

Determinantes sociais da saúde de crianças de 5 a 9 anos da zona urbana de Sobral, Ceará, Brasil

Social Determinants of Health among children aged between 5 and 9 years within the urban area, Sobral, Ceará, Brazil

Ana Cecília Silveira Lins Sucupira^I, Luiz Odorico Monteiro de Andrade^{II}, Ivana Cristina Holanda Cunha Barreto^{III}, José Wellington Lima^{III}, Anna Vicente Santiago^{IV}, Adriana Xavier Santiago^{IV}

RESUMO: *Introdução:* No município de Sobral, para a década de 2000, ao mesmo tempo em que foram implantadas políticas para redução da mortalidade infantil, tiveram início as discussões sobre as condições de saúde, educação e qualidade de vida das crianças de 5 a 9 anos de idade, uma faixa etária considerada de menor vulnerabilidade do ponto de vista da saúde, mas de grande importância para a formação de hábitos saudáveis e para o desenvolvimento da criança. *Objetivo:* Nessa perspectiva, criou-se uma coorte de crianças de 5 a 9 anos de idade residentes na zona urbana do município, com o objetivo de estudar as condições de saúde, educação e qualidade de vida, fundamentais para o futuro delas, à luz dos Determinantes Sociais em Saúde. *Métodos:* Este é um estudo de corte transversal de uma coorte de crianças nascidas nos anos de 1990 a 1994, com entrevistas domiciliares, avaliação clínica e exames laboratoriais. A estrutura do desenvolvimento da pesquisa foi elaborada tendo como base o modelo de atenção à saúde da Estratégia de Saúde da Família. No presente relato são apresentados resultados das entrevistas domiciliares quanto às condições sociodemográficas e ambientais em geral, com análise mais detalhada dos estilos de vida, escolaridade, trabalho infantil, nutrição e consumo de serviços de saúde das crianças.

Palavras-chave: Determinantes sociais. Fracasso escolar. Trabalho infantil. Consumo de serviços de saúde. Nutrição. Saúde da Família.

^IInstituto da Criança do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{II}Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – Fortaleza (CE), Brasil.

^{III}Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará – Fortaleza (CE), Brasil.

^{IV}Secretaria da Educação do Estado do Ceará, Coordenação de Educação Profissional – Fortaleza (CE), Brasil.

Autor correspondente: Ana Cecília Silveira Lins Sucupira. Universidade de São Paulo, Hospital das Clínicas da FMUSP, Instituto da Criança. Avenida Enéas de Carvalho Aguiar, CEP 18760-000. Cerqueira Cesar, SP, Brasil. E-mail: asucupira@yahoo.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Governo Municipal de Sobral.

ABSTRACT: *Introduction:* In the district of Sobral, for the decade of 2000 at the same time that political measures were implanted towards the decrease of children mortality, discussions have begun about health and education conditions, as well as life quality of children aged between 5 and 9, which is an age group of lesser vulnerability as far as health goes, although of major importance in the development of healthy habits and for the child's development itself. *Objective:* Based on such scenario, it was set up a cohort of children aged between 5 and 9 and residents of the urban area of the district in order to study health and education conditions and quality of life which are essential for the future of these children in light of the Social Determinants of Health. *Methods:* This is a cross-sectional study with a cohort of children born from 1990 to 1994, home interviews, clinical evaluation and lab exams. The structure for the development of the research was elaborated based on the model of attention towards the health of Family Health Strategy. In this report, the results of such home interviews shall be presented in regards to socio-demographic and environmental conditions in general, with a more detailed analysis of life styles, educational levels, child labor, nutrition and the use of health services by children.

Keywords: Social determinants. School failure. Child labor. Use of health services. Nutrition. Family Health.

INTRODUÇÃO

A elaboração de políticas sociais visando à melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida de uma população deve fundamentar-se no conhecimento das condições de vida dessa população. É importante analisar como as iniquidades sociais se refletem nas possibilidades de acesso aos bens sociais e no nível de desenvolvimento das capacidades básicas dos indivíduos. A determinação do processo saúde-doença por causas sociais foi muito utilizada como argumento por atores que defenderam a intervenção do Estado nas questões de saúde durante a organização do Estado Moderno, a partir de meados do século 19¹. A partir da década de 1990, este debate se intensificou, ocupando uma nova agenda no campo da produção científica e no debate técnico-político sobre saúde. Em 2004 foi criada a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS², tendo como uma de suas principais tarefas liderar a formação de comissões semelhantes em todo o mundo. No Brasil, a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), no Relatório Final de 2008 intitulado “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil”, faz uma ampla análise de situação e recomenda políticas e programas prioritariamente voltados para a problemática das iniquidades em saúde nas áreas urbanas do País³. Esse documento fortalece a importância do estudo dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) para identificar quais as principais intervenções que devem ser feitas para se alcançar melhores níveis de saúde, educação e desenvolvimento social. Entre os modelos para análise dos DSS, está o de Dahlgren e Whitehead⁴, que os dispõe

em diferentes camadas e busca mostrar os possíveis determinantes, desde aqueles diretamente relacionados às características individuais, denominados proximais, até os situados nas camadas mais distais, considerados macrodeterminantes. Buss e Pllegrini Filho⁵ fazem a ressalva de que, embora seja fácil de visualizar, “o modelo não pretende explicar com detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis e a gênese das iniquidades” (Figura 1).

Nas últimas décadas, o Brasil conseguiu importantes avanços na redução da mortalidade infantil por meio de políticas sociais e de saúde. Em Sobral, para a década de 2000, ao mesmo tempo em que foram implantadas políticas para redução da mortalidade infantil, tiveram início as discussões sobre as condições de saúde, educação e qualidade de vida das crianças de 5 a 9 anos de idade, uma faixa etária considerada de menor vulnerabilidade do ponto de vista da saúde, mas de grande importância para a formação de hábitos saudáveis. Nessa perspectiva, foi criada uma coorte de crianças de 5 a 9 anos de idade, residentes na zona urbana de Sobral, com o objetivo de estudar as condições de saúde, educação e qualidade de vida à luz dos DSS. Um dos aspectos mais importantes para a realização da pesquisa foi o fato de o município ter cobertura de 100% pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa coorte de um lado permitiu a visualização da qualidade de vida das criança estudadas e de outro uma integração entre serviço, ensino e pesquisa viabilizando vários estudos, dentre os quais destacam-se Sucupira⁶, Barreto⁷, Noro⁸, Queiroz⁹, Santiago¹⁰.



Fonte: Dahlgren and Whitehead.

Figura 1. Determinantes Sociais em Saúde: modelo de Dahlgren e Whitehead.

MÉTODO

Estudo de corte transversal com coorte de crianças nascidas nos anos de 1990 a 1994, entrevistas domiciliares, avaliação clínica e exames laboratoriais. A estrutura do desenvolvimento da pesquisa tem como base o modelo de atenção à saúde da ESF, envolvendo as Equipes de Saúde da Família. Importante papel desempenharam os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A pesquisa foi desenvolvida no município de Sobral, no Ceará, que segundo o Censo IBGE do ano 2000¹¹, dispunha de uma população de 155.276 habitantes, com 48% da população na faixa de 0 a 19 anos.

DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi construída por sorteio aleatório, estratificado por ano de nascimento em cinco faixas de idade, a partir do cadastro dos domicílios da ESF. Considerou-se uma única criança por domicílio, sendo definida uma amostra de 2.900 crianças ao todo, admitindo-se uma prevalência de 10% para o evento mais raro, com um intervalo de confiança de 95% que inclui um erro relativo de 10% (IC95% 9 – 11). Considerando possíveis perdas, foram sorteadas aleatoriamente 4.400 crianças (800 em cada faixa etária, acrescida de um adicional de 10%). Por diferentes razões, não puderam ser incluídas 700 crianças. Inicialmente, obtiveram-se 3.700 questionários, sendo excluídas 256 crianças por diferentes motivos. A amostra final foi de 3.444 sujeitos para entrevista domiciliar, 2.856 para avaliação de enfermagem, 2.822 para avaliação clínica e 2.795 para os três procedimentos.

A coleta de dados ocorreu entre novembro de 1999 e outubro de 2000 e, para considerar as variações sazonais do município, a população do estudo foi dividida em dois grupos que foram estudados em semestres diferentes. As entrevistas domiciliares foram feitas preferencialmente com a mãe da criança, utilizando-se questionário semiestruturado. A operacionalização da pesquisa foi feita por meio de módulos com base nas Unidades de Saúde da Família (USF) e áreas adscritas. Os agentes comunitários de saúde (ACS) ajudavam os entrevistadores a localizarem os domicílios e a esclarecerem os objetivos da pesquisa, tranquilizando e motivando os pais a participarem da pesquisa. Um piloto foi realizado em um município vizinho com características semelhantes a Sobral. O software utilizado foi o Epi-Info versão 6.04, e a pesquisa teve dupla digitação, com correção das diferenças encontradas. As variáveis de exposição foram agrupadas em seis conjuntos de indicadores: sociodemográficos, escolarização, nutricionais, trabalho infantil, morbidade, consumo de serviços de saúde.

QUESTÕES ÉTICAS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Saúde da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Não há conflito de interesses.

RESULTADOS

Os resultados e a discussão têm como fio condutor o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead, sendo apresentadas neste artigo as variáveis referentes aos determinantes sociais da saúde.

Idade, sexo e fatores hereditários – A distribuição quanto ao sexo, ano de nascimento e cor, que correspondem à primeira camada do modelo, estão na Tabela 1.

Estilo de vida dos indivíduos e Redes sociais e comunitárias – As informações das camadas 2 e 3 estão na Tabela 2, que mostra a percepção da família quanto à distância do domicílio aos principais equipamentos sociais e os hábitos mais frequentes de contatos sociais.

Condições de vida e trabalho – Situam-se na quarta camada do modelo de Dahlgren & Whitehead.

Habitação, saneamento básico, educação, emprego, serviços de saúde, trabalho infantil estão na Tabela 3. Em relação à educação, aos sete anos são poucas as crianças cujas mães referem saber ler corretamente. Apenas 36,9% e 43,6% das crianças, respectivamente aos 9 e 10 anos, são vistas como sabendo ler corretamente. Não estão na escola 63,2% das crianças pré-escolares. Aos oito anos, 27,2% ainda estão fora da escola. Acima de sete anos, predomina o sexo masculino (64,4%) e a cor de pele negra/morena/mulata (84,6%) entre

Tabela 1. Distribuição de crianças de 5 a 9 anos por ano de nascimento, sexo e cor, zona urbana de Sobral, 1999 – 2000.

	Frequência	%
Ano de nascimento		
1990	689	20,0
1991	709	20,6
1992	689	20,0
1993	688	20,0
1994	669	19,4
Sexo		
Masculino	2.722	50
Feminino	2.722	50
Cor		
Negro/Mulato/Moreno	2.497	72,5
Branco	935	27,1
Oriental	4	0,1
Índio	2	0,1
Sem resposta	6	0,2

Tabela 2. Distribuição das crianças de 5 a 9 anos segundo a percepção das famílias quanto à proximidade dos equipamentos sociais ao domicílio e frequência aos equipamentos e às casas de familiares ou amigos, zona urbana de Sobral, 1999 – 2000.

Equipamentos sociais perto do domicílio	Freq.	%	Frequência aos equipamentos sociais	Freq.	%
Igreja ou templo					
Sim	2679	77,8	Sempre	1961	56,9
Não	742	21,6	Às vezes	1347	39,1
SR	23	0,7	Nunca	133	3,9
			SR	3	0,1
Associação de moradores					
Sim	1598	46,4	Sempre	192	5,6
Não	1129	32,5	Às vezes	346	10,0
SR	727	21,1	Nunca	2532	73,5
			SR	204	10,9
Clube esportivo					
Sim	968	28,1	Sempre	232	6,7
Não	1940	56,4	Às vezes	474	13,8
SR	536	15,5	Nunca	2534	73,6
			SR	204	5,9
Praça pública					
Sim	2267	65,8	Sempre	389	11,3
Não	1050	30,5	Às vezes	769	22,3
SR	127	3,7	Nunca	2236	65,0
			SR	50	1,5
Supermercado ou mercearia					
Sim	3214	93,3	NSA**		
Não	224	6,5	NSA**		
SR	6	0,2	NSA**		
			NSA**		
Bar					
Sim	2917	84,7	Sempre	189	5,5
Não	512	14,9	Às vezes	368	10,7
SR	15	0,4	Nunca	2867	83,3
			SR	20	0,6
Casa de amigos/parentes					
NSA**			Sempre	2221	64,5
NSA**			Às vezes	1019	29,6
NSA**			Nunca	201	5,8
NSA**			SR	3	0,1
Escola					
Sim	2471	71,7	NSA**		
Não	940	27,3	NSA**		
SR*	33	1,0	NSA**		
			NSA**		

Tabela 2. Continuação.

Equipamentos sociais perto do domicílio	Freq.	%	Frequência aos equipamentos sociais	Freq.	%
Unidade de saúde					
Sim	2683	77,9	NSA**		
Não	752	21,9	NSA**		
SR	9	0,3	NSA**		
			NSA**		
Delegacia de polícia					
Sim	1522	44,2	NSA**		
Não	1755	51,0	NSA**		
SR	167	4,8	NSA**		

SR* Sem resposta; NSA** Não se aplica.

Tabela 3. Condições de vida, trabalho e renda das famílias de crianças de 5 a 9 anos, residentes na zona urbana de Sobral, semiárido nordestino, 1999 – 2000.

Características do domicílio	Freq.	%
Tipo	Casa	3370 97,9
	Apartamento	47 1,4
	Cômodo	21 0,6
	Outro/Sem resposta	6 0,2
Posse do domicílio	Próprio já pago	2565 74,5
	Alugado	501 14,6
	Cedido	331 9,6
	Próprio em financiamento	32 0,9
	Outra condição/Sem resposta	15 0,3
Tipo de construção	Alvenaria	2377 69,0
	Alvenaria sem revestimento	466 13,5
	Taipa	401 11,7
	Taipa sem revestimento	186 5,4
	Outro/sem resposta	14 0,4
saneamento básico	Freq.	%
Abastecimento de água	Rede pública com canalização	2968 86,2
	Rede pública sem canalização	281 8,2
	Água de poço com canalização	58 1,6
	Outras fontes/Sem resposta	137 4,0
Escoadouro de dejetos	Rede pública	1938 56,3
	Vala ou a céu aberto	489 14,2
	Fossa rudimentar ou séptica	381 19,8
	Outro/Sem resposta	336 9,7
Coleta de lixo	Coletado diretamente	2427 70,4
	Jogado em terreno baldio ou rio	624 18,1
	Coletado indiretamente	382 11,1

Tabela 3. Continuação.

Escolaridade		Freq.	%
Escolaridade do Pai	Não estudou	434	16,8
	Até 4 anos do ensino fundamental	932	36,0
	Fundamental completo	642	24,8
	Ensino Médio ou Superior Completo	583	22,5
	Total	2591	100,0
Escolaridade da Mãe	Não estudou	414	12,7
	Até 4 anos do ensino fundamental	1214	37,1
	Fundamental completo	936	28,6
	Ensino Médio ou Superior Completo	704	21,5
	Total	3268	100,0

as crianças que estão fora da escola, com diferença estatisticamente significativa em relação a sexo e raça/cor. Quanto mais baixa a escolaridade da mãe e a renda familiar *per capita*, maior a ocorrência de repetência. Entre sete e dez anos, a repetência foi de 20,5% e, considerando repetência e evasão, tem-se 25,1% de fracasso escolar.

Quanto aos serviços de saúde, apenas 5,7% da amostra referiu possuir convênio ou plano de saúde. De modo estatisticamente significativo ($p < 0,01$), a população cadastrada na ESF apresenta níveis de escolaridade e de renda *per capita* mais baixos que a população que não se reconhece como cadastrada. Referiram procurar sempre ou às vezes a USF 88,6% das famílias. Apenas 11,1% nunca procuram a ESF. Quase 80% responderam que procuram a USF quando a criança fica doente, 16,9% vão a serviços privados e apenas 1% assume que procura a farmácia. A obtenção de consulta no mesmo dia foi referida por 97,6% das famílias. Quase 40% dos sujeitos procuraram a Santa Casa, sendo que para mais de três quartos isso ocorre quando há urgência para o atendimento. A procura pela Santa Casa aumentou com a renda de forma significativa ($p < 0,01$).

Em relação ao trabalho infantil, entre as 157 famílias que declararam não ter nenhum rendimento, 29 (18,7%) referiram que as crianças realizavam algum tipo de trabalho infantil. À medida que a escolaridade do chefe de família aumenta, diminui o percentual de crianças com algum trabalho infantil. A mesma relação pode ser observada com a renda *per capita*. Quanto ao motivo para a criança trabalhar, 83,5% afirmaram ser para ajudar no trabalho de casa e 2,4% afirmaram ser para ajuda no orçamento familiar. (2,4%). Referiram trabalho remunerado 3,9% das crianças, e 6,2% das crianças tinham jornada com horário fixo de trabalho. Sofreram algum tipo de acidente com as mais diversas repercussões 27 crianças, e um terço necessitou de atendimento médico. Um quarto (7 crianças) perdeu aulas por conta do acidente. Não houve diferença significativa entre as crianças que estão na escola e as que não estão no grupo de crianças cujas famílias referiram ter algum tipo de trabalho infantil. As crianças que trabalhavam tiveram uma chance 1,6 maior de repetir de ano do que as que não trabalhavam.

Quase 30% das famílias afirmaram que a criança havia apresentado desnutrição anteriormente. Das crianças que referiram desnutrição anterior, 153 (15,6) das famílias

disseram ter participado de programas para desnutridos. Apenas metade das famílias referiram que as crianças consumiam diariamente a merenda escolar. Há relação estatisticamente significativa ($p < 0,01$), indicando que quanto menor a renda, maior o consumo de merenda. Observou-se também, percentagens importantes de crianças com baixa renda que vão à escola e não consomem a merenda.

Condições Socioeconômicas, Culturais e Ambientais Gerais – Essas informações estão na Tabela 4, que se refere à quinta camada. Entre os bens de consumo, vale destacar que apenas 63,55 das famílias possuíam filtro. Na grande maioria era o pai o chefe de família; a mãe aparece em terceiro lugar, com 10,5%. Em segundo lugar, 17%, o chefe era outro parente (15,7% avós, sendo em 62,3% o avô e em 37,7% a avó). Há diferença estatisticamente significativa na renda dos chefes de família homens com relação às mulheres chefes de família ($p < 0,01$). Um pouco mais da metade dos domicílios dispõe de área externa peridomiciliar, a qual é usada para o lazer por 62,8% das crianças. Das áreas de lazer, 34,6% oferecem risco para doenças ou acidentes.

Tabela 4. Distribuição das crianças de 5 a 9 anos, de acordo com renda mensal familiar *per capita*, posse de bens de consumo, condições ambientais e religião das famílias, zona urbana de Sobral, 1999 – 2000.

	Frequência	%
Renda mensal		
Sem rendimento	157	4,6
0.00 --- 0.25 SM	1216	35,3
0.25 --- 0.50 SM	1116	32,4
0.50 --- 1.00 SM	597	17,3
1.00 --- 2.00 SM	215	6,2
> 2.00 SM	71	2,1
Sem resposta	72	2,1
Posse de bens de consumo		
Fogão	3.410	99,0
Televisão	3.076	89,3
Geladeira	2.298	66,7
Rádio	2.020	58,7
Aparelho de som	1.756	51,0
Máquina de lavar roupa	62	1,8
Condições ambientais		
Mora em bairro urbanizado	2456	71,3
Rua asfaltada ou com calçamento	2510	72,9
Iluminação pública	3367	97,8
Religião		
Católica	3047	88,5
Outra	294	8,5
Nenhuma	101	2,9

DISCUSSÃO

Para a discussão, retoma-se como fio condutor o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead.

IDADE, SEXO E FATORES HEREDITÁRIOS

Na base do modelo de Dahlgren e Whitehead estão os indivíduos com suas características individuais que influenciam o modo de viver e adoecer. A amostra final foi bem representativa da população de Sobral. Considerou-se a cor da criança e dos pais de acordo com a classificação feita pelo próprio informante, como recomenda o IBGE^{12, 13}. Em Sobral, segundo os dados do Censo de 2000 do IBGE, um terço da população classifica-se como branca e dois terços como parda ou negra.

ESTILO DE VIDA DOS INDIVÍDUOS

Na segunda camada do modelo citado, está o estilo de vida, que segundo Buss e Pellegrini Filho⁵, “é uma camada que está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais — como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer”. O modo de socialização tem grande importância na maneira como as famílias entram em contato com as informações, além de definirem um estilo próprio de vida que pode levar a hábitos mais ou menos saudáveis.⁶ Em função da extensão das informações obtidas na entrevista domiciliar, optou-se por incluir apenas duas variáveis referentes ao modo de vida das famílias: a percepção quanto à distância do domicílio até os principais equipamentos sociais e os hábitos mais frequentes de contatos sociais. Os equipamentos considerados perto são aqueles que oferecem serviços de educação e saúde, enquanto os de lazer foram vistos como mais distantes. Na observação dos autores, a disponibilidade de praças e quadras esportivas concentra-se mais nas regiões centrais e é a população de melhor renda que tem acesso à maioria dos clubes esportivos. Possivelmente, a percepção da distância entre o domicílio e os equipamentos é influenciada pelo modo como os entrevistados têm acesso e frequentam esses equipamentos. A frequência com que as famílias se declararam tendo uma religião reflete-se na alta percentagem de referência de ida à igreja ou ao templo. É muito baixa a utilização dos equipamentos de lazer. A frequência ao bar aparece muito baixa, embora o bar tenha sido considerado próximo à residência. Uma prática que fica mais evidente é a visita à casa de amigos e parentes, referida pela quase totalidade das famílias. Esse perfil de informações reflete os hábitos culturais vigentes no município.

REDES SOCIAIS E COMUNITÁRIAS

Os dados referidos anteriormente permitem inferir sobre os laços familiares e religiosos que constituem importantes núcleos de apoio e podem ser considerados parte dessas redes. Na literatura, há referência à frequência a esses espaços públicos como importante meio de socialização e acesso às informações¹⁴. Os resultados sugerem que a socialização decorrente da convivência em espaços públicos de lazer ainda é incipiente no município. Vários autores têm valorizado o conjunto de fatores na sociedade que compõem o chamado “capital social”. Kawachi e Kennedy¹⁴ discutem a importância da desigualdade de renda e da coesão social como determinantes da saúde de uma população. A densidade de vida associativa, estimada pela participação em grupos de igreja, grupos de esporte, organizações fraternais, uniões trabalhistas, é um dos componentes mais fortemente relacionados à qualidade de vida e à saúde.⁶

CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO

Quarta camada do modelo de Dalgren & Whitehead.

CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO

As características dos domicílios refletem o perfil de habitação de Sobral, onde quase a totalidade das famílias mora em casa e mesmo os de renda mais baixa moram em imóveis próprios e já pagos. Embora a maioria dos domicílios seja de alvenaria com revestimento, ainda 30% das famílias moram em casas sem revestimento ou de taipa, portanto, condições inadequadas para a saúde.

SANEAMENTO BÁSICO

As condições da infraestrutura de saneamento básico são fundamentais para as condições de saúde e qualidade de vida da população. As condições de saneamento básico refletem os investimentos nesse setor que foram realizados em Sobral, principalmente nos bairros mais carentes e de formação recente. Os dados encontrados são superiores aos valores indicados para a maioria das cidades da Região Nordeste. De acordo com o Censo de 2000, o Ceará tinha água tratada em 60,8% dos domicílios e a Região Nordeste em 58,7% dos domicílios. O lixo era coletado em 61,5% dos domicílios do Ceará e 59,7% da Região Nordeste.

CONDIÇÕES DE EDUCAÇÃO

Chama atenção a baixa escolaridade das mães, sendo pior ainda a escolaridade do chefe de família, com 22,8% deles não tendo nenhuma escolaridade, provavelmente pela presença

dos avós como chefe de família. Atualmente, muitos autores preferem utilizar a escolaridade como indicador socioeconômico em lugar da renda familiar. Isso porque essas variáveis, no nosso meio, mostram-se fortemente associadas e a informação sobre escolaridade é mais confiável do que a da renda. A escolaridade do chefe de família é ainda um fator determinante do modo de inserção no mercado de trabalho e, conseqüentemente, dos níveis de salário e condições de vida. Monteiro et al.¹⁵, na pesquisa “Saúde e nutrição das crianças de 0 a 5 anos no município de São Paulo”, optou por estratificar a população estudada segundo a escolaridade do chefe de família, por ser esse dado mais disponível, pela dependência que a escolaridade apresenta em relação à classe social e pela associação encontrada entre o nível de escolaridade e o nível de renda. É interessante ressaltar que o perfil de escolaridade vem mudando com as gerações. Beltrão¹⁶, analisando a escolaridade de homens e mulheres nos censos populacionais do IBGE, mostra que nas últimas décadas a diferença de escolaridade média entre os homens e as mulheres tem diminuído, ocorrendo inclusive uma inversão, com as mulheres ultrapassando os homens. Essa mudança no perfil de escolaridade entre os gêneros reflete, entre outros fatores, a mudança do papel da mulher na sociedade. A baixa escolaridade dos pais teve grande repercussão no perfil escolar das crianças da pesquisa. O acesso à pré-escola é muito baixo visto pelo número de crianças menores de sete anos que estão fora da escola. Somando as crianças que estão fora da escola com as que apresentaram alguma repetência, tem-se uma taxa de fracasso escolar de 25,1%. Ou seja, um quarto das crianças tem uma história de fracasso escolar em suas vidas⁶. Chama atenção que aos oito anos um quarto das crianças encontram-se fora da escola. A informação de que entre as crianças que estão fora da escola predominam os meninos classificados pelas famílias como negro/moreno/mulato está de acordo com a literatura, que aponta o fracasso escolar como uma característica da população masculina, negra e pobre⁶.

EMPREGO

O modo como os pais se inserem no mercado de trabalho define as possibilidades de acesso aos bens produzidos pela sociedade. É pequeno o número de chefes de família com ocupações que requerem maior grau de escolaridade. Entre os chefes de família empregados, de um modo geral, o nível de escolaridade é melhor do que o daqueles desempregados. São os aposentados os que têm menor escolaridade.

SERVIÇOS DE SAÚDE

A utilização dos serviços de saúde é em grande parte determinada pela disponibilidade dos serviços oferecidos — os tipos de serviços existentes e o modo de funcionamento desses serviços. As facilidades ou dificuldades de acesso condicionam o modo como esses serviços são utilizados. O diferencial no município de Sobral em relação ao acesso foi a implantação

da ESF com cobertura universal a partir de 1997. Uma das principais características da ESF, a adscrição da população às equipes de saúde da família, possibilita uma atenção mais personalizada à medida que vínculos são criados entre as equipes e a população cadastrada.

Um dos aspectos que se valorizou na elaboração da pesquisa foi identificar a percepção da população em relação às características do atendimento na ESF no que se refere à dinâmica de cadastramento e vinculação da população. Embora essa seja uma estratégia universal, na pesquisa foram os sujeitos das classes populares os que mais se beneficiaram com a expansão da cobertura de serviços de saúde. Chamou atenção o modo como as famílias entrevistadas se reconhecem na ESF e o modo como a utilizam. A obtenção de consulta no mesmo dia é um excelente indicador da facilidade de acesso aos serviços públicos de saúde. Quanto à utilização dos serviços hospitalares, a procura ocorre quando a família considera ser urgência.

TRABALHO INFANTIL

Entre os fatores que podem ser utilizados para definir as condições de vida e saúde e a qualidade de vida das crianças está o trabalho infantil. Esse tipo de atividade pode interferir no processo de escolarização, comprometendo o rendimento escolar⁶. Assim, foi fundamental pesquisar sobre a existência e características do trabalho realizado pelas crianças. A legislação brasileira só permite o trabalho de adolescentes a partir dos 14 anos de idade, admitindo que ele seja exercido sob três formas: emprego, estágio e aprendizado. Entretanto, no Brasil, como em quase todos os países do mundo, milhares de crianças exercem algum tipo de trabalho. O trabalho infantil está relacionado às precárias condições socioeconômicas da família e ao desemprego dos pais. No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)¹⁷, de 1992 para 2001 o nível da ocupação das crianças e adolescentes passou de 3,7% para 1,8% no grupo de 5 a 9 anos de idade, e de 20,4% para 11,6% no de 10 a 14 anos. Na região Nordeste, esse percentual em 1992 era de 5,1% e decresceu para 3,6% em 2001. Na PNAD é considerado trabalho qualquer ocupação de no mínimo uma hora ao dia remunerada, ou atividades não remuneradas, para garantir alimentação, moradia ou ajudar a família, ligadas ao setor primário, como agricultura, pecuária e pesca, ou ao setor secundário, como a manufatura (PNAD, IBGE, 2003)¹⁸. Há grande dificuldade em definir o que constitui o trabalho infantil, principalmente, quando se lida com o trabalho doméstico. Nesta pesquisa, a definição de trabalho infantil foi dada pela família, que respondia se a criança realizava algum trabalho dentro ou fora do domicílio. A diferença na metodologia de coleta e na conceituação de trabalho infantil empregada no presente estudo explica a variação observada com relação aos percentuais apresentados nas PNADs de 1992 e 2001. Chama atenção o fato de as famílias considerarem que crianças de até cinco anos fazem algum tipo de trabalho infantil, fator que leva à confusão quando se analisa os dados de trabalho infantil nesse estudo. À medida que a escolaridade do chefe de família aumenta, diminui o percentual de crianças que a família refere exercer algum trabalho.

A mesma relação pode-se observar com a renda *per capita*. Foi pequeno o percentual de respostas referentes à ajuda no orçamento familiar (2,4%), que se aproximou do percentual de 3,6% encontrado pela PNAD 2001 para o trabalho infantil entre crianças de 5 a 9 anos na região Nordeste. A maioria das crianças desempenha trabalho doméstico na própria casa. Esse é um tipo de trabalho pouco quantificado pela dificuldade de reconhecimento pela própria família de que a criança realiza trabalho infantil. Embora somente 3,9% das crianças tenham trabalho remunerado, 6,2% das famílias referem jornada com horário fixo de trabalho. A definição de trabalho doméstico exige a referência a uma remuneração que pode ser em dinheiro ou em benefícios, como moradia ou alimentação ou o recebimento de algum bem. Entretanto, é possível considerar como trabalho infantil as crianças que trabalham na própria casa, sem remuneração, executando tarefas que seriam próprias de uma empregada doméstica. Dessa forma, essas crianças estão garantindo uma remuneração às suas famílias, que deixam de pagar pelos serviços de uma doméstica. Esse tipo de trabalho é bem evidente nas crianças desta pesquisa, uma vez que a maioria tomava conta dos irmãos ou executava serviços caseiros, como lavar a louça, varrer a casa, arrumar a casa, entre outros. As demais formas de remuneração caracterizam relações mais informais de trabalho, como é o caso das crianças que realizam trabalho em troca de alimento ou moradia. Embora na mídia estejam bem assinalados os aspectos prejudiciais do trabalho infantil, não era essa a representação que as famílias da pesquisa tinham do trabalho infantil de seus filhos. A grande maioria fez avaliações positivas para o fato de a criança trabalhar. Uma das razões para essa valorização do trabalho infantil pode ser devido ao fato de que essas respostas foram obtidas das famílias que têm filhos que trabalham. Apesar de toda a dificuldade de caracterizar o trabalho infantil referido pelas famílias, chama atenção o número de crianças que se acidentaram durante a realização dessas atividades. A análise de como o trabalho interfere na vida das crianças torna-se difícil pela própria natureza do trabalho que é referido, pelo fato de ser realizado no próprio domicílio e muitas vezes, não ter uma jornada fixa. As crianças que trabalhavam tiveram maior chance de repetir de ano do que as que não trabalhavam. Apesar da importância da relação entre desempenho escolar e trabalho infantil, são poucos os trabalhos sobre essa questão tanto na literatura nacional como internacional.

NUTRIÇÃO

A importância de analisar a ocorrência da desnutrição anterior e a presença de desnutrição atual é agregar mais um dado que pode indicar condições de vida e acesso aos alimentos produzidos pela sociedade. A informação de que quase um terço das crianças havia apresentado desnutrição anteriormente é compatível com as taxas de desnutrição existentes no início dos anos 1990 em Sobral. A referência das famílias à ocorrência da desnutrição nos dois primeiros anos de vida está de acordo com os dados da literatura, pois nos vários estudos populacionais a desnutrição é mais prevalente nos primeiros anos de vida. Monteiro¹⁵ encontrou uma prevalência de 41,2% de crianças desnutridas nos dois primeiros anos de vida. A prevalência

da desnutrição no município de Sobral já vinha apresentando declínio nos anos anteriores à pesquisa, principalmente no que se refere às formas mais severas. Segundo dados do Sistema de Atenção Básica (SIAB) para Sobral, no período de 1996 a 2002, a proporção de crianças menores de um ano desnutridas caiu de 14,0% para 3,1%, e nas crianças de 12 a 23 meses, a desnutrição caiu de 23,7% para 10,8%. Em crianças menores de cinco anos, as internações por desnutrição reduziram-se de 9,4% para 0,9% e os óbitos diminuíram de 4,9% para 2,6%. Essa queda acentuada, provavelmente foi devida à melhoria nas condições de vida verificada no município nos últimos seis anos e aos programas de suplementação alimentar. É de grande aceitação a tese de que grande parte das crianças vai à escola por causa da merenda. Embora fique evidente que há uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,01$) indicando que quanto menor a renda, maior é o consumo de merenda, observou-se também que muitas crianças de baixa renda vão à escola e não consomem a merenda.

CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS, CULTURAIS E AMBIENTAIS

Essas variáveis situam-se na camada mais distal do modelo de Dahlgren e Whitehead e correspondem aos macrodeterminantes das condições de saúde. Além da baixa escolaridade, a maioria das famílias apresentava baixos níveis de renda. A resposta “sem rendimento” nem sempre significou nenhuma renda, sendo mais comum a ausência de um rendimento fixo, pois quando se comparou renda e aluguel do domicílio, mesmo aqueles sem rendimento pagavam aluguel e tinham outras formas de consumo. A diferença na renda dos chefes de família entre homens e mulheres evidenciou nitidamente uma iniquidade social relacionada ao gênero. Comparando-se a distribuição da variável renda do chefe de família na amostra com a da população de Sobral (dados de 1991), não foi observada diferença significativa entre as duas populações, verificando-se que nos dois casos é pequeno o contingente de famílias de renda alta. É preciso destacar que, embora a renda *per capita* seja baixa, 85% das famílias não têm despesas com moradia e que a relação renda/custo de vida em Sobral é bastante diferente da realidade das grandes cidades. Outros elementos utilizados para avaliar as condições socioeconômicas e a qualidade de vida das pessoas são os equipamentos domésticos que as famílias possuem, principalmente os eletrodomésticos. Muitos estudos utilizam a posse desses equipamentos para fazer a classificação social das famílias. Nesta pesquisa, o objetivo foi apenas perceber o número de famílias que têm acesso ao consumo desses bens. Vale destacar que a televisão é muito mais frequente que a geladeira, com uma diferença de 22,6 pontos percentuais. Informações sobre o consumo alimentar dessas famílias mostram que é predominantemente à base de alimentos não perecíveis, comprados quando recebem o salário. Os alimentos perecíveis que necessitam de conservação na geladeira têm de ser adquiridos com mais frequência e são relativamente mais caros. A máquina de lavar roupas, considerada básica em muitas famílias, aparece em oitavo lugar, o que pode ser reflexo da baixa renda das famílias. Há de se considerar também as facilidades para lavagem de roupa, tanto pelo clima quente como pela disponibilidade

de mão de obra doméstica. Outro equipamento doméstico considerado importante para a manutenção da saúde é o filtro de água, referido por um número de famílias bem abaixo da quantidade daquelas que possuem televisão.

ASPECTOS CULTURAIS E RELIGIOSOS

Há diferença entre os hábitos culturais da grande parte da população de renda baixa e a pequena percentagem que tem uma renda mais elevada e acesso aos eventos culturais. A inexistência de salas comerciais de cinema, na época da pesquisa, justifica que somente 2,6% das famílias tenham referido ir ao cinema sempre ou às vezes. Já foi descrita a disponibilidade dos equipamentos de lazer na cidade e o modo como a população relaciona-se com esses espaços e os diferentes tipos de atividades presentes no município. O município de Sobral caracteriza-se pela forte religiosidade, possuindo 22 igrejas católicas. É muito pequeno o número de pessoas que se coloca como não tendo nenhuma religião. O perfil de distribuição da população segundo as religiões, no censo de 2000, é bastante semelhante ao da pesquisa, com 86,5% de católicos. Entre as outras religiões, praticamente são todos evangélicos, pois as demais não atingem 0,5%. Não há nenhuma referência à religião judaica ou às religiões orientais. É relativamente recente o crescimento de outras religiões na cidade. Em Sobral verifica-se a presença principalmente dos evangélicos de missão (nome dado pelo IBGE aos evangélicos ou protestantes tradicionais) e algumas pentecostais.

CONDIÇÕES AMBIENTAIS

Outro aspecto importante na caracterização do domicílio é a sua localização e as benfeitorias de que dispõe, as quais expressam as condições socioeconômicas das famílias e, principalmente, o acesso aos bens e serviços produzidos pela sociedade. Os dados da pesquisa refletem uma condição satisfatória de urbanização para a grande maioria dos domicílios onde moram as crianças. Quanto às condições específicas do domicílio, procurou-se verificar os espaços de lazer e as situações de risco do ambiente em que as crianças vivem. Apesar de mais da metade dos domicílios disporem de área peridomiciliar usada para o lazer das crianças, um terço apresenta risco para doenças ou acidentes. Essas informações mostram a importância que devem assumir os espaços públicos de lazer, uma vez que mais de 40% não dispõem de área externa no domicílio. Entretanto, como foi visto anteriormente, é pequena a referência à existência de praças e espaços públicos de lazer próximos ao domicílio e, principalmente, o hábito de frequentá-los, provavelmente condicionado pela distância e pouca disponibilidade de tais equipamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na conceituação ampliada de saúde presente na Constituição Cidadã de 1988, o artigo 196 define que saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Os resultados deste estudo permitem afirmar que, no ano 2000, apesar de alguns avanços observados nas políticas públicas, muito ainda precisava ser feito para garantir “saúde” e condições equânimes para inserção social de grande parte das crianças de 5 a 9 anos da zona urbana de Sobral. Essa realidade provavelmente está presente em muitos municípios de características semelhantes no País, em especial na região Nordeste. As análises aqui apresentadas são de grande importância como referencial para avaliação do impacto de políticas públicas direcionadas a essa faixa etária que foram implementadas a partir do ano 2000 e deverão ser tema de futuras pesquisas e publicações.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a Prefeitura do Município de Sobral pelo financiamento, apoio de infraestrutura e operacionalização para a pesquisa.

REFERÊNCIAS

- Andrade, LOM. A saúde e o dilema da intersetorialidade. São Paulo: Hucitec; 2006.
- OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Buenos Aires; 2009.
- Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final; 2008.
- Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health University of Liverpool. Copenhagen; 2006.
- Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva* 2007; 17(1): 77-93.
- Sucupira ACSL. Fracasso escolar e condições de vida em crianças de 7 a 10 anos de idade, Sobral, Ceará. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2003.
- Barreto ICHC, Grisi SJFE. Self-reported morbidity and its conditioning factors in children aged 5 to 9 in the city of Sobral, Brazil. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(1): 1-3.
- Noro LR, Roncalli AG, Mendes Júnior FI, Lima KC. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(7): 1509-16.
- Queiroz OS. Determinantes sociais da gravidez na adolescência em um município de médio porte no nordeste do Brasil: um estudo prospectivo. 83f [Dissertação de Mestrado] Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2010.
- Santiago AX, Barreto ICHC, Sucupira ACSL, Lima JWO, Andrade LOM. Equitable access to health services for children aged 5 to 9 in medium city of northeast of Brazil: a result of Family Health Strategy. *Rev Bras Epidemiol*, 2013 [No prelo].
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: www.ibge.gov.br/censo/2000 (acessado em 3 de dezembro de 2012).
- Lebrão ML, Carandina L, Magaldi C, et al. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, São Paulo (Brasil). IV. Morbidade referida em entrevistas domiciliares, 1983-1984. *Rev Saúde Pública* 1991; 25(6): 452-60.

13. Cesar CLG, Figueiredo GM, Westpal MF, Cardoso MRA, Costa MZA, Gattás VL. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia. *Rev Saúde Pública*, 1996; 30(2): 153-60.
14. Kawachi I, Kennedy BP. Health and social cohesion: why care about income inequality. *BMJ* 1997; 314(7086): 1037-40.
15. Monteiro CA. Saúde e nutrição das crianças de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1988.
16. Beltrão KI. Acesso à educação: diferenciais entre os sexos. Texto para discussão n° 879. Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA). Ministério do Planejamento. Rio de Janeiro; 2002.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Trabalho Infantil. 2001. Rio de Janeiro IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/trabalho infantil/trabinf2001.pdf> (acessado em 3 de dezembro de 2012).
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 2003. Rio de Janeiro IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/> (acessado em 3 de dezembro de 2012).

Recebido em: 30/04/2012

Versão final apresentada em: 06/03/2013

Aprovado em: 12/06/2013