

ÓBITO DE MENORES de 5 ANOS OCORRIDOS EM FAMÍLIAS RESIDENTES
NO BAIRRO DA COSTEIRA DO PIRAJUBAÉ, FLORIANÓPOLIS-SC.

por

E L I A N A M A R I L I A F A R I A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
FLORIANÓPOLIS - SC.

1980

E L I A N A M A R I L I A F A R I A

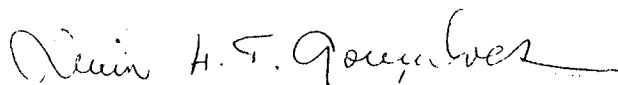
ÓBITO DE MENORES DE 5 ANOS OCORRIDOS EM FAMÍLIAS RESIDENTES
NO BAIRRO DA COSTEIRA DO PIRAJUBAÉ, FLORIANÓPOLIS-SC.

Dissertação apresentada à Uni-
versidade Federal de Santa Ca-
tarina para obtenção do Grau
de Mestre.

FLORIANÓPOLIS - SC

1980

Esta dissertação foi julgada .^a.dequada para a obtenção do título de MESTRE EM CIÊNCIAS DA ENFERMAGEM - OPÇÃO SAÚDE DO ADULTO, .^a.provada em sua forma final pelo programa de Pós-Graduação.



Dr.^a Lúcia Hisako Takase Gonçalves

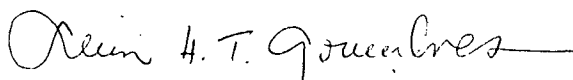
(Orientadora e Coordenadora do Curso)



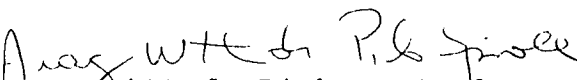
Mestra Maria de Lourdes Souza

(Coorientadora)

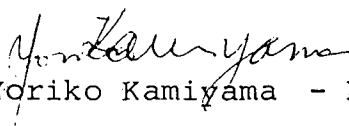
Apresentação perante a banca examinadora composta das professoras:



Dr.^a Lúcia Hisako Takase Gonçalves - Presidente



Dr.^a Aracy Witt de Pinho Spinola - Examinadora



Dr.^a Yoriko Kamiyama - Examinadora

A meus PAIS,
pela dedicação,
esforço e amor
em minha formação.

AGRADECIMENTOS

- AO PICD, CAPES, UFSC,
pelo apoio financeiro que possibilitou a realização deste trabalho.

- À Prof.^a LYDIA IGNES ROSSI,
Chefe do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo apoio concedido, favorecendo a concretização deste estudo.

- À Prof.^a LÚCIA HISAKO TAKASE GONÇALVES,
pela admirável acessibilidade e orientação na realização deste trabalho.

- À Prof.^a MARIA DE LOURDES DE SOUZA,
do Departamento de Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, pela disponibilidade, apoio, orientação e críticas na realização desta pesquisa.

- À Prof.^a SABINA LEA D. GOTLIEB,
do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pelas sugestões e críticas fundamentais para a obtenção dos resultados.
- À Prof.^a JUDITE COSTA,
da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, pelas apreciações preliminares deste trabalho.
- À Prof.^a AUGUSTA TEREZA DE ALVARENGA,
do Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pelas valiosas sugestões, quando da aplicação do índice do status sócio-econômico.
- Aos Prof^{os}. BEATRIZ B. CAPELA, INGRID ELSÉN, EDILZA MARIA R. SCHMITZ e ANTONIO DE MIRANDA WOSNY,
do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, pela valiosa ajuda na realização do pré-teste.
- Aos ACADÊMICOS da 4.^a à 7.^a fases - 78/2,
do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, pela participação na coleta de dados.
- Ao Acadêmico LUIZ HENRIQUE BONATELLI,
do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, pela parcela relevante na apuração preliminar dos dados.

- À Prof.^a CLEIDE PERON BÖELL,
do Departamento de Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo companheirismo na troca de referências bibliográficas.

- À INEZ HEINEN,
pela disponibilidade na revisão ortográfica dos manuscritos deste trabalho.

- À MARIA SALETE INACIO,
do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, pela disponibilidade no trabalho de datilografia.

- Às FAMÍLIAS residentes no Bairro da Costeira do Pirajubaé que, atendendo às solicitações formuladas, ofereceram suas próprias experiências, como fonte deste aprendizado.

- Aos AMIGOS,
pelo apoio e incentivo na realização deste trabalho.

RESUMO

Com a finalidade de verificar a mortalidade de menores de 5 anos, foram entrevistadas 602 famílias residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, município de Florianópolis-SC, e entre elas identificadas as que informavam ocorrência de óbitos, nesta faixa etária, durante o período de 1974 a 1978. Uma vez que em 151 famílias se registraram óbitos de menores de 5 anos para o período especificado, passou este grupo a representar a população de estudo.

São descritos 211 óbitos de menores de 5 anos e sua relação com a condição sócio-econômico-sanitária familiar. Estas informações foram obtidas em entrevista domiciliar.

Verificou-se, neste estudo, ser baixo o nível de status sócio-econômico e que há relação com a ocorrência dos óbitos informados pela família. A variável discriminatória da condição sócio-econômica foi identificada ser a renda e esta se relaciona com as condições de saneamento existentes.

Foi evidenciada a importância das causas infecciosas e parasitárias, para todos os grupos etários estudados, seguida das anomalias congênitas, para a idade de 0 — 28 dias e doenças do aparelho respiratório para idade de 28 d. — 1 ano e de 1 a. — 5 anos.

ABSTRACT

In order to determine the factors that relate to mortality for children under the age of five, we have interviewed 602 families in the district of Costeira de Pirajubaé, in the city of Florianópolis, state of Santa Catarina, from 1974 to 1978. Since among these families there were 151 that reported deaths of children under five during specified period, that group became the focus of the present study.

We have described 211 deaths of children under 5, and have attempted to show the relationship between these deaths and the socio-economic-sanitary conditions of the families. All information was obtained through home interviews.

A correlation was found to exist between low socio-economic level and the deaths that occurred in the families. A discriminatory variable of the socio-economic condition proved to be that of income, which in turn was shown to

have a bearing on the existing conditions of sanitation.

The major cause of child mortality was found to be infectious diseases and parasites in all the age-groups studied, followed by congenital deficiencies from the age of 0 to 28 days; and respiratory diseases from 28 days to 1 year and from 1 to 5 years.

SUMÁRIO

	Página
1 - INTRODUÇÃO	1
2 - OBJETIVOS	9
2.1. Objetivo Geral	9
2.2. Objetivos Específicos	9
3 - MATERIAL E MÉTODOS	11
3.1. População de estudo	11
3.2. Coleta de dados	11
3.2.1. Instrumento de coleta	11
3.2.2. Pré-teste	12
3.2.3. Treinamento dos entrevistadores	12
3.2.4. Controle dos entrevistadores	13
3.3. Tratamento dos dados	13
3.3.1. Apresentação das variáveis	13
3.3.2. Apresentação dos resultados	17
4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
4.1. Caracterização das condições sócio-econômicas familiares	18

	Página
4.2. Caracterização dos Óbitos de menores de 5 anos	32
5 - CONCLUSÕES	48
6 - SUGESTÕES	50
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	58

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
TABELA 1 - Distribuição da escolaridade da mulher e do marido ou responsável pelas famílias componentes do estudo, residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, município de Florianópolis-SC, 1979.	21
TABELA 2 - Caracterização da ocupação dos responsáveis pelas famílias residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, município de Florianópolis-SC, 1979.	22
TABELA 3 - Distribuição da renda per capita dos componentes das famílias estudadas no Bairro da Costeira do Pirajubaé, município de Florianópolis-SC, 1979.	23
TABELA 4 - Escore dos pontos obtidos na correlação de Pearson nas variáveis componentes do índice de <u>status</u> sócio-econômico da população de estudo.	23

TABELA 5 - Caracterização do nível <u>status</u> sócio-econômico das famílias componentes do estudo, residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, município de Florianópolis-SC, 1979.	24
TABELA 6 - Distribuição das famílias residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, segundo a fonte de água, Florianópolis-SC;1979.	26
TABELA 7 - Distribuição das famílias residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, segundo o tipo de tratamento domiciliar da água de ingesta, Florianópolis-SC, 1979.	28
TABELA 8 - Distribuição das famílias residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, segundo o tipo de privada disponível, Florianópolis-SC, 1979.	31
TABELA 9 - Distribuição das famílias residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, segundo o tipo de destino final dos dejetos , Florianópolis-SC, 1979.	31
TABELA 10 - Distribuição dos óbitos de menores de 5 anos ocorridos nos últimos 5 anos na população de estudo, segundo o grupo etário - rio, Florianópolis-SC, 1979.	33
TABELA 11 - Distribuição dos óbitos por grupo etário	

segundo as causas apontadas pelas famílias residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, município de Florianópolis-SC, 1979.

34

TABELA 12 - Distribuição dos óbitos por grupo etário, segundo o nível de status sócio-econômico das famílias residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, município de Florianópolis-SC, 1979.

38

TABELA 13 - Distribuição dos óbitos por grupo etário, segundo a renda das famílias residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, município de Florianópolis-SC, 1979.

39

TABELA 14 - Distribuição dos óbitos por grupo etário, segundo a fonte de água das famílias residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, município de Florianópolis-SC, 1979.

42

TABELA 15 - Distribuição dos óbitos por grupo etário, segundo o tipo de tratamento domiciliar da água de ingestão das famílias residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, município de Florianópolis-SC, 1979.

43

TABELA 16 - Distribuição dos óbitos por grupo etário, segundo o destino final dos dejetos usados pelas famílias residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, município de Florianópolis-SC, 1979.

44

1 - INTRODUÇÃO

A mensuração do estado de saúde de uma população tem sido realizada através de indicadores que expressam a ausência de saúde, a exemplo da morbimortalidade, caracterizando assim, a dificuldade de diagnosticar e controlar o evento saúde. Entretanto, estes indicadores podem ser de grande utilidade, se analisados em função da estrutura populacional.

Esta colocação vai ao encontro do que relata a OMS²⁷ que "a saúde não pode existir nas comunidades assoladas pela miséria e pela fome, onde há escassez de alimentos, água potável, as moradias são insalubres, os serviços públicos ou comunitários não existem ou são rudimentares".

De acordo com ROSSELOT³⁵ "a saúde materno-infantil na América Latina está ligada às características próprias do desenvolvimento global dos países e à dinâmica das mudanças na estrutura demográfica que se têm registrado neles. A situação de saúde materno-infantil na América Latina é a tradução da fisionomia sanitária global existente na maioria dos paí-

ses da região e que se caracteriza pela alta prevalência dos danos redutíveis".

Muito embora isto ocorra, LANDMANN¹⁴ afirma que "a responsabilidade pela saúde pública e pela saúde individual, pela atenção às necessidades sentidas e não sentidas, é uma responsabilidade social e política do Estado, e deve ser por ele mantida, através de um Sistema de Saúde, destinado a prover o indivíduo com recursos sócio-econômicos adequados, com meios sanitários eficientes, com proteção ecológica contra poluição, com processo contínuo de educação para a Saúde e com acesso universal à assistência médica dentro dos mesmos moldes que hoje existem, por exemplo, na Inglaterra e nos países escandinavos. A responsabilidade social do Estado só será efetiva se ela se acompanhar de uma participação ativa do indivíduo para participar e lutar em prol da resolução de seus problemas, inclusive, na área da Saúde".

Embora o diagnóstico de uma comunidade em geral seja feito com utilização de indicadores clássicos, com dados obtidos de fontes rotineiras e que podem ser incompletos, seletivos ou restritos, destaca-se a mortalidade infantil como indicador importantíssimo das condições de desenvolvimento social de uma população.

Segundo MONETTI et alii²³ "a mortalidade infantil , pela sua importância constitui excelente indicador do nível de saúde, bem como serve como expressivo índice das condições de vida das populações, dado o papel que estas próprias de - sempenham como fatores predisponentes do obituário infantil".

Nesta mesma linha, TERUEL⁴⁰ registra que "os elevados coeficientes de mortalidade na infância da América Latina refletem a importância dos problemas de saúde que, por natureza, trazem repercussões aos grupos etários mais jovens".

Em relação a este assunto o CENTRO DE DEFESA DA QUALIDADE DA VIDA⁹ relata que "o índice de mortalidade infantil no Brasil é dos mais altos do mundo. Em todas as capitais brasileiras, este índice atinge níveis assustadores, traduzindo as péssimas condições de vida da população em geral e das crianças em particular. Em 1974, Recife registrava o índice de 256 por mil nascidos vivos; Maceió, de 100; Belo Horizonte, de 115 e Porto Alegre, a taxa mais baixa, 54".

Para a capital de Santa Catarina, Florianópolis, este indicador atingiu 78,6 por mil em 1975, IBGE¹¹.

Relacionando a mortalidade infantil com as condições sociais e econômicas da população, salienta-se na literatura o que relata O Comitê de Experts em Mortalidade Infantil da OMS²⁸ que, "reconhece estar a saúde da mãe e da criança intimamente ligada com o estado geral da coletividade e submetida à influência direta da situação econômica predominante". Salienta-se também, "a amplitude e a complexidade dos fatores ambientais que atuam sobre a saúde deste grupo, e que se deve atentar para os aspectos sociais e às mudanças do meio ambiente, os quais exercem influência cada vez maior, no estado de saúde da população e principalmente no binômio mãe-filho".

Torna-se extremamente importante, ao se considerar

a realidade brasileira, que, segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE²¹ 70,98% da população total pertence ao grupo materno-infantil e deste, 15,43% à faixa etária de 0 a 4 anos. E, para o Estado de Santa Catarina, 62,1% do total da população é representado pelo grupo materno-infantil, com 15,6% deste, no grupo de menores de 5 anos, SECRETARIA DA SAÚDE³⁷.

Vários são os fatores que podem interferir no ciclo vital de uma população. E, "a interrelação dos fatores que afetam a mãe, o feto, o nascimento e o desenvolvimento pós-natal, constitui um aspecto sumamente importante para a análise no estudo de causas múltiplas e condições às quais se devem a morbidade e a mortalidade. Para compreender estas interrelações e associações, é preciso ter em conta também a cadeia de acontecimentos que conduzem à morte. Intimamente relacionado com estas considerações, está o fato de que as doenças e seus efeitos não são estáticos "PUFFER & SERRANO³⁴ .

Assim, a mortalidade infantil pode ser explicada como decorrente de vários fatores biológicos e sócio-econômicos, como relatam YUNES & RONCKEZEL⁴³ , PAIN³² , BRENNER⁶ , LESER¹⁶ e AROUCA⁴ , como também está a mortalidade infantil determinada, em grande parte, pelo fator econômico decorrente da política econômica do país.

A influência das condições sócio-econômicas na mortalidade infantil é universal e vários são os autores que a demonstram. NAGI & STOCKWELL²⁴ relatam "uma clara associação inversa entre status sócio-econômico e a mortalidade em todas as 9 (nove) principais causas de morte estudadas", para

MARKIDES & BARNES¹⁹ há "maior associação de mortalidade no grupo infantil tardio e status sócio-econômico, por ser este grupo mais vulnerável às variações do status sócio-econômico" e, enfatizam ainda que "a mortalidade infantil é mais sensível à variável renda do que à de educação e ocupação". Para SINGH³⁸, "a mortalidade em crianças depende grandemente do status social e tanto maior, menor será a mortalidade".

Seguindo a mesma linha AROUCA⁴, LESER¹⁷; MONETTI et alii²³, LAURENTI¹⁵, URRUSTI-SANZ⁴¹ e OPAS/OMS²⁹, relacionam a mortalidade de menores de 5 anos com as condições ambientais, representadas basicamente pela rede de água e esgoto, habitação e alimentação, o que caracteriza o nível de desenvolvimento da população.

Considera-se importante salientar os relatos de CAMARGO et alii⁷ acerca das condições ambientais e que para eles "as condições de vida de uma população dependem de uma série de fatores, ligados direta ou indiretamente às formas de produção de distribuição de riqueza. Tanto pelas condições em que se exerce o trabalho, como pela remuneração que determina seu acesso aos bens e serviços à disposição dos habitantes da cidade (...). Entre os objetos necessários à vida na cidade, muitos podem ser comprados individualmente, como os alimentos, roupas, casas (...). A distribuição do acesso a esses bens e serviços dependem diretamente da quantidade de dinheiro à disposição do eventual comprador, isto é, da distribuição de renda. Há serviços cujo uso é coletivo, embora o acesso a eles exija também pagamento individual - as redes de água e esgotos, eletricidade, telefones (...). Teoricamente estão à disposição de to

dos que possam pagar por eles".

Ressaltam em outra abordagem, como causa de mortalidade infantil, LAURENTI¹⁵ "(...) desnutrição e doenças infecciosas", PAPAEVANGELOU³³ "(...) prematuridade" LUBCHENCO et alii¹⁸ "(...) peso ao nascer, idade de gestação e qualidade de assistência ao recém-nascido", CIARI et alii¹⁰ "(...) prematuridade, atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido", VICTORA et alii⁴² "(...) desnutrição proteico-calórica".

BRENNER⁶ demonstrou que as causas de mortalidade no período pós-natal estão mais relacionadas com as condições do meio ambiente como: acidentes, doenças infecciosas, respiratórias e digestivas. LA LOZA SALVIDAR & FRANCO¹³ destacaram como causa de morbimortalidade as doenças infecciosas e parasitárias e observaram como primeira causa de mortalidade perinatal, a prematuridade. Nos relatos de MONETTI et alii²³ há registros de que 5,2% de óbitos perinatais são decorrentes de prematuridade nos casos em que não se conseguiu evidenciar nenhuma outra anormalidade além da prematuridade. Salientam ainda, estes autores o fato de que se verificam doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas e parasitárias como causa de óbito de menores de 1 (um) mês, sugerindo condições ambientais desfavoráveis e assistência inadequada ao recém-nascido.

Em relação à mortalidade infantil tardia cita ainda MONETTI et alii²³ como causa de óbito as moléstias do aparelho respiratório e moléstias infecciosas e parasitárias. As gastroenterites representaram 21% a 27% do total de óbitos, enquanto que as moléstias do aparelho respiratório 17% a 21%. Observando-se

assim, a predominância de óbitos decorrentes de doenças que se relacionam diretamente com o saneamento ambiental precário, deficiências nos programas de imunização e baixo nível econômico e cultural.

TERUEL et alii⁴⁰ em seus estudos de causas de mortalidade na infância, relata que "os dados publicados pela Organização Panamericana de Saúde, em 1968-1970, demonstram, para os óbitos de menores de 1 (um) ano, a importância das doenças próprias da primeira infância, correspondentes ao grupo XV da sétima revisão da Classificação Internacional de Doenças. Este grupo é seguido pelas infecciosas, com grande mortalidade as gastroenterites e pelas doenças do aparelho respiratório, principalmente as pneumonias e broncopneumonias. Para as crianças de 1 a 4 anos, são as doenças infecciosas e parasitárias que ocupam o primeiro lugar, notadamente as gastroenterites e enterocolites".

Para CAMARGO et alii⁷ as principais causas apresentadas de mortalidade infantil "ligam-se às doenças infecciosas, que se relacionam diretamente às carências de saneamento ambiental e à subnutrição, fatores que geralmente aparecem associados (...). No que se refere à alimentação, um diagnóstico oficial afirma: nas classes de renda mais baixa, o consumo de alimento, além de diminuir quantitativamente, constitui-se de alimentos de qualidade ou tipos inferiores, de menores preços (...). Com a diminuição do poder aquisitivo (queda do salário real), as classes mais pobres têm suas condições de alimentação sensivelmente prejudicadas (...). A desnutrição pode ser causa direta de morte e atuar como fator preponderante e agravante de doenças infecciosas, aumentando a taxa de mortalidade

infantil".

Inúmeros têm sido os estudos voltados para a mortalidade na infância e inegavelmente têm contribuído para que este indicador possa ser utilizado na análise das condições sócio-econômicas sanitárias. Mesmo assim, na realidade florianopolitana, muito pouco se tem documentado acerca da interferência da condição sócio-econômica sobre a mortalidade. Assim, considerando-se a oportunidade ímpar de iniciar um trabalho de comunidade, em um bairro do município de Florianópolis, que dista 5 Km do centro da cidade, decidiu-se apreender o evento morte de menores de 5 anos e suas relações com as condições sócio-econômicas e sanitárias.

O presente trabalho não visa analisar o evento morte através de coeficientes, muito embora, se reconheça a importância destes para análises comparativas. Isto, inclusive reflete as dificuldades próprias do setor saúde em termos de diagnóstico, quer para caracterização da população, quer para avaliação de programas assistenciais. Diante dessa dificuldade, estabeleceu-se como fonte de informação a família (representada pela Mãe) e como forma de abordagem preliminar dos aspectos sócio-econômicos sanitários, optou-se pelo índice de status sócio-econômico, fonte e tipo de tratamento domiciliar da água de ingestão, tipo da privada e destino final dos dejetos.

2 - OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Verificar a ocorrência de óbitos de menores de 5 anos no período de 1974 a 1978, no bairro da Costeira do Pirajubaé, município de Florianópolis-SC e sua relação com a condição sócio-econômica e saneamento básico.

2.2. Objetivos Específicos

2.2.1. Verificar a condição sócio-econômica familiar, segundo as variáveis: escolaridade do marido ou responsável e da mulher, ocupação do marido ou responsável e renda per capita dos componentes do grupo familiar.

2.2.2. Identificar qual das variáveis componentes do índice do status sócio-econômico exerce maior influência na determinação do mesmo.

2.2.3. Verificar as condições de saneamento básico, segundo a fonte de água, tipo de tratamento domiciliar da água de ingestão, tipo de privada e destino final dos dejetos.

2.2.4. Verificar a distribuição da ocorrência dos óbitos de menores de 5 anos, segundo os grupos etários: 0 — 28 dias, 28 dias — 1 ano e 1 — a 5 anos.

2.2.5. Relacionar as causas dos óbitos, ocorridos no período de estudo, segundo os grupos etários acima discriminados.

2.2.6. Estabelecer as relações entre nível sócio-econômico e a variável discriminatória do índice do status sócio-econômico com a ocorrência de óbitos, segundo os grupos etários estudados.

2.2.7. Relacionar a freqüência de óbitos com saneamento básico, nas seguintes variáveis: fonte de água, tipo de tratamento domiciliar da água de ingestão e destino final dos dejetos.

3 - MATERIAL E MÉTODOS

3.1. População de estudo

É representada pelo total de 151 famílias, residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, município de Florianópolis-SC, em que havia incidido óbitos de menores de 5 anos, durante o período de 1974 a 1978.

3.2. Coleta de dados

3.2.1. Instrumento de coleta

Para a obtenção dos dados, decidiu-se pela utilização do formulário, uma vez que as variáveis consideradas fundamentais para o estudo, encontravam-se no grupo das existentes e não registradas.

Na aplicação do formulário adotou-se a técnica de entrevista, pois a mesma permite a obtenção direta de informações específicas no instrumento. Esta técnica proporciona também a coleta da informação direta na fonte, redução do tempo

requerido para a investigação e menor número de não respostas.

3.2.2. Prê-teste

Elaborado o instrumento, o mesmo foi submetido ao pré-teste, com 25 famílias selecionadas aleatoriamente, no bairro da Serrinha, município de Florianópolis-SC. Serviram como entrevistadores 4 enfermeiros, professores do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina e a coordenadora da pesquisa.

Esperava-se com esta etapa do projeto, testar a operacionalidade do instrumento e efetuar as reformulações necessárias. Os resultados demonstraram a aplicabilidade do mesmo e as mudanças requeridas foram em termos de reformulações de perguntas, não havendo necessidade de substituição de conteúdo do instrumento.

3.2.3. Treinamento dos entrevistadores

O treinamento foi realizado num total de 5 horas, no qual foram discutidas as variáveis componentes do instrumento, visando maior uniformidade nas entrevistas e menor vício de interpretação do formulário. Aos entrevistadores* foram distribuídos formulários e mapas com especificação da área

* Serviram como entrevistadores acadêmicos de 4^a, 5^a, 6^a e 7^a fase do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, do ano de 1978/2.

a ser trabalhada, favorecendo desta forma acessibilidade aos domicílios e controle dos entrevistadores pela coordenadora da pesquisa.

3.2.4. Controle dos entrevistadores

Para facilitar esta atividade, a coordenadora da pesquisa permaneceu na área de estudo durante a realização das entrevistas e, após a execução das mesmas, os entrevistadores mantinham contato com a coordenação*, quando se verificavam as informações contidas, segundo a estrutura do formulário.

3.3. Tratamento dos dados:

3.3.1. Apresentação da sistematização das variáveis

3.3.1.1. Status sócio-econômico

Adotou-se a metodologia preconizada por ALVARENGA et alii³, cujas variáveis componentes do índice do status sócio-econômico são:

- ocupação do marido ou responsáveis pela família;
- escolaridade do marido ou responsável pela família;
- escolaridade da mulher e

* Atividade desenvolvida pela coordenadora da pesquisa e 2 (dois) acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, especialmente treinados para esta função.

- renda individual dos componentes do grupo familiar.

A variável ocupação, seguiu a escala de Gouveia (ANEXO II), referenciada por ALVARENGA et alii³ e reagrupadas segundo SOUZA³⁹, em 3 grupos ocupacionais:

1. "Ocupações manuais não especializadas. Ocupações manuais especializadas e assemelhadas. Supervisão de trabalho manual e ocupações assemelhadas.
2. Ocupações não manuais de rotina e assemelhadas. Posições mais baixas de supervisão ou inspeção de ocupações não manuais. Proprietários de pequenas empresas comerciais, industriais e agropecuárias.
3. Profissões liberais, cargos de gerência ou direção. Proprietários de empresas de tamanho médio. Altos cargos políticos e administrativos, proprietários de grandes empresas e assemelhadas".

A variável escolaridade é expressa em 10 categorias, conforme escala de ALVARENGA et alii³ abaixo discriminada:

- "1. analfabeto
2. sabe ler e escrever
3. primário incompleto
4. primário completo
5. ginásial incompleto
6. ginásial completo
7. colegial incompleto
8. colegial completo
9. superior incompleto
10. superior completo".

A variável renda, obteve-se da somatória mensal dos membros economicamente ativos da família e dividida pelo total de componentes do grupo familiar. Essa renda, abrange 6 níveis a seguir enumerados, com base no salário mínimo vigente em Santa Catarina, por ocasião do estudo, no valor de Cr\$ 2.140,00.

Níveis de renda:

- 1) 0,09 — 0,25% do salário mínimo
- 2) 0,26 — 0,50% do salário mínimo
- 3) 0,51 — 0,75% do salário mínimo
- 4) 0,76 — 1,00% do salário mínimo
- 5) 1,01 — 1,40% do salário mínimo
- 6) 1,41 — 1,66% do salário mínimo

O processo de elaboração do índice requeria informação das 4 variáveis. Apresentaram-se famílias com mulheres viúvas e mães solteiras sem companheiro (por ocasião da entrevista) e mulheres que não sabiam informar a escolaridade do marido ou companheiro. Neste caso, destinou-se às mesmas um marido fictício, cuja escolaridade foi identificada na moda da distribuição, e como ocupação, foi assumida a da mulher.

Selecionadas as variáveis, calculou-se o peso de cada uma, a partir da correlação de Pearson. Por essa técnica, o peso de cada variável na delimitação do "escore total da família", se apresentou como uma medida do quanto cada variável se correlaciona como uma nota resultante da consideração conjunta de todas as variáveis.

O tamanho da investigação e a opção a priori por 3

estratos permitiu dividir a amplitude de variação dos escores pelo número de escores previstos. Assim, obteve-se o intervalo de cada classe.

O valor mínimo encontrado acrescido do intervalo representaria o nível mais baixo do status, acrescido a ele o intervalo, encontrar-se-ia o valor inicial da classe posterior. Obteve-se assim, características de homogeneidade de classes através do intervalo, pois assumiram amplitude de escore igual e permitiria visualizar a distribuição heterogênea da população, em termos de status sócio-econômico.

3.3.1.2. Óbito

"Óbito é o desaparecimento permanente de todo sinal de vida em um momento qualquer posterior ao nascimento vivo (cessação das funções vitais posteriormente ao nascimento, sem possibilidade de ressuscitar) BERQUO⁵ .

Para fins de estudo esta variável foi classificada em 3 grupos:

- 1) 0 ┆ 28 dias - que representa os óbitos de menores de 28 dias, nascidos vivos - é o grupo considerado de óbitos infantis precoces ou neonatais.
- 2) 28 d. ┆ 1 ano - óbitos de crianças com 28 dias de vida a 11 meses e 29 dias. Representa os infantis tardios.
- 3) 1 a. ┆ 5 anos - óbitos de crianças de 12 meses completos a 4 anos e 11 meses e 29 dias.

3.3.1.3. Causas do óbito

A causa de óbito foi considerada aquela informada pela mãe ou responsável pela criança. Para maior operacionalidade, as causas foram agrupadas, segundo a 8ª Classificação Internacional de Doenças²².

3.3.1.4. Saneamento básico

"Saneamento é o conjunto de medidas visando modificar as condições do meio ambiente com a finalidade de prevenir doenças e promover a saúde", MINISTÉRIO DA SAÚDE²⁰.

Dentre todas as medidas de saneamento, neste estudo, para esta variável foram consideradas: fonte de água, tipo de tratamento domiciliar da água de ingestão, tipo de privada e destino final dos dejetos, especificadas no formulário (ANEXO I).

3.3.2. Apresentação dos resultados

A partir da apuração dos dados, decidiu-se pela apresentação tabular com frequência relativa por tratar-se de um estudo descritivo de uma determinada situação populacional.

As tabelas apresentam-se com dois tipos de resultados, assumindo o valor total 151 quando tratar-se do total de famílias e total 211, quando se tratar dos óbitos ocorridos no período especificado para o estudo.

4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Caracterização das condições sócio-econômicas familiares

Na tabela 1 os dados revelam que 51,6% dos chefes de família e 68,8% das mulheres não chegaram a completar o nível de escolaridade primário completo e destes, 23,8% dos homens e 27,8% das mulheres são analfabetos. Este percentual de não escolarização "analfabeto", evidenciado na população de estudo é bastante elevado em especial se compararmos com os resultados encontrados por SOUZA³⁹, na realidade florianopolitana onde, 2,2% dos homens e 3,2% das mulheres eram analfabetas, revelando a dificuldade de acesso à educação a que foi submetida a população do bairro da Costeira do Pirajubaé.

Observa-se ainda na tabela 1 que, o nível de escolaridade de maior frequência para o homem foi o de primário completo e para mulher o analfabeto. Poder-se-ia considerar a escolaridade do homem identificada pela moda como baixa por tratar-se somente do primário completo entretanto, quando compa

rado com a escolaridade da mulher "analfabeto", a do grupo masculino se revela privilegiado.

Considerando-se as atribuições e formas de pressões sociais para o homem na estrutura social vigente, era de se esperar que o homem apresentasse maior nível de escolaridade, a fim de que o mercado de trabalho o absorvesse.

Segundo URRUSTI-SANZ⁴¹, a mulher apresenta níveis mais baixos de escolaridade e tanto menor, quanto menor o nível sócio-econômico.

A tabela 2 evidencia a ocupação do marido ou responsável pelas famílias componentes do estudo. Destas 93,4% representam o nível ocupacional mais baixo, em geral assim representa a ocupação de assalariados. Estas não requerem formação educacional para seu desempenho uma vez que se trata das ocupações manuais. Estes dados são coincidentes com os de escolaridade apresentados na tabela 1.

A redução da percentagem é muito grande do primeiro grupo de ocupações para o segundo, 93,3% e 6,0% respectivamente. E, quando da consideração dos três níveis iniciando pelo mais baixo, os percentuais são de 93,4%, 6,0% e 0,7%.

Estes dados, em confronto com os encontrados por SOUZA³⁹ e ROSSI³⁶ na realidade florianopolitana, são muito diversificados, a exemplo da primeira que cita 43,4%, 37,4% e 19,2% para primeiro, segundo e terceiro nível ocupacional. A segunda autora apresenta 84,7%, 14,1% e 1,2%, para os três níveis ocupacionais iniciando pelo mais baixo.

A renda per capita evidenciada na tabela 3, caracteriza-se como população de assalariados em que 90,7% das famílias têm renda per capita de seus elementos inferior ou igual a 0,75% do salário mínimo. Expressando o salário mínimo vigente na época do estudo, este percentual em cruzeiros é igual a Cr\$ 1.605,00. E, se relacionarmos a renda com ocupação e escolaridade pode-se admitir a renda como elemento discriminador da condição sócio-econômica familiar, conforme se evidencia na tabela 4, quando se apresenta o total de escore dos pontos obtidos na correlação de Pearson das variáveis componentes do status sócio-econômico.

A posição discriminatória da renda pode ser melhor observada através da moda que permite apreender que cerca de 50% da população têm renda per capita igual ou inferior a meio salário mínimo.

Estes resultados vão ao encontro dos relatos de CAMARGO et alii⁷ que apresentam um percentual de 52,5% da população brasileira com renda igual ou inferior a um salário mínimo, no ano de 1972.

Parece mais grave a posição diferenciada da renda, se for observada a tendência da política salarial que segundo CAMARGO et etti⁷, sofre um abaixamento real do poder aquisitivo da população, pois maior proporção da população passa a representar o grupo dos não privilegiados economicamente.

TABELA 1 - Distribuição da escolaridade da mulher e do marido ou responsável pelas famílias componentes do estudo, residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, município de Florianópolis - SC, 1979.

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	HOMEM		MULHER	
	Nº	%	Nº	%
Analfabeto	36	23,8	42	27,8
Sabe ler e escrever	21	13,9	39	25,8
Primário incompleto	21	13,9	23	15,2
Primário completo	58	38,4	35	23,2
Ginasial incompleto	5	3,3	8	5,3
Ginasial completo	6	4,0	3	2,0
Colegial incompleto	2	1,3	-	-
Colegial completo	-	-	1	0,7
Superior incompleto	1	0,7	-	-
Superior completo	1	0,7	-	-
TOTAL	151	100,0	151	100,0

TABELA 2 - Caracterização da ocupação do responsável pelas famílias residentes no bairro da Costeira do Pirajubaá, município de Florianópolis-SC, 1979.

OCUPAÇÃO	Nº	%
Ocupações manuais não especializadas e ocupações manuais especializadas e assemelhadas. Supervisão de trabalho manual e ocupações assemelhadas	141	93,3
Ocupações não manuais de rotina e assemelhadas. Posições mais baixas de supervisão ou inspeção de ocupações não manuais. Proprietários de pequenas empresas comerciais, industriais e agropecuárias	9	6,0
Profissionais liberais. Cargos de gerência ou direção. Proprietários de empresas de tamanho médio. Altos cargos políticos e administrativos. Proprietários de grandes empresas e assemelhadas	1	0,7
TOTAL	151	100,0

TABELA 3 - Distribuição da renda per capita dos componentes das famílias estudadas no bairro da Costeira do Pirajubaê, município de Florianópolis-SC, 1979.

RENDA PER CAPITA (em salário mínimo)	Nº	%
0,09 — 0,25	47	31,1
0,26 — 0,50	68	45,0
0,51 — 0,75	22	14,6
0,76 — 1,00	12	7,9
1,01 — 1,40	1	0,7
1,41 — 1,66	1	0,7
TOTAL	151	100,0

TABELA 4 - Escore dos pontos obtidos na correlação de Pearson nas variáveis componentes do índice de status sócio-econômico da população de estudo.

VARIÁVEL	PONTOS OBTIDOS
Escolaridade do marido ou responsável pela família	0,2070
Escolaridade da mulher	0,2596
Ocupação do marido ou responsável pela família	0,4777
Renda individual dos componentes do grupo familiar	1,0000

TABELA 5 - Caracterização do nível status sócio-econômico das famílias componentes do estudo, residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, município de Florianópolis-SC, 1979.

NÍVEL DE STATUS SÓCIO-ECONÔMICO	Nº	%
baixo	98	64,9
médio	48	31,8
alto	5	3,3
TOTAL	151	100,0

Adotada a metodologia preconizada por ALVARENGA et alii³, os resultados da correlação de Pearson permitiram destacar como foi feito na análise das tabelas 3 e 4, a renda como variável determinante da condição sócio-econômica. Os dados expressos na tabela 5, demonstram que 96,7% da população é representada pelo nível baixo e médio do índice do status sócio-econômico. Há uma relação direta com o percentual 90,7% da população que percebe renda per capita igual ou inferior a 0,75% do salário mínimo.

Pode-se destacar ainda através da tabela 5 a condição social e econômica não favorável dos residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, pela utilização das três variáveis componentes do índice estudado. Entretanto, considera-se de fundamental importância salientar que este índice, mesmo com

a sua limitação teórica, correlaciona três variáveis interdependentes e reflete a situação sócio-econômica real da população estudada.

Nota-se que a incidência no nível 1 do índice do status sócio-econômico tem estreita relação com as variáveis componentes do mesmo, uma vez que há uma grande proporção de não escolarização "analfabeto", concentração maior nas ocupações manuais e a maioria da população auferindo menos de um salário mínimo, conseqüência também da ocupação exercida, que constitui a única fonte de renda.

Para se perceber a participação da condição sócio-econômica têm sido propostas diversas formas e apresentadas nos resultados expressos anteriormente e que podem ser relacionados com que considera CAMARGO et alii⁷. Citam os autores que "as condições de vida de uma população dependem de uma série de fatores, ligados direta ou indiretamente às formas de produção e distribuição da riqueza. Para a maioria da população de São Paulo, constituída de trabalhadores assalariados e de suas famílias, as relações de emprego são decisivas. Tanto pelas condições em que se exerce o trabalho, como pela remuneração que determina seu acesso aos bens e serviços à disposição dos habitantes da cidade".

Referem ainda os autores a relação das condições sócio-econômicas com os serviços da cidade que podem determinar "a qualidade de vida" da população. Destacam que objetos ou bens necessários à vida na cidade podem ser adquiridos basicamente de duas formas: individual ou coletivamente. Afirman que

"a distribuição do acesso a esses bens e serviços dependem diretamente da quantidade de dinheiro à disposição do eventual comprador, isto é, da distribuição de renda. Há serviços cujo uso é coletivo, embora o acesso a eles exija também pagamento individual: as redes de água e esgotos, eletricidade, telefones, os transportes coletivos, certos divertimentos públicos e atividades culturais (...)"

No presente trabalho, decidiu-se apreender a água em relação à fonte e tratamento domiciliar, tipo de privada disponível e destino final dos dejetos os quais, são apresentados a seguir

TABELA 6 - Distribuição das famílias residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, segundo a fonte de água, Florianópolis-SC, 1979.

FORNTE DE ÁGUA	Nº	%
Rede pública (tipo CASAN)	84	55,6
Cachoeira	52	34,4
Poço	15	10,0
TOTAL	151	100,00

Observando-se a tabela 6, evidencia-se que somente 55,6% da população estudada tem como fonte de água domiciliar

a rede pública de abastecimento. Se relacionarmos estes dados com renda per capita registrada na tabela 3, pode-se caracterizar na realidade estudada o que salienta CAMARGO et alii⁷, que "o acesso pode ser mais fácil ou mais difícil, não somente em função dos preços ou tarifas, mas também do investimento público ou privado necessário para sua instalação e funcionamento. Esse investimento, na maior parte das vezes, é decidido em função de sua rentabilidade possível, ou de sua "viabilidade". Isso significa que esses serviços são organizados, de preferência, para os consumidores que seguramente podem pagar por eles".

A instalação e funcionamento da rede pública de abastecimento de água para a Costeira do Pirajubaé têm sido gradativa e este percentual obtido de 55,6% da população abastecida com esta rede parece questionável, se é decorrente da própria implantação gradativa desta facilidade à população, ou se decorrente do poder aquisitivo que a faz utilizar a cachoeira como fonte de abastecimento de água de 34,4% das famílias ali residentes.

Os dados da tabela 7 permitem complementar o questionamento em relação à água e poder aquisitivo, uma vez que somente 7,9% fervem a água de ingesta.

Questiona-se ainda se a qualidade da água de ingesta poderia ser influenciada pela escolaridade, em termos de conhecimento da necessidade da fervura da água ou se a população sabe deste tratamento requerido, mas não o faz em função do custo operacional.

TABELA 7 - Distribuição das famílias residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, segundo o tipo de tratamento domiciliar da água de ingesta, Florianópolis-SC, 1979.

TIPO DE TRATAMENTO DOMICILIAR DA ÁGUA DE INGESTA	Nº	%
Filtrada	32	21,2
Fervida	12	7,9
Sem qualquer tratamento	107	70,9
TOTAL	151	100,0

Entretanto, JELLIFFE¹² considera que a água de ingesta para menores de 1 ano deve ser fervida para profilaxia das doenças diarréicas e parasitárias; para ALCANTARA & MARCONDES¹, a água, se de rede pública, pode ser administrada sem fervura mas, filtrada. Salienta-se que o percentual de famílias que fervem a água é baixo, se comparado com os resultados encontrados por ROSSI³⁶, 81%. Muito embora se considere o que registra ALCANTARA & MARCONDES¹, 70,9% das famílias, ingerindo a água sem qualquer tratamento domiciliar, parece representar um risco, pois a qualidade da água da rede pública é discutível, não em função do tratamento empregado, mas em decorrência da própria rede.

Assume ainda maior importância quando se observa a

tabela 6, cujos dados demonstram que 44,4% das famílias têm como fonte de água a cachoeira e poço. E, estas duas fontes relacionadas ao tipo de área geográfica em termos de localização e relevo, a probabilidade da contaminação e poluição da água é muito maior, muito embora não constitua objeto deste estudo, e conseqüentemente requerendo tratamento domiciliar adequado.

Em relação ao tipo de privada, apresenta-se na tabela 8 uma classificação de 4 tipos e estes podem ter relação direta com o poder aquisitivo da população e outras facilidades já existentes, como a água de rede pública.

Na tabela 8, observa-se que 47,0% da população do estudo tem privada em área externa da casa e que desta 40,4% sem instalação hidráulica. O percentual de 44,4% da população estudada que não tem abastecimento de água por rede pública apresentado na tabela 6, poderia estar relacionado com 40,4% do total das famílias, cujo tipo de privada é externa, sem instalação hidráulica.

Considera-se ainda de fundamental importância, não o fato da privada ser em área externa ou interna da casa, com ou sem instalação hidráulica, mas os dados apresentados na tabela 9, que revelam fatores que poderiam constituir um risco para a qualidade da vida, uma vez que 60,3% têm como destino final dos dejetos: fossa seca, fossa negra, curso d'água e a céu aberto, ainda agravado pela própria caracterização geográfica da área.

Segundo MINISTÉRIO DE SAÚDE²⁰, representam soluções não sanitárias: fossa negra, privada construída sobre curso d'água, privada sem fossa, privada com lançamento dos dejetos na superfície do solo, fossa seca escavada próxima a poços e fontes e que representam a maior proporção 60,3% da população, que utiliza esses recursos em área que dista apenas 5 km do centro de Florianópolis. Este mesmo documento recomenda como medida sanitária, privada com fossa estanque, fossa química (...), bem como, reputam a rede pública como de grande importância sanitária.

Os dados da tabela 9 vão de encontro ao que referem NORONHA & GUIMARÃES²⁶, em que a proporção de municípios cobertos por serviços de esgotos sanitários é 26,1% no ano de 1970.

O destino dos dejetos, como medida adequada, segundo referem MINISTÉRIO DA SAÚDE²⁰, NORONHA & GUIMARÃES²⁶ CAMARGO et alii⁷, é acessível somente a 39,7%, sendo 20,5% para rede pública e 19,2% fossa séptica, dados esses expressos na tabela 9.

TABELA 8 - Distribuição das famílias residentes no bairro da Costeira do Pirajubaê, segundo o tipo de privada disponível, Florianópolis-SC, 1979.

TIPO DE PRIVADA	Nº	%
Interna com instalação hidráulica	76	50,3
Interna sem instalação hidráulica	4	2,7
Externa com instalação hidráulica	10	6,6
Externa sem instalação hidráulica	61	40,4
TOTAL	151	100,0

TABELA 9 - Distribuição das famílias residentes no bairro da Costeira do Pirajubaê, segundo o tipo de destino final dos dejetos, Florianópolis-SC, 1979.

DESTINO FINAL DOS DEJETOS	Nº	%
Rede Pública (municipal)	31	20,5
Fossa séptica	29	19,2
Fossa seca	30	19,9
Fossa negra	11	7,3
Curso d'água	22	14,6
A céu aberto	28	18,5
TOTAL	151	100,0

4.2. Caracterização dos óbitos de menores de 5 anos:

"A mortalidade infantil pela sua importância constitui excelente indicador do nível de saúde, bem como, serve como expressivo índice das condições de vida das populações, dando o papel que estes próprios desempenham com os fatores predisponentes do obituário infantil". Este relato de MONETTI et alii²³ é acrescido da indicação do que "convencionou-se chamar Coeficiente de Mortalidade Infantil - a relação entre o número de óbitos de menores de 1 ano e total de nascidos vivos, ocorridos durante um ano civil, em determinado local e calculados na base de mil nascidos vivos".

Muito embora seja reconhecida a necessidade de estudos de mortalidade através de indicadores, a exemplo do anteriormente citado, este não é o único meio de estudar o fenômeno morte. Assim, baseados nos objetivos do presente trabalho e na metodologia proposta, decidiu-se apresentar a mortalidade de menores de 5 anos baseados na informação familiar, sem no entanto, elaborar indicador e sim apresentar os resultados em percentuais.

Segundo OZÓRIO³¹, a mãe representa o elemento fundamental para o sucesso de qualquer programa de controle da morbimortalidade infantil por diarreia. E, se ela assume este papel, no presente trabalho representa a fonte principal de informações.

Observa-se, na tabela 10, que 70,6% dos óbitos ocorridos foram atribuídos a menores de 1 ano.

Mesmo que não se utilize a padronização teórica indicada para coeficiente de mortalidade infantil, os dados desta tabela vão ao encontro da expectativa teórica, uma vez que os óbitos de menores de 1 ano são mais freqüentes do que de 1 a 5 anos, explicável pela maior vulnerabilidade que têm os menores de 1 ano.

TABELA 10 - Distribuição dos óbitos de menores de 5 anos ocorridos nos últimos 5 anos na população de estudo, segundo o grupo etário, Florianópolis-SC, 1979.

GRUPO ETÁRIO	ÓBITOS	Nº	%
0	— 28 dias	55	26,1
28 d.	— 1 ano	94	44,5
1 a.	— 5 anos	62	29,4
TOTAL		211	100,0

Do total dos óbitos ocorridos nos menores de 1 ano 36,9% pertencem ao grupo de menores de 28 dias e o percentual restante 63,1% ao grupo de 28 dias a 1 ano. Estes resultados, quando comparados aos relatados por TERUEL et alii⁴⁰, não têm a mesma caracterização, especificamente em óbitos de menores de 1 ano, pois estes autores encontraram 53,3% dos óbitos pertencentes ao grupo de menores de 28 dias, enquanto que, de 28 dias a 1 ano o percentual encontrado foi de 46,7%. Para o total de óbitos de menores de 5 anos, estes autores relatam que 85,1% para os menores de 1 ano, restando 14,9% para os óbitos de 1 a 5 anos.

TABELA 11 - Distribuição dos óbitos por grupo etário, segundo as causas apontadas pelas famílias residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, município de Florianópolis-SC, 1979.

CAUSAS DE ÓBITO	ÓBITOS POR GRUPO ETÁRIO						TOTAL	
	0 - 28 dias	28 d. - 1 ano	1 a. - 5 anos	Nº	%	Nº		%
Doença infecciosa e parasitária	12	41,3	45	63,4	33	64,7	90	59,6
Doença do aparelho respiratório	2	7,0	17	24,0	9	17,6	28	18,5
Doença do aparelho circulatório	-	-	5	7,0	1	2,0	6	4,0
Anomalia congênita	9	31,0	1	1,4	1	2,0	11	7,3
Acidente	-	-	2	2,8	5	9,8	7	4,7
Prematuridade	3	10,3	-	-	-	-	3	2,0
Asfixia durante o parto	2	7,0	-	-	-	-	2	1,3
Outras causas	1	3,4	1	1,4	2	3,9	4	2,6
TOTAL	29*	100,0	71*	100,0	51*	100,0	151*	100,0

* O total exclui os óbitos cujas famílias não souberam informar a causa morte.

Os dados da tabela 11 permitem evidenciar que os percentuais de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias se elevam, à medida em que a faixa etária é maior. Considera-se muito importante o percentual de 41,3% para os menores de 28 dias, se relacionado à taxa de óbitos por prematuridade, 10,3% e o que refere LAURENTI¹⁵ de que "a mortalidade por diarreia foi alta no período neonatal e de que a metade desses óbitos ocorreu durante a internação em hospitais".

Salienta ainda este autor que "a prematuridade é condição bastante grave que leva o recém-nascido a permanecer mais tempo no berçário, aumentando o risco de adoecer de doença diarreica".

Embora este estudo não tenha a caracterização de nascimento intra e extra hospitalar, e se os óbitos ocorridos por doença infecciosa e parasitária de menores de 28 dias, estavam associados à prematuridade e maior permanência no berçário, considera-se de grande importância o fato destes óbitos serem passíveis de redução a nível de berçário.

Enquanto que os óbitos decorrentes de doenças infecciosas e parasitárias em menores de 28 dias seriam praticamente intra institucionais, os de 28 dias a 1 ano e de 1 ano a 5 anos que alcançaram respectivamente 63,4% e 64,7% são passíveis de redução por medidas simples, de ordem coletiva como: saneamento básico e vacinação.

Mesmo assim, ainda se encontram registros, como os de OZÓRIO³¹, que relata "nos países em via de desenvolvimento as doenças diarreicas são uma das três primeiras causas de

mortalidade na infância, com total anual de óbitos que se calcula entre 5 a 18 milhões, e que, segundo alguns autores chega a 20 milhões. Entre as crianças menores de 3 anos, as doenças diarréicas são a causa de morte mais freqüente".

Estes relatos de doenças diarréicas como causa de morte são enfocados por LAURENTI¹⁵, OMS²⁷, JELLIFFE¹², ALCANTARA & YUNES², CARVALHEIROS et alii⁸ e MONETTI et alii²³,

Como segunda causa de óbito, para menores de 28 dias, apresentam-se as anomalias congênitas com um percentual de 31,0% indo ao encontro da expectativa teórica. Para o grupo de 28 dias a 1 ano e de 1 ano a 5 anos, a segunda causa de óbito mais importante, são as doenças do aparelho respiratório com 24,4% e 17,6%, respectivamente.

Para os menores de 28 dias aparece a prematuridade com 10,3%, o que segundo PUFFER & SERRANO³⁴, "o peso ao nascer é, claramente, uma variável importantíssima na avaliação do estado de saúde do recém-nascido. É um fator que condiciona a sobrevivência da criança, assim como seu futuro crescimento e desenvolvimento. A Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância revelou ter sido excessivo o papel desempenhado pela imaturidade na mortalidade, nos projetos da América Latina".

Segundo CIARI et alii¹⁰, referem que a prematuridade no município de Osasco-SP, apareceu referida em mais de um terço dos atestados de óbitos, representando assim, um problema de saúde pública.

Para as crianças na faixa etária de 28 dias a 1 ano, surpreende o aparecimento de doenças do aparelho circulatório como 3ª causa de óbito neste grupo, uma vez que na literatura estudada, não se encontrou explicação para este resultado.

Em relação à criança de 1 ano a 5 anos, a 3ª causa de óbito aparece com 9,8% os acidentes, muito embora a OMS²⁷ apresente como causa de óbito, acidentes, neste grupo etário, para os países desenvolvidos*.

Considerando ainda os dados da tabela 11, relativos às causas de óbitos, parece ainda importante relacionar a proporção das doenças do aparelho respiratório com asfixia durante o parto, que alcançaram percentuais equivalentes nos menores de 28 dias.

* Dois fatores parecem explicar este índice de acidentes: precária sinalização na via asfaltada que percorre o bairro, conduzindo ao campo de aviação Hercílio Luz e Centro da cidade e ainda por ser a Costeira do Pirajubaé ribeirinha a baía sul.

TABELA 12 - Distribuição dos óbitos por grupo etário, segundo o nível de status sócio-econômico das famílias residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, município de Florianópolis - SC, 1979.

NÍVEL DE STATUS SÓCIO ECONÔMICO	0 - 28 dias		28 d. - 1 ano		1 a. - 5 anos		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baixo	38	69,1	62	66,0	43	69,4	143	67,8
Médio	15	27,3	27	28,7	19	30,6	61	28,9
Alto	2	3,6	5	5,3	-	-	7	3,3
TOTAL	55	100,0	94	100,0	62	100,0	211*	100,00

* Refere-se ao total de óbitos de menores de 5 anos ocorridos no período de estudo nas 151 famílias.

TABELA 13 - Distribuição dos óbitos por grupo etário, segundo a renda das famílias residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, município de Florianópolis-SC, 1979.

RENTA PER CAPITA (em salário mínimo)	0 - 28 dias		28 d. - 1 ano		1 a. - 5 anos		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
0,09 - 0,25	20	36,4	23	24,5	22	35,5	65
0,26 - 0,50	24	43,6	47	50,0	24	38,7	95
0,51 - 0,75	7	12,7	14	14,8	11	17,7	32
0,76 - 1,00	4	7,3	9	9,6	4	6,5	17
1,01 - 1,40	-	-	-	-	1	1,6	1
1,41 - 1,66	-	-	1	1,1	-	-	1
TOTAL	55	100,0	94	100,0	62	100,0	211*

* Refere-se ao total de óbitos de menores de 5 anos ocorridos no período de estudo nas 151 famílias.

Os dados da tabela 12 evidenciam que quanto mais elevado o nível de status sócio-econômico, menor o percentual de ocorrência de óbitos, independente da faixa etária. No nível mais baixo de status cerca de 69,1%, 66,0% e 69,4% respectivamente para menores de 28 dias, 28 d. a 1 ano e 1 a. a 5 anos, houve maior concentração de óbitos. No nível médio o maior percentual de óbitos foi para o grupo etário de 1 a 5 anos, com o percentual de 30,6%.

Estes dados vão ao encontro do que relata a OMS²⁷ uma vez que, os óbitos de menores de 5 anos revelam a condição sócio-econômica da população e, "a saúde não pode existir nas comunidades assoladas pelas miséria e pela fome, onde a escassez de alimentos e água potável, as moradias são insalubres, os serviços públicos ou comunitários não existem ou são rudimentares. A existência de poucos dados fidedignos para a avaliação dos problemas de saúde desses grupos altamente prioritários, no âmbito da assistência à saúde e do progresso social, não deixa de ser irônica e paradoxal".

Para MARKIDES & BARNES¹⁹, há associação entre mortalidade infantil e status sócio-econômico e relatam que não é tão grande a associação entre a mortalidade neonatal (0 a 28 dias) e status. Afirmam ainda, que a maior associação está no grupo infantil tardio, por ser este grupo mais vulnerável às variações da condição econômica. Sugerem que a variável do status sócio-econômico mais sensível é a renda.

Segundo SINGH³⁸ a mortalidade em crianças depende do status social, pois quanto mais elevado o nível de status,

menor a mortalidade.

A frequência do óbito segundo MARKIDES & BARNES¹⁹ é muito mais sensível à variável renda em termos de variáveis componentes do índice do status sócio-econômico e isto pode ser evidenciado, quando na tabela 13, os dados apresentam que a partir de 0,76% do salário mínimo, a percentagem de óbitos cai cerca de 5 vezes ao do primeiro grupo de renda per capita que equivale a 0,25%. Segundo LESER¹⁷, a capacidade aquisitiva medida pelo salário mínimo real é um dos fatores do aumento da taxa de mortalidade infantil, o que mais uma vez explica teoricamente os resultados encontrados neste estudo.

Vários são os autores que referem ser tanto mais alta a mortalidade infantil quanto mais baixo for o poder aquisitivo da população, dentre os quais se destaca: URRISTISANZ⁴¹, LESER¹⁷, PAIN³², AROUCA⁴ e YUNES & RONCKEZEL⁴³.

TABELA 14 - Distribuição dos óbitos por grupo etário, segundo a fonte de água das famílias residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, município de Florianópolis-SC, 1979.

FONTE DE ÁGUA	0 - 28 dias		28 d. - 1 ano		1 a. - 5 anos		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Rede Pública (tipo CASAN)	28	51,0	53	56,4	35	56,4	116
Cachoeira	19	34,5	33	35,1	22	35,5	74
Poço	8	14,5	8	8,5	5	8,1	21
TOTAL	55	100,0	94	100,0	62	100,0	211*

* Refere-se ao total de óbitos de menores de 5 anos ocorridos no período de estudo nas 151 famílias.

TABELA 15 - Distribuição dos óbitos por grupo etário, segundo o tipo de tratamento domiciliar da água de ingesta das famílias residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, município de Florianópolis-SC, 1979.

TIPO DE TRATAMENTO DOMICILIAR D'ÁGUA	0 - 28 dias		28 d. - 1 ano		1 a. - 5 anos		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Filtrada	9	16,4	22	23,4	12	19,4	45 21,3
Fervida	4	7,2	9	9,6	2	3,2	15 7,1
Sem qualquer tratamento	42	76,4	63	67,0	48	77,4	151 71,6
TOTAL	55	100,0	94	100,0	62	100,0	211* 100,0

* Refere-se ao total de óbitos de menores de 5 anos ocorridos no período de estudo nas 151 famílias.

TABELA 16 - Distribuição dos óbitos por grupo etário, segundo o destino final dos dejetos usados pelas famílias residentes no bairro da Costeira do Pirajubaé, município de Florianópolis-SC, 1979.

DESTINO FINAL DOS DEJETOS	0 - 28 dias		28 d. - 1 ano		1 a. - 5 anos		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Rede Pública (municipal)	8	14,5	19	20,2	18	29,0	45
Fossa séptica	14	25,4	18	19,1	9	14,5	41
Fossa seca	11	20,0	22	23,4	12	19,4	45
Fossa negra	4	7,3	6	6,4	4	6,5	14
Curso d'água	9	16,4	12	12,8	8	12,9	29
A céu aberto	9	16,4	17	18,1	11	17,7	37
TOTAL	55	100,0	94	100,0	62	100,0	211*

* Refere-se ao total de óbitos de menores de 5 anos ocorridos no período de estudo nas 151 famílias.

Os dados da tabela 14 tratam da relação entre fonte de água e óbitos, por grupo etário. Surpreende o fato de que a maior concentração de óbitos em todas as idades é nas famílias que têm como fonte de abastecimento de água a rede pública. A seguir, na cachoeira, com a proporção equivalente em todas as faixas de idade, e poço, com maior proporção em menores de 28 dias. Questiona-se estes dados se a maior proporção de óbitos atribuídos às famílias cuja fonte de água é a rede pública e cachoeira, se dependem da predominância dessas fontes de abastecimento, ou da ocorrência de algum outro fator que esta pesquisa não apreendeu.

Mas, ao se relacionar os dados expostos acima com os evidenciados na tabela 15, pode-se destacar como absorvidos das taxas de óbitos as famílias que não efetuaram nenhum tratamento domiciliar da água de ingesta. Pode-se assim, constatar nesta população o que relatam LESER¹⁶, JELLIFFE¹², ALCANTARA & YUNES², OMS²⁷, OZORIO³¹ e MONETTI et alii²³ de que, a quantidade e, em especial, a qualidade da água influi na quantidade de óbitos. Nesta mesma tabela 15, evidenciou-se que a menor proporção de óbitos foi nas crianças que receberam água de ingesta submetida à fervura.

Os dados evidenciados na tabela 16, complementam ainda a relação óbito-condições de saneamento e demonstram, não isoladamente, mas, quando associados aos recursos sanitários representados por fossa seca, fossa negra, curso d'água e a céu aberto, para o destino final dos dejetos, que contribuem com cerca de 60% do total dos óbitos em todas as faixas etá -

rias.

Assim se evidenciou o que relatam CAMARGO et alii⁷, em termos de qualidade de vida, a presença ou ausência de determinadas facilidades ambientais, como demonstra AROUCA⁴ de que "a produção das doenças é decorrente de fatores ambientais e que os serviços de saúde, explicitamente os de atenção médica, estão impotentes diante do quadro mórbido da população, desde que a mortalidade nos descortina a grande proporção de mortes por causas evitáveis diante do arsenal técnico e científico de que a medicina pode hoje lançar mão no país. Poderíamos, enfim, dizer que as doenças produzidas pelo "meio ambiente" seguem seu desenlace "natural", como que aprisionadas na classificação dos diagnósticos feitos por mãos de profissionais armados pelas técnicas de manipulação de matérias vivas, objetos e dados".

Além dos comentários acima citados, destaca-se o que a OMS³⁰ relata que, na América Latina 40% de sua população não tem acesso aos serviços de saúde e reconhece que cerca de 68% dos egressos hospitalares são constituídos por indivíduos portadores de doenças evitáveis ou que podem ser tratados a nível de ambulatório.

Neste sentido, é necessário que os profissionais da área de saúde revejam seus valores e suas ações como agentes de saúde, uma vez que as forças sociais, econômicas e políticas estão a descortinar uma gama de doenças que, pela sua origem, podem ser resolvidas a nível de comunidade.

Assim, o profissional de enfermagem, na sua trajetória histórica, necessita rever também seus valores e ações, frente à problemática de saúde vigente no país. NOGUEIRA²⁵ em seu trabalho relata que "as enfermeiras não estão sendo preparadas de acordo com as necessidades e recursos da população, pois as Escolas de Enfermagem centralizam sua atenção na teoria e na prática da assistência aos enfermos hospitalizados, dando pouca ou nenhuma atenção à promoção e proteção da saúde, bem como à reabilitação do indivíduo, após a alta hospitalar. Nos cursos descuida-se, inclusive, da assistência aos enfermos não internados em instituições, não levando em consideração que, em qualquer comunidade, o seu número supera, em muito, ao mundo dos enfermos hospitalizados".

Considera-se ser de fundamental importância que os assuntos "não específicos de enfermagem", a exemplo do fenômeno óbito em seu núcleo de ocorrência, seja também estudado por profissionais de enfermagem. E, conseqüentemente, a enfermagem passará a assumir as suas responsabilidades com maior abrangência e assim contribuir mais efetivamente para o desenvolvimento da comunidade. Desenvolvimento este, em bases reais em que haja integração entre necessidades sentidas pela população e atendimento técnico satisfatório.

5 - CONCLUSÕES

Após o relato e análise dos dados obtidos neste estudo decidiu-se apresentar para a população residente no bairro da Costeira do Pirajubaé, município de Florianópolis, por ocasião do estudo, as seguintes conclusões:

- O nível sócio-econômico é baixo, uma vez que 64,9% das famílias pertence ao nível considerado como baixo para o índice do status sócio-econômico.
- A variável discriminatória do nível do status sócio-econômico é a renda, mesmo diante da escolaridade modal ter sido primário completo para o homem e a não escolarização para a mulher. A ocupação reflete o que demonstrou a renda, ser a população predominante de assalariado.
- O poder aquisitivo da população foi identificado como muito baixo uma vez que, 90,7% das famílias têm como renda per capita de seus componentes um valor igual ou inferior a 0,75% do salário mínimo.

- 55,6% das famílias têm como fonte de abastecimento de água a rede pública, cachoeira com 39,4% e poço com 10,0% e que 70,9% das famílias não dão nenhum tipo de tratamento domiciliar à água de ingesta.
- 50,3% das famílias têm suas privadas dentro de casa com instalação hidráulica e 40,4% as têm fora de casa e sem instalação hidráulica.
- 60,3% das famílias dão um destino final aos dejetos erroneamente , ou seja , medidas não consideradas sanitárias e apenas 20,5% têm ligação com a rede de esgoto.
- 70,6% dos óbitos de menores de 5 anos pertencem ao grupo de 0 a 1 ano e destes 26,1% aos menores de 28 dias.
- Como primeira causa de óbitos em todos os grupos etários, aparecem as doenças infecciosas e parasitárias; a segunda, no grupo de 0 a 28 dias, as anomalias congênitas e para os grupos de 28 dias a 1 ano e 1 ano a 5 anos,, as doenças do aparelho respiratório.
- Quanto mais baixo for o nível sócio-econômico, tanto maior é a ocorrência de óbitos.
- Maior concentração de óbitos em todas as idades nas famílias que tem como fonte de abastecimento

de água a rede pública e destino final dos dejetos inadequados; com menor proporção naquelas que submetem a água de ingestão à fervura.

6 - SUGESTÕES

O presente estudo proporcionou questionamentos e alguns deles passam a integrar o capítulo de sugestões:

- Que as entidades formadoras de recursos humanos , em especial, na área de Enfermagem, projetem cursos ou reformulações curriculares, em que haja formação do profissional para atender às reais necessidades da população e não somente as que se encontram em ambientes restritos como o hospital.
- Que estudos desta natureza sejam feitos quando de um trabalho contínuo no seio da comunidade e não somente com a finalidade didática ou de investigação.
- Quando do processo de formação de recursos humanos seja proporcionado analisar trabalhos deste tipo, em função do conhecimento da estrutura da comunidade.

- Que as entidades formadoras de recursos humanos ou mantenedoras de serviços de Saúde, integrem a comunidade e a valorizem não só no processo de informação, mas na tomada de decisões na solução de seus problemas.

7 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. ALCÂNTARA, P. de & MARCONDES, E. Pediatria básica. 5. ed. São Paulo, Sarvier, 1975, v. 1. p. 88.
2. ALCÂNTARA, P. de & YUNES, J. Etiologia geral de morbilidade e da mortalidade da criança. In: ALCÂNTARA, P. de & MARCONDES, E. Pediatria básica, 5. ed. São Paulo, Sarvier, 1975, v. 1. p. 29-43.
3. ALVARENGA, A.T. et alii. Índice de status sócio-econômico da família da mulher grávida que frequenta o Centro de Saúde Geraldo Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Revista Saúde Publ., São Paulo, 7:351-67, 1973.
4. AROUCA, A.T. Análise dos detérminantes das condições de saú de da população brasileira. In: GUIMARÃES, R. et alii. Saúde e Medicina no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1978. p. 147-51.

5. BERQUÓ, E. et alii. Estatística vital. 9. ed. São Paulo, 1972. 217 p., (mimeografado).
6. BRENNER, M.H. Fetal, infant and maternal mortality during periods of economic instability. International Journal of Health Services, USA , 3(2): 145-59, 1973.
7. CAMARGO, C.P.F. de et alii. São Paulo 1975 Crescimento e Pobreza. 5. ed. São Paulo, Loyola, 1976. 155 p.
8. CARVALHEIRO, J. da R. et alii. Contribuição das doenças infecciosas e parasitárias na morbimortalidade de Ribeirão Preto, Revista Saúde Publ., São Paulo, 13: 203-7, 1977.
9. CENTRO DE DEFESA DA QUALIDADE DA VIDA, Rio de Janeiro. A situação da criança no Brasil. Rio de Janeiro, 1979. 52 p.
10. CIARI, C. et alii. Óbitos de prematuros no município de Osasco, Revista Saúde Publ., São Paulo, 7: 343-9, 1973.
11. INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA. Registro Civil do Brasil. 1975. 282 p.
12. JELLIFFE, D.B. La salud del niño en los trópicos. In: Manual práctico para el personal médico y paramédico. OPAS/OMS, 1978. 206 p. (Publicacion Científica, 361).
13. LA LOZA SALVIDAR, A. & FRANCO, L.A. Avances en los niveles de salud en México em 1974. Sal. Publ. Mex. 18(5):301-24, 1976.

14. LANDMANN, J. Saúde e Assistência médica; Determinantes. Revista Brasil. de Educ. Médica. 2(2): 55-80, agosto 1978.
15. LAURENTI, R. Alguns aspectos particulares referentes aos resultados da Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância na área do projeto de São Paulo, Brasil. In: OPAS/OMS. Investigação de mortalidade na infância no Brasil. Washington D.C. 1977. p. 30-40. (Publicação científica, 343).
16. LESER, W.P. Relacionamento de certas características populacionais com a mortalidade infantil no município de São Paulo de 1950 a 1970. Prob. Bras., Rio de Janeiro, 10: 17-21, 1972.
17. _____. O impacto da Saúde Pública. Revista Paulista de Hosp., São Paulo, 27(5): 162-4, maio, 1979.
18. LUBCHENCO, L.O. et alii. Neonatal mortality rate: Relationship to birth weight and gestational age. The Journal of Pediatrics, USA , 81(4):814-22, october, 1972.
19. MARKIDES, K.S. & BARNES, D. Between infant mortality and socioeconomic status with evidence from San Antonio , Texas. Social. Biology, USA, 24(1): 38-43, 1975.
20. MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA. Manual de Saneamento. 4. ed. Rio de Janeiro, 1972, 380 p. v. 1 e 2.
21. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de proteção materno-infan

til da Secretaria Nacional de Saúde, Programa de Saúde Materno-infantil, Brasília , 1975. 48 p.

22. MINISTÉRIO DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL. Classificação Internacional de Doenças. 2. ed. rev. 1965. 184 p.
23. MONETTI, V. et alii. Mortalidade materna e na infância no Estado de São Paulo de 1960 a 1970. Divisão da Saúde Materna e da Criança do Instituto de Saúde, São Paulo, 1975. 12 p. (Publicação 24, série D, nº 8).
24. NAGI, M.H. & STICKWELL, E.G. Socioeconomic differentials in mortality by cause of death. Health Services Reports, USA, 88(5): 449-56, maio, 1973.
25. NOGUEIRA, M.J. de C. A enfermagem comunitária no currículo do Curso de Graduação em Enfermagem. São Paulo, 1979. (mimeografado).
26. NORONHA, J.C. & GUIMARÃES, R. Alguns dados sobre as atuais condições de saúde da população. In: Saúde e Medicina no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1978. p. 31-43.
27. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. A saúde das crianças no mundo; Necessidade e problemas. 79/3. 5 p. (separata)-
28. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Sexto informe del Comitê de Experts de la OMS en salud de la madre y el niño. Genebra, 1976. 8 p.
29. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Investigação Interamericana de Mortalidade en la Niñez. Washington D.C. Informe provisional, setembro, 1971. 169 p.

30. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Plano de salud para las Américas: Informe final de la III Reunion Especial de Ministros de Salud de las Américas. Washington D.C., OPAS, 1973. 11 p. (Documento oficial de la OPAS, 118).
31. OZORIO, P. A diarréia não deve matar. Genebra, OMS, 79/7. 3 p. (separata).
32. PAIN, J.S. Indicadores de Saúde no Brasil. Revista Bahiana de Saúde Publ., Bahia, 2(2): 36-40, 1975.
33. PAPAEVANGELOU, G. et alii. Perinatal mortality and in "Small for-dates" newborns. Helv. Paediat. Acta., USA, 27(4):415-24, 1972.
34. PUFFER, R.R. & SERRANO, C.V. Características de la mortalidad en la niñez. Organização Panamericana da Saúde. Washington D.C. , 1973. (Publicação Científica, 262).
35. ROSSELOT, J. Salud Materno-infantil en Latino-América. Bol. Ofic. Sanit. Panamer., México, 71:407-21, 1971.
36. ROSSI, L.I. Ações das mães na assistência de menores de um ano com quadro diarréico atendidas em um Hospital de Florianópolis. Dissertação de Mestrado a ser apreciada pela Escola de Enfermagem Ana Néri, Rio de Janeiro , 1980. 70 p.
37. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA/UNIDADE DE INFORMÁTICA DE SAÚDE. Florianópolis, 1970.
38. SINGH, K.P. Child mortality, social status, and fertility

- in India. Social Biology. USA, 21(4):385-88, 1974.
39. SOUZA, M.L. de Alguns aspectos básico da assistência pré-natal em Florianópolis, Santa Catarina. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1978. 79 p.
40. TERUEL, L.R. et alii. Causas de mortalidade na infância, região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Revista Saúde Publ., São Paulo, 7:67-72, 1973.
41. URRISTI-SANZ, J. Perfil sócio-econômico y cultural de la poblacion. Gac. Med. Mex., México, 113(4):165-68, agosto, 1977.
42. VICTORA, C.G. et alii. Saúde infantil no Delta do Jacuí : estudo de algumas variáveis. Revista AMRIGS., Porto Alegre, 23(2):40-47, abril/maio, 1979.
43. YUNES, J. & RONCKESEL, U.S.C. Evolução da mortalidade geral, infantil e proporcional no Brasil. Revista Saúde Publ., São Paulo, 8:3-9 , 1974.

A N E X O S

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: _____

INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS DAS FAMÍLIAS RESIDENTES
NO BAIRRO DA COSTEIRA DO PIRAJUBAÉ, MUNICÍPIO
DE FLORIANÓPOLIS - SC

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/1978

NOME DO ENTREVISTADOR: _____

1. Levantamento dos componentes das famílias entrevistadas:

(Relacionar todas as pessoas da família que residem de fato neste domicílio, exceto empregada, se houver).

Nº DE ORDEM	PARENTESCO COM O CHEFE	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE

Legenda:Parentescocom o chefe:

1. pai
2. mãe
3. filho
4. filha
5. Avô
6. Avó
7. Genro
8. nora
9. outro

Sexo:

1. masculino
2. feminino

Escolaridade

1. analfabeto
2. sabe ler e escrever
3. primário incompleto
4. primário completo
5. Ginásio incompleto
6. Ginásio completo
7. colegial incompleto
8. colegial completo
9. superior incompleto
10. superior completo

2. Ocupação:

2.1. Qual a ocupação do chefe da família? (Descrever o que realmente faz)

2.2. Qual a ocupação da mulher? (esposa ou companheira) (Descrever o que realmente faz)

2.3. Alguém mais da família trabalha? Qual a ocupação? (Descrever a ocupação e qual a relação com o chefe)

3. Renda Familiar

3.1. Qual a renda do chefe de família?

3.2. Alguém mais da família recebe algum salário? (Descrever qual a renda e a relação com o chefe)

3.3. Outras fontes de renda, Especificar;

4. Saneamento básico:

4.1. Cite a fonte de água

1. Rede pública
2. Cachoeira
3. Poço
4. Outra. Qual?

4.2. Utiliza algum tratamento à água de ingesta?

1. Sim
2. Não

4.3. Caso sim, qual?

1. Filtrada
2. Fervida
3. Outro. Qual?

4.4. Na sua casa tem privada?

1. Sim
2. Não

4.5. Caso afirmativo, é:

1. Interna com instalação hidráulica
2. Interna sem instalação hidráulica
3. Externa com instalação hidráulica
4. Externa sem instalação hidráulica

4.6. Cite o local que os dejetos são destinados:

1. Rede pública

2. Fossa séptica
3. Fossa seca
4. Fossa negra
5. Curso d'água
6. A céu aberto
7. Outro. Qual?

5. Mortalidade. (Menores de 5 anos no período de 1974 a 1978)

5.1. Nessa família houve perda de algum filho na idade de
0 — 28 dias?

1. Sim
2. Não

5.2. Caso sim, sabe do que morreu?

1. Sim
2. Não

5.3. Se afirmativo, de qual doença?

5.4. Nessa família houve perda de algum filho na idade de
28 d. — 1 ano?

1. Sim
2. Não

5.5. Caso sim, sabe do que morreu?

1. Sim
2. Não

5.6. Se afirmativo, de qual doença?

5.7. Nessa família houve perda de algum filho na idade de

1 |— 5 anos?

1. Sim

2. Não

5.8. Caso sim, sabe do que morreu?

1. Sim

2. Não

5.9. Se afirmativo, de qual doença?

6. Observações:

ESCALA DO PRESTÍGIO OCUPACIONAL (APARECIDA JOLY GOUVEIA)AUGUSTA T. DE ALVARENGA1 - Ocupações Manuais não Especializadas

- agricultor ou lavrador sem empregado; meeiro ou parceiro
- barqueiro
- coletor de lixo
- conservador de estrada
- lustrador de ônibus
- operário não especializado
- motorneiro
- auxiliar pedreiro
- empregada doméstica
- cortador de cana
- carregador
- cozinheira
- atendente
- vigia
- ajudante
- empregado de posto
- dono de charrete
- pescador
- marinheiro
- vendedor ambulante (camelô)
- soldado (militar cabo)
- porteiro
- guarda noturno
- carroceiro
- entregador
- foguista
- poceiro
- garçon de botequim
- faxineiro(a)
- jardineiro
- lavador de carros
- servente

2 - Ocupações Manuais Especializadas e Assemelhadas

- alfaiate (empregado)
- barbeiro (empregado)
- chapeleiro (empregado)
- fotógrafo (ambulante ou empregado)
- motorista (empregado)
- músico de banda
- vidraceiro (empregado)
- técnico de TV (empregado)
- tecelão
- avicultor (empregado)
- auxiliar de enfermagem
- vendedor de firma
- jardineiro
- leitura de luz
- armador
- jogador
- dono de olaria
- dono de pensão
- carteiro (conta própria)
- tipógrafo (sem subordinados)
- vidraceiro (sem subordinados)
- chacareiro (conta própria)
- eletricista (conta própria ou empregado)
- encanador (conta própria ou empregado)
- ferreiro (conta própria ou empregado)
- marceneiro (conta própria ou empregado)
- pedreiro (conta própria ou empregado)
- relojoeiro (conta própria e empregado)
- seleiro (conta própria e empregado)
- doceiro (conta própria e empregado)
- pedreiro (distribuidor conta própria e empregado)
- borracheiro (tratorista)
- cabelereiro (empregado)
- carpinteiro (empregado)
- cortador de luvas (empregado)
- fiscal de feira

- ourives (empregado)
- operador de cinema
- técnico de tecidos (empregado)
- zelador de edifício
- tapeceiro (empregado)
- balconista
- auxiliar laboratório e farmácia
- viajante comercial (empregado)
- sargento e 2º sargento
- operador de máquinas
- broqueiro
- dono de bancas de jornais e revistas
- dono de lenhadora
- dono de quitanda
- distribuidor de leite (conta própria)
- gráfico (sem subordinados)
- relojoeiro (sem subordinados)
- cinegrafista (conta própria)
- feirante (conta própria ou empregado)
- bombeiro (conta própria ou empregado)
- funileiro (conta própria ou empregado)
- mecânico (conta própria ou empregado)
- pintor (conta própria ou empregado)
- sapateiro (conta própria e empregado)
- tintureiro (conta própria e empregado)
- confeitiro (sem subordinados)
- açougueiro (conta própria e empregado)

3 - Supervisão de Trabalho Manual e Ocupações Assemelhadas

- agricultor (sitiante, lavrador, avicultor, apicultor... com um empregado)
- artífice de trabalhadores especializado (...com 2 a 4 empregados)
- tipógrafo (...com 1 ou mais empregados)
- motorista proprietário de carro ou caminhão (com ou sem empregado)
- chefe de estiva

- chefe de turma
- chefe de secção (fábrica)
- chefe de depósito
- chefe de trem
- fiscal de transporte coletivo
- inspetor policial
- guarda aduaneiro
- mestre (industrial)
- mestre de obras
- contra mestre
- inspetor de obra (não o engenheiro)
- inspetor de serviço (oficina mecânica - automóveis)
- apontador de obras
- feitor ou capataz
- cozinheiro (restaurante de 1.^a classe)
- empreiteiro

4 - Ocupações não manuais de rotina e assemelhadas

- administrador de fazenda (... até 10 empregados)
- dono de estabelecimento comercial (... sem ou com um em -
pregado)
- despachante (... sem ou com 1 empregado)
- corretor de imóveis (... sem empregado ou com 1 empregado)
- gerente de casa comercial (... com 2 a 5 subordinados)
- conferente (exceto conferente de alfândega que fica na ca
tegoria 5)
- despachante de cia. de aviação
- almoxarife
- auxiliar de escritório
- caixa de firma comercial
- datilógrafo
- escriturário
- ferroviário (sem especificar)
- escrivão da polícia
- bancário (sem especificar)
- chefe estação estrada de ferro

- fiscal da prefeitura
- funcionário público (sem especificar)
- perfurador
- diretor de escola primária
- artista (sem especificar)
- bailarino
- músico
- professor de música
- locutor
- radialista
- radiotelegrafista
- repórter
- propagandista (empregado)
- publicitário (sem especificar)
- recepcionista
- protético (sem empregado)
- professor primário
- agente administrativo

5 - Posições mais baixas de Supervisão ou Inspeção de Ocupações não manuais e Proprietários de Pequenas Empresas Comerciais, Industriais, Agro-Pecuária, etc.

- administrador de fazenda (com 11 empregados e +)
- comerciante ou dono de estabelecimento comercial (com 2 a 10 empregados ou "alguns" empregados ou "vários empregados (inclusive dono de hotel))
- industrial ou dono de fábrica (de 2 a 10 empregados)
- proprietário imobiliário (conta própria)
- dono de máquina de café (... até 5 empregados)
- comerciante (sem especificar)
- corretor de imóveis (com 2 a 10 empregados)
- construtor (sem referência ao nº de empregados)
- despachante (com mais de 1 empregado)
- dono de farmácia (sem diploma)
- dono de escritório (sem especificar)

- chefe de escritório ou de secção em repartição pública
- desenhista (empregado e conta própria)
- chefe de secção em banco
- chefe de secretaria
- chefe de pessoal
- agente de correio (chefe de agência)
- agente de estatística
- aviador (sem especificar)
- caixa (bancário)
- bibliotecário
- coletor estadual e federal
- conferente de alfândega
- contador, contabilista ou guarda livros
- delegado regional de ensino (Estado de São Paulo)
- escrevente de cartório
- forças armadas (tenente e sub-tenente do exército e equivalente na aeronáutica e marinha)
- inspetor de ensino (Estado de São Paulo)
- jornalista
- pastor protestante
- professor secundário
- diretor de escola secundário
- lançador da prefeitura
- topógrafo
- oficial da marinha mercante
- avaliador

6 - Profissões Liberais. Cargos de Gerência ou Direção. Proprietários de Empresas de Tamanho Médio

- fazendeiro ou pecuarista (de 11 a 49 empregados ou "muitos" empregados)
- fazendeiro ou pecuarista (sem informação sobre o nº de empregados)
- comerciante (11 a 49 empregados ou "muitos" empregados)
- corretor de imóveis (com 11 empregados e + ou "muitos" empregados)

- industrial ou dono de fábrica (11 a 99 empregados ou "muitos" empregados)
- industrial (sem informação sobre o nº de empregados)
- diretor de repartição pública
- gerente de banco
- gerente de pessoal
- fiscal de consumo
- delegação de polícia (Estado de São Paulo)
- fiscal de rendas estaduais (Estado de São Paulo)
- juiz - promotor
- prefeito
- vereador
- oficiais das forças armadas (exceto general, brigadeiro, almirante e tenente)
- professor universitário)
- tabelião - dono de cartório - escrivão de cartório - oficial maior

Profissões Liberais e Assemelhadas

(Obs.: poderão passar a categoria 7 se forem proprietários ou dirigentes de grandes empresas)

- médico
- advogado
- veterinário
- engenheiro químico
- agrônomo
- dentista
- farmacêutico (diplomado)
- engenheiro
- arquiteto
- economista

7 - Altos Cargos Políticos e Administrativos. Proprietários de Grandes Empresas e Assemelhadas

- fazendeiro (com 50 empregados ou +)

- dono de empresa comercial ou equivalente (com 50 empregados ou +)
- industrial (com 100 empregados ou +)
- diretor superintendente de grande companhia (inclusive banco) (com 50 subordinados ou +)
- banqueiro
- desembargador
- deputado
- diplomado
- general, brigadeiro, almirante.