

Augediva Maria Jucá Pordeus¹

Francisca Sônia de Andrade

Braga Farias²

Elizabeth Rebouças de

Oliveira³

Thiago Pelúcio Moreira⁴

Comunidade do Dendê: Um Diagnóstico de suas Famílias*

1. Professora Adjunto do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza.

2. Mestranda em Enfermagem e Saúde Comunitária da UFC Supervisora do Núcleo de Atenção Médica Integrada - NAMI, da UNIFOR.

3. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Bolsista do Convênio PIBIC/CNPq/UNIFOR.

4. Bolsista do Convênio PIBIC/CNPq/UNIFOR.

RESUMO

Através da família pode-se interferir na solução dos problemas de saúde de seus membros. Realizamos inquérito epidemiológico junto às famílias da Comunidade do Dendê no período de novembro de 1996 a janeiro de 1998, com o objetivo de identificar e classificar as famílias potencialmente de maior risco às doenças e agravos da saúde visando ao desenvolvimento de plano assistencial. Os principais resultados foram: a comunidade possui cerca de 9.500 habitantes, a maioria das famílias é composta por 4 a 5 membros, 86,6% das crianças estão com a vacinação básica em dia, as doenças citadas como mais ocorrentes entre seus membros foram a hipertensão arterial, as infecções respiratórias e os problemas cardíacos. Cerca de 22,3% das famílias da Comunidade são de risco, necessitando do seguimento dos serviços de saúde.

ABSTRACT

By means of family, it is possible to intervene on its members' health problems solutions. We made an epidemiologic survey on Dendê's Community families, in the time interval from november 1996 to january 1998, with the purpose of identification and classification of those families that are in potential more risk of diseases and health impairments akin on the issue of social assistance performance. The main results were: the Community has nearly 9500 inhabitants, most of the families are composed by 4 to 5 members, 86.6% of the children have an up-to-date basic vaccination, the diseases mentioned as the most frequent were arterial hypertension, breathing system infections, and heart problems. Nearly 22.3% of the Community families are in risk, needing of health services surveillance.

* Trabalho foi realizado com o apoio da Universidade de Fortaleza e do convênio PIBIC / CNPq / UNIFOR.

1. Introdução

A falta de informações adequadas torna impossível um planejamento de ações de saúde voltado para as reais necessidades de uma população, evitando desperdício de recursos humanos e materiais.

Sentindo cada vez mais a necessidade de um diagnóstico que fornecesse dados referentes à Comunidade do Dendê, o Núcleo de Atenção Médica Integrada, NAMI, que desde 1978 presta assistência à saúde daquela Comunidade, em parceria com o Núcleo de Pesquisa do CCS, realizou o presente trabalho.

O principal objetivo foi identificar as necessidades bio-sócio-econômicas das famílias que compõem a Comunidade e classificar aquelas potencialmente de maior risco ao desenvolvimento de problemas de saúde.

Na busca da melhoria da qualidade de vida e de saúde destas famílias será construído um modelo de atenção direcionado à promoção da saúde, a exemplo do recomendado pelo Ministério da Saúde e que já vem ocorrendo em vários municípios do Ceará, inclusive iniciado recentemente em alguns bairros de Fortaleza. Esta atenção visa contribuir no fortalecimento da capacidade da população para verificar, acrescentar e melhorar sua saúde, através da integralidade e desenvolvimento de potencialidades de pessoas e de grupos.

A OPS (1994), cita que a prevenção de comportamento de risco tem como proposição a transformação de procedimentos individuais que ameaçam a saúde, ou reforçar características pessoais que diminuam a probabilidade de adoecer. As estratégias de prevenção, destinadas a indivíduos e grupos, devem fundamentar-se sobre o conhecimento da etiologia e racionalidade dos comportamentos de risco.

Trabalhar com famílias. Por quê? Sabemos ser a família a primeira estrutura social na qual o homem vive. É nela que encontramos a garantia de sobrevivência, do desenvolvimento e da proteção. É aí onde normas e valores de uma comunidade, de uma sociedade se iniciam.

Assim, é de fundamental importância o seguimento delas para alcançarmos uma comunidade saudável. Desenvolver, não ações paternalistas, mas com planos que possibilitem a sobrevivência destas famílias, evitando doenças, desagregação e desestruturação.

2. Metodologia

Foi realizado um estudo descritivo que constitui-se de um inquérito epidemiológico, sobre os fatores bio-sócio-econômicos das famílias residentes na Comunidade do Dendê com o objetivo de identificar aquelas potencialmente de maior risco ao desenvolvimento de problemas de saúde.

Para a coleta de dados, aplicou-se um questionário previamente estruturado com perguntas abertas e fechadas, o qual, por ocasião da testagem na própria comunidade identificou-se a necessidade de modificação no ordenamento de algumas perguntas.

Antecedendo à coleta de dados, realizou-se treinamento dos aplicadores e visitas às lideranças locais com o objetivo de informá-las sobre o trabalho que viria a ser desenvolvido junto às famílias.

A coleta ocorreu num período de 16 meses, outubro/1996 a fevereiro/1998. Ressaltando-se que na ocasião da entrevista ações educativas também foram desenvolvidas, bem como os encaminhamentos que se fizerem necessários, levando-nos a exceder no tempo previamente estabelecido para esta etapa.

O estudo considerou como família todas as pessoas que residem no mesmo teto e não a família nuclear.

Embora tivéssemos por objetivo levantar informações bio-sócio-econômicas do universo de famílias residentes na Comunidade, desenvolveu-se coleta de dados em 1.935 famílias, 94,2%, as 120 famílias restantes, 5,8%, as casas estavam fechadas tendo sido realizadas visitas de retorno, inclusive aos sábados, e as mesmas ou permaneciam fechadas ou por algum motivo a família não participou do estudo.

Identificou-se a existência de 4,6 pessoas por família, se considerarmos que nas 120 casas fechadas a média de pessoas residentes é mantida, a população que se estima que existia na Comunidade na ocasião do estudo é de cerca de 9.503 habitantes.

Para efeito de cálculo do coeficiente de prevalência das doenças referidas pelas famílias utilizou-se a população correspondente às 1.935 famílias visitadas, 8.951 habitantes.

Classificou-se como de risco aquelas famílias que possuíam três ou mais dos fatores previamente estabelecidos, tais como: mãe analfabeta que tivesse filho menor de um ano, família sem renda ou inferior a um salário mínimo, vacinação da criança em atraso, presença de desnutrido na família presença de pessoa com doença crônica ou degenerativa, entre outros. No entanto aquelas famílias que possuíam alcoólatra ou doente mental, independente de outros fatores, foram consideradas de risco.

Participaram da coleta de informações, enfermeiras, médicas, bolsistas de enfermagem do NAMI (Núcleo de Atenção Médica Integrada), alunos da disciplina de Enfermagem na Comunidade I, dois bolsistas do Programa Institucional de Bolsistas de Iniciação Científica- PIBIC/CNPq/UNIFOR e uma das autoras do trabalho. A realização desta etapa esteve sob a supervisão das autoras.

À proporção que os questionários eram preenchidos e revisados, os dados foram planilhados e elaborou-se relatórios semestrais.

Ao término do estudo, para uma melhor visualização e análise da informação colhida, tabelas e gráficos foram elaborados.

3. Resultados e Comentários

3.1. Caracterização da Comunidade

Localizada nas proximidades da Universidade de Fortaleza, a Comunidade do Dendê possui cerca de 9.503 habitantes.

Vários são os serviços que dão atenção à saúde e educação a Comunidade: três escolas de 1º grau, um CIES, duas creches e um centro de saúde entre outros. Associação de moradores, grupo de jovens e o conselho comunitário são as principais organizações sociais existentes. A Comunidade mantém ainda, através destas organizações, cursos profissionalizantes para a população.

A maioria das ruas é estreita e desalinhada tendo recebido há cerca de 5 anos calçamento em grande parte delas, construção de pequenas praças e a realização de drenagem em uma de suas áreas.

3.2. Composição da Família

Diante da diversidade que nos revela a literatura acerca do conceito de família, AZEVEDO *et al* (1993) recomendam que esta definição seja relacionada ao enfoque de cada pesquisa ou trabalho e aos objetivos a serem atingidos.

Tendo em vista o desenvolvimento pelo NAMI de um plano assistencial para as famílias consideradas de risco a contraírem problemas de saúde, optamos por considerar como membros de uma família todos aquelas pessoas que viviam no mesmo teto, expostas portanto aos mesmos fatores sócio-econômicos, culturais e ambientais.

Foram levantadas no presente estudo, 1.935 famílias, 94,2% das que se estima existirem na Comunidade; Identificou-se que o maior quantitativo possui 4 a 5 membros, sendo que um terço das inquiridas pode ser caracterizada como conglomerados numerosos, tendo 6 e mais membros, VERAS *et al* (1987), em estudo realizado nesta mesma comunidade citam a existência de 5,6 pessoas por residência. O IBGE em seu último Censo, 1991, chama a atenção para a queda vertiginosa na fecundidade da mulher cearense, enquanto em 1980 tínhamos uma média de 6,6 filhos por mulher, em 1991 esta caiu para 3,5, reduzindo assim o tamanho da família (IPLANCE e SEPLAN, 1996) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição média de pessoas por famílias residentes na Comunidade do Dendê, 1998

Nº de Pessoas p/ Família	Nº de Famílias	%	Estimativa média de pessoas
<3	566	29,3	849
4 a 5	711	36,7	3.200
6 a 8	510	26,4	3.570
9 e +	148	7,6	1.332
Total	1.935	100,0	8.951

Fonte: Inquérito Epidemiológico - Comunidade do Dendê, 1998.

CALERO (1989) e FORATTINI (1992), fazem referência à família como a unidade social em que convivem homens e mulheres em relação espacial para criar filhos. Sofrendo interrelações físicas, mentais e sociais, onde existe uma dinâmica recíproca e constante entre as características desta e sua saúde. Citam ainda que a identificação de famílias mais expostas a afecções físicas e/ou mentais servirá de base ao desenvolvimento de estudos que irão contribuir para a organização e planejamento da assistência a saúde a ser prestada.

Cada integrante de uma família corresponde ao mesmo tempo um grupo

específico da população: escolares, adolescentes, grávidas, trabalhadores, devendo ser valorizada pelo serviço de saúde a influência da assistência com cada grupo na resposta familiar. O comportamento individual de cada um dos membros de uma família atua a favor ou contra a saúde desta, interferindo no processo saúde-doença (OPS, 1994).

As crianças menores de cinco anos estão presentes em quase metade das famílias. Destas, 60,0% possuem apenas uma criança e 28,0% duas. Enquanto os com idade inferior a 1 ano estão em 14,5%, e cerca de 60,0% têm menos de 6 meses (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição percentual das famílias da Comunidade do Dendê que possuem crianças menores de 5 anos, 1998

Nº de Crianças	Nº de Famílias	%
01	571	60,7
02	263	28,0
03	64	6,8
04	14	1,5
05	02	0,2
Sem Informação	26	2,8
Total	940	100,0

Fonte: Inquérito Epidemiológico - Comunidade do Dendê, 1998

Aproximadamente, 87,9% possuem mulheres em idade fértil, tendo sido identificados 154 gestantes na ocasião da aplicação do instrumento de coleta de informações.

O grupo na idade entre 6 e 15 anos faz parte de mais de 60% das famílias, existindo algumas que têm até nove membros

nesta faixa etária, enquanto as pessoas de 50 anos e mais estão em um terço dos lares.

3.3. Situação de Saúde

As instituições de saúde como agentes transformadoras na busca de

condutas e hábitos saudáveis na população vêm enfrentando novas responsabilidades. Através da promoção da saúde deverão fixar sua atenção no estilo de vida, no fortalecimento dos serviços de saúde para tornar-se mais acessível, eficiente e de melhor qualidade, e na criação de ambientes saudáveis (OPS, 1994).

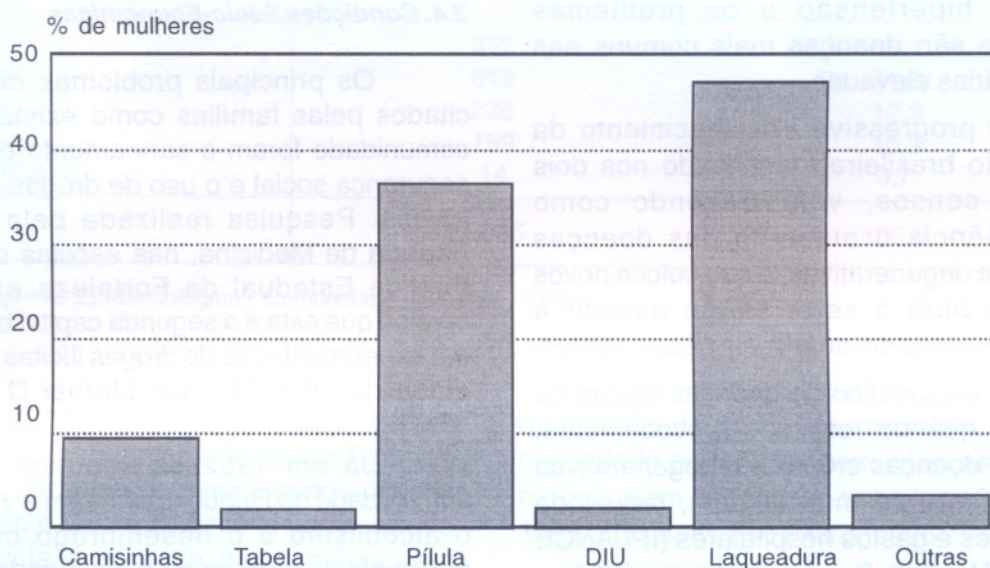
A cobertura vacinal de cerca de 86,6% identificada entre as crianças menores de 5 anos reflete o bom trabalho realizado pelo serviço de saúde local, NAMI. Também é reflexo deste trabalho o quantitativo de bebês menores de 6 meses que estavam sendo amamentados, 74,0%.

Foram identificadas 154 gestantes na ocasião do trabalho e quase 80,0% faziam

acompanhamento pré-natal. Cabendo ao serviço de saúde a captação daquelas que não buscam esta assistência.

Das cerca de 38,6% mulheres na faixa de 12 a 49 anos existentes na Comunidade, 1.096 mulheres afirmaram utilizar algum método contraceptivo. As que utilizam, 47,0% (515) disseram estar laqueadas, sendo o segundo método dito como mais utilizado o contraceptivo oral, 36,3% (398). Estudo realizado no Ceará pela BENFAN mostrou que à proporção que aumenta a idade as mulheres vão gradativamente substituindo o uso da pílula e outros métodos reversíveis pela esterilização feminina (IPLANCE e SEPLAN, 1996) (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição percentual dos métodos contraceptivos mais utilizados pelas mulheres em idade fértil residentes na Comunidade do Dendê, 1998



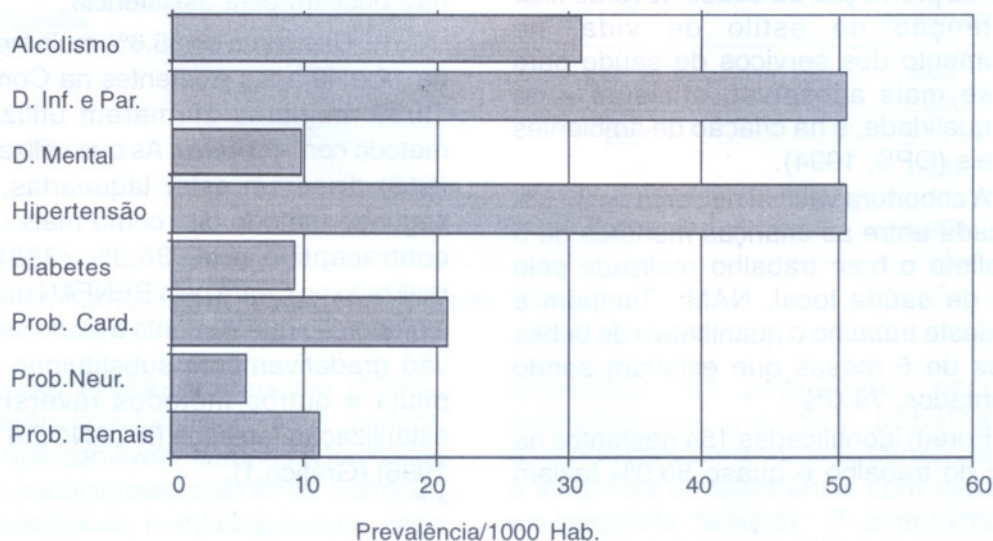
Fonte: Inquérito Epidemiológico - Comunidade do Dendê, 1998.

Não fazem rotineiramente prevenção do câncer ginecológico 838 mulheres com idade superior a 12 anos, presentes em aproximadamente 32,7% das famílias.

As doenças citadas como mais comuns entre os membros das famílias,

foram a hipertensão arterial, coeficiente de prevalência de 50,4 por cada 1.000 habitantes, seguido das doenças infecciosas e parasitárias com prevalência de 50,2. O alcoolismo e os problemas cardíacos tiveram coeficientes de 31,0 e 20,9, respectivamente (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Prevalência das principais doenças referidas pelas famílias da Comunidade do Dendê, 1998



Fonte: Inquérito Epidemiológico - Comunidade do Dendê, 1998.

A hipertensão e os problemas cardíacos são doenças mais comuns nas faixas etárias elevadas.

O progressivo envelhecimento da população brasileira identificado nos dois últimos censos, vem trazendo como consequência o aumento das doenças crônicas e degenerativas, o que coloca novos desafios para o setor saúde assistir a população idosa em suas reais necessidades.

O diagnóstico de doenças típicas da 3ª idade, quando realizado precocemente, evita que doenças crônicas e degenerativas se agravem e se multipliquem, reduzindo internações e gastos hospitalares (IPLANCE e SEPLAN, 1996, BARRETO e CARMO, 1994).

As principais causas de morte identificadas entre os membros das famílias nos últimos cinco anos foram os problemas cardíacos, as doenças infecciosas e parasitárias, o câncer e as causas externas.

Grande parte das famílias procura os serviços de saúde como primeira escolha na solução dos problemas de saúde, sendo o HGF e o NAMI os mais citados, a maioria prioriza este último por ser "mais próximo, possuir bons profissionais e atender bem".

3.4. Condições Sócio-Econômicas

Os principais problemas de saúde citados pelas famílias como existentes na comunidade foram o saneamento básico, a segurança social e o uso de drogas entre os jovens. Pesquisa realizada pela Escola Paulista de Medicina, nas escolas da Rede Pública Estadual de Fortaleza em 1997 revelou que esta é a segunda capital brasileira em experimentação de drogas ilícitas na faixa etária de 10 a 18 anos (Jornal O POVO, 1997).

Já em 1992 os adolescentes da comunidade do Dendê apontaram a violência, o alcoolismo e o desemprego como os principais problemas da comunidade, sendo os dois primeiros e as drogas os problemas que lhes afetavam diretamente (ANDRADE *et al*, 1992).

Brigas constantes de gangues têm gerado grande preocupação na população, muitas das famílias referiram que evitam sair à noite de casa por medo de assaltos e agressões físicas.

É preocupante o número de adolescentes e adultos jovens na ociosidade, pelas ruas, em rodas de amigos nas portas das casas ou em mercearias. Esta

ociosidade, associada às faltas de estímulo ao estudo, ocupação/renda, opção de profissionalização e lazer contribuem possivelmente no elevado consumo de álcool e drogas citados pela população, gerando a violência e aumento da marginalidade.

Nos grandes aglomerados urbanos, as contradições de uma sociedade econômica, cultural e socialmente desigual, produtora de legiões de excluídos e de bolsões de miséria, somam fatores geradores de conflitos, de disputa por espaço e de desrespeito à dignidade da pessoa humana, expondo indivíduos, familiares e grupos populacionais, particularmente os que vivem em piores condições de vida e de trabalho,

as situações de risco relacionadas com a violência (SESA-Ce, 1997).

Por duas ocasiões, o trabalho de coleta de informações na comunidade do Dendê teve que ser suspenso por questão de segurança dos entrevistadores, a polícia desenvolvia ação de desarmamento da população.

A renda familiar da maioria era superior a um salário mínimo, uma pessoa estava trabalhando em 45,0% das famílias, destas, 31,4% (884) famílias tinham algum membro com carteira assinada, o restante, ou era autônomo ou trabalhava avulso. Em cerca de 10,3% nenhuma pessoa trabalhava e os aposentados estavam em 19,0% dos lares (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição percentual das famílias da Comunidade do Dendê, segundo pessoas que trabalhavam, 1998

Nº de Pessoas	Nº de Famílias	%
1 Pessoa	872	45,1
2 Pessoas	612	31,6
3 ou mais	238	12,3
Ninguém	199	10,3
Sem Informação	14	0,7
Total	1.935	100,0

Fonte: Inquérito Epidemiológico - Comunidade do Dendê, 1998

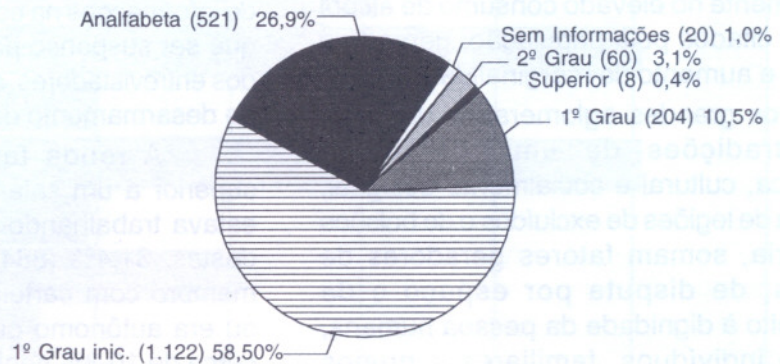
Das 2.187 pessoas com idade entre 6 e 15 anos, existentes em 60,7% das famílias, apenas metade freqüentava a escola. A falta de estímulo e de vagas escolares, associada à ignorância e pobreza das famílias vem contribuindo para a grande quantidade de crianças e adolescentes fora da escola. O SINE-Ce estima que em Fortaleza em 1997, de cada 100.000 menores de 10 a 14 anos, 2,5 estavam trabalhando naquele ano, enquanto para a faixa etária de 15 a 19 anos estes subiram para 22,7. A inserção precoce do menor no mercado de trabalho é uma das estratégias de sobrevivência das famílias das classes mais baixas na pirâmide social, os pobres brasileiros, 41,9 milhões (30,2% da população) têm problemas comuns: baixa

qualidade da força de trabalho, grande quantidade de famílias com crianças e idoso no ócio, sem estudar ou trabalhar (SINE-Ce, 1997 e FOLHA DE SÃO PAULO, 1996).

O UNICEF em relatório intitulado Criança e Adolescente no Ceará cita que o Estado iniciou a década de 90 com dois terços de suas crianças e adolescentes vivendo em famílias pobres tendo muito cedo que procurar a rua para sua subsistência, ficando fora da escola (SESA-Ce, 1997).

Em mais de um quarto das famílias a dona da casa era analfabeta, dificultando dessa forma o desenvolvimento de um trabalho educativo mais eficaz na prevenção de doenças e promoção da saúde (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição percentual do grau de escolaridade de donas de casa residentes da Comunidade do Dendê, 1998



Fonte: Inquérito Epidemiológico - Comunidade do Dendê, 1998.

As festas, assistir à televisão, visitar parentes e ir à praia foram as diversões preferidas pelas famílias. Apenas 12,3% delas disseram que não têm nenhum lazer.

O exercício da cidadania supõe a participação ativa dos cidadãos no controle de atos e programas de governo, na busca de justiça social, na defesa dos direitos humanos e de níveis aceitáveis de qualidade de vida, não está sendo exercido pelas famílias quando observamos que mais de 80,0% disseram não ter nenhuma participação nas organizações sociais existentes na Comunidade. Os que o fazem estão inseridos nos grupos de jovens, associação de moradores, projeto ABC, entre outros.

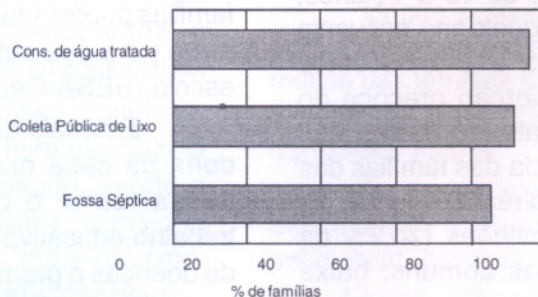
3.5. Habitação e Saneamento Básico

A quase totalização das habitações são próprias, vivem seus membros, no

entanto, sob o "fantasma" da desapropriação, segundo informações das famílias, a maioria das casas está construída em terreno da Prefeitura, têm construção de tijolo e piso de cimento, no entanto, apenas pouco mais da metade possui suas paredes rebocadas. A maioria disse ter privada com fossa séptica, sendo o grande problema a falta de esgoto para as águas de lavagens. Em grande parte das casas esta água escorre e empossa nas ruas contribuindo para o aumento da poluição ambiental e proliferação de vetores de doenças.

Toda a população tem acesso à água da CAGECE através de pontos instalados para cada cinco casas. Pesquisa anteriormente realizada identificou que apenas 6,0% das casas tinham ligação de água do serviço público (VERAS *et al*, 1987) (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Percentual de famílias da Comunidade do Dendê, segundo acesso ao saneamento básico, 1998



Fonte: Inquérito Epidemiológico - Comunidade do Dendê, 1998.

Cerca de 70,0% das famílias informaram que filtram a água antes de beber.

A existência de ratos, mosquitos, lixos e águas acumuladas nas ruas são os principais problemas de saneamento referidos.

A coleta de lixo é feita de forma rotineira, por possuir a maioria de suas ruas estreitas, formada por becos, o carro de coleta passa apenas nas principais ruas, no entanto são mantidas caixas de coleta em alguns pontos da Comunidade para que a população coloque seu lixo, o qual é posteriormente recolhido.

4. Conclusões

4.1. Com base nos critérios estabelecidos, consideramos que 432 famílias, 22,3% das inquiridas, são potencialmente de risco ao desenvolvimento de doenças.

4.2. O saneamento ambiental, a segurança social e o uso de drogas entre os jovens foram os principais problemas referidos pelas famílias como existentes na Comunidade.

4.3. As doenças infecciosas e parasitárias, o alcoolismo, as doenças mentais, os problemas cardíacos e a hipertensão arterial foram as doenças mais presentes entre os membros das famílias.

4.4. Em seguimento a política de saúde de assistência à família, proposta pelo Ministério da Saúde, identificou-se a necessidade de acompanhamento das famílias da Comunidade do Dendê pelos serviços de saúde local, principalmente aquelas identificadas de risco, tendo em vista a prevenção e promoção da saúde das mesmas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, João Tadeu; CARVALHO, Angela Julieta Leitão; SANTOS, M^a Inês Detsi A. O adolescente do Dendê: Comunidade, comportamento e sexualidade. **Caderno de pesquisa da UNIFOR**, Fortaleza, p.17-18, 1992.

AZEVEDO, M^a Amélia (Org.). Infância e violência doméstica: **Fronteiras do conhecimento**.

S. Paulo, Cortez, p.47, 1993.

BARRETO, Maurício Lima; CARMO, Eduardo Hage. Situação de saúde da população brasileira: Tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde. In: **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, ano 3, n.3/4, p. 7-34, jul / dez, 1994.

CALERO, J. Rey. **Método epidemiológico y salud de la comunidad**. Madrid, Interamericana, p. 549-559, 1991.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Departamento de Epidemiologia. **Boletim epidemiológico de mortalidade por causas externas**, ceará-1990 a 1995. Fortaleza, p.11-15, 1997.

Cresce Consumo de drogas em Fortaleza. **O Povo**, Fortaleza, 9 dez.17A, 1997.

FALCÃO, Daniela. Situação do Brasil piorou, aponta a ONU. **Folha de S. Paulo**, 18 jun., p.6, 1996.

FORATTINI, Osvaldo Paulo. Ecologia Epidemiologia e Sociedade. S. Paulo, **Artes médicas**, p. 331, 1992.

IPLANCE, SEPLAN. **População e desenvolvimento sustentável - subsídios às políticas públicas**. Ceará, p. 15 - 31, jun. 1996.

OPS. La prevención de Comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable en el desarrollo de la salud. **Educación Médica Y Salud**, v.28, n. 2, p. 223-233, jun, 1994.

OPS. Analisis del modelo de prestación de servicios de salud. **Educación médica y salud**, v. 26, n.3, p.317-321, jul / sep., 1992.

OPS. Propuesta metodológica para los contenidos de promoción y prevención del Programa de Medicina General Integral. **Educación médica y salud**, v.28, n.4,p.556-561 out / dez. 1994.

SINE-Ce. **Ocupação e desemprego no município de Fortaleza**, dezembro, 1997.

VERAS, Fátima M^a. Fernandes; ROQUAYROL, M^a. Zélia; GOMES, Iracema Z. P. et. al. Morbi-mortalidade das doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas em crianças da Favela do Dendê - Fortaleza. **Revista do Centro de Ciências da Saúde**, Fortaleza, ano 6, n.5, p. 55-59, 1989.