

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA**

**APLICAÇÕES DA EPIDEMIOLOGIA AO SERVIÇO DE SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE ICAPUI - CEARÁ**

ARMANDO DE NEGRI FILHO

**ORIENTADOR: LUIZ AUGUSTO FACCHINI
CO-ORIENTADORA: ELAINE TOMASI**

PELOTAS - 1994

ÍNDICE

Agradecimentos

Projeto de pesquisa

Relatório do trabalho de campo

Artigo I: A multimortalidade de crianças no município de Icapuí - CE: suas características e determinantes

Artigo II: O déficit de altura para idade: um exercício de integração da epidemiologia e do planejamento aos serviços de saúde

Anexos

AGRADECIMENTOS

Aos companheiros de Icapuí-Ceará,
em especial Ivana e Odorico,
pela cooperação e paciência,
esperando lhes ser útil.

À companheira Elaine
pelo apoio insubstituível.

Ao companheiro Facchini
pela dúvida desafiante.

À companheira Amparo
pela crença incondicional.

Às minhas queridas,
Amanda e Luisa,
Rafaela e Clarice,
pelo tempo perdido
de suas companhias,
tempo que andarei sempre a buscar,
certo de não mais encontrar.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE ICAPUÍ - CEARÁ

PROJETO DE PESQUISA

Armando de Negri Filho

1991

I. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos temos visto a consolidação do conceito de municipalização dos serviços de saúde como um dos eixos de sustentação de um Sistema Nacional de Saúde. A municipalização se baseia em uma nova estrutura gerencial e política onde cada município planeja e executa suas ações de saúde. Os Sistemas Locais de Saúde - SILOS representam a concretização dessas diretrizes. É compreensível, portanto, que se busque a criação de sistemas de informação com base municipal ou distrital (nas grandes cidades), tentando integrar as informações do estado de saúde da população com as intervenções planejadas pelos serviços.

Estamos ainda engatinhando nessa integração, sobretudo pela dicotomia epidemiologia - serviços de saúde, que na maioria dos casos ainda habitam níveis distintos e distanciados na estrutura das políticas de saúde.

O Sistemas Locais, seja em municípios de pequeno porte ou em distritos das médias e grandes cidades, permitem o pleno exercício de um sistema de informações integrado à dinâmica dos serviços. No entanto, ao se submeterem à pressão da demanda espontânea, os serviços tendem à repetição interminável de um fazer curativo - paliativo, cíclico e desconhecedor da totalidade e causalidade dos problemas de saúde.

Em Icapuí - Ceará, município de pequeno porte, litorâneo, fronteiriço com o Rio Grande do Norte, decidimos implantar a dispensarização de toda a população (15.000 hab) com o objetivo de qualificar, planejando, as ações de saúde, reduzindo a demanda espontânea e qualificando as próprias demandas populares frente aos SILOS.

Para tanto decidimos fazer uma extensa pesquisa epidemiológica, a qual pretende abarcar toda a população, mas que no presente projeto abarca a população de zero a seis anos incompletos (população infantil e pré-escolar). Este grupo será analisado em todas as suas características e necessidades em saúde, propondo-se a combinação dos critérios de risco individual com o de risco coletivo para efeito de planejamento e intervenção consistentes.

O diagnóstico da morbimortalidade aqui proposto terá reflexos imediatos na atuação dos serviços, afirmando a intenção deste estudo de ser propiciador de intervenção, fazendo um exercício científico de fato útil em sua aplicação.

II. JUSTIFICATIVA

A necessidade de um diagnóstico de saúde infantil no município de Icapuí é reflexo da decisão política de qualificar os serviços de saúde. A ampliação da rede básica, a maior oferta de consultas, a organização da referência, o programa de agentes de saúde, têm se revelado insuficientes para evitar que os serviços sejam tomados por problemas já instalados, executando ainda escassas ações de caráter preventivo mais qualificado (com exceção da vacinação e das consultas pré-natais).

Conhecer os detalhes da saúde infantil em Icapuí, através da visita domiciliar a todas as crianças de zero a seis anos incompletos do município, será tarefa relevante para o futuro do SILOS-Icapuí. O inquérito domiciliar, um estudo transversal, será o procedimento de entrada para compor uma coorte aberta que em suas sucessivas observações permitirá o monitoramento das intervenções realizadas desde o final deste estudo.

A escolha desta faixa etária, em primeiro lugar, se justifica pelo peso desse grupo na mortalidade do município (16 mortes em um total de 41 em 1990) e pelos anos potenciais de vida perdidos, os quais refletem o impacto social das mortes infantis, quase sempre evitáveis com a estrutura de serviços já instalada em Icapuí.

Questões polêmicas da saúde infantil, como aquelas relacionadas à desnutrição,

tempo de amamentação X crescimento e desenvolvimento, controle das doenças infecciosas e uso dos serviços de saúde, serão melhor compreendidas a partir deste estudo epidemiológico, sem dispensar o uso de métodos qualitativos para investigar alguns tópicos especiais relacionados.

O essencial deste projeto é investigar a sobredeterminação do conceito classe social sobre as outras variáveis analisadas, sobretudo em uma realidade onde os limites de classe são algo difusos e exigem outros indicadores para permitir a análise. Será interessante ver qual o potencial e os limites da ação e impacto dos serviços sobre a saúde infantil, para identificarmos qual a parcela da promoção da saúde que segue e seguirá dependendo da realidade sócio-econômica.

Finalmente cabe destacar que, ao adotar o critério de diagnóstico da população total em lugar do sistema por amostras, estamos consolidando a possibilidade de combinar o diagnóstico e a intervenção individual e coletiva, rompendo a abstração do coletivo e o absolutismo do individual, sem perder a identidade da intervenção sobre o indivíduo e o seu problema concreto dentro de um contexto social devidamente reconhecido e identificado.

Ao garantir o retorno dos resultados do estudo para os serviços e os usuários, estaremos garantindo a integração das ações sanitárias integrais e universais, com uma demanda social qualificada, pois consciente de sua realidade coletiva.

III. OBJETIVOS

Frente ao problema proposto de realizar o diagnóstico de saúde da população de zero a seis anos incompletos do município de Icapuí -CE, estabelecemos os seguintes objetivos:

- 1) Fazer um diagnóstico detalhado da morbimortalidade de todas as 2.000 crianças de zero a seis anos incompletos do município, através de inquérito domiciliar e antropometria;
 - a) Detalhar as causas das mortes através de autópsia oral;
 - b) Detalhar o estado nutricional, padrão de amamentação e introdução de novos alimentos;
 - c) Avaliar o uso dos serviços;
 - d) Analisar classe social através de variáveis mediadoras;
 - e) Analisar morbidade, suas causas e características;
- 2) Adotar o conceito de risco, considerando risco individual e risco coletivo;
- 3) Determinar o peso da condição sócio-econômica, classe social, sobre o perfil epidemiológico;

- 4) Determinar a situação, o potencial e os limites da intervenção do setor saúde sobre a condição de saúde-doença das crianças;
- 5) Organizar um sistema de informações sobre as crianças de Icapuí;
- 6) A partir desse estudo transversal, planejar as intervenções e constituir um "baseline" para um estudo longitudinal com coorte aberta, que avalie as intervenções do SILOS - Icapuí.

IV. MARCO TEÓRICO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Para efeito de construção de um referencial teórico que oriente esta pesquisa foram enfocados quatro temas fundamentais, através da análise da literatura:

- 1) A criação dos Sistemas Locais de Saúde, enquanto processo ordenador da informação e do seu uso-impacto no planejamento e execução das ações em saúde;
- 2) Classe social e seu impacto na distribuição da saúde-doença na população;

- 3) A epidemiologia da saúde infantil, estudos realizados e suas conclusões;
- 4) Questões de interesse relacionadas à saúde infantil, tópicos de destaque.

1. Quanto aos SILOS

Em recente publicação da FIOCRUZ¹ o Diretor da ENSP, Paulo Buss, destacava que a realidade brasileira é recortada por mini-realidades que constituem um verdadeiro mosaico epidemiológico, constituindo-se em obstáculo à resolução dos problemas de saúde do país. A solução estaria no planejamento profundamente conhecedor da realidade epidemiológica de cada município, contemplando toda a diversidade existente. O conhecimento epidemiológico local deveria se refletir em gerência, ações de saúde e na formação de recursos humanos descentralizados.

Tal conceito, de um conhecimento epidemiológico detalhado da "base territorial", ou seja, do nível local do sistema de saúde é o que justifica basicamente este projeto de pesquisa.

Seria, como sugere Eugênio Villaça Mendes², a definição do espaço local como

o espaço político-operativo das ações em saúde; que sem desconsiderar as relações de determinação e condicionamento que guarda com os espaços de hierarquia superior, permite uma real reforma assistencial a partir da identificação e intervenção sobre as causas objetivas da saúde-doença dentro do âmbito local. Não se trata esse espaço de uma mera superfície-solo, é também espaço demográfico, epidemiológico, social, político e econômico, é um território-processo, nunca acabado. Para podermos acompanhar este processo, se torna necessário um eficaz sistema de informações, de monitoramento permanente.

Para buscar a universalidade e a integralidade da atenção em saúde, deve-se buscar a totalidade das informações e ações sobre os indivíduos e as coletividades.

Eugênio Villaça² também destaca a necessidade de combinar a atenção eventual, espontânea (atenção médica), com a atenção contínua (de saúde pública) sobre grupos priorizados por risco, a atenção programada de saúde pública.

Embora defenda-se a atenção programada para todos os indivíduos, razão básica de nosso estudo transversal como "baseline" para um estudo longitudinal, entende-se que o conceito de risco pode e deve ser usado para garantir uma atenção diretamente proporcional aos problemas detectados. Do que é necessário nos diferenciarmos é do enfoque tradicional de risco, excessivamente centrado no indivíduo, propondo um enfoque de risco coletivo. Desse modo é possível estabelecermos grupos de população

(famílias, comunidades ou grupos laborais) que compartilhem riscos ao estarem coletivamente sujeitos às mesmas exposições. Os trabalhos de Bronfman e col.³ e Cesar Victora e col.⁴ nos permitem apontar para um critério de classe ou fração de classe que identificam e coletivizam o risco. Esta aplicação do conceito de risco nos permite integrar concretamente o conceito de classe social como determinante da saúde–enfermidade. Por outro lado as famílias já atingidas por mortes infantis ou pré–escolares deverão ser desde logo definidas como de risco, na possibilidade da "mortalidade múltipla". As crianças expostas à condição de classe social idêntica deverão ter o mesmo critério geral de risco, ainda que este esteja graduado pela existência de outros fatores individuais ou particularidades (história mórbida, mortalidade de outras crianças do núcleo familiar, condições objetivas de vida).

2. Quanto à classe social

Os trabalhos de Bronfman e Victora^{3,4}, acima referidos, corroboram que a classe social apresenta vantagens e desvantagens no seu uso em estudos epidemiológicos. Das desvantagens, duas se destacam: a difícil operacionalização do conceito, devido a sua complexidade e o fato de ser uma variável distal, intermediada por outras variáveis (escolaridade, renda, tipo de ocupação, relação com os meios de produção, etc, sempre em relação ao chefe da família, considerado como a pessoa de maior renda).

limites da intervenção dos serviços na mudança do status de saúde das crianças do município.

O modelo teórico abaixo, retirado do trabalho de Cesar Victora e col.⁴, ilustra bem o uso de classe social que iremos operar:

Determinação social do processo saúde-doença

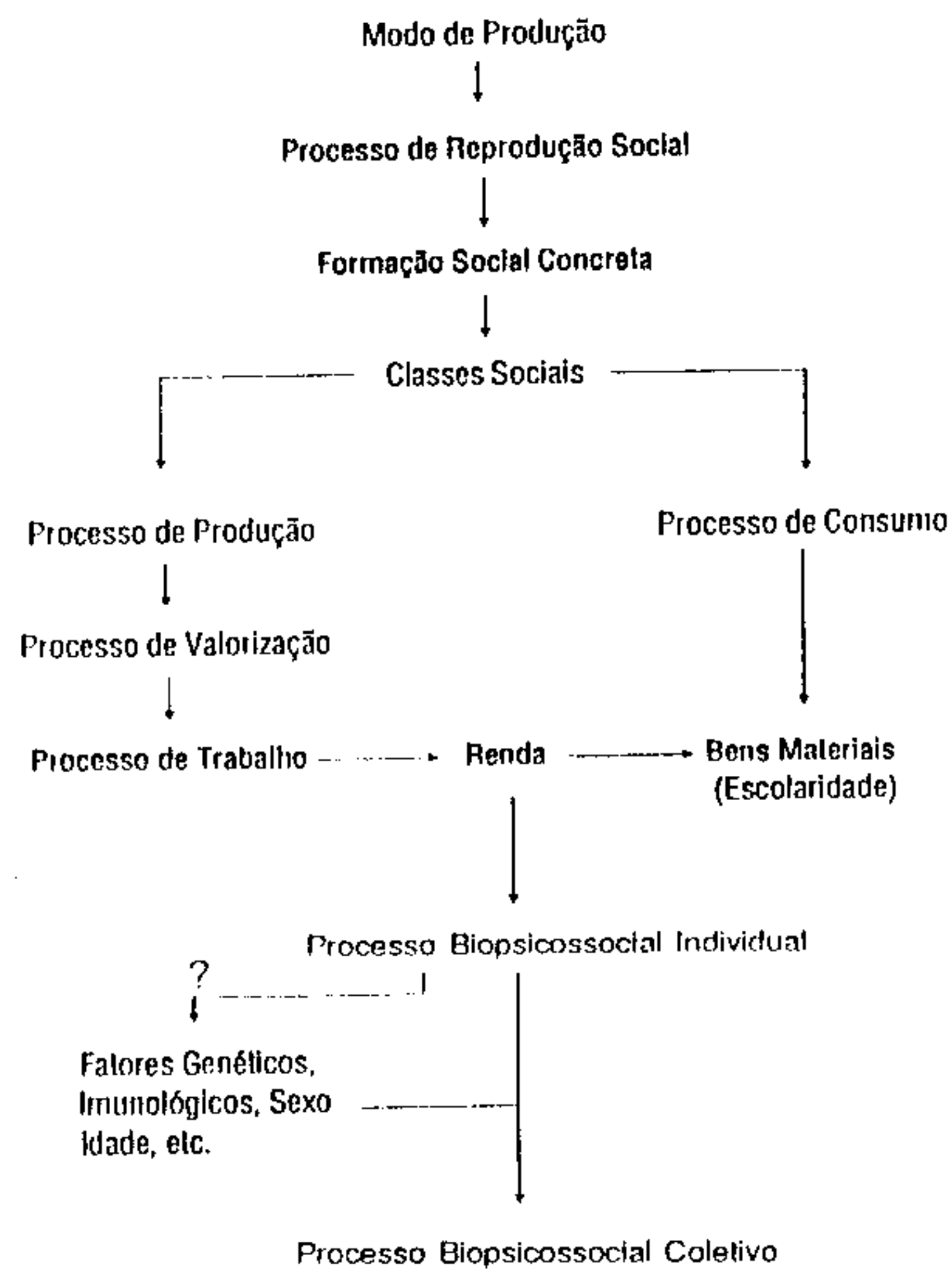


Figura 1. Modelo teórico da determinação social do processo saúde-doença.

3. Sobre a epidemiologia da saúde infantil

Com uma metodologia bem definida e consolidada, os vários estudos de saúde infantil de base populacional realizados na última década têm utilizado delineamentos transversais ("cross-sectional"), longitudinais (de coorte) ou com intervenção.

Estudos:

1) **Victoria, Barros e Vaughan**⁵

Ano: 1982

Tipo de estudo: longitudinal, coorte ainda em seguimento

Nº de crianças: 6.000 (todos os nascidos em Pelotas -RS, em 1982)

Obs.: ênfase no uso de classe social como variável independente, baixo peso ao nascer como variável dependente destacada.

2) **Monteiro**⁶

Ano: 1984-1985

Tipo de estudo: transversal

No de crianças: 1.016 crianças entre 0 e 59 meses.

3) **Rumel⁹**

Ano: 1986-1987

Tipo de estudo: longitudinal

Nº de crianças: todas as crianças nascidas entre 11/05/86 e 10/11/87 em Bauru -SP. Acompanhadas até os 6 meses. n=6923.

Obs.: variáveis dependentes: óbito e internação. Crianças sob intervenção do programa de defesa da vida dos lactentes de Bauru.

4) **Victoria, Barros¹⁰**

Ano: 1984-1985

Tipo de estudo: caso-controle

Nº de crianças: 357 crianças com causa mortis por doenças infecciosas

Obs: enfocada a influência de peso ao nascer na mortalidade por doenças infecciosas.

5) **Barros e col.¹¹**

Ano: 1990

Tipo de estudo: transversal

Nº de crianças: 6.524 crianças >5a, em 4 estados do nordeste do Brasil

Obs: enfoca o tratamento da diarreia no núcleo doméstico.

6) **Victora e col.**¹²

Ano: 1990 (observações em 1982, 1984 e 1986)

Tipo de estudo: longitudinal

Nº de crianças: 5.914 crianças com 4 anos de idade de Pelotas - RS

Obs: resultado parcial da coorte de 1982, enfocando: pneumonias, diarreia e crescimento.

7) **Barros e Victora**⁷

Ano: out/dez de 1987

Tipo de estudo: transversal

Nº de crianças: 8.000 famílias, 4.513 crianças. Amostragem do estado do Ceará

Obs: diagnóstico de saúde infantil.

8) **Barros e Victora**⁸

Ano: 1987-1989

Tipo de estudo: transversal

Nº de crianças: cerca de 6.650 crianças do CE, RN e SE

Obs: diagnóstico de saúde infantil.

9) **Victoria, Vaughan e col.** ²²

Ano: 1982 (julho e agosto)

Tipo de estudo: transversal

Nº de crianças: 802 crianças, medidas em casa. Compara desnutrição e posse da terra no RS

Obs: feita antropometria e identificado o padrão de posse da terra.

Esses trabalhos confirmam, em linhas gerais, a sobredeterminação dos fatores sócio-econômicos em relação a outras variáveis em estudo. Rumel⁹ cita o já clássico estudo de Leser¹⁹, que correlaciona o aumento da mortalidade infantil no município de São Paulo na década de 70 com o decréscimo do salário real. Cita também Carlos Augusto Monteiro⁶ que apresentou a distribuição desigual da mortalidade infantil por regiões do município de São Paulo, demonstrando maior mortalidade e menor renda na região periférica da cidade. Victoria e col. também demonstraram uma forte e inversamente proporcional associação entre renda e morbimortalidade^{5,7,8}.

Cabe destaque ainda ao relevante papel que os serviços de saúde tem sobre os padrões de saúde infantil. Monteiro e col.¹⁵ demonstraram que a queda da mortalidade infantil em São Paulo entre 1973 e 1983 foi de 52%, sendo 11% responsabilidade da extensão do saneamento básico, 9% da expansão do aleitamento materno e o restante pelo aumento da cobertura da rede básica (podendo ser considerada a extensão do

aleitamento como fruto da maior cobertura dos serviços).

Em Bauru, Capistrano Filho e col. ¹⁶, documentaram a redução da mortalidade infantil entre 1984 e 1987, de 36,9 para 19^{0/00} nascidos vivos. Sendo a causa desta diminuição a expansão da rede básica, a melhoria qualitativa do Hospital Público, a complementação nutricional, o Banco de Leite Humano e os programas de investigação e análise de óbitos e de defesa do lactente.

É digno de nota, que nosso estudo em Icapuí pretende constituir, à partir desse cross-sectional, uma coorte aberta permanente, visando intervenções cada vez mais qualificadas e assumindo compromisso imediato com a população estudada. Tais características o tornam diferenciado e capaz de desenvolver uma visão mais integrada e totalizante da investigação e da ação dos serviços.

4. Sobre alguns tópicos pontuais de interesse da saúde infantil

Certamente o estudo de Icapuí irá enfrentar e tentar contribuir ao esclarecimento de alguns tópicos específicos, alguns bastante polêmicos:

- duração do aleitamento, período de introdução de outros alimentos e padrão nutricional ¹⁷;
- aleitamento materno e doenças infecciosas;
- baixo peso ao nascer e padrões de desenvolvimento, morbidade e mortalidade;
- definição das causas básicas de mortalidade e suas fontes de informação (com a vantagem de nós fazermos os atestados de óbito após a autópsia oral) ¹⁸.

Os pesos de todas essas variáveis serão analisados à partir da análise prioritária dada à variável classe social e/ou suas variáveis intermediárias.

V. METODOLOGIA

1. Descrição do município de Icapuí

1.1. Situação geográfica

Icapuí constitui um dos novos municípios do Estado do Ceará, foi emancipado pela Lei Nº 11.003 de 15 de janeiro de 1985, deixando na época de ser distrito de Aracati.

Localiza-se no litoral leste do Estado do Ceará, fazendo parte da micro-região do Baixo Jaguaribe (Mapa 01).

Limita-se ao Norte e Leste com o Oceano Atlântico, ao Oeste com Aracati e ao Sul com o município de Grossos do Rio Grande do Norte. Possui uma extensão de 406 Km² e está dividido em três distritos: Icapuí, Ibicuitaba e Manimbu.

Os núcleos populacionais do município, 22 ao todo, formaram-se nas quatorze praias existentes nos seus 64 Km de litoral e ao longo da CE 201, que liga o Ceará ao Rio Grande do Norte, cortando o município (Mapa 02).

A malha viária do município é composta pela CE 201, pela qual é cortada e por diversas estradas vicinais que ligam a sede aos 22 (vinte e dois) núcleos populacionais existentes. O acesso a Fortaleza (capital do estado), que dista 208 Km de Icapuí, é feito através da CE 201 - BR 304 - BR 116 ou CE 201 - BR 304 - CE 004.

Há duas linhas de ônibus: uma Icapuí/Fortaleza/Icapuí e outra Icapuí/Aracati/Icapuí.

A forma linear do município, aumentando a distância entre as localidades e a sede, causa dificuldades no transporte, inclusive no acesso aos serviços de educação e de saúde, ainda hoje não superadas.

1.2. Características econômicas e do meio-ambiente

O solo, o relevo e a vegetação de Icapuí são características do litoral cearense, propiciando as culturas de caju, coco, mandioca milho e feijão. A extensa faixa costeira, por outro lado, favorece a atividade econômica atualmente de maior importância para o município, a pesca da lagosta.

A economia do município baseia-se fundamentalmente em atividades do setor primário: agricultura, pecuária, pesca, extração de sal e petróleo.

Duas grandes empresas agrícolas concentram aproximadamente um quinto das terras cultivadas para caju e uso da pecuária de corte do município: MASA do grupo Edson Queiro e COPAM do grupo J. Macedo. As demais propriedades são pequenos minifúndios nos quais desenvolvem-se principalmente a cultura do caju e coco. Dos chefes das 2.275 famílias cadastradas pela secretaria de saúde do município, apenas 20% (vinte por cento) são proprietários de terra, enquanto 80% não tem acesso a mesma.

Público Municipal.

O potencial turístico do município ainda é pouco explorado, existindo apenas uma pousada.

1.3. Características sociais e sanitárias

Estima-se que as 2.275 famílias cadastradas durante o diagnóstico realizado pela

Secretaria da Saúde Pública e Saneamento em 1989, representem 90% de todas as famílias do município. As mesmas são compostas por um total de 11.172 pessoas, sendo 5.596 do sexo masculino e 5.576 do sexo feminino. Quanto à distribuição por faixa etária, foi evidenciado tratar-se de uma população jovem, sendo que 51,66% tem menos de 20 anos. Ainda, segundo os dados do diagnóstico, existem 1.590 crianças na faixa de zero a cinco anos, ou seja, 14,24% do total. Corrigindo em 10% para mais este número, estima-se que existam na realidade cerca de 1.749 crianças de zero a cinco anos.

Quanto ao nível de renda da população, a maioria é constituída por trabalhadores assalariados, pescadores, artesãos ou pequenos proprietários de baixa renda.

A população economicamente ativa, segundo o diagnóstico de saúde de 1989, totaliza 3.907 pessoas, sendo os dois grupos mais representativos o dos pescadores, em número de 1.102 (28,2%), e o das labirinteiras, em número de 638 (16,33%).

Os pescadores têm péssimas condições de trabalho, com grande risco de vida e sem direitos trabalhistas. Todos os anos, no período de janeiro à março, correspondente à época de desova da lagosta e portanto da proibição da pesca, ou PARADEIRO - como denomina a população local - esses trabalhadores ficam desempregados e sem nenhuma fonte de renda, trazendo graves prejuízos econômicos e sociais ao município e gerando mais agravos à saúde da população, sendo notória a concentração de óbitos infantis nestes meses.

Quanto às labirinteiras, estas mantêm vínculo de dependência com os atravessadores, que lhe fornecem a matéria-prima, e compram o labirinto (espécie de renda) acabado por preço dezenas de vezes inferior ao que é vendido para os consumidores.

As condições de saneamento do Município de Icapuí são preocupantes, tendo iniciado-se recentemente uma modificação deste quadro, com a criação do Serviço Autônomo de Águas e Esgotos (SAAE).

Segundo o levantamento de 1989, 93% das famílias de Icapuí consumiam água de poço, sendo que 67% das mesmas não realizavam nenhum tipo de tratamento desta água para o consumo.

Atualmente 500 famílias, ou seja, cerca de 22% do total, residentes na sede e nas localidades de Mutamba e Cajuais, já são beneficiadas com o abastecimento de água tratada.

Com relação à existência de instalações sanitárias nos domicílios, segundo o levantamento, 71,43% dos mesmos não possuem banheiro e 63% das famílias despejam os dejetos à céu aberto.

Atualmente está sendo elaborado o Plano Municipal de Saneamento, que

modificará esta realidade.

No que se refere ao grau de escolaridade da população, 47% são de analfabetos, 43% estão cursando ou concluíram o 1º grau e 7,2% estão cursando ou concluíram o 2º grau. Estima-se que a quase totalidade dos indivíduos jovens, com menos de 20 anos estejam na escola.

2. Sistema Local de Saúde de Icapuí (SILOS-ICAPUÍ)

2.1.Histórico

Icapuí emancipou-se de Aracati em 1985, e em março de 1986 tomou posse o primeiro prefeito eleito. A estruturação dos Silos-Icapuí iniciou-se com a criação da Secretaria municipal de Saúde em 1986, e em setembro deste ano, a Comissão Interinstitucional Municipal de saúde aprovou os seguintes princípios norteadores da organização do sistema:

- Saúde como direito que se conquista, e dever para o Estado.
- Saúde como expressão da qualidade de vida, não restringindo à assistência ao atendimento médico, mas à

todas as ações de promoção, proteção e recuperação.

- Garantir acesso universal e igualitário de forma integral à todas as ações e serviços necessários e à tecnologia disponível.

2.2.Plano Municipal de Saúde

O Plano Municipal de Saúde foi elaborado em 1989, pela equipe técnica da secretaria de Saúde Pública e Saneamento, e amplamente discutido entre os funcionários, instituições ligadas ao setor, diversos segmentos da sociedade civil e Comissões Locais de Saúde.

O instrumento utilizado para realização do diagnóstico de saúde foi o Prontuário Familiar, que é utilizado nas Unidades de Saúde do Município.

O Município foi dividido em 06 (seis) áreas de saúde, a saber: Belém, Redondas, Barreiras, Mutamba, Icapuí e Ibicuitaba. Cerca de 90% das famílias de Icapuí foram adscritas a uma destas áreas, e cadastradas através do Prontuário familiar.

No prontuário familiar foram registrados os seguintes dados:

- Membros da família por faixa etária, estado civil, escolaridade, religião e profissão;
- Condições de moradia;
- Condições hidro-sanitárias;
- Relação da população com o setor produtivo.

2.3. Modelo Assistencial

A organização do modelo assistencial em Icapuí baseou-se nos princípios norteadores propostos pela Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde em 1986 e aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde em 1989.

Em cada uma das seis áreas de saúde do município, às quais foram adscritas as famílias cadastradas através do prontuário familiar, existe uma unidade de saúde que funciona como PORTA DE ENTRADA para a população adscrita, tendo um poder de resolutividade de nível primário. Conforme a complexidade exigida para o caso atendido, será usado o Fluxo do Sistema de referência ou contra-referência (Quadro 01).

2.4. Situação de Saúde

A sub-alimentação, as condições de habitação e a carência de instalações hidro-sanitárias na maioria dos domicílios (71%), faz com que a situação geral de saúde da população de Icapuí seja precária.

Segundo levantamento realizado no livro de atendimento da FSESP nos meses de janeiro à setembro de 1987 e de janeiro a julho de 1988, ocorre a predominância das seguintes morbidades:

- infecções diarreicas agudas;
- infecções respiratórias agudas;
- doenças dermatológicas;
- traumatismos e acidentes diversos;
- doenças cardiovasculares.

Em Icapuí não há casos de esquistossomose, leishmaniose e hanseníase, doenças endêmicas em outras regiões do estado.

Em 1987 houve um surto de dengue com aproximadamente 250 casos, tendo sido controlado por ações da SUCAM em convênio com a SMSPS.

Em Icapuí é grande o número de agravos relacionados ao trabalho, por exemplo:

PESCADORES:

- problemas dermatológicos;
- problemas oftalmológicos;
- distúrbios emocionais;
- lombalgias posturais;
- traumatismo e acidentes com instrumentos cortantes.

SALINEIROS:

- problemas dermatológicos;
- problemas oftalmológicos.

LABIRINTEIRAS:

- lombalgias posturais;
- problemas oftalmológicos.

AGRICULTORES, TIRADORES E DESCASCADORES DE COCO:

- traumatismo;
- quedas;
- acidentes com instrumentos cortantes;
- acidentes com animais peçonhentos.

3. Monitoramento da Mortalidade Infantil e Pré-escolar

A ausência de dados confiáveis sobre a morbi-morti-natalidade do município, já que os registros oficiais em cartórios na nossa região são reconhecidamente falhos, foi uma das dificuldades sentidas para o planejamento da atuação do setor de saúde. Levando em consideração a grande importância que estes dados têm para a construção de indicadores de saúde verdadeiros, a SSPSM, conjuntamente com a Frente Nacional de Trabalho de Estudantes de Medicina (com acadêmicos da UFBA), realizaram uma pesquisa de nascimento e óbito no município de Icapuí, de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 1990 ²⁰.

A metodologia desse estudo contou com a participação dos Agentes de Saúde, cuja rotina de trabalho inclui a notificação dos nascimentos e óbitos ocorridos no município à Secretaria da Saúde. A partir desta referência, todas as famílias onde aconteceram tais eventos foram visitadas por estudantes de medicina e convidadas a responder um questionário sobre o nascimento e óbito infantil ou adulto ocorrido.

A aplicação dos questionários correspondeu às áreas de saúde, às quais a população está adscrita, quais sejam: Icapuí, Morro Pintado, Mutamba, Barreiras, Redonda e Belém.

No município de Icapuí, no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 1990 nasceram 297 (duzentos e noventa e sete) crianças, sendo 48,15% do sexo masculino e 51,85% do sexo feminino. Quanto aos partos, 83,5% foram hospitalares e 14,1% domiciliares; 84,8% vaginais e 12,4% cirúrgicos.

As mães, em 70,71% dos casos, informaram ter realizado pré-natal com o comparecimento à 3 ou mais consultas e em 92,59% afirmaram ter tido 9 meses de gestação.

O fator de risco mais presente durante a gestação foi o fumo, tendo 28,6% das mães fumando durante a gravidez, e a patologia mais comum a hipertensão arterial, que ocorreu em 10,4% das gestações.

Quanto aos recém-nascidos, 90% tinham mais de 2,500g ao nascer, enquanto 10% tinham menos, ou seja, eram de baixo peso.

Na época da pesquisa 76,4% das crianças nascidas em 1990 já possuíam o Cartão da Criança e haviam iniciado a vacinação. Em alguns casos as crianças não possuíam o Cartão por terem menos de um mês no dia da entrevista.

Quanto ao aleitamento materno, apenas 17,28% das mães amamentaram 6 meses ou mais, enquanto 45,59% amamentaram 2 meses ou menos; e 77,79% das mães

introduziram outro alimento no 1º mês de vida.

Ocorreram 15 óbitos em crianças menores de um ano no município de Icapuí em 1990, destas, 5 no período neonatal. Este número de óbitos corresponde a uma taxa de mortalidade infantil de 50 ‰. Dos óbitos, 33,3% tiveram como causa básica infecções respiratórias; 26,6% doenças diarreicas; 6,67% tétano (mãe não fez pré-natal e o parto foi domiciliar) e outros 33,3% de causa ignorada. Em 66,6% dos óbitos infantis não foi preenchido o atestado de óbito.

4. Tipo de Estudo

Será um estudo transversal abrangendo a totalidade das cerca de 2.100 crianças de 0 a 6 anos incompletos, que hoje vivem no município de Icapuí.

O número projetado de crianças corresponde aos registros dos 32 agentes de saúde, cujos cadernos foram totalizados.

Este estudo transversal irá registrar as crianças para que façam parte de uma coorte aberta de 0 a 6 anos incompletos que será acompanhada periodicamente por tempo indeterminado.

A opção por um estudo transversal de toda a população infantil responde às

necessidades imediatas pois constituirá uma "baseline" confiável para as observações futuras e permitirá a estruturação de intervenções imediatas. Além disso, J.H. Abramson²¹ destaca que "os usos dos estudos transversais podem ser categorizados da seguinte forma":

1. O estudo pode ser usado para promover a saúde do grupo específico ou população estudada, sendo instrumento de atenção à saúde da comunidade;
2. "O estudo pode contribuir para o cuidado clínico de pacientes individuais";
3. "O estudo pode produzir novos conhecimentos, na medida que produz inferências generalizáveis que podem ser aplicadas no grupo específico sob estudo. Seja sobre a etiologia de uma doença ou o valor de um determinado tipo de serviço de saúde".

O inquérito se realizará através de visitas domiciliares onde se aplicarão os questionários por domicílio, por criança viva e criança morta, além da antropometria da(s) criança(s) viva(s) e da mãe e as triagens clínicas para avitaminose A e anemias.

O tempo total de coleta dos dados será de 04 meses. As variáveis a coletar através dos questionários são as seguintes:

Processos: **Sócio-econômicos (classe social).**

Variáveis/indicadores:

- inserção social, relações com os meios de produção e renda do chefe da família (pessoa de maior renda);
- renda familiar;
- escolaridade dos pais;
- situação laboral dos pais;
- sazonalidade das ocupações;
- relações trabalhistas;
- propriedade da terra;
- condições de habitação (água, luz, saneamento, lixo).

Processos: **Demográficos.**

Variáveis/indicadores:

- idade, sexo;
- nº de crianças por família;
- nº de filhos por mãe;
- nº de pessoas por domicílio.

Processos: **Uso dos serviços.**

Variáveis/indicadores:

- nº de consultas no pré-natal e puericultura;

- últimas consultas e suas causas;
- vacinação;
- uso de carteiras ou registros de saúde;
- consumo de medicamentos e prescrição médica;
- internações, cirurgias, referências para outras cidades.

Processos: **Nutrição.**

Variáveis/indicadores:

- tempo de amamentação, quando e porque parou;
- introdução de outros alimentos;
- peso e altura das crianças e das mães;
- curvas de crescimento e desenvolvimento;
- padrão alimentar.

Processos: **Morbidade.**

Variáveis/indicadores:

- prevalência de doenças diarreicas agudas (últimas 2 semanas);
- uso de TRO;
- possuir ou não colher medida para TRO;
- uso de dieta ou medicamento na D.D.A.;
- uso dos serviços.

Processos: **Mortalidade.**

Variáveis/indicadores:

- causa básica do óbito (por autópsia oral);
- óbitos na família;
- uso dos serviços, consumo de medicamentos;
- desenvolvimento da doença, padrão nutricional;
- tempo entre o adoecer e a morte;
- itinerário terapêutico.

Processos: **Saúde perinatal.**

Variáveis/indicadores:

- natimortos;
- espaçamento interpartal;
- afecções perinatais;
- uso dos serviços;
- trabalho materno.

Processos: **Saúde materna.**

Variáveis/indicadores:

- nº de gestações;
- abortos;
- natimortos;

- filhos vivos;
- tipo de parto;
- intercorrências na gravidez, parto e puerpério;
- consultas pré-natais (nº, quem fez e onde);
- ocupação;
- trabalho na gestação e 2 primeiros anos de vida da criança
- uso de álcool e fumo.

5.Instrumentos

Constam de:

- um questionário por domicílio -identificando os pais, a composição familiar, a morbimortalidade familiar, dados sócio-econômicos e condições de habitação;

- um questionário por criança viva;

- um questionário por criança morta que se constitui do corpo do questionário para as vivas, ampliado por um anexo específico para a autópsia oral do óbito.

Os questionários deverão ser respondidos pelas mães das crianças e na sua ausência permanente, pela pessoa que cuida da criança.

Além disso se utilizará balança suspensa (com contra-peso) e um antropômetro tipo régua para menores de dois anos e uma trena com régua para medir as crianças maiores, uma fita métrica para perímetro braquial da mãe e uma balança de chão para pesar as mesmas.

A calibragem e uso das balanças e antropômetros será treinada com os entrevistadores e se realizará um exercício de padronização das medidas (ver Logística).

VI. LOGÍSTICA

Serão utilizados 10 entrevistadores (estudantes de medicina da Universidade Federal do Ceará ou estudantes e professores do II grau da rede municipal de Icapuí). Estes serão pagos por turno de trabalho. Os supervisores serão em nº de três (dois médicos e uma enfermeira) que irão revisar, codificar e fazer o controle de qualidade da pesquisa. O treinamento tem uma fase preliminar (cinco dias úteis) onde os agentes de saúde são treinados para as diretrizes básicas do programa de atenção à saúde infantil e orientados para atualizar as informações de seus cadernos sobre o nº de crianças de zero a seis anos incompletos em todos os domicílios de Icapuí (julho de 1991).

Em agosto de 1991 os pesquisadores selecionados através de entrevista serão treinados, durante cinco dias úteis, durante os quais se desenvolve:

- explanação geral do projeto e discussão;
- leitura compreensiva dos questionários e dos manuais de pesquisa;
- "role-playing" concomitantes com os pesquisadores entrevistando os agentes de saúde e depois discutindo suas dificuldades auto-percebidas, percebidas pela entrevistada ou pelos supervisores;
- o treinamento para calibragem, leitura e registro das

- medidas das balanças e antropômetros (aferida a variação das medidas visando padronização);
- o piloto se realiza no último dia do treinamento e após discussão e ajustes nos instrumentos se começa o trabalho de campo, após quatro dias de intervalo.

O trabalho de campo se desenvolverá de agosto a dezembro de 1991.

Sobre o controle de qualidade dos dados coletados temos três níveis:

a) o entrevistado é sempre acompanhado por uma agente de saúde, a qual ajuda a identificar as casas, apresenta o entrevistador à família e acompanha a entrevista. Evita-se assim a "fabricação" de questionários, pois temos o controle de produtividade via agente de saúde;

b) os supervisores revisam todos os questionários, observando incongruências e codificando as informações. Em caso de erro ou dúvidas, devolvem o questionário para o entrevistador para esclarecimento ou nova visita;

c) Cinco por cento dos questionários serão refeitos de forma resumida, pelos supervisores, garantindo cobertura de todos entrevistadores envolvidos e de todas as regiões estudadas.

* Os questionários de mortalidade serão aplicados exclusivamente pelos supervisores.

Ao final de cada dia se realiza reunião com os entrevistadores, os quais relatam sua produtividade, dúvidas ou dificuldades e entregam os questionários com a codificação 88 e 99 (não se aplica e ignorado) já preenchidas.

VII. PREPARAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após completada a revisão dos questionários pelos supervisores, ao final do trabalho de campo, faremos a entrada dos dados no computador tipo PC-AT da prefeitura de Icapuí, procedendo a duas digitações, com o objetivo de compará-las e fazer a completa correção dos dados, permitindo maior segurança na sua interpretação. Os dados das duas digitações serão comparados através de programa EPI-INFO, procedendo-se a seguir as correções necessárias. O banco de dados e as análises estatísticas serão feitas basicamente pelos softwares EPI-INFO, SPSS e pelo EGRET, para a análise multivariada.

Se procederão as análises no Centro de Pesquisas Epidemiológicas da UFPel, utilizando-se o trabalho de apoio de dois bolsistas de iniciação científica da FAPERGS.

Os dados serão analisados de forma univariada e bivariada para podermos identificar os padrões e tendências, procedendo uma análise descritiva. Para verificarmos as relações, associações e causalidades, procederemos a análise multivariada, cuidando para hierarquizarmos as variáveis de modo a ser coerente com o modelo teórico que estabelece a sobredeterminação da classe social sobre as variáveis intermediárias e destas sobre as demais.

Quanto aos outros cuidados importantes, devemos observar a causalidade reversa e o "confounding", já que muitas variáveis se prestam a essas duas: como no caso da desnutrição e diarreia para a causalidade reversa, e a determinação sócio-econômica das diarreias e desnutrição no caso do "confounding".

VIII. ASPECTOS ÉTICOS

O processo de discussão nas comunidades previamente ao início da pesquisa propiciou debate e informação. De todas as formas, ao abordar a família, em companhia da agente de saúde que é da própria comunidade, o pesquisador se apresenta e explica qual o objetivo do estudo.

Não existem problemas éticos maiores na medida que se garante o sigilo das informações, não se faz nenhuma coleta de material biológico e se garante o retorno dos dados para a comunidade ao final da pesquisa (na forma de quadros nos postos de

saúde, impressos e reuniões), além do retorno social através do planejamento das ações de saúde.

IX. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. FIOCRUZ. Estratégia deve contemplar a diversidade epidemiológica do país. In: revista TEMA. FIOCRUZ-RJ. Nº 12, Ano IX, p. 13. Nov, 1991.
2. MENDES, E.V. Sistemas locais de saúde. p. 53. Jun, 1989. Brasília - DF (mimeo).
3. BRONFMAN,M.; LOMBARDI,C.; FACCHINI,L.A. et al. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. Revista de Saúde Pública 1988;22:253-265. 1988.
4. VICTORA,C.; FACCHINI,L.A. et al. Pobreza e saúde: como medir nível sócio-econômico em estudos epidemiológicos de saúde infantil? Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. UNICAMP-ABRASCO 1990:302-315.
5. VICTORA,C.; BARROS,F.; VAUGHAN,J.P. Epidemiologia da desigualdade. São Paulo:Hucitec, 1988:187.

6. MONTEIRO,C.A. Saúde e nutrição das crianças de São Paulo.
São Paulo:HUCITEC-EDUSP, 1988.
7. VICTORA,C.; BARROS,F. A saúde das crianças cearenses: um estudo de 8.000 famílias. Governo do Ceará - Comissão Intersetorial de Coordenação de Ações Relacionadas com a Criança. Fortaleza;1990.
8. VICTORA,C. et al. A saúde das crianças do estado do Ceará, Rio Grande do Norte e Sergipe, Brasil: desenvolvimento de uma metodologia para diagnósticos comunitários. (no prelo).
9. RUMEL,D. Acurácia dos critérios de risco do programa de defesa da vida dos lactentes do município de Bauru entre 1986 e 1988. São Paulo,SP Faculdade de Saúde Pública da USP. Depto. de Epidemiologia, 1989. Tese de Doutorado.
- 10.VICTORA,C.G. et al. Influence of birth weight on mortality from infectious diseases: a case control study.
Pediatrics 1988;81(6):807-811.

11. BARROS, F.C. et al. Management of childhood diarrhoea at the household level: a population based survey in north-east Brazil. Bulletin of the World Health Organization 1991; 69(1):59-65.
12. VICTORA, C.G. Pneumonia, diarrhoea and growth in the first four years of life: a longitudinal study of 5914 urban Brazilian children. American Journal of Clinical Nutrition 1990;52:391-6.
13. BARROS, F.C.; VICTORA, C.G. Epidemiologia da saúde infantil - um manual para diagnósticos comunitários. São Paulo: HUCITEC-UNICEF, 1991:178.
14. LESER, W. Crescimento da população e nível de saúde na cidade de São Paulo. Problemas Brasileiros; 1974;134:16-36.
15. MONTEIRO, C.A.; ZUNIGA, H.P.; BENICIO, M.H.; VICTORA, C.G. Better prospects for child survival. World Health Forum 1989;10(2).

16. CAPISTRANO, D.; RUMEL, D.; PIMENTA, A.L.; MELHADO, L.A.
Vencendo a mortalidade infantil. In: CAPISTRANO, D.;
PIMENTA, A.L. Saúde para todos: um desafio ao município.
2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1988.
17. VICTORA, C.G. et al. Prolonged breast feeding and
malnutrition: confounding and effect modification in a
brazilian cohort study. Epidemiology 1991;2:175-181.
18. NOBRE, L.C. et al. Avaliação da qualidade da informação
sobre a causa básica de óbitos infantis no Rio Grande do
Sul (Brasil). Revista de Saúde Pública 1989;23:207-13.
19. SECRETARIA DA SAÚDE E SANEAMENTO DO MUNICÍPIO DE ICAPUÍ - CE.
Plano Municipal de Saúde. Icapuí - CE, 1989(mimeo).
20. —————. Pesquisa de nascimentos e óbitos
ocorridos no município em 1990. Icapuí - CE, 1991(mimeo).
21. ABRAMSON, J.K. Survey Methods in Community Medicine. 2nd.ed.
London: Churchill Livingstone: 1979.

22.VICTORA,C.G. Children malnutrition and land ownership in southern Brasil. Ecology of Food and Nutrition 1985;18:265-275.

XI. ORÇAMENTO

1.Custos: (valores de julho de 1991)

I.Pessoal	Cr\$ 2.448.000,00
2 supervisores (médico e enfermeira)	
Bolsas para investigadores (trabalho de campo)	
II.Passagens Aéreas PoA/For/PoA	Cr\$ 567.120,00
III.Material de Consumo	Cr\$ 36.520,00
IV.Edição de 2.000 cadernetas de saúde da criança.	Cr\$ 600.000,00
V.Aquisição de balanças (10) e antropômetros (10)	Cr\$ 250.000,00
VI.Bolsas de Iniciação Científica para estudantes que trabalharão na análise dos dados.	

2. Instituições de financiamento solicitadas:

- Banco Mundial via Projeto Nordeste (I,II,III,IV);
- Broder Liken - Bélgica (I)
- IDRC - Canadá (I,V,VI)
- FAPERGS (VI)

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE ICAPUI - CEARÁ

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

1991 - 1994

1. Pessoal:

Foram selecionados e contratados dez estudantes de medicina da Universidade Federal do Ceará para atuarem como entrevistadores, uma enfermeira para realizar o trabalho de revisão e uma pediatra para realizar a coordenação geral e supervisão técnica da área médica.

O treinamento dos entrevistadores durou cinco dias úteis, e foi precedido por outros cinco dias úteis dedicados ao treinamento dos agentes de saúde nos marcos do programa de atenção à saúde infantil, quando foram orientadas para atualizar os quantitativos de crianças de zero a seis anos incompletos constantes nos seus cadernos. Os dados atualizados foram então totalizados e permitiram ter um parâmetro sobre o número total de crianças a serem atingidas pela pesquisa.

Durante a semana dedicada ao treinamento dos entrevistadores estes tomaram conhecimento detalhado do projeto de pesquisa, foram apresentados às agentes de saúde das suas áreas de atuação, fizeram reconhecimento do terreno, leitura compreensiva dos questionários e do manual, "role-playings" com a participação dos agentes e assistência dos supervisores, treinamento para execução das medidas

antropométricas com padronização do grupo.

2. Estudo Piloto:

No quinto e último dia do treinamento foi realizado o estudo piloto, quando foram cobertos 30 domicílios, três domicílios por entrevistador acompanhado por seu respectivo agente de saúde. Após a revisão e discussão dos questionários aplicados, estes foram corrigidos e reproduzidos na sua forma definitiva.

3. Processo de Amostragem:

Como se trata de um estudo censitário, não foi adotado critério de amostragem, mas sim o de garantia de alcançar 100% da população-alvo no município de Icapui, através da participação das agentes de saúde na identificação dos domicílios com crianças na idade desejada. As 683 crianças pesquisadas correspondem a cerca de 35% do total de crianças na faixa etária de zero a seis anos incompletos.

4. Coleta dos Dados: Duração e Características

O trabalho de campo se iniciou em 06/08/91, tendo sido concluído em 15/09/91, no que se refere às 683 crianças da área central do município. As demais crianças foram pesquisadas posteriormente, de forma continuada durante o ano de 1992 e 1993, já que a intenção é compor uma coorte aberta. Os entrevistadores desta segunda

fase foram estudantes secundaristas de Icapui. Sómente em fevereiro-abril de 1994 foram realizadas as autópsias orais dos óbitos ocorridos de 1991 a 1994. Os dados coletados neste estudos se referem portanto a 100% das crianças de zero a seis anos incompletos da área central do município de Icapui (distritos de saúde de Icapuí e Mutamba. Tal restrição ao objetivo proposto se deveu a problemas de natureza logística que impediram a realização do trabalho de campo de forma contínua em 1991. No período de agosto a setembro de 1991, as entrevistas se distribuíram entre 307 realizadas em agosto e 155 em setembro.

5. Controle de Qualidade:

Foram revisitados cinco por cento dos domicílios, sorteados aleatoriamente e proporcionalmente entre todos os entrevistadores e refeitas dez perguntas pela revisora, sem que tenham sido encontrados problemas.

6. Perdas e Recusas:

Não ocorreram perdas nem recusas, para o que foi fundamental o acompanhamento das agentes de saúde e a comunicação prévia das comunidades através dos conselhos locais e municipal de saúde.

7. Codificação e Digitação dos Dados:

A codificação foi realizada diariamente pelo próprio entrevistador e revista pela revisora, sendo os questionários devolvidos aos entrevistadores quando havia dúvida ou erro. A digitação inicialmente prevista para ser realizada em Icapuí, teve que ser feita em Pelotas devido à falta de infraestrutura e de pessoal naquele município.

A digitação, em banco de dados criado no programa Epilnfo, foi feita por pessoal contratado em Pelotas, com uma única entrada cuidadosa dos dados e posterior limpeza (setembro de 1994). Na edição final, foram criados dois bancos de dados, um para as 683 crianças e outro para as 462 mães/domicílios, posteriormente integrados.

As análises foram realizadas com o uso dos "softwares" Epilnfo, SPSS e Egret, no mês de outubro de 1994.

8. Dificuldades:

Ocorreram principalmente em função das dificuldades logísticas inerentes a uma pesquisa realizada com poucos recursos, em um município distante do local de trabalho deste mestrando, contando com problemas de transporte no interior do município e com as irregularidades dos entrevistadores na etapa seguinte aos trabalhos de agosto e setembro de 1991, além das dificuldades de deslocamento, falta de tempo e recursos, entre o Rio Grande do Sul e o Ceará.

Foi em função disso que resolvemos trabalhar, com a anuência do orientador, com 683 crianças e 462 domicílios da área central de Icapuí, já que as demais

comunidades foram pesquisadas de forma mais dispersa no tempo, interessando aos objetivos dos serviços, mas fugindo aos parâmetros da produção acadêmica.

O estudo segue em Icapuí, conforme já foi relatado, e os dados resultantes deste trabalho de Mestrado serão apresentados para os trabalhadores de saúde e a população até o final de 1994, buscando orientar a atuação dos serviços e direcionar o planejamento e as ações de saúde, inclusive identificando os grupos de "alto risco".

ARTIGO I

A MULTIMORTALIDADE DE CRIANÇAS NO MUNICÍPIO DE ICAPUÍ - CE:
SUAS CARACTERÍSTICAS E DETERMINANTES

Armando de Negri Filho

Luiz Augusto Facchini

Elaine Tomasi

Pelotas, novembro de 1994

RESUMO

No município de Icapuí, no Estado do Ceará, foi realizado um estudo transversal em que foram estudadas 457 mulheres que tinham filhos vivos com idades entre 0 e 6 anos incompletos. Estas mulheres tiveram no seu conjunto 2011 gestas e 1783 nascidos vivos, com 311 óbitos de crianças. Os óbitos se concentraram em 77 mulheres que tiveram dois ou mais óbitos entre os seus filhos e foram responsáveis por 240 óbitos (77.2% do total), um grupo intermediário de 71 mulheres tiveram 1 óbito cada uma totalizando 71 óbitos (22.8%). O grupo de mulheres que teve dois ou mais óbitos possui como características uma maior idade no momento da pesquisa, maior número de gestações e filhos nascidos vivos, maior percentual de analfabetas, menor renda per capita, maior número de pessoas e menor disponibilidade de eletrodomésticos em suas casas. Na regressão logística a alfabetização materna não manteve seu efeito sobre a multimortalidade das crianças enquanto o tamanho da família mostrou um efeito protetor. As demais variáveis permaneceram com o comportamento evidenciado na análise bivariada. O resultado deste estudo confirma a estrutura da multimortalidade de crianças e permite delinear intervenções dirigidas às necessidades deste grupo de alto risco.

ABSTRACT

In the municipality of Icapuí, State of Ceará - Brasil, was developed a cross sectional study with 457 women with children aged from 0 to less than 6 years old. Those women had in their ensemble 2011 pregnancies and 1783 living babies with 311 children deceased. The deaths concentrated in 77 women which had two or more dead children and accumulated 240 cases of death among their children (77.2%). In an intermediary group composed by 71 women , with one child dead each one, were accumulated 71 deaths (22.8%). The group of women who had two or more deaths had characteristics as follows: higher age at the moment of the interview, higher number of pregnancies and living children births, higher proportion of illiteracy, lower per capita income, higher number of people at home and lower number of household utilities. At the logistic regression, the mother illiteracy did not keep its effect over the children multimortality while the number of people at home became protective. The other variables kept their behaviour showed at the bivariate analysis. The results of this study confirm the children multimortality structure and permits to design interventions directed to the needs of this high risk group.

INTRODUÇÃO:

A mortalidade de crianças, em especial aquelas menores de um ano de idade, reflete a condição de saúde-doença das populações. Este poderoso indicador é sabidamente influenciado em sua distribuição pelas condições sócio-econômicas das crianças e suas famílias. A condição de classe social é portanto, identidade inequívoca da maioria esmagadora dos óbitos infantis. O que surpreende e continua a gerar desafios para a compreensão é o fato de que dentre os mais desprivilegiados das sociedades, com um grau elevado de homogeneidade em termos de identidade de classe social e condições sócio-econômicas, existam importantes diferenças na distribuição dos óbitos de crianças. Os estudos realizados por Bronfman e Tuirán (1984)¹ no México, Valiente et al. (1982)¹ no Chile e por Machado et al. (1979)² na Venezuela, produziram achados reveladores: Bronfman encontrou que 9% das mulheres perderam mais de um filho, Valiente assinalou que 11% das famílias da Grande Santiago perderam dois ou mais filhos antes de completarem um ano de idade, e Machado reforçou que a mortalidade não se distribuía de forma eqüitativa entre as famílias das classes mais pobres. Em outro estudo Bronfman (1993)³, utilizando os dados da "Encuesta Nacional Demográfica" realizada pelo Conselho Nacional de População do México em 1982, revela que 5% das mulheres concentravam 50% das mortes infantis.

Przeworski (1982)⁴, esclarece as causas estruturais desta realidade ao afirmar que: "...se consideramos as relações em sua complexidade ... como uma estrutura de opções disponíveis (e não disponíveis) aos indivíduos localizados em lugares particulares dentro das relações de produção, então os padrões de inserção dentro do sistema de produção, de reprodução, de relações

conjugais e de migração não estão determinados unicamente pela localização de classe dentro das relações de produção. Pelo contrário, esperaríamos sistematicamente que a conduta de indivíduos que compartilhem uma localização de classe não fosse homogênea, devido precisamente às condições objetivas que estruturam as eleições".

O presente estudo, parte de um estudo domiciliar transversal sobre a situação de saúde das crianças de 0 a 6 anos incompletos de Icapuí - Ceará, procura descrever a ocorrência de multimortalidade ou seja a recorrência de óbitos de crianças entre as mães estudadas, observando as características destas mães e suas condições de vida em comparação com aquelas mulheres que não perderam ou perderam somente um filho, buscando definir os grupos de alto risco no interior dos setores que têm altas taxas de mortalidade, visando o planejamento e a execução das ações em saúde.

METODOLOGIA

O estudo se desenvolveu de agosto a setembro de 1991, cobrindo as comunidades dos distritos de Icapuí (sede) e Mutamba. Icapuí é um município litorâneo do Estado do Ceará, localizado na fronteira com o Rio Grande do Norte e que contava em 1991 com cerca de 13400 habitantes, sendo aproximadamente 4020 as mulheres em idade fértil (universo potencial deste estudo), com o que atingimos cerca de 12% deste universo através do inquérito domiciliar. As mulheres foram abordadas a partir da sua condição de mães de crianças vivas, cujas idades variassem entre zero e seis anos incompletos. O estudo cobriu de forma censitária todas as 462 mulheres, que tinham filhos biológicos (457) ou sociais (5), pertencentes à faixa etária do estudo. O

