se justifica a necessidade de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos responsáveis pelas crianças.

Os resultados do estudo além de seguir os trâmites acadêmicos, serão publicados em revistas científicas nacionais e internacionais. Além disto, o pesquisador, membro do corpo executivo da direção da saúde de Cabinda- Angola se compromete a discutir os resultados com outras autoridades sanitárias locais.

3.3 Descrição da Área de Estudo

- **Infra-estrutura**

A zona urbana, embora disponha de um sistema de distribuição de água potável para quase toda província, passa sempre por períodos prolongados de abastecimento irregular, principalmente em áreas periféricas, em função da falta de combustível e avarias constantes das bombas submersas para o atendimento da demanda.

Com relação à rede de esgoto, os dados oficiais indicam que menos de 30% da população é atendida. A ligação da rede coletora de esgoto aos domicílios não acompanhou o crescimento populacional, devido à falta de poder aquisitivo dos moradores e do poder público em implementar estes serviços.

O padrão das moradias em Cabinda está em função do poder aquisitivo dos habitantes, mas a maioria delas não tem condições de saneamento para sua habitabilidade. Não existe nenhuma política pública a respeito de moradias nem sobre transporte público.

A coleta de lixo quase não existe. A única empresa que faz a coleta de lixo cobre menos de 10 % da população da cidade de Cabinda. Os restantes municípios não dispõem deste serviço.

- **Saúde**

A assistência médico-sanitária é oferecida em 138 unidades sanitárias (postos de saúde, centros, hospitais municipais e hospital provincial), sendo 86 unidades localizadas no município de Cabinda, 20 em Cacongo, 20 no Buco-zau e 12 no Belize. A província de Cabinda em 2010 dispunha de 370 leitos hospitalares (para

todos os serviços), distribuídos da seguinte forma: 255 no município de Cabinda, 40 em Cacongo, 40 em Buco-Zau e 35 em Belize e contava com 2265 profissionais de saúde. A média provincial é de 0,71 leitos por mil habitantes, cifra aquém das necessidades, considerando que foi observada, em alguns serviços hospitalares inclusive no hospital provincial (na pediatria e ginecologia), a internação de mais de um paciente por leito.

Em 2010, os serviços públicos de saúde da província de Cabinda contavam em seu quadro de profissionais com 115 médicos residentes. Desses, 20 Angolanos, dos quais, 6 em formação no exterior (4 no Brasil, 1 em Cuba e 1 em Portugal), 50 Coreanos, 23 Cubanos, 12 Vietnamitas, 05 da República Democrática do Congo, 03 Russos e 02 do Congo Brazaville. Números que representavam, em 2010, aproximadamente 0,22 médicos por mil habitantes da província.

Segundo informações da direção provincial de saúde, do total de 48% da rede pública se encontrava em bom estado de conservação física, 25% razoável e 27% considerado ruim ou encontrando-se fechada. Os elementos considerados nesta classificação foram: a condição da estrutura física, nomeadamente, o estado de conservação de paredes, cobertura, portas e janelas, rede elétrica, instalações sanitárias, rede de esgotos, pintura e a operacionalidade do seu equipamento. Contudo não foi possível resgatar informações sobre a qualidade dos equipamentos e laboratórios de análises clínicas e nem sobre sua utilização (super ou sub-utilização) mas, na experiência pessoal do pesquisador, do ponto de vista estrutural as informações oferecidas pela direção provincial parecem consistentes.

Em muitas unidades de saúde rurais, a presença de médicos ainda não é uma realidade das equipes de saúde. Contribui para esta situação problemas relacionados ao recrutamento (falta de médicos na região/ país), colocação e retenção (falta de políticas de estímulo à interiorização de profissionais). Agrega-se a esta situação precária de recursos humanos, a falta de especialistas obstetras e pediatras e a opção dos médicos e profissionais com formação superior – enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e até dentistas dentre outros, de vincularem-se a clínicas privadas e com clara preferência de exercício na capital do País (Luanda que dista a

480 km de Cabinda), onde existem mais atrativos, melhores possibilidades financeiras e um atraente sistema de saúde privado. Não há informações atuais, mas segundo Kiala, em 1985 a província de Cabinda tinha 19 médicos, ao passo que Luanda contava com 259 médicos. Na prática cotidiana, os médicos, muitas vezes, são substituídos por “técnicos médios ou básicos” de enfermagem.

A província de Cabinda conta também com 2 clínicas privadas da Cabinda Gulf Oil Company/ Chevron que prestam assistência médico-sanitária de qualidade aos funcionários das empresas petrolíferas e suas famílias se comparada com a prestada pelos serviços públicos de saúde e outras clínicas privadas. As clínicas da Cabinda Gulf Oil Company/ Chevron não dispõem de serviços de internação nem de salas de parto que se supõe contribuiriam enormemente na redução de óbitos infantis, embora seja uma minoria que tem acesso aos seus serviços.

Não obstante o reconhecimento da importância na preservação, restauração e desenvolvimento da vida, o setor de saúde na província de Cabinda é historicamente um dos mais desprovidos e desfavorecidos quando comparado a outros setores da administração pública de Angola. Padece de enormes carências e deficiências administrativas, financeiras, de estrutura física e até de recursos humanos (número e qualidade dos profissionais).

• **Educação**

No plano educativo, Cabinda conta com uma infra-estrutura escolar, em constante degradação, ocasionando o atendimento decrescente de crianças e jovens, enquanto, paralelamente acelera-se a queda da qualidade do ensino oferecido.

As escolas públicas de Cabinda existem, mas funcionam mal. Entre a rede pública e privada totalizam 276 escolas: Primárias: 231. Pré-6ª Classe. I Ciclo: 26. 7ª, 8ª e 9ª Classe. II Ciclo: 15. 10ª até 12ª Classe. Ao nível de III ciclo possui 01 Universidade Privada de Angola (UPRA), 01 Universidade LUSÍADA, 01 Centro Universitário de Cabinda (CUC) 11 de Novembro e 01 Faculdade de Medicina.

Alunos regulares matriculados em 2010, na rede pública e privada: sexo masculino = 58809 e sexo feminino = 60900, totalizando 119709.

Alunos adultos matriculados em 2010, na rede pública e privada: sexo masculino: = 9746 e sexo feminino = 11292, totalizando 21038.

3.4 O Processo de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2009 a março de 2010 com a participação direta do ponto focal da OMS/Cabinda para imunização e poliomielite, dos técnicos responsáveis pela vigilância epidemiologia e estatísticas dos respectivos hospitais. Transcreveram-se as informações contidas nos livros de registros de óbitos e nascimentos sob responsabilidade do hospital provincial e hospitais municipais. Cabe destacar que os livros de registro eram organizados em folhas seqüenciais de cadernos comuns nas quais, ao final do expediente os funcionários da maternidade e pediatria preenchem com caneta ou lápis as informações sobre o número de crianças que nasceram e sobreviveram/morreram durante o respectivo turno de trabalho. Dessa forma, por ser uma informação anotada na passagem de turno, pode conter muitas incorreções; uma vez que se evoca a lembrança dos funcionários num momento de pressa e constrangimentos relacionados ao horário de saída-entrada do trabalho. Além destas variáveis, temos informações históricas de que alguns diretores desses hospitais premiavam em espécie as equipes que tivessem trabalhado sem registrar mortes durante o turno. Iniciativa que, na opinião dos técnicos das maternidades induziria ao “esquecimento” no registro das mortes. Além destas graves questões quanto ao registro das estatísticas vitais, ignoram-se sistematicamente na rotina dos hospitais, as mortes de crianças nas primeiras 24h após o parto.

No tocante ao atendimento de urgência e emergência, responsável pelo atendimento das crianças, abre-se registro hospitalar apenas após 24h de permanência das crianças nos setores de emergência. A morte das crianças durante as primeiras 24h do período de observação é considerada morte extra hospitalar para a

qual, o hospital não assume qualquer responsabilidade quanto ao atestado de óbito ou outros registros da condição social.

Mesmo com todos esses limitantes da qualidade das informações, buscou-se valorizar as existentes, transcrevendo-as com ajuda dos técnicos para as anotações pessoais do pesquisador, posteriormente digitadas em uma planilha Excel e analisadas neste trabalho.

Foi possível caracterizar os nascimentos e óbitos mês a mês, a idade do óbito, a causa básica de todas as crianças registradas nos livros dos hospitais.

O hospital provincial de Cabinda, o maior e mais organizado, apesar de ter estado em reparação de sua estrutura física durante a coleta de dados apresentou registros de dados de nascimentos e de óbitos de todos os meses de 2007 e 2008.

O hospital municipal de Cacongo apresentou registros de dados de nascimentos e de óbitos de 2007, mas havia indisponibilidade de dados de 01 de Janeiro a 20 de Setembro de 2007. Neste período não havia qualquer registro de nascimento ou óbito nos livros. Em 2008 não houve registro de dados dos nascimentos, mas apresentou registros de dados de óbitos.

O hospital municipal de Buco-zau apresentou registros de dados de nascimentos de 2007 e de óbitos e nascimentos de 2008. Não houve registros de dados de óbitos de 2007.

O hospital municipal de Belize apresentou registros de dados de nascimentos e óbitos de 2007 e 2008.

Todos os hospitais não guardam prontuários nem atestados de óbitos.

O quadro 1 apresenta um resumo dessas dificuldades de coleta das informações.

Quadro 1 - Resumo das informações coletadas dos diversos municípios da província de Cabinda, segundo disponibilidade dos dados em meses e ano.

Meses	Anos															
	2007								2008							
	Cabinda		Cacongo		Buco-zau		Belize		Cabinda		Cacongo		Buco-zau		Belize	
	N.V	O	N.V	O	N.V	O	N.V	O	N.V	O	N.V	O	N.V	O	N.V	O
Jan.	918	38	*	*	*	*	*	*	855	23	*	*	*	*	*	*
Fev.	954	39	*	*	*	*	*	*	661	27	*	*	*	*	*	*
Mar.	1126	44	*	*	*	*	*	*	1317	24	*	*	*	*	*	*
Abr.	1153	29	*	*	*	*	*	*	1524	32	*	*	*	*	*	*
Mai.	1311	37	*	*	*	*	*	*	1561	26	*	*	*	*	*	*
Jun.	1112	30	*	*	*	*	*	*	1387	22	*	*	*	*	*	*
Jul.	1055	29	*	*	*	*	*	*	1359	19	*	*	*	*	*	*
Ago.	870	30	*	*	*	*	*	*	1097	17	*	*	*	*	*	*
Set.	916	19	*	*	*	*	*	*	906	18	*	*	*	*	*	*
Out.	750	22	*	*	*	*	*	*	945	22	*	*	*	*	*	*
Nov.	788	26	*	*	*	*	*	*	917	24	*	*	*	*	*	*
Dez.	781	23	*	*	*	*	*	*	912	21	*	*	*	*	*	*
Total	11734	366	320	17	372	*	292	24	13441	275	*	02	473	41	299	38

* sem informação

Quadro 2 - Nascidos vivos, segundo local e condição do parto, 2007.

Anos		
Ano de ocorrência	2007	%
Partos Hospitalares	11344	96,67
Partos Normais	10680	91,01
Cesáreas	664	5,65
Partos Domiciliares	390	3,32
Abortos	1288	10,97
Nascidos Mortos	83	0,70
Total de Nascidos vivos	11734	100,00

No quadro 2 visualiza-se que a grande maioria dos partos notificados se dão em ambiente hospitalar(11344; 96,67%). Destes, merece destaque o parto vaginal, ou normal (10680; 91,01%). Quanto aos partos que ocorrem nas casas, os denominados domiciliares, parecem ser um contingente marginal dentre o movimento total de partos da província (390; 3,32%). Aparentemente os partos cirúrgicos, cesarianos, também não fazem parte da rotina dos serviços. Apenas 1 :16 partos é de origem cirúrgica (664; 5,65%). Maior número de ocorrências aparece nos abortos (1288; 10,97%). Poucos fetos são registrados como nascidos mortos (83; 0,70%) para um total de 11734 nascidos vivos no hospital provincial em 2007.

Segundo o pesquisador, mesmo no hospital provincial de Cabinda, o grande número de partos registrados sem assistência de um profissional qualificado, somados ao acesso ainda restrito à assistência pré-natal, são alguns dos fatores que podem contribuir para a excessiva mortalidade neonatal. Em muitos lugares da zona rural, suburbana e urbana de Cabinda, a maioria dos

partos é realizada no domicílio por parteiras tradicionais, que não têm vínculo com o sistema de saúde. Dessa maneira, não há obrigatoriedade de comunicação da ocorrência de nascimentos ou mortes de recém nascidos assistidos pelas parteiras.

Nesses lugares, se houver necessidade de um parto cesáreo, as muitas horas de espera por transporte e o próprio trajeto até ao hospital provincial resultam em muitas mortes de mães e recém-nascidos.

O hospital municipal de Cabinda que dista a 6 km do hospital provincial e os restantes municípios de Cabinda não dispõem de obstetras e os partos são realizados por profissionais não qualificados.

A evasão de nascimentos e de óbitos deve ser considerada possível, devido à presença constante de gestantes dos dois Congos que acorrem aos serviços de Saúde de Cabinda. Segundo o pesquisador, supõe-se que, em virtude da gratuidade dos serviços médico-sanitários existentes em Cabinda, o que não acontece nos dois Congos, o número de evasões de nascimentos e de óbitos deve ser tão grande.

Figura 1 - Coeficientes de mortalidade infantil de Angola dos anos de 2000 a 2011.

Na figura 1 pode-se visualizar não apenas a redução da mortalidade infantil na primeira década do século XXI, em torno de 9% entre os anos 2000 a 2011, mas principalmente, a magnitude das taxas próximas a 20% das crianças angolanas.

IV RESULTADOS

No que concerne à distribuição dos nascimentos e óbitos, tabelas 1 e 2 e figuras 2 e 3 respectivamente, nos permite observar o panorama geral do perfil de nascimentos e mortes nos hospitais da província.

Tabela 1 - Número e percentagem de nascidos vivos, segundo mês de ocorrência nos anos de 2007 e 2008, no hospital provincial de Cabinda.

Meses	Anos				Total	
	2007		2008			
	No.	%	No.	%	No.	%
Janeiro	918	7,82	855	6,36	1773	7,04
Fevereiro	954	8,13	661	4,91	1615	6,41
Março	1126	9,59	1317	9,79	2443	9,70
Abril	1153	9,82	1524	11,33	2677	10,63
Maió	1311	11,17	1561	11,61	2872	11,40
Junho	1112	9,47	1387	10,31	2499	9,92
Julho	1055	8,99	1359	10,11	2414	9,58
Agosto	870	7,41	1097	8,16	1967	7,81
Setembro	916	7,80	906	6,74	1822	7,23
Outubro	750	6,39	945	7,03	1695	6,73
Novembro	788	6,71	917	6,82	1705	6,77
Dezembro	781	6,65	912	6,78	1693	6,72
Total	11734	100,00	13441	100,00	25175	100,00

Na tabela 1 visualiza-se o número de crianças nascidas vivas no hospital provincial de Cabinda no período do estudo (2007 e 2008). Pode-se perceber que não há diferenças acentuadas entre os anos e entre os meses. Exceção pode ser notada em relação aos períodos de março a junho em 2007 (40,05%) e de março a julho em 2008 (53,15%).

Figura 2 - Número de nascimentos no hospital provincial de Cabinda, segundo mês de ocorrência dos anos 2007 e 2008.

Na figura 1 observa-se em detalhes gráficos a comparação dos nascimentos no hospital provincial de Cabinda de acordo com o ano de registro. Chama atenção para o período de março a junho ou julho, como referido, mas por outro lado ao mostrar o aspecto sinusoidal das distribuições indica que os serviços que atendem as gestantes, têm possibilidades de ampliar o número de atendimentos nos meses complementares. Pode-se afirmar também que houve aumento do número de nascimentos entre os anos.

Tabela 2 - Número e porcentagem dos óbitos infantis, segundo mês de ocorrência nos anos de 2007 e 2008, no hospital provincial de Cabinda.

Meses	Anos				Total	
	2007		2008			
	No.	%	No.	%	No.	%
Janeiro	38	10,38	23	8,36	61	9,51
Fevereiro	39	10,65	27	9,81	66	10,29
Março	44	12,02	24	8,72	68	10,60
Abril	29	7,92	32	11,63	61	9,51
Maio	37	10,10	26	9,45	63	9,82
Junho	30	8,19	22	8,00	52	8,11
Julho	29	7,92	19	6,90	48	7,48
Agosto	30	8,19	17	6,18	47	7,33
Setembro	19	5,19	18	6,54	37	5,77
Outubro	22	6,01	22	8,00	44	6,86
Novembro	26	7,10	24	8,72	50	7,80
Dezembro	23	6,28	21	7,63	44	6,86
Total	366	100,00	275	100,00	641	100,00

Na tabela 2 visualiza-se o número e porcentagem dos óbitos infantis ocorridos mês a mês no hospital provincial de Cabinda durante o período do estudo. Observa-se pequena diferença nos dois anos com um ligeiro aumento no número de óbitos nos meses de janeiro, fevereiro, março e maio de 2007 ao passo que em 2008 o aumento no número de óbitos ocorreu somente no mês de abril. Em primeiro lugar, é preciso destacar que não parece haver nestes dois anos surtos epidêmicos que pudessem impactar significativamente o número de crianças que morreram antes de completar o primeiro aniversário. De qualquer maneira, as mortes distribuídas mês a mês permitem inferir o número aproximado de crianças que morreram, antes do mês completar seu ciclo. Neste sentido, cabe esperar que, regularmente, morrem entre 17 e 44 crianças menores de um ano de idade por mês no hospital provincial de Cabinda.

Pode-se ainda perceber que os três primeiros meses acumulam um número maior de óbitos aproximadamente 1/3 dos óbitos em 2007 e apenas 1/4 em 2008; respectivamente 121 óbitos, em 2007 e 74, em 2008.

Figura 3 - Diagrama para comparação das médias do número de óbitos infantis, segundo mês de ocorrência, 2007 e 2008 no hospital provincial de Cabinda-Angola.

Na figura 2 observa-se o diagrama para comparação das médias do número de óbitos infantis, segundo mês de ocorrência, 2007 e 2008 no hospital provincial de Cabinda.

Na figura 2 visualiza-se que em 2008 há uma diminuição significativa do número de óbitos de crianças ($p=0,0129$) quando compara-se com 2007. Contudo, quando se analisa a distribuição dos óbitos segundo mês de ocorrência pode-se perceber diferenças importante entre os meses em 2007($p=0.0006$), mas a mesma análise, não mostra diferenças significativas, em 2008 ($p=0,0655$).

Na verdade, na tabela 2 observa-se também que houve uma redução importante no número total de óbitos infantis no município de Cabinda em 2008 que são 91 óbitos a menos que em 2007.

Tabela 3 - Número e percentagem dos óbitos infantis ocorridos no hospital provincial de Cabinda nos anos de 2007 e 2008, segundo causa básica.

Causa	Anos				Total	
	2007		2008			
	No.	%	No.	%	No.	%
Malária	108	29,50	78	28,36	186	29,01
Diarréia	36	9,83	09	3,27	45	7,02
Pneumonia	65	17,75	40	14,54	105	16,38
Asfixia	64	17,48	74	26,90	138	21,52
Prematuridade	49	13,38	48	17,45	97	15,13
Tétano	20	5,46	12	4,36	32	4,99
Sépsis	18	4,91	11	4,00	29	4,52
Meningite	02	0,54	03	1,09	05	0,78
Malformação congênita	04	1,09	00	0,00	04	0,62
Total	366	100,00	275	100,00	641	100,00

Na tabela 3 observa-se o número e percentagem dos óbitos ocorridos no hospital provincial de Cabinda durante os anos de 2007 e 2008, segundo causa básica. A primeira causa básica de óbito entre os menores de um ano de idade foi a malária. Isoladamente essa causa responde aproximadamente por uma morte a cada três crianças que faleceram. Por outro lado, só houve registro de malformações congêntas no ano de 2007 e mesmo assim respondendo por uma proporção pequena dos óbitos (1,09%). Dentre as doenças evitáveis por vacinação, o tétano responde por cerca de 5% das mortes. Entre as doenças controláveis por saneamento básico, as diarreias ocupam posição de destaque 9,83% em 2007 e 3,27% em 2008; proporções que indicam uma melhoria das condições de assistência, saneamento ou aleitamento materno das crianças menores de um ano durante o ano de 2008. A mortalidade

tendo como causa básica a prematuridade permite verificar que não houve modificações nas taxas específicas nos dois anos avaliados. A redução de 65 para 40 óbitos por pneumonia entre as crianças inscreve-a como segunda ou terceira causa mais importante de óbito entre as crianças cabindenses, partilhando espaço com a asfixia neonatal (17,75 %, em 2007 e 26,90%, em 2008).

Figura 4 - Distribuição dos óbitos infantis ocorridos no hospital provincial de Cabinda nos anos de 2007 e 2008, segundo tempo de sobrevivência.

A análise do tempo de vida das crianças que morreram no hospital provincial de Cabinda apresentada na figura 3 nos oferece vários pontos de reflexão e abordagem. O primeiro a ser destacado é que embora os números oscilem em valor absoluto, o teste de significância estabelece que é preciso ter cuidado em afirmações sobre eventuais tendências a longo prazo. Embora do ponto de vista estatístico, o fato de utilizarmos o universo das mortes, qualquer valor numérico do número de óbitos deve ser considerado em seu valor absoluto. Contudo, se considerarmos a variabilidade encontrada percebe-se que de fato, não há diferenças relativas entre os anos ($p=0,6857$).

Um segundo olhar para os valores mostra que, em 2008 morreram mais crianças no primeiro dia de vida (109) que nos 11 meses restantes (97). Contudo, evidencia-se que 200 óbitos (54,64%) ocorreram em menores de 28 dias de idade, em 2007, enquanto que para o mesmo período em 2008 morreram 178 crianças. Quando se analisam os dados tendo como referencial o primeiro dia de vida percebe-se que o acréscimo de 6 dias de sobrevida acrescenta um risco de mortalidade ao redor de 13,9%, em 2007 e de 15,6, em 2008. Do ponto de vista do risco relativo de morte no primeiro dia de vida em 2007, quando comparado com 2008, verifica-se uma chance de 0,68 de morte que pode ser traduzido como “em 2007 houve uma chance 32% menor de morrer no primeiro dia de vida quando comparada a 2008. Quando se observam as taxas de óbito nos sete primeiros dias de vida, o ano de 2007 continua ainda com valores expressivamente mais baixos (34% - $rr=0,66$) que em 2008.

Figura 5 - Coeficientes de mortalidade infantil dos anos de 2007 e 2008, segundo mês do calendário no hospital provincial de Cabinda.

A figura 4 permite uma comparação direta entre os valores de mortalidade infantil de acordo com os meses dos anos de 2007 e 2008. Pode-se perceber que a mortalidade infantil foi maior ao longo de 10 meses de 2007 (janeiro, março, abril, maio, junho, julho agosto, outubro novembro e dezembro). Cabe destacar desta sequência, que nos meses de março e agosto, o coeficiente de mortalidade infantil de 2007 alcançou valores acima do dobro dos correspondentes do ano seguinte. Outro aspecto interessante é a igualdade de valores dos coeficientes observados no mês de fevereiro dos dois anos de estudo. Cumpre ainda descrever que os valores do coeficiente de mortalidade infantil de 2008 estiveram sistematicamente abaixo dos valores de 2007. Finalmente, pode-se afirmar que não se observou sazonalidade nas tendências dos coeficientes.

V DISCUSSÃO

O coeficiente de mortalidade infantil é um dos mais importantes indicadores de saúde que ganhou grande impulso com a Conferência de Alma-Ata, realizada sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde (OMS), na antiga União Soviética, em 1978, onde também foi reconhecida a atenção primária como a chave para alcançar um nível mínimo satisfatório de saúde (BEZERRA FILHO e col., 2007). O Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Organização Mundial da Saúde determinaram estratégias de ação de baixo custo para países pobres, visando à redução da taxa de mortalidade infantil, tais como acompanhamento do crescimento, reidratação oral, aleitamento materno e imunização (PAIVA, 2002; BEZERRA FILHO e col., 2007).

Os valores desse coeficiente da província de Cabinda não pode ser analisado sem que se contextualize sua interpretação dentro da dinâmica populacional a que a província está sujeita. Assim, é preciso antes de avançar na interpretação, considerar que o crescimento explosivo da população das sedes municipais de Cabinda tem contribuído para a deterioração acentuada das condições de vida; uma vez que este crescimento não tem sido acompanhado, pelo poder público, de serviços básicos de saúde e sociais essenciais. Segundo LAURENTI e col., (2005), são as condições de vida das pessoas e do ambiente ao qual estão inseridos, denominados como determinantes sociais da saúde, os principais determinantes da mortalidade infantil.

Em virtude do intenso movimento migratório no sentido campo sedes municipais, verificado principalmente durante o período do conflito armado, o habitante rural, sem emprego e sem segurança, deslocou-se para as sedes municipais. Como resultado disso, o processo de ocupação do espaço urbano ocorreu de forma desordenada, notadamente por intermédio das invasões de áreas periféricas do centro urbano, algumas das quais, por se encontrarem em locais sujeitos a alagações, são impróprias para moradia, estando assim desprovidas da maioria dos benefícios advindos do saneamento urbano, como regular abastecimento de água potável e coleta de lixo e esgotamento sanitário, o que predispõe ao aumento do número de criadouros, à proliferação de mosquitos e à contaminação do ambiente como um todo, e com isso maior possibilidade de ocorrência de casos de malária e de doenças diarreicas em crianças.

É necessário enfatizar que os dados obtidos e analisados neste trabalho são provenientes dos hospitais municipais, do hospital provincial e do escritório provincial da OMS de Cabinda. Como apresentado na metodologia, houve muitas dificuldades para acessá-los, dificuldades tanto de ordem institucional (poucas pessoas para separar as folhas e qualificadas para anotações correspondentes aos registros e pouco interesse dos hospitais em manter atualizadas e precisas as informações sobre óbitos e nascimentos). As dificuldades encontradas em verificar a consistência dos dados deveu-se a falta de recursos para verificação junto às famílias das crianças sobre as causas e momento dos óbitos e pela distância entre o evento do óbito e uma possível visita domiciliar para sua verificação. Dessa maneira, ao longo desta discussão, resvala-se o tempo inteiro em dúvidas sobre a possibilidade real de compreensão do fenômeno da mortalidade infantil em Cabinda.

Uma primeira informação que deve ser considerada é a do número de nascimentos nos hospitais da província de Cabinda. Como não há registro adequado nos hospitais municipais de Cacongo e Buco-zau, optou-se por não utilizá-los. Apesar dos dados hospitalares do município de Belize serem para o ano e por não ter ocorrido registro mensal e com isto pode haver problema de subregistro, a taxa de natalidade foi 12,10 por mil habitantes para 2007 e 12,39 por mil habitantes para 2008, valor este muito inferior ao esperado para o país. Este coeficiente é semelhante ao de países desenvolvidos, fato este que não condiz com a realidade local. Uma hipótese que se pode fazer é que o número de crianças que nascem em casa é ainda muito grande e como não há registro regular de nascidos vivos, esse coeficiente pode ou deve estar muito subestimado.

Em relação ao resultado desses coeficientes do município de Cabinda, ele é quase a metade dos dados referidos pela UNICEF para 2007 para Angola cujo valor foi de 44,51 nascimentos por mil habitantes. É importante lembrar que esses dados referem-se aos nascimentos ocorridos no hospital provincial, não estão computados os partos domiciliares que é um número não conhecido e que provavelmente deve ser grande. Portanto, é possível que os dados analisados neste trabalho estejam subvalorizando o numerador da taxa de natalidade, ou seja o número de nascidos vivos, em pelo menos 1,5 vezes o esperado pela literatura.

Segundo GINGLIANI (2007), as dificuldades em Angola são muitas; as marcas da dominação, da guerra, do autoritarismo e da submissão são muito fortes e difíceis de serem apagadas, a taxa de natalidade é muito alta na ordem de 44,51, chegando a taxa de fecundidade de 7 filhos por mulher. Valor distante dos encontrados neste estudo para todos os municípios da província de Cabinda. É inaceitável que, em um país tão rico em recursos naturais, um quarto das crianças morra antes de completar cinco anos de idade.

De acordo com RIBEIRO (2003), o coeficiente de natalidade pode ser considerado um indicador do processo de desenvolvimento. Países ou regiões mais industrializadas tendem a ter coeficientes de natalidade menores. No Brasil, foi observado uma queda das taxas de natalidade nos últimos 30 anos. Em 2007, no Brasil, o coeficiente de natalidade estaria na ordem de 16.30 por mil habitantes.

É preciso destacar que a morte no primeiro ano de vida reflete não apenas os aspectos relacionados à manutenção da saúde, como também a qualidade do atendimento oferecido à gestante, ao parto e às crianças, a ocorrência das doenças em geral, em especial as infecciosas, a quantidade e a qualidade da alimentação disponível e as condições gerais de saneamento básico, em especial a disponibilidade de água encanada, rede de esgoto e coleta de lixo (TELARROLI, 1997). Portanto, o óbito infantil pode ser compreendido como um efeito terminal de uma rede causal não linear, com variados determinantes (FRIAS, 2002). No mesmo sentido, porém com ênfase nos diferenciais socioeconômicos (FREITAS, 2001) destaca que a mortalidade infantil tem sido encarada tradicionalmente como um reflexo inerente das condições sociais e da desigualdade social, sendo que os coeficientes de mortalidade infantil representam não um simples indicador de saúde, mas a quantificação da tragédia coletiva da população.

Redes de saneamento básico e assistência à saúde de boa qualidade para quase toda a população, alimentação suficiente em quantidade e qualidade, elevado nível educacional e salários que permitem suprir as necessidades humanas básicas

explicam a situação favorável de mortalidade infantil dos países desenvolvidos (TELARROLI, 1997).

Políticas da OMS e UNICEF não discutem o mérito das políticas governamentais. Dada as características diplomáticas de suas representações, priorizam o enfrentamento da mortalidade infantil com o discurso de determinação social do processo saúde-doença, contudo sugerem aos governantes ações que se dirigem ao combate das doenças infecto-contagiosas e de transmissão hídrica como é o caso da doença diarreica (através da terapia de reidratação oral), ou da monitorização do crescimento e do desenvolvimento como instrumento para o diagnóstico precoce dos distúrbios nutricionais, estímulo ao aleitamento materno, o cuidado com a alimentação e a vacinação (COSTA, 2005). A experiência Internacional tem mostrado que medidas como a implantação da terapia de reidratação oral, a diminuição da desnutrição infantil, o acesso a Serviços de saúde e à informação podem ser apontadas o como responsáveis pela importante redução da mortalidade infantil por diarreia (OLIVEIRA, 2008).

Finalmente e neste sentido, a evolução dos indicadores de Saúde torna-se pedra angular da avaliação das políticas públicas de Saúde dos organismos internacionais (CRUZ, 2002).

Os dados analisados neste trabalho preocupam os gestores dos programas de Saúde da província de Cabinda. Assim, quando se analisa o número de óbitos infantis e simultaneamente, têm-se conhecimento da precariedade do sistema de registros. Os valores desse coeficiente de mortalidade infantil tornam-se parâmetros, ainda que grosseiros de uma realidade difícil de aceitar ou interpretar.

O coeficiente de mortalidade infantil hospitalar estimado de Belize, 82,19 por mil nascidos vivos é cerca de 2,5 vezes maior que o do hospital provincial de Cabinda. Esses coeficientes são bem inferiores se os comparados com o de Angola em 2005 que foi de 154 por mil nascimentos. Tal fato pode ser explicado em parte por serem dados apenas hospitalares e de poder haver óbitos em domicílio que não são computados no hospital municipal ou provincial. Como referido na metodologia só são computados como morte hospitalar o ocorrido depois de 24 horas de

internação, assim as crianças que falecem antes de 24 horas de internação, apesar de estarem no hospital tem esse evento registrado como tal. Fato esse que em muito podem estar influenciando nos dados ora apresentados.

Em relação á sazonalidade dos óbitos, este estudo mostrou indícios de uma distribuição sazonal no ano de 2007. Como destacado nos resultados, a variação dos índices pluviométricos em Cabinda (o período das chuvas compreende os meses de dezembro a abril) poderia justificar parte do aumento de incidência dos óbitos infantis no primeiro quadrimestre do ano. Kale e col., (2004), estudando número de internações por diarreia no período de 1995 a 1998 no município do Rio de Janeiro-Brasil encontrou aumento da ocorrência nos meses de chuva. A diarreia como causa básica dos óbitos neste estudo teve valor expressivo em 2007. Porém, neste aspecto, os dados não se repetem em 2008.

Como principal causa de óbito, a malária faz grande flagelo entre as crianças de Cabinda. Segundo o painel digital da malária, patrocinado pelo UNICEF, a malária faz uma vítima direta a cada 30 segundos no mundo. Desta estatística, 90% das mortes estariam na África (Unicef 2011). Em Cabinda, o controle da malária poderia reduzir diretamente o coeficiente de mortalidade infantil em 29,0% (mortes diretas por malária) sem considerarmos as mortes decorrentes das infecções adquiridas pelas mães no período gestacional e que contribuem para aumentar as taxas de prematuridade e baixo peso dos recém nascidos bem como o risco de mortalidade materna e as conseqüências da orfandade nos cuidados com recém-nascidos sobreviventes.

Quanto aos óbitos por tétano no primeiro ano de vida, é importante destacar que a vacinação das gestantes com toxóide tetânico foi incluída no programa expandido em imunizações da OMS pouco depois de 1974. Em 1989, a OMS adotou a resolução de eliminar o tétano neonatal e o materno até 1995 por meio de vacinação das gestantes e do parto limpo. Uma vez que a vacinação durante a gestação é acompanhada de títulos protetores de antitoxina contra o tétano nos recém-nascidos (MURAHOVSKI, 2008).

Com base nesses resultados, recomenda-se introduzir na rotina dos serviços pré-natais a vacinação com três doses de anatoxina tetânica, praticar a dose de reforço nas gestantes com imunidade básica já estabelecida e promover campanhas de vacinação das gestantes nas áreas onde a incidência do tétano umbilical mostrar-se particularmente elevada (MURAHOVSKI, 2008).

Uma informação que é preciso avaliar diz respeito às taxas de malformação congênita registradas. Em ambos os anos, mostram-se extremamente baixas. É possível, portanto, que tenha ocorrido subnotificação dos óbitos por má formação, falta de diagnóstico ou dificuldades de caracterizá-los pelas equipes técnicas. LANSKY e col., (2002), acentuavam que a incidência de má formação congênita entre os recém-nascidos, reforçaria a importância da existência de pré-natal com qualidade.

VI CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível perceber que o coeficiente de mortalidade infantil, assim como todo e qualquer indicador de saúde, será sempre uma medida parcial e indireta de uma situação muito mais complexa, mas quando calculados numa série histórica ou através da utilização de parâmetros, permitem avaliar a direção e a velocidade com que as mudanças estão ocorrendo, subsidiando o processo de planejamento, o estabelecimento de prioridades e contribuindo para avaliação das ações de saúde implementadas.

É importante salientar que apesar de se considerar que os registros dos eventos vitais são de importância fundamental para a coletividade por atender a objetivos vários, entretanto, foram observadas neste trabalho lacunas, inconsistências e deficiências, tanto de ordem qualitativa como quantitativa, apontando necessidades de investimento e vontade política para corrigi-las.

Os dados analisados foram provenientes dos registros hospitalares o que impõe limitações no tocante à validade externa das informações bem como na possibilidade de estimar ocorrência dos nascimentos e óbitos da região. Contudo, ao analisá-los com bases nos estudos de caso foi possível concluir que a maioria dos nascimentos ocorreu no hospital provincial. E, portanto, este hospital tem um papel destacado na política de saúde local.

Há evidências de que é grande o percentual de subnotificação dos nascimentos e dos óbitos nos anos analisados.

Observou-se um predomínio do parto espontâneo sobre o operatório, ou seja, a porcentagem de cesariana no hospital provincial foi pequena.

Neste trabalho a maior parte das crianças morreu nos primeiros 28 dias de vida, indicando a necessidade de implantação e implementação em Cabinda de ações de saúde destinadas à redução da Mortalidade Infantil neonatal. Situação que impõe políticas de promoção de assistência pré-natal, com acompanhamento adequado da gestação, na assistência de qualidade ao parto e ao recém-nascido.

Política que contempla aporte de mais recursos para a atenção básica, com estratégia para a interiorização de profissionais qualificados, formação, treinamento

adequado e motivação do pessoal, evitando a distribuição iníqua existente atualmente.

Neste sentido é importante considerar a parceria com unidades hospitalares que dispõem de serviços de Obstetrícia e de Pediatria, no sentido de que elas criem condições para uma adequada assistência ao parto, ao recém-nascido e à criança, com a implantação de unidades de terapia intensiva ao neonato para que se reverta esta situação da alta taxa de Mortalidade Infantil que se verifica em Cabinda. Uma vez que são prioritárias as ações de saúde que atinjam intensamente as gestantes, garantindo um pré-natal adequado e identificação precoce do risco gestacional.

No tocante ao registro das informações básicas de Saúde destaca-se a importância do conhecimento pormenorizado dos indicadores de saúde infantil e suas diferenças entre municípios como forma de facilitar a adoção de medidas mais específicas, que alcancem maior impacto sobre essas populações e, conseqüentemente, melhorem indicadores de saúde materno-infantil nessas localidades.

E finalmente, apesar de ser atraente priorizar investimentos dos recursos em ações curativas, este trabalho reforça a perspectiva revisitar as políticas locais de Saúde e priorizar as atividades preventivas nos municípios da grande Cabinda. Assim, sugere-se prioridade no contexto de um plano de metas no campo da Saúde Pública, a implantação de uma rede primária de assistência à saúde e um investimento permanente na melhoria da qualidade das informações de Saúde.

VII REFERÊNCIAS

Angola C. Registro civil de nascimentos e de óbitos de Angola. Consulado de Angola. Disponível em: http://www.Org/index.php?option=com_content@task (acessado em 23/08/2011).

Baggio MCR. Peso ao nascer e mortalidade infantil em Marília - São Paulo: um estudo de séries históricas [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP; 1997.

Bezerra Filho JG, Kerr Pontes LRS, Barreto ML. Mortalidade infantil e contexto socioeconômico no Ceará, Brasil, no período de 1991 a 2001. *Rev Bras Saúde Matern. Infant.* 2007;7(2):135-42.

Castellanos PL. Perfis de mortalidade, nível de desenvolvimento e iniquidades sociais na região das Américas. In: Barata RB. Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 1997:137-61.

Costa JF. Mortalidade infantil na região metropolitana da Grande Vitória - Espírito Santo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005.

Costa NR. Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social. São Paulo: Hucitec, 1998.

Cruz MGB. Comparando a mortalidade infantil, cobertura vacinal e hospitalizações, entre municípios com e sem o programa de saúde da família no Estado de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.

Ferrari MBG, Ferrari AG, Ferreira VJ, Scarton ALCB. Série histórica comparativa da mortalidade infantil no Brasil, no Rio Grande do Sul, na região norte do Rio Grande do Sul e no município de Passo Fundo, de 1998 a 2007. *Rev AMRIGS.* 2009;53 (3): 246-50.

Freitas MS. A mortalidade infantil no município de Rio Branco, Acre [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001. Frias PG, Lira PIC, Vidal SA, Vanderlei LC. Vigilância de óbitos infantis como indicador da efetividade do sistema de saúde: estudo em um município do interior do Nordeste brasileiro. *J Pediatr (Rio J).* 2002;78(6):509-16 [acesso em 12 maio 2010]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n6/7806509.pdf>.

Fundo das nações Unidas para a Infancia (UNICEF). Situação mundial da saúde da infância em 2011. [acesso em 29 de agosto de 2011]. Disponível em < http://www.unicef.org/health/index_malaria.html>.

Giugliani C. Angola, ares de transformação. Rev. Bras Med Fam e Com. Rio de Janeiro, 2007; 3(10).

Holcman MM. A mortalidade infantil na região metropolitana de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.

Kale PL, Fernandes C, Nobre FF. Padrão temporal das internações e óbitos por diarreia em crianças, 1995 a 1998. Rev Saúde Pública. 2004; 38(1):

Kiala PK. Diagnóstico sócio-demográfico de Angola numa perspectiva de integração entre população e desenvolvimento [dissertação de mestrado]. Bélgica: Instituto de Demografia-Universidade de Louvain-la-Neuve; 1997.

Lansky S, França E, Leal MC. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte-Minas Gerais-Brasil, 1999. Cad Saúde Pública. 2002;18(5):1389-400.

Laurenti R, Mello Jorge MHP, Lebrão ML, Gotlieb SLD. Estatísticas de saúde. 2. ed. rev atual. São Paulo: EPU; 2005.

Martins AA. Tendências recentes da mortalidade infantil na região metropolitana de Belo Horizonte-Minas Gerais-Brasil [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz; 1989. Milanesi ML, Laurenti R. O estudo interamericano de mortalidade em São Paulo: estado atual da certificação médica da causa de óbito no distrito da Capital. Rev Assoc Méd Bras. 1964;10(5/6):111-6.

Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RISPA): indicadores e dados básicos para a saúde. Brasília (DF); 2001.

Monteiro CA, Benicio MHD'A, Baldijão MFA. Mortalidade no primeiro ano de vida e a distribuição de renda e de recursos públicos de saúde, São Paulo (Brasil). Rev Saúde Pública. 1980;14:515-39.

Montero CV. Análise espacial da mortalidade neonatal na região sul do município de São Paulo em 2002 [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2004.

Murahovschi J. Proteção do recém-nascido contra o tétano pela imunização ativa da gestante com antitoxina tetânica. Rev Paul Pediatría. 2008; 26(4) 315-20.

Orlandi MHF. Prevenção da mortalidade infantil no Paraná: avaliação e representação social [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2007.

Oliveira TCR. Tendências das internações e da mortalidade por diarreia em crianças menores de um ano no Brasil e suas capitais de 1995 a 2005 [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde- 10ª Revisão. Vol. 2. Manual de instrução. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo; 1994.

Paiva R. Evolução da mortalidade infantil no município de São Paulo nas últimas três décadas [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.

Queiroz CMB. Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana-Bahia [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.

Ramos R. Indicadores do nível de saúde: sua aplicação no município de São Paulo de 1894 a 1959 [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1962.

Ribeiro AC. Mortalidade infantil no município de Marília - São Paulo em 1978: características e fatores condicionantes [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1982.

Rosen G. Uma história da saúde pública. 2. ed. São Paulo: Unesp; 1994.

Simões CCS. A mortalidade infantil na transição da mortalidade no Brasil [tese de doutorado]. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG;-1997.

Telarolli JR. Mortalidade infantil: uma questão de saúde pública. São Paulo: Moderna; 1997.

ANEXOS

ANEXO 1- MAPA DE ÁFRICA

ANEXO 2- MAPA DE ANGOLA

ANEXO 3- MAPA DE CABINDA

ANEXO 4- MAPA DO CAMPO PETROLÍFERO

ANEXO 4- MAPA DO CAMPO PETROLÍFERO continuação

PNA-1

ANEXO 4- MAPA DO CAMPO PETROLÍFERO continuação

ANEXO 5- MAPA DA FLORESTA DE MAYOMBE

ANEXO 6- MAPA DA CIDADE DE CABINDA

ANEXO 6- MAPA DA CIDADE DE CABINDA continuação

ANEXO 7- MAPA DA CIDADE PETROLÍFERA DA CHEVRON

ANEXO 7- MAPA DA CIDADE PETROLÍFERA DA CHEVRON continuação

ANEXO 8- MAPA DO MONUMENTO DE SIMULAMBUCO