



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**MORTALIDADE INFANIL: O QUE OS
NÚMEROS NÃO REVELAM – UM ESTUDO DA
MORTALIDADE INFANTIL NO CEARÁ**

José Roberto Pereira de Sousa

Fortaleza
1998

José Roberto Pereira de Sousa

**MORTALIDADE INFANIL: O QUE OS
NÚMEROS NÃO REVELAM – UM ESTUDO DA
MORTALIDADE INFANTIL NO CEARÁ**

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Marilyn Kay Nations

Fortaleza
1998

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	OBJETIVO	12
2.1	OBJETIVO GERAL:.....	12
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	12
3	CONSTRUINDO A IDENTIDADE DA MORTALIDADE INFANTIL COMO INDICADOR DE SAÚDE	13
3.1	DEFININDO “SAÚDE”	13
3.2	DEFININDO “INDICADOR DE SAÚDE”:	16
3.3	CLASSIFICANDO INDICADOR DE SAÚDE	21
3.4	CRITÉRIOS PARA CARACTERIZAÇÃO DE UM INDICADOR DE SAÚDE.....	22
1.	É NECESSÁRIO QUE EXISTAM DADOS DISPONÍVEIS PARA TODA A POPULAÇÃO DA ÁREA GEOGRÁFICA CONSIDERADA	23
2.	AS DEFINIÇÕES E OS PROCEDIMENTOS EMPREGADOS PARA CONSTRUIR INDICADORES DEVEM SER OS MESMOS EM TODOS OS PAÍSES	24
3.	OS INDICADORES DEVEM SER DE CONSTRUÇÃO FÁCIL E, PRINCIPALMENTE, DE FÁCIL ENTENDIMENTO	24
4.	DEVEM, NA MEDIDA DO POSSÍVEL, REFLETIR O MAIOR NÚMERO DE FATORES QUE, RECONHECIDAMENTE, INFLUEM NO ESTADO DE SAÚDE	24
5.	OS INDICADORES DEVEM TER BOM PODER DISCRIMINATÓRIO PARA PERMITIR COMPARAÇÕES ENTRE ÁREAS, OU PARA UMA MESMA ÁREA EM RELAÇÃO ÀS MUDANÇAS OCORRIDAS NO TEMPO	24
3.5	MORTALIDADE INFANTIL UM INDICADOR DE SAÚDE	24
3.5.1	<i>Mortalidade infantil e sua representação epidemiológica</i>	31
3.5.2	<i>Mortalidade infantil: modelo explicativo teórico</i>	34
3.5.3	<i>Mortalidade infantil: modelo terapêutico teórico (literatura)</i>	37
4	PESQUISA	41
4.1	CRONOGRAMA DA PESQUISA.....	41
4.2	PESQUISA DE CAMPO	42

4.2.1	Período em estudo	42
4.2.2	População	42
4.2.3	Amostragem	43
4.2.4	Contexto e cenário	44
4.2.5	Metodologia da pesquisa de campo	52
4.2.6	Análise dos dados:	63
5	RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO (ANÁLISE DOS SISTEMAS DE REPRESENTAÇÕES DA MORTALIDADE INFANTIL)	65
5.1	DESCRIÇÃO DO MODELO ETIOLÓGICO-TERAPÊUTICO UTILIZADO PELO GRUPO OFICIAL:.....	65
5.2	DESCRIÇÃO DO MODELO ETIOLÓGICO-TERAPÊUTICO UTILIZADO PELOS AGENTES DE SAÚDE:.....	70
5.3	DESCRIÇÃO DO MODELO ETIOLÓGICO-TERAPÊUTICO UTILIZADO PELA POPULAÇÃO:.....	78
5.4	DESCRIÇÃO DO MODELO ETIOLÓGICO-TERAPÊUTICO DAS MÃES QUE PERDERAM FILHOS: 84	
	(QUADRO 1) RESUMO DAS REPRESENTAÇÕES DA MORTALIDADE INFANTIL DA POPULAÇÃO, DAS MÃES QUE PERDERAM FILHOS E DOS AGENTES DE SAÚDE.....	87
	(QUADRO 2) RESUMO DAS REPRESENTAÇÕES SOBRE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS PRATICADAS PELOS AGENTES DE SAÚDE E REPRESENTANTES OFICIAIS:	93
	(QUADRO 3) RESUMO DO PROCESSO DE CRIMINALIZAÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL PELOS REPRESENTANTES OFICIAIS:.....	94
	RESUMO DO PROCESSO DE CRIMINALIZAÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL PELOS AGENTES DE SAÚDE:	95
6.1	CONSIDERAÇÕES GERAIS	96
6.2	SERÁ QUE O FATO DE COLOCAR A RESPONSABILIDADE DA MORTALIDADE INFANTIL NOS PAIS NÃO SERIA UMA ATITUDE IDEOLÓGICA?	105
6.3	SERÁ QUE OS CIENTISTAS, MÉDICOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE, EM ULTIMA ANÁLISE, COMETERAM APENAS UM ERRO METODOLÓGICO AO DAR MAIOR ÊNFASE AO CARÁTER BIOMÉDICO DO FENÔMENO?	108
6.4	MORTALIDADE INFANTIL COMO “INDICADOR DE SAÚDE”: UM PARÂMETRO EM TRANSFORMAÇÃO, UM DOGMA CIENTÍFICO OU UMA IMPOSIÇÃO POLÍTICA?	109

6.5	MORTALIDADE INFANTIL: UM REVELADOR DO ESTADO DE SAÚDE OU DE UM PROGRAMA DE PRESTAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE?	114
6.6	MORTALIDADE INFANTIL E O MODELO GOBI-FFF: UMA "REVOLUÇÃO"?	116
6.7	MORTALIDADE INFANTIL E FATORES QUE INFLUENCIARAM POSITIVA E NEGATIVAMENTE: A DIFERENÇA ENTRE MUNICÍPIOS.	119
6.8	MORTALIDADE INFANTIL E RESISTÊNCIA	121
6.9	MORTALIDADE INFANTIL E EDUCAÇÃO MATERNA	124
6.10	MORTALIDADE INFANTIL NO CEARÁ: UM MODELO SUSTENTÁVEL?	126
7	CONCLUSÃO	129
8	RECOMENDAÇÕES	132
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação aborda o tema Indicadores de Saúde como índices reveladores das condições de saúde e de vida de uma população, em especial a mortalidade infantil no Ceará.

Trata-se de uma investigação que procura analisar a face pouco explorada desse indicador: o seu significado e de suas modificações, bem como os processos que o envolvem.

Nosso intento maior foi realizar uma reflexão sobre a “identidade” da Mortalidade Infantil como indicador de saúde, com base nas percepções dos diversos agentes com ela envolvidos.

A necessidade da realização desse trabalho origina-se a partir da verificação de dois acontecimentos ocorridos nessa década no Estado do Ceará, a seguir discriminados:

Primeiro, o fato de que havia municípios cearenses com uma diminuição drástica da mortalidade infantil, sem mudanças significativas em outros indicadores de saúde ou indicadores sócioeconômicos, ocorrendo também o inverso, o aumento da mortalidade infantil desacompanhada de modificações no quadro sócioeconômico (dados oficiais).

Segundo, a crescente apologia feita pelos últimos governos de nosso Estado quanto ao uso da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), como ferramenta, seja para o diagnóstico de saúde, ou para o planejamento e avaliações das ações de saúde pública, ou como instrumento para a comparação e definição de prioridades, bandeira de avanços sociais alcançados (SSE, 1988; BARBOSA, 1997).

A questão suscitada era se haveria uma unanimidade no entendimento sobre a identidade desse indicador e qual seria sua real representatividade, em termos de saúde da população e melhorias sociais.

Há cerca de quarenta anos a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) se consolidou como um ótimo revelador, não apenas das condições da saúde infantil, mas também das condições gerais de vida de uma determinada população, fato explicado pela maior vulnerabilidade das crianças menores de 1 ano de idade aos agravos e às privações proporcionadas pelo meio onde vivem (MENDONÇA ET ALL, 1994; LEITE, 1996).

Na atualidade, as estimativas da mortalidade infantil ainda “constituem um dos principais indicadores utilizados por organismos internacionais para avaliar o grau de desenvolvimento alcançado pelos países” (MONTEIRO, 1995, p.173), principalmente dos subdesenvolvidos e dos em desenvolvimento (Buck e Bull, 1986; Monteiro, 1995; Laurenti, 1996).

Por outro lado, é oportuno lembrar que não faz muito tempo que os olhos das nações, ou melhor, de seus governantes se voltaram para a criança e o adolescente, e que nem sempre a morte de crianças foi um fato considerado de importância pública ou de caráter relevante na vida de uma população.

No século XIV, quando a peste dizimava cidades inteiras na Europa e na Ásia, ou mesmo no século XVIII, quando poucos atingiam a idade de 40 anos, a morte de crianças menores de 1 ano provavelmente fosse muito mais bem aceita como uma fatalidade ou algo pouco relevante. Foram épocas marcadas por uma alta frequência de abandono de recém-nascidos, o que corrobora essa visão. No Rio de Janeiro, nesse período, por exemplo, o abandono chegava a atingir até 20% dos nascimentos (TELAROLLI JÚNIOR, 1997).

A “Saúde”, como política pública, também nem sempre teve destaque no cenário mundial. No século XVIII e XIX, em Londres, a promoção da qualidade de vida de indivíduos não se tratava de direito do cidadão ou dever do Estado. Não raramente, homens, mulheres e crianças enfrentavam jornadas de até dezoito horas de trabalho por dia e as mulheres eram obrigadas a retornar ao trabalho dias depois do parto (Rosen, 1983).

Relata Rosen (1983) que só em 1819, após grande mobilização reivindicatória da população, o governo britânico reconheceu, às crianças menores de 14 anos de idade, o direito ao trabalho apenas diurno e com jornada de até 12 horas diárias.

Na França, como escreveu Buchez, em 1833, citado por ROSEN (1983), as crianças da classe operária eram colocadas para trabalhar em tenra idade; os pais desejavam muitos filhos, pois eles os ajudavam no sustento da família. Tal era a dificuldade econômica vivida por esses pobres que o trabalho infantil se tornara de grande importância, já que esses pequenos comiam menos do que produziam.

Esses fatos não ficaram sem atenção, muitos se insurgiram contra aquela situação. Baudelaire, nessa época, citado por Rosen (1983), questionava a imparcialidade dos políticos e letrados diante da multidão de doentes que se amontoava nas grandes cidades.

Essa situação, principalmente no processo de consolidação do capitalismo, gerou em consequência, pressões populares que exigiram

avanços sociais. Em 1841, após todo um clamor social, tivemos decretada a primeira lei que regulava o trabalho de crianças (Rosen, 1983).

Por volta da segunda metade do século XIX tivemos as maiores manifestações sociais, época de organização da classe operaria, de greves, de lutas por direitos políticos, por melhores condições de vida e elevação do nível de saúde dos trabalhadores. Sem dúvida, foi a partir desse período que “Saúde” e qualidade de vida conquistaram o seu espaço nas políticas públicas.

De outro lado, só após a Segunda Grande Guerra, de um certo modo perfunctório, em dezembro de 1948, a Organização das Nações Unidas (ONU) veio a publicar a Declaração Universal dos Direitos do Homem – “Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e à sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação ...”.

A ONU, desde sua origem, preocupava-se com o acompanhamento e comparações do nível de vida de diferentes populações, na reconstrução das nações e economias do pós-guerra; daí emerge a necessidade de uma padronização internacional para esse fim. É razoável supor que na prática só nessa época, a Mortalidade Infantil ganha sua importância como Indicador de Saúde.

Em junho de 1953, a ONU forma um comitê técnico para analisar o problema da mensuração e definição de nível de vida das populações; ao término do estudo, o comitê recomenda o uso de 12 componentes para este fim: “Saúde”, incluindo condições demográficas; alimentos e nutrição; educação, com inclusão de alfabetização e ensino técnico; condições de trabalho; situação em matéria de emprego; consumo e economia gerais; transporte; habitação, com inclusão de saneamento e instalações domésticas; vestuário; recreação; segurança social; e liberdades humanas (ONU, 1953).

Segundo publicação da própria OMS, a disposição da citação dos componentes utilizáveis na medida do nível de vida das populações não foi realizada de modo aleatório, mas sim de maneira ordenada, em que “Saúde”, incluindo condições demográficas (OMS, Informe Técnico nº137), apresenta-se como primeiro da lista por se considerar o fator mais importante para aquele fim. Na época, a mortalidade infantil já se destacava entre os índices de saúde.

Mesmo que desde o século XVIII a diminuição da Mortalidade Infantil tenha sido uma tendência mundial (IBAM/UNICEF-1992); os resultados alcançados por diversos países não se apresentaram, no entanto, de modo uniforme. Países com semelhantes condições tecnológicas e financeiras apresentam uma evolução bastante diferente da TMI.

Em 1978, a redução da mortalidade infantil ganhou um grande impulso com a Conferência de Alma Ata que se realizou sob os auspícios da OMS na antiga União Soviética. Os representantes das 134 nações presentes, firmaram o compromisso de “Saúde para todos no ano 2000”. Foi então eleita a Taxa de Mortalidade Infantil como um dos mais importantes indicadores de saúde, traçando-se metas para sua diminuição até o ano 2000, principalmente para os países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (UNICEF, 1979).

Nas últimas décadas, a América Latina e a África têm-se destacado por apresentar os piores níveis de saúde. E, especificamente em termos de TMI, temos constatado uma desigualdade entre países, não condizentes com suas diferentes situações sociais e econômicas.

A UNICEF (1993) chega a declarar que, para a diminuição da mortalidade infantil, os recursos financeiros representam um pré-requisito necessário mas não suficiente para o atendimento das necessidades básicas das populações (nutrição, água limpa, saneamento básico, educação básica).

O Brasil, por exemplo, em termos de TMI, vem-se sobressaindo por apresentar uma expressiva desigualdade entre os Estados e mesmo entre municípios (economicamente semelhantes) de um Estado, “fenômeno” que tem exigido maiores discussões. Esse aspecto tem despertado a curiosidade e o interesse de muitos pesquisadores e até de órgãos financiadores, como o próprio Banco Mundial, provavelmente para traçar o perfil do desenvolvimento de países clientes (VICTORA, 1989; MONTEIRO, 1995).

No meio desse cenário, em 1991, o Ceará, tido como um Estado pobre do nordeste brasileiro, ganha destaque por conseguir com pouco recursos, a diminuição, de maneira drástica, da mortalidade infantil (TIME, 6 de maio de 1991), chegando a ganhar da UNICEF, em 1993, pela primeira vez na América do Sul, a honraria de um prêmio em reconhecimento ao trabalho de proteção às crianças (THE NEW YORK TIMES, 14 de Maio de 1993).

O Ceará também é destaque nacional, em razão do seu crescimento econômico; de 1987 a 1993, o seu PIB, teve um aumento de 23,7%, “três vezes maior que o acumulado do país, no mesmo período, tempo em que o valor da produção industrial cresceu 67,72%, aumentando de U\$ 922 milhões para U\$ 1,5 bilhões” (BARBOSA – 1997, p.166). Observa-se pelos dados oficiais, que, nesse mesmo período, em municípios com semelhantes mudanças em termos econômicos, havia uma extrema desigualdade em relação ao nível da TMI. Municípios com maior desenvolvimento, apresentavam TMI mais elevadas que outros, de menor nível econômico.

É razoável supor que esses fatos acontecidos no Ceará estejam também relacionados com as mudanças sociais e tecnológicas que aconteceram a partir da segunda metade do século XIX, que influenciaram de maneira marcante a saúde das populações, sejam elas das nações desenvolvidas ou não. Nessa visão, é de se esperar que, os instrumentos utilizados para sua medição inexoravelmente tenham também sofrido com

essas modificações, o que nos obrigam, quando da sua análise, a uma nova leitura.

O que se conclui, portanto, no caso da TMI, é que os valores numéricos atuais podem não representar os mesmos fenômenos do século passado, já que os fatores envolvidos, com o seu descenso e com a sua elevação, teriam se transmudado.

Daí o surgimento desse desafio: no tempo atual, delimitar o significado (a representação) da TMI no Ceará, na perspectiva de desvendar aquilo que a análise dos números (taxas e índices) por si só não conseguem explicar.

Para tanto, invocamos o pensamento do grande filósofo Epictetus, do Século II d.C:

“As aparências para a mente são de quatro tipos. As coisas ou são o que parecem ser; ou não são, e nem parecem ser; ou são, e não parecem ser; ou não são, mesmo assim parecem ser. Identificar corretamente todos estes casos é tarefa do homem sábio”.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral:

Analisar, criticamente, a Mortalidade Infantil, no Ceará, como indicador de saúde, a partir de situações vivenciadas nos municípios de Itapajé e de Ipueiras.

2.2 Objetivos Específicos:

2.2.1 Resgatar, da história, a identidade da mortalidade infantil como indicador de saúde.

2.2.2 Explicitar os processos que levaram à diminuição da mortalidade infantil nos municípios estudados. Identificando os fatores que mais influenciaram positiva e negativamente.

2.2.3 Delimitar os modelos etiológicos e terapêuticos (de intervenção), teorizados pelos diversos atores sociais dos municípios estudados, para a análise da mortalidade infantil.

2.2.4 Analisar, com base, nas informações dos próprios atores envolvidos com o processo que culminou na diminuição da TMI, o valor dela como medida de comparação (validação externa), em termos de mudanças na qualidade de vida e no nível de saúde das comunidades.

3 CONSTRUINDO A IDENTIDADE DA MORTALIDADE INFANTIL COMO INDICADOR DE SAÚDE

Esse primeiro empreendimento teve o intuito de resgatar da história identidade de um “Indicador de Saúde”, em especial a “Mortalidade Infantil”.

Procedemos a um levantamento da literatura, partindo das bases de dados Lilacs e Medline, utilizando descritores como nível de “Saúde”, “Diagnóstico de Situação de Saúde”, “Indicadores de Saúde”, “Mortalidade Infantil”, “Mortalidade” e outros; bem como a utilização de referências indicadas pelos diversos autores estudados.

Embora nossa proposta seja o estudo da Mortalidade Infantil, não pretendemos fazer uma revisão bibliográfica nem mesmo um resumo histórico de sua evolução estatística nos tempos e lugares. Nossa proposta, nessa reflexão teórica, é basicamente tentar captar o aspecto conceitual da Mortalidade Infantil, no que tange ao seu sentido como indicador de saúde.

3.1 Definindo “Saúde”

Fazendo uma leitura histórica, poderíamos dizer que, o conceito hegemônico de Saúde adotado pelo Ocidente, neste século, baseia-se no paradigma do modelo biomédico, revestindo-se fundamentalmente de uma dimensão centrada no indivíduo e alicerçada na idéia de saúde como “ausência de doença”. Nesta visão,

“o Normal e o Patológico não se diferenciam senão enquanto quantidades diversas de uma mesma qualidade: a vida (as constantes vitais), no sentido mais estritamente biológico em que a vida humana pode ser pensada” (GONÇALVES 1990, p.49).

Na verdade, as diferentes definições de Saúde estão intimamente apoiadas nas próprias teorias da gênese das patologias, sofrendo as mesmas influências políticas, sociais, econômicas e culturais. Assim, estão muitas vezes ao serviço dos interesses ideológicos das classes dominantes.

“Via de regra, os conceitos de saúde e doença, assim como as práticas embasadas nesses conceitos, nascem de determinações emanadas das superestruturas sociais” (Rezende, 1986:85). A própria teoria unicausal da doença e a sua variante mais arrojada, a teoria da multicausalidade, corroboraram para essa afirmação, à medida que se dispõe “a identificar causas sobre as quais são viáveis incidir medidas socialmente operacionalizáveis, na interrupção da cadeia causal” (REZENDE, 1986, p.88) e, propõem separar o biológico do social, abstraindo sua historicidade.

Historicamente, talvez, a definição proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na sua carta Magna de 7 de abril de 1948 - “Saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença” (OMS, 1983, p.1) - tenha sido o marco mais importante em termos de conceitualização desse tema (JETTE, 1980).

Essa concepção foi, desde o início, muito criticada pelo seu caráter subjetivo e tautológico, em que simplesmente substitui a palavra “Saúde” pela expressão “bem estar”, não delimitando o seu real significado. No que tange à operacionalização dessa definição, foi ainda maior o número de citações sobre sua limitação (JETTE, 1980), a tal ponto que, em 1957, a própria OMS em informe técnico, referindo-se a essa definição, considera-a muito ampla e abstrata e com grandes restrições quanto à sua utilização prática (WHO, 1957).

Por outro lado, foi o passo inicial para estimular o desenvolvimento do tema, tendo o mérito, como esplendidamente relatou HANSLUWKA (1985:1208), de “relembrar que Saúde é um fenômeno de várias dimensões” (e definições).

TAMBELLINI (1988), citado por ROUQUAYROL (1994, p.509), define didaticamente “Saúde” como um “bem coletivo que é compartilhado individualmente por todos os cidadãos. Comporta duas dimensões essenciais – a dimensão do indivíduo e a dimensão da coletividade. Essas dimensões devem ser respeitadas em suas contradições e preservadas enquanto formas de expressão das maneiras de viver possíveis num dado momento.”

No Brasil, como reflexo da reforma sanitária, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) passa a definição de “Saúde” para um patamar mais concreto -

“saúde como o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, ócio, liberdade, acesso à posse da terra e acesso aos serviços de saúde ... é expressão de qualidade de vida” (CEBES/ABRASCO, 1992).

Ruffino Neto ratificando essa definição diz: “saúde depende em essência e fundamentalmente da qualidade de vida” (CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA 2, Anais ...1994).

Essas definições mais novas, que sugerem uma relação direta entre a dimensão saúde e qualidade de vida da população, dificultam mais ainda o conceito de saúde, pois remete-nos à complexidade da delimitação de grau de satisfação da população estudada (FORATTINI, 1992). PEREIRA (1995) chega a dizer que existem uma infinidade de definições de saúde, mas todas têm um ponto em comum: a utilização de “conceitos para os quais não há unanimidade de opiniões e cuja quantificação é muito problemática” PEREIRA (1995, p.30).

Em síntese, o conceito de “Saúde” expressa a dimensão da subjetividade, mas o seu objeto - a saúde - tem bases materiais fortes: alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, etc.

Assim, poderíamos concluir que, invocando as palavras de Schaefer (1978), citado por HANSLUWKA (1985, p.1208), as “definições de saúde e doença são portanto parte e parcela da sociedade, da cultura e da época” e sendo assim, algo em continua construção (ou reconstrução).

3.2 Definindo “Indicador de Saúde”:

A necessidade de caracterizar as condições de saúde de uma determinada região já se encontra presente no escrito “Ares, águas e lugares” atribuído a Hipócrates. Naquele texto, o autor compara as condições de saúde dos indivíduos de regiões distintas, revelando o interesse de classificar o nível de saúde das populações.

O registro de “fatos vitais” e, por conseguinte, avaliação da saúde da população, em termos numéricos, não é novidade da modernidade; há relatos claros desse uso na época dos gregos e romanos, principalmente para uso militar e cobrança de tributos (LAURENTI & SILVEIRA, 1981).

Provavelmente a utilização de indicadores estatísticos de modo sistemático tenha sido iniciado no século XVII, com as estatísticas de nascimento e mortalidade, quando se tem a estrutura de Estado como um dos instrumentos da emergente racionalidade governamental (LUIZ, 1997; SAMAJA, 1998). Rosen, citado por DONNANGELO E PEREIRA (1976), compreende esse fato como sendo originário da necessidade, por parte do poder estatal, de controlar e aumentar a população –

“o poder nacional necessitava, conforme o perceberam seus legisladores e seus conselheiros era, antes de mais nada, uma grande população; em segundo lugar, que a população fosse provida, para tanto, de recursos materiais; e, finalmente, que ela devesse estar sob controle do governo, de forma a poder ser utilizada para qualquer dos usos requeridos pela política estatal” (DONNANGELO E PEREIRA, 1976, p.50).

No fim do século XVIII e início do XIX, os saberes de natureza epidemiológica tornam-se “potentes instrumentos da construção da ordem social capitalista” (AYRES, 1997, p.27). Em 1874, com Humphreys, foi preconizado o uso de taxas de mortalidade para testar as condições sanitárias das coletividades humanas. No entanto, só em 1936, com Stouman e Falk, apareceu o termo índice de saúde (REIS, 1974).

Após a Segunda Guerra Mundial, em uma época de reconstrução das economias, verificamos uma intensificação do uso de indicadores sociais e econômicos (LUIZ, 1997). De início, é dada maior ênfase aos indicadores econômicos, mas como persistissem os problemas sociais, com o crescimento econômico, ganharam importância os indicadores sociais (LUIZ, 1997).

Nesse contexto, com a criação da Organização das Nações Unidas, no pós guerra, houve, entre essas nações, um compromisso mútuo de recorrer às instituições internacionais para favorecer o progresso econômico e social de todos os povos (MATTOSO, 1977). Esse foi um marco na história das conquistas sociais e na própria saúde das populações, sendo então elaborada a classificação de indicadores para uso internacional e universal, embora com suas imperfeições políticas.

Posteriormente, na década de 1950, a complexidade do trabalho com países e populações diferentes exigiu que a ONU convocasse um comitê com a missão de estudar métodos eficientes para definir e avaliar o nível de vida das populações (LAURENTI, 1984). Esse comitê sugeriu doze componentes, os quais seriam tratados como indicadores para esse fim: saúde, incluindo condições demográficas; alimentos e nutrição; educação, com inclusão de alfabetização e ensino técnico; condições de trabalho; situação em matéria de emprego; consumo e economia gerais; transporte; habitação, com inclusão de saneamento e instalações domésticas; vestuário; recreação; segurança social; e liberdades humanas (ONU, 1954).

Através desses dados, tentamos mostrar que a idéia de indicadores de saúde, como a própria medicina, são fenômenos históricos que transmudam juntamente com as estruturas de Estado e com a incorporação de novas tecnologias em suas metodologias.

A primeira definição que a OMS (WHO, 1957) dá para o termo “Indicador de Saúde” aparece em 1957 com o informe técnico número 137: “Índices úteis para a medida do nível de saúde de uma comunidade, na administração em saúde pública e para comparação internacional”.

Na década de 1980, a OMS ratifica e melhora sua definição de indicador de saúde:

“Como seu nome o indica, os indicadores são índices ou um reflexo de uma situação determinada. Nas normas da OMS para a evolução de programas de saúde, eles são definidos como variáveis que servem para medir as mudanças. Em muitos casos se recorre aos indicadores quando não é possível medir diretamente essas mudanças” (OMS, 1981, p.12).

Convém frisar que, a definição de “Indicador de Saúde”, diferentemente do que acontece com a de “Saúde”, não tem levantado polêmicas. Praticamente todos autores que se detêm em comentá-la, utilizam-se de palavras ou jargões diferentes, sem modifica-la, com o intuito apenas de chamar a atenção para algum aspecto específico.

ROUQUAYROL (1994, p.499), por exemplo, define-os como

“parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo”.

“Paradoxalmente, essa avaliação do nível de vida é efetuada na maioria das vezes através da quantificação de óbitos, ou seja, os

chamados indicadores de saúde representam uma medida indireta da saúde coletiva através de coeficientes e índices de mortalidade” (ROUQUAYROL, 1994, p.47).

Os vários autores vêm se deparando com a complexidade do trabalho de medir saúde e condições de vida, que é, em última análise, a finalidade desses mesmos indicadores (FORATTINI, 1992; WHO, 1995). Assim, a grande polêmica fica centrada nos instrumentos e nas metodologias a serem empregadas para esse fim. Tal fato tem-se intensificado devido às modificações sociais e tecnológicas ocorridas nesses últimos dois séculos, bem como, nos próprios conceitos de saúde, bem-estar, vida, normal, patológico e qualidade de vida (SINGER et al, 1988).

Na verdade, sempre que se falar em medir saúde, teremos presente duas fundamentais questões. “ Primeiro, qual a nossa concepção sobre saúde? Segundo, Como podemos medi-la?” (JETTE, 1980:567).

“Na prática, a saúde é quase sempre quantificada em termos de presença ou ausência de algum sinal, sintoma ou diagnóstico de doença” (PEREIRA, 1995, p.31).

É daí que se originam as maiores críticas ao uso de certos indicadores, na maioria das vezes constituindo medidas de óbitos ou de morbidade. Não há, por assim dizer, nenhum questionamento em relação à grande importância deles em saúde coletiva, principalmente na atualidade quando antigos males voltam a aparecer no mundo, doenças emergentes, epidemias, fome, pobreza, o que os torna cada vez mais prementes para o desenvolvimento das nações e seu acompanhamento (WHO, 1995).

Tais observações têm incentivado ainda mais o estudo desse assunto, face à procura do aperfeiçoamento ou redimensionamento do uso desses instrumentos de medição.

O avanço tecnológico, principalmente com o uso da informática que possibilitou, com maior praticidade e velocidade, a manipulação de maior

número de dados estatísticos, tem impulsionado o surgimento de novos indicadores: de bem estar, compostos, complexos, medidas de carga de doença, de dias perdidos de vida saudáveis, etc.

Por outro lado, esses instrumentos têm falhado em três aspectos fundamentais: primeiro, necessitam de mais recursos humanos e financeiros, segundo, sua análise é mais complicada e, terceiro, falham na generalização pois adotam a teoria estatística com o seu principal pressuposto, “a noção de independência entre os indivíduos que compõem a população estudada”, o que torna “impossível o estudo de relações interindividuais” (BARRETO,1990, p.30).

Santos (1993), discorrendo sobre o conteúdo do conhecimento moderno, baseado no rigor matemático, faz algumas reflexões a respeito de seus limites, julgados pertinentes quando estudamos indicadores de saúde:

“O rigor científico, porque fundado no rigor matemático, é um rigor que quantifica e que, ao quantificar, desqualifica, um rigor que, ao objetivar os fenômenos, os objectualiza e os degrada, que, ao caracterizar os fenômenos, os caricaturiza” (SANTOS, 1993, p.32).

Esses fatos, contudo, não têm inviabilizado nem diminuem a necessidade desses instrumentos, mas a falta de consciência dele, na prática em saúde pública, faz com que cometamos erros contundentes. Isso se dá quando, ao analisarmos os dados, fornecidos pelos vários indicadores de saúde, de forma acrítica, como se fossem simples fórmulas numéricas (estáticas e absolutas), acabamos por destruir sua riqueza, a dinâmica e o processo histórico que se encontram na origem desses mesmos dados, em outras palavras, o seu significado.

3.3 Classificando Indicador de Saúde

A OMS (WHO, 1957) em seu “Informe Técnico 137”, classifica os indicadores de saúde em três grupos:

1º Aqueles associados com o estado de saúde das pessoas e populações em uma dada área. Esse grupo foi dividido em dois grupos:

a) Globais -> razão de mortalidade proporcional, coeficiente de mortalidade geral, esperança de vida ao nascer;

b) Específicos -> coeficiente de mortalidade infantil, coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis.

2º Aqueles relacionados com as condições do meio ambiente e que têm influência sobre o estado de saúde de uma área examinada;

3º Aqueles interessados com os serviços de saúde e atividades direcionadas para o aperfeiçoamento das condições de saúde (atividades de saúde).

Em 1981, a OMS reclassificou os indicadores no documento intitulado “Preparação de Indicadores Para Vigiar os Progressos realizados no trabalho de Saúde para todos no ano 2000”, dando um grande salto na concepção de indicadores, que devem ser utilizados para vigiar esse progresso, a saber:

1º) indicadores de política sanitária;

2º) indicadores sociais e econômicos relacionados à saúde;

3º) indicadores da prestação de atenção à saúde;

4º) indicadores do Estado de Saúde.

Nessa nova classificação, os grupos 1, 2 e 3 da antiga classificação passaram a ser chamados respectivamente de “Indicadores do Estado de

Saúde”, “Indicadores Sociais e Econômicos Relacionados Com a Saúde”, “Indicadores da Prestação de Assistência à Saúde”.

Esse documento também critica o “hábito e a tendência em concentrar-se quase inteiramente nos indicadores do estado de saúde” para medir “Saúde”; com isso é resgatada a dimensão de saúde como “produto que resulta do acesso a emprego, renda, educação, habitação, água, coleta de lixo, etc. e, também, a serviços de saúde” (MENDES, 1995, p.21).

3.4 Critérios para Caracterização de um Indicador de Saúde.

A OMS, em 1971, elaborou dez requisitos para um indicador de saúde ideal (OMS, 1971, p. 21-22):

a) Facilidade de obtenção: a obtenção dos dados requeridos não deve exigir investigação especial e complexa.

b) Representatividade: os dados em que se baseia o indicador devem se referir à população de todo o país ou de uma parte bem determinada deste ao qual o indicador se refere.

c) Estabilidade: os dados nacionais não devem mostrar variações temporais ou locais que possam influir sensivelmente no indicador.

d) Universalidade: na medida do possível, o indicador será a expressão de um grupo de fatores que, reconhecidamente, influem no estado de saúde.

e) Cálculo: necessita ser calculado de maneira simples bem como não dispendioso em termos de recursos requeridos.

f) Aceitação: não deve existir dúvida a respeito dos procedimentos empregados para construir o indicador ou para sua interpretação, além de ser amplamente aceito e usado.

g) Reprodutibilidade: o indicador deve ter resultados idênticos quando usado por diversos especialistas em condições e em momentos diferentes.

h) Especificidade: o indicador deve refletir somente mudanças naquele fenômeno ao qual se refere.

i) Sensibilidade: deve ser sensível para revelar mudanças nos fenômenos pertinentes. Há de ter em conta assim mesmo os efeitos da inflação sobre o indicador.

j) Validade: o indicador deve ser a expressão exata dos fatores que se pretende medir. A este respeito, é necessário providenciar alguma prova independente ou externa.

A OMS em 1981 ratificou os requisitos que um indicador ideal deveria possuir sintetizando-os em apenas quatro:

a) Ser Válido: “medir realmente o que se supõe que deve medir”.

b) Ser Objetivo: “dar o mesmo resultado quando a medida é feita por pessoas diferentes em circunstâncias semelhantes”.

c) Ser Sensível: “ter a capacidade de captar as mudanças ocorridas na situação”.

d) Ser Específico: “refletir apenas as mudanças ocorridas na situação a qual se refere”.

LAURENTI (1984) defendeu cinco critérios básicos para um indicador de saúde, os quais são uma compilação de várias citações levando em conta as publicações da OMS, no que diz respeito à sua operacionalidade e também à sua finalidade (objetivo do indicador; função), tendo, em nossa opinião, a vantagem de ser mais completo:

1. É necessário que existam dados disponíveis para toda a população da área geográfica considerada.

2. As definições e os procedimentos empregados para construir indicadores devem ser os mesmos em todos os países.

3. Os indicadores devem ser de construção fácil e, principalmente, de fácil entendimento.

4. Devem, na medida do possível, refletir o maior número de fatores que, reconhecidamente, influem no estado de saúde.

5. Os indicadores devem ter bom poder discriminatório para permitir comparações entre áreas, ou para uma mesma área em relação às mudanças ocorridas no tempo.

3.5 Mortalidade Infantil Um Indicador de Saúde

Quando estudamos o tema – mortalidade infantil como indicador de saúde – somos sempre remetidos à reunião do Comitê de Peritos de Estatísticas de Saúde da OMS, realizada em setembro de 1954, tendo como tema central a utilização do “Indicador de Saúde para Medir o Nível de Vida”.

No entanto, como comentamos anteriormente, já nessa época se relata a tradição da utilização da Mortalidade Infantil, óbitos de crianças menores de 1 ano, como um grande revelador do nível de vida das populações (ONU, 1954).

Na realidade, a origem do estudo da mortalidade, como descritor das péssimas condições de saúde nas nações e sua utilização, com fins de comparações entre nações e épocas, teve início no século XVII, quando, como relata Sigerist, “a mortalidade, sobretudo entre crianças, era aterradora” (DONNANGELO E PEREIRA, 1976, p. 49).

A percepção de que, a mortalidade estaria relacionada com as condições de vida da população foi bem demonstrada a partir de mudanças ocorridas no final do século XVIII e início do XIX, nessa época, antes da

medicina científica moderna, a diminuição da mortalidade não foi devido aos esforços médicos, mas à melhoria da “higiene”, entendida aqui como práticas sanitárias, a maior produção e distribuição de alimentos, em consequência das condições políticas e à filosofia da época (SINGERIST, CITADO POR DONNANGELO E PEREIRA, 1976; AYÇAGUER E MACHO, 1990).

Diversos autores ilustram o seu excepcional valor prático em medir e comparar o nível de desenvolvimento sócioeconômico e a qualidade de vida das diferentes nações:

“o aumento daquele coeficiente que mantém, como sobejamente sabido, uma relação bastante estreita com o grau de desenvolvimento econômico, social e cultural da área em questão” (MILANESI & LAURENTI, 1967, p. 44).

“O nível da mortalidade infantil não depende só da atenção médica que recebem a mãe e o filho, mas também de diversos fatores sócio-econômicos, biodemográficos e ambientais; portanto, valores elevados nesse indicador expressa em última instância, a pouca eficiência da estrutura sócio-econômica para que os infantes consigam chegar com vida no seu primeiro ano” (PÉREZ, 1988, p.273).

“A mortalidade infantil consiste tradicionalmente em um dos melhores índices não apenas da saúde infantil mas também do grau de desenvolvimento sócioeconômico da comunidade” (VICTORA, 1994, p.423)

“Em particular, no que se refere a estudos da mortalidade infantil no Brasil, a análise das associações em nível geográfico é de grande interesse, já que introduzindo indicadores sócioambientais, permite não só uma avaliação do impacto produzido pelas políticas sociais como também a identificação de áreas singulares que necessitam de monitoramento” (LEAL, 1997, p. 457).

Historicamente, a mortalidade infantil vem sofrendo maiores transformações a partir das conquistas sociais e tecnológicas ocorridas na segunda metade do século XIX e início do século XX, que produziram, conseqüentemente melhorias no nível de saúde das populações. Nos

Estados Unidos e também na Europa, a partir do início do século XX, com o resultado dos avanços médicos e sociais, ocorreu uma diminuição mais acelerada da mortalidade infantil. Em 1924, os EUA possuíam uma Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) em torno de 77 por 1000 nascidos vivos; essa taxa passou para cerca de 33, em 1949; 23, em 1966; 9, em 1987 e, após esta data, vem apresentando pequenas modificações. Semelhante diminuição é vista na Europa, isto é, de 1924 a 1987, a cada duas décadas houve um decréscimo da TMI em torno de 50% e, desde então, só verificamos variações mínimas. Tal tendência também se configurou em alguns países tidos como subdesenvolvidos ou de economias periféricas.

Esse indicador foi adotado pela OMS e assim universalizado a partir da 5ª Assembléia Mundial de Saúde, em 1952, quando se afirmava a grande relação entre saúde e desenvolvimento sócioeconômico (MONTEIRO,1980).

Em setembro de 1954, quando o Comitê de Peritos de Estatísticas de Saúde da OMS se reúne para padronizar os indicadores de saúde, a mortalidade infantil é citada como um indicador clássico (ONU, 1954).

Três anos após, em 1957, a própria OMS já declara a relatividade do seu uso como indicador de saúde. Ela relata que a diminuição da mortalidade infantil, a depender do tipo de intervenção realizada, poderia perder o seu grande valor como descritor de melhorias da saúde das populações, pois o problema maior não era só aumentar os anos de vida, mas adicionar vida aos anos (WHO, 1957).

Na realidade, “para cada óbito infantil há bem mais episódios de doenças e pouca saúde. Muitas das doenças e afecções comuns na infância não só provocam a morte de suas vítimas, mas podem causar graves danos de caráter crônico” (OMS, 1981, p.23).

Com efeito, a cada ano vem aumentando a freqüência de trabalhos que têm se deparado com a dissociação entre a queda da mortalidade infantil e melhorias na qualidade de vida ou nas condições sócioeconômicas (SINGER E COLABORADORES, 1988; VICTORA, 1992; POST ET AL.,

1992; VICTORA ET AL., 1994).

Vários autores constataram que, à custa de medidas médico-assistenciais, mesmo sem transformações sócioeconômicas, tem-se diminuído a mortalidade infantil, não refletindo contudo, em uma concomitante melhoria da saúde geral dessas populações (VICTORA, 1992; POST ET AL., 1992; LEITE, 1996; NATIONS, 1996).

O inverso também tem ocorrido, como por exemplo, na época do milagre econômico brasileiro, década de 1970, quando o país viveu um grande crescimento econômico, mas não houve melhoria significativa na TMI (REZENDE, 1986; SINGER E COLABORADORES, 1988; NATIONS, 1996).

Esse conflito tem se intensificado após mudanças recentes, sejam em melhorias sociais, sejam por ações institucionais, como bem relata OLIVEIRA & MENDES (1995), citado por LEITE (1996, p.2):

“a distribuição dos rendimentos, produção de alimentos e mercado interno, ampliação da educação, organização urbana, regulação institucional e proteção social, ... a adoção de determinados programas de prestação de serviços de saúde, o funcionamento de centros ou postos de saúde em diversas localidades, expansão da rede de canalização de água ou esgotamento sanitário por novos bairros ou cidades”

influenciaram expressivamente os níveis de mortalidade infantil e redimensionaram a ordem de seus determinantes.

Precisamos, para entender melhor o processo, que ora se nos apresenta, transpor as barreiras da simples análise dos resultados estatísticos, detendo-nos na reflexão dos significados e metodologias.

Nesse sentido, poderemos constatar, inicialmente, que há duas dimensões distintas que agem mutuamente para o mesmo fim - diminuição da mortalidade infantil: as melhorias sociais propriamente ditas e as ações institucionais específicas.

Embora essas duas dimensões ocasionem semelhantes impactos sobre os níveis e padrões de mortalidade infantil (LEITE, 1996), seus resultados, em termos gerais de saúde das populações e relações sociais (luta de classes, qualidade de vida), revelam também duas diferentes categorias, uma mais significativa do social e outra do biológico.

Assim, encontrar populações com as mesmas taxas de mortalidade infantil, não significará semelhantes níveis de saúde infantil ou de nível de vida. Os avanços em programas específicos para a diminuição da mortalidade infantil vêm conseguindo mudar expressivamente o perfil de mortalidade, sem concomitante alteração no nível de vida ou mesmo de saúde das populações.

ROUYQUAROL (1994) afirma que, apesar de tão usado como indicador de saúde, até de maneira indiscriminada, o coeficiente de mortalidade infantil pode não refletir um coeficiente geral

“quando em saúde pública se supervaloriza a mortalidade infantil como um fenômeno que requer atenção especial das autoridades sanitárias, como reflexo do estado sanitário geral e do nível de vida da comunidade, à medida que ações especiais são empreendidas com o único fim de baixar o valor do coeficiente e melhorar as estatísticas sanitárias ou se retira a prioridade das ações de saúde de caráter geral” (ROUYQUAROL, 1994, p.31).

Constatando ser uma medida bastante limitada para revelar as condições de vida de uma população.

Nas últimas décadas, com as mudanças decorrentes do conhecimento da terapêutica de diversas doenças, bem como o aumento da cobertura do abastecimento de água potável e da amamentação, tivemos uma redução universal da TMI, visível, principalmente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (MONTEIRO, 1995). Nesses locais, a mortalidade infantil vem tomando outra conotação que não a anteriormente vivenciada pelos países desenvolvidos ou ditos do 1º Mundo: declínio da mortalidade infantil, sem mudanças sociais importantes.

Conseqüentemente, esses acontecimentos trouxeram consigo a atitude pragmática de passar-se a prevenir óbitos pela sua causa imediata, ou seja, o objeto do tratamento não é a população ou o doente, mas sim a doença; não é a pessoa, mas a patologia; não são as condições de vida, mas as condições técnicas; não é qualidade de vida, mas sim a qualidade assistencial.

De tal forma, como relata a própria OPAS (1994), nessas circunstâncias, a diminuição da taxa de mortalidade infantil não representará mudanças das condições de vida do conjunto da população.

É claro que isso não tira o mérito e a importância de intervenções específicas. No entanto, expressa que, embora mudanças nas condições de vida de uma população sejam acompanhadas quase sempre da diminuição da mortalidade infantil, o inverso cada vez mais vem deixando de ser verdadeiro.

Em sendo, poderíamos dizer que, historicamente, o estudo da mortalidade infantil divide-se em três períodos fundamentais: o primeiro, antes da metade do século XIX, quando as condições de vida e de trabalho exigidos à criança eram tremendamente destrutivos; o segundo, após esse período, até a 2ª metade do século XX, quando há conquistas sociais importantes; o terceiro, a partir da segunda metade desse século, com a utilização em grande escala dos antibióticos e avanços técnicos no tratamento e prevenção das doenças infecto-parasitárias.

Daí que, após a década de 1970, a mortalidade infantil ganha um significado diferente, pois ao se verificar as diferenças nas taxas de mortalidade infantil entre países com semelhantes condições tecnológicas e financeiras, evidenciou-se uma nova situação onde a mortalidade infantil poderia ser reduzida apenas com ações de saúde eficazes (RUTSTEIN, 1976; STOCK-IWAMOTO E KORTE, 1993), tendo uma conotação de evento sentinela da qualidade da assistência médica, haja vista em muitas circunstâncias tratar-se de óbitos evitáveis (HARTZ, 1996).

Essa nova situação foi nomeada pela UNICEF (1993) de era da negligência e passou a (denunciar) taxar-se de “óbitos evitáveis” toda vez que a TMI estivesse acima de 20 por mil nascidos vivos, onde a TMI ganha um novo significado: o de revelar uma negligência nos cuidados com as crianças, em uma faixa etária específica.

Na atualidade, a taxa de mortalidade infantil ainda é um indicador útil, principalmente quando se trata do estudo e análises de áreas pouco desenvolvidas (LAURENTI E SANTOS, 1996).

A simplicidade e o seu baixo custo tem sido os maiores de seus incentivadores, já que outros indicadores mais complexos demandam um aporte maior de recursos (ERICKSON E COLABORADORES, 1989).

No entanto, diante da possibilidade de que, na maioria dos países do “3º mundo” uma grande parte das mortes de crianças seria evitável com medidas simples e de baixo custo (UNICEF, 1993), ao ponto de designar-se mortalidade consentida de crianças (HARTZ E COLABORADORES, 1996), alguns questionamentos ficam para serem respondidos:

1º) será que esse indicador não deveria ser considerado como “indicador de negligência” ou “imperícia”?

2º) o que representa atualmente a taxa de mortalidade infantil em termos de saúde infantil ou mesmo das populações?

É preciso sairmos da ingenuidade do senso comum e partirmos para uma análise mais crítica do uso da mortalidade infantil como indicador de saúde. Seu uso indiscriminado já se transformou em crença, o que leva a muitos ao fato de não saber distinguir e precisar os limites que circunscrevem a validade de sua aplicabilidade.

3.5.1 Mortalidade infantil e sua representação epidemiológica

Mortalidade infantil, em saúde pública, é um termo que designa os óbitos de crianças menores de 1 ano de idade (LAURENTI, 1975). Refere-se a um conjunto de indivíduos, de uma população determinada, dessa faixa etária específica, com morte em um dado intervalo de tempo.

Como para a epidemiologia esse dado absoluto carece de utilidade, pois com ele não se pode realizar comparações temporais ou geográficas, a Mortalidade Infantil, foi transformada em um valor relativo: a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) ou Coeficiente de Mortalidade Infantil.

“Coeficiente de Mortalidade Infantil é obtido da divisão do número de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade, em certa área e anos considerados, pelos nascidos vivos, na área e anos considerados, multiplicando-se por 1000 o valor encontrado” (ROUQUAYROL, 1994, p.489).

Sendo essa medida, por definição, uma relação que leva em conta uma certa população em um determinado tempo e lugar, o seu resultado é expresso como um dado aparentemente pontual, indicando a mortalidade infantil naquele período.

Entretanto, a Mortalidade Infantil é muito mais que apenas uma fórmula matemática, representa, na verdade, um conjunto de fenômenos dinâmicos, capaz de refletir, de certo modo, a própria dinâmica social e histórica daquela sociedade.

LAURENTI (1984) diz que não existe um valor que se possa considerar como normal para o coeficiente de mortalidade infantil, mas de maneira ideal, o coeficiente de mortalidade infantil deveria ser zero. Daí então, não se dizer mortalidade infantil normal, mas sim, mortalidade infantil baixa, sendo tanto mais baixa quanto mais se aproxima do valor zero.

Tentou-se classificar o coeficiente de mortalidade infantil de maneira arbitrária estipulando intervalos de valores, em baixo, médio e alto. Evidentemente, logo com o passar do tempo, essa classificação tornou-se obsoleta visto que os países, em função do desenvolvimento econômico e científico, tendiam a mudar os seus perfis epidemiológicos. Queremos enfatizar, portanto, neste trabalho, que a Mortalidade Infantil, como a própria “Saúde”, é um fenômeno dinâmico no tempo e no espaço (fenômeno histórico).

O coeficiente de mortalidade infantil no curso da história foi decomposto em dois subconjuntos: coeficiente de mortalidade neonatal, o qual se caracteriza pela relação do número de óbitos de menores de 28 dias de idade e de 1000g ou mais por 1000 recém-nascidos vivos de 1000g ou mais ao nascer em um intervalo de tempo e lugar determinado, e, o coeficiente de mortalidade pós-neonatal com a essa mesma relação, considerando os óbitos ocorridos no período que vai do 28º dia de vida até o 12º mês (ROUQUAYROL, 1994).

O coeficiente de mortalidade neonatal, por sua vez, foi dividido em dois outros subgrupos: coeficiente de mortalidade neonatal precoce que englobaria crianças com menos de 7 dias completos, a partir do nascimento e o tardio, envolvendo crianças com 7 até 28 dias.

Essa divisão se fez obrigatória devido à observação de que os padrões de mortalidade infantil para diversos países, desenvolvidos ou em desenvolvimento, demonstravam diferenças marcantes conforme o nível de vida alcançado por eles e a assistência ou prevenção de patologias, nas diferentes fases do crescimento da criança. Fica evidente que, com o desenvolvimento sócioeconômico e tecnológico, as mortes infantis mudam em relação à proporção e às causas, conforme o período em relação ao nascimento da criança (LAURENTI, 1984).

Em geral, à medida que as condições ambientais vão se modificando (melhor saneamento, melhor nutrição, vacinação, etc) a mortalidade infantil

diminui, com maior queda de óbitos no período pós-neonatal, e há um aumento da proporção relativa de óbitos no período neonatal. Esse fato se deve a uma maior influência das condições do meio ambiente na mortalidade infantil tardia, ou melhor, verifica-se um reflexo em termos de mortes de crianças marcadamente mais forte no período pós-neonatal (LAURENTI, 1984; LEITE, 1996).

Algumas vezes temos visto uma divisão da mortalidade neonatal em mortalidade do primeiro dia de vida e a mortalidade da primeira semana (Laurenti, 1975).

É de se notar que, nessa dinâmica que envolve mudanças tecnológicas e ambientais, como bem relata OMETTO (1995, p.409), na medida em que as taxas de mortalidade infantil “caem a níveis mais baixos, deixam de ser indicadores sensíveis da qualidade de saúde da população”.

“Com efeito, quando as causas das mortes no primeiro ano de vida se reduzem a problemas de saúde não susceptível de ser prevenida ou tratada (por exemplo, as malformações congênitas), é necessário recorrer a outros indicadores para avaliar os efeitos que as mudanças sócio-econômicas determinam sobre a saúde” (LANGER, 1990, p.467).

A OMS (WHO, 1989) admite duas grandes limitações do uso da TMI como um indicador global para guiar as políticas de saúde: primeiro, sua queda não é igual em termos de distribuição de dificuldades do controle da mortalidade. Uma queda de 10 pontos em um nível inicial de TMI de 180/1000 é mais fácil do que a mesma queda a partir de um nível inicial de 55/1000. Segundo, não é clara a hierarquia dos fatores da estrutura da causa da morte.

Esses acontecimentos reforçam a grande diferença entre representação epidemiológica e representação estatística, pois “taxas estatisticamente iguais ou semelhantes não significam ou representam sempre igualdades ou semelhanças epidemiológicas”.

Por assim ser, ratificamos que a TMI embora se utilize de uma representação matemática, não é uma mera fórmula numérica e o seu significado não se restringe ao dado estatístico, mas à sua representação epidemiológica. Pois,

“não são simplesmente essas taxas (dado estatístico) que revelam a saúde ou doença das populações, mas (apenas) a sua distribuição como expressão de algo presente na discursividade da vida cotidiana de uma população” (SAMAJA, 1998, p.31).

3.5.2 Mortalidade infantil: modelo explicativo teórico

Não existe um modelo explicativo fixo ou único para a mortalidade infantil. Na realidade, temos uma série de propostas que em bases teóricas tentam responder a questão “mortalidade infantil” nos tempos e situações.

Poderíamos, de maneira teórica, dizer que a explicação da mortalidade infantil vem se modificando, já que também têm mudado os fatores determinantes e sua interferência para o desfecho “morte”, a depender das circunstâncias e das intervenções propostas.

Até o início do século XIX, as altas taxas de mortalidade infantil eram concebidas como determinadas basicamente por fatores sócioeconômicos. É de notar que, nessa época, as nações mais desenvolvidas do Ocidente alcançaram seus maiores progressos na diminuição da mortalidade infantil à custa do desenvolvimento social, econômico e às condições sanitárias que em razão das práticas médicas (REZENDE, 1986; AYÇAGUER E MACHO, 1990).

Foi nesse cenário que surgiu, ou melhor, se destacou a mortalidade infantil como um bom indicador das condições de vida das populações.

A partir de 1950, com o desenvolvimento de tecnologias médico-sanitárias (antibióticos, quimioterápicos, vacinações, etc.), ganha destaque os “determinantes orgânicos”, individuais e comportamentais.

Em termos teóricos, já com o advento do progresso da ciência médica, passa-se a abordar a mortalidade infantil de duas maneiras: uma, que leva em conta a causa da morte e o processo patológico que contribuiu para morte, outra, que guarda mais interesse com os fatores de risco para a mortalidade infantil.

A segunda abordagem tem sido a mais utilizada em epidemiologia e em especial, quando se estuda a mortalidade infantil em países pobres, considerando que “a maioria das mortes de infantes e crianças nas nações pobres geralmente não se devem a uma só causa, mas sim, quase sempre constitui o produto final de episódios repetidos de infecções, combinados com desnutrição” (MOSLEY, 1988), já que em países menos desenvolvidos ou “empobrecidos”, a morte e o adoecer de crianças é tão ligado a determinantes sociais que ficaria muito incompleta uma abordagem causal pura (biomédica).

Na tentativa de construir modelos para a mortalidade infantil usando uma abordagem de fatores de risco, encontramos inicialmente dois tipos de enfoque (análise), um macroanalítico e outro microanalítico. O primeiro recorre a grandes agrupamentos de problemas e não conseguem identificar fatores que agem em etapas intermediárias do problema; o outro, com a limitação de abordar apenas variáveis em situações muito específicas (ARROYO ET ALL, 1988).

MOSLEY E CHEN (1994) propuseram uma abordagem mais completa para a explicação da mortalidade infantil, partindo de uma “concepção da morte como um evento terminal de um processo não linear e, geralmente prolongado, que representa o efeito cumulativo de múltiplos determinantes” (ARROYO ET ALL, 1988). Esse modelo trabalha tanto determinantes

biológicos como também fatores sociais e faz um enfoque ao mesmo tempo macro e microanalítico.

Os autores trabalham com dois grupos de determinantes – Distais e Proximais – e um grupo de variáveis Intermediárias. Os determinantes proximais são os mecanismos bio-sociais básicos que influenciam diretamente os riscos de morte infantil; os determinantes distais são todos os demais determinantes sociais e ambientais que estariam mais distantes do desfecho (morte), agindo indiretamente através dos determinantes próximos, para influenciar a sobrevivência na infância; já as variáveis intermediárias valorizam as interações entre fatores maternos (idade, paridade e intervalo interpartal) e sobrevivência infantil (MOSLEY, 1988; LEITE, 1997).

Outro modelo, nessa mesma linha de múltiplos determinantes, foi o de Waxler e colaboradores (1985), realizado a partir de estudo no Sri Lanka. Nesse caso ele trabalha com a noção de teia de determinantes, na qual atuam preditores culturais, sócioeconômicos e médico que agiriam influenciando mutuamente entre si e diretamente sobre a mortalidade infantil (HELLER, 1997).

Mesmo sendo um avanço o modelo proposto por MOSLEY E CHEN (1984), não deixa de ter críticas e contribuições posteriores. Sua maior limitação como bem colocam ARROYO e colaboradores (1988), seria a falta de hierarquização explícita entre as variáveis propostas e o fato de considerar as condições sócio-econômicas como fatores relacionados unicamente de forma indireta com o processo de saúde-enfermidade.

Na literatura é mais comum encontrarmos trabalhos que abordam a mortalidade infantil de maneira fragmentada, mesmo utilizando como base os conceitos de fatores de risco e de determinantes, proximais e distais. É freqüente a abordagem da mortalidade infantil em modelos explicativos separados para o componente neonatal e para o pós-neonatal (BICEGO & BOERMA, 1993).

Também é freqüente a construção de modelos explicativos dirigidos para “causas mortas” específicas, como pneumonia e diarreia, considerando que os fatores determinantes dessas patologias seriam também os mesmos fatores de risco para mortalidade infantil.

A pneumonia, por exemplo, estaria associada ao desmame precoce, baixa renda familiar, desnutrição, baixo peso ao nascer, analfabetismo materno, aglomeração familiar e fumo passivo (LEEDER E COLABORADORES, 1976; WATKINS E COLABORADORES, 1979; CHATKIN, 1990; VICTORA E COLABORADORES, 1994; FONSECA, 1996).

No caso das doenças diarreicas na infância, os principais fatores de risco associados a morbidade e mortalidade citados na literatura, são: baixa renda familiar, baixa educação materna, ausência de água encanada e esgoto, disposição do lixo, estrutura familiar, hábitos higiênicos, curta duração da amamentação, introdução precoce de chás e água na alimentação, baixo peso ao nascer, desnutrição, higiene pessoal e doméstica pobre (FEACHEM, 1985; FEACHEM ET AL, 1985; IBAM/UNICEF-1992; NATIONS, 1992; GUERRANT, SOUZA E NATIONS, 1996; HELLER, 1997).

Em relação ao baixo peso ao nascer, fator de risco importante tanto para pneumonia como para diarreia, gostaríamos de enfatizar a sua relação com a desnutrição materna (RODRIGUEZ E COLABORADORES, 1991).

3.5.3 Mortalidade infantil: modelo terapêutico teórico (literatura)

As intervenções mais antigas que tiveram efeito na diminuição da mortalidade infantil, bem como das antigas endemias que se notabilizaram por dizimar populações inteiras, resultaram, de modificações da estrutura sócio-econômica e sanitária, não por avanços da medicina (SINGERIST, CITADO POR DONNANGELO E PEREIRA, 1976).

Na realidade, só após a Segunda metade do século XX, os avanços da medicina vêm se notabilizando no descenso da mortalidade infantil. Embora a descoberta dos antimicrobianos, por Pasteur e Joubert, tenha sido já em 1877, só em 1933 foi descrito por Foerster o primeiro estudo de caso clínico, com relato da cura de um lactente de 10 meses de idade com septicemia estafilocócica, após o uso de uma sulfonamida. A “idade áurea” da terapia antimicrobiana começa em 1941, com a produção da penicilina em escala industrial (GOOLDMAN E GILMAN, 1985).

Outro marco foi o manuseio das doenças diarréicas. Há relatos, em 1830, da terapia de reidratação oral, no entanto o uso de soluções de glicose e eletrólitos administradas por via oral, de maneira mais técnica, só foi demonstrado em 1949, mas ainda não se conhecia as bases fisiológicas dessa terapia de reidratação (OPS,1984).

Temos, em 1970, estudos comprovando a eficácia da reidratação oral em tratamento de pacientes com cólera e em 1971 a OMS aprova uma fórmula de glicose e eletrólitos para o tratamento da diarreia aguda em todas as idades, qualquer que seja a etiologia (OPS,1984; NATIONS E MONTE, 1996). Baseado nessa terapia, a OMS lança, em 1978, o Programa de Controle das Enfermidades Diarreicas (CORTEGUERA, 1995).

Poderíamos dizer que foi na década de 1970, que se deu o passo mais importante em termos de criação de um modelo terapêutico ou de intervenção para a mortalidade infantil, para os países em desenvolvimento. Seu marco foi a criação do modelo de Atenção Primária de Saúde, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata em 1978 na URSS, estabelecendo ações para a promoção da saúde das populações (UNICEF, 1979).

“A Conferência reafirmou que cabe aos governos a responsabilidade pela saúde de seus povos e que tal responsabilidade só pode ser exercida por meio de medidas sanitárias e sociais adequadas e eqüitativamente distribuídas” Adiante ainda que os cuidados primários de saúde “contribuem

em grande escala para a consecução desses objetivos sanitários e sociais básicos” (UNICEF, 1979, p.14).

Os Cuidados Primários de Saúde ou Atenção Primária de Saúde (APS) foram caracterizados como intervenções que estariam voltadas para os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviço de promoção, prevenção, cura e reabilitação, levando em conta as condições econômicas e valores sociais do país e de suas comunidades, assim podendo variar de uma nação e de uma comunidade para outra, mas obrigatoriamente teriam que incluir “pelo menos: a promoção da nutrição apropriada e da adequada provisão de água de boa qualidade; saneamento básico; a saúde materno-infantil, incluído o planejamento familiar; a imunização contra as principais doenças infecciosas; a prevenção e o controle de doenças localmente endêmicas; a educação, no tocante a problemas de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle; e o tratamento apropriado de doenças e lesões comuns” (UNICEF, 1979, p.28). Esse modelo de intervenção estaria condizente com o complexo modelo explicativo de MOSLEY E CHEN (1984).

Como relata CHÁVEZ-VILLASANA e colaboradores (1988), o modelo proposto na Conferência de Alma Ata se compõe de três estruturas básicas:

1º simplicidade: é um sistema de atenção baseado em métodos práticos e tecnologia acessível; de baixo custo, sustentado basicamente pela própria comunidade;

2º adaptabilidade: não é só socialmente aceitável, mas inclui ainda fortes componentes de auto-atenção e autodeterminação;

3º integralidade: tem início e chega às suas metas finais com recursos do próprio lugar, com ações que se integram na cultura, sendo todas elas destinadas a melhorar a qualidade de vida e o desenvolvimento social.

No entanto, constatamos, na “aplicação prática”, ou seja, na realização dessa proposta, distorções marcantes em relação à Conferência

de Alma Ata, com a utilização de ações seletivas em substituição do modelo APS. Esses fatos são justificados por alguns fatores logísticos (custo, falta de profissionais treinados) e políticos (participação comunitária, educação, mudanças econômicas e sociais).

Em certo, modo a própria UNICEF acaba ratificando esse tipo de viés da proposta inicial da APS, quando lança, em 1982, um “modelo revolucionário” denominado GOBI, de baixo custo, de tecnologia simples e acessível, dita apropriada e prioritária para ser implantada imediatamente nos países pobres (WISNER, 1988; BOBADILLA, 1988). Esse modelo se baseava em quatro ações seletivas: acompanhamento do crescimento (Grow), reidratação oral (Oral rehidtation), aleitamento materno (Breast feeding), imunização (Imunization).

A essa proposta inicial foram acrescentadas três outras intervenções que seriam o combate ao analfabetismo materno (Female literacy), o planejamento familiar (Family planing) e a suplementação alimentar (Food supplementation). O modelo novo seria o GOBI-FFF, com os Fs funcionando como um apêndice ao modelo para torná-lo mais completo, mas mantendo, não obstante as mesmas “vantagens”: tecnologias simples e de baixo custo. Esse é atualmente o modelo propagado pela UNICEF e pela Organização Panamericana de Saúde (OPS) que o consideram como a ação estratégica mais apropriada para os países pobres (BOBADILLA, 1988).

Mesmo defendendo esse modelo simplificado, a própria organização OPS chama atenção para o fato de que a redução da mortalidade infantil nas Américas depende, em grande parte, de uma melhor distribuição de renda (OPS, 1984).

Faz mister explicitar que há uma enorme diferença quando se fala em “Modelo GOBI-FFF” e “ações GOBI-FFF”. As ações GOBI-FFF são condutas comprovadamente eficazes para a diminuição da mortalidade infantil, medidas de sobrevivência que devem fazer parte de qualquer modelo de saúde ou programa de saúde da criança. De outro lado, por Modelo GOBI-

FFF se entende que o próprio modelo ou programa de saúde proposto para a criança se baseia apenas nessas sete atitudes.

Murray e Chen, citado por MONTEIRO (1995), fazendo uma leitura do declínio da mortalidade infantil na década de 80, recorrem à existência de “indicadores de fluxo e de ativos” em saúde, os quais seriam dependentes dos avanços tecnológicos e estruturais. Onde os “indicadores de fluxo” estariam relacionados ao acúmulo de mudanças tecnológicas e/ou estruturais que proporcionam diminuição da TMI em curto prazo e os ativos, a longo prazo. Desse modo, somente o acúmulo de indicadores ativos tornariam perenes os avanços conseguidos no declínio da TMI.

Essa leitura nos remete ao fato de que a diminuição da TMI, a depender dos fatores a ela relacionados (modelo terapêutico utilizado), terá significados diversos para a vida da sociedade, podendo representar mudanças sustentáveis que não estariam expostas à deterioração repentina, ou mudanças totalmente vulneráveis.

4 PESQUISA

4.1 Cronograma da Pesquisa

- Revisão da literatura e preparação da pesquisa: setembro de 1996 a abril de 1998.
- Identificação dos “informantes chaves”: abril a julho de 1998 (alguns foram selecionados já no decorrer do trabalho de campo).
- Seleção dos entrevistados e estudo piloto: Maio a Junho de 1998.
- Pesquisa em Itapagé: junho de 1998.
- Pesquisa em Ipueiras: julho de 1998.
- Análise dos dados: julho a setembro de 1998.

Redação: setembro a outubro de 1998 (na realidade só os resultados, análise, discussão e conclusão da pesquisa, uma vez que a cada etapa vencida do trabalho, vinda sendo escrito).

4.2 Pesquisa de Campo

4.2.1 Período em estudo

Escolhemos o intervalo de fevereiro de 1993 a fevereiro de 1997 por dois motivos fundamentais: primeiro, por ser o período em que estivemos mais envolvidos com o tema em questão e, segundo, por ser o período que compreende toda a última gestão municipal, dificultando o fator de confusão que poderia se originar pela mudança de gestores, no caso de períodos que abrangessem duas gestões.

4.2.2 População

Como o interesse de nossa pesquisa é avaliar, em princípio, a diminuição da mortalidade infantil, como indicador de saúde, consideramos como população do nosso estudo os municípios do Ceará que, no período determinado, obtiveram redução da taxa de mortalidade infantil. Dos municípios do Ceará só entraram na escolha aqueles que tinham remetido dados para o Sistema de Informação do Programa Agente de Saúde (SIPAS).

A escolha do SIPAS, como base para a escolha dos municípios deu-se em razão de alguns fatores que fazemos questão de enumerar:

1º Atualmente, o governo estadual ou os meios de comunicação, quando fazem quaisquer menções sobre mortalidade infantil, eles citam os dados do SIPAS (O POVO, 1998);

2º Em 1994, metade dos 184 municípios do Ceará não deram informações regulares para o Subsistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), sistema do Ministério da Saúde (BARRÊTO, 1997);

3º No Ceará, é fato comprovado a prática de se enterrar os filhos em cemitérios clandestinos, em virtude da grande pobreza e da dificuldade de acesso aos serviços públicos (NATIONS, 1988);

4º Os dados de pesquisas realizadas de forma amostral têm demonstrado que o SIPAS é o melhor sistema de notificação disponível, com uma notificação de até 78% (BARRÊTO, 1997).

Para efeito de cálculo de coeficiente de mortalidade infantil, onde o denominador representa 1000 eventos (nascimentos) e como o erro de aproximação poderia se transformar em viés para efeito de cálculo de coeficiente de mortalidade, não consideramos, para a nossa pesquisa, aqueles municípios que, nos anos estudados, tinham menos de 500 nascimentos por ano. Considerando que a situação ideal, impor a utilização apenas dos municípios com 1000 ou mais nascimentos/ano, teríamos a exclusão da grande maioria de nossos municípios, o que inviabilizaria qualquer análise.

4.2.3 Amostragem

Devido a complexidade do estudo e a impossibilidade técnica de realizarmos o estudo de toda população, resolvemos separar os municípios em dois grupos distintos, quais sejam: grupo I, municípios que tiveram maior diminuição da TMI e o grupo II, aqueles com menor decréscimo da TMI, no período estudado. E de cada grupo escolhemos um município para representá-los: Itapagé, do grupo I e Ipueiras, do grupo II.

4.2.4 Contexto e cenário

4.2.4.1 O Ceará

Estado do nordeste brasileiro, o Ceará tem despontado no cenário nacional e internacional por ter, em curto espaço de tempo, conseguido diminuir significativamente as suas taxas de mortalidade infantil (TIME, 6 de maio de 1991).

São também notáveis os dados relacionados ao seu crescimento econômico; de 1987 a 1993 o PIB tem um aumento de 23,7%, “três vezes maior que o acumulado do país no mesmo período. Nesse mesmo período, o valor da produção industrial cresceu 67,72%, aumento de U\$ 922 milhões para U\$ 1,5 bilhões” (BARBOSA – 1997:166). Já nos anos seguintes, embora continue com um crescimento, já não é tão marcante. Mesmo assim, em 1996, tivemos um crescimento do PIB na ordem de 5,3% em comparação com os 2,9% no país.

Do mesmo modo, em relação à mortalidade infantil, evidenciamos uma queda na velocidade de descida, posto que tivemos uma redução de 33% entre os anos de 1987 e 1990 e, apenas de 17% entre os anos de 1990 e 1994 (LEITE, 1996; PESMIC I, II, e III).

Poderíamos concluir, nesse momento, embora precipitadamente, que a diminuição da mortalidade infantil seria consequência desse crescimento econômico. No entanto, paradoxalmente, confrontando com esse crescimento econômico, não houve acompanhamento em termos de melhorias sociais, e, sim, uma elevada concentração de renda. Em 1991 o coeficiente de Gini era de 0,65 (a concentração de renda é maior quando se aproxima de 1) e, em 1996, a renda per capita anual não ultrapassou R\$ 1,98 mil, enquanto a renda *per capita* do Brasil se situava em R\$ 4,34 mil (GAZETA MERCANTIL, 1997).

Nesse cenário de “contradições”, a diminuição da mortalidade infantil se ergue como a mais importante bandeira de desenvolvimento social. Será mesmo, a diminuição da mortalidade infantil um reflexo desse desenvolvimento? A própria GAZETA MERCANTIL (1997), refere que “esse resultado deve-se não só à melhoria dos serviços primários de saúde como também à ampliação do saneamento básico”. Em anexo, mostramos alguns gráficos e quadros que revelam a mobilidade da mortalidade infantil no Ceará.

Quando se fala em diminuição da mortalidade infantil no Ceará, fonte governamental e literatura, referem-se, basicamente, a dados colhidos através do Sistema de Informação do Programa Agente de Saúde (SIPAS) e a dados colhidos por pesquisas transversais de amostragem com a denominação de Pesquisas de Saúde Materno Infantil do Ceará (PESMICs), pesquisas estas realizadas em 1987, 1990 e 1994, já que o Estado do Ceará, segundo documento da própria Secretaria de Saúde do Estado tinha, em 1988, uma das mais baixas taxas de cobertura de informações sobre mortalidade, fato ainda marcante nos dias de hoje.

4.2.4.2 Itapagé

Toponímia: Frade de Pedra.

Município localizado ao norte do Estado, distando 125 Km da capital, Fortaleza, com uma extensão de 1.330 Km² . Dados climatológicos, em 1994, temperatura média máxima de 32°C e temperatura média baixa de 21°C, pluviometria anual de 1.385,5mm, com 10.020.000m³ de volume de água armazenado.

População(IBGE/IPLANCE):

Sua população em 1991 era de 33.645 hab, sendo 43,6 % na região rural e 56,4 % urbana (rural- 14.675 hab).

Em 1995, sua população era de 35.262 hab, sendo 40,1% rural e 59,9 % urbana.

Dados Econômicos (IBGE/IPLANCE):

Com um total, em 1991, de 38.233 ha de área rural explorada.

Em 1985, 474 pessoas trabalhavam na indústria e 513 no comércio.

Com uma renda *per capita*, em 1993, de R\$ 237,00 e uma renda interna de R\$ 8.149.000,00.

Um consumo, em 1994, de 6.441 MWH de energia elétrica, 585 terminais telefônicos em serviço, 2.967 ligações de água, com 69.111m³ de volume de água produzido, 564 automóveis e 153 caminhões.

Distribuição de Domicílios por Renda do Chefe/média mensal (IBGE, 1991):

Até ½ salário mínimo _____	2.291.
Mais de ½ a 1 _____	2.550.
Mais de 1 a 2 _____	1.076.
Mais de 2 a 5 _____	512.
Mais de 5 a 10 _____	189.
Mais de 10 _____	70.

Receita Estadual EM 1994(SEFAZ/IPLANCE):

Receita tributária _____	R\$ 149.322.
Arrecadação do ICMS _____	R\$134.172.
Receita Orçamentária _____	R\$ 161.611.

Receita Municipal Em 1994 (SEFAZ/IPLANCE):

Receita Orçamentária_____ R\$ 2.051.285.

Cota parte do FPM_____ R\$ 1.116.912.

Repasse do ICMS_____ R\$ 369.017.

Dados de Saúde (SESA/IBGE, 1994):

Leitos Hospitalares: 80.

Agentes de Saúde: 52.

Saneamento (IBGE,1994):

Domicílios com abastecimento de água com canalização interna: 2.347.

Domicílios com fossa séptica: 1.579.

Domicílio com outro tipo:1.835.

Não tem: 3.332.

Domicílios com coleta de lixo: 2.254.

Educação (SEDUC, 1994):

Salas de aula: 264.

Matrícula pré-escolar: 4.189.

Matrícula 1ºgrau: 7.369.

Matrícula 2ºgrau: 514.

4.2.4.3 Ipueiras

Toponímia: Lugar raso em que se acumula água.

Município localizado a noroeste do Estado, distando 295 Km da Capital, Fortaleza, com uma extensão de 1.204 Km² . Segundo a climatologia local, apresentava em 1994, temperatura média máxima de 35°C e temperatura média baixa de 23°C, pluviometria anual de 1.083,6mm, com 9.070.000m³ de volume de água armazenado.

População(IBGE/IPLANCE)::

Sua população em 1991, era de 35.099hab, sendo 63,2 % na região rural e 36,8% urbana (rural- 22.168hab).

Em 1995, sua população era de 35.831hab, sendo 58,98% rural e 41,02% urbana (rural – 21.132hab).

Dados econômicos (IBGE/IPLANCE):

Com um total, em 1991, de 47.759 ha de área rural explorada.

Em 1985, tinha 176 pessoas trabalhando na indústria e 238 no comércio.

Com uma renda *per capita* em 1993 de R\$ 90,00 e uma renda interna de R\$ 3.196.000,00

Um consumo, em 1994, de 4.064 MWH de energia elétrica, 281 terminais telefônicos em serviço, 1.763 ligações de água, com 38.979m³ de volume de água produzido, 278 automóveis e 24 caminhões.

Distribuição de Domicílios por Renda do Chefe/média mensal (IBGE, 1991):

Até ½ salário mínimo _____ 2.433.
Mais de ½ a 1 _____ 3.328.
Mais de 1 a 2 _____ 1.338.
Mais de 2 a 5 _____ 287.
Mais de 5 a 10 _____ 80.
Mais de 10 _____ 37.

Receita Estadual em 1994(SEFAZ/IPLANCE):

Receita tributária _____ R\$ 47.639.
Arrecadação do ICMS _____ R\$ 40.584.
Receita Orçamentária _____ R\$ 52.201.

Receita Municipal em 1994 (SEFAZ/IPLANCE):

Receita Orçamentária _____ R\$ 2.066.859.
Cota parte do FPM _____ R\$ 1.116.912.
Repasse do ICMS _____ R\$ 196.751.

Dados de Saúde (SESA/IBGE, 1994):

Leitos Hospitalares: 53.

Agentes de Saúde: 61.

Saneamento (IBGE,1994):

Domicílios com abastecimento de água com canalização interna: 1.469.

Domicílios com rede geral sanitária: 46.

Domicílio com outro tipo:1.920.

Não tem:5.566.

Domicílios com coleta de lixo: 700.

Educação (SEDUC, 1994):

Salas de aula: 284.

Matrícula pré-escolar: 2.910.

Matrícula 1ºgrau: 6.878.

Matrícula 2ºgrau: 186.

Resumo comparativo das características sócio econômicas dos dois municípios em estudo em 1995.

	Itapage	Ipueiras
População rural	40,1%	58,98
População urbana.	59,9 %	41,02%
Área rural explorada	38.233 há	47.759ha
Pessoas trabalhando na industria	474	176
Pessoas trabalhando no comércio	513	238
Renda interna	R\$ 8.149.000,00	R\$ 3.196.000,00
Renda per capita	R\$ 237,00	R\$ 90,00
Ligações de água	2.967	1.763
Chefe de domicílio ganhando até ½ salário mínimo	2.291	2.433
Mais de ½ a 1	2.550	3.328
Mais de 1 a 2	1.076	1.338
2 a 5	512	287
Mais de 5	259	117
Agentes de Saúde	52	61

Fonte: IPLANCE

4.2.5 Metodologia da pesquisa de campo

Por que metodologia qualitativa?

Ao planejarmos esta pesquisa, muito foi o tempo consumido estudando, refletindo, discutindo e até calculando, com o fim precípua de escolher a metodologia mais apropriada à consecução dos seus objetivos.

Não era só escolher uma metodologia mais cômoda ou que nos fosse mais íntima. Teríamos que utilizar a metodologia mais adequada para esclarecer a questão básica do nosso trabalho - desvelar como se constrói a identidade ou significado de um indicador de saúde, em especial da Mortalidade Infantil, no caso do Ceará (MINAYO, 1994).

Em primeiro momento, fomos tentados a desenvolver a pesquisa pela metodologia quantitativa. Tentaríamos relacionar a melhoria das condições de vida e saúde da população com a diminuição da mortalidade infantil. Era uma boa metodologia, aparentemente fácil de programar, mas com uma séria limitação, não conseguiríamos analisar a construção da identidade (significado) desse parâmetro como indicador de saúde e seria difícil a identificação dos fatores e dos processos que mais influenciaram positiva e negativamente para a diminuição da mortalidade infantil.

Alguns trabalhos, utilizando também uma análise quantitativa da relação entre as condições de vida e a diminuição da mortalidade infantil, haviam chegado a resultados não explicados, onde a mortalidade infantil tinha diminuído, desacompanhada de melhorias sócioeconômicas (VICTORA E COLABORADORES, 1992; MONTEIRO, 1995) e mesmo o inverso, melhorias econômicas foram desacompanhadas de diminuição da mortalidade infantil (NATIONS E REBHUN, 1996).

Tínhamos que conhecer melhor a construção desse indicador, em que bases explicativas ele se sustenta, em que bases terapêuticas ele se modifica, considerando-o como um “produto processual histórico”.

YUNES E ALCANTARA (1985, p.32), afirmavam que “a mortalidade infantil não é um problema médico”, mas sim um problema social. Mesmo que essa afirmação não mostre a realidade absoluta da sua determinação, os trabalhos acima citados vinham mostrando que realmente se tratava de um fenômeno complexo que a estatística aparentemente não estava dando conta. Alguns trabalhos sobre a mortalidade infantil também já haviam sugerido que “a abordagem antropológica poderia dar uma compreensão muito mais precisa das inter-relações entre as variáveis” (BODADILLA, 1988).

Daí, percebemos que estávamos diante de situações, as quais exigiam, como metodologia adequada, a qualitativa, fundamentados na observação de HAGUETTE (1992) onde, discorrendo sobre o tipo de método mais adequado para cada tipo de objeto de estudo, refere que

“os métodos quantitativos supõem uma população de objetos de observações comparável entre si e os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e sua razão de ser”(HAGUETTE, 1992, p.63).

Pela definição de BULMER (1978), citado por MINAYO (1991, p.236), a nossa pesquisa seria classificada como uma “Pesquisa Estratégica”, ou seja, “aquela que se fundamenta nas teorias das ciências sociais, mas tem como principal objetivo esclarecer determinados aspectos da realidade para a ação das políticas públicas” .

“Em lugar do feitiço dos números que costumam medir a eficácia dos produtos acabados nas avaliações convencionais, o estilo desta avaliação dá ênfase ao processo de aplicação dos programas e aqueles detalhes de contradição que costumam acompanhá-lo” (MINAYO, 1991:237).

Vimo-nos assim impulsionados a obter informações dos diversos atores envolvidos, na área e tempo estudados, para a identificação do modelo explicativo ou etiológico para a mortalidade infantil (fatores de

construção), bem como, identificação do modelo terapêutico (ou de intervenção) para o parâmetro proposto (fatores de mudança).

Para chegarmos a esse patamar, fomos embutidos do princípio de que “a fala torna-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles)” (MINAYO & SANCHES, 1993, p.245).

Técnica de coleta de dados:

Lançamos mão da técnica de entrevista porque, através dela, poderíamos colher dados secundários e primários e por se tratar de instrumento privilegiado de coleta de informações. Acreditando que o seu instrumento, o discurso, não se trata de algo abstrato já que se reverte de caráter histórico e social (BOSI, 1996).

Nesse sentido, foi nossa pretensão abordar o tema em sua profundidade, também em pontos específicos e interesses concretos, retirados da literatura e de nossos questionamentos observacionais.

Optamos pela técnica de entrevista semi-estruturada, a fim de colher informações sobre os conhecimentos e práticas que foram “postos em jogo”, tanto em nível da interpretação da origem (suposta ou real) da mortalidade infantil, quanto da terapêutica ou intervenção.

Sabendo dos problemas dessa metodologia, quanto a caracterizar eventos passados (HARTZ E COLABORADORES, 1996), ligados à memorização de fatos, trabalhamos com um “calendário”, relacionando os fatos aos gestores e profissionais da época (prefeito, secretário de saúde, médico, enfermeira, agente de saúde, etc.). Uma outra referência foi a época do nascimento e morte de algum filho, principalmente no período considerado no estudo.

4.2.5.1 Eixo e/ou roteiro das entrevistas:

Desenvolvemos um roteiro de perguntas que serviram para guiar a entrevista, pois, como discorre HAGUETTE (1992) quando fala sobre a entrevista, “ as informações são obtidas através de um roteiro de entrevista constando de uma lista de pontos ou tópicos previamente estabelecidos de acordo com uma problemática central e que deve ser seguida” (HAGUETTE, 1992, p.86).

As perguntas contidas nesse roteiro foram utilizadas apenas para nortear os temas a serem abordados e ajudar para a formulação das perguntas realmente realizadas. Essas últimas foram desenvolvidas de conformidade com o entrevistado, sua linguagem, o meio em que vivia e de acordo com o desenrolar da própria entrevista, sempre dando ênfase à importância de sabermos a opinião do entrevistado, sua idéia sobre o assunto, sua concepção, seu sentimento, seu julgamento.

As perguntas eram reformuladas a medida que se desenrolava a entrevista até serem bem compreendidas. Para melhor compreensão usávamos artifícios, tais como comparações com outros lugares vizinhos, utilização de exemplos conhecidos na comunidade e casos acontecidos na família ou na vizinhança, uso de “estórias de faz de conta”, etc.

Roteiro teórico (não são perguntas pré-formuladas):

1- Na sua opinião, o que indica (mostra) que uma comunidade, um município ou um estado (um lugar) está saudável (tem saúde), com bom nível de saúde (o povo está com saúde; indicadores ou parâmetros que indicam que uma comunidade é ou está saudável)? Explique.

2- Para dizer o inverso, se a comunidade está com baixo grau de saúde (comunidade doente; povo com pouca saúde), você usaria os mesmos parâmetros ou outros? Explique.

3- Na sua concepção (tendo como universo o Ceará, o município onde você mora, ou o lugar), quais as principais intervenções (coisas que podem ou necessitam ser feitas) para melhorar a saúde de uma comunidade (de um lugar) com baixo grau de saúde (pouca saúde; muita gente doente)? Qual o papel do governo (o que o prefeito pode ou deve fazer) e qual o da própria população (o que o povo deve ou pode fazer)?

4- O que você entende por mortalidade infantil (você já ouviu falar; quando e por quem)? Qual a sua concepção sobre a importância do cálculo da mortalidade infantil (o número “mortalidade infantil”) para avaliação da saúde de um Município ou Estado (o que significa, para que serve, qual a importância; o que você entende; o que você pensa quando ouve falar)? Atualmente, você acha que no seu Município (lugar) ou Estado, morrem mais crianças ou adultos (ao seu vê)? Na sua concepção (ao seu vê), há diferença entre morrer uma criança e morrer um adulto (econômica, social, afetiva, religiosa, familiar, política)? Explique.

5- Quando você ouve falar em diminuição da mortalidade infantil em um Município ou Estado, você interpreta (considera) que houve melhoria das condições de vida dessa população (em todas faixas etárias)? Explique.

6- Normalmente a Mortalidade Infantil refere-se a qual faixa de idade?

7- Na sua opinião, quais os fatores associados com a morte ou com o adoecer de crianças (por que morre tantas crianças)? E quais os fatores associados (o que tá ligado; o que contribui) com a morte (ou com o adoecer) de crianças menores de 1 ano ?

8- Se você fosse escolher um tipo de indicador (uma coisa para dizer que o povo está com saúde; parâmetro que revele o nível de saúde de uma população) para usar no acompanhamento e planejamento da melhoria das condições de saúde e de vida de uma comunidade (para dizer que uma comunidade está melhorando de saúde), qual indicador seria sua primeira escolha? (Se não a mortalidade) Por que não a diminuição ou aumento da

mortalidade (morrer menos pessoas)? E se você fosse escolher uma faixa etária, qual seria a mais representativa das condições de saúde e de vida? (Se não a mortalidade infantil) E de crianças menores de 1 ano seria também uma boa escolha? Explique.

9- Na sua opinião, quais as intervenções para baixar a mortalidade de crianças menores de 1 ano (o que precisa ser feito para morrer menos crianças novinhas; quais os cuidados; o que é importante fazer para as crianças crescerem direitinho e não morrerem)?

10- No seu conhecimento, quais as doenças que mais matam (de que as crianças morrem mais) as crianças menores de 1 ano no Ceará? Explique.

11- No período da administração anterior (municipal, período de 1993 a 1997) foram realizadas (foi feita alguma coisa) quais intervenções que influenciaram para a mortalidade de crianças menores de 1 ano (o que você viu ser feito que pode ter diminuído ou aumentado)? Explique.

12- Você acha que atualmente a morte de crianças menores de 1 ano tem perdido o seu poder de discriminar as condições de saúde de um população (hoje é mais fácil morrer uma criança novinha que há 8 anos atrás; melhorou algo ou piorou)? Explique.

13- Dizem que a mortalidade infantil vem diminuindo no Ceará. Na sua opinião isso é verdade para todos municípios (você tem visto isso)? Explique (o que fez diminuir a morte de crianças novinhas; o que mudou; o que aconteceu).

14- Quem (ou o que) mais vem influenciando (ajudando) para a diminuição da mortalidade de crianças menores de 1 ano (a mãe, o governo, as comunidades, a igreja, alguma instituição, o avanço da medicina, a melhoria da assistência médico-hospitalar, a melhoria das condições de vida da população)? Explique.

15- Na sua opinião, por que nos municípios do Ceará a mortalidade por pneumonia e diarreia ainda se encontra alta entre crianças menores de 1 ano de idade (por que ainda morrem crianças de diarreia e pneumonia; por que morre umas e outras não)?

ATENÇÃO: as entrevistas, embora seguissem um roteiro de perguntas ou temas, desenrolaram-se sempre dando espaço para os entrevistados discorressem livremente. Queríamos não só conhecer suas respostas, mas antes de mais nada entendê-las e compreendê-las como “realidade vivenciada”.

4.2.5.2 A escolha dos entrevistados

Como não poderíamos entrevistar todo o universo, a população dos municípios selecionados, tivemos que escolher “informantes chaves”. Essa escolha se deu, segundo os princípios da pesquisa qualitativa, com ênfase nos grupos sociais mais relevantes para a investigação, atores sociais que estão de alguma forma ligados com o problema da mortalidade infantil: profissionais da saúde (formais e informais), mães das crianças que morreram antes de 1 ano de idade, familiares e vizinhos, bem como gestores de serviços de saúde e chefes de governo.

Aos primeiros contatos com a população em estudo, notamos logo que havia uma franca diferenciação entre as mães que perderam filhos e aquelas que não haviam perdido. Parecia haver um estigma sobre a mãe que havia perdido um filho, ela era a mãe que “deixou” um filho morrer, descuidada. Também percebemos que elas se encontravam mais presentes nas localidades mais pobres e em uma comunidade específica, elas estavam enquadradas dentre as pessoas mais pobres.

Diante desses fatos, tivemos que individualizar o grupo das mães que tinham perdido filhos.

Como queríamos identificar o modelo etiológico-terapêutico utilizado para a mortalidade infantil, pela população e, já que as mães que perderam filhos não representariam a comunidade, resolvemos formar um grupo que seria representativo da população e que também poderia ser comparado com o grupo de mães. Daí surgiu um grupo que seria formado de líderes comunitários e mães vizinhas daquelas que tinham perdido filho.

O grupo contraste seria aquele que representasse o sistema de saúde governamental e científico, dito oficial. Nesse grupo pensávamos em colocar profissionais de saúde, prefeitos, secretários de saúde, diretor de hospital, secretário de educação ou outro que tivesse envolvimento com as questões de saúde além dos agentes de saúde. No entanto, quando fomos analisar o material colhido e mesmo na realização das entrevistas, vimos que os agentes de saúde faziam parte de um grupo a parte, diferenciado da população e também do grupo dito oficial.

Assim sendo, definimos como grupos sociais principais: 1- mães que perderam filhos menores de 1 ano; 2- chefes do executivo (prefeitos, secretários e diretores de hospitais) e profissionais de saúde (médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem); 3 – agentes de saúde; 4- populares e líderes comunitários.

O total de entrevistados foi de 29 no município de Ipueiras e de 35 pessoas, em Itapajé. Além dessas entrevistas, fizemos várias outras não estruturadas e que não entraram no trabalho, mas tiveram a finalidade de testar a veracidade de alguns fatos citados e compreender melhor a realidade vivida pelos municípios.

“Seguindo a tradição qualitativa, na qual uma das possibilidades de julgamento da validade de uma amostra é o critério de exaustão, ou seja, a recorrência das categorias no material coletado, consideramos suficiente a amostra estudada diante das finalidades da pesquisa” (BOSI, 1996, p.30).

4.2.5.3 Entrevistados em Itapagé

Prefeito.

Secretário de Saúde.

Secretário de Ação Social.

Secretário de Educação.

Diretor administrativo do hospital público.

Médico do hospital público.

Enfermeira do hospital público.

Auxiliar de Enfermagem do hospital público.

Enfermeira responsável pelos Agentes de Saúde.

4 Agentes de Saúde.

7 Mães que perderam filhos menores de 1 ano.

7 Mães que tinham filhos menores de 1 ano (vizinhas).

8 Líderes populares.

Total de entrevistados: 35.

4.2.5.4 Entrevistados em Ipueiras

Prefeito.

Secretário de Saúde.

Diretor do hospital público e Responsável pelos Agentes de Saúde.

Auxiliar de Enfermagem do hospital público.

8 Agentes de Saúde.

8 Mães que perderam filhos menores de 1 ano.

6 Mães que tinham filhos menores de 1 ano (vizinhas).

3 Líderes populares.

Total de entrevistados: 29.

4.2.5.5 Seleção dos entrevistadores / treinamento / aspectos éticos / recusas:

Os entrevistadores foram selecionados pelo próprio autor do projeto, levando em conta a experiência anterior em pesquisas.

Equipe de entrevistadores:

- Duas entrevistadoras de nível superior, ambas psicólogas, com experiência anterior em entrevistas e trabalhos qualitativos.
- Um médico, o próprio autor do projeto, com experiência em trabalho comunitário e em pesquisa de campo.

Treinamento:

Realizamos reuniões iniciais para demonstrarmos a maneira de realizar as entrevistas, modo de abordar os entrevistados, consentimento para entrevista e para gravar as falas, o perigo de emitir qualquer tipo de opinião ou manifestar qualquer atitude de reprovação.

Nós, entrevistadores, treinamos e nos preparamos para exercermos uma “atitude de escuta” e de que “queríamos aprender com eles”.

Estudo piloto:

Realizamos estudo piloto com a finalidade de testar as “perguntas” do roteiro de entrevistas, o que levou ao aperfeiçoamento da maneira de abordar cada tema e validação do roteiro.

As primeiras entrevistas fizemos em conjunto para avaliarmos a performance do entrevistador e a “sinceridade” do entrevistado.

Aspectos éticos:

A pesquisa se baseou nos princípios éticos em relação à mãe, aos pais, aos profissionais, aos entrevistados como um todo e à sociedade. Todas as entrevistas, bem como sua gravação, realizaram-se com o consentimento dos entrevistados, garantindo o sigilo quanto aos informantes.

Recusas:

Para o nosso estudo, a recusa seria um fator muito importante, então resolvemos trabalhar para não haver recusa. Para tanto aplicamos algumas regras tiradas de nossas próprias experiências em trabalho de campo e no estudo piloto:

1- Ao menor sinal de recusa, recuar, não insistir. O nosso aforismo era: mais valem 10 “nãos pequeninos” ou 100 “volte depois”, do que 1 “NÃO com letras maiúsculas”. Assim, “entrevistar” primeiro algum parente, vizinho ou amigo, para depois, por intermédio de um desses, tentar entrevistar o informante realmente desejado. Essa é a melhor saída.

2- Utilizar linguagem simples e clara;

3- Passar confiança e se comprometer com o sigilo absoluto da identidade do informante, enfatizando a importância de suas opiniões;

4- Não escolher tempo nem lugar para a entrevista. Entrevistar aonde e como o informante quiser, de preferência no seu lar e sem tirá-lo das suas atividades domésticas.

Obs.: em nosso estudo tivemos algumas dificuldades para obter as entrevistas ou gravá-las, tipo viajarmos 70 km à procura da pessoa fora da cidade dela, ou voltarmos em dias e horários diferentes. No entanto, recusa absoluta não tivemos nenhuma.

4.2.6 Análise dos dados:

Partimos do princípio de que a fala “possui a magia de transmitir, através de um porta voz (o entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, sócioeconômicas e culturais específicas” (MINAYO & SANCHES, 1993, p.245).

Agrupamos os entrevistados, como citado anteriormente, em quatro categorias distintas: Agentes de Saúde, Oficial, população e mães que perderam filhos. Assim a forma com que foram dispostos os resultados, já faz parte de uma compreensão que o próprio material, as entrevistas, nos mostraram.

Para obtermos contrastes e comparações no intuito de captar a totalidade nas suas múltiplas dimensões, avaliamos os grupos separadamente e, dentro de cada grupo, as diferenças entre os municípios.

Quanto à análise propriamente dita dos sistemas de representações, optamos pela estratégia de separar os relatos por temas principais e tabulá-los conforme o grupo e o município. Daí, adotamos a técnica da “impregnação, ou seja, a leitura e releitura exaustivas dos depoimentos, até o momento em que nos sentimos aptos a enxergar cada grupo como um todo, em sua unidade e diferenças internas” (BOSI, 1996, p. 31).

Utilizamos o conceito de Kleinman (1980) para a construção dos modelos explicativos para a mortalidade infantil, o qual considera que os aspectos sociais, culturais e a experiência pessoal influenciam a formação desses modelos.

Passos percorridos para a análise:

I °) Escolha de temas principais a serem analisados, com base nas informações colhidas nas entrevistas e na finalidade do trabalho:

- 1- Conceito e definição da mortalidade infantil.
- 2- Faixa etária para a mortalidade infantil.
- 3- Saber e origem do saber.
- 4- Fatores determinantes.
- 5- Intervenção ideal (teorizada).
- 6- Intervenção real (realizada).
- 7- Agente motivador.
- 8- Agente modificador.
- 9- Caráter das intervenções.
- 10- Indicador de saúde ou de condições de vida.
- 11- Significado da morte de crianças menores de 1 ano.
- 12- Doenças causadoras da morte de crianças menores de 1 ano.

IIº) Fizemos uma tabela, após ouvirmos todas entrevistas, com todas respostas para cada tema, separando-as por grupos representativos e por municípios.

III^o) Agrupamos as respostas de conformidade com a semelhança dos significados.

IV^o) Quantificamos as respostas em termos de número de repetições separadamente para cada grupo e para cada município (revelando a unidade e diferenças internas).

V^o) Analisamos, após estarmos impregnados pelos relatos, essas unidades e diferenças encontradas entre grupos e municípios, com o fim de sistematizá-las.

5 RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO (ANÁLISE DOS SISTEMAS DE REPRESENTAÇÕES DA MORTALIDADE INFANTIL)

Explicitação e construção dos modelos etiológico-terapêuticos para a “Mortalidade Infantil”, a partir da pesquisa de campo. Essa construção ou “elicitation”, é a atitude de tirar, captar do campo em estudo as informações necessárias para que se possa sistematizá-los.

5.1 Descrição do Modelo Etiológico-Terapêutico Utilizado Pelo Grupo Oficial:

A mortalidade infantil, para os representantes do grupo oficial, corresponde a um termo de uso cotidiano, já do conhecimento de todos. Definindo-a como “indicador de saúde”, “mortalidade das crianças” ou a constatação de que ainda há “crianças morrendo”.

Em termos de faixa etária considerada para a definição de mortalidade infantil, tivemos basicamente dois grupos, o maior com 54% dos entrevistados, realmente consideravam a morte de crianças menores de 1 ano de idade como a idade usada no cálculo da mortalidade infantil, já para os outros 46% a faixa se alarga até 4-5 anos de idade.

A determinação da mortalidade infantil, ou melhor, os fatores imputados com maior frequência como determinantes da morte de crianças menores de 1 ano de idade, seriam a desnutrição e a pobreza. Em segundo lugar foi citada a falta de educação dos pais e de água tratada. Por último teríamos a falta de um bom atendimento médico. Isso foi possível ser constatado em alguns relatos:

“por falta de cuidados, por falta de alimentação porque quem morre mais é a criança desnutrida.” (Oficial-Itapagé)

“Eu atribuo tudo isso à falta de condições.” (Oficial-Itapagé)

“Basicamente a mortalidade infantil está associada a problema social e a educação.”(Oficial-Itapagé)

“...se ela não é alimentada adequadamente e imunizada adequadamente ela tem muito mais probabilidade de adoecer e morrer.” (Oficial-Ipueiras)

“...numa criança subnutrida, com pais ignorantes sem uma rede de assistência básica, sem suporte médico, essa criança tem muito mais chance de morrer.” (Oficial-Ipueiras)

Em Itapagé, é marcante a ênfase dada à falta da prática do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade como um fator muito importante para a determinação da mortalidade infantil.

A falta de educação e mesmo a falta de condições de vida dos pais são percebidas como ignorância e/ou culpa dos pais. Os relatos, a seguir, confirmam essa assertiva:

“Os pais têm um pouquinho de culpa sabe, de culpa assim, exatamente pela falta de condições, de condições da família de dar uma assistência digna a criança recém nascida.” (Oficial-Itapagé)

“...uma doença imunoprevenível numa criança subnutrida, com pais ignorantes....” (Oficial-Ipueiras)

Por sua vez, a educação é percebida como a capacidade de assimilar ou obedecer as recomendações feitas para a melhoria de sua saúde. É o que poderíamos ler nesse relato de um representante oficial:

“..enquanto não se melhorar o nível educacional não se vai conseguir com que essa população assimile tudo aquilo que ela tem que fazer para melhorar as condições de saúde” (Oficial-Ipueiras)

As doenças responsáveis diretamente pela mortalidade infantil são primeiramente, a diarreia-desidratação e, em segundo, a pneumonia.

Como intervenções teóricas ou ideais consideradas com a finalidade de diminuir a mortalidade infantil, a maior ênfase é dada ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses. Outras intervenções consideradas relevantes foram a assistência pré-natal e a imunização.

Das intervenções praticadas ou reais realizadas no período estudado, não houve uniformidade entre os dois municípios.

Os representantes oficiais de Ipueiras afirmam que as principais atividades realizadas com a finalidade diminuir a mortalidade infantil foram o aumento do atendimento pré-natal e o trabalho dos agentes de saúde. No entanto, citaram apenas “um trabalho” com gestantes para essa finalidade, sem especificar a programação ou conteúdo.

Em Itapagé, foi enfatizado um trabalho programado com a finalidade de reduzir as taxas de mortalidade infantil, cujas intervenções foram, em primeiro lugar, o incentivo à prática do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, com cursos, palestras e formação de grupos de mães amigas do peito, recebendo por esse trabalho um prêmio da UNICEF, com título de “hospital amigo da criança”; em segundo lugar, relataram o

revigoramento do trabalho dos agentes de saúde, as campanhas de imunização e a suplementação alimentar para crianças desnutridas.

No entanto, é unânime a afirmativa de que as intervenções realizadas não atacam a causa da mortalidade infantil e não provocam mudança permanente, como podemos perceber em alguns relatos:

“Os programas que reduzem a mortalidade infantil são apenas paliativos, não vão na raiz do problema.” (Oficial-Itapagé)

“... se esse trabalho parar, a mortalidade vai aumentar do mesmo jeito. São coisas feitas provisórias temporárias.” (Oficial-Ipueiras)

As intervenções, como verificamos na fala dos entrevistados, também têm um caráter de imposição respaldada pela justiça, já que a morte de criança é tratada como “crime” em potencial, onde os pais ignorantes, sem higiene, seriam culpados pela doença da criança, sendo a sua não aceitação do tratamento ou internação hospitalar, a causa imediata da morte:

“Os pais têm um pouquinho de culpa, sabe ...” (Oficial-Itapagé)

“...com pais ignorantes, sem uma rede de assistência básica, essa criança tem muito mais chance de morrer.” (Oficial-Ipueiras)

“...tivemos que ir atrás do juiz para internar uma criança.”(Oficial-Itapagé)

Os representantes oficiais consideraram os governos estadual e federal os maiores influenciadores ou motivadores para a diminuição da mortalidade infantil, através de atividades desenvolvidas com essa finalidade, nos moldes de campanhas:

“ Foi ação do Governo federal e estadualO governo tem influenciado, tem pedido muito aos prefeitos para ajudar na saúde do município.” (Oficial-Ipueiras)

“Como estava tendo uma exigência (do Governo) muito grande a esse respeito, a criança não morrer, a criança menor de 1 ano.” (Oficial-Itapagé)

“Foi feito uma campanha dirigida só com essa finalidade: reduzir a mortalidade infantil”. (Oficial-Ipueiras)

“Quando acontece uma melhoria dessas é porque todo mundo tá trabalhando em cima de ações para reduzir a mortalidade...” (Oficial-Ipueiras)

Das entrevistas saiu a revelação de que o Estado determinou, como prioridade política, a diminuição da mortalidade infantil e para forçar a adesão dos municípios, o recebimento de recursos extras foi vinculado à diminuição da mortalidade infantil. Como explicitam alguns relatos:

“Depende do interesse político que se tem nisso O Estado premiou alguns municípios Existe outras coisas que mostram mais qualidade”. (Oficial-Itapagé)

“...quando num município mexe na parte do dinheiro, entendeu, o município é mal visto porque tem mortalidade infantil alta e vai deixar de vir um recurso, isso aí fez com que os nossos governantes se mexessem em relação a isso aí contratando gente para trabalhar.”(Oficial-Itapagé)

“Existe uma meta para reduzir essa mortalidade ... quando o município dá um acréscimo ele é chamado atenção mandam técnicos para ver o que está acontecendo.” (Oficial de Itapagé)

No tocante à diminuição da mortalidade infantil, como indicador de saúde, em Ipueiras só 25% consideram a mortalidade infantil um indicador de saúde da população; já em Itapagé o percentual foi de 50%. No entanto, em ambos os casos, a mortalidade infantil foi considerada como morte de crianças de até 4-5 anos de idade.

Os outros 75% de Ipueiras e os 50% restantes de Itapagé consideram a mortalidade infantil um descritor específico da saúde das crianças.

É de se notar também que, todos os representantes oficiais, tanto de Itapagé como de Ipueiras, relatam que não houve melhora significativa das condições de vida da população. Em Itapagé, com maior diminuição da taxa de mortalidade infantil, 22% relatam que as condições de vida até pioraram.

5.2 Descrição do Modelo Etiológico-Terapêutico Utilizado Pelos Agentes de Saúde:

A mortalidade infantil, para os agentes de saúde, trata-se de “morte de crianças”, “crianças que adoecem demais” por serem sem defesa. Um tema bastante presente no seu trabalho, cujas definições e importância estariam ligados ao seu serviço. Como vemos nos relatos abaixo:

“Mortalidade infantil é quando a criança é pequenininha que adocece, e às vezes adocece e morre.” (Agente de Saúde de Ipueiras)

“ Menos de um ano porque ele é uma pessoa sem defesa, quanto menor a defesa é menor.” (Agente de Saúde de Ipueiras)

“....a gente temos de acompanhar ela desde quando nasce até 5 anos e é o que a gente mais fala e aconselha.” (Agente de Saúde de Ipueiras)

“Toda reunião que tinha era para cuidar da mortalidade infantil.” (Agente de Saúde de Ipueiras)

Em termos de definição etária para caracterizar a mortalidade infantil, notamos uma insegurança em definir a faixa de idade, como podemos verificar na forma desse relato:

“Pra mim eu acho que é até um ano de idade.” (Agente de Saúde – Itapagé)

Apenas cerca de 1/3 realmente considerava a morte de crianças menores de 1 ano de idade, para enquadrar como mortalidade infantil, os outros 2/3 citavam uma faixa de até 4-5 anos de idade.

Como fator determinante mais marcante da mortalidade infantil, tivemos o relato de que se tratava de descuido das mães e falta de higiene dos pais. A determinação da mortalidade infantil é tratada, marcadamente, como responsabilidade e culpa dos pais. Os pais são os responsáveis e culpados pelas mortes dos próprios filhos. Os relatos abaixo conseguem traduzir claramente esse significado:

“Eu acho que a falta de cuidados mesmos das próprias mães...”
(Agente de Saúde de Itapagé)

“A diarreia não mata, adoece e aquela mãe não tem como cuidar daquela criança, não cuida direitinho aí desidrata ...eu acho que seja pouca higiene, a principal. A maioria das crianças que eu visito sempre é falta de higiene.”(Agente de Saúde de Ipueiras)

“.....falece porque se não tem uma força dos pais.” (Agente de Saúde de Ipueiras)

“...porque é tão importante a vida de uma criança, ai deveria evitar, é as mães deveriam evitar mais, ter mais cuidado.” (Agente de Saúde de Itapagé)

“...as mães não ligam de tratar as crianças.” (Agente de Saúde de Itapagé)

“...os pais não têm condições ou então não ligam né.” (Agente de Saúde de Ipueiras)

“...é a mãe botar na cabeça que tem que fazer o pré-natal, depois quando a criança nascer dar exclusivamente a mama e dar as vacinas direitinho.” (Agente de Saúde de Itapagé)

“... para que ela se conscientizar para diminuir a mortalidade infantil.”
(Agente de Saúde de Itapagé)

“...quando as mães também se interessa muito e ajuda os profissional de saúde a saber como tratar das crianças.” (Agente de Saúde de Ipueiras)

“...tá faltando mais um interessezinho da mãe, da própria mãe da criança.” (Agente de Saúde de Itapagé)

“...porque tem gente que não se cuida né, porque a gente vive pelejando batalhando né, toda casa que a gente chega é a gente pelejando pras pessoas fazerem higiene cuidarem dos seus filhos melhor.” (Agente de Saúde de Itapagé)

“... as mães de família cuidarem melhor dos seus filho.” (Agente de Saúde de Itapagé)

“...as mães não querem fazer o pré-natal.” (Agente de Saúde de Itapagé)

“... porque as mães não querem dar só a mama.” (Agente de Saúde de Itapagé)

Em seguimento, a falta do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade foi o fator mais importante. Como podemos demonstrar nesse relato:

“A mama, se cada mãe amamentasse direitinho eu acho que, eu acho não eu tenho a certeza que a criança ia ficar mais difícil adoecer.”(Agente de Saúde de Ipueiras)

Segundo as Agentes de Saúde, as mães não amamentam porque simplesmente não querem ou porque são teimosas, como mostram alguns relatos sobre os supostos motivos que levam as mães a não amamentarem:

“....as mães não querem amamentar.” (Agente de Saúde de Itapagé)

“....por que elas não querem dar...” (Agente de Saúde de Ipueiras)

“O que eu vejo nelas é que elas não querem dar mesmo....(Agente de Saúde de Ipueiras)

“É a mãe muito teimosa que começa a dar aquela papa.” (Agente de Saúde de Ipueiras)

“Elas alegam porque não têm alimento se não têm alimento não podem dar leite.” (Agente de Saúde de Ipueiras)

A falta de entendimento da necessidade de amamentar, foi colocada pelos Agentes de Saúde como o motivo (ou causa) para que as mães não queiram amamentar. Citamos alguns relatos que mostram esse fato:

“...é porque elas nunca entendem o que a gente fala.” (Agente de Saúde de Ipueiras)

“elas nunca entende que aquilo é bom para a criança.” (Agente de Saúde de Ipueiras)

No entanto, elas justificam que não é por falta de orientação e sim porque as próprias mães não querem aceitar a orientação ou não ligam para o que as Agentes de Saúde falam, como vemos em alguns relatos:

“Elas nunca querem escutar.” (Agente de Saúde de Ipueiras)

“... a mãe bem orientada, mas tem que ser bem puxado, porque só nós, as agente de saúde, fazendo a orientação as mães não querem dar ouvidos.” (Agente de Saúde de Itapagé)

“..... na maioria da parte a gente passa a informação e o pessoal não ligam, não dão ouvido as informações que a gente faz.” (Agente de Saúde de Itapagé)

“... agora, quando elas não dão ouvidos, aí acho que a mortalidade aumenta.”(Agente de Saúde de Itapagé)

“Agora todo mundo é orientado pelos agentes de saúde, se não procura um médico, uma assistência, é porque não quer...” (Agente de Saúde de Itapagé)

Em menor grau, consideravam os fatores sociais como fatores determinantes para a mortalidade infantil. Só em Ipueiras, a desnutrição e a

pobreza foram também um relato relevante, mas sempre citado como se fosse um “pano de fundo”. Como foi exposto por uma agente de saúde:

“Como eu conheço um lugar ali lá menina é triste sabe, é triste de mais sempre que a gente anda lá, faz até desgosto andar, quem tem coração fraco até chora porque a pobreza é demais, lá só existe doença porque todo mundo é pobre demais.” (Agente de Saúde de Ipueiras)

“...não tem condições....”(Agente de Saúde de Ipueiras)

Essa idéia de “pano de fundo”, seria olhar com maior ênfase para o que está em cena, sem descrever o que está na profundidade. Assim, é comum uma confusão entre pobreza, falta de higiene e descuido dos pais. Como nós percebemos nas falas, eles consideram os mais pobres os que mais perdem seus filhos e que têm menos higiene ou cuidado; mesmo se tratando de regiões pobres, dentro da mesma região, existiriam pessoas mais pobres e lugares mais pobres. Vejamos alguns relatos:

“....coitada as crianças têm necessidades, não têm nem uma chinelinha pra calçar.”(Agente de Saúde de Itapagé)

“.... um lugarzinho assim, que tem mais emprego, existe menos doença, morre menos crianças, menos adulto até, porque tem condições de levar a um médico, de ter mais higiene, de ser mais cuidado.” (Agente de Saúde de Ipueiras)

“Como eu conheço um lugar ali lá, menina é triste, sabe, é triste de mais sempre que a gente anda lá, faz até desgosto andar, quem tem coração fraco até chora porque a pobreza é demais, lá só existe doença porque todo mundo é pobre demais.” (Agente de Saúde de Ipueiras)

Em termos de doença responsável pela morte de crianças menores de 1 ano de idade, os grupos foram unânimes em citar a diarreia e a pneumonia como as causas mais importantes. E todos deram mais ênfase à diarreia.

Na concepção dos Agentes de Saúde as intervenções teóricas ou ideais mais importantes para a diminuição da mortalidade infantil foram a assistência pré-natal e a orientação para mães.

Em Ipueiras foi enfatizada a necessidade de atendimento médico mais próximo.

É marcante como os agentes de saúde relatam a dificuldade das mães ao acesso à assistência médica, como podemos constatar nesses relatos:

“Como eu já lhe falei às vezes elas ficam tardando, demorando porque não tem o dinheiro na hora para levar aquela criança, não tem condições e fica esperando ficar bom em casa.”

“Às vezes vai para o hospital e volta porque não tem médico.”

No caso das intervenções reais ou realmente praticadas no período em estudo, os Agentes de Saúde relatam uma diferença nítida entre os dois municípios.

Para os Agentes de Saúde de ItapaGé a intervenção mais citada foi o aumento do atendimento médico. Foram também enfatizados o programa de alimentação suplementar e a doação de medicamentos.

Para Ipueiras, a intervenção de maior importância realizada para a diminuição da mortalidade infantil foi o próprio trabalho dos Agentes de Saúde. É significativo também o relato de que, fora o trabalho deles próprios, praticamente não foi feito nada para a diminuição da mortalidade infantil. Podemos, por exemplo, verificar essa dimensão em uma citação pequena, mas cheia de conteúdo:

“...a gente nem sabia quem era o secretário de saúde.”

Foi também bastante enfatizado, pelos Agentes de Saúde de Itapagé, o quanto seu trabalho foi fundamental para a diminuição da mortalidade infantil, alguns acreditando até que tem sido o maior responsável:

“É o nosso trabalho que é muito válido com ajuda da Secretária de Saúde que é muito boa para gente e a nossa coordenadora.” (Agente de Saúde – Itapagé)

“... a melhoria foi dos agentes de saúde.” (Agente de Saúde – Itapagé)

“(quem mais influenciou para diminuir a mortalidade infantil) É os agentes de saúde, tenho certeza”. (Agente de Saúde de Itapagé)

A função dos agentes de saúde é de orientar, educar a comunidade. No entanto, a educação realizada parece-nos, pela análise das falas, como uma educação do tipo impositiva:

“... a obrigação da comunidade é dá ouvido as informações que a gente passa.” (Agente de Saúde de Itapagé)

“... a gente insiste, insiste, a mãe tem que trazer...” (Agente de Saúde de Itapagé)

O trabalho de “combate à mortalidade infantil”, realizado pelos Agentes de Saúde, como vemos em vários relatos, tem um “caráter de polícia”, trata-se de intervenções com o intuito de se evitar um “crime” que poderia ser cometido pelos pais, ações com poder legal:

“...a gente insiste, insiste, muitas vezes a gente vai até na casa buscar.” (Agente de Saúde de Itapagé)

“...quando a mãe não procura (assistência para o filho doente), a gente mesmo leva, o agente de saúde leva mesmo até o hospital.” (Agente de Saúde de Itapagé)

“Quando a gente não consegue convencer a mãe de deixar a criança internada, a gente pede o apoio do conselho tutelar, se ela queira ou não a criança vai ficar internada.” (Agente de Saúde de Itapagé)

“...se a mãe não quer trazer a criança (para o atendimento médico) a gente avisa a coordenadora imediatamente ela entra em contato com o

secretário de saúde e ele manda uma enfermeira.” (Agente de Saúde de Ipueiras)

Para os Agentes de Saúde de ambos municípios, é bastante significativo também um programa realizado por seus coordenadores que inclui reuniões e relatórios cuja finalidade seria basicamente cobrar e fiscalizar o seu trabalho para diminuição da mortalidade infantil. Podemos verificar no relato abaixo:

“Toda reunião que tinha era para cuidar da mortalidade infantil.”
(Agente de Saúde de Ipueiras)

Assim, nesse esquema de fiscalização e cobrança, muitas agentes de saúde também demonstravam receio em relatar alguns fatos em relação à assistência à saúde da população com medo de serem prejudicadas por seus superiores. Esse relato de uma Agente de Saúde é bastante revelador:

“...isso já aconteceu se isso for pra mim prejudicar eu posso falar né (que não vão me identificar)....”

Esse medo, parece que não era só das Agentes de Saúde, pois segundo o relatos das próprias Agentes de Saúde, as mães escondiam o fato de não estarem amamentando e quando estavam dando outro tipo de alimento para crianças de até 6 meses de idade:

“Ela mentiu pra mim, quando eu perguntava se ela tava dando só a mama ela dizia que era, mas as vizinhas me diziam que era mentira.”
(Agente de Saúde de Itapagé)

Os agentes de saúde, na sua totalidade, quando perguntados diretamente se a diminuição da mortalidade infantil era um indicador de melhoria das condições de vida e de saúde da população ou apenas um indicador da saúde das crianças, foram enfáticos em responder que se tratava de um indicador que revelava melhoria de vida e saúde de toda população não somente das crianças.

No entanto, paradoxalmente, mais de 2/3 revelaram que, no período em estudo, houve franca diminuição da mortalidade infantil, mas não houve melhoria das condições de vida e de saúde da população.

5.3 Descrição do Modelo Etiológico-Terapêutico Utilizado Pela População:

Para a população, o termo “mortalidade infantil” não parece ser familiar, embora já tenham ouvido falar no rádio, na televisão. “Mortalidade Infantil” tem, para ela, como significado: morte, sofrimento, doença e falta de cuidados dos pais. Os relatos abaixo revelam isso:

“Já ouvi falar na televisão.... mortalidade infantil não sei nem o que dizer.” (Pai de Itapagé)

“Doença dessas vacinas, paralisia né, sarampo.”(Rezadeira de Itapagé)

“O que eu entendo é que as crianças tão morrendo” (Pai de família de Ipueiras)

“... acho que é a doença que chega rápido e mata as crianças tudo assim de repente ... às vezes assistindo o jornal eu mesmo vejo” (Mãe vizinha de Ipueiras).

“Eu acho que essas crianças que morrem...”

“Já ouvi falar, no meu entender é muito difícil responder,é a criança não ser bem cuidada.” (Mãe vizinha de outra que perdeu filho)

A grande maioria considera que a mortalidade infantil é morte de crianças até 4-5 anos de idade.

Em relação aos fatores determinantes da mortalidade infantil, a grande maioria considera que a falta de higiene e o descuido dos pais são os fatores mais importantes para a morte de crianças menores de 1 ano de idade. Vejamos alguns relatos:

“... porque se não for um pai que tiver responsabilidade deixa morrer até a mingua.” (Pai de família de Ipueiras)

“É o descuido da pessoa da mãe, morre mais porque a mãe não tem cuidado....” (Mãe vizinha de uma que perdeu filho de Itapagé)

“Não se ligam para se cuidar.” (Mãe e avó de Itapagé)

“É descuido da mãe”. (Mãe vizinha que perdeu filho de Itapagé)

“É devido a sujeira”. (Mãe vizinha da que perdeu filho de Itapagé)

“.... não ser bem cuidada.” (Mãe vizinha de outra que perdeu filho)

Em segundo lugar, como fator determinante da mortalidade infantil foram citados a desnutrição e a pobreza:

“O que mata nós é a falta de alimento.” (Pai de família de Ipueiras)

“Uns morre é de fome.”(Mãe vizinha de outra que perdeu filho de Ipueiras)

“Aqui tem gente que passa fome, médico é fácil, mas médico não dá solução disso aí não.” (Mãe vizinha de outra que perdeu filho de Itapagé)

“Só tem doença no mundo fome também tem muita.” (Mãe vizinha de outra que perdeu filho de Ipueiras)

“....pra pessoa que é pobre tudo é difícil.” (Mãe vizinha de outra que perdeu filho de Ipueiras)

“....uma alimentação boa que nós pobre não têm né filho de pobre se cria porque Deus quer, mas em muito ponto passa por muita necessidade, não é porque a gente queira, mas é que a gente se obriga né.” (Mãe vizinha de outra que perdeu filho de Ipueiras)

“Pra mim pra uma pessoa que é pobre em tudo falta a gente que é pobre não pode comprar tudo enquanto não tem um aparelho

sanitário como você sabe, falta muitas coisas minha filha, vida do pobre aqui no interior não é boa não, é ruim de mais.” (Mãe vizinha de outra que perdeu filho de Ipueiras)

“...testemunhei pessoalmente vários casos de crianças que foram morrendo, foram mortas, assassinadas por conta desse esquema pesado de estruturação da vida social, crianças que morreram porque estavam com fome, não porque simplesmente não comem a qualidade da alimentação para idade que elas estavam não era adequada.” (Líder comunitário de Ipueiras)

“Roda, roda e cai na mesma coisa né, eu penso que o problema mais é o problema de fome né, é fome né, não tem nada pra comer rapaz, aí vem uma fraqueza e morre e morre de fraqueza.” (Líder comunitário de Itapajé)

Verificamos pelo relato dos entrevistados que há uma confusão, um “conflito de análise” - Será o descuido dos pais a causa da mortalidade infantil ou será que, o descuido dos pais é também uma consequência da mesma causa, a pobreza e a falta de condições sócio-econômicas?

“Às vezes a gente não sabe como é que começa se é pela comida mal feita ou se é falta de comida.” (Mãe vizinha de outra que perdeu filho de Itapagé)

“...às vezes acontece por causa da sujeira, eu lhe digo porque o médico diz pra gente.” (Mãe vizinha de outra que perdeu filho de Ipueiras)

“.... não tem um aparelho sanitário como você sabe, falta muitas coisas minha filha, vida do pobre aqui no interior não é boa não, é ruim demais.” (Mãe vizinha de outra que perdeu filho de Ipueiras)

“ A comunidade se sente mais humilhada, mais culpada né, porque a criancinha é uma coisa muito tenra, parece que você não acudiu na hora.” (Líder comunitário de Itapagé)

“... mas em muito ponto passa por muita necessidade, não é porque a gente queira, mas é que a gente se obriga né.” (Mãe vizinha de outra que perdeu filho de Ipueiras)

Outra colocação presente em alguns relatos é o fato da morte de crianças ser vontade de Deus:

“Porque Deus quer né, porque se tivesse de ser nossa não morreria nenhuma né, mas Deus quer, elas ficam mais sossegadas do que estar no Brasil indo pra onde Deus tá.” (Mãe vizinha de outra que perdeu filho de Ipueiras)

“A morte é determinada por Deus acontece que a gente acha que é por falta disso ou daquilo, mas às vezes nem é né, só a gente que tá achando, quando chega o tempo Deus é quem determina.” (Mãe vizinha de outra que perdeu filho de Ipueiras)

No entanto, essas colocações não foram referidas como causa ou determinação direta da morte de crianças. Elas aparecem mais como uma justificativa sobre a culpa da morte ou um consolo para o sofrimento. Como podemos constatar ler em alguns relatos:

“..... filho do pobre se cria porque Deus quer, mas muito ponto passa por muita necessidade, não é porque agente queira, mas é que a gente se obriga né.” (Mãe vizinha de outra que perdeu filho de Ipueiras)

“Mas com a desculpa de dizer que é Deus que quer, assim muitos se sentem aliviados por terem perdidos seus filhos, não sem sofrimento; mas se sentem aliviados por tê-los perdidos porque seria muito mais difícil cuidar deles bem, dar alimento necessário, dar remédio que teria necessidade para cura pra suas doenças que, perdê-los nos primeiros dias e interná-los e é Deus que toma de conta ... definir essa situação não se pode fazê-lo sem compreender os limites financeiros que a família se encontra.”(Líder comunitário de Ipueiras)

“..... elas ficam mais sossegadas do que estar no Brasil indo pra onde Deus tá.” (Mãe vizinha de outra que perdeu filho de Ipueiras)

“o que eu acho é que, quando mesmo que seja grande ou criança ou mesmo assim jovem, eu acho quando chega o dia mesmo de morrer não tem nada que dê jeito não eu acho que vai depender do cuidado da mãe porque se a mãe for realmente relaxada assim ... o que a criança sentir, não cuidar com tempo, aí eu acho que aquele menino morreu de mal trato agora é mais fácil salvar porque tem posto em todo canto...” (Mãe vizinha da que perdeu filho de Itapagé)

“....se o menos de 1 ano morrer é porque tinha de morrer mesmo porque a gente cuidando (Mãe vizinha da que perdeu filho em Ipueiras)

Sobre a doença responsável pela a mortalidade infantil, tivemos como primeira opção a diarreia. E só em Ipueiras foi também considerada a pneumonia, como causa de mortalidade infantil.

Como intervenção teórica ou ideal para diminuição da mortalidade infantil consideram o atendimento médico. No entanto para Ipueiras, a população especificou que era um atendimento médico mais próximo, melhor acesso à assistência médica. Já para Itapagé, a população deu ênfase à qualidade, assistência médica melhor.

O aumento do atendimento médico foi, segundo a população de ambos municípios, a intervenção mais marcante e real (realizada). Em segundo lugar, em Itapagé, tivemos o relato do trabalho dos Agentes de Saúde, merenda escolar em creches e doação de medicamentos. Já em Ipueiras, tivemos a afirmativa de que não havia um segundo lugar, visto nada ser feito ou muito pouco foi realizado para a diminuição da mortalidade infantil.

Em ambos os municípios, as populações consideraram que, excluindo a assistência à saúde propriamente dita, foram as próprias famílias, com a melhoria dos cuidados para com seus filhos, quem mais

vem influenciando para a diminuição da mortalidade infantil. É o que podemos ver nos relatos a seguir:

“Sabe o que foi (que fez diminuir a mortalidade infantil) é porque o pessoal se obrigaram a fazer isso (cuidar dos filhos, procurar atendimento médico, se virar)”. (Pai de Ipueiras)

“...deve-se à grande criatividade que está no povo que consegue aproveitar de uma proposta mesmo que seja paliativa do Governo, uma proposta assistencialista da Igreja ou duma associação, nesse sentido o povo merece que a gente tire o chapéu porque ele consegue driblar situações difíceis e aqui acolá sair vencedor.”(Líder comunitário de Ipueiras)

Perguntado se consideravam a diminuição da morte de crianças menores de 1 ano de idade um indicador (revelador) de que melhorou a saúde e as condições de vida da população ou apenas a saúde das crianças, cerca de 70% achavam que significava que a saúde e as condições de vida da população toda também teria melhorado, os outros 30%, consideravam apenas melhora na saúde das crianças.

Notamos pelos relatos que, a concepção de que, a mortalidade infantil vem diminuindo e significa um avanço na melhoria das condições de vida de toda a população, é muito influenciada pelos meios de comunicação, pois praticamente todos os entrevistados tinham ouvido falar nesse termo através do jornal, rádio e da televisão, como revelam esses relatos:

“...melhorou sim porque eu escuto jornais..”(Mãe vizinha de mãe que perdeu filho de Ipueiras)

“Já ouvi falar na televisão.” (Pai de Itapagé)

“... de manhã às vezes fala no rádio, mas a gente tá aperreada ...”(Mãe vizinha que perdeu filho de Itapagé)

Todos revelam também que, nos seus municípios, embora tenha havido a diminuição da mortalidade infantil, não houve melhora das condições de vida da população.

É digno de nota que em Itapagé, embora tenha havido ali uma maior diminuição da mortalidade infantil, foi o único município em que encontramos relatos (20%) de que as condições de vida pioraram, no decorrer do período estudado.

5.4 Descrição do Modelo Etiológico-Terapêutico das Mães que Perderam Filhos:

Poucas mães entrevistadas souberam falar algo sobre o termo “mortalidade infantil”, as poucas que falaram, definiram o termo como se tratando de “morte de crianças”.

“É as crianças que nascem e morrem né.” (Mãe que perdeu filho em Itapagé)

As informações que tinham sobre mortalidade infantil foram recebidas através da televisão:

“Já ouvi falar, na televisão é só o que falam né.”(Mãe que perdeu filho em Itapagé)

No entanto, quando falamos que se tratava de morte de crianças e perguntamos qual a faixa de idade que você considera ao se ouvir falar em mortalidade infantil, mais da metade das mães de Ipueiras manifestou o seu pensamento. As de Itapagé, continuaram porém sem emitir sua opinião ou negando qualquer conhecimento a respeito.

As mães de Ipueiras, na sua grande maioria, consideram que o termo “mortalidade infantil” compreende a faixa etária de crianças até 4 anos de idade.

Em termos de fatores determinantes, para elas, o principal determinante para a morte de crianças menores de 1 ano de idade era a pobreza ou “falta de condições”. Os relatos seguintes são incisivos nesse aspecto:

“Eu sei o que é Cornélia, é comida para essas crianças, porque a pessoa se alimentando bem, ele com certeza ele teve saúde e, um pobre véi que não se alimenta ele é um doente lascado no mais acaba morrendo de fraqueza.”(mãe de Ipueiras)

“Não tem todo dia, aqui acolá a gente ganha.”(Mãe de Itapagé)

“Passar fome....”(Mãe de Itapagé)

“A doença mesma chega mais na criança pobre pela falta de condições, é aí todo mal tratado, se cair no chão deixa, né, fica se arrastando uma criança pega uma poeira, se joga por aí, às vezes a mãe não tá em casa, não tem tempo, hoje quem sabe por quanto lugar eu já andei né, meus filhos tão aí, quando eu chego é do jeito que Deus quiser, às vezes eu saio de casa deixo bom, quando chego tá doente, por que, porque eu não tenho condição. Filho do rico é assim? É não. Condição dele é outra. E eu acho que pobre adoce mais e morre mais.” (Mãe de Ipueiras)

A falta de condições para comprar medicamentos foi uma constante em ambos os municípios:

“... receitei meu filho, mas taqui a receita dentro da bolsa. Não comprei o remédio porque não pude, tive de comprar o de cumer pra comer ...” (Mãe de Ipueiras)

“...às vezes quando tem eles dão, quando não tem a gente guarda a receita porque não tem com que comprar.”(Mãe de Itapagé)

Elas também relatam uma determinação divina, mas que estaria mais relacionada à justificação e aceitação (aliviar a dor) da morte e do sofrimento que mesmo uma relação de causalidade (ou fatalismo):

“...um anjinho Deus levou tá bom aqui custa esquecer mas a gente esquece...” (Mãe de Ipueiras)

“Eu acho que era por causa que não era pra ser meu...”(Mãe de Itapagé)

“...quando Deus não quer levar tem que mostrar remédio, mas quando quer pra ele, não tem remédio que cure, médico nem nada.”(Mãe de Itapagé)

Sobre a doença responsável pela mortalidade infantil, a diarreia foi, de longe, a mais responsabilizada. Em segundo lugar, tivemos a pneumonia.

Como intervenção teórica para diminuição da mortalidade infantil consideram em 1º e 2º lugares, o acesso ao atendimento médico e a qualidade desse atendimento. Em Itapagé, enfatizaram as mães que deveria ter um “atendimento melhor”, enquanto as de Ipueiras, referiram que era a presença de uma “assistência médica mais próxima”.

A maioria das mães que perderam filhos, de ambos municípios, não respondeu quais intervenções realizadas, no período em estudo, foram mais marcantes (reais) para a diminuição da mortalidade infantil. As poucas que responderam, relataram o trabalho dos agentes de saúde e o “programa do leite”.

Para as mães de Ipueiras, a diminuição da mortalidade infantil é também um indicador da melhoria da saúde da população como um todo.

Não obstante, em ambos os municípios, a maioria das mães entrevistadas consideram que a diminuição da mortalidade infantil não foi devido à melhoria das condições de vida da população, mas sim em consequência da melhoria da assistência médica e da doação de remédios.

(QUADRO 1) Resumo das Representações da Mortalidade Infantil da População, das Mães que Perderam Filhos e dos Agentes de Saúde

	Sistema Oficial	Sistema dos Agentes de Saúde	Sistema da População	Sistema das Mães que Perderam Filhos
Conceito de Mortalidade Infantil	Indicador de saúde /Constatação de que ainda morrem muitas crianças / Metas	Tema bastante presente no seu trabalho / Seu serviço / Crianças que adoecem e morrem mais facilmente	Morte / Sofrimento / Doença / Falta de cuidados dos pais	Termo pouco conhecido, não sabiam conceituar ou desconsertante / Morte de crianças
Faixa de Idade	54% menor de 1 ano / 46% até 4-5 anos de idade	30% menor de 1 ano / 70% até 4-5 anos de idade	25% menor de 1 ano / 37,5 até 4-5 anos / 20,8% até 2 anos de idade	Só as mães de Ipueiras responderam / Dessas só 55,5% responderam e todas até 4 anos
Saber	Científico / Técnico	Técnico / Empírico	Empírico	Empírico

Resumo das Representações da Mortalidade Infantil da População, das Mães que Perderam Filhos e dos Agentes de Saúde, continuação:

	Sistema Oficial	Sistema dos Agentes de Saúde	Sistema da População	Sistema das Mães que Perderam Filhos
Origem do Saber sobre o termo “Mortalidade Infantil”	Científico / Governo Estadual, Federal e OMS	Coordenação dos Agentes / Secretaria de saúde	Televisão e rádio	Televisão e rádio
Fatores determinantes Distais	Desnutrição e a Pobreza	Descuido das mães / Falta de higiene	Descuido das mães / Falta de higiene	Pobreza / Fome / “Falta de Condições”
Fatores determinantes Proximais	Falta de educação dos pais / falta de água tratada	Falta de aleitamento materno	Desnutrição / Pobreza	“Falta de condições”
Significado do descuido e falta de educação dos pais	Culpa dos pais / Ignorância dos pais	As mães não querem aceitar / não querem escutar.	Humilhação / Falta de condições	(não existe esse pensamento)

Resumo das Representações da Mortalidade Infantil da População, das Mães que Perderam Filhos e dos Agentes de Saúde, continuação:

	Sistema Oficial	Sistema dos Agentes de Saúde	Sistema da População	Sistema das Mães que Perderam Filhos
Responsável / Culpa / Agente causador	Os pais	As mães	As mães	Deus que quis

Resumo das Representações da Mortalidade Infantil da População, das Mães que Perderam Filhos e dos Agentes de Saúde, continuação:

	Sistema Oficial	Sistema dos Agentes de Saúde	Sistema da População	Sistema das Mães que Perderam Filhos
Conseqüência / Significado da Mortalidade Infantil	Perda de prêmios / Perda de recursos / Mal visto	Recriminação / Punição	Sufrimento	Sufrimento
Doenças causadoras	Diarréia e Pneumonia	Diarréia e Pneumonia	Diarréia / Só em Ipueiras fala-se também em Pneumonia	Diarréia e Pneumonia
Intervenção ideal (teorizada)	Aleitamento materno exclusivo até 6 meses / Assistência pré-natal / Imunização	Assistência pré-natal / Orientação para as mães / Em Ipueiras referem também o atendimento médico mais próximo	Atendimento médico / Para Itapajé: melhor atendimento / Para Ipueiras: atendimento mais próximo	Atendimento médico / Para Itapajé: melhor atendimento / Para Ipueiras: atendimento mais próximo

Resumo das Representações da Mortalidade Infantil da População, das Mães que Perderam Filhos e dos Agentes de Saúde, continuação:

	Sistema Oficial	Sistema dos Agentes de Saúde	Sistema da População	Sistema das Mães que Perderam Filhos
Intervenção real (praticada)	<p>Ipueiras: atendimento pré-natal e programa agente de saúde.</p> <p>Itapagé: incentivo ao aleitamento materno, campanhas de vacinação, alimentação suplementar para desnutridos e programa agente de saúde.</p>	<p>Itapagé: aumento do atendimento médico, programa de alimentação suplementar e doação de medicamentos</p> <p>Ipueiras: trabalho do agente de saúde, fora disso, nada ou quase nada foi feito.</p>	<p>Aumento do atendimento médico.</p> <p>Em Itapagé há relatos de alimentação suplementar e doação de medicamentos</p> <p>Em Ipueiras tivemos como segunda resposta de que nada foi feito ou não viram ser feito nada nesse sentido.</p>	<p>Trabalho dos agentes de saúde e programa do leite</p>

Resumo das Representações da Mortalidade Infantil da População, das Mães que Perderam Filhos e dos Agentes de Saúde, continuação:

	Sistema Oficial	Sistema dos Agentes de Saúde	Sistema da População	Sistema das Mães que Perderam Filhos
Agente motivador da diminuição da mortalidade infantil / Autoridade / Motivação	Governo Estadual e Federal / Motivação política	Coordenação do programa agente de saúde	Agente de saúde / Luta pela sobrevivência	Deus
Agente modificador	Governo	Agente de Saúde	As famílias / Agente de saúde	(não há significado)
Hierarquia de trabalho (“rede de cobrança”)	Recebe ordem do nível central / Obriga os agentes de saúde	Recebe ordem do nível municipal / Obriga a população	Recebe pressão do agente de saúde e dos profissionais de saúde / “se obriga”	Recebe pressão do agente de saúde e dos profissionais de saúde / “se obriga”

(QUADRO 2) Resumo das Representações Sobre Intervenções Educativas Praticadas Pelos Agentes de Saúde e Representantes Oficiais:

	Sistema Oficial	Sistema dos Agentes de Saúde
Caráter das Intervenções	Imposição legal / Poder de polícia / Meta	Imposição / Fiscalização / Campanha
Enfoque da educação	Paternalista e Autoritário	Autoritário
Como a população é vista	Ignorantes / Sem discernimento	Sem consciência / Sem interesse
Material Educativo	Dogmas técnico-científicos / Recomendação do Governo	Dogma imposto pela coordenação dos agentes de saúde
Processo de Educar	Conscientizar / Catequizar	Domesticar / Condicionar/ “botar na cabeça”

(QUADRO 3) Resumo do Processo de Criminalização da Mortalidade Infantil Pelos Representantes Oficiais:

Falta de educação dos pais → Ignorância → Falta de higiene → Descuido → Irresponsabilidade → Mal trato → Morte / Crime

Falta de educação dos pais		Analfabetos
Ignorância	→	Ignorantes
Falta de Higiene	→	Sujos
Descuido	→	Descuidados
Falta de Responsabilidade	→	Irresponsáveis
Mal Trato	→	Criminosos
Morte	→	Crime

Resumo do Processo de Criminalização da Mortalidade Infantil Pelos Agentes de Saúde:

Falta de entendimento das Mães → Mãe não liga para a orientação → Mãe desinteressada → Mãe teimosa → Falta de higiene → Descuido → Maltrato → Morte → Crime

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 Considerações Gerais

Observamos, a partir dos resultados encontrados, múltiplas leituras da realidade, dependendo dos diversos atores sociais. Analisando o conjunto das informações sobre a mortalidade infantil, vimos que havia "elos" entre elas, influências de uma atitude de atores sobre as de outros de grupamentos sociais diferentes.

Primeiramente, é marcante o poder que o governo do nível central (estadual e federal) tem sobre os outros grupos pesquisados, principalmente na formação de seus modelos etiológico-terapêuticos. O próprio conhecimento do termo "mortalidade infantil" se faz através da ação direta ou indireta do governo central. Todos os grupos relatam que a maior carga de informações que receberam foi através de matérias divulgadas pelo governo Estadual.

Nesse sentido, os trabalhos de BARBOSA (1997) e SILVA (1998) confirmam essa tese, no momento em que relatam o uso dos meios de comunicação como um dos maiores instrumentos estratégicos no combate à mortalidade infantil no Ceará. WISNER (1988), em publicação sobre o assunto, já citava o marketing social como parte da estratégia proposta pela UNICEF para a diminuição da mortalidade infantil.

A mortalidade infantil não foi citada, por nenhum grupo (de ambos municípios pesquisados) como o parâmetro de sua escolha para a avaliação da saúde da população e só foi lembrada, na maioria das vezes, quando nos referimos ao termo indicador de saúde (estimulada). Aparentemente foi demonstrado que seria algo não de reflexão própria, mas sim originário de condicionamento e "botado na cabeça".

A partir de uma estrutura que seria fruto de concepções recebidas da OMS ou do governo central, no caso dos representantes oficiais, ou da coordenação do programa Agente de Saúde, no caso dos Agentes de Saúde, ou dos meios de comunicação, no caso da população, apresenta-se um diálogo cheio de conflitos de análise, onde, o ponto forte é fundamentado na concepção de que, a "mortalidade infantil" seria passível de medicalização, uma vez que, com medidas simples, poderíamos erradicar esse mal.

Outro ponto, não menos forte, gerado do fundamento anterior, foi o de que a morte das crianças menores de um ano seria, em última análise, culpa das próprias mães.

Mesmo relatando que a determinação da mortalidade infantil tem sua causa na estrutura social e econômica, o grupo oficial faz um discurso discordante, baseado na falta de educação e cuidados dos pais acabando por afirmar que, na realidade, a determinação da morte de crianças tem origem nos pais, como se a falta de educação e cuidados dos pais não fosse também consequência dessas mesmas condições sócioeconômicas e políticas. Nesse raciocínio, os pais são os culpados pela morte de seus filhos.

Em um raciocínio aparentemente lógico, esse argumento é absorvido por todos grupos, exceto o das mães que perderam filhos:

Se as medidas propagadas, como acompanhamento do crescimento da criança (Grow), reidratação oral (Oral rehidratation), aleitamento materno (Breast feeding), imunização (Imunization), combate ao analfabetismo materno (Female literacy), o planejamento familiar (Family planing) e a suplementação alimentar (Food supplementation), são consideradas eficazes e a falta delas leva à morte das crianças, logo, aplicando o modelo matemático que diz "a ordem dos fatores não altera o produto", se a mãe não amamenta seu filho, não reidrata, não imuniza, não acompanha o crescimento da criança, é analfabeta, não faz planejamento familiar, é

desnutrida, então a criança vai morrer. Daí, "logicamente", a culpa pela morte das crianças é da própria mãe. É ela a responsável.

O raciocínio citado é corroborado por pesquisas que vêm demonstrando que a mortalidade infantil está bastante associada à falta de educação das mães (PESMIC, 1994).

Esse processo de transformação é sutil e se manifesta através de metáforas; a identidade dos pais pobres, principalmente a da mãe, é intimamente interlaçada com imagens moralmente repugnantes e reprováveis, como "ignorante", "suja", "descuidada".

No livro "Purity and Danger", MARY DOUGLAS (1966), antropóloga britânica, relata muito bem esse processo das elites de rotular de "impuros", "poluídos", "perigosos" e "moralmente inferior", as pessoas que transgridem as normas impostas pela sociedade, como uma maneira de controlar e manter a ordem social preestabelecida. Assim rotuladas, as mães se tornam flagrantes, perigosas e inimigas da sociedade, legitimando-se sua destruição ou exclusão, real ou simbólica. Agora, elas não só podem ser punidas, mas merecem ser punidas.

Em nosso estudo, podemos ver como esse processo sutil, de uso de metáforas, torna a falta de acesso ao estudo e o analfabetismo dos pais, em pais analfabetos e ignorantes; a pobreza e a falta de higienização se convertem em "pais sujos e descuidados"; a falta de dar melhores condições de vida aos seus filhos, se torna "pais que maltratam os filhos".

Analfabetismo dos pais --> Falta de instrução dos pais --> Falta de higiene --> Falta de cuidados --> Falta de responsabilidade --> Mal trato --> Morte

Esse discurso, automaticamente, gera um processo de criminalização dos pais, nas situações em que são os pais analfabetos, ignorantes, sujos, descuidados e irresponsáveis que maltratam os filhos, cometendo um crime:

Analfabetos --> Ignorantes --> Sujos --> Descuidados --> Irresponsáveis --> Bárbaros --> Criminosos.

Os agentes de saúde, também criam um sistema explicativo para justificar essa ação policial, colocando a mãe como uma criminosa em potencial:

Falta de entendimento das mães --> Mãe não liga para a orientação --> Falta de higiene --> Falta de cuidado --> Mal trato --> Morte

E, do mesmo modo que o grupo oficial, sintomatologicamente, gera-se a criminalização da mãe:

Ignorante --> Suja --> Teimosa --> Desinteressada --> Bruta --> Criminosa

Na literatura médica também temos visto esse tipo de distorção da realidade, onde os fatores de risco e as situações de risco são personalizadas; pessoas vivendo situações ou condições de risco passam a ser caracterizadas como fazendo parte de grupos de risco, ou seja, responsabilizando "os indivíduos pelo surgimento de suas doenças, deslocando a ênfase de ações coletivas de saúde" (CZERESNA E ALBUQUERQUE, 1998, p.65).

No caso específico da mortalidade infantil, não é infreqüente encontrarmos textos que citam a mãe (ou uma população) como de risco para a mortalidade infantil (Garcia-Montrone e Rose, 1996), considerando sinônimos o "analfabetismo materno", "mãe analfabeta" e "ignorância da mãe" (RUMEL E COLABORADORES, 1992; MOJARRO E NÚNEZ, 1988) .

Nesse contexto de personalização do risco, os pais, principalmente a mãe, o indivíduo passa a ser o culpado de tudo. Em um processo de estigmatização e marginalização da mãe. Considerar a mãe irresponsável, significa dizer que ela é incapaz de cidadania, mesmo processo foi relatado por CHAUI (1986), em relação aos índios brasileiros. Desse modo a "mãe

ignorante" passa a ser perigosa, pois "maltrata" os filhos. Assim, a causa da mortalidade infantil deixa de ser social e política e passa a ser um processo psicológico, ou seja, uma característica pessoal do comportamento e atitudes do indivíduo. Assim, é fácil a transferência do enfoque macro para um enfoque micro, pessoal, em que a culpa é colocada nos ombros da mãe "ignorante, irresponsável e descuidada".

Esse poder marcante de criminalização dos pais, não é só uma realidade virtual (informação), mas uma realidade real, com a presença do respaldo "legal" e da ação de polícia.

"...tivemos que ir atrás do juiz para internar uma criança."(Oficial-Itapagé)

E os Agentes de Saúde, nessa perspectiva, como "funcionários públicos" são orientados (obrigados) a "colocar na cabeça" da população e das mães as informações necessárias para efetivação dessas ações que compõem o GOBI e a fiscalizar se elas estão cumprindo essas "leis", tendo até o dever de solicitar força dos superiores quando for encontrado alguma resistência.

"Quando a gente não consegue convencer a mãe de deixar a criança internada, a gente pede o apoio do conselho tutelar, se ela queira ou não, a criança vai ficar internada." (Agente de Saúde de Itapagé)

"...se a mãe não quer trazer a criança (para o atendimento médico) a gente avisa a coordenadora, imediatamente ela entra em contato com o Secretário de Saúde e ele manda uma enfermeira." (Agente de Saúde de Ipueiras)

Tal processo de criminalização já é bastante conhecido em nosso país, respaldando as ações repressivas da justiça e da polícia. Podemos verificar nos escritos de CHAUI (1986), quando fala sobre o autoritarismo da sociedade brasileira o qual teria sido reforçado pelo golpe de 1964, que instrumentos criados para repressão e tortura dos prisioneiros políticos

"foram transferidos para o tratamento diário da população trabalhadora e que impera uma ideologia segundo a qual a miséria é causa de violência, sendo as classes ditas desfavorecidas consideradas potencialmente violentas e criminosas. O preconceito atinge profundamente os habitantes das favelas, estigmatizados não só pelas classes média e dominante, mas pelos próprios dominados" (CHAUI, 1986, p.57).

No entanto, essa dinâmica que incrimina e culpabiliza a vítima, não é prática exclusiva do estudo da mortalidade infantil ou do povo brasileiro nem de governos autoritários. RYAN (1971) no seu livro, "Blaming the Victim", por exemplo, relata que nos EUA a mesma dinâmica é praticada pelos assistentes sociais dos serviços públicos para culpar a população negra pela sua própria "pobreza e desintegração familiar". Também na epidemiologia verificamos atitude similar, pois a própria epidemiologia, de acordo com INHORN (1995), acaba muitas vezes por culpabilizar as vítimas por seus comportamentos de risco.

No nosso trabalho vimos que grande parte da população, aparentemente, aceita essas informações e "coloca na cabeça" que a origem de tudo é mesmo o "descuido dos pais" e a ignorância das mães. Mas as mães que perderam filhos não assumem esse discurso, para elas, o fator determinante da mortalidade infantil não foi a falta de cuidados para com a criança, mas sim a "falta de condições" vivida por sua família. Na sua concepção, "foi feito tudo que estava ao seu alcance".

Na verdade, nenhum dos grupos, ao fazer esse discurso de culpabilidade e criminalização das mães, o faz sem deixar perceber um conflito interno:

"Os pais têm um pouquinho de culpa sabe, de culpa assim, exatamente pela falta de condições, de condições da família de dar uma assistência digna a criança recém nascida." (Oficial-Itapagé)

".... um lugarzinho assim, que tem mais emprego, existe menos doença, morre menos crianças, menos adulto até, porque tem condições de

levar a um médico, de ter mais higiene, de ser mais cuidado." (Agente de Saúde de Ipueiras)

".... não tem um aparelho sanitário como você sabe, falta muitas coisas minha filha, vida do pobre aqui no interior não é boa não, é ruim de mais." (Mãe vizinha de outra que perdeu filho de Ipueiras)

Todos esses mesmos grupos consideram "a fome" e a "falta de condições" dos pais como essencial para deflagração desse quadro:

"Aqui tem gente que passa fome, médico é fácil, mas médico não dá solução disso aí não." (Mãe vizinha de outra que perdeu filho de Itapagé)

"...testemunhei pessoalmente vários casos de crianças que foram morrendo, foram mortas, assassinadas por conta desse esquema pesado de estruturação da vida social, crianças que morreram porque estavam com fome, não porque simplesmente não comem a qualidade da alimentação para idade que elas estavam não era adequada." (Líder comunitário de Ipueiras)

"Roda, roda e cai na mesma coisa né, eu penso que o problema mais é o problema de fome né, é fome né, não tem nada pra comer rapaz, aí vem uma fraqueza e morre e morre de fraqueza." (Líder comunitário de Itapagé)

"Como eu conheço um lugar ali lá menina é triste sabe, é triste de mais sempre que a gente anda lá, faz até desgosto andar, quem tem coração fraco até chora porque a pobreza é demais, lá só existe doença porque todo mundo é pobre demais." (Agente de Saúde de Ipueiras)

"...por falta de alimentação porque quem morre mais é a criança desnutrida." (Oficial-Itapagé)

"Eu atribuo tudo isso à falta de condições." (Oficial-Itapagé)

Em nossa pesquisa também constatamos que as mães que tinham perdido filhos eram as mais pobres da comunidade. O fato foi constatado

em praticamente todos trabalhos ligados a esse tema, pondo em evidência que as taxas mais altas de mortalidade infantil estão localizadas nas regiões mais pobres e o fator de risco mais constante foi sempre a baixa renda da família (GARDNER, FRANK E TABER, 1984; VICTORA E COLABORADORES, 1991; PLATT E PHAROAH, 1995). Essa não é só uma realidade dos países pobres, mas também está presente nos países avançados (BEHM-ROSAS, 1988).

Uma “Pesquisa de Saúde Materno-Infantil do Ceará”, realizada em 1994 (PESMIC 3), “revelaria” que a falta de educação dos pais é o maior fator associado à mortalidade infantil (MCAULIFFE, CORREIA E GRANGEIRO, 1995). No entanto, o risco para mortalidade infantil foi maior em famílias de baixa renda e com baixa escolaridade materna (SILVA, 1998).

Se considerarmos que a baixa escolaridade materna é mais freqüentemente encontrada em regiões e famílias de baixa renda e não o inverso e, já que as mães não escolhem ser analfabetas, pois sua educação inicia-se na infância, foram provavelmente suas mães que, por falta de condições, não puderam dar educação a elas. Estaríamos aqui, provavelmente, diante de um fator de confusão: o sobre-emparelhamento.

RYAN (1971), no seu estudo sobre a população negra das classes mais pobres nos EUA, criticou a mesma explicação de "ignorância" e "desinteresse" dos pais, como causa da suas péssimas condições de saúde. Ele demonstra no seu trabalho que, na realidade, os preconceitos raciais e as injustiças sociais são realmente os determinantes ou "vilões da história".

Como vimos anteriormente essa lógica personalizadora e criminalizante já era uma prática conhecida em nosso meio. No entanto, o leitor poderá estar se questionando, sobre como ela ganha força e tamanha dimensão em uma atitude tão nobre que é a diminuição da mortalidade infantil?

Esses questionamentos também nós nos fazíamos sem uma resposta clara até quando do final da pesquisa de campo.

Após a análise de todos os discursos, vimos que se tratava de uma "rede ou sistema de cobrança e obrigação" em que os credores internacionais, juntamente com a UNICEF pressionam o Governo federal e estadual, exigindo esses, dos governos municipais, a diminuição da mortalidade infantil, como indicador dos seus desempenhos (MONTEIRO, 1995).

"...quando num município mexe na parte do dinheiro, entendeu, o município é mal visto porque tem mortalidade infantil alta e vai deixar de vir um recurso, isso aí fez com que os nossos governantes se mexessem em relação a isso aí, contratando gente para trabalhar."(Oficial-Itapagé)

"Existe uma meta para reduzir essa mortalidade ... quando o município dá um acréscimo ele é chamado atenção mandam técnicos para ver o que está acontecendo." (Oficial de Itapagé)

Desse modo, seguindo orientação da UNICEF, o Governo do Ceará vinha aplicando o modelo GOBI, com duas inovações: a utilização de Agentes de Saúde e o tratamento antibiótico precoce das infecções respiratórias agudas.

Assim, por sua vez, o governo municipal, automaticamente, cobrava dos Agentes de Saúde e os obrigava a propagar e fiscalizar a realização do GOBI; os agentes de saúde tinham que "colocar na cabeça" da comunidade e pressioná-la para realizar o GOBI e levar seus filhos ao médico nos primeiros sinais doença (principalmente pneumonia), uma vez que a mortalidade infantil teria que diminuir de qualquer forma, mas a baixo custo.

"Toda reunião que tinha era para cuidar da mortalidade infantil." (Agente de Saúde de Ipueiras)

"....isso já aconteceu, se isso for pra mim prejudicar eu posso falar né (que não vão me identificar)...."(Agente de Saúde de Itapagé)

Esse sistema ou rede de cobranças, ganha força através de um sistema de medo, represália e culpabilidade.

Parece-nos que, na história da humanidade, não é novidade culpar alguém ou algum fenômeno, por todos os acontecimentos desagradáveis, suscitando uma mobilização salvadora. ADALBERTO BARRETO () estudando o discurso social da doença no Nordeste brasileiro, já havia relatado um sistema com "essa lógica acusatória, culpabilizadora", em que "a culpa de uns passa a ser a salvação de outros".

6.2 Será Que o Fato de Colocar a Responsabilidade da Mortalidade Infantil Nos Pais Não Seria Uma Atitude Ideológica?

YUNES & ALCANTARA (1985, p.32), afirmam que "a alta mortalidade no período de um a 12 meses é substancialmente problema social". TOMASI, BARROS e VICTORA (1996, p.16) concordam com a mesma afirmativa quando declaram que "a determinação social nos indicadores de saúde infantil tem sido evidenciado em diversos estudos em todo mundo".

Mesmo que essas afirmações não mostrem a realidade absoluta da sua determinação, o que esperar de uma intervenção para diminuir a mortalidade infantil que não considere essa afirmativa e se fundamente apenas em um modelo primariamente biomédico e que coloca nos pais toda a responsabilidade pela mudança da mortalidade de seus filhos?!

A questão de medicalização dos males sociais é muito bem abordada por James C. Hurowitz, ao responder a pergunta "por que os Estados Unidos encorajam a medicalização dos males sociais?"

"Primeiro, o governo central e os estados relutam em assumir função ativa no desenvolvimento de uma política integrada que pudesse reduzir aqueles tipos de danos sociais que levam à doenças individuais. Segundo, as

profissões médicas e as instituições de tratamento acolhem, mesmo que passivamente, a crescente fé nos serviços de saúde, sem preocupar-se com as causas das doenças ... e se beneficiaram grandemente da abdicação das responsabilidades do governo.” (BERLINGUER, 1996, p.52-53)

Pelo que ficou claro no resultado de nossa investigação, o combate à mortalidade infantil teve origem “externa”, bem como a sua motivação foi mais econômica e político-ideológica que humanista ou técnico-científica.

Fica ratificado o que já relatava Laurell, citado por NUNES (1993), quando se refere à distribuição de serviços de saúde nos países latino-americanos, dependente, principalmente, de considerações econômicas, políticas e ideológicas.

Como afirma CZERESNIA & ALBUQUERQUE (1998, p.76), "esta é uma característica incontornável do processo de construção do conhecimento: ao optar por revelar e explicar algo, inevitavelmente oculta-se um outro lado; ao selecionar determinadas causas, temas, conceitos e métodos, excluem-se outros. E as opções correspondem a interesses, valores e necessidades".

O próprio raciocínio usado na aplicação do modelo GOBI-FFF, fundamentou-se em uma lógica em que o risco ou fatores de risco tendem a responsabilizar o indivíduo por sua doença e privilegia apelos a mudanças comportamentais individuais. O fato se reveste, inevitavelmente, de caráter político-ideológico, à medida que trata o processo saúde-doença como um problema somente biológico e individual, retirando a sua dimensão coletiva e sua determinação social (NUNES, 1983; BARRETO E ALVES, 1994).

Todos esses processos que tendem a estigmatizar as mães, fenômeno que parece já ter virado moda, principalmente contra as brasileiras pobres, atribuindo qualidades negativas à sua personalidade, à sua pessoa, à sua própria psicologia, fazem com que os fatores sócioeconômicos sejam transferidos para a responsabilidade do próprio indivíduo, nesse caso a mulher pobre.

O Processo em referência ganha sustentação em alguns discursos acadêmicos, como por exemplo, o da antropóloga americana NANCY SCHEPER-HUGHES (1984, 1985), que criou um rótulo “negligência da mãe” ou “mother neglect” para identificar e descrever as mães em uma favela em Recife-Pe, que, de acordo com Sheper-Hughes, aparentemente contribuíram para a morte de suas próprias crianças, com comportamentos e atitudes negligentes.

No entanto, encontramos embates a essa interpretação bastante polêmica, chegando a ser discutida mundialmente entre acadêmicos de antropologia médica. A mais forte contestação a isso, está contida no artigo de NATIONS E REBUN (1988), em que eles argumentam que se negligência é fator que contribui para a morte das crianças nordestinas, ela se dá por parte das autoridades, elite, e políticos, ou seja, a estrutura socio-econômica injusta e não das mães que cuidam das crianças até à morte com os recursos limitados que têm.

Nosso trabalho como o de NATIONS E REBUN (1988), demonstram que a teoria da negligência é nada mais que a velha maneira de culpar a vítima, uma mulher que já sofre de discriminação e exclusão social.

Ao invés de rótulos, frutos de análises ingênuas, aplicados nas mães nordestinas, evocamos a classificação cultural ou “emic” que a própria comunidade usa -“mãe cuidadosa”-, identificada por MONTE, ASHWORTH, NATIONS et al (1997) e ratificada em nosso trabalho; posto que, até em situações de extrema pobreza, até miséria absoluta, a cultura reconhece mães que são excepcionalmente “zelosas” com seus filhos.

6.3 Será Que os Cientistas, Médicos e Profissionais de Saúde, Em Última Análise, Cometeram Apenas Um Erro Metodológico Ao Dar Maior Ênfase Ao Caráter Biomédico do Fenômeno?

Com certeza as explicações de caráter fundamentalmente biomédico podem ser usadas arbitrariamente por algumas correntes para legitimar suas práticas e mascarar a reflexão sócio-política.

Por exemplo, " marginalidade" , desemprego estrutural, infraconsumo, etc. não constituem, em si mesmo, nem necessariamente, problemas fundamentais para a dinâmica capitalista, ao contrário do que ocorre, por exemplo, com os problemas relacionados à absorção de poupanças, oportunidades de investimento, etc." (TAVARES e SERRA, IN POSSAS,1989, p.151).

LAURELL, citado por NUNES (1993, p.16), relata que, nas sociedades capitalistas, a própria distribuição dos serviços de saúde entre os diferentes grupos e classes sociais "está em relação inversa às necessidades de cada um". Afirma ainda que essa distribuição depende mais de considerações econômicas, políticas e ideológicas, do que mesmo de considerações técnicas e científicas.

Também nas sociedades socialistas vemos essas influências subliminares. No Leste Europeu, por exemplo, "a industrialização da ciência acarretou o compromisso desta com os centros de poder econômico, social e político, os quais passaram a ter um papel decisivo na definição das prioridades científicas" (SANTOS, 1993, p. 34).

SPINK (1994, p.98) quando discorre sobre o poder da medicina em legitimar algumas construções sociais, refere-se, de maneira clara a alguns relatos históricos, afirmando que "os médicos fizeram mais do que oferecer dados neutros para os ideólogos da nova ordem moral. Eles emprestaram também todo o seu prestígio para este empreendimento, prestígio

decorrente das novas posições ocupadas e do poder daí derivado, mais do que decorrente das novas descobertas".

Diante disso, acreditamos que houve um erro metodológico, mas que foi bastante reforçado e usado por seu caráter ideológico.

No entanto, como "toda elaboração (tanto erudita quanto popular) de uma representação resulta de uma escolha ao mesmo tempo cultural e individual, lógica e afetiva" (LAPLANTINE, 1991, p.38), não podemos excluir a possibilidade de que esse erro metodológico tenha sido na realidade uma estratégia intencional.

6.4 Mortalidade Infantil como "Indicador de Saúde": um parâmetro em transformação, um dogma científico ou uma imposição política?

A OMS (1959, p.21) afirma: "não existe nenhum indicador de saúde que possa considerar-se, de maneira concomitante, objetivo, sensível e significativo e, ao mesmo tempo, utilizável em qualquer coletividade".

Essa afirmativa pressupõe que nem todo parâmetro considerado indicador de saúde tem um poder constante ou será representativo em todo lugar e época. Esse fato enfatiza a possibilidade do uso indevido dos supostos indicadores de saúde e a necessidade de uma avaliação prévia à sua utilização.

Em Ipueiras e em Itapagé, não poderia ser diferente. Por tal razão, era nosso objetivo saber se a mortalidade infantil, no período estudado, teria um bom poder como indicador de saúde da população.

Os grupos representados pelos agentes de saúde, população e mães que perderam filhos, consideravam, na sua maioria, que a mortalidade infantil se tratava de parâmetro revelador da saúde e condições de vida da população, um indicador de saúde, evidentemente acreditavam, por assim

ser, que a sua origem estaria, em última análise, ligada às péssimas condições de vida que a população está submetida.

O fato guarda concordância com Laurell, citado por NUNES (1993, p.16), quando relata que a posição de classe, nos países latino-americanos, “explica muito melhor que qualquer fator biológico, a distribuição da doença na população e o tipo de patologia predominante”.

No caso do grupo oficial, de ambas as cidades, não encontramos unanimidade a esse respeito. Praticamente, metade dele afirmava que a TMI era um bom indicador de saúde da população e outra metade dizia ser representativo "apenas da saúde das crianças".

Outro fato relevante foi que todos entrevistados, de todos grupos, os quais consideram a mortalidade infantil como um bom indicador de saúde, definiram-na incorretamente como representada por uma faixa etária de até 4-5 anos de idade.

Há de se notar, que todos os grupos, indiferentemente, relataram que no período estudado não houvera melhoria das condições de vida ou da qualidade de vida. No município de Itapagé, com maior diminuição da mortalidade infantil, há uma nítida percepção, por todos grupos, que as condições de vida teriam até piorado.

Nos relatos colhidos, embora tenha sido considerada a "mortalidade infantil" um indicador de saúde, os entrevistados não a teriam como primeira escolha para esse fim.

Contrariando assim a própria recomendação da OMS, a qual considera que a utilização de um indicador de saúde se faz não de maneira arbitrária, mas sim através de uma eleição, dentre vários para escolher "aqueles que correspondam melhor a essas duas exigências contraditórias: ser significativo e poder obter em todas as coletividades" (OMS, 1959, p.21).

Na realidade, a escolha desse indicador foi devido a uma imposição do Governo Estadual, conforme podemos verificar nos relatos abaixo:

“Como estava tendo uma exigência (do Governo) muito grande a esse respeito, a criança não morrer, a criança menor de 1 ano.” (Oficial-Itapajé)

“Foi feito uma campanha dirigida só com essa finalidade: reduzir a mortalidade infantil”. (Oficial-Ipueiras)

“Quando acontece uma melhoria dessas é porque todo mundo tá trabalhando em cima de ações para reduzir a mortalidade...” (Oficial-Ipueiras)

“Depende do interesse político que se tem nisso O Estado premiou alguns municípios Existe outras coisas que mostram mais qualidade”. (Oficial-Itapajé)

“...quando num município mexe na parte do dinheiro, entendeu, o município é mal visto porque tem mortalidade infantil alta e vai deixar de vir um recurso, isso aí fez com que os nossos governantes se mexessem em relação a isso aí contratando gente para trabalhar.”(Oficial-Itapagé)

“Existe uma meta para reduzir essa mortalidade ... quando o município dá um acréscimo ele é chamado atenção mandam técnicos para ver o que está acontecendo.” (Oficial de Itapagé)

Essa exigência, ao que nos parece tem sua origem no fato de que as taxas de mortalidade infantil serem utilizadas largamente por organismos internacionais, como o Banco Mundial , a Organização Das Nações Unidas , a OMS , e OPS, e o UNICEF, como indicador do grau de empenho dos governos de cada país (MONTEIRO, 1995).

Paradoxalmente, os entrevistados relatam que a redução da TMI não se deu por mudança das condições vida da população nem refletiu uma melhoria da saúde de toda população.

Diante do acima exposto, podemos dizer que os diversos atores não caracterizaram a diminuição da mortalidade infantil como mudança ou "expressão de um grupo de fatores que, reconhecidamente, influem no estado de saúde" da população, princípio básico para a caracterização de um indicador (OMS, 1971, p.21), nem que, teria bom poder discriminatório para realizar comparações entre áreas em relação às mudanças ocorridas, outro critério indispensável para um indicador ideal (LAURENTI,1984).

Em síntese, todos os grupos, seja o considerado oficial (municipal), agentes de saúde, a população e as mães que perderam filhos de ambos os municípios não consideram a diminuição da mortalidade infantil, no período estudado, um reflexo da melhoria da saúde e/ou das condições de vida de toda a população. Semelhantes reflexões encontramos também na literatura (VICTORA, 1992; OPS, 1994; ROUQUAYROL, 1994).

Esse emaranhado de afirmações nos remete a um questionamento: a mortalidade infantil reflete ou não reflete mudanças na saúde das crianças e da qualidade de vida das populações?

Para tal questionamento só podemos responder com uma análise um tanto quanto dialética, pois, mesmo que aparentemente pudéssemos pensar que tudo exposto acima estaria conflitante, na prática, isto acontece devido a discordância entre os "Fatores de Construção" (Modelo Explicativo) e "Fatores de Mudança" (Modelo Terapêutico- Intervenção), ou seja, a população considera a mortalidade infantil um bom indicador de saúde e um revelador das condições de saúde da população, porque sua explicação, acerca da mortalidade infantil, estaria intimamente ligada às condições econômicas, sociais, de saúde e porque não dizer de vida da comunidade. Por outro lado, ela mesma não a escolhe como um indicador de saúde, desconsiderando-a como tal, já que a sua diminuição não se deu por causa nem ocasionou mudanças nessas mesmas condições fundamentalmente determinantes.

Desse modo, mesmo que a medida do parâmetro seja padronizada (fixa), o valor do que ela mede (significado) pode ser distinto, a depender dos fatores que lhe estão associados e devido à mudança desses fatores. Embora em tese a mortalidade infantil possa ser considerada um bom indicador de saúde, na prática, a sua diminuição só ganhará maior importância como indicador de mudança na saúde da população se atingir a causa básica, determinantes distais da mortalidade de crianças, a pobreza e a falta de condições sócio-econômicas para uma vida de qualidade.

Transcendendo essa realidade, esses fatos nos remetem a uma mudança do paradigma que considera como "dogma" o fato da mortalidade infantil refletir fielmente as alterações das condições de vida das populações (VICTORA, 1992). Assim, quando se fala em Indicador de Saúde, deve-se ter em mente um processo dinâmico.

"Sem dúvida, mesmo no contexto da biologia, as transformações evolutivas vão de encontro à crença de invariabilidade, fixidez e universalidade dos seres vivos. Isto se torna mais flagrante no caso de populações humanas, que são mediadas pela linguagem e pela história, construindo individualidades individuais e sociais" (CZERESNIA & ALBUQUERQUE 1998, p.73).

Assim, um parâmetro utilizado como "Indicador de Saúde" não é um dogma imutável, pois, a depender de várias circunstâncias históricas, ele poderá diminuir o seu poder de revelar mudanças ou de realizar comparações entre coletividades diferentes ou em uma mesma população, em ocasiões distintas.

6.5 Mortalidade Infantil: um revelador do Estado de Saúde ou de um programa de prestação de atenção à saúde?

O “Modelo Explicativo” de um fato (doença, morte), serve para mostrar o seu relacionamento com vários fatores que influem no estado de saúde daquela comunidade, objeto do estudo e, a depender da intensidade dessa relação, caracterizá-lo-á ou não, como “Indicador de Saúde”, princípio 4º dos requisitos clássicos para a caracterização de um indicador de saúde (LAURENTI, 1984).

Pelo que ficou claro nos tópicos anteriores, todos os grupos de ambos os municípios, consideravam, em última análise, que o problema básico da mortalidade infantil (modelo explicativo) seria a situação de "pobreza" e "falta de condições da população" (fatores de construção), fato que os levou a caracterizar o parâmetro como indicador de saúde.

De tal modo, era de se esperar que a diminuição da mortalidade infantil estivesse acompanhada de mudanças nas situações de risco, quais sejam: pobreza e falta de condições econômicas das famílias. O fato foi negado por todos os grupos, em ambos os municípios e até, como referido anteriormente, onde houve maior diminuição, relatou-se piora das condições de vida da população.

Essa constatação vem, há muito, sendo fonte de questionamento por diversos autores, como citamos anteriormente, os quais verificavam que, paradoxalmente, países com o mesmo nível econômico têm taxas de mortalidade muito diferentes. CASTELLANOS (1997), por exemplo, define essa diferença como brechas redutíveis de mortalidade (BRM) e associava esse fato ao "grau de desenvolvimento social acumulado e às condições de vida predominantes em suas populações - medidos em termos de acesso a bens e serviços mínimos, através de um indicador de acessibilidade ao

desenvolvimento social acumulado (IGADSA)” (CASTELLANOS, 1997, p.138).

O IGADSA, segundo CASTELLANOS (1997),

“foi construído considerando-se um conjunto de variáveis referidas a cinco dimensões: acessibilidade acumulada a serviços básicos de saúde; acessibilidade relativa a recursos econômicos; acessibilidade acumulada a nutrientes; acessibilidade acumulada ao sistema educativo; acessibilidade acumulada a saneamento básico” (CASTELLANOS, 1997, p.140).

Vimos em nosso estudo, que as mudanças ocorridas em ambos os municípios não foram nas condições de risco (fatores de construção); não havendo melhora significativa no índice de IGADSA, mas, especificamente, implementação de ações seletivas, baseadas em programas de atenção à saúde (GOBI e tratamento precoce das infecções respiratórias agudas), de caráter provisório, temporário. Como relatam principalmente os atores oficiais, não houve mudança das condições de vida e de saúde da população.

Dessa forma, em nosso caso, o fator de mudança descaracterizou a mortalidade infantil como um bom “Indicador do Estado de Saúde”, caracterizando-o como um Indicador mais específico e mais restrito; significando, quase que apenas, um reflexo imediato de programas pontuais de “Prestação de Atenção à Saúde”, ações de sobrevivência.

Um aspecto que nos ajuda a clarear essa visão foi o relato feito pelos agentes de saúde de que, nos municípios estudados, a desnutrição de crianças com idade entre 1 e 5 anos havia aumentado.

Diante do que encontramos, poderíamos afirmar que são os fatores de mudança que vão, em última análise, revelar o poder ou validade externa, de um certo parâmetro, em uma situação determinada, para realizar comparações em termos de situação ou nível de saúde.

Em sendo assim, só após a análise do Modelo Terapêutico responsável pela alteração dos dados de um determinado "Indicador", enquanto intervenção posta em prática ("indicadores de fluxo e de ativos"), poderemos julgar se essas mudança, fato ou fenômeno, o caracterizam como um bom Indicador de Saúde.

Laplantine, nesse sentido, afirmava que "os modelos estiológicos e terapêuticos não podem ser estudados separadamente, pois estão em estreita relação uns com os outros e formam entre si sistemas de transformação" (LAPLANTINE, 1991, p.43).

"A teoria por si é inerte. É a praxes, enquanto teoria posta em prática, enquanto prática que detém o poder transformador" (TESSER E COLABORADORES 1990, citado por SILVA NETO, 1997, p.15).

Concluindo esse item, diríamos que a diminuição da mortalidade infantil não seria, nas regiões estudadas, um bom indicador de melhoria da saúde da população, na abrangência de sua definição.

6.6 Mortalidade Infantil e o Modelo GOBI-FFF: uma "Revolução"?

Deparamo-nos, nos municípios estudados com um modelo de intervenção nos moldes do GOBI, considera pela UNICEF revolucionário para a saúde das crianças (WISNER, 1988). Constatamos também uma orientação para o tratamento precoce das infecções respiratórias agudas com a utilização de antibióticos.

O modelo de intervenção, em referência, se caracterizou, nos municípios estudados, por ações seletivas, voltadas basicamente para mudança de "atitudes da mãe" e utilizando para sua implementação o artifício de campanhas:

"Foi feito uma campanha dirigida só com essa finalidade: reduzir a mortalidade infantil". (Oficial-Ipueiras)

"Quando acontece uma melhoria dessas é porque todo mundo tá trabalhando em cima de ações para reduzir a mortalidade..." (Oficial-Ipueiras)

Embora os representantes oficiais se sintam obrigados a realizar esse "pacote eficaz" enviado pelo governo central, não o aceitam sem críticas:

"Os programas que reduzem a mortalidade infantil são apenas paliativos, não vão na raiz do problema." (Oficial-Itapagé)

"... se esse trabalho parar, a mortalidade vai aumentar do mesmo jeito. São coisas feitas provisórias, temporárias." (Oficial-Ipueiras)

Os representantes oficiais revelam também que no período em estudo não houve melhoria significativa nas condições de vida e de saúde da população. Em Itapagé, cidade com maior diminuição da TMI, há uma ênfase de que houve uma piora das condições de vida.

Eles relatam que a mortalidade infantil, como estava sendo tratada, não mudava a qualidade de vida da população e, como mesmo afirmava a OMS (WHO, 1957), "o problema é adicionar vida aos anos e não meramente anos de vida".

Por outro lado, é admitido uma impotência para realização de um outro tipo de intervenção, mais eficiente, permanente e sustentável, em razão dos poucos recursos postos à sua disposição.

O envio de recursos aos municípios, atrelado a uma diminuição da mortalidade infantil, como podemos verificar em alguns relatos, não nos parece novidade, já que existe um acordo feito entre a ONU, os governos e grande número de organizações não governamentais, realizado em 1990, o qual explicita, de modo bem claro, que "os países credores e as instituições internacionais devem condicionar o aumento dos recursos" disponibilizados para os países em desenvolvimento, à adoção de medidas para a sobrevivência, proteção e o desenvolvimento da criança, com cumprimento

de algumas metas. Dentre elas, a primeira seria a redução da mortalidade infantil (ONU, 1990).

"Parece que eles querem mesmo mostrar em todo canto que caiu, isso é bom né , essa vaidade boa, acho que o governo prioriza as crianças."
Líder comunitário de Itapagé

BARBOSA (1997), em pesquisa realizada no Estado do Ceará, detectou esse mesmo fato, considerando-o uma verdadeira obsessão do Governo estadual. Para ele, “esse indicador foi usado de maneira violenta como marketing político, a nível nacional e mesmo internacional” (BARBOSA, 1997, p.184).

A diminuição da mortalidade infantil no Ceará, do mesmo modo que aconteceu na época dos antigos programas para combater à desnutrição no Brasil na década de 1970, visou sobretudo a aliviar situações localizadas e socialmente constrangedoras ao poder público do que a superá-las (MÜLLER, 1986).

Esse mesmo enfoque é abordado por BARBOSA (1997) quando comenta que a diminuição da taxa de mortalidade infantil, no Ceará, deu-se, segundo a ótica neoliberal, estruturada “na medicina simplificada e nas estratégias de sobrevivência de grupos de risco” (BARBOSA, 1987, p.179).

Em síntese, esse modelo implantado, conforme podemos verificar nos resultados de nossa pesquisa de campo, não tem nada de revolucionário. Sua abordagem nos faz lembrar a análise de FOUCAULT (1984) sobre

“a medicina que apareceu no século XIX e sobretudo na Inglaterra, uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas” (FOUCAULT, 1984, p. 97).

Tais achados são, infelizmente, bastante concordantes com os relatos de WISNER (1988), quando se refere aos perigos do programa GOBI:

1º baseando-se em campanhas;

2º enfatizando, através de propaganda nos meios de comunicação, que o problema da mortalidade infantil diz respeito apenas a mudanças individuais no comportamento e na atitude das mães para com seus filhos;

3º criminalizando as mães;

4º presença de um sistema de fiscalização com poder de polícia;

5º com uma estruturação totalmente preestabelecida, sem levar em conta as realidades da comunidade e da população;

6º promovendo uma desintegração da participação popular;

7º em uma abordagem de grupo de risco;

8º privilegiando interesses políticos, onde até o recebimento de recursos extras estão vinculados à adesão ao programa.

A crítica aqui realizada se dirige ao modelo de saúde e à metodologia utilizada para sua implantação e não, às ações que compõe o GOBI ou a outras medidas médico-assistenciais específicas.

6.7 Mortalidade Infantil e Fatores que Influenciaram Positiva e Negativamente: a diferença entre municípios.

Pelo que ficou dito acima, os municípios foram influenciados pelos mesmos motivos. Diante disso, os leitores, provavelmente, devem estar se questionando:

Por que, tendo ambos os municípios aplicado o mesmo modelo, há uma marcante diferença nos descensos da mortalidade infantil alcançados?

Esse fato pode ser explicado, conforme nossa avaliação, pela grande diferença na aplicação do mesmo modelo e não por diferença em modelos aplicados. Outra diferença adicional foi que o município de Ipueiras tem uma

população mais pobre e mais rural que o município de Itapagé, o que dificulta mais a aplicação de qualquer tipo de modelo assistencial.

Os pontos principais, verificados no município de Itapagé que se sobrepujaram em relação ao município de Ipueiras, foram:

1º) a realização de um trabalho programado, com ações específicas, com mobilização bastante grande de pessoal e com envolvimento até da 1ª dama.

2º) formação de equipe multidisciplinar bastante treinada, com conhecimento técnico e qualificação para desenvolver essas ações.

3º) constatação de um maior acesso à assistência médica e hospitalar (*).

4º) tratamento precoce das pneumonias e infecções respiratórias agudas, com disponibilização de medicamentos (antibióticos gratuitos).

5º) o trabalho dos próprios Agentes de Saúde, mesmo com métodos questionáveis, foi mais supervisionado e cobrado.

6º) características pessoais e profissionais do prefeito de Itapagé também influenciaram, médico, com experiência clínica-pediátrica e que se engajou* ou nesse programa considerando a diminuição da mortalidade infantil uma das metas mais importantes, ou a mais importante, do seu governo.

Em síntese, não poderíamos citar ações específicas que mais influenciaram positiva ou negativamente. Não obstante, a nossa análise mostrou que, a maior diferença entre os municípios, esteve apenas no planejamento e implantação do modelo e não na eficácia de alguma intervenção específica.

* O Programa Saúde da Família (PSF) foi referido apenas como assistência médica.*

6.8 Mortalidade Infantil e Resistência

Diante de uma intervenção de caráter impositivo, com um enfoque marcadamente autoritário respaldado pelo poder constituído (justiça e polícia) e sem a participação da população em um processo discursivo, seria quase que inumano não haver resistência.

Essa resistência é percebida nas falas das Agentes de Saúde, em vários momentos, principalmente quando se queixam da teimosia da população:

"É a mãe muito teimosa que começa a dar aquela papa." (Agente de Saúde de Ipueiras)

Quando relatam a resistência da mãe em não querer ouvir suas orientações:

"... as mães não querem dar ouvidos." (Agente de Saúde de Itapagé)

"..... na maioria da parte a gente passa a informação e o pessoal não ligam, não dão ouvido as informações que a gente faz." (Agente de Saúde de Itapagé)

No flagrante da mãe que esconde as suas condutas e formas de cuidar seus filhos:

"Ela mentiu pra mim, quando eu perguntava se ela tava dando só a mama ela dizia que era, mas as vizinhas me diziam que era mentira." (Agente de Saúde de Itapagé)

Nos relatos das mães, também podemos verificar atitudes de resistência:

"...quando Deus não quer levar tem que mostrar remédio, mas quando quer pra ele, não tem remédio que cure, médico nem nada" (Mãe de Itapagé).

Quando a mãe que perde seu filho enfatiza que médico ou coisa alguma não poderia ter dado jeito, é como se estivesse também dizendo que médico e nada seria a mesma coisa. Resistindo à "prepotência e ao julgamento dele".

Citar o médico, "agredir" o médico, são fatos que não acontecem sem motivo ou gratuitamente, pois é ele "o doutor e autoridade", quem em primeiro dá a notícia de que a mãe trouxe a criança tardiamente. Considerando que aquele estado teria ocorrido por falta de cuidados da própria mãe, para o "doutor", seria ela uma pessoa negligente.

A falta de condições financeiras, as limitações educacionais e culturais são identificadas pelos médicos como falta de esforços. E na dor de perder um filho, a mãe ainda tem que suportar a dor de ser acusada de negligente.

"Aqui tem gente que passa fome, médico é fácil, mas médico não dá solução disso aí não." (Mãe vizinha de outra que perdeu filho de Itapagé)

"Pra mim pra uma pessoa que é pobre em tudo falta a gente que é pobre não pode comprar tudo enquanto não tem um aparelho sanitário como você sabe, falta muitas coisas minha filha, vida do pobre aqui no interior não é boa não, é ruim de mais." (Mãe vizinha de outra que perdeu filho de Ipueiras)

"A doença mesma chega mais na criança pobre pela falta de condições, é aí todo mal tratado, se cair no chão deixa né, fica se arrastando uma criança pega uma poeira, se joga por aí, às vezes a mãe não tá em casa, não tem tempo, hoje quem sabe por quanto lugar eu já andei né, meus filhos tão aí, quando eu chego é do jeito que Deus quiser, às vezes eu saio de casa deixo bom, quando chego tá doente, por que, porque eu não tenho condição. Filho do rico é assim? É não. Condição dele é outra. E eu acho que pobre adocece mais e morre mais." (Mãe de Ipueiras)

A população também não aceita passivamente a intervenção imposta, como uma forma de resistência, mesmo sentindo-se obrigadas a aceitar a imposição, as pessoas referem que foram elas que se obrigaram:

"Sabe o que foi (que fez diminuir a mortalidade infantil) é porque o pessoal se obrigaram a fazer isso (cuidar dos filhos, procurar atendimento médico, se virar)". (Pai de Ipueiras)

"....deve-se à grande criatividade que está no povo que consegue aproveitar de uma proposta mesmo que seja paliativa do Governo, uma proposta assistencialista da Igreja ou duma associação, nesse sentido o povo merece que a gente tire o chapéu porque ele consegue driblar situações difíceis e aqui acolá sair vencedor." (Líder comunitário de Ipueiras)

A existência desses "rituais de resistência" contra as intervenções de saúde pro(im)postas, corroboram para denunciar a existência também de um poder dominador vertical de cobrança e obrigação.

Esse processo de resistência da população é muito bem referido por SCOTT (1990) no seu livro, "Dominação e as Artes de Resistência", onde relata que em situações de opressão surgem "roteiros escondidos" ou "hidden transcripts", críticas contra o poder dominador ditas de modo sutil, subliminar, nas entre linhas.

Como NATIONS E MONTE (1996) mostraram em seu trabalho sobre a resistência popular contra à campanha do controle da cólera, no Estado do Ceará em 1993, a resistência à dominação não era apenas um mecanismo de confronto, mas atitude essencial para proteger a própria identidade. Aceitar a intervenção como imposta, significava também aceitar o estigma pejorativo e destruidor - vira lata, pessoa imunda - que o acompanhava.

Do mesmo modo, em nosso caso, a mãe, em aceitando a "informação", estaria também aceitando o estigma de "ignorante",

“irresponsável”, “descuidadosa” e por fim, a culpa de ser a assassina do próprio filho.

6.9 Mortalidade Infantil e Educação Materna

Em vários trabalhos vemos muito a afirmação de que um dos fatores responsáveis pela mortalidade infantil seria a pouca instrução da mãe. De conformidade com a literatura, existe uma forte relação entre analfabetismo materno e morte de filhos (AYÇAGUER E MACHO, 1990; BICECO E BOERMA, 1993; SILVA, 1998). Esse mesmo fato, vimos presente em nossas entrevistas.

Segundo AYÇAGUER E MACHO (1990), a alfabetização das mães atingiria tanto o aspecto preventivo como o curativo da mortalidade.

Encontramos também, em nosso estudo, uma estreita relação entre baixa renda, educação das mães e mortalidade infantil, concordando com pesquisa amostral realizada no Ceará nos anos de 1987 e 1994 (SILVA, 1998).

É sabido por todos, que o grau de educação está nitidamente ligado a fatores sócio-econômicos (CORTEGUERA, 1995). No entanto, não se vê uma nítida pontuação sobre essa relação. Post e colaboradores (1992), assinalam para a hipótese de sobre-emparelhamento.

Semelhante fato foi descrito por GARDNER et al (1984), quando demonstra que o hábito de fumar da mãe, colocado como fator de risco para laringotraqueobronquite, só teve influência significativa quando associado à raça e à classe sócioeconômica. Embora não seja um estudo conclusivo, vem reforçar a grande possibilidade de fatores de confusão ligados ao sobre-emparelhamento.

Embora o nosso trabalho não se proponha a responder esses questionamentos, apresentamos alguns pontos para reflexão:

1º) nos municípios estudados, a T.M.I. foi maior nas localidades mais pobres;

2º) as mortes foram significativamente mais presentes nas famílias mais pobres da comunidade;

3º) nenhum trabalho, discorrendo sobre o assunto, dissocia a falta de educação materna do fator baixa renda;

4º) mesmo em países ricos é a baixa renda o fator de maior importância em associação com a morte de crianças menores de 1 ano (BEHM-ROSAS,1988).

RYAN (1971), quando estuda a população negra das classes mais pobres nos EUA e LAURELL, citado por NUNES (1993, p.16), quando discorre sobre a saúde das populações latino-americanas, assinalam que “a posição de classe explica muito melhor que qualquer fator biológico a distribuição da doença na população e o tipo de patologia predominante”.

O que se conclui, portanto, é que o fator fundamental em associação com a mortalidade infantil é o grau de pobreza da família da criança e dos avós da criança, injustiça social.

Ainda que, alguns trabalhos ao estudarem os fatores de risco para a mortalidade infantil, não raro acabam por apresentar, mesmo que não intencionalmente, que o grupo das mães que perderam filhos teriam características individuais ou específicas, inerentes às próprias mães, que influenciariam na perda de seus filhos (VICTORA E COLABORADORES, 1992).

No entanto, diante da falta de condições mínimas para uma vida digna, naquelas comunidades mais carentes, de pobreza extrema, onde não há o alimento para ser servido pela manhã, ao se levantar, nem tampouco o dinheiro para comprá-lo, tudo se faz propício para a perda de um filho, situação vivida não só pelas mães que perderam seus filhos, mas também pelas que não enfrentaram esse sofrimento, pelo que as características das

mães que perderam filhos não deveriam ser valorizadas, mas, sim, a das mães que não perderam filhos.

Nessas circunstâncias, as mães que não perderam filhos deveriam ser consideradas umas heroínas, grupo de elite, time de primeira linha na luta pela sobrevivência

“....deve-se à grande criatividade que está no povo que consegue aproveitar de uma proposta mesmo que seja paliativa do Governo, uma proposta assistencialista da Igreja ou duma associação, nesse sentido o povo merece que a gente tire o chapéu porque ele consegue driblar situações difíceis e aqui acolá sair vencedor.” (Líder comunitário de Ipueiras)

Abordagem semelhante fez MONTE, ASHWORTH E NATIONS et al (1997), quando identificaram uma classificação cultura ou “emic” que a própria comunidade usa: mãe cuidadosa.

6.10 Mortalidade Infantil no Ceará: um Modelo Sustentável?

Três pontos básicos falam contra a sustentabilidade do modelo adotado para a diminuição da mortalidade infantil: a pedagogia utilizada, o tipo de financiamento e a sua seletividade.

A pedagogia, como comentamos anteriormente, com base autoritário-impositiva, em uma lógica de causalidade distorcida, onde as situações de riscos são transformadas em características pessoais estigmatizantes, sendo seu portador “digno” de punição.

Tal fato gera, por sua vez, uma desagregação e desmobilização da população, dando origem a “rituais de resistência”, na forma do que foi comentado.

Citar o financiamento desse programa como um ponto negativo, pode, aparentemente, parecer paradoxal, já que se trata de modelo universalmente considerado de baixo custo. Esse não é, no entanto, o nosso intento.

Contudo, os municípios estudados se mostraram tão carentes de recursos (financeiros e humanos) e esbanjadores de doentes que, mesmo um programa desse porte, se converterá em uma equação não tão simples, embora, factível.

Além disso, os poucos recursos destinados por acréscimo, ao programa de diminuição da mortalidade infantil, não eram previamente fixados, constantes ou garantidos. Na realidade, o envio de verba ou suprimentos dependia de circunstâncias específicas, cumprimento de metas, presença de situações de risco, força política e aconteciam aos moldes de campanhas.

O caráter esporádico dos recursos para os programas de redução da mortalidade infantil, pareceu-nos ponto de grande importância, já que gerou, principalmente entre os representantes dos governos municipais e profissionais de saúde, um certo descrédito no próprio modelo imposto.

Esse modelo também abusou na seletividade de suas ações, característica que corroborou para sua limitada repercussão na saúde das populações estudadas:

- 1º) por agir apenas sobre as crianças menores de um ano;
- 2º) por se utilizar apenas de cuidados primários seletivos de saúde;
- 3º) concentrando suas ações no controle de certos agravos;
- 4º) não propôs a integralidade da atenção;
- 5º) não realizou reformas sanitárias;

6º) não estimulou mudanças sócioeconômicas, não considerando, de certo modo, as relações existentes entre nível de saúde e desenvolvimento sócioeconômico e a tese do “círculo viciosos da pobreza” (ARAÚJO, 1975, p. 515).

Desse modo, já que as condições para que se apresentassem as enfermidades que causavam a letalidade não foram alteradas, as intervenções colocadas em prática para evitar a morte por essas enfermidades, não terão nenhum efeito positivo na incidência de outras enfermidades letais (BOBADILLA, 1987). E ainda, os sobrevivente dessas enfermidades letais serão “mais débeis e susceptíveis a doenças e a morte” (BOBADILLA, 1987, p.63).

O que se conclui, portanto, é que, nos moldes adotados para sua operacionalização, o modelo adotado para a diminuição da mortalidade infantil carece de sustentabilidade.

7 CONCLUSÃO

O nosso estudo revelou que um indicador de saúde, em especial a mortalidade infantil, não se trata de parâmetro estático e fixo. Seu valor e poder de revelar mudanças nas condições de saúde e de vida das populações vêm se modificando com a história, o tempo e o lugar, a depender de transformações sociais, políticas e tecnológicas.

Nessa visão, a diminuição da mortalidade infantil, como processo histórico e temporal, embora marcadamente e tradicionalmente tratada como revelador de avanços na qualidade de vida e de melhorias sócioeconômicas, em nosso estudo, deixa de sê-lo, significando avanços tecnológicos, cuidados primários e seletivos de saúde, especificamente de assistência à criança de até 1 ano de idade.

Verificamos que o modelo de intervenção para a diminuição da mortalidade infantil em ambos os municípios estudados, tanto no de maior quanto no de menor diminuição da TMI, foi o Modelo GOBI , modelo protagonizado pela UNICEF, associado com o tratamento antibiótico precoce das infecções respiratória agudas, ações seletivas para a redução da morte de crianças menores de 1 ano. A diferença encontrada entre os dois municípios estava apenas na forma organizada e prioritária de implantação desse modelo.

Desse modo, a diminuição da mortalidade infantil através de medidas de baixo custo, vista nos municípios estudados, trata-se de uma nova realidade, em que as mortes infantis poderiam ser consideradas “evitáveis” (UNICEF, 1993) e “consentidas” (HARTZ et all, 1996), fruto da falta de prioridade e de planejamento em implantar programas voltados para a sobrevivência das crianças: “Indicador de Negligência”.

Temos por conclusão, que a diminuição da mortalidade infantil nos municípios estudados, não significou nem representou uma concomitante melhoria da saúde da população ou mesmo das crianças desses mesmos municípios.

Essa afirmativa se baseia na tese de BOBADILLA quando afirma que,

“se as condições para que se apresente uma enfermidade letal não são alteradas, uma intervenção que evite a morte por essa enfermidade não tem nenhum efeito positivo na incidência de outras enfermidades letais. E que, os sobrevivente de uma enfermidade letal não são iguais a os que não foram afetados, são mais débeis e suscetíveis a doenças e a morte” (BOBADILLA, 1987, p.63).

Fato semelhante foi analisado por LAURELL, citado por NUNES (1993:16), quando se refere à medicina nos países latino-americanos, concluindo que esse “desenvolvimento da atenção médico-hospitalar, por sua vez, não implicou em avanço substancial na saúde dos grupos cobertos por ela”.

Constatamos a utilização de uma metodologia que se caracterizou por uma linha importante de “Marketing Social”, um sistema de cobrança de resultados bastante forte e com base autoritário-impositiva.

Pareceu-nos claro que o pacto firmado entre as nações ricas, o qual estabelece o vínculo dos empréstimos para os países pobres à diminuição da mortalidade infantil (UNICEF, 1990), corroborou para essas situações divergentes. Se, por um lado, passou-se a priorizar a criança, de um outro, foram desconsideradas aquelas maiores de 1 ano de idade; se, por um lado, havia a preocupação com a morte, por outro, esqueceram da qualidade de vida, dando maior importância aos números, medidas numéricas e estatísticas; se, por um lado, olharam para os mais pobres, por outro, estavam mais interessados nos recursos e recompensas financeiras que poderiam obter, já que um país, com altas taxas de mortalidade infantil

passa a representar, em nível internacional, um perigo tanto para o desenvolvimento, como para a manutenção da paz social.

Esses achados não são específicos dos municípios aqui estudados, mas parece ser realidade em todo o Ceará, pois é reforçado pelo estudo de GOYA (1996), ao descrever as ações realizadas para a diminuição da mortalidade infantil no Ceará, no período de 1993 a 1995 e pelo relato de Anamaria Cavalcante e Silva, ex-Secretária de Saúde do Estado do Ceará, em sua dissertação de mestrado, “Evolução da Saúde da Criança no Ceará: um retrato de dois momentos, 1987 e 1994”.

Verificamos também a aplicação de uma lógica de causalidade distorcida, em que as situações de riscos são transformadas em características pessoais estigmatizantes, sendo seu portador “digno” de punição, gerando, por sua vez, uma desagregação e desmobilização da população e dando origem a “rituais de resistência”.

Desse modo, o modelo imposto, ou melhor, a metodologia utilizada nos programas implantados para a diminuição da mortalidade infantil, acaba por destruir um dos mais nobres princípios do APS sugerido em Alma-Ata: a participação da comunidade movido por um espírito de autoconfiança e autodeterminação (Declaração de Alma-Ata parágrafo VI).

Concluimos, por fim, que esse modelo terapêutico implantado, de baixo custo e “eficaz”, não é dotado de sustentabilidade, pois trouxe consigo grandes distorções educativas, pedagógicas e até de financiamento, ao ponto de torná-lo cada vez mais difícil de ser aplicado e sustentado, aparentemente em um misto de origem ideológica, política e organizacional.

De outro lado, não podemos deixar de frisar que, em todas as nossas entrevistas, foi nítida a vontade de mudança dessa situação de morte de crianças e bastante evidente o grande esforço dos profissionais de saúde e gestores.

Não obstante, esses agentes envolvidos com a redução da mortalidade infantil aceitaram, mesmo que passivamente, a crença de que seria possível separar os fatores individuais dos sociais, optando por uma medicalização acrítica de um mal social: a mortalidade infantil.

Tentamos, nessas linhas, realizar uma análise crítica sobre o uso da mortalidade infantil como indicador de saúde a partir das informações colhidas pelos próprios construtores da época. Nossa pretensão não foi de desnudar as influências ideológicas que se escondiam sob um certo senso comum, desanimando ou tirando os méritos de todos aqueles que se dedicaram para a diminuição da mortalidade infantil em nosso Estado.

Constituiu-se intenção nossa, na medida que sugerimos uma reflexão sobre os modelos etiológico-terapêuticos utilizados, contribuir para o seu aperfeiçoamento e com isso podermos vislumbrar em um futuro próximo, não só uma mortalidade infantil nos níveis dos países desenvolvidos, mas também uma população feliz e cheia de vida.

8 RECOMENDAÇÕES

Recomendamos que os órgãos governamentais e não governamentais, bem como todos profissionais que exerçam a função de avaliação, planejamento em saúde ou desenvolvimento social, reavaliem, criticamente, o uso da TMI como indicador de mudanças no nível de saúde de populações e sua utilização para prever que seus investimentos, em certa região, estão levando a um maior desenvolvimento social.

Chamamos atenção para a urgência de uma revisão de todo o modelo de intervenção e da metodologia utilizada para a diminuição da TMI no Ceará, com o intuito de diminuí-la o mais rápido possível e de abolir as grandes variações negativas entre municípios, bem como, em um mesmo município, em períodos diferentes.

Unindo-nos a WISNER (1988), quando destaca os perigos dos cuidados primários seletivos de saúde, recomendamos que seja revisto tanto o modelo de intervenção bem como a metodologia utilizada para a redução da mortalidade infantil, integrando-o em um programa ou modelo mais amplo de cuidados primários de saúde, que incluísse,

“pelo menos: a promoção da nutrição apropriada e da adequada provisão de água de boa qualidade; saneamento básico; a saúde materno-infantil, incluído o planejamento familiar; a imunização contra as principais doenças infecciosas; a prevenção e o controle de doenças localmente endêmicas; a educação no tocante a problemas de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle; e o tratamento apropriado de doenças e lesões comuns” (UNICEF, 1979:28)

, com uma participação ativa da comunidade na sua elaboração, implantação e manutenção.

Acreditamos ser premente a existência de um financiamento próprio para o programa de diminuição da mortalidade infantil, dotando os municípios de recursos constantes para sua manutenção.

Conclamamos por fim, a todos aqueles que estão envolvidos com a luta pela diminuição da mortalidade infantil que vincule sempre essa iniciativa à conquista mais ampla por uma saúde para todos, sendo esta capaz de representar “o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade,... expressão de qualidade de vida” (VIII Conferência Nacional de Saúde).

ABSTRACT

This research makes a non frequently approach on health indicators, more specifically on infant mortality: a reflection on its “identity” as a health indicator. By means of an antropologic and epistemologic reading, the decrease of the infant mortality rate (IMR) in Ceará from 1993 to 1997 is analyzed as a heath indicator. A coceptual framework on historical meaning of this indicator is investigated. A field research based on qualitative methodology is performed: the processes that lead to the IMR decrease in the cities of Itapajé and Ipueiras, Ceará, are investigated. The results showed that infant mortality, as health indicator, is not a static or fixed parameter. Its capacity of showing health conditions changes has been changing througout history, according to social, political and technological changes. In the state of Ceará, from 1993 to 1997, the IMR did not show relevant changes in population health; not even in children’s health conditions, but rather in technological advances as well as in primary and seletive health care, specially to children up to one year of age. It could also be verified that both cities – despite their differences – applied the same model and methodology for the IMR reduction. The information collected shows that the therapeutic model used, althoug of low cost and “efficient”, is not sustainable, for it brought within its actions, great educational, pedagogic and even financial distortions. Cosequently, the method is increasingly harder to be applied and sustained ideologically, politically or in organizational terms. The conclusions of this research reveal the need for an urgent revision of the methodology used, in Ceará, for the reducion of the IMR so as to abolish its distortions and make it sustainable.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, J.D. Saúde e desenvolvimento econômico: atualização de um tema. *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, v. 9, p.515-28, 1975.

ARROYO, P., LANGER, A., AVILA, H., LLERENA, C. Modelo para el analisis de la sobrevivencia en la infancia. *Salud Pública de México*, v. 30, n.3, p. 463-69, 1988.

AYÇAGUER, L.C.S., MACHO, E.D. Mortalidad infantil y condiciones higienico-sociales en las Américas. Un estudio de correlación. *Rev. Saúde públ.* São Paulo, v. 24, n. 6, p. 473-80, 1990.

AYRES, J.R.C.M. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia.* São Paulo: Editora HUCITEC, 1997. 327p.

BARBOSA, J.P.A. Origens e desenvolvimento das políticas públicas de saúde no estado do Ceará: Ceará- 1997. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Saúde Comunitária / Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará. 1997.

BARRETO, A. *Tua Culpa ... Minha salvação.* Fortaleza: Universidade Federal do Ceará – Centro de Ciências da Saúde / Departamento de Saúde Comunitária.

BARRETO, I.C.H.C. Utilização de autópsias verbais na investigação da causa básica de óbito de crianças menores de um ano de idade em três municípios do Ceará. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Saúde Comunitária / Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará. 1997.

BARRETO, M.L. Epidemiologia, sua História e Crises. In: COSTA,

D.C. (Org.) *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1990. p. 19-38.

BARRETO, M.L., ALVES, P.C. O coletivo versus o individual na epidemiologia: contradição ou síntese? In: COSTA, M.F.F.L., SOUSA, R.P.(Org.) *Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia*. Belo Horizonte: COOPMED/ABRASCO, 1994. p. 129-136.

BEHM-ROSAS, H. La sobrevivencia en la infancia: las dimensiones del problema en América Latina. *Salud Pública Méx.*, v. 30, n. 3, p. 289-310, 1988.

BERLINGUER, G. *Ética da Saúde*. São Paulo. HUCITEC, 1996. 135p.

BICEGO,G.T., BOERMA, J.T. Maternal education and child survival: a comparative study of survey data from 17 countries. *Soc. Sci. Med.* V. 36, n. 9, p. 1207-27, 1993.

BOBADILLA, J. L. Las Sobrevivencia de Niños en América Latina, problema de tecnología o cambio social. *Salud Publica de Mexico*, v. 29, n. 1, Enero- Febrero, 1987, p. 63-64.

____. Problemas y prioridades de la sobrevivencia en la infancia. *Salud Publica Méx.*, 30(3), p. 470-481, 1988.

BOSI, M.L.M. Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão. São Paulo: HUCITEC, 1996. 205p.

BUCK, C., BULL, S. Preventable Causes of Death Versus Infant Mortality as an Indicador of the Quality of Health Services. *International Journal of Health Services*, v. 16, n. 4, 1986. p. 553-563.

CASTELLANOS, P.L. Perfis de mortalidade, nível de desenvolvimento e iniquidades sociais na região das Américas. In: BARATA, R.B., BARRETO, M.L., ALMEIDA FILHO, N., VERAS, R.P. (Org.) *Eqüidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ / ABRASCO,

1997. 260p. cap. 7, p. 137-162.

CEBES/ABRASCO. Saúde é Qualidade de Vida: contribuição do CEBES e ABRASCO para os debates da IX Conferência Nacional de Saúde. *Saúde em Debate* n. 36, p. 7-18, 1992.

CHAUI, M. *Conformismo e resistência: aspecto da cultura popular no Brasil*. São Paulo: Editora Brasiliense S.A., 1986. 179p.

CHÁVEZ-VILLASANA, A.C., GONZÁLES-RICHMOND, A., CIFUENTES, E., BAUTRONI, L., MADRIGAL, H., MARTÍNEZ, C., MATA, A. Alcances del sistema de paquetes selectivos en los programas de atención primaria. *Salud Pública Méx.*, v. 30, n. 3, p. 447-62, 1988.

CORTEGUERA, R. L. R. Estrategias y causas de reducción de la mortalidad por diarrea infantil en Cuba, 1962 – 1993. *Bol. Oficina Sanit. Panam.* v. 118, n. 3, 1995.

CZERESNIA, D., ALBUQUERQUE, M.F.M. Limites da inferência causal. In: AMEIDA FILHO, N., BARRETO, M.L., VERAS, R.P., BARATA, R.B.(Org.) *Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces e tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ / ABRASCO, 1998. 256p. cap. 3, p. 63- 80.

DONNANGELO, M.C.F., PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976. 124p.

DOUGLAS, M. *Purity and Danger*. London: Routledge & Kegan Paul, 1966.

ERICKSON, P., KENDALL, E. A., ANDERSON, J. P., KAPLAN, R. M. Using Composite Health Status Measures to Assess the Nation's Health. *Medical Care*, March 1989, Vol. 27, N° 3, supplement.

FEACHEM, R.G. Medidas para el control de las enfermedades diarreicas en niños menores de cinco años. Fomento de la higiene personal y

domestica. *Bol. Of. Sanit. Panam* v. 99, n.6, p. 571-85, 1985.

FEACHEM, R.G., HOGAN, R.C., MERSON, M.H. Control de las enfermedades diarreicas. Analisis de posibles intervenciones para reducir su alta incidencia. *Bol. Of. Sanit. Panam* v. 99, n. 2, p. 173-77, 1985.

FORATTINI, O.P. *Qualidade de vida: ecologia, epidemiologia e sociedade*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1992.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1984.

GARCIA-MONTRONE, V., ROSE, J.C. Uma experiência educativa de incentivo ao aleitamento materno e estimulação do bebê, para mães de nível sócio-econômico baixo: estudo preliminar. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1. p. 61-68, jan-mar, 1996.

GARDNER, G., FRANK, A., TABER, L.H. Effects of social and family factors on viral respiratory infection and illness in the first year of life. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 38, p. 42-48, 1984.

GAZETA MERCANTIL. *Balanço Anual: Ceará 1997*. Setembro de 1997, ANO III, Nº3, publicação anual.

GILMAN, A.G., GOODMAN, L.S., RALL, T.W., MURAD, F. *As bases farmacológicas da terapêutica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1985. 1195p.

GONÇALVES, R.B.M. Investigação Epidemiológica e Prática Médica. In: COSTA, D.C. (Org.) *Epidemiologia: Teoria e Objeto*. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1990. p. 39-86.

GOYA, N. *O S.U.S. que funciona em municípios do Ceará*. Ceará: AMECE / UNICEF, 1996. 170p.

HAGUETTE, T.M.F. *Metodologia qualitativa na sociologia*. Petrópolis-RJ: Vozes, 1987. 223p.

HANSLUWKA, H.E. Measuring the health of populations, indicators and interpretations. *Soc. Sci. Med*, v. 20, n. 12, p. 1207-1224, 1985.

HARTZ, Z.M.A., CHAMPAGNE, F., LEAL, M.C., CONTANDRIOPOULOS, A.P. Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste d Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. *Rev. Saúde pública*, v. 30, n. 4, p. 310-18, 1996.

HELLER, L. *Saneamento e Saúde: Organização Pan-Americana de Saúde. Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde. Representação do Brasil. Brasília 1997.*

IBAM/UNICEF. *O município nas ações de saúde e saneamento- Série: saúde e município. Rio de Janeiro: IBAM, 1992. 100p.*

INHORN MC. Medical Anthropology and epidemiology: divergences or convergences? *Soc. Sci. Med.*, v. 40, p. 285-290, 1995.

IPLANCE. *Informações básicas municipais. Fortaleza- Ce: IPLANCE, 1996.*

JETTE, A.M. Health status indicators: their utility in chronic-disease evaluation research. *J. Chron. Dis.* v. 33, p. 567 – 579, 1980.

KLEINMAN, A . *Patients and Healers in the Context of Culture. an exploration of the borderland between anthropology and psichiatry. Berkeley and Los Angeles: University of California Press. 1980.*

LANGER, A., BOBADILLA, J.L., SCHLAEPFER-PEDRAZZINI L. Limitaciones de la mortalidad infantil como indicdor de salud. *Salud Pública de Mexico*, v. 32, n. 4, julio-agosto, 1990.

LAPLANTINE, F. *Antropologia da doença. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora LTDA. 1991, 253p.*

LAURENTI, R. Fatores de erro na mensuração da mortalidade infantil. *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, v. 9, p. 529-37, 1975.

____. Indicadore de Saúde. In: Souza, C.M., TARDEI, C.A. (Org.) *Textos de epidemiologia*. Brasília: CNPQ, 1984. p. 87-120.

LAURENTI, R., SANTOS, J.L.F. Taxa de mortalidade de menores de 5 anos proposta pela UNICEF: Análise crítica de sua validade como indicador de saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 30, n. 2, p. 148-52, 1996.

LEAL, M.C., SZWARCOWALD, C.L. Características da mortalidade neonatal no estado do rio de janeiro na década de 80: uma visão espaço-temporal. *Revista Saúde Pública*, v. 31, n. 5, p. 457-65, 1997.

LEEDER, S.R., CORKHILL, R., IRWIG, L.M., HOLLAND, W.W. Influence of family factors on the incidence of lower respiratory illness during the first year of life. *Brit. J. prev. Soc. Med.* V. 30, p. 203-212. 1976.

LEITE, A.J.M. *Mortalidade perinatal e aspectos da qualidade da atenção à saúde no município de Fortaleza-1995*. São Paulo, 1996. Dissertação de Mestrado - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. 1996.

LUIZ, O.C. *Perspectivas da avaliação de situação de saúde: uma apreciação crítica*. São Paulo, 1997. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 1997.

MILANESI, M.L., LAURENTI, R. Mortalidade Infantil no município de São Paulo análise do seu comportamento nos últimos 15 anos. *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 44-50, jun. 1967.

MATTOSO, K.M.Q. *Carta Das Nações Unidas*. textos e documentos para o estudo da história contemporânea. São Paulo: HUCITEC/Editora da USP, 1977.

MENDES, E.V. Saúde e qualidade de vida. *Revista Espaço Para A Saúde*, Curitiba, v. 4, n.4, jan. de 1995.

MENDONÇA, E.F., GOULART, E.M.A, MACHADO, J.A .D.

Confiabilidade da declaração de causa básica de mortes infantis em região metropolitana do sudeste do Brasil. *Rev. Saúde pública*, v. 28, n. 5, p. 385-91, 1994.

MINAYO, M.C.S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 233-38, 1991.

_____. Quantitativo e qualitativo em indicadores de saúde: revendo conceitos. In: COSTA, M.F.F.L., SOUSA, R.P.(Org.) *Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia*. Belo Horizonte: COOPMED/ABRASCO, 1994. 260p. p. 25-36.

MINAYO, M.C.S, SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, Jul/set,1993.

MOJARRO, O, NÚÑEZ, L. Mortalidad infantil en Mexico: tendencias y factores determinantes. *Salud Pública de Mexico*, v. 30, n. 3, p. 329-45, 1988.

MONTEIRO, C.A., BENÍCIO, M.H.D'A., BALDIJÃO, M.F.A. Mortalidade no primeiro ano de vida e a distribuição de renda e de recursos públicos de saúde, São Paulo (Brasil). *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, v. 14, p. 15-39, 1980.

MONTEIRO, C.A., BENICIO, M.H.D'A., IUNES, R.F. et al. Evolução da desnutrição infantil. In: MONTEIRO, C. A.(Org.) *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1995. 335p., cap. 3, p. 93-114.

MOSLEY, W.H. Determinantes biológicos y socioeconómicos de la sobrevivencia en la infancia. *Salud Pública de Mexico*, v. 30, n. 3. P. 312-28, 1988.

MOSLEY, W. H., CHEN, L. C. An analytical framework for the study of child survival in developing countries. *Popul. Development Rev.* v. 10, p. 25-48, 1984.

MÜLLER, G. Fome: o não-direito do não-cidadão. In: COVRE, M.L.M. (Org.) *A cidadania que não temos*. São Paulo: Brasiliense, 1986. 189p. cap.1, p. 13-38.

NAÇÕES UNIDAS. Declaração mundial sobre a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento da criança e plano de ação para a implementação da declaração mundial sobre a sobrevivência, proteção e o desenvolvimento da criança nos anos 90. Nova Iorque: NAÇÕES UNIDAS/UNICEF, 1990.

NATIONS, M. The Child's Disease (Doença de Criança): popular paradigm of persistent diarrhea? *Acta Paediatr Suppl* v. 381, p. 55-65. 1992.

NATIONS, M., REBHUN, L.A. Angels with wet wings won't fly; maternal sentiment in Brazil and the image of neglect. *Cult., Med. And Psychiatry*, v. 12, p. 141-200. 1988.

____. Mystification of a simple solution: oral rehidratation therapy in Northeast Brazil. *Soc. Sci. Med.*, Great Britain, v. 27, n. 1, p. 25-38, 1988.

____. Development and Disease: Lessons from Brazil. In: GUERRANT, R.L., SOUZA, M.A., NATIONS, M.K. (Org.) *At the Edge of Development: health crises in a transitional society*. Durham: Carolina Academic Press, 1996. 449p., cap. 1, p. 3-28.

NATIONS, M.K., AMARAL, M.L. Search for a Solution: Blending Oral Rehydration Therapy (ORT) and Popular Medicine. In: GUERRANT, R.L., SOUZA, M.A., NATIONS, M.K. (Org.) *At the Edge of Development: Health Crises in a Transitional Society*. Durham: Carolina Academic Press, 1996. 449p., cap. 21, p. 401-430.

NATIONS, M.K., MONTE, C.M.G. I'm not dog, no! : cries of resistance against cholera control campaigns. *Soc. Sci. med.* V. 43, n. 6, p. 1007-1024, 1996.

NUNES, E.D. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São

Paulo: Global Editora, 1983.

OMETTO, A.M.H., FURTUOSO, M.C.O., SILVA, M.V. Economia brasileira na década de oitenta e seus reflexos nas condições de vida da população. *Rev. Saúde Pública*, v. 29, n. 5, p. 403-14, 1995.

OMS. *Indicadores estadísticos para la planificación y la evaluación de programas de salud pública*. Ginebra, 1971. (Serie de informes tecnicos, 472).

____. *Hacia Un Futuro Mejor: salud de la madre y el niño*. Ginebra, 1981.

____. *Preparación de indicadores para vigilar los progresos en el logro de la salud para todos en el año 2000*. Ginebra: OMS, 1981. (Serie Saúde para Todos, 4).

____. *Documentos Básicos*. Ginebra, 1983.

OPS. *Salud maternoinfantil y atención primaria en las Américas: Hechos y tendencias*. Washington, D.C. : OPS, 1984. (Publicación Científica, 461)

____. *Las condiciones de Salud en las Américas*. Washington, D.C. : OPS, 1994. (Publicación Científica, 549)

O POVO. jornal de 2 de abril de 1998, pagina 18a

____. Jornal de -- setembro de 1998, página ---

____. jornal de 26 de agosto de 1998, página 12a

PEREIRA, M.G. Saúde e doença. In: PEREIRA, M.G (Org.) *Epidemiologia teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogar, 1995. Cap.3.

PÉREZ, G.G., GONZÁLEZ, A.M.G., VILLARREAL, M.J. Factores

socioeconômicos y mortalidad infantil en Ecuador, 1970-1981. *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 273-80, 1988.

PLATT, M.J. Child health statistical review, 1995. *Archives of Disease in Childhood*, v. 73, p. 541-548, 1995.

POSSAS, C. *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1989. 271p.

POST, C. L. A., VICTORA, C. G., VALENTE, J. G., LEAL, M. C., NIOBEY, F. M. L., SABROZA, P. C. Fatores prognósticos de letalidade hospitalar por diarreia ou pneumonia em menores de um ano de idade. Estudo de caso e controle. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 369 – 78, 1992.

REIS, C.S. Indicadores de saúde em epidemiologia. Lisboa: Anais do INSTITUTO DE HIGIENE E MED. TROP. I, Lisboa, Anais ... v.1, n. 1-4, 1974.

REZENDE, A.L.M. *Saúde : dialética do pensar e do fazer*. São Paulo: Coztez, 1986.159p.

RODRIGUEZ, O. T. S., SZARFARC, S. C., BENÍCIO, M. H. Anemia e desnutrição maternas e sua relação com o peso ao nascer. *Rev. Saúde pública*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 193-7, 1991.

ROSEN, G. A evolução da medicina social. In: NUNES, E.D. (Org.) *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: GLOBAL Editora, 1983. cap. 1, p. 25- 94.

ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. 527p.

RUFINO-NETTO, A. *Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia*, p. 63-67, 1992. (Saúde em Debate, 35)

RUMEL, D., COSTA FILHO, D.C., AIELLO, S., KOYAMA, S.M.,

ROSENBAUM, W. Acurácia dos indicadores de risco do programa de defesa da vida dos lactentes em região do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 6-11, 1992.

RUTSTEIN, D.D., BERENGER, W., CHALMERS, T.C., CHILD, C.G., FISHMAN, AP., PERRIN, E.B. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *N. Engl. J. Med.*, v. 249, p. 582-8, 1976.

RYAN, W. *Blaming the Victim*. New York: Vintage Press, 1971.

SABROZA, P.C., LEAL, M.C. Saúde, ambiente e desenvolvimento alguns conceitos e fundamentos. In: Leal, M.C., SABROZA, P.C., RODRIGUEZ, R.H., BUSS, P.M. (Org.) *Saúde, ambiente e desenvolvimento*. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 19 . v. 1, p. 45-93.

SAMAJA, J. Epistemiologia e Epidemiologia. In: ALMEIDA FILHO, N., BARRETO, M.L., VERAS, R.P., BARATA, R.B. (Org.) *Teoria Epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces, tendências*. Rio de Janeiro: EDITORA FIOCRUZ, 1998.p.23-36. Cap.1.

SANTOS, B. S. *Um discurso sobre as ciências*. 6. Ed. Edições Afrontamento, 1993. 58p.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO (SSE). *Indicadores de Saúde para o plano de Governo do Estado do Ceará 1987-99*. Relatório do Grupo de Trabalho Instituído pelo Sr. Secretário de Saúde do Estado, Conforme Portaria nº 515/88 de 23 de Maio de 1988. Fortaleza, 08 de Setembro de 1988.

SCHEPER-HUGHES, N. Infant mortality and infant care: cultural and economic constraints on nurturing in northeast Brazil. *Soc. Sci. med.* v. 19, n. 5, p. 535-546, 1984.

____. Culture, scarcity, and maternal thinking: maternal detachment and infant survival in brazilian shantytown. *Ethos* v. 13, n. 4, p. 291-317, 1985.

SCOTT, J. *Domination and the arts of resistance*. New Haven: Yale University, 1990. 251p.

SINGER, P., CAMPOS, O., OLIVEIRA, E.M. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988.

SILVA NETO, F.U. *Racionalidade, técnica e ética: a origem dos fundamentos do saber médico*. Ceará: 1997. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Ceará, 1997.

SILVA, A.C. *Evolução da saúde da criança no Ceará: retrato de dois momentos, 1987 e 1994*. Dissertação de Mestrado – Departamento de Saúde Comunitária / Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará. 1998.

SPINK, M.J.P. A medicina e o poder de legitimação das construções sociais de igualdade e diferença: uma reflexão sobre cidadania e gênero. In: SPINK, M.J.P. (Org.) *A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar*. São Paulo: Cortez, 1994. 197p. cap. 4, p. 93-104.

TELAROLLI JUNIOR, R. *Mortalidade infantil: uma questão de saúde pública*. São Paulo: Moderna, 1997. 127p.

THE NEW YORK TIMES. *Brazil State Leads in Saving Children*. New York: The New York Times, May 14, 1993.

TIME. Fewer Bells for the Little Angels. New York: *Time*, May 6, 1991.

TOMASI, E. BARROS, F. C., VICTORA, C. G. Situação sócio-econômica e condições de vida: comparação de duas coortes de base populacional no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12 (Supl.1), p. 15- 19, 1996.

WATKINS, C.J., LEEDER, S.R., CORKHILL, R. T. The relationship between breast and bottle feeding and respiratory illness in the first year of

life. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1979, v. 33, p. 180-182.

WISNER, B. Gobi Versus PHC? Some Dangers of Selective Primary Health Care. *Soc. Sci. Med.*, v. 26, n. 9, p. 963-69, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Measurement of levels of health: report of a study group*. Geneva: WHO, 1957. 29p. (Technical Report Series, 137)

____. *Basic documents*. 33rd edition. including amendments adopted up to february 1983. Geneva: who, 1983.

____. *Officials records of the world health organization*, p. 100. Geneva: United Nations / World Health organization, 1948. (Interim commission, 2)

____. *Statistical indicators for the planning and evolution of public health programmes*: World Health Organization. 1971. (Technical Reports Series, 472)

____. *Development of indicators for monitoring progress towards health for by the year 2000*. GENEVA: WHO, 1981. (Health For All Series, 4)

____. *World Health Statistics. Preventable Mortality*. v. 42, n. 1, 1989.

____. *World Health Statistics Quarterly*. v. 48, n. 2, 1995.

WYLIE, C.M. The definition and measurement of health and disease. *Pub. Hlth. Rep.* v. 85, p. 102, 1970.

UNICEF. *Situação Mundial da Infância 1993*. Brasília: UNICEF, 1994. 89p.

____. *Cuidados Primários de Saúde*. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasília: UNICEF, 1979. 64p.

UNITED NATIONS. *Report on international definition and*

measurement of standards and levels of living. E/CN.3/179, E/CN.5/299, 1954. NEW YORK: UN, 1954.

VICTORA, C.G., BARROS, F.C. Repensando a associação entre indicadores de saúde e de qualidade de vida. In: COSTA, M.F.F.L., SOUSA, R.P.(Org.) *Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia.* Belo Horizonte: COOPMED/ABRASCO, 1994. p. 19-24.

VICTORA C.G., BARROS, F.C., VAUGHAN, J.P. *Epidemiologia da desigualdade.* 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1989. 187p.

VICTORA, C.G., GRASSI, P.R., SCHMIDT, A.M. Situação de saúde da criança em área da região sul do Brasil, 1980-1992: tendências temporais e distribuição espacial. *Rev. Saúde Pública*, v. 28, n. 6, p. 423-32, 1994.

VICTORA, C.G., BARROS, F.C., TOMASI, E. et al. A saúde das crianças dos Estados do Ceará, Rio Grande do Norte e Sergipe, Brasil: descrição de uma metodologia para diagnósticos comunitários. *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 218-25, 1991.

VICTORA, C.G., HUTTKY, S.R.A., BARROS, F.C., LOMBARD, C., VAUGHAN, J.P. Maternal education in relation to early and late child health outcomes: findings from a brazilian cohort study. *Soc. Sci. Med.* v. 34, n. 8, p. 899-905, 1992.

YUNES J., ALCANTARA, P. Etiologia geral da morbidade e da mortalidade da criança. In: MARCONDES, E. (Org.) *Pediatria básica.* 7. ed. São Paulo: Sarvier, 1987. 1394p. cap. 4, p. 27-39.

ANEXOS