

2

O SUB-REGISTRO DE NASCIMENTO E OS
FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A
OMISSÃO DO REGISTRO

VALDENICE FERNANDES DA CUNHA
c902

TESE DE DOUTORAMENTO APRESENTADA
À FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



ORIENTADOR:

PROF. DR. ALDO DA FONSECA TINÔCO

SÃO PAULO

1992

Aos meus pais João Silva e Melinha (falecida),
Ao Antonio e nossos filhos, Vitor, Adriana e
Marcio, dedico com afeto este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Dr. ALDO DA FONSECA TINÔCO, pela segura orientação orientação deste trabalho, sempre com amizade, apoio e dedicação.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior), pela ajuda financeira.

Aos professores CARLOS DOS SANTOS FONSECA E NILSEN CARVALHO FERNANDES DE O. FILHO, Diretor e Vice-Diretor do Centro de Ciências da Saúde, da UFRN (Universidade Federal do Rio Grande do Norte) pelo apoio dispensado a este trabalho.

Ao professor SÉRGIO DANTAS CHAGAS, Chefe do Departamento de Saúde Coletiva e Nutrição (DSCN) da UFRN pelo incentivo em todas as etapas do curso.

Às professoras NILMA DIAS LEÃO COSTA E MARIA DE JESUS DO NASCIMENTO D'APIEVE, por terem gentilmente assumido a minha carga horária em sala de aula, permitindo meu afastamento para a realização do doutorado.

À professora Dra. EDMÉIA RITA TEMPORINE NASTARI, pela orientação na elaboração do formulário.

À professora Dra. NILZA NUNES DA SILVA, pelas valiosas sugestões.

À Professora Dra. MARIA HELENA PRADO DE MELLO JORGE, pelas valiosas sugestões na fase inicial deste trabalho.

À Professora Dra. SABINA LÉA DAVIDSON, pelas boas sugestões na fase inicial deste trabalho.

À MARIA REGINA ALVES CARDOSO, Assistente do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública, pela orientação elaboração da amostragem.

Ao NPD (Núcleo de Processamento de Dados) da UFRN, em particular ao funcionário ERIVALDO CABRAL DA SILVA, pela

digitação dos dados e cruzamento das variáveis.

Ao Ex-Coordenador do Curso de Mestrado em Química, Dr. AFONSO AVELINO DUARTE NETO, por ter permitido a utilização dos computadores do referido Curso e ao funcionário MANOEL FERREIRA DA SILVA FILHO pela atenção com que sempre nos acolheu, ajudando na utilização do editor de texto.

A bibliotecária EVÂNIA LEIROS DE SOUZA, pela atenção que nos dispensou, ao realizar o serviço de normatização bibliográfica.

A bibliotecária ANGELA MARIA BELLONE CUENCA da Faculdade de Saúde Pública, pelo material relativo a referências bibliográficas e pela atenção que nos dedicou.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública, Ana, Andrade e Cidinha, pela atenção que nos dispensou .

Aos funcionários da FIBGE (Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), em Natal, São Paulo, e no Rio de Janeiro, pelo excelente atendimento.

A Professora BERTHA CRUZ ANDRES, do Departamento de Enfermagem da UFRN, pela tradução para o inglês.

Aos funcionários das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, pelos documentos que nos forneceu.

Enfim, a todos que, de alguma forma, contribuíram para realização deste trabalho, nossos sinceros agradecimentos.

SUMÁRIO

RESUMO

SUMMARY

1 - INTRODUÇÃO	9
1.1 Justificativa	9
1.2 Objetivos.	25
1.3 Aspectos históricos.	26
2 - CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE NATAL	28
2.1 Aspectos gerais	28
2.2 Indicadores de saúde.	32
3 - METODOLÓGIA	39
3.1 Variáveis de estudo	39
3.2 População de estudo.	42
3.3 Amostragem	43
3.4 Levantamento dos dados.	47
4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
4.1 O estudo do sub-registro do nascimento e os fatores condicionantes.	52
4.2 Sistemas de informação e os serviços de saúde de Natal.	81
4.3 Aspectos do saneamento observados no levantamento.	84
4.4 Sugestões para a diminuição do sub-registro de em Natal e para que esta informação sirva de subsídio no planejamento de saúde.	84
5 - CONCLUSÕES	86
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88

ANEXOS.....	A - 1
I - Classificação sócio econômica.....	A - 2
II - Distribuição dos domicílios por distrito e setor.....	A - 4
III - Instrução aos entrevistadores.....	A - 14
IV - Instrução para o percurso.....	A - 16
V - Rapport.....	A - 19
VI - Formulário	A - 20

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi determinar o sub-registro de nascimento no município de Natal-RN, no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 1987. Realizou-se levantamento de nascimentos vivos, no referido período, através da técnica de amostragem por conglomerado, com probabilidade proporcional ao tamanho, em três etapas de sorteio. O setor censitário (30) foi considerado a unidade primária de amostragem, dentro do qual sortearam-se quarteirões (4) e domicílios (31). Utilizou-se a técnica de entrevistas. Para a apresentação do entrevistador, usou-se um "rapport". O instrumento para coleta de dados foi um formulário, com dados do recém-nascido e da família deste. Foram visitados 6.235 domicílios. Em virtude do município de Natal não possuir zona rural, todos esses domicílios se localizaram em zona urbana. Em relação aos resultados, houve uma perda de entrevistas de 6,27% . Nos 5.844 domicílios com entrevistas, foram encontrados 491 nascimentos, sendo 463 de crianças nascidas em Natal e analisadas nesta pesquisa. Observou-se 11,66% de sub-registro informado e 17,93% de sub-registro confirmado. Observou-se, ainda, um percentual maior de omissão entre a classe de chefes de família que são analfabetos ou que conseguiram chegar ao curso primário. Foi dado observar que as pessoas de poder aquisitivo mais alto registraram mais as crianças do que as pessoas com menor poder aquisitivo . Observou-se, ainda, maior percentual de sub-registro dos nascidos vivos filhos de mãe solteiras e vivendo com companheiro do que de mães casadas, a nível de significância de 5% . A SSAP do município de Natal não utiliza dados de nascimentos para elaborar a programação e avaliação materno-infantil do município. Baseando-se, apenas, no aparelhamento das unidades de serviços.

SUMMARY

The objective of this study was to determine the sub-registration of births in the municipality of Natal-RN, during the period of January 1 to December 31, 1987. A survey of live births during occurring in this period was conducted using conglomerate sampling with the probability being proportional to its size in a three-phase drawing. The census sector (30) was considered the primary sampling from which 4 unit blocks and 31 households were selected. Data were collected by means of interview and established rapport. The instrument used was a formulary that contained data of the newborn and his family. A total of 6.235 dwellings were visited, all located in the urban area due to the fact that the municipality of Natal does not have a rural zone. There was a 6,27 household loss in the interviews, resulting in a total of 5.844 homes being completed. A total of 491 births were found. Of these births 463 were in Natal and were, therefore, analyzed in this study. An index of 11.66% of informed sub-registry and an index of 17.93% of confirmed sub registry were observed. It was also found that there was a higher omission rate amongst the illiterate heads of households or amongst those that had achieved some primary grade educational level. Persons with a higher income level registered their births more than persons with a low level. A higher percentage of sub-registration of live births was observed amongst single mothers with male companions than amongst married mothers. This finding had a significant level of 5% . The City Health Deptament of Natal does not use live- birth data to conduct its programming and evaluation of maternal-child services, but rather bases these activities on the equipment available in the health care units.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Justificativa

Na administração, o planejamento é uma etapa fundamental. A necessidade de dados fidedignos é a primeira condição para que o planejamento das ações de saúde de uma região se realize em bases sólidas.

A informação estatística falha, ou mesmo a inexistência desta, afeta desde o planejamento até o controle de determinado programa. Se o planejamento é um processo racionalizador de decisões e, para que seja exercitado, o administrador necessita da informação pertinente ao problema em estudo e se a avaliação leva à análise de resultados físicos, verifica-se, daí, a importância decisiva da informação no processo administrativo. Num programa infantil, por exemplo, quando necessário se faz quantificar o volume de necessidade (para o planejamento das ações) e na avaliação desse programa, quando é indispensável se medir o resultado em termos de efetividade, eficácia e eficiência, é imprescindível que o administrador disponha de informação precisa sobre a sua população alvo.

A importância da informação no contexto atual, em todos os setores e em todo o mundo, é bem colocada por NAISBITT (1982 p.11)³⁷, quando considera que existe uma transformação da sociedade industrial para uma sociedade de informação. Este autor observa dez grandes transformações na sociedade moderna, que, na América do Norte, teve início nos anos de 1956 e 1957. Dentre essas transformações, o autor destaca a informação, quando afirma: "Nenhuma é mais sutil, e mais explosiva creio, que a megamudança de uma sociedade industrial para uma sociedade de informação".

O administrador, em qualquer nível que ocupe na estrutura organizacional, onde trabalhe, terá, entre outras funções, a de tomar decisões. Alguns autores concordam que a tomada de decisões deve basear-se em informações CUSTODIO (1983 p.6)¹³, DRUCKER (1989 p.178)¹⁵, KLINTOE (1991 p.56)²², ARAÚJO (1991 p.37)⁴.

Segundo CUSTODIO (1983 p.6)¹³, "...à medida que aumenta a complexidade interna das organizações e do meio ambiente em que elas atuam, o processo de tomada de decisões tende a se tornar mais complexo".

Pode-se admitir, no caso da Saúde Pública, que a maioria das organizações são complexas. No caso de organizações complexas, CUSTODIO (1983 p.6)¹³ considera que " Para fazer face a esta situação, o administrador necessita de Sistemas de Informação eficazes, que processem grande volume de dados gerados e produzam informações adequadas. Essas informações devem permitir identificação dos problemas operacionais, táticos e estratégicos, e fornecer subsídios para se avaliar os impactos das decisões a serem tomadas".

A importância da informação também é colocada por DRUCKER (1989 p.177-179)¹⁵, do seguinte modo: "As grandes organizações não terão muita escolha se não tomarem por base a informação".

O referido autor considera que, quando se tem disponibilidade de informação, "... a decisão de investimento de capital deixa de ser uma decisão financeira oportunista determinada por números para tornar-se uma decisão empresarial baseada na probabilidade de diversos pressupostos estratégicos alternativos. Como resultado, a decisão ao mesmo tempo pressupõe uma estratégia empresarial e contesta essa estratégia e suas suposições. O que era antes um exercício de análise orçamentária torna-se uma análise de diretrizes fundamentais".

De acordo com DRUCKER (1989 p.179)¹⁵, informação, "são dados dotados de relevância e propósito". O mesmo autor completa "para converter o dado em informação é preciso conhecimento. E o conhecimento por definição é especializado". Daí, a necessidade do trabalho de equipe multiprofissional e que os componentes dessa equipe tenham pleno conhecimento da importância do ato de efetuar bons registros, elementos importantes no planejamento do trabalho. Na Saúde Pública, as análises, geralmente, são associadas aos aspectos econômicos, sociais e de saneamento, por isso precisa de profissionais de várias áreas de conhecimento.

Ainda, segundo DRUCKER (1989 p.183)¹⁵, "A responsabilidade da informação frente aos outros vai sendo cada vez melhor compreendida, especialmente, nas organizações com médio porte. Mas a responsabilidade da informação frente a si mesmo ainda continua sendo relegada". Portanto, torna-se necessário um trabalho educativo para os profissionais, no caso específico, os profissionais de saúde, a fim de que compreendam a importância da informação no desenvolvimento de suas atividades. Esse trabalho educativo poderia ser desenvolvido nos cursos universitários, de onde esses profissionais já deveriam sair com esta visão.

A relevância do que foi exposto, torna-se bem clara nessas afirmações de DRUCKER (1989 p.184)¹⁵ "...executivos e profissionais devem pensar a fundo o que é a informação para eles, isto é, quais são os dados que necessitam para, primeiro, saberem o que estão fazendo, e, segundo, serem capazes de decidir o que deveriam estar fazendo, e; finalmente para avaliarem como estão se saindo naquilo que estão fazendo". Este autor admite que, nos próximos vinte anos, as empresas e os órgãos governamentais serão fundamentados nas informações.

Como DRUCKER¹⁵, KLINTOE (1991 p.56)²² também relaciona a informação à tomada de decisão, quando considera o seguinte: " O acesso e a aplicação da informação é a base para as tomadas de decisões necessárias às ações a realizar, ações e atividades presumidas como sendo contribuições valiosas da entidade governamental à comunidade".

ARAÚJO (1991 p.38)⁴, como os dois autores anteriormente citados, refere-se à informação e a tomada de decisão, afirmando: "É preciso pensar de forma cuidadosa, sistemática e abrangente, para evitar prosseguir no grave erro de tomar decisões em cima de premissas erradas e obsoletas" e, ainda; " No mundo atual, em rápida transformação com a expansão do processo produtivo industrial, a informação não interessa mais apenas a cientistas e tecnólogos (geradores de conhecimento). Agora, a informação é um fator fundamental para a própria reprodução do capital, atuando diretamente no sistema produtivo - seja na produção propriamente dita, seja na administração dos fatores de produção clássicas (recursos naturais, trabalho e capital mediados pela tecnologia). A informação é, assim componente essencial no processo de tomada de decisão econômica e política ".

No setor saúde, como nos demais setores de trabalho, também existe uma atenção crescente em relação à obtenção de informações que possam servir de base ao planejamento das ações de saúde TINÔCO e CAMPOS (1984 p.63)⁵⁶, MARTIN (1984 p.622)³³, ALMEIDA (1979 p.208)¹.

TINÔCO e CAMPOS (1984 p.63)⁵⁶ abordam os problemas que dificultam a implementação do planejamento de saúde e, entre estes, consideram que devem ser citados os problemas relacionados à informação estatística . Em relação à informação estatística nos países de baixo nível de desenvolvimento, eles declaram: " Quanto a esta, nos países de baixo nível de desenvolvimento, é

normalmente escassa ou praticamente inexistente e, quando presente, é de tal natureza inadequada, que dificilmente poderá apresentar alguma utilidade prática. O diagnóstico da situação de saúde em áreas de programação revelará o estado da informação estatística. Quando esta inexistir ou se apresentar inadequada ao processo de planejamento, o administrador de saúde deverá desenvolver ações no sentido de suprir as falhas, pois a informação estatística é pré-condição para o exercício de ações programadas de saúde".

Segundo MARTIN (1984 p.622)³³, "La función exacta de la planificación em salud es recoger información de los desajustes que se están produciendo entre las necesidades de la población y los recursos para satisfacerlas y elaborar criterios racionales para su utilización adecuada, compatibles con las estrategias fijadas por la politica sanitaria nacional".

Para ALMEIDA (1979 p.208)¹, "A necessidade de dados estatísticos corretos e confiáveis é reconhecida pelos planejadores de saúde como indispensável ao trabalho de Saúde Pública. São eles elementos básicos no planejamento dos programas de saúde".

Segundo MARDONES e cols. (1987 p.90)³² "Todo processo de planificación requiere de información básica la cual proviene de diferentes registro sean estos temporales o permanentes, periódicos o continuos. En el Sector Salud, especificamente en la programación materno infantil y evaluación de actividades dirigidas a lo menores de un año a nivel local, regional o nacional, se requiere disponer de indicadores biodemográficos exactos y confiables".

Torna-se indispensável ao administrador o conhecimento epidemiológico na determinação dos grupos de risco, bem como o conhecimento dos impactos causados por determinadas ações de

saúde sobre a população, daí ser fácil verificar a importância da informação estatística de saúde na tomada de decisão.

NATALI (1984 p.46)⁴⁰ analisou a qualidade e a validade de alguns sistemas de informação de nascimentos e mortes em alguns países da América Latina e Caribe e, em relação às características desses sistemas, afirma: "Los sistemas de información, en general, se diseñan y organizan para obtener información que permita el conocimiento de una realidad y las modificaciones que en ella producen".

Algumas considerações sobre o planejamento na América Latina são feitas por MARTIN (1984 p.623)³³, quando o considera uma etapa do processo de administração e ela compreende várias sub-etapas, como: diagnóstico da situação de saúde, explicação da situação de saúde, prognóstico da situação, programação, discussão do plano e decisão. Para a realização do diagnóstico, esse autor cita, como um dos problemas, a informação, e afirma: "La planificación debe basarse en la disponibilidad de datos de fácil acceso. Si los datos originales son malos, la programación será mala. Esta es una limitación en America Latina para un método de planificación como este".

Em relação às informações de saúde no Brasil, KISIL (1985 p.268)²¹ declara que existe "...uma escasez de sistemas de información de orientación administrativa y la falta de actividades de supervisión y evaluación".

Do exposto, pode-se observar que o registro é um recurso, de que se vale o administrador para a obtenção dos dados, e que; em relação a América Latina e, em particular, ao Brasil, facilmente se depreende que a obtenção da informação ainda é um problema a ser solucionado.

Quando se considera o evento saúde, observa-se que o dado existe, existe e está registrado, existe e não está

registrado e não existe - LAURENTI e cols. (1985 p.6)²³. Na primeira situação, a facilidade para a coleta é indiscutível. Por isso, o governo geralmente se utiliza dos dados registrados. Na segunda, faz-se necessário proceder o registro da informação e, na terceira, convém que se faça pesquisa ou investigação, que leve ao conhecimento dos eventos e de seus posteriores registros.

De acordo com SILVEIRA e LAURENTI (1973 p.38)⁵², registro "é todo processo de obtenção de dados cujo fundamento reside em anotar cada fato ou acontecimento como, quando e onde ele se produziu". Entende-se por sub-registro "a omissão de registro de determinado evento", segundo SILVEIRA e SOBOLL (1973 p.153)⁵³.

Os registros são fontes importantes de dados no planejamento de um modo geral e, em particular, no planejamento de saúde. Para a Saúde Pública, interessa os registros dos fatos vitais, recursos de que se vale o administrador sanitário para a obtenção dos dados.

Fatos vitais " são o conjunto de fatos ou circunstâncias relacionadas com o começo e o fim da vida e todas as mudanças do estado civil que podem ocorrer durante esse período" SILVEIRA e SOBOLL (1973 p.151)⁵³.

A existência de bons registros, principalmente registros civis, é o resultado de uma série de fatores culturais e sociais. Entre os fatos vitais, nascimentos e mortes constituem os que mais interessam ao campo da saúde SILVEIRA e LAURENTI (1973 p.38)⁵², MELLO JORGE (1982 p.1)³⁴. O registro dos fatos vitais, que compreende o Sistema de Estatísticas Vitais, no Brasil se baseia no Sistema de Registros Civis MELLO JORGE (1982 p.2)³⁴.

O Sistema de Estatísticas Vitais, compreendido como o que registra fatos vitais, existe a nível nacional e internacional. Nesses sistemas, as informações variam, dependendo do país. A Suécia, assim como a Holanda inscreve diariamente os registros

dos eventos vitais de seus habitantes, o que dispensa a necessidade de recenseamentos e obtém informações mais fidedígnas. Entretanto, este fato não ocorre na maioria dos países LEVY (1980 p.86)²⁹. O ideal é que os sistemas funcionassem como na Holanda e Suécia.

De acordo com SWAROOP (1964)⁵⁵, as estatísticas vitais são usadas principalmente para:

- a) Descrever o nível de saúde da comunidade;
- b) Diagnosticar as enfermidades da comunidade;
- c) Encontrar as soluções para os problemas de saúde e encontrar as chaves para a ação administrativa;
- d) Determinar prioridades para programas de saúde;
- e) Dirigir ou manter o controle durante a execução dos programas de saúde;
- f) Desenvolver procedimentos, definições, classificações e técnicas tais como arquivo de sistemas, esquemas de amostra, etc.
- g) Promover a legislação de saúde;
- h) Criar padrões administrativos de atividades de saúde;
- i) Determinar o alcance e restrição as necessidades de saúde.
- j) Difundir informação confiável sobre a situação de saúde e os programas de saúde;
- k) Determinar o êxito ou fracasso dos programas específicos de saúde ou fazer avaliações gerais do trabalho de saúde pública.
- l) Pedir ajuda pública para o trabalho de saúde."

Em 1947, SCORZELLI Jr.(1947 p.397)⁵¹ considerou muito importante o estudo dos dados vitais, principalmente, para as repartições de saúde pública, com a finalidade de comparação no

espaço de tempo e para se ter uma idéia da situação sanitária das localidades e, após estudos desse tipo, delinearem normas para poderem atuar.

BARBOSA (1967)⁶ ressalta alguns requisitos mínimos necessários para a utilização das estatísticas vitais, como:

- a) ser completas e adequadas para os fins a que se destinam;
- b) ser bem coligidas e dignas de confiança;
- c) expressar com precisão, e em termos da realidade local na época específica, seus problemas sanitários, ações de saúde pública, executadas; e
- d) apreciar com fidedignidade os progressos alcançados da comunidade."

Neste trabalho, interessa as informações dos registros de nascimentos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), "Nascimento vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto do nascimento que reúna essas condições se considera uma criança viva OMS (1985 p.803)⁴¹.

De acordo com SILVEIRA e LAURENTI (1973 p.38)⁵², o registro de nascimento tem a função principal de índole jurídica "e consiste em registrar fatos e atos que constituem as fontes do estado civil".

A Lei 6.015, de 31 de dezembro de 1973, determina como deve ser feito o registro do nascimento, porém existem motivos que fazem com que a lei não seja cumprida. LEVY (1980 p.87)²⁹

coloca esses motivos do seguinte modo: "As dimensões geográficas do nosso território, as dificuldades de transportes, o custo monetário desses registros, e a falta de utilidade para a vida (ou morte) de grande parte da população brasileira são alguns fatores responsáveis pelas falhas quantitativas dos nossos registros civis". O não cumprimento da lei, entre outros fatores, contribui para a existência do sub-registro.

A colocação de LEVY quanto ao custo monetário dos registros está de acordo com os resultados desta pesquisa, que coloca o custo elevado do registro de nascimento como um dos motivos para a omissão deste. Observa-se que o descuido foi a causa que contribuiu com a maior frequência para a ocorrência de sub-registro. É de se admitir que, quando a população não registra por descuido, essa população não percebe a utilidade desse registro.

Alguns autores consideram que a falta de determinação dos conceitos e definições de fatos vitais contribuem para os erros existentes nos registros. No caso de nascimentos, muitas vezes crianças nascidas vivas são registradas como nascidas mortas - LAURENTI e SILVEIRA (1978 p.19)²⁸, LEVY (1980 p.90)²⁹, FAYAD CAMEL (1970 p.320)¹⁷, LAURENTI e cols. (1985 p.57)²⁶.

Para NATALI (1984 p.48)⁴⁰, o uso dos conceitos e definições da OMS, no caso a definição de nascimento, "apesar de las criticas que se les pueda hacer, es indispensable para establecer comparaciones internacionales..." Como se pode observar, se torna necessário estabelecer a definição de nascido vivo, assim como se precisa orientar as pessoas responsáveis pelos eventos em relação a esse conceito, para melhoria destes registros.

Os oficiais do Registro Civil, de acordo com o artigo 49, da lei 6.015, devem enviar à FIBGE os dados de nascimento, e

cabe a este Órgão realizar a publicação dos mesmos, conforme REGISTROS PÚBLICOS (1986 p.19)⁴⁵.

No que se refere à Saúde Pública, o registro de nascimento serve como informação estatística para elaboração do programa infantil, principalmente, no que se refere ao planejamento e à avaliação de atividades voltadas para a cobertura vacinal e consultas médicas em crianças.

De acordo com FAYAD CAMEL (1970 p.315-316)¹⁷, a utilização das estatísticas de nascimento tem funções específicas na etapa de programação, que são: Planejamento, execução e avaliação do programa materno infantil.

SILVEIRA e SOBOL (1973 p.152)⁵³ consideram que a finalidade do registro de nascimento em relação ao Estado "é de grande importância, tanto do ponto de vista sanitário, quanto daquele social e econômico".

PUFFER e SERRANO (1974 p.187)⁴⁴, referindo-se aos registros dos nascimentos, afirmam: " Es evidente la necesidad de modernizar los procedimientos de registro a fin de seguir el ritmo del progreso y proporcionar datos que sirvan de guía a los programas orientados hacia salud de la niñez"

No Brasil, em julho de 1989, foi criado o Grupo de Estatísticas Vitais pelo Ministério da Saúde (GEVIMS)*.

Ainda no ano de 1989 o GEVIMS elaborou um documento propondo a criação de um sub-sistema de informações de nascimentos (SINASC). Para prover de dados esse sub-sistema deveria ser criado um formulário padrão para coleta de informação, chamado de Declaração de Nascimento (DN). O sistema funcionaria em conjunto com hospitais e cartórios cíveis - BRASIL (1989) ⁹ .

MS. Portaria Número 649/GM de 4 de julho de 1989, criou o GEVIMS.

BALDIJÃO e cols. afirmam que o Ministério da Saúde propôs a criação do SINASC que tem como base a coleta de dados dos serviços de saúde. Este sistema foi criado no mes de março e implantado pela Secretaria de Saúde de São Paulo em primeiro de junho de 1990.

No Rio Grande do Norte (R.G.N.) os técnicos da saúde também participaram das reuniões de discussão para a implantação do sistema em 1990, porém a implantação desse sistema só ocorreu em 1992 e a coleta dos dados é realizada apenas na Região Metropolitana, ou seja de cinco municípios; Natal, Extremoz, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante e Macaiba.

O Estado, em relação à saúde está dividido em sete regiões, sendo que os municípios beneficiados com a implantação do sistema se situam na região metropolitana, ou seja a capital e municípios mais próximos. As outras regiões de saúde geralmente contam com um número maior de municípios, variando de 21 municípios nas regionais II e V à 34 municípios na regional VI.

Deste modo, observa-se que de 129 municípios que compõem às regionais de saúde, em apenas 5 encontra-se o SINASC instalado.

ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL (1990 p.71)² relacionam o Coeficiente de Mortalidade Infantil com a saúde materno infantil, quando consideram que este coeficiente serve para orientar as ações específicas de Saúde Pública ligadas ao serviço materno infantil.

Segundo BARROS (1991 p.5)⁷ "Na maior parte das regiões do Brasil, inexitem informações confiáveis a respeito de indicadores básicos de saúde infantil...". Este autor desenvolveu trabalhos de pesquisa na década de 80, na cidade de Pelotas-RS e

em alguns Estados Brasileiros, como: Ceará, Piauí, Sergipe, Bahia e Rio Grande do Norte.

O Estado tem interesse do efetivo registro de nascimento na direção de políticas sociais, para poder construir creches e realizar a distribuição de alimentos.

Ainda em termos de dinâmica populacional e considerando a relação entre nascimento e óbito, emigração e imigração, os dados do registro de nascimento são utilizados na medição do crescimento e decréscimo populacional, quando se pretende estudar a consistência numérica de populações em determinado tempo e lugar.

Para a Saúde Pública, sub-registro de nascimento é a "ocorrência do evento não acompanhada do competente registro até a criança completar um ano de idade" MELLO JORGE (1982 p.4)³⁴.

Quando existe uma proporção significativa de sub-registro dos eventos vitais, o planejamento do setor saúde fica comprometido principalmente porque o administrador irá trabalhar com interpretações falsas.

LAURENTI e cols. (1971 p.237)²⁷, em relação à importância do sub-registro de nascimento, afirmam: "Sua importância decorre de que quanto maior sua magnitude maiores serão os erros daqueles indicadores que utilizam o número de nascidos vivos como base de referência".

ALMEIDA (1979 p.208)¹ na década de setenta afirma que "O sub-registro de nascimento é um problema que existe com maior ou menor frequência em todo Brasil e América Latina". Atualmente o problema do sub-registro de nascimento ainda persiste neste país e continente.

LEVY e cols. (1971 p.41)³⁰ colocam o aspecto do sub-registro de nascimento do seguinte modo: "O problema do sub-

registro de nascimento, e de formas não adequadas de registro, é de importância capital para trabalhos de planejamento de saúde materno-infantil".

Segundo MALETA (1988 p.80)³¹ "o sub-registro de nascimento é um grande fator responsável por erro na mensuração da mortalidade infantil".

O número de nascidos vivos de uma determinada região, em um determinado ano, entra como componente de vários indicadores de saúde dessa região, deste modo, gerando informação.

Os coeficientes, que têm o número de nascimentos em sua composição, são: Coeficiente de Mortalidade Infantil e seus componentes, Coeficiente de Natimortalidade, Coeficiente Geral de Natalidade, Coeficiente de Mortalidade Materna e Coeficiente de Fecundidade. Esses indicadores de saúde, em conjunto com outras informações, auxiliam nas decisões do administrador sanitário. Por isso, entende-se que registros falhos e sub-registros vêm se tornando um sério problema no planejamento das ações de saúde que utilizam o número de nascidos vivos como base de referência.

Dentre os coeficientes citados, destaca-se o Coeficiente de Mortalidade Infantil. Para alguns autores - ROUQUAYROL (1983 p.25)⁵⁰, ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL (1990 p.71)², esse coeficiente, quando utilizado em Saúde Pública, deve ser classificado entre os coeficientes gerais, pois sua finalidade principal é a de avaliar o estado de saúde da comunidade em associação a outros indicadores. Por sua natureza, no entanto, o coeficiente de mortalidade infantil pode servir como indicador específico de Saúde Pública, ligado a higiene materno-infantil.

Alguns autores consideram que o Coeficiente de Mortalidade Infantil é um dos mais sensíveis indicadores de saúde - MELLO JORGE (1982 p.1)³⁴, LAURENTI e cols. (1985

p.116)²⁵, FORATTINE (1980 p.71)¹⁸.

Trabalho recente realizado em Pelotas observa que, em famílias de situação sócio-econômica de baixa renda, o Coeficiente de Mortalidade Infantil foi 6 vezes maior que o Coeficiente de Mortalidade Infantil das famílias com renda superior a de 10 salários mínimos VICTORA (1989 p.78)⁵⁷.

A Lei 6.015, que dispõe sobre os registros públicos, no título II, trata do Registro Civil das pessoas naturais e o capítulo IV deste título refere-se aos nascimentos. O artigo 50 dispõe sobre os prazos e está assim redigido: art. 50: "Todo nascimento que ocorrer em território nacional deverá ser dado a registro, dentro do prazo de quinze dias, ampliando-se até três meses para lugares distantes mais de trinta quilômetros da sede do cartório".

O artigo 52 dispõe sobre as pessoas que devem fazer a declaração do registro do nascimento : art. 52: " São obrigados a fazer a declaração do nascimento;

- 1) o pai;
- 2) em falta ou impedimento do pai, a mãe, sendo neste caso o prazo para declaração prorrogado por 45 (quarenta e cinco) dias;
- 3) no impedimento de ambos, o parente mais próximo, sendo maior e achando-se presente.
- 4) em falta ou impedimento do parente referido no número anterior, os administradores de hospitais ou médicos e parteiras que tiverem assistido o parto.
- 5) pessoa idônea da casa em que ocorrer, sendo fora da residência da mãe.
- 6) finalmente as pessoas encarregadas da guarda do menor". REGISTROS (1986 p.19-20)⁴⁵.

Como já foi exposto, o conhecimento dos problemas de uma

região, em que se atua como administrador de saúde, é a base para a tomada de decisão. Esse conhecimento se torna mais valioso, quando os recursos de que se dispõe são escassos e se faz necessário dar prioridade a setores realmente carentes. O conhecimento da amplitude do sub-registro de nascimento é o primeiro passo para se fazer alguma atividade que possa reduzi-lo.

A partir do que foi apresentado e ciente da necessidade do conhecimento do sub-registro dos nascimentos no município de Natal, investigou-se os fatores que contribuem para sua ocorrência e procurou-se verificar como esta informação é utilizada pelos administradores de saúde do município, constatando-se que esses profissionais não utilizam essa informação no planejamento de saúde.

Realizou-se esta pesquisa, na esperança de contribuir para melhoria das informações sobre nascimentos, na orientação de ações para diminuir o sub-registro dos nascimentos e o início da utilização dos dados de nascimentos no programa de saúde materno infantil no município de Natal.

Esta pesquisa consiste em um levantamento domiciliar dos nascimentos ocorridos de janeiro a dezembro de 1987, determinando-se o sub-registro em crianças menores de um ano de idade e procurou-se relacioná-lo com os aspectos administrativos.

Para a determinação do sub-registro de nascimento, tomou-se como base os prazos estabelecidos na Lei 6.015 e a definição do sub-registro do nascimento para a Saúde Pública e considerou-se, como órgão do registro, o cartório. Foi realizado, também, um levantamento das pessoas que efetuaram o registro e se estas obedeceram aos prazos previstos para as mesmas. Além disso, pesquisou-se os fatores que contribuem para a omissão do registro.

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral

Estudar a proporção de sub-registro de nascidos vivos no município de Natal, no período de janeiro a dezembro de 1987.

1.2.2 Específicos

- Estimar a proporção de sub-registro de nascidos vivos, nos prazos de quinze dias, sessenta dias e um ano, no município de Natal no período de janeiro a dezembro de 1987.

- Identificar fatores que possam estar contribuindo para a omissão do registro de nascidos vivos no município de Natal, no período de janeiro a dezembro de 1987.

- Contribuir na orientação de ações para melhoria das informações sobre nascimentos.

1.3 Aspectos Históricos

A origem dos registros de nascimentos é remota. No Egito, na época do rei Ramsés II, ou seja, 1250 a.c., já se registravam eventos de nascimentos e mortes SWAROOP (1964). A Igreja Católica, na era cristã, passou a realizar estes assentamentos, que deram origem aos registros atuais. Entretanto, esses registros efetuados pela Igreja Católica não incluíam pessoas de outras religiões, mas somente os católicos SILVEIRA e LAURENTI (1973 p.39)⁵², SWAROOP (1964)⁵⁵, LAURENTI e SILVEIRA (1978 p.14-15)²⁸.

Além disso, não havia modelos de inscrição. Os próprios párocos das igrejas faziam a inscrição, sendo a critério destes, o modo como realizavam essas inscrições. Outro fato negativo é que os registros só eram efetuados mediante pagamento, pois os párocos sempre cobravam taxas. Os registros, portanto, tinham a finalidade de confirmar o pagamento. O sistema era falho em qualidade e em quantidade. Falho em quantidade, porque só incluíam católicos; e, em qualidade, porque os registros visavam registrar as cerimônias, anotando a data destas e, não eventos vitais - SILVEIRA e LAURENTI (1973 p.39)⁵².

FAYAD CAMEL (1970 p.316)¹⁷ admite que os registros civis têm como origem a Igreja Católica e considera que, na Idade Média, os registros de nascimentos tinham por objetivo evitar a bigamia e matrimônios consanguíneos, além disso, não havia arquivos permanentes para esses registros. Posteriormente, no ano de 1539, na Inglaterra, o rei Henrique VIII ordenou que as paróquias instalassem um arquivo permanente de todos os batismos, casamentos e mortes.

No século XV, na Europa, esses registros da Igreja Católica passaram a ser sistemáticos SILVEIRA e LAURENTI (1973 p.39)⁵² .

No Brasil, o casamento para os não católicos foi instituído em 1861 e o Registro Civil, feito pelo Estado, foi organizado em 1870 - LAURENTI e cols. (1985 p.41)²⁶ , ALTMANN e FERREIRA (1979 p.401)³ .

O Decreto Oficial de número 9886, de 7 de março de 1888, foi o que regulamentou o registro de pessoas naturais: nascimentos, casamentos e óbitos ocorridos no Império. Com a proclamação da República, o novo governo procurou manter a obrigatoriedade dos registros públicos SILVEIRA e LAURENTI (1973 p.39)⁵² , LAURENTI e cols. (1985 p.41-42)²⁶ .

A partir de 1974, o levantamento das estatísticas do Registro Civil Brasileiro passou a ser feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), CASSINELLI e OLIVEIRA (1980 p.171)¹² .

Atualmente, a lei 6015, já comentada no capítulo anterior, normaliza os registros civis.

2. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE NATAL

2.1 Aspectos gerais

Natal é a capital do Estado do Rio Grande do Norte (R.G.N.), situada na Região Nordeste do Brasil, uma das áreas mais pobres do país.

O Município de Natal tem 172 Km², com uma população de 606.556 habitantes residentes, apresentando uma densidade populacional de 3.526 hab./Km², sendo a maior densidade do Estado do R.G.N., quando comparada com a densidade de outros municípios F.I.B.G.E. (1991)*.

Dados do censo de 1991 mostram para o município de Natal, na população por sexo, 282.623 homens e 323.933 mulheres, existindo predominância de pessoas do sexo feminino. A razão de masculinidade é de 87,25%. A maioria dos municípios do Estado do R.G.N. também apresenta uma maior proporção de pessoas do sexo masculino F.I.B.G.E (1991).

O município de Natal está oficialmente dividido em três distritos: Natal, Redinha e Igapó. O município conta com quatro cartórios de registro público de pessoas naturais, conforme mostra o mapa da página 31.

Em Natal, situa-se o quarto cartório de ofício ou, popularmente, cartório da Ribeira e o quinto cartório de ofício ou cartório do Alecrim. Estes são os cartórios mais antigos do município. A área de abrangência para efetuar os registros dos nascidos vivos desses cartórios foi determinada pelo Diário Oficial do Estado de 21 de fevereiro de 1987, conforme a divisão do mapa na página 29.

*Os dados do Censo de 1991, tem como fonte o escritório regional do IBGE no R.G. do Norte, em Natal, em documento cedido por este órgão.

Distribuição dos Cartórios de Registro Público, por bairros, em, 1987.

MAPA DO MUNICÍPIO DO NATAL



- C. Ribeira
- C. Alecrim
- ⊕ C. Redinha
- C. Igapó

ESCALA — 1:100.000

Posteriormente, foi criado mais dois cartórios, um em cada distrito, onde não existia cartórios. São os cartórios da Redinha e Igapó. A jurisdição desses cartórios são os respectivos distritos. Como se pode observar no mapa da página 31, o quarto cartório perdeu grande área de sua jurisdição.

Os cartórios de Natal, para efetuar os registros civis, obedecem os prazos da Lei 6.015, e os registros fora do prazo legal podem ser realizados por qualquer um desses cartórios.

Observa-se que, em relação à área de jurisdição, apenas a funcionária consultada no cartório da Ribeira afirma que neste cartório se obedece à Lei, registrando, dentro do prazo legal, apenas as crianças de sua área de jurisdição.

O preço do registro do nascimento é determinado por resolução publicada em "Diário Oficial" e deve ser afixado em local visível no cartório.

O cartório do distrito da Redinha cobra o registro de nascimento mais barato do que os cartórios de Natal, atraindo, deste modo, pessoas de menor poder aquisitivo. Esses registros, dentro do prazo legal, deveriam, normalmente, ser efetuados no cartório do Alecrim.

O cartório do Alecrim registra, dentro do prazo legal, qualquer nascimento ocorrido na área do município.

O cartório da Ribeira concede à mãe o prazo de sessenta dias para efetuar o registro do nascimento. Este prazo foi determinado pelo Decreto número 4.857, que, em 9 de novembro de 1939, disciplinou os registros públicos do Código Civil Brasileiro de 1916.

Em virtude da falta de dados atualizados para o município de Natal, procurou-se caracterizar, sobre alguns aspectos, a população do Estado do R.G.N. . Observou-se que esta população é, predominantemente, jovem, sendo que em 1987, a

população de jovens, com até 17 anos, constituía 53,9% do total da população em geral - RIO GRANDE DO NORTE (1990 p.9) ⁴⁸.

Segundo a PNAD (Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios), a Região Sul apresentou, entre 1981 e 1987, um percentual de população entre 0 e 17 anos, de 39,8% (1989 p.15).

Conforme os dados mencionados para o R.G.N. e para a Região Sul do Brasil, pode-se observar que a população jovem, considerada economicamente passiva, contribui com uma proporção bem maior no Estado citado, quando comparado a referida Região.

Segundo LAURENTI E cols (1985 p.18-19) ²⁴, pode-se considerar população potencialmente ativa os indivíduos de 15 a 64 anos e, em consequência, os indivíduos menores de 15 anos e os de 65 anos e mais são considerados dependentes. De posse desses dados, pode-se calcular a razão de dependência de uma população do seguinte modo:

RAZÃO DE DEPENDÊNCIA

$$\frac{\text{No de habitantes 0-15 anos + de habitantes 65 anos e +}}{\text{Total de habitantes de 15-65 anos}}$$

A população do R.G.N. está assim distribuída, em relação a essas faixas etárias:

0 14 anos	882.092 habitantes
15 64 anos	1.306.442 habitantes
65 anos e mais	145.062 habitantes

Nesta condição, a Razão de dependência do R.G.N. foi de 78,62%, que é uma proporção alta, significando que apenas 21,38% estão classificados como potencialmente ativos.

LAURENTI e cols (1985 p.19) ²⁴ consideraram que: "Quanto maior for esta relação, maiores problemas econômicos terá o país, pois os consumidores poderão exceder os produtores. Como consequências sociais, têm-se:

- Exploração do trabalho do menor de 15 anos;
- Dificuldade de permanência do menor na escola, quer seja no primeiro grau, colegial ou profissionalizante;
- Menor capacitação do trabalhador, sem possibilidade de aprimorar o seu conhecimento;
- Agravamento dos problemas nas áreas sociais e de saúde pelo grande número de pessoas idosas, pois há maior requisição desses serviços por essa faixa de população, além da competição na força de trabalho".

No que se refere à distribuição de renda do Estado, no ano de 1987, 69% da população recebiam vencimentos inferiores a dois salários mínimos e apenas 3,3 % recebiam acima de 10 salários mínimos - RIO GRANDE DO NORTE (1990 p.10)⁴⁸ .

Em relação à educação, o Estado possui os mais altos índices de evasão e repetência escolar, comparados à média do Nordeste. Informações referentes a 1986 apontam uma taxa de repetência na primeira série de 39,21% e uma taxa de evasão escolar imediata na mesma série de 21,33% RIO GRANDE DO NORTE (1990 p.66)⁴⁸ . Em Sergipe, que também é um Estado pobre da Região Nordeste, a taxa de repetência em 1985 foi de 31,3% (SITUAÇÃO Educacional 1987 p. 38)⁵⁴ . Já em São Paulo e Santa Catarina, esta taxa, neste mesmo ano, foi, respectivamente, 14,4% e 8,3% - (SITUAÇÃO Educacional (1987)⁵⁴ , DADOS Gerais (1987 p.38)¹⁴ .

2.2 Indicadores de Saúde

Para caracterizar a situação de saúde do município de Natal, foram utilizados indicadores de saúde, como:

- a) Razão de mortalidade proporcional (ou indicador de Swaroop Uemura);
- b) Mortalidade infantil.

a) RAZÃO DE MORTALIDADE PROPORCIONAL

A razão de mortalidade proporcional (Tabela 1) apresenta, de um modo geral, um crescimento, apesar das variações no período. Observa-se uma diminuição de 1,9% e de 3,8% entre o ano de 1981, comparado a 1982 e 1983, respectivamente. Os menores valores se situam nos primeiros anos do período estudado, e, a partir de 1985, a proporção de óbitos de 50 anos é mais permaneceu acima de 60%, observando-se uma diminuição desta proporção no ano de 1987, comparado a 1986 de 2,82%.

Considerando o índice de Swaroop e Uemura, a série histórica da tabela 1 sugere uma melhoria no nível de saúde da população. Nos países com melhores condições de saúde, o indicador de Swaroop e Uemura se aproxima de 100%. Esse indicador classifica os países em quatro níveis de saúde, que são; nível 1, de 75 a 100%; nível 2, de 50 a 74%; nível 3, de 25 a 49% e nível 4, quando inferior a 25%. A partir de 1985, Natal se encontra classificado no nível 2.

TABELA 1

MORTALIDADE PROPORCIONAL DO GRUPO ETÁRIO DE 50 ANOS E +
DO MUNICÍPIO DE NATAL (1)
ÍNDICE DE SWAROOP-UEMURA
1979 A 1987

ANOS	50 anos e + (3)		TOTAL (TODAS AS IDADES)	
	No	%	No	%
1979	1.097	36,84	2.978	100,00
1980	1.199	43,66	2.746	100,00
1981	1.257	47,60	2.641	100,00
1982	1.285	46,41	2.769	100,00
1983	1.332	44,02	3.026	100,00
1984	1.390	55,62	2.499	100,00
1985	1.581	60,00	2.635	100,00
1986 (2)	1.629	63,04	2.584	100,00
1987 (2)	1.679	60,22	2.788	100,00

Centro de Informações de Saúde.⁴⁷

NOTA: (1) ÓBITOS DE RESIDENTES
(2) DADOS SUJEITOS A REVISÃO
(3) EXCLUÍDO O GRUPO IGNORADO
- ÍNDICE POR 100 ÓBITOS

b) MORTALIDADE INFANTIL

O Coeficiente de Mortalidade infantil em Natal, no período de 1979 a 1987, sofreu uma variação de 138,73 por mil nascidos vivos em 1979 a 24,26 por mil nascidos vivos em 1986 (Tabela 2).

TABELA 2

COEFICIENTES DE MORTALIDADE INFANTIL DO MUNICÍPIO DE NATAL (1)
1979 A 1987.

ANOS	COEFICIENTE (2)
1979	138,73
1980	88,63
1981	70,67
1982	75,73
1983	100,98
1984	54,88
1985	32,60
1986	24,26
1987	34,58

de Informações de Saúde.⁴⁷

(1) ÓBITOS DE RESIDENTES

(2) COEFICIENTES POR 1.000 NASCIDOS VIVOS

Para LAURENTI e cols. (1985 p. 117)²⁵, o CMI é baixo, quando for inferior a 20 por mil nascidos vivos, e pode ser considerado muito alto, quando for 60 por mil nascidos vivos.

Em Natal, no ano de 1987, registraram-se 10.670 nascimentos e 369 óbitos de menores de um ano, apresentando para o referido ano um CMI de 34,58 óbitos por mil nascidos vivos.

Considerando a mortalidade proporcional de menores de um ano, encontraram-se os seguintes resultados no período de 1979 a 1987, tabela 3.

TABELA 3

MORTALIDADE PROPORCIONAL NO GRUPO DE MENORES DE UM ANO NO MUNICÍPIO DE NATAL (1), NOS ANOS DE 1979 A 1987.

ANOS	ÓBITOS - 1 ANO (2)	%	TOTAL DE ÓBITOS (2)	%
1979	1.129	37,99	2.792	- 100,00
1980	859	31,36	2.739	100,00
1981	762	28,93	2.635	100,00
1982	819	29,60	2.767	100,00
1983	994	32,87	3.024	100,00
1984	522	20,91	2.496	100,00
1985	389	14,84	2.622	100,00
1986	279	10,90	2.560	100,00
1987	394	14,25	2.764	100,00

FONTE: RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria da Saúde Pública. Centro flde Informações de Saúde⁴⁷

(1) ÓBITOS DE RESIDENTES

(2) EXCLUÍDO O GRUPO ETÁRIO IGNORADO
- ÍNDICE POR 100 ÓBITOS

Ainda que a mortalidade proporcional de menores de um ano não expresse, a rigor, o risco de morte para uma coorte de nascidos vivos, possibilidade esta apresentada pelo coeficiente de mortalidade infantil, segundo PAIM e cols. (1987 p.116-117)⁴², os valores entre 3,9% a 17,1% indicam mortalidade infantil proporcional baixa; de 17,2% a 25,8% mortalidade infantil proporcional intermediária, de 26% a 37,5% mortalidade infantil proporcional alta e de 37,5% a 52,5% mortalidade infantil proporcional elevada.

LAURENTI e cols. (1985 p.105)²⁵ observaram a mortalidade proporcional de menores de um ano em 19 países e admitem que: "... em áreas ou países de elevado nível de saúde, a

mortalidade proporcional gira em torno de 3%".

Os representantes da FIBGE, juntamente com os representantes do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em relação à mortalidade infantil, se posicionam do seguinte modo: "Apesar das taxas de mortalidade infantil terem decaído ao longo desta década, as estimativas ainda são alarmantes". Esta colocação refere-se às principais cidades brasileiras na década de 1980 (1989 p.23)³³.

De acordo com a classificação de LAURENTI e cols.²⁵, que considera que o CMI é baixo, quando é inferior a 20 por mil nascimentos vivos, o resultado de 24,26 por mil nascimentos vivos em 1986, encontrado para o município de Natal, (que foi o mais baixo) na série histórica referida, assim como a mortalidade proporcional de menores de um ano, de 10,90% do total de óbitos, no mesmo ano, que também foi o resultado mais baixo do período e, se comparada a países de alto nível de saúde, nos quais este indicador de saúde se encontre em torno de 3% do total de óbitos, esses valores não indicam um bom nível de saúde para o município em questão.

Já de acordo com a classificação de PAIM⁴² para a mortalidade infantil proporcional, este índice para o município de Natal é considerado baixo.

Sendo o CMI uma relação entre óbitos de menores de um ano sobre nascidos vivos, os sub-registros de nascimento confirmados interferem no resultado daquele indicador específico do nível de saúde do município de Natal.

Nesta pesquisa observou-se 17,93% de sub-registro de nascimento confirmado.

A Secretaria de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Norte para o ano de 1987 calculou um CMI de 34,58 óbitos por mil nascidos vivos. Neste ano registrou-se 369 óbitos de menores

de um ano e 10.670 nascidos vivos. Acrescentando-se aos nascidos vivos 1.913 crianças que corresponde aos 17,93% de sub-registro encontrado nesta pesquisa, o número de nascidos vivos sobe para 12.583. Calculando-se o CMI com o número de nascidos vivos corrigido, encontrou-se para 1987 29,30 ($369/12585 \times 1000$) óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos, portanto, modificando este indicador de saúde.

3. METODOLOGIA

3.1 Variáveis de estudo

3.1.1 Independentes

Ocorrência de nascimento em 1987, categorizado em : sim, ocorreu nascimento e não, não ocorreu nascimento.

Ocorrência de nascimento em Natal, categorizado em: sim e não.

Fato da criança permanecer viva, categorizado em: sim e não.

Sexo do nascido vivo, categorizado em: menino e menina.

Ato de efetuar o registro, categorizado em: sim e não.

Pessoa que registrou a criança, categorizado em: pai, mãe, outra pessoa. Quem?...

Cartórios, onde se realizou o registro, categorizados em: Redinha, Alecrim, Ribeira, Igapó, cartório de outra cidade e não sabe.

Período para a realização do registro, categorizado em: 0 a 15 dias, 16 a 45 dias, 46 a 60 dias, 61 a 365 dias, mais de um ano e não sabe.

Motivos para não registrar a criança, categorizados em: O registro é caro, o cartório fica longe, não tem tempo, não há necessidade do registro e descuido.

Importância de registrar a criança, categorizada em: sim e não.

Admitindo que o registro é importante, o que deveria ser feito para que todas as pessoas registrem os seus filhos, categorizado em: Ter cartório perto, baratear o custo, o registro deveria ser gratuito e outro motivo. Qual?....

Realização do pré-natal da mãe da criança, categorizada em: Sim e não.

As mães, que realizam o pré-natal, quantas vezes foram ao médico, categorizada em: nenhuma consulta, uma consulta, 2-5 vezes e 6 e mais vezes.

Local do nascimento, categorizado em : Hospital, casa e outro local.Qual?...

Ato de levar a criança ao médico após o nascimento, categorizado em: Sim, não e não sabe.

Em relação às crianças levadas ao médico, o número de consultas, categorizadas em: nenhuma consulta, uma consulta, 2-5 consultas e 6 e mais vezes.

Idade da mãe do nascido vivo, categorizada em : até 18 anos, 19 a 25 anos, 26 a 35 anos e mais de 35 anos.

Estado marital da mãe do nascido vivo, categorizado em: casada, solteira, separada, viúva e vivendo com companheiro.

Grau de instrução do chefe da família, categorizado em: Analfabeto, primário incompleto, primário completo, ginásial incompleto, ginásial completo, colegial incompleto, colegial completo, superior incompleto, superior completo e não sabe.

Número de televisores da casa do nascido vivo, categorizado em: Tem 1, tem 2, tem 3, tem 4, tem 5 e não tem.

Número de rádios da casa do nascido vivo, categorizado em: Tem 1, tem 2, tem 3, tem 4, tem 5, tem mais de 5 e não tem.

Número de banheiros da casa do nascido vivo, categorizado em: Tem 1, tem 2, tem 3, tem 4, tem 5, tem mais de 5 e não tem.

Número de automóveis da casa do nascido vivo, categorizado em: Tem 1, tem 2, tem 3, tem 4, tem 5, tem mais de 5 e não tem.

Número de empregados da casa do nascido vivo, categorizado em: Tem 1, tem 2, tem 3, tem 4, tem 5, tem mais de 5 e não tem.

Número de aspiradores da casa do nascido vivo, categorizado em: Tem 1, tem 2, tem 3, tem 4, tem 5, tem mais de 5 e não tem.

Número de máquinas de lavar da casa do nascido vivo, categorizado em: Tem 1, tem 2, tem 3, tem 4, tem 5, tem mais de 5, tem lavadeira e não tem.

Classificação sócio-econômica, categorizada em: Classe sócio-econômica A, classe sócio-econômica B, classe sócio-econômica C, classe sócio econômica D e classe sócio econômica E.

3.1.2 Dependentes

Registro civil do nascido vivo, categorizado em: Sim e não.

- 3.2.2.1 Sim - 0 - 15 dias
- 3.2.2.2 Sim - 16 - 45 dias
- 3.2.2.3 Sim - 46 - 60 dias
- 3.2.2.4 Sim - 61 - 365 dias
- 3.2.2.5 Sim - mais de 01 ano
- 3.2.2.4 Não sabe.

Para a realização do levantamento sócio econômico, utilizou-se o modelo da Associação Brasileira de Anunciantes (ABA) e Associação Brasileira de Pesquisa de Mercado (ABIPEME), o qual é composto da variável instrução do chefe da família e itens que se referem ao conforto familiar (página A-2).

3.2. População de Estudo

Totalidade das crianças nascidas em 1987 e residentes no município de Natal-RN, durante o período do levantamento, excluindo-se as residentes em domicílios coletivos (hotéis, hospitais, asilos, quartéis, etc), com qualquer capacidade de alojamento. Não excluíram-se os residentes em domicílios coletivos, onde morem apenas famílias conviventes.

3.3 Amostragem

3.3.1 Precisão desejada e tamanho da amostra

A amostra de nascidos vivos foi obtida por conglomerados em três etapas, onde o setor censitário, o quarteirão e os domicílios são as unidades amostrais.

O plano de amostragem para obtenção de uma amostra de 4.363 domicílios tomou por base a porcentagem do município de Salvador $p = 0,32$ ALMEIDA (1979 p.218)¹ e, levando-se em consideração que se aceitou um risco de 5% de se ter um erro de amostragem superior a 5% em valor absoluto, definiu-se uma amostra casual simples FALTON (1983 p. 32)¹⁶ de 334 nascidos vivos. Esse número, entretanto, foi corrigido para 523, sob a suposição de que o efeito do sorteio, por conglomerado sob a precisão fixada, é aproximadamente, 1,6 FALTON (1983 p.32)¹⁶.

3.3.2 Fração de amostragem

Para se obter uma amostra de 523 crianças vivas, menores de 1 ano, com a qual se esperava alcançar, aproximadamente, esse número de nascidos vivos, calculou-se a densidade domiciliar de menores de 1 ano .

Densidade domiciliar de menores de 1 ano

$$= \frac{\text{No de } < \text{ de 1 ano.}}{\text{No de domicílios}}$$

¹⁹ 12.351 menores de 1 ano FUNDAÇÃO IBGE (1982 p.23) / 82.415 domicílios particulares = 0,1498 (1981-Natal + Igapó). 523/0,1498 = 3.491 domicílios particulares ocupados.

O tamanho da amostra de domicílios, portanto, foi igual a 3.491 domicílios.

Levando-se em consideração uma perda de 20% devido a domicílios vazios e ausência de resposta (recusas e famílias não encontradas em domicílios não vazios), obteve-se o tamanho da amostra ajustado para:

$$3.491 / 0,80 = 4.363 \text{ domicílios particulares.}$$

Assim, a fração global, ajustada de amostragem, foi dada pelo número de domicílios para a amostra ajustada, dividido pelo número total de domicílios em 1988 (132.401)*, o que corresponde a probabilidade de um nascido vivo no ano de 1987 pertencer a amostra sorteada.

$$f = \frac{4.363}{132.401} = 0,033.$$

3.3.3 Obtenção da amostra

Amostragem por conglomerado com probabilidade proporcional ao tamanho (PPT), com três etapas de sorteio, o que nos leva a uma amostra equiprobabilística.

* A estimativa do número de domicílios de 1988 tem como fonte a Secretaria de Planejamento do Estado do Rio Grande do Norte e a Fundação do Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, em documento enviado ao autor.

3.3.3.1 Etapas do sorteio

A) Primeira etapa sorteio de setores censitários

A Unidade Primária de Amostragem (UPA) foi constituída por um setor censitário da FIBGE ou conjunto destes.

As Unidades Primárias de Amostragem (UPAS), assim constituídas, foram agrupadas segundo distritos e cada uma ficou associada a sua medida de tamanho (número de domicílios).

Desta lista, através de amostragem sistemática, foram sorteados 30 setores censitários com probabilidade proporcional o tamanho definido por:

$$\frac{30MI}{\Sigma Mij}$$

O setor que tinha mais de 100 domicílios cadastrados em 1980 constituiu uma UPA. Porém, quando o número de domicílios era inferior ou igual a 100, o setor era reunido a outro, para constituir a UPA, de modo que o total de domicílios da UPA fosse maior que 100 (página A - 4). São as seguintes Unidades Primárias selecionadas, correspondendo aos setores censitários da FIBGE:

Unidades	Setores FIBGE	Número de domicílio	Bairros onde se localizam
1	7	217	Cidade alta
2	24	186	Rocas
3	37	237	Santos Reis
4	52	185	Mãe Luiza
5	64	337	Petrópolis
6	83	261	Tirol
7	102	310	Lagoa Seca
8	115	219	Alecrim
9	126	321	Alecrim
10	137	245	Alecrim
11	153	277	Alecrim -
12	165	223	Lagoa Nova
13	177	261	Lagoa Nova
14	190	149	Lagoa Nova
15	205	217	Nova descoberta
16	219	276	Ponta Negra
17	231	280	Neópolis
18	241	274	Candelária
19	252	265	Cidade da Esperanç
20	265	241	Cidade Nova
	266	66	Guarapes
21	277	230	Dix-sept-Rosado
22	287	212	Dix-sept-Rosado
23	299	313	Dix-sept-Rosado
24	311	327	Quintas
25	327	292	Quintas
26	338	300	Quintas
27	352	323	Bairro Nordeste
28	364	315	Igapó
29	377	99	Potengi
	378	268	Potengi
30	390	298	Potengi

B) Segunda etapa sorteio de quarteirões

A Unidade Secundária de Amostragem (USA) foi constituída por um quarteirão ou conjunto destes com, no mínimo, 37 domicílios. Para cada USA, foi feita a contagem do número de domicílios existentes em 1988, por quarteirão, e construída uma lista para cada setor censitário sorteado, onde constou o número de quarteirões e o número de domicílios.

Destas listas, por meio de amostragem sistemática, foram sorteadas 4 USAS, com probabilidade proporcional ao tamanho,

definida por:

$$\frac{4MIJ}{MI}$$

C) Terceira etapa sorteio dos domicílios

Em cada quarteirão sorteado, foi listado o total de domicílios, sorteando-se 37 destes. A probabilidade de cada domicílio sorteado, por quarteirão, é igual.

3.4.4 Fração global da amostragem

$$\frac{30 M_i}{M_o} \times \frac{4 M_{ij}}{M_i} \times \frac{c}{M_{ij}} = 0,033$$

onde: M_o = número total de domicílios em 1980

M_i = número de domicílios do setor i em 1980

M_{ij} = número de domicílios no quarteirão j , do setor i em 1980

c = número de domicílios que foram sorteados em cada quarteirão

f = fração global da amostragem

3.4 Levantamento dos dados

3.4.1 Descrição da etapa "piloto"

Antes da elaboração do projeto desta pesquisa, foi realizado um estudo "piloto" no período de 15 de novembro de 1987 a 28 de fevereiro de 1988. Esta etapa preliminar teve a finalidade de contribuir para o cálculo da amostra final, o custo da pesquisa, o pessoal necessário para a aplicação do formulário

e outras informações que pudessem ser relevantes para a seleção das variáveis.

Observe-se que esta etapa preliminar se realizou no período de férias escolares, no qual grande número de famílias residentes em Natal se ausenta para veraneio. Esse fato contribuiu fundamentalmente para que não se realizasse o levantamento dos dados nos meses de dezembro a fevereiro, época de veraneio, quando não se encontraria número de domicílios ocupados suficientes para representar uma amostra.

A etapa "piloto" contribuiu, também, para se fazer mudanças no formulário. Uma dessas mudanças foi em relação à classificação sócio-econômica, pois, em vez de se elaborar perguntas, optou-se pela utilização de um formulário da Associação Brasileira de Anunciantes (ABA) e Associação Brasileira de Pesquisa de Mercado (ABIPEME), já testado pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública (IBOP) (página A - 2).

3.4.2 Coleta da informação

Foram elaborados formulários para a coleta das informações. A medida que os formulários eram preenchidos, elaborou-se uma amostra desses domicílios, que serviu, posteriormente, a dois professores da UFRN, para a supervisão do trabalho de campo, fazendo visitas aos domicílios amostrados e verificando a qualidade da informação contida no formulário. Essa etapa transcorreu nos meses de agosto e setembro de 1989. Nesse período e até o fim deste ano, foram feitas as correções necessárias.

O levantamento de dados iniciou-se no dia 06 de março e terminou no fim de julho de 1989. Quando a entrevista não era

realizada por motivos de se encontrar casa fechada, o entrevistador fazia um ou dois retornos, para conseguir a entrevista. No decorrer das mesmas, era solicitado o registro de nascimento das crianças que os entrevistados afirmavam que eram registradas. Quando os entrevistados não apresentavam os registros, procurou-se verificar se estas crianças estavam registradas nos quatro cartórios do município, que fazem registro civil.

Com o objetivo de verificar se o sub-registro de nascimento interfere no planejamento e na administração de saúde, procurou-se relacionar as informações existentes na Secretaria Municipal de Saúde de Natal, no que se refere aos programas de assistência materno-infantil e a avaliação e execução destes programas, com os sub-registros de nascimento.

3.4.3 Equipe de trabalho de campo

A equipe de levantamento foi composta por cinco nutricionistas e três professores do Departamento de Saúde Coletiva e Nutrição.

Desses professores, dois são mestres em Saúde Pública, o outro leciona a disciplina de Bioestatística no referido Departamento. Coube a estes profissionais a supervisão do trabalho, assim como o treinamento da técnica de entrevistas com os participantes do trabalho de campo.

O treinamento teve uma carga horária de 15 horas, com a simulação da aplicação do formulário.

Elaborou-se um manual de instrução para treinar os entrevistadores na condução da entrevista (página A - 14), e um outro que serviu para orientar o percurso do entrevistador nos locais das entrevistas (página A - 16).

3.4.4 Técnica e instrumento de pesquisa

Utilizou-se a técnica de entrevista direta, tendo como respondente preferencial a mãe da criança.

O tempo para se realizar a entrevista foi em média 30 minutos.

Para a apresentação do entrevistador, utilizou-se um "rapport" (página A - 19), e como instrumento de coleta da informação, utilizou-se um formulário (página A - 20) com dados relacionados ao nascido vivo e à família deste.

3.4.5 Processo de apuração e análise estatística

O processo de apuração dos dados foi feito através do computador com a orientação dos técnicos do Núcleo de Processamento de Dados (NPD) da UFRN na elaboração dos programas e na participação destes na digitação dos dados referentes as perguntas fechadas, utilizando-se o programa DBASE II.

As perguntas abertas teve o processamento feito manualmente.

Estimou-se o sub-registro informado a partir do item 10 do formulário. O subregistro confirmado foi estimado após verificação, mediante a apresentação do registro do nascimento por parte do entrevistado ou por visitas aos cartórios do municípios.

O cálculo do sub-registro em ambos os casos foi feito usando-se a seguinte expressão:

PROPORÇÃO DE SUB-REGISTRO

$$= \frac{\text{No de nascidos vivos registrados} \quad \times 100}{\text{Total de nascimentos vivos na amostra}}$$

Estimativa por intervalo ao nível de confiança de 95%, foram obtidas para as proporções de sub-registro da população de nascidos vivos estudadas.

Apresentaram-se os dados através de frequências uni e bivariadas. O estudo de possíveis fatores que contribuem para o sub-registro foi verificado através do teste de independência, tabelas de dupla entrada e quando foi possível procedeu-se o teste de associação qui-quadrado em algumas tabelas, a nível de significância de 5 % .

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O estudo do sub-registro de nascimento e os fatores condicionantes

A amostra foi calculada para 4.363 domicílios, porém, foram encontrados, nos setores urbanos sorteados, 6.235 domicílios (Tabela 4) dos quais 93,97% (5.844) eram ocupados.

TABELA 4

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DE DOMICÍLIOS, SEGUNDO O TIPO DE VISITA. NATAL, 1989.

TIPO DE VISITA	DOMICÍLIOS	%
Com entrevista	5.844	93,73
Casas desocupadas	194	3,11
Casas fechadas	89	1,43
Casas em construção	68	1,09
Recusas	39	0,62
Casas condenadas	1	0,02
TOTAL	6.235	100,00

Nesses domicílios foram encontrados 520 nascidos vivos, distribuídos conforme apresenta a Tabela 5

Tabela 5

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DE DOMICÍLIOS DOS NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO A REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA. NATAL, 1989.

ENTREVISTAS	DOMICÍLIOS	%
Com entrevista	491	94,42
Informação não confere com a idade estabelecida p/ o estudo	17	3,27
Recusa em responder o formulário	7	1,35
Casas fechadas durante todo o período das entrevistas	3	0,58
Incapacitados a responder	2	0,38
TOTAL	520	100,00

Para os 4.363 domicílios, esperava-se 523 nascimentos vivos, entretanto, em 6.235 domicílios, encontrou-se apenas 520 nascimentos vivos. Este fato pode ser justificado, porque para o cálculo da amostra, tomou-se, como base, um trabalho realizado na década anterior, referente à cidade de Salvador-Ba. No Rio Grande do Norte, observou-se, na década de 70/80, uma queda considerável nas taxas de fecundidade.

A Fundação do Instituto de Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (IDEC.) em estudo realizado sobre a dinâmica populacional do Estado, verificou que: "O fato demográfico mais relevante observado na década 70/80 foi, sem dúvida, a considerável queda nas taxas de fecundidade no Rio Grande do Norte, que caíram de 8,5 filhos por mulher para 5,7, significando um decréscimo de 33%, ou seja, 2,8 filhos a menos, comparada à década 60/70." e ainda; "Comparando a fecundidade do Rio Grande do Norte com a Região Nordeste, observa-se que até os anos

setenta o Estado apresentou índices mais elevados. Em 1989 no entanto, esta situação se mostra invertida..." RIO GRANDE DO NORTE (1990 p.15)⁴⁶.

O município de Natal situa-se totalmente em zona urbana. O IDEC, comparando a queda de fecundidade entre as áreas urbanas e rurais, observou que:"Em 1970, a fecundidade das mulheres norte-rio-grandenses era de 27% a menos nas áreas urbanas, isto é, essas mulheres tinham 2,58 filhos a menos que as mulheres do campo que tinham em média 9,88 filhos. Em 1980 esta diferença se acentuou, as mulheres das cidades tiveram 2,79 filhos a menos que as de área rural, ou seja uma diferença de 38%" RIO GRANDE DO NORTE (1990 p.18)⁴⁶.

Do exposto, depreende-se que o resultado encontrado na amostra, de um número menor de crianças nascidas vivas que o estimado, pode ser decorrência do fato de haver ocorrido um decréscimo significativo na fecundidade do Estado e, conseqüentemente, do Município da década que se tomou por base para a estimativa, em relação à década em que foi realizado o levantamento dos dados.

Em relação aos 491 nascidos vivos, para os quais foram feitas as entrevistas, 463 ocorreram em Natal, representando a população alvo de análise. Os nascimentos vivos ocorridos em outros municípios, não foram analisados, em virtude das dificuldades na comprovação. Esses dados correspondem a 28 crianças.

Encontraram-se 54 nascimentos vivos em Natal, que os entrevistados afirmaram não ter sido registrados, constituindo a população de sub-registro informado, que corresponde a 11,66% ($54/463 = 11,66$).

Dos nascimentos que os informantes afirmaram que eram registrados em cartórios, 29 foram confirmados, portanto; o

sub-registro confirmado atingiu a 17,93% (54 + 29/463 = 17,93%).

Os resultados de algumas pesquisas realizadas sobre o sub-registro de nascimento, são apresentados na Tabela 6.

TABELA 6

RESULTADOS DE ALGUMAS PESQUISAS SOBRE SUB-REGISTRO DE NASCIMENTO EM ALGUMAS LOCALIDADES BRASILEIRAS, 1949-1987.

CIDADE OU ESTADO	ANO	% INFORMADO	% CONFIRMADO	% LEVANTAMENTO EM ARQUIVO
NATAL-RN	1987	11,66	17,93	--
PIRIPIRI-PI	1983/84			68,4
SALVADOR-BA	1979	31,9	--	--
R.G.SUL	1974	24,53	34,58	--
ARARAQUARA-SP	1949	9,7	--	--
RINCÃO-SP	1949	15,7	--	--

OBS:REFERÊNCIAS 43, 1, 49, 35.

MORAES (1949 p.757)³⁵ encontrou, em pesquisa realizada através de inquérito, nos municípios de Araraquara-SP e Rincão-SP, no ano de 1949, um sub-registro de nascimentos de 9,7% e 15,9%, respectivamente, em crianças nascidas naquele ano.

No início da década de setenta (1974), a Secretaria de Estado da Saúde do RIO GRANDE DO SUL (1976 p.9-10)⁴⁹ procedeu levantamento domiciliar, para todo o Estado, e observou que o sub-registro de nascimento informado foi de 24,53%, e o confirmado em 34,58%. Em relação a zona urbana, o sub-registro observado, de acordo com a informação, foi de 18,30% e, de

acordo com a confirmação, foi de 28,81%. O estudo do Rio Grande do Sul considerou elevado o sub-registro observado.

Em Salvador, ALMEIDA (1979 p. 218)¹ encontrou um sub-registro de 32% de nascidos vivos. Observa-se que, apesar desta pesquisa ser mais recente do que as comentadas, a proporção de sub-registro é maior. Salvador situa-se na região Nordeste do Brasil, enquanto que os outros municípios situam-se na região Leste e o Estado do Rio Grande do Sul, na Região Sul; regiões brasileiras com melhores condições de vida.

Em Natal, os resultados encontrados, quando comparados aos demais trabalhos realizados por levantamentos domicíliar, apresentam um sub-registro de nascimentos alto. Nas cidades de Rincão-SP e Araraquara-SP, na década de quarenta, os valores de sub-registro de nascidos vivos estão próximos ou superior ao encontrado nesta pesquisa.

O Rio Grande do Sul apresentou, em 1974, um sub-registro na zona urbana de 118,81% e confirmado de 28,82 % . Embora esses valores sejam superiores aos encontrados em Natal, deve-se observar que o levantamento do Rio Grande do Sul envolveu todo o Estado e foi realizado no primeiro quinquênio da década de 70. A pesquisa, realizada em Natal, foi desenvolvida na área urbana referente à capital do Estado, onde se encontra o maior número de hospitais e, em relação à rede de saúde, é onde se encontra as maiores ofertas de serviços de saúde da população.

Em relação a Salvador, o sub-registro deste município foi bem maior do que o de Natal. Não se tem informação sobre o sub-registro em zona urbana para Salvador, mais é de se admitir que seja menor.

Outra cidade brasileira, situada no Nordeste, em que se realizou pesquisa sobre sub-registro de nascidos vivos foi Piripiri-Pi. Essa pesquisa usou metodologia bem diferente da

utilizada nos demais municípios, por isso não se comparou seu resultado com os resultados encontrados nas outras pesquisas. Nessa pesquisa, observou-se uma associação entre residir em zona urbana e registrar os nascimentos PORTELA (1988 p.31)⁴³.

Entre as 380 crianças registradas, 290 apresentaram a certidão de nascimento e, para 90, os dados foram conferidos nos cartórios de registro civil.

A lei brasileira em vigor, 6.015 REGISTRO (1986)⁴⁵ nos artigos 50 e 52, transcritos na introdução, dispõe quanto aos prazos do registro de nascimento.

A lei estabelece o prazo de 15 dias para o pai efetuar o registro de nascimento e 45 dias para a mãe. O decreto 4.857, de 9 de novembro de 1939, determinava para a mãe efetuar o registro de nascimento o prazo de 60 dias. Em Natal, o cartório da Ribeira ainda obedece este prazo.

Considerando o que determina a lei e essa prática do cartório da Ribeira, pesquisou-se, entre as crianças registradas, quantas obedeceram o prazo previsto, distribuindo-as em relação ao tempo para efetuar o registro. Encontrou-se um registro nos primeiros 15 dias de apenas 45,26%, menos que a metade das crianças registradas, como mostra a tabela 7.

TABELA 7

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS NASCIDOS VIVOS REGISTRADOS EM
 RELAÇÃO AO PERÍODO DO REGISTRO, EM 1987. NATAL, 1989.

PERÍODO	REG	%	FAC %
15 dias	172	45,26	45,26
45 dias	79	20,79	66,05
60 dias	37	9,74	75,79
Até 365 dias	84	22,11	97,90
Mais de 1 ano	8	2,10	100,00
TOTAL	380	100,00	-----

Na Tabela 7, observa-se que apenas 45,26 % dos nascidos vivos, que correspondem a menos da metade das crianças, é que foram registradas dentro do prazo de 15 dias, estabelecido pela lei para o pai efetuar o registro, e que 66,05% crianças foram registradas até os quarenta e cinco dias, prazo estabelecido para a mãe efetuar o registro.

Dos nascimentos registrados, 75,79% dos registros foram realizados em 60 dias. Nem todas as crianças registradas tiveram seus registros efetuados dentro do período de um ano, prazo que interessa à Saúde Pública. Até um ano, efetuaram-se 97,90% registros de nascimento, conforme a Tabela 7.

Em Salvador, ALMEIDA (1979 p.217)¹, considerando os prazos legalmente exigidos para efetuação dos registro de nascimentos, observou, entre as crianças registradas, uma proporção de 58,6% de nascimentos vivos registrados nos primeiros 15 dias, 27,4% entre 16 e 60 dias e 14,0% após sessenta dias.

Observa-se, entre os nascimentos vivos registrados, que o percentual de registros desses nascimentos, nos primeiros 15 dias, foi menor para o município de Natal, em 1987, quando comparado ao município de Salvador, em 1972. A frequência acumulada nos primeiros 60 dias, também apresenta uma diferença, evidenciando mais nascimentos registrados para Salvador nesse período, que para Natal, respectivamente, 86 % e 75,79% .

No grupo de nascidos vivos registrados, 248 (65,26%) tiveram seus registros efetuados pelo pai. Para o restante das crianças registradas, ou seja, 34,74%, este fato não ocorreu (Tabela 8).

Segundo a Lei 6.015, a obrigação de fazer a declaração de nascimento é do pai. Na ausência ou impedimento deste, é que compete a outra pessoa realizar o registro de nascimento REGISTROS (1986)⁴⁵.

TABELA 8

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO A PESSOA QUE REGISTROU. NATAL, 1987.

PESSOA QUE REGISTROU	NASCIDOS VIVOS	%
Pai	248	65,26
Mãe	130	34,21
Outra pessoa	2	0,53
TOTAL	380	100,00

ALMEIDA (1979 p.211)¹, na pesquisa realizada em Salvador, observou que o registro de nascimentos efetuados pelo pai atingiu 94,7%. Sendo que 5% destes foram efetuados pela mãe.

Em relação às pessoas que efetuaram o registro de nascimento vivo em Natal, o percentual relativo ao pai, é proporcionalmente inferior ao percentual encontrado por Almeida em Salvador. Apesar da importância que ainda se dá a figura paterna, no que se refere a realização do registro de nascimento, mais de um terço dos pais deixaram de cumprir com este dever legal, entre as crianças registradas em Natal.

Ainda que se observe um número absoluto pequeno de crianças que nasceram vivas e vieram a falecer, realizou-se a comparação da proporção dos registros efetuados entre as crianças que permaneceram vivas e as que foram a óbito. Foi dado a observar uma proporção menor de crianças que foram a óbito e foram registradas 44,44%, quando comparou-se com o grupo das que permaneceram vivas e foram registradas.

O teste exato de Fisher indica uma associação entre o fato de registrar o nascido vivo e este permanecer ou não vivo, havendo maior sub-registro entre as crianças que vêm a falecer, conforme Tabela 9.

Sabe-se que o conjunto de condições adversas contribui para levar crianças à morte. É de se admitir que esse mesmo conjunto reflita uma situação que contribua para uma maior proporção de omissão de registro no grupo de crianças que foram a óbito.

TABELA 9

=====

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS NASCIDOS VIVOS SEGUNDO O REGISTRO
E SE PERMANECERAM VIVOS OU FALECERAM. NATAL, 1987.

=====

SITUAÇÃO REGISTRO	CRIANÇAS				TOTAL	%
	REG.	%	NÃO REG.	%		
Vivas	376	82,82	78	17,18	454	100,00
Mortas	4	44,44	5	55,56	9	100,00
TOTAL	380	82,07	83	17,93	463	100,00

=====

Teste Exato de Fisher: Nível descritivo
(P- Valor) = 0,011465 < 0.025 significativo.

Relacionou-se o registro do nascimento com a programação de atividades dos serviços de saúde. Procurou-se observar se havia relação entre a realização do pré-natal e o registro do nascimento da criança. Entre as mães que realizaram o pré-natal, 16,75% não registraram as crianças, enquanto que, entre as mães que não realizaram o pré-natal, esse percentual correspondeu a 31,03% , conforme a Tabela 10.

Estatisticamente, foi significativa a diferença dessa comparação, encontrando-se uma associação entre o fato de efetuar o registro do nascimento e a realização do pré-natal (Tabela 10).

TABELA 10

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO O REGISTRO E A CONDIÇÃO DA MÃE TER REALIZADO O PRÉ-NATAL, NATAL, 1989.

PRÉ - NATAL MÃES	CRIANÇAS				TOTAL	%
	REG	%	NÃO REG	%		
Sim	353	83,25	71	16,75	424	100,00
Não	20	68,97	9	31,03	29	100,00
TOTAL	373	86,5	80	13,46	453	100,00

Teste Yates corrigido: Nível descritivo

(P-valor) = 2,89 < 3,84 não-significativo

*Foram excluídas 10 crianças para as quais os entrevistados não sabiam se a mãe havia realizado o pré-natal.

Com a finalidade de confirmar se as mães realmente haviam realizado o pré-natal, perguntou-se àquelas mães que afirmaram positivamente, se realmente o teriam feito, incluindo-se uma questão referente ao número de consultas médicas a que estas se submeteram, conforme a Tabela 11.

Em relação às 10 mães, para as quais os entrevistados afirmaram que não sabiam se haviam realizado o pré-natal, neste segundo momento, que levou a elaboração da tabela 11, observa-se que, para nove entrevistas, as respostas foram que "não haviam realizado nenhuma consulta" e uma resposta foi de que "realizou uma consulta".

TABELA 11

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO O NUMERO DE CONSULTAS MEDICAS DA MAE NO PERÍODO PRÉ-NATAL. NATAL, 1987.

CONSULTAS	NASCIDOS		VIVOS		TOTAL %
	REG %		NÃO REG %		
6 e + vezes	326	83,80	63	16,20	389 100,00
2 A 5 vezes	26	78,79	7	21,21	33 100,00
1 vez	2	66,67	1	33,33	3 100,00
nenhuma	26	68,42	12	32,58	38 100,00
TOTAL	380	82,07	83	17,93	463 100,00

Para a gestante sem alto risco, o Ministério da Saúde considera que realizou o pré-natal, quando a gestante é atendida em consulta médica, pelo menos duas vezes no período da gravidez BRASIL (1988)¹⁰.

Segundo os dados observados na tabela 10, 424 mães realizaram o pré-natal .

Quando se pergunta o número de consultas realizadas no período pré-natal, as respostas obtidas são que 389 mães compareceram a 6 e mais consultas e 33, de 2 a 5 consultas, totalizando 422 consultas. Para as 10 entrevistadas que não sabiam se as mães haviam realizado o pré-natal, nesta questão, os entrevistados responderam que 9 não haviam realizado nenhuma consulta e 1 realizou apenas 1 consulta.

A partir dos dados da tabela 11 e com as 10 respostas excluídas na tabela 10, que foram classificadas como a mãe não tendo realizado o pré-natal, construiu-se a tabela 12, semelhante

à tabela 10, porém de acordo com as normas do Ministério da Saúde (MS), que considera a realização do pré-natal, quando a gestante é atendida em consulta médica duas ou mais vezes.

TABELA 12

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO O REGISTRO DO NASCIMENTO E A REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL POR PARTE DA MÃE, DE ACORDO COM AS NORMAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. NATAL 1987.

PRÉ-NATAL MÃES	CRIANÇAS					
	REG	%	NÃO REG	%	TOTAL	%
Sim	352	83,41	70	16,59	422	100,00
Não	28	68,29	13	31,71	41	100,00
TOTAL	380	82,07	83	17,93	463	100,00

Teste de Yates corrigido: Nível descritivo
(P - valor) = 4,82 > 3,84 significativo

Não se encontrou associação na tabela 10, onde não se obteve informação relativa ao número de consultas realizadas pelas mães, por ocasião da realização do pré-natal, porém, quando se obtém esta informação e toma-se como parâmetro os critérios do Ministério da Saúde, encontra-se, estatisticamente, associação entre o fato de realizar o registro e a realização do pré-natal por parte da mãe, conforme Tabela 12.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE (1984 p.10)⁸, através dos seus técnicos, identificou os problemas da população feminina, após o censo de 1980 e observou em relação ao acompanhamento pré-natal, nos Estados onde a infra-estrutura de saúde é considerada de melhor nível, como: Rio de Janeiro, São Paulo, Distrito Federal e

Rio Grande do Sul, que o percentual médio de cobertura do pré-natal fica em torno de 70% .

VICTORA e cols. (1989 p.136)⁵⁷, em pesquisa realizada em Pelotas, encontraram 5% de mães que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal, proporção que os autores consideraram adequada em termos quantitativos . Na pesquisa desenvolvida no Município de Natal, o percentual de mães que não realizaram o pré-natal foi de 8,85% ($86/463 \times 100 = 8,85$). Deve-se considerar, entretanto, que este percentual refere-se, exclusivamente, a consultas realizadas por médicos .

VICTORA e cols. (1989 p.53-55)⁵⁷ ainda encontraram associação entre a realização do pré-natal e o peso da criança. Em sua pesquisa, verificaram que : "...os filhos de mulheres com dez consultas pesaram, em média 280 gramas a mais do que os filhos de mulheres de mesma renda e escolaridade, mas que não haviam consultado". Esses dados reforçam a idéia de que os serviços de saúde necessitam fazer acompanhamento das gestantes, bem como das crianças, para que tanto um como outro segmento apresente condições de saúde vantajosas. É de se admitir, em face do que se observou para o município de Natal, isto é, as mães que não registram os filhos comparecem menos ao pré-natal, devendo existir de fatores intervinientes nessa conduta e compete a administração dos serviços de saúde identificá-los, modificá-los e corrigi-los.

Em relação ao local de nascimento, das crianças que nasceram em hospitais, 17,69% (Tabela 13) não foram registradas, ou seja, quase totalidade das crianças nascidas vivas que tiveram o sub-registro confirmado, que foi de 17,93% .

TABELA 13

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS NASCIDOS VIVOS SEGUNDO
O REGISTRO E O LOCAL DO NASCIMENTO. NATAL, 1987.

NASCIDOS VIVOS

LOCAL DO NASCIMENTO	REG	%	NÃO REG	%	TOTAL	%
Hospital	377	82,31	81	17,69	458	100,00
Fora do hospital	1	50,00	1	50,00	2	100,00
Ignorado	2	66,67	1	33,33	3	100,00
TOTAL	380	82,07	83	17,93	463	100,00

No grupo das crianças não registradas, 97,59% (81/83 x100 = 97,59%) nasceram em hospitais, evidenciando a importância dos dados de nascimentos nesses estabelecimentos, para o município de Natal, pois é uma boa cobertura dos nascimentos não registrados nos cartórios.

Pesquisa desenvolvida no RIO GRANDE DO SUL (1976 p.7-9)⁴⁹ investigou partos hospitalares em mães originárias de zona urbana e rural, encontrando, entre as primeiras, 82,37% e, entre as últimas, apenas 55,82%, com partos hospitalares. É de se admitir que a acessibilidade favoreceu às mães que residiam em zona urbana.

ALMEIDA (1979 p.217)¹, em estudo realizado em Salvador, encontrou uma proporção de 96% das crianças nascidas em hospitais e 4% em domicílios.

VICTORA e cols. (1989 p.)⁵⁷, em pesquisa realizada em Pelotas, relataram que a ocorrência de partos hospitalares foi de 99% .

Em Natal, ocorreram 98,92% (458/463 x 100 =98,92%) dos partos hospitalares.

Nos trabalhos citados, observa-se maiores percentuais de partos hospitalares, sugerindo que os dados destas instituições devem ser de interesse para o planejamento e administração dos serviços de saúde, uma vez que é importante quantificar o número de gestantes existentes na área de abrangência dos serviços e relacioná-las ao número de leitos de obstetrícia, bem como definir os recursos humanos necessários ao atendimento, não só das gestantes como também das crianças.

PUFFER e SERRANO (1974 p.197-198)⁴⁴, escrevendo sobre os dados básicos essenciais de nascimentos e óbitos para o planejamento de saúde e para as estatísticas demográficas, sugerem que:" se deberían eliminar los procedimientos legales anticuados de exigir a las familias la inscripción de esos nacimientos. Los hospitales donde ocurren los hechos y donde se dispone de información completa deberían preparar certificados de nacimiento y defunción que sirvieran para el registro y los informes estadísticos".

Relacionou-se, ainda, o local do nascimento com a realização do pré-natal pela mãe e obteve-se os resultados constantes na tabela 14.

TABELA 14

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO A REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E O LOCAL DO PARTO. NATAL, 1987.

LOCAL DE NASCIMENTO	PRÉ-NATAL				TOTAL	%
	Realizou	%	Não realizou	%		
Hospital	422	92,14	36	7,86	458	100,00
Fora do Hospital	0	0,00	2	100,00	2	100,00
Ignorado	2	66,67	1	33,33	3	100,00
TOTAL	424	91,58	39	8,42	463	100,00

Das crianças nascidas em hospital, 7,86% das mães não realizaram o pré-natal. Apesar do número absoluto pequeno de nascimento em outros locais, observa-se que, para os dois nascidos vivos fora do hospital, as mães não realizaram o pré-natal, tabela 14.

Realizou-se a distribuição dos nascimentos, em relação à condição da criança ser levada ao médico após o nascimento, Tabela 15.

TABELA 15

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO O REGISTRO E A CONDIÇÃO DE SER LEVADO PARA CONSULTA MÉDICA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA. NATAL, 1987.

CRIANÇA CONSULTADA	NASCIDOS VIVOS		TOTAL	%		
	REGISTRADAS %	NÃO REGISTRADAS %				
SIM	368	83,26	74	16,74	442	100,00
NÃO	10	52,63	9	47,37	19	100,00
TOTAL	378	82,00	83	18,00	461	100,00

Teste Exato de Fisher: Nível descritivo

(P - Valor) = 0,00225730 < 0,025 significativo

**Foram excluídas 2 crianças registradas, que o entrevistado não soube se foi levada à consulta médica.

A proporção de crianças levadas à consulta médica, que foram registradas, foi de 83,23%, enquanto que, a de crianças não levadas ao médico, foi de 53,63%. O teste de significância indica uma associação entre o ato de levar a criança à consulta médica e fazer o registro do nascimento desta (Tabela 15).

Para confirmar se as crianças eram realmente levadas à consulta médica, o formulário continha uma pergunta sobre o número de vezes que a criança foi levada ao médico no primeiro ano de vida. O resultado pode ser observado consta na tabela 16.

TABELA 16

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO O REGISTRO DA CRIANÇA E O NÚMERO DE CONSULTAS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA. NATAL, 1987.

NÚMERO DE CONSULTAS	REG	%	NÃO REG	%	TOTAL	%
6 e +	327	83,42	65	16,58	392	100,00
2 a 5	39	84,78	7	15,22	46	100,00
1	2	66,67	1	33,33	4	100,00
nenhuma	2	33,33	4	66,67	6	100,00
TOTAL	370	82,59	78	17,41	448	100,00

* Foram excluídas 15 respostas que os entrevistados não sabiam responder, sendo 10 crianças registradas e 5 não registradas.

Observa-se entre as crianças levadas ao médico, no primeiro ano de vida, 6 e mais vezes e de 2 a 5 vezes, proporção maior de registradas do que entre àquelas que são levadas ao médico apenas uma vez ou nenhuma vez, tabela 17.

Após o nascimento, a utilização dos serviços de saúde para consulta de crianças não sadias, assim como a crianças sadias, é de grande importância. Por esse motivo, procurou-se conhecer o número de consultas médicas para as crianças da população estudada e relacioná-las com o ato de registrá-las.

TABELA 17

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO O REGISTRO E A CONDIÇÃO DE SER LEVADOS AO MÉDICO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA. NATAL, 1987.

CONSULTAS CRIANÇAS	PRÉ-NATAL					
	Realizou	%	Não Realizou	%	Total	%
6 e +	368	93,88	24	6,12	392	100,00
2 a 5	40	86,96	6	13,04	46	100,00
1	2	50,00	2	50,00	4	100,00
nenhuma	4	66,67	2	33,33	6	100,00
TOTAL	414	92,41	34	7,59	448	100,00

* Nesta tabela, não constam 15 crianças, sendo 10 registradas e 5 não registradas, que os entrevistados não sabiam se foram levados ao médico.

Procurou-se identificar alguns fatores que poderiam estar contribuindo para a omissão do registro do nascido vivo. Entre estes fatores, incluiu-se a variável sexo, que se relacionou com o fato de registrar a criança, conforme pode-se observar na tabela 18.

TABELA 18

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO A SITUAÇÃO DO REGISTRO DO NASCIMENTO E O SEXO. NATAL, 1987.

SEXO	SITUAÇÃO DO REGISTRO				Total %	
	Registrada	%	Não Registrada	%		
Mas.	188	82,10	41	17,90	229	100,00
Fem.	192	82,05	42	17,95	234	100,00
TOTAL	380	82,07	83	17,93	463	100,00

Qui-quadrado: Nível descritivo

(P - Valor) = 0,00 < 2g.l = 3,84 não significativo

Não se encontrou diferença entre registrar crianças do sexo masculino ou feminino, indicando que os pais dão a mesma assistência a ambos, quando se trata de realizar o registro do nascimento.

ALMEIDA (1979 p.217)¹ e PORTELA (1988 p.59)⁴³, pesquisando o ato de registrar as crianças em relação ao sexo, também não encontraram associação.

Destaca-se, ainda, na distribuição por sexo, a proporção de crianças do sexo feminino de 50,54%, revelando-se pouco maior que a do sexo masculino (49,46%).

A Fundação IBGE (1982)²⁰, por ocasião do censo de 1980, encontrou 59,04% de crianças do sexo masculino e 49,96% de crianças do sexo feminino.

A Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN), realizada no RGN, observou, entre as características demográficas do Estado, que 50,5% das crianças menores de 5 anos eram do sexo feminino, e que, na capital, esse predomínio chegou a 57,1% RIO GRANDE DO NORTE (1990 p.49)⁴⁸.

LAURENTI e cols. (1985 p.15)²⁴ afirmam que a proporção de nascimento do sexo masculino é de 5 a 6% maior do que a do sexo feminino nos países desenvolvidos, e que nos países onde existem graves problemas de saúde pública isto não ocorre, pois existe uma alta proporção de perdas fetais e nestas, destacam-se as perdas do sexo masculino, que é o mais frágil.

Investigando-se os motivos do não registro de nascimento, entre os entrevistados que afirmaram não haver registrado o nascimento, os mais frequentes foram: O descuido com 31,48% das respostas e o registro é caro com 14,81%, conforme a Tabela 19.

Ao reunir-se categorias "o pai não quer registrar", "pai desempregado", "o pai é casado com outra mulher" e "o pai não tem carteira de trabalho", observa-se que os problemas relacionados com o pai contribui com um maior percentual do que a categoria "o registro é caro".

É de se admitir que as categorias "pai desempregado" e "pai não tem carteira de trabalho" estão estreitamente relacionadas com a categoria "o registro é caro". Portanto, a influência da falta de dinheiro, associada aos problemas familiares, contribuem, efetivamente, para a omissão do registro dos nascidos vivos.

A categoria "não tem tempo", aparentemente, é como uma desculpa para não efetuar o registro, porém, se relacionada aos resultados de classe social, que encontrou associação entre não registrar a criança e pertencer a uma classe social baixa.

Do mesmo modo, foi relacionada ao grau de instrução, que apresentou um maior percentual de sub-registro de nascidos vivos nas famílias em que os chefes possuem apenas o nível de instrução primário ou analfabetos (Tabela 20), pode ser analisada de modo diferente.

As pessoas que se encontram inseridas no contexto "não tem tempo" se tiver qualquer trabalho, se não comparecer, pode leva-las a perder a remuneração por um dia de trabalho, que contribui para sua sobrevivência. Nestes casos, a realização do registro do nascido vivo, para essas pessoas, pode se constituir em perda de tempo.

Tabela 19

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS MOTIVOS INFORMADOS PELAS PESSOAS QUE NÃO REGISTRAM O NASCIMENTO DA CRIANÇA PARA NÃO RELIZAR O REGISTRO. NATAL, 1987.

MOTIVO DO NÃO REGISTRO	NÚMERO	%
Descuido	17	31,48
O registro é caro	8	14,81
Problemas de separação	5	9,26
Não tem tempo	5	9,26
Filho adotivo	4	7,41
O pai não quer registrar	4	7,41
O pai é casado com outra mulher	3	5,56
Pai desempregado	2	3,70
A criança foi a óbito	2	3,70
Motivo pessoal	2	3,70
O pai não tem carteira de trabalho	1	1,85
Aguarda o documento do hospital	1	1,85
TOTAL	54	100,00

ALMEIDA (1979 p.211)¹ pesquisou os motivos que levam ao sub-registro de nascidos vivos em Salvador, e os três principais

encontrados, foram: a falta de tempo (29,8%), falta de dinheiro (28,5%) e displicência do pai (24,5%). Os dois primeiros motivos encontrados por ALMEIDA, também foram encontrados nesta pesquisa.

No município de Natal, o segundo motivo informado para a não realização do registro foi que o registro é caro.

Pesquisou-se, na população de análise, o que deveria ser feito para que todas as pessoas registrassem os seus filhos, e a maior proporção de respostas foi que o registro deveria ser gratuito.

Como já foi referido, utilizou-se a classificação sócio-econômica da família das crianças e fez-se a relação dessa classificação com o fato de efetuar o registro do nascimento (Tabela 20).

De acordo com a classificação citada, as famílias do município de Natal, que tiveram nascimentos vivos em 1987, pertencem, em sua maioria, a classe sócio-econômica baixa, com as seguintes proporções: 25,48% ($118/463 \times 100 = 25,48 \%$) pertencem a classe E, considerada de menor poder aquisitivo; 43,20% ($200/463 \times 100 = 43,20 \%$) a classe D, que também tem poder aquisitivo baixo. Essas duas classes correspondem a 68,68% do total de famílias pesquisadas.

A classe sócio-econômica A corresponde apenas 3,02% ($14/463 \times 100 = 3,02\%$) e a classe B 7,99% ($37/463 \times 100 = 7,99\%$). As duas correspondem a 11,01 % .

Na classe sócio econômica E, observa-se a maior proporção de sub-registro 27,12% . Na classe A, essa proporção é de 7,14% , conforme a tabela 20 .

A proporção de registro dos nascimentos vivos dentro de cada classe diminuiu, à medida que o nível sócio-econômico

aumentou. O teste estatístico indica uma associação entre as duas variáveis.

Também se pesquisou a classificação sócio-econômica dos diversos setores, embora que alguns destes apresentem poucos dados de nascimentos. Dos 32 setores sorteados, não se encontrou nenhum com pessoas que pertencessem, exclusivamente, a classe sócio-econômica A. O setor 241, onde havia mais pessoas da classe A, a proporção dessas pessoas foi de 66,67%.

No setor 266, todas as pessoas pertenciam a classe sócio-econômica E e, no 377, as classes D e E.

As condições sócio-econômicas interferem na saúde da população e com outros componentes do nível de vida ou do bem estar. Isso se agrava quando esta população é servida por precários serviços de saúde, como os existentes em Natal.

TABELA 20

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS NASCIMENTOS VIVOS, SEGUNDO O REGISTRO E A CLASSIFICAÇÃO SÓCIO ECONÔMICA DA FAMÍLIA. NATAL, 1987.

CLASSIFICAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA	REGISTRO				TOTAL	
	SIM	%	NÃO	%		%
Classe A	13	92,86	1	7,14	14	100,00
Classe B	33	89,19	4	10,81	37	100,00
Classe C	80	85,11	14	14,89	94	100,00
Classe D	168	84,00	32	16,00	200	100,00
Classe E	86	72,88	32	27,12	118	100,00
TOTAL	380	82,07	83	17,93	463	100,00

Qui-Quadrado: Nível descritivo
(P - Valor) = 10,25 > 9,44 significativo

O teste do qui-quadrado indica uma associação entre o fato das crianças pertencerem as classes sócio-econômicas de maior poder aquisitivo e efetuar o registro das crianças.

Como foi visto anteriormente, as crianças que são menos levadas à consulta médica no primeiro ano de vida, assim como as filhas de mães que fazem menos o pré-natal, são menos registradas.

Os fatos nos levam a admitir a interferência dos mesmos X no planejamento das ações de saúde, quando da definição do número de gestantes e crianças, que exige, por parte do serviço, a quantificação do volume de atividades (consulta médica, consulta de enfermagem, vacinação, visita domiciliar, leito de obstetrícia et.) por exemplo.

ALMEIDA (1979 p.213)¹ também pesquisou a influência da condição sócio-econômica e o fato de efetuar o registro do nascimento. Este autor fez a classificação sócio econômica por bairros, designando-os em classe alta=A, classe média=B e classe baixa=C. Nesta pesquisa, não se encontrou associação entre registrar o nascimento da criança e pertencer a determinada classe social. ALMEIDA considerou que seus achados não refletiram a realidade, em virtude dos bairros de classe alta terem como vizinhança domicílios paupérrimos.

Em alguns setores de Natal, também se encontra a classe sócio-econômica A, com vizinhança muito pobre, sendo que se observou, em alguns setores, a presença de todas as classes sociais.

O primeiro passo para o planejamento da Saúde Pública é o conhecimento da realidade local, baseado não apenas na visão geral de pobreza, que a região apresenta, porém, em quantas crianças existem em determinada faixa etária, quantas que farão parte de determinado programa e necessitam ser atendidas.

Relacionou-se a idade das mães com o ato de efetuar o registro do nascimento e não se observou associação, tabela 21.

TABELA 21

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO O REGISTRO E A IDADE DA MÃE DA CRIANÇA. NATAL, 1987.

IDADE DA MÃE (EM ANOS)	REGISTRO				TOTAL	%
	REG	%	NÃO REG	%		
Até 18 anos	3	75,00	1	25,00	4	100,00
19 a 25 anos	154	84,62	28	15,38	182	100,00
26 a 35 anos	175	81,78	39	18,22	214	100,00
mais de 35 anos	46	75,41	15	23,59	57	100,00
TOTAL	378	82,00	61	18,00	461	100,00

Qui-Quadrado: Nível descritivo

(P-Valor) = 2,65 < 5,99 não significativo

* 2 entrevistados se negaram a responder a idade da mãe.

qui-quadrado 2,65

gl = 5,99

Observou-se, ainda, os dados acerca do estado marital das mães das crianças e verificou-se que existe relação entre essa variável e o ato de registrar, conforme a tabela 22.

TABELA 22

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS CRIANÇAS NASCIDAS VIVAS , SEGUNDO O ESTADO MARITAL DA MÃE E A CONDIÇÃO DE REALIZAR O REGISTRO DO NASCIMENTO. NATAL, 1987.

ESTADO MARITAL	REG	%	NÃO REG	%	TOTAL	%
Casada	257	98,93	32	11,07	289	100,00
Vivendo c\companheiro	65	69,89	28	30,11	93	100,00
Solteira	43	71,67	17	28,33	60	100,00
Separada	10	62,50	6	37,50	16	100,00
Viúva	3	100,00	0	0,00	3	100,00
Outros	1	100,00	0	0,00	1	100,00
Alternativa nula	1	100,00	0	0,00	1	100,00
TOTAL	380	82,07	83	17,93	463	100,00

Qui-Quadrado: Nível descritivo
(P =Valor) = 26,95 > 5,99 significativo

Relacionou-se o estado marital das mães e o registro civil do nascimento. Para o cálculo do qui-quadrado, excluiu-se as três últimas categorias, por revelarem poucas pessoas, impossibilitando este cálculo. Considerou-se, apenas, as categorias casada, vivendo com companheiro, solteira e separada.

Encontrou-se associação estatisticamente significativa entre o fato de registrar o nascimento e a mãe ser casada Tabela 22.

ALMEIDA (1979 p.216)¹ também relacionou o estado marital da mãe do nascido vivo, com o fato de efetuar o registro de nascimento e a situação conjugal da mãe. O menor percentual de sub-registro foi entre as casadas.

Os resultados dessa pesquisa estão de acordo com aqueles encontrados por ALMEIDA.

PORTELA (1988 p.59)⁴³ também pesquisou essa associação, só que apenas entre solteiras e casadas, e, do mesmo modo, encontrou um maior percentual de nascidos vivos registrados entre as mães casadas.

Investigou-se se havia alguma relação entre a instrução do chefe da família e o ato de registrar o nascimento, Tabela 23.

TABELA 23

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS MÃES DOS NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO O REGISTRO E O GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA. NATAL, 1987 .

INSTRUÇÃO CHEFE DA FAMÍLIA	NASCIDO VIVO				TOTAL	
	REG	%	NÃO REG	%		%
Analfabeto	35	76,09	11	23,91	46	100,00
Primário	90	78,95	24	21,05	114	100,00
Ginásial	112	86,15	18	13,85	130	100,00
Colegial	86	87,76	12	12,24	98	100,00
Superior inc.	13	100,00	0	0,00	13	100,00
Superior	16	80,00	4	20,00	20	100,00
Não sabe	28	66,67	14	33,33	42	100,00
TOTAL	380	82,07	83	17,92	463	100,00

Qui-Quadrado : Nível descritivo
(P - Valor) = 5,99 < 9,49 não significativo

MORAIS (1949)³⁵ realizou um inquérito, para verificar a deficiência dos registros de nascimentos vivos e os fatores que

poderiam condicionar essas deficiências e observou que o baixo grau de instrução dos pais, pelo menos em parte, contribuiu para a omissão do registro.

Na pesquisa desenvolvida no RIO GRANDE DO SUL (1976 p.10 e 12)⁴⁹, relacionou-se a instrução do chefe da família com o fato de haver realizado o registro de nascimento, e, foi dado observar uma proporção de omissão de registro na categoria com grau de instrução primária de 46,80% e na categoria de analfabeto, foi de 58,97%. Estes dados estão de acordo com a pesquisa realizada no município de Natal, e motivo deste trabalho.

ALMEIDA (1979 p.213)¹ observou que a proporção de registros efetuados aumenta, à medida que aumenta a instrução dos pais.

4.2 Sistemas de informação e os serviços de saúde de Natal

Procurou-se saber, junto aos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal, se havia algum sistema de informação, que servisse de base para o planejamento das ações de saúde. Constatou-se que, em 1986, foi implantado, nesta Secretaria, o Centro de Informações de Saúde (CIS/SMS),. que possui o cadastro de todas as unidades de saúde, que atuam no município, pertencentes as esferas Federal, Estadual, Municipal e particulares. X

Investigou-se na SMS, como as atividades de planejamento, no município de Natal, são realizadas. A Coordenadoria de Atenção à Saúde elaborou um documento com a

Programação de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, para o ano de 1992 (1991)³⁸. Observou-se que essas atividades previstas tomam como base as unidades de atendimento, sem utilizar as estatísticas de saúde. Também se observou que, nesta programação da Coordenadoria de Atenção à Saúde, os custos não são calculados (1991)³⁸. Os custos, portanto, são calculados em outro setor.

Esta mesma Coordenadoria realizou uma avaliação dos programas de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente e elaborou um relatório 1991³⁹. Do mesmo modo que a programação, a avaliação também foi realizada em relação aos serviços implantados nas unidades, sem considerar a população alvo, que foi atendida.

Vale salientar que, na Secretaria de Saúde Pública do Estado do R. G. N. (SSAP), existe um Centro de Informações de Saúde (CIS/SSAP), que possui a maioria dos índices de saúde do Estado e Município de Natal, estando calculado, atualmente, uma série histórica dos índices baseados na mortalidade, de 1979 a 1987, e se observa que esses dados não foram utilizados pela Coordenadoria de Atenção à Saúde, no planejamento de suas ações no município de Natal.

Os técnicos da CIS\SSAP, desde 1990, têm participado de reuniões do Ministério da Saúde, para a implantação do SINASC no R.G.N. . Esta implantação ocorreu em março de 1992, na Grande Natal, que é formada por quatro municípios; Natal, Parnamirim , São Gonçalo e Macaíba.

Todos os hospitais desses municípios devem preencher três vias de uma declaração de nascimento, que contém, além dos dados contidos no registro de nascimento, dados para a saúde pública.

Uma das vias de certidão de nascimento fica no arquivo do hospital, outra é entregue à mãe da criança, para apresentar ao cartório na hora de efetuar o registro e a terceira via é recolhida pelo CIS\SSAP. No fim de cada mês, os cartórios enviam ao CIS\SSAP a via que a mãe entregou nesse estabelecimento.

Os técnicos do CIS\SSAP consideram que este sistema está funcionando bem, embora sintam falta de uma avaliação do trabalho que estão desenvolvendo. Um problema sentido é a falta de recursos, inviabilizando operações. Por exemplo: Não tem transporte para ir aos cartórios e aos hospitais, para instruir as pessoas que estão no sistema, quando surge algum problema, quanto ao preenchimento das certidões corretas.

Um fato considerado pelos técnicos como negativo é que ainda não houve avaliação do sistema, e que, em reuniões, já se faz propostas de mudança no mesmo.

Os tabeliões dos cartórios, que participam desse sistema afirmam que, desde que o sistema foi implantado, as crianças nascidas em hospitais, só são registradas mediante a declaração do nascimento, exceção feita às pessoas nascidas antes da implantação do sistema ou que não nasceram nos hospitais. Esses informantes não entendem o porquê desta duplicidade de serviços.

CARVALHO (1988 p.276)¹¹, em seu trabalho de mestrado, realizou entrevistas com alguns agentes institucionais de saúde da Grande Natal e afirmou: "O resultado da entrevista com os agentes institucionais da área da saúde da Grande Natal mostrou que planejamentos com o devido embasamento técnico-metodológico, parecem ser inexistentes. O pouco uso que é feito do diagnóstico de saúde e a pouca utilização dos dados disponíveis no Setor de Estatística SSAP, comprovam, de certa forma, tal afirmação".

4.3 Aspectos do saneamento observados no levantamento

Dos 463 domicílios, aos quais se aplicou os formulários, 7,56% não têm sanitário, não tendo as mínimas condições de higiene.

Entre as famílias das crianças não registradas, encontrou-se um percentual maior de residências sem sanitários.

A PESN demonstrou, em relação aos domicílios do Estado do R. G. N., que 20% destes não dispõem de nenhum tipo de sanitário e que, na capital, essa proporção corresponde a 1,4% RIO GRANDE DO NORTE (1990 p.51)⁴⁸.

Na PESN, também estudou-se a situação de Saúde das crianças do Estado do Rio Grande do Norte, em relação aos anos de 1981 a 1987, e se observou que a situação de pobreza das famílias com crianças menores de um ano ficou proporcionalmente maior em 1987, RIO GRANDE DO NORTE (1990 p.12)⁴⁸.

O resultado de 7,56% de domicílios de famílias com crianças menores de um ano sem sanitários, observados neste levantamento, reflete a necessidade de maiores cuidados para as famílias destas crianças, principalmente, em termos de assistência à referida criança.

4.4 Sugestões para a diminuição do sub-registro de nascimentos em Natal e para que esta informação sirva de subsídio no planejamento de saúde:

- Que se mantenha com condições de funcionamento o SINASC;
- Que se desenvolva, junto as pessoas dos cartórios, trabalho de educação, com a finalidade de fazê-las compreender a importância desses dados para o planejamento em saúde;

- Que se consiga dos cartórios informações dos nascimentos ocorridos fora do hospital;
- Que seja realizada uma avaliação do SINASC em Natal;
- Que o SINASC seja implantado em outros municípios do Estado do R.G.N;
- Que seja mais divulgado esse sistema entre os profissionais de saúde e repartições, para que se faça uso dessas informações.

5. - CONCLUSÕES

1 - As estimativas do sub-registro informado e confirmado foram de 11,66% e 17,93%. Espera-se que a proporção de sub-registro informado e confirmado estejam entre 8,74 e 14,58%, para o sub-registro informado e o sub-registro confirmado entre 14,44%

e 21,42%, o que é de se admitir interferência nos coeficientes usados em saúde pública, com reflexo na administração de programas infantis.

2 - Para as crianças registradas, observou-se que apenas 45,26 tiveram seus registros efetuados nos primeiros 15 dias e que 66,05% foram registradas nos primeiros 45 dias, apesar dos cartórios não serem longe e serem de fácil acesso.

3 - Dos nascimentos registrados, apenas 2,10% foram feitos após um ano. A grande maioria dos registros foi efetuada antes de um ano.

4 - A maior proporção de registros foi efetuado pelo pai, seguido da mãe e apenas uma pequena proporção por outra pessoa.

5 - Foi maior a proporção de crianças não registradas entre as que vieram a falecer com menos de um ano de vida, do que aquelas que permaneceram vivas.

6 - Pode-se afirmar que mães solteiras, de classe social mais baixa e que não realizam o pré-natal, tendem a não registrar a criança nascida viva.

7 - O percentual de crianças não registradas, nascidas nos hospitais, é de 97,59% .

8 - O percentual de partos hospitalares foi de 98,92% .

9 - As crianças de ambos os sexos recebem a mesma atenção, em relação ao ato de efetuar o registro de nascimento.

10 - O descuido, o custo elevado do registro e os problemas familiares foram os motivos apontados para a não realização do registro de nascimento.

11 - A Secretaria de Saúde do Município de Natal não utiliza, ainda, dados de nascimentos para a elaboração da programação e avaliação do Serviço Materno Infantil.

12 - Não se observou associação entre a idade da mãe da criança e o ato de registrar a criança.

13 - Não se encontrou associação entre o grau de escolaridade do chefe da família e o ato de registrar a criança nascida viva.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS *

- 1 - ALMEIDA, M.M.G. de. Sub-registro de nascimento em Salvador, BA. BA. (Brasil). R.Saúde Publ. São Paulo, v.13, p.208-219, 1979.
- 2 - ALMEIDA FILHO, Naomar de, ROUQUAYROL, Maria Zelia: Introdução à Epidemiologia Moderna Salvador: APCW Produtos do Conhecimento, ABRASCO, 1990.
- 3 - ALTMANN, Ana Maria Goldani, FERREIRA, Carlos Eugênio de C. Evolução do censo demográfico e registro civil como fontes de dados para análise da fecundidade e mortalidade no Brasil (dados coletados e estudos realizados) R. bras. Estat. Rio de Janeiro, v.40, n.160, p. 399-454, out/dez. 1979.
- 4 - ARAÚJO, Vania Maria Rodrigues Hermes de. Informação: Instrumento de dominação e de submissão. Ciência da Informação Brasilia, 1.20, n.1, p. 37-44, jan/jun. 1991.
- 5 - BALDIJÃO, Marcia Furquim de Almeida et als - Sistema de informações de nascimentos (SINASC) sua importância para o aprimoramento das estatísticas vitais. Campinas, 1990. 18 fl. Trabalho apresentado no 1 Congresso Brasileiro de Epidemiologia, na Oficina de Trabalho N 2.

*Normalizada de acordo com a ABNT-NBR-6023/89.

- 6 - BARBOSA, V. ESTUDO COMPARATIVO ENTRE ÓBITOS DE "FATO" E "DIREITO" NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. São Paulo, 1967.
Tese de livre docência, Faculdade de Saúde Pública, USP.
- 7 - BARROS, Fernando C. VICTORA, Cesar G. Epidemiologia da Saúde Infantil: um manual para diagnósticos comunitários. São Paulo: Hucitec, UNICEF, 1991. 176 p.
- 8 - BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: Bases de ação programática/Ministério da Saúde - Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p. (série B: Textos Básicos de Saúde, 6).
- 9 - _____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações básicas de Saúde. Sistema Nacional de Informações sobre Nascimentos, 1989. 10 p.
- 10 - _____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-infantil. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher Assistência pré-natal. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. p.13: assistência pré-natal.
- 11 - CARVALHO, M. C. de Um estudo das estatísticas da grande Natal referente ao período de 1979-1983 e sua utilização na administração e planejamento de saúde. Natal, 1988. Dissertação (mestrado) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, UFRN.

- 12 - CASSINELLI, R. R., OLIVEIRA. L. A. P. de Aproveitamento e melhoria das estatísticas vitais no Brasil. R. Bras. Estat. Rio de Janeiro, v. 41, n. 162, p. 171-199, 1980.
- 13 - CUSTODIO, I. Avaliação de Sistemas de informação um modelo para auxiliar na escolha de métodos e técnicas. R. de administração v.18, n4, p.6-17, 1983.
- 14 - DADOS gerais. Crianças e adolescentes Indicadores Sociais Rio de Janeiro, v.1, p.11-15, 1987.
- 15 - DRUCKER, P. F. - As novas realidades, no governo e na política, na economia e nas empresas, na sociedade e na visão do mundo. São Paulo . Livraria Pioneira, 1989. cap.14 p.177-188.
- 16 - FALTON,G. Intriduction to survey sampling series Quantitative Aplications in the Social Sciences Sage University Papers, USA, 1983. p.7 -35.
- 17 - FAYAD CAMEL, V. - Estadística medica y de salud publica. Venezuela. Ed. Universidade de los Andes,1970. p. 311-335.
- 18 - FORATTINE, O.P. Epidemiologias Geral. São Paulo, ed. artes médicas,1980 . pg. 71.
- 19 - FUNDAÇÃO IBGE Censo demográfico: dados gerais Rio Grande do Norte. Rio de Janeiro, 1982. v.1, t.1 (Recenseamento Geral do Brasil 1980, 9) p.23

- 20 - _____. Sinopse preliminar do censo demográfico. Rio de Janeiro, 1981. v.1, t.1 (Recenseamento geral do Brasil 1980, 9) p.15.
- 21 - KISIL, M. - Educacion rn administracion de Salud. Una Evaluacion del caso brasileiro. Bol. of. Sanit. Panam. v.99 n.3, p.266-285, 1985.
- 22 - KLINTOE, Kjeld . Interaçao entre empresas com necessidades de informaçao (= conhecimento) e a estrutura nacional de centros com provisao de conhecimento acumulado: referençia especial à estrutura nacional de serviços de informaçao, documentaçao e de biblioteca. Ci. Inf.Brasilia, 20 (1):jan/jun, 1991. p.55-57.
- 23 - LAURENTI, R. et al. Estatísticas de Saúde. São Paulo, EDUSP, 1985. Cap.2, p.5-8: Levantamento de dados.
- 24 - _____. p.9-37 : Populaçao, recenseamento e estimativas.
- 25 - _____. p.101-146 Proporçoes, coeficientes e índices mais usados em saude pública.
- 26 - _____. p.39-73 : Registros dos eventos vitais.
- 27 - LAURENTI,R. et al. - Sub-registro de nascimento de crianças falecidas com menos de um ano de idade.. Rev. Saúde publ; São Paulo v.5, p.237-42, 1971.

- 28 - LAURENTI, R. SILVEIRA, M.H. O registro dos fenômenos vitais e dos agravos a saúde relacionados com a população. IN: MARLET, J. M. et al. Saúde da Comunidade São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1978, p. 13-31.
- 29 - LEVY, M. S. F. Natureza e fonte dos dados demográficos. IN: SANTOS, J. L. F. (Org.). Dinâmica populacional teoria, métodos e técnicas de análise. São Paulo: T. A. Queiroz, 1980. p.86 - 102.
- 30 - LEVY, M.S. et al. - O registro de nascimento e sua importância no planejamento materno infantil. Rev. Saúde públ., São. Paulo v.5, p. 41-46, 1971.
- 31 - MALETA, C.H.M. Epidemiologia e Saúde Pública, São Paulo: Livraria Atheneu, 1988. p.80
- 32 - MARDONES, G. et al. Integridad del registro de nacimientos Cuad. Med. Soc; v.28 n.2, p.90-99, 1987.
- 33 - MARTIN, H. S. Planificación en salud y enfermedad . 4a ed. México. Ediciones científicas; La Prensa medica Mexicana, 1984.
- 34 - MELLO JORGE , M.H.P. de Sub-registro de nascimento e de óbitos: sua importância em estatísticas de saúde. Brasilia, 1982. Trabalho apresentado no grupo de Geografia da Saúde realizado em Brasilia, agosto, 1982.

- 35 - MORAES, N. L. de A. Estudo sobre a importância dos fatores que podem condicionar a deficiência dos registros de nascimentos Rev. Serv. S. públ., Rio de Janeiro, v.2, p. 397-432, 1949. 36 - MORTALIDADE infantil Criança e adolescentes Indicadores sociais. Rio de Janeiro, v.1. p.23-32, 1987.
- 37 - NAISBITT, John. Megatendência: as dez grandes transformações ocorrendo na sociedade moderna. São Paulo: Livros Abril, Circulo do Livro, 1983. p. 11-38: De uma sociedade industrial para uma sociedade de informação.
- 38 - NATAL. Prefeitura Municipal de Natal. Secretária Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção à Saúde. Programação para 1992. Natal, 1991. 10 fls.
- 39 - ____ . Relatório de avaliação das ações dos programas de saúde da mulher, da criança e do adolescente. Natal, 1991. 46 fls.
- 40 - NATALI, S. E. - Sistemas de información de natalidade y mortalidad en países de America Latina y del Caribe. Bol. Of. sanit. Panaman. v.1 n.96 p.45-56, 1984.
- 41 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbitos . São Paulo, 1985. v.1, p. 803-809: Definições e recomendações.

- 42 - PAIM, J. S. et al. Mortalidade infantil proporcional, Salvador, Bahia, Brasil. Bol. of. sanit. Panam v.103, n.2, p.113-122, 1987.
- 43 - PORTELA, Maria Helena de Resende Brito. Sub-registro de nascimentos vivos em Piripiri- Piauí - Brasil São Paulo, 1988. 68p Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, USP.
- 44 - PUFFER, R.R., SERRANO, C. V. Datos basicos esenciales sobre nascimientos y defunciones para la planificacion de saludy las estadisticas demograficas.Bol. de la ofic. sanit. panamericana. p.187-208, mar., 1974. .
- 45 - REGISTROS públicos: lei número 6.015 de 31 de dezembro de 1973. São Paulo, Atlas, 1986. v.8 78p. (Manuais da legislação Atlas, 8).
- 46 - RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria do Planejamento. Fundação Instituto de Desenvolvimento do Rio Grande do Norte. Componentes da dinâmica demográfica: fecundidade, mortalidade e migração. Natal, 1990. 83 p.
- 47 - RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria da Saúde Pública. Centro de Informações de Saúde. Estatísticas vitais do município de Natal: 1979 a 1987. Natal,, 1991. 43 fls.
- 48 - ----- . Secretaria de Saúde Pública. UNICEF. Situação da criança no Rio Grende do Norte. Natal, 1990.

- 49 - RIO GRANDE DO SUL . Secretaria de Estado da Saúde. Sub-registro de nascimento e óbitos. Porto Alegre, 1976.
- 50 - ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia e saúde. Fortaleza: Ed. UNIFOR, 1983. p.23 -25.
- 51 - SCORZELLI JR., A. Coleta de dados vitais em pequenas localidades.Rev. Serv. S. publ.,Rio de Janeiro, v.1 p. 397-432, 1947.
- 52 - SILVEIRA, M. H., LAURENTI, R. Os eventos vitais: aspectos de seus registros e interrelações com a legislação vigente com a estatística de saúde. R. Saúde Publ. São Paulo, v.7 p.37-50, 1973.
- 53 - SILVEIRA, M. H. , SOBOLL, M. L. Sub-registro de nascimento: aspectos educativos visando a sua diminuição. R. Saúde Publ. São Paulo, v.7, p.151-160, 1973.
- 54 - SITUAÇÃO Educacional. Crianças e adolescentes. Indicadores Sociais.Rio de Janeiro, v.1 p.33-42, 1987.
- 55 - SWAROOP, P. S. Estadística sanitaria . Mexico: Fondo Cultura Economico, 1964.
- 56 - TINÔCO,A. da F., CAMPOS, J. Q. Planejamento e administração de saúde. Brasilia: Senado Federal Centro Gráfica, 1984.
- 57 - VICTORA,C.G.et al Epidemiologia da desigualdade.São Paulo: HUCITEC, 1989. p.72-85: mortalidade infantil.

A N E X O S

CLASSIFICAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

A partir de 1979, para a classificação sócio-econômica dos entrevistados, usou-se o critério ABA/ABIPEME. Este critério está baseado na soma de pontos, conforme segue:

A) <u>INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA</u>	PONTOS
Analfabeto/Primário incompleto	0
Primário completo/Ginasial incompleto	1
Ginasial completo/Colegial incompleto	3
Colegial completo/Superior incompleto	5
Superior completo	10

B) ITENS DE CONFORTO FAMILIAR

ITEM	NÃO TEM	1	2	3	4	5	6 OU MAIS
TELEVISOR	0	2	4	6	8	10	12
RADIO	0	1	2	3	4	5	6
BANHEIRO	0	2	4	6	8	10	12
AUTOMÓVEL	0	4	8	12	16	16	16
EMPREGADA	0	6	12	18	24	24	24
ASPIRADOR DE PÓ	0	5	5	5	5	5	5
MÁQUINA DE LAVAR ROUPA	0	2	2	2	2	2	2

OS PONTOS ESTÃO NO CORPO DA TABELA ACIMA.

0 - 4 = E = 5

A = 35 e +

5 - 9 = D = 4

B = 21 a 34

10 - 20 = C = 3

C = 10 a 20

21 - 34 = B = 2

D = \

35 e + = A = 1

E = /

----> 0 a 9

DISTRIBUIÇÃO DOS DOMICILIOS POR DISTRITO E SETOR

DISTRITO	SETOR	NUMERO DOMICILIOS	ACUMULADO
Cidade Alta	1	153	153
	5	223	376
	[7]	[217]	[593] [419,21]
	9	206	799
	10	177	976
	12	158	1.134
	13	222	1.356
	15	249	1.605
	16	237	1.842
	17	237	2.079
Ribeira	18	52	2.262
	20	131	
	21	258	2.520
Rocas	22	276	2.796
	23	240	3.036
	[24]	[186]	[3.222] [3.154]
	25	130	3.352
	26	196	3.548
	27	280	3.828
	28	244	4.072
	29	291	4.363
	30	306	4.669
	31	276	4.945
	32	293	5.238
	Santos Reis	33	123
34		164	5.525
35		246	5.771
[37]		[237]	[6.008] [5.889]
38		249	6.257
39		266	6.523
40		160	6.683
Praia do Meio	41	190	6.873
	43	295	7.168
	44	178	7.346
Areia Preta	45	102	7.448
	46	195	7.643
	48	207	7.850
	49	111	7.961
	50	194	8.155

DISTRITO	SETOR	NÚMERO DOMICÍLIOS	ACUMULADO	
Mãe Luiza	51	326	8.481	
	[52]	[185]	[8.666]	[8.624]
	53	235	8.901	
	54	248	9.149	
	55	272	9.421	
	56	302	9.723	
	57	307	10.030	
	58	309	10.339	
	59	310	10.649	
	60	259	10.908	
Petrópolis	61	229	11.137	
	[64]	[337]	[11.474]	[11.359]
	67	230	11.704	
	68	320	12.024	
	69	222	12.246	
	70	162	12.408	
Tirol	71	201	12.609	
	72	167	12.776	
	73	215	12.991	
	75	237	13.228	
	76	202	13.430	
	77	208	13.638	
	78	293	13.931	
	[83]	[261]	[14.192]	[14.094]
	86	240	14.432	
	87	191	14.623	
	88	203	14.830	
	89	268	15.098	
	93	200	15.298	
Lagoa Seca	96	271	15.569	15.466
	97	232	15.801	
	99	206	16.007	
	100	276	16.283	
	101	242	16.525	
	[102]	[310]	[16.835]	[16.829]
	103	232	17.067	
	104	275	17.342	
	105	164	17.506	
	106	215	17.721	
	108	275	17.996	
	109	252	18.248	
	110	327	18.575	

DISTRITO	SETOR	NÚMERO DOMICÍLIOS	ACUMULADO	
Alecrim	111	301	18.876	
	112	243	19.119	
	113	220	19.339	
	114	219	19.558	
	[115]	[219]	[19.777]	[19.564]
	116	205	19.982	
	117	219	20.201	
	118	253	20.454	
	119	227	20.681	
	120	325	20.006	
	121	281	21.287	
	122	226	21.513	
	123	186	21.699	
	124	238	21.937	
	125	277	22.214	
	[126]	[321]	[22.535]	[22.229]
	127	231	22.766	
	128	283	23.049	
	129	321	23.370	
	130	223	23.643	
	131	233	23.866	
	132	233	24.099	
	133	277	24.376	
	134	207	24.583	
	135	182	24.765	
	136	239	25.004	
	[137]	[245]	[25.249]	[25.034]
	138	175	25.424	
	139	197	25.621	
	140	149	25.770	
	142	220	25.990	
	143	183	26.173	
	144	129	26.302	
	145	198	26.500	
146	244	26.744		
147	222	26.966		
149	226	27.192		
150	154	27.346		
151	152	27.498		
152	208	27.706		
[153]	[277]	[27.983]	[27.769]	
154	152	28.135		
156	216	28.351		
157	312	28.663		
158	222	28.885		

DISTRITO	SETOR	NÚMERO DOMICÍLIOS	ACUMULADO	
Lagoa Nova	159	278	29.163	
	160	310	29.473	
	161	193	29.666	
	162	187	29.853	
	163	161	30.014	
	164	343	30.357	
	[165]	[223]	[30.580]	[30.504]
	166	229	30.809	
	167	205	31.014	
	168	257	31.271	
	169	245	31.516	
	170	282	31.798	
	171	290	32.088	
	172	181	32.269	
	173	180	32.449	
	174	233	32.682	
	175	284	32.966	
	176	224	33.190	
	[177]	[261]	[33.451]	[33.239]
	179	297	33.748	
	180	261	34.009	
	181	248	34.257	
	182	142	34.399	
	183	265	34.664	
	184	273	34.937	
	185	175	35.112	
	186	314	35.426	
	187	309	35.735	
	188	83	35.918	
	189	100		
	[190]	[149]	[36.067]	[35.974]
	191	191	36.258	
192	177	36.435		
193	182	36.617		
Nova Descoberta	194	251	36.868	
	195	201	37.069	
	196	207	37.276	
	197	178	37.454	
	198	178	37.632	
	199	196	37.828	
	200	173	38.001	
	201	191	38.192	
	202	160	38.352	
	204	322	38.674	
	[205]	[217]	[38.891]	[38.709]
	206	183	39.074	

DISTRITO	SETOR	NÚMERO DOMICÍLIOS	ACUMULADO	
Parque Das Dunas	207	97	39.266	
	208	95		
Capim Macio	209	215	39.481	
	211	265	39.746	
Ponta Negra	212	242	39.988	
	213	255	40.243	
	214	284	40.527	
	215	182	40.709	
	216	186	40.946	
	217	51		
	218	277	41.223	
	[219]	[276]	[41.499]	[41.444]
	220	266	41.765	
	221	256	42.021	
	222	156	42.177	
Neópolis	223	182	42.359	
	224	188	42.547	
	225	211	42.758	
	226	235	42.993	
	227	278	43.271	
	228	307	43.578	
	229	295	43.873	
	230	302	44.175	
	[231]	[280]	[44.455]	[44.174]
	232	333	44.788	
233	300	45.088		
Pitimbu	234	234	45.379	
	235	57		
Candelária	236	286	45.665	
	237	280	45.945	
	238	324	46.269	
	239	286	46.555	
	240	138	46.693	
	[241]	[274]	[46.967]	[46.914]
	242	275	47.242	
	243	338	47.580	
244	300	47.880		

DISTRITO	SETOR	NÚMERO DOMICÍLIOS	ACUMULADO	
Cidade Da Esperança	245	261	48.141	
	246	256	48.397	
	247	226	48.623	
	248	223	48.846	
	249	250	49.096	
	250	203	49.299	
	251	255	49.554	
	[252]	[265]	[49.819]	[49.649]
	253	229	50.048	
	254	228	50.276	
	255	201	50.477	
	256	226	50.703	
	257	260	50.963	
258	284	51.247		
Cidade Nova	260	298	51.545	
	261	112	51.657	
	262	322	51.979	
	263	291	52.270	
Guarapes	[265]	[241]	[52.577]	[52.834]
	[266]	[66]		
Felipe Camarão	267	324	52.901	
	269	298	53.199	
	270	316	53.515	
	271	296	53.811	
	272	204	54.015	
	273	220	54.235	
	274	322	54.826	
275	269	54.826		

DISTRITO	SETOR	NÚMERO DOMICÍLIOS	ACUMULADO
Dix-Sept Rosado	276	251	55.077
	[277]	[230]	[55.307] [55.119]
	278	262	55.569
	279	272	55.841
	280	154	55.995
	281	315	56.310
	282	307	56.617-
	283	254	56.871
	284	347	57.218
	285	278	57.496
	286	186	57.682
	[287]	[212]	[57.894] [57.854]
	288	301	58.195
	289	282	58.477
	290	236	58.713
	291	185	58.898
	292	198	59.098
	293	220	59.316
	294	179	59.495
	295	276	59.771
	296	294	60.065
	297	252	60.317
	298	290	60.607
	[299]	[313]	[60.920] [60.589]
	300	315	61.235
	301	191	61.426

DISTRITO	SETOR	NÚMERO DOMICÍLIOS	ACUMULADO	
Quintas	302	237	61.739	
	303	76		
	304	293	62.032	
	305	277	62.309	
	306	277	62.586	
	308	274	62.860	
	310	246	63.106-	
	[311]	[327]	63.433]	[63.324]
	312	315	63.748	
	313	192	63.940	
	314	227	64.167	
	316	302	64.469	
	318	153	64.622	
	319	136	64.758	
	320	289	65.047	
	321	176	65.223	
	322	202	65.425	
	323	190	65.615	
	324	192	65.807	
	325	75	66.040	
	326	158		
	[327]	[292]	[66.332]	[66.059]
	328	280	66.612	
	330	295	66.907	
	331	330	67.237	
	332	311	67.548	
	333	235	67.783	
	334	312	68.095	
	335	174	68.269	
	336	155	68.424	
	337	261	68.685	
	[338]	[300]	[68.985]	[68.794]
	339	90	69.199	
Bom Pastor	341	124	69.199	
	342	214	69.413	
	343	204	69.617	
	344	277	69.894	
	345	312	70.206	
	346	229	70.435	
	347	180	70.615	
	348	244	70.859	
	349	263	71.122	
	350	239	71.361	
	351	129	71.490	

DISTRITO	SETOR	NÚMERO DOMICÍLIOS	ACUMULADO	
Nordeste	[352]	[323]	[71.813]	[71.529]
	353	58	72.065	
	354	194		
	355	235	72.300	
	356	210	72.510	
	357	287	72.797	
	358	152	72.949	
	359	313	73.262	
	360	221	73.483	
	361	229	73.712	
Igapó	362	225	73.937	
	363	242	74.179	
	[364]	[315]	[74.494]	[74.264]
	365	318	74.812	
	366	310	75.122	
	367	299	75.421	
	368	276	75.697	
	369	297	75.994	
370	78	76.154		
Potengi	371	82	76.154	
	373	331	76.485	
	375	109	76.594	
	376	282	76.876	
	[377]	[99]	[77.243]	[77.999]
	[378]	[268]		
	379	292	77.535	
	380	60	77.758	
	381	118	77.776	
	382	63		
	383	218	77.994	
	384	186	78.180	
	385	290	78.470	
	386	320	78.790	
	387	244	79.034	
	388	167	79.201	
	389	297	79.498	
[390]	[298]	[79.796]	[79.734]	
391	312	80.108		
392	272	80.380		
393	289	80.669		
394	325	80.994		
N.S.	395	25	81.184	
Apresentação				
Passagem Da Vila	396	37	81.184	

DISTRITO	SETOR	NÚMERO DOMICÍLIOS	ACUMULADO
Salinas	397	11	81.184
Lagoa Azul	398	56	81.184
Pajuçara	399	61	81.184
Redinha	400	251	81.435
	401	296	81.731
	402	331	82.079
	403	17	

$$K = \frac{82.079}{30} = 2.735,9667$$

$$i = 419,21$$

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA E NUTRIÇÃO

INSTRUÇÃO AOS ENTREVISTADORES

- 1º) Deixar claro que a meta do projeto é a elaboração da tese de doutoramento.
- 2º) Os professores e pessoas que participam do projeto, já durante o estudo "piloto". Mostrar as mudanças que se fizeram necessárias no projeto.
- 3º) Ler com os supervisores e entrevistadores o instrumento de pesquisa (anexos 5 e 6). Demonstrar a necessidade de sua aplicação a algumas pessoas, antes de sua aplicação definitiva para testá-lo.
- 4º) Quando está escrito em letras maiúsculas PARA USO DO ENTREVISTADOR, significa que não deve ser lido para o entrevistado. Outras instruções também em letras maiúsculas não devem ser lidas para o entrevistado.
- 5º) Às perguntas serão feitas a uma pessoa adulta, de preferência a mãe da criança.

- 6º) Os formulários só devem ser aplicados em casas com crianças nascidas em 1987.
- 7º) Não esquecer de anotar o endereço da casa onde foi realizada a entrevista no início do formulário. Assinar e colocar a data.
- 8º) Mostrar os mapas e locais escolhidos, deixar claro que a amostra pode ser maior, porém não pode ser menor.
- 9º) Se o domicílio estiver fechado, retornar pelo menos duas vezes em horários diferentes, tentando realizar a entrevista.
- 10º) O superior estará à disposição, e a ele caberá re-entrevistar as pessoas sorteadas para a nova entrevista.
- 11º) No final da entrevista deve ser feito um agradecimento ao entrevistado, deixando claro que foram valiosas as informações que ele prestou e espera que ele tenha achado interessante a entrevista.
- 12º) Retornar aos mapas e quarteirões onde serão aplicados os questionários, e juntamente com o ANEXO (INSTRUÇÕES PARA O PERCURSO) verificar como vai percorrer os domicílios.
- 13º) Finalmente; lembre-se sempre de que se a entrevista não for honesta e competente, esta pesquisa não terá nenhum valor.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA E NUTRIÇÃO

INSTRUÇÕES PARA O PERCURSO

- 1º) Numerar os quarteirões da área.
- 2º) Assinalar a esquina esquerda. Este ponto marcará o início e o sentido (sentido horário) do percurso de um quarteirão.

Nota: Ao percorrer um quarteirão no sentido horário, as casas deste quarteirão, nessa caminhada, ficarão sempre à direita de quem percorre.

- 3º) Se no quarteirão houver uma vila, entrar na mesma, e percorrê-la, mantendo sempre as casas à direita.
- 4º) Se no quarteirão houver um prédio de apartamentos, percorrer os andares, como se estivesse percorrendo uma vila, isto, saindo do elevador ou tendo terminado de subir pela escada, percorrer o andar sempre mantendo os apartamentos à direita.

NOTA: Não esquecer do domicílio do zelador.

- 5º) Se um sobrado tiver domicílio distintos proceder como no caso de prédio de apartamentos.
- 6º) Numa casa de cômodos (ou cortiço) proceder como no caso de vilas e prédios de apartamentos, com a diferença que, em lugar de apartamentos teremos quarto ou sala onde reside uma família.
- 7º) No terreno de um lote, onde haja a casa da frente e várias nos fundos, proceder como caso de vilas.
- 8º) Hotéis, pensões, pensionatos, repúblicas de estudantes. Verificar se o dono, administrador, guarda ou zelador reside no estabelecimento ou se há hóspede ou pensionista permanente. Neste caso, cada quarto é um "domicílio".

OBSERVAÇÕES:

1. Ao percorrer os quarteirões pesquisar a existência de muitos domicílio que não são percebidos com facilidade, tais como:
 - a) domicílio que ficam atrás daqueles cujas janelas dão para a rua, ou seja, domicílios nos fundos do terreno. Uma forma de verificar a existência de outros domicílios além do que é visível, consiste em observar: campainhas, caixas de cartas, entradas separadas. Quando for necessário, deve-se perguntar.

- b) domicílios existentes na mesma estrutura (imóvel, casa, prédio, sobrado) onde funcionam escritórios, casas de comércio, indústrias, fábricas, oficinas, bombas de gasolina, etc... Portanto, ao passar por estabelecimentos como esses, pesquisar a existência de domicílios.
- c) domicílios em escolas, igrejas, templos (que seriam os domicílios do guarda, zelador, etc ...).
- d) hospitais, sanatórios, casas de repouso, verificar a existência de domicílios. Não considerar os quartos dos internados.
- e) pesquisar se há pessoas residentes em casas de construção, barraca, automóveis, etc ...

RAPPORT

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA E NUTRIÇÃO -

O SUB-REGISTRO DE NASCIMENTOS DE MENORES DE UM ANO E OS
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DO PROBLEMA.

Bom dia/Boa tarde

Sou da Universidade, da área da saúde e estou participando de um estudo sobre nascimentos e óbitos. Você é uma das pessoas com quem eu gostaria de conversar sobre o assunto.

Este é um trabalho científico e todas as respostas dadas ficarão somente entre nós. Antes de começar eu gostaria de saber se você deseja fazer alguma pergunta. (Aguardar).

Podemos começar?

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA E NUTRIÇÃO

FORMULÁRIO 1 - CONFIDENCIAL

Causas determinantes do sub-registro de nascimento e os aspectos administrativos do problema.

PARA USO DO ENTREVISTADOR

O ÍTEM 1 DESTES FORMULÁRIO DEVE SER PREENCHIDO DA ABORDAGEM AO DOMICÍLIO DA ENTREVISTA

[] 1. FORMULÁRIO Nº _____

[] 2. SETOR: _____

[] 3. QUARTEIRÃO: _____

ENDEREÇO: _____

[] 4. No ano de 1987, ocorreu algum nascimento de criança nesta família?

01. Sim, ocorreu nascimento

02. Não ocorreu nascimento

[] 5. Essa criança nasceu em Natal, sim ou não?

01. Sim _____

02. Não _____ (ENCERRE A ENTREVISTA)

caso respondeu sim a questão 5

[] 6. Qual o mês do nascimento desta criança?

01) Janeiro 05) Maio 09) Setembro

02) Fevereiro 06) Junho 10) Outubro

03) Março 07) Julho 11) Novembro

04) Abril 08) Agosto 12) Dezembro

CASO RESPONDEU SIM NA QUESTÃO 5

[] 7. Qual o dia?

01) 1ª 06) 6ª 11) 11ª 16) 16ª 21) 21ª 26) 26ª

02) 2ª 07) 7ª 12) 12ª 17) 17ª 22) 22ª 27) 27ª

03) 3ª 09) 9ª 14) 14ª 19) 19ª 24) 24ª 29) 29ª

05) 5ª 10) 10ª 15) 15ª 20) 20ª 25) 25ª 30) 30ª

| PARA USO DO ENTREVISTADOR |
| SE OCORREU O EVENTO E NÃO FOI REALIZADO A ENTREVISTA, |
INDICAR A CAUSA

A) Causas da não realização da entrevista:

. Fechada a casa _____

. Recusa _____

. Casa desocupada _____

. Outros motivos _____

B) Número de vezes que voltou ao domicílio na tentativa de obter a entrevista.

_____ vezes

Data ___/___/___

Assinatura _____

[] 8. Essa criança continua viva, sim ou não?

01) Sim (CONTINUAR A ENTREVISTA COM O FORMULÁRIO 1)

02) Não (FAZER A ENTREVISTA COM OS FORMULÁRIOS 1 E 2)

[] 9. Essa criança que nasceu em 1987 era menino ou menina?

01) Menino

02) Menina

[] 10. A criança foi registrada, sim ou não?

01) Sim

02) Não (PASSE A q.21)

03) Não sabe (PASSE A q.21)

CASO RESPONDEU SIM NA QUESTÃO 10

[] 11. Seria possível mostrar a certidão de nascimento dessa criança, sim ou não?

01) Sim

02) Não (PASSE A QUESTÃO q.18)

OBS: _____

<p>PARA USO DO ENTREVISTADOR</p> <p>SE APRESENTOU A CERTIDÃO DO NASCIMENTO, ASSINALE COM UM "X" _____</p> <p>CASO TENHA APRESENTADO A CERTIDÃO DO NASCIMENTO ANOTE: A DATA DE NASCIMENTO, PERÍODO DO REGISTRO, ONDE FOI REALIZADO O REGISTRO, QUEM FEZ O REGISTRO E O CARTÓRIO. SE NÃO APRESENTAR O REGISTRO CONTINUE A ENTREVISTA.</p>

[] 12. Dia de nascimento:

- | | | | | | |
|--------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 01) 1ª | 06) 6ª | 11) 11ª | 16) 16ª | 21) 21ª | 26) 26ª |
| 02) 2ª | 07) 7ª | 12) 12ª | 17) 17ª | 22) 22ª | 27) 27ª |
| 03) 3ª | 09) 9ª | 14) 14ª | 19) 19ª | 24) 24ª | 29) 29ª |
| 05) 5ª | 10) 10ª | 15) 15ª | 20) 20ª | 25) 25ª | 30) 30ª |
| | | | | | 31) 31ª |

[] 13. O mês.

- | | | |
|---------------|------------|--------------|
| 01) Janeiro | 05) Maio | 09) Setembro |
| 02) Fevereiro | 06) Junho | 10) Outubro |
| 03) Março | 07) julho | 11) Novembro |
| 04) Abril | 08) Agosto | 12) Dezembro |

[] 14. O ano.

- 01) 1986 (ENCERRE A ENTREVISTA)
- 02) 1987 (CONTINUE A ENTREVISTA)
- 03) 1988 (ENCERRE A ENTREVISTA)

[] 15. Pessoa que registrou a criança.

- | | |
|-----------|------------------|
| 01) O pai | 03) Outra pessoa |
| 02) A mãe | 04) Quem? _____ |

[] 16. Com quantos dias após o nascimento a criança foi registrada?

- 01) 0 |-----| 15 dias
- 02) 16 |-----| 45 dias
- 03) 46 |-----| 60 dias
- 04) 61 |-----| 365 dias

[] 17. Cartório:

- 01) REDINHA
- 02) ALECRIM
- 03) RIBEIRA
- 04) IGAPÓ
- 05) CARTÓRIO DE OUTRA CIDADE
- (PASSE A q.22)

|-----|
CASO RESPONDEU NÃO NA QUESTÃO 11

[] 18. Quem registrou a criança, o pai, a mãe, ou outra pessoa?

- 01) Pai
- 02) Mãe
- 03) Outra pessoa

[] 19. Com quantos dias após o nascimento a criança foi registrada?

- 01) 0 |-----| 15 dias
- 02) 16 |-----| 45 dias
- 03) 46 |-----| 60 dias
- 04) 61 |-----| 365 dias
- 05) Mais de um ano
- 06) Não sabe

[] 20. Em que cartório a criança foi registra?

- 01) REDINHA
- 02) ALECRIM
- 03) RIBEIRA
- 04) IGAPÓ
- 05) CARTÓRIO DE OUTRA CIDADE
- 06) NÃO SABE

(PASSE A q.22)

[] 21. Houve algum motivo para não registrar esta criança? E.C.A.

Qual(is) o(s) principal(is) motivo(s)?

01) O registro é caro _____

02) O cartório fica longe _____

03) Não tem tempo _____

04) Não há necessidade do registro

05) Descuido _____

06) Outro motivo. Qual? _____

[] 22. Na sua opinião é importante registrar uma criança que nasce,
sim ou não? Porque?

01) Sim

02) Não

Porque _____

PARA USO DO ENTREVISTADOR

LEIA PARA O ENTREVISTADO: O REGISTRO DE NASCIMENTO É IMPORTANTE
NO SETOR SAÚDE PORQUE AJUDA O TRABALHO DE VACINAÇÃO E ATENDIMENTO
DAS CRIANÇAS.

[] 23. Admitindo-se que o registro de nascimnto seja importante, na sua opinião, o que deveria ser feito para que todas as pessoas registrassem os seus filhos?

01) Ter cartório perto _____

02) Baratear o custo _____

03) O registro deveria ser gratuito _____

04) Outro motivo. Qual _____

[] 24. A Sra. (ou a mãe dessa criança) fez pré-natal, sim ou não?

E.C.A.

01) sim

02) Não (PASSE A q.26)

Local _____

CASO RESPONDEU SIM NA QUESTÃO 24

[] 25. Quantas vezes a Sra. (ou a mãe da criança) foi ao médico no pré-natal?

01) Nenhuma consulta

02) Uma consulta

03) 2 |-----| 5 vezes

04) 6 e mais vezes

[] 26. A criança nasceu no hospital, em casa ou outro local?

01) Hospital

02) Em casa

03) Outro local. Qual _____

[] 27. Depois que a criança nasceu a Sra. (ou mãe) costumava levá-la
ao médico, sim ou não? E.C.A. Onde?

01) Sim

02) Não (PASSE A q.29)

03) Não sabe (PASSE A q.29)

Local _____

-----|
CASO RESPONDEU SIM NA QUESTÃO 27

[] 28. A Sra. sabe informar quantas vezes essa criança foi ao médico
para consulta no primeiro ano de vida?

01) Nenhuma consulta

02) Uma consulta

03) 2 |-----| 5

04) 6 e mais vezes

-----|
| PARA USO DO ENTREVISTADOR |
| LEIA PARA O ENTREVISTADO: AS PERGUNTAS SEGUINTE SE RELACIONAM |
| Á INFORMAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA DAS CRIANÇAS QUE ESTÃO INCLUÍDAS NA |
PESQUISA

[] 29. Qual a idade da mãe da criança?

01) Até 18 anos

02) De 19 |-----| 25 anos

03) De 26 |-----| 35 anos

04) Mais de 35 anos

[] 30. A mãe da criança é casada, solteira, separada, viúva ou vive com companheiro?

01) Casada

02) Solteira

03) Separada

04) Viúva

05) Vivendo com companheiro

06) Outros _____

PARA USO DO ENTREVISTADOR

LEIA PARA O ENTREVISTADO: VOU FAZER UMA PERGUNTA RELACIONADA

COM O CHEFE (RESPONSÁVEL, PELA MANUTENÇÃO) DA FAMÍLIA

[] 31. Qual o grau de instrução do chefe da família?

- 01) Analfabeto _____
- 02) Primário incompleto (ou 1º grau; 1ª, 2ª e 3ª)
- 03) Primário completo (ou 1º grau; até a 4ª)
- 04) Ginásial incompleto (ou 1º grau; 5ª, 6ª e 7ª)
- 05) Ginásial completo (ou 1º grau; até a 8ª)
- 06) Colegial incompleto (ou 2º grau; 1ª e 2ª)
- 07) Colegial completo (ou 2º grau; até a 3ª)
- 08) Superior incompleto _____
- 09) Superior completo _____
- 10) Não sabe

PARA USO DO ENTREVISTADOR

LEIA PARA O ENTREVISTADO: VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS RELACIONADAS COM APARELHOS QUE A FAMÍLIA POSSUI, CÔMODOS DA CASA E PESSOAS QUE TRABALHAM NA CASA, E GOSTARIA QUE A SRA. (OU O SR) RESPONDESSE SE TEM E QUANTOS TEM:

[] 32. Na casa onde residem tem televisor?

- 01) Tem 1
- 02) Tem 2
- 03) Tem 3
- 04) Tem 4
- 05) Tem 5
- 06) Tem mais de 5
- 07) Não tem

[] 33. Tem rádio?

- | | |
|-----------|-------------------|
| 01) Tem 1 | 04) Tem 4 |
| 02) Tem 2 | 05) Tem 5 |
| 03) Tem 3 | 06) Tem mais de 5 |
| | 07) Não tem |

[] 34. Na casa tem banheiro?

- | | |
|-----------|-------------------|
| 01) Tem 1 | 05) Tem 5 |
| 02) Tem 2 | 06) Tem mais de 5 |
| 03) Tem 3 | 07) Não tem |
| 04) Tem 4 | |

[] 35. Tem automóvel?

- | | |
|-----------|-------------------|
| 01) Tem 1 | 05) Tem 5 |
| 02) Tem 2 | 06) Tem mais de 5 |
| 03) Tem 3 | 07) Não tem |
| 04) Tem 4 | |

[] 36. Tem empregados?

- | | |
|-----------|-------------------|
| 01) Tem 1 | 05) Tem 5 |
| 02) Tem 2 | 06) Tem mais de 5 |
| 03) Tem 3 | 07) Não tem |
| 04) Tem 4 | |

[] 37. Tem aspirador de pó?

- | | |
|-----------|-------------------|
| 01) Tem 1 | 05) Tem 5 |
| 02) Tem 2 | 06) Tem mais de 5 |
| 03) Tem 3 | 07) Não tem |
| 04) Tem 4 | |

[] 38. Tem máquina de lavar (ou tem lavadeira)

01) Tem 1

02) Tem 2

03) Tem 3

04) Tem 4

05) Tem 5

06) Tem mais de 5

07) Tem lavadeira

08) Não tem