

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL
MESTRADO ACADÊMICO

CARLOS LEONARDO FIGUEIREDO CUNHA

**UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, PELA
POPULAÇÃO INFANTIL, NO ESTADO DO MARANHÃO**

São Luís

2010

CARLOS LEONARDO FIGUEIREDO CUNHA

**UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, PELA
POPULAÇÃO INFANTIL, NO ESTADO DO MARANHÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do
Maranhão para obtenção do grau de Mestre em Saúde
Materno-Infantil.

Orientador: Prof. Dr. Raimundo Antonio da Silva

São Luís

2010

CARLOS LEONARDO FIGUEIREDO CUNHA

**UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, PELA
POPULAÇÃO INFANTIL, NO ESTADO DO MARANHÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

A Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado apresentada em sessão pública considerou o candidato aprovado em ____/____/____.

Prof. Dr. Raimundo Antonio da Silva (Orientador)
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dr^a. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dr^a. Elba Gomide Mochel (Examinadora)
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. José Albuquerque de Figueiredo Neto (Examinador)
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco (Examinador)
Centro Universitário do Maranhão

A Deus em toda a sua magnitude, por tudo em
que tem me abençoado.

A minha família, em especial a minha mãe por
todo amor, incentivo e companheirismo.

AGRADECIMENTOS

Neste momento específico, de finalização de mais uma etapa, agradeço sinceramente àqueles que, próximos ou distantes, compartilharam desse especial período de maturação intelectual e pessoal.

Obrigado,

Ao meu orientador Prof. Dr. Raimundo Antonio da Silva pela disponibilidade e gentileza em contribuir com o seu vasto conhecimento e apoio.

À minha também orientadora Prof^a. Dr^a. Mônica Elinor Alves Gama, primeiramente, pelas oportunidades que me deu, pela ajuda oferecida durante todo o processo dissertativo, realizada sempre com disposição e entusiasmo admiráveis, além da confiança demonstrada no meu trabalho. Também pela firmeza, quando essa postura se mostrou necessária. Mas principalmente, pela gentileza com que sempre me tratou.

Aos Professores pela participação na banca e pelos comentários e sugestões enriquecedores.

À Prof^a Dra. Luciane Maria de Oliveira Brito e aos demais Docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno- Infantil, por terem contribuído, ao longo de todos esses anos, para meu aprimoramento profissional.

À Helena Ribeiro, secretária do Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno- Infantil, pela sua competência, profissionalismo e prontidão em ajudar.

À 4^a turma do Mestrado em Saúde Materno Infantil pela grande acolhida, pela troca de experiências e, principalmente, pela amizade compartilhada.

Ao Pró-Reitor de Ensino da Universidade Federal do Maranhão Prof. Dr. Aldir Araújo Carvalho Filho e sua equipe (Professoras Iran, Rosário e Célia), pela minha vivência na gestão acadêmica ao longo da realização do mestrado.

Ao Prof. Dr. Ivan Abreu Figueiredo, pela minha vivência em docência acadêmica no Curso de Medicina e a Prof^a. MsC. Nila da Conceição Cardoso pela experiência como docente na Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Maranhão.

À Prof^a Dra. Sueli Rosina Tonial por me introduzir no campo da Saúde Coletiva, acreditando no meu potencial. Pela sua sincera amizade. Seus ensinamentos são inesquecíveis!

Aos professores Andréia Suzana, Geny Rose, Denicy, Elza Lima, Leyna e Iêda e aos alunos envolvidos na pesquisa.

Aos amigos de trabalho, pela compreensão e ajuda constante, Teresa, Alderice, Joama, Conceição, Francinete, Ricardo, Antonina e Itacimar.

Ao professor Manoel Valente pela revisão gramatical e ortográfica.

A Laodicéia, digitadora dessa pesquisa, pelo seu empenho em tentar fazer sempre o melhor.

A Bibliotecária Roseline Costa pela normatização desse trabalho.

Às instituições responsáveis pelo financiamento desta pesquisa: UFMA, FAPEMA, CNPq\DECIT- Ministério da Ciência e Tecnologia.

Aos meus familiares pela compreensão, diante de tantas ausências nesse período, pela crença nos meus desejos, pela disposição em torná-los mais factíveis, pelo equilíbrio emocional proporcionado, pelo amor.

Por fim, sou grato a Deus por me conceder as oportunidades de aprimoramento pessoal e profissional.

RESUMO

Realizou-se um estudo descritivo com o objetivo de avaliar a utilização dos serviços de Atenção Básica pela população infantil no Estado do Maranhão com ênfase no Programa Saúde da Família no período de julho de 2007 a janeiro de 2008 com uma amostra representativa do estado do Maranhão de 1.711 crianças, obtida por amostragem aleatória sistemática por conglomerados. Objetiva-se ainda traçar paralelo evolutivo de alguns indicadores atuais com a pesquisa similar realizada em 1996. Houve predomínio do sexo masculino, de três e mais anos de idade e residentes na zona urbana. Os dados demográficos apontaram para mães que vivem com seus companheiros (69,7%), que não trabalham (55,3%), com escolaridade de 5 a 8 anos (33,3%) e do pai de 1 a 4 anos (24,9%), renda familiar de até um salário mínimo (58,8%). Quanto às condições de moradia e saneamento, casas de tijolo (45,9%), abastecimento de água pela rede pública (54,4%), destino dos dejetos em fossa negra (33,9%), lixo coletado (46,0%), com posse de rádio e TV (48,3%). Do total de crianças estudadas, 53,3% realizaram a consulta preventiva no 1º ano de vida, 61,4% não fizeram a consulta de puericultura, dentre as que realizaram, a consulta foi realizada na faixa etária de 1 a 6 meses (55,8%), no SUS (92,1%), em Unidade Básica de Saúde da Família (67,8%). A grande maioria relatou visitas domiciliares pelo Programa Saúde da Família (81,6%), com a realização da pesagem da criança (70,0%) e orientações em relação aos seus cuidados, porém grande parte das mães relatou a não orientação em relação aos cuidados frente às diarreias (92,4%). Apesar da maioria possuir o cartão da criança (86,8%), o registro de peso só foi observado em (50,5%) realizado na maioria das vezes pelo Agente Comunitário de Saúde (53,9%). Os dados encontrados foram comparados aos dados da pesquisa “Saúde, Nutrição e Mortalidade Infantil no Maranhão”, desenvolvida em 1996, e observou-se que praticamente todas as variáveis sofreram incremento positivo - destaque para melhoria da escolaridade da mãe (de 47% para 63,6% de mães com mais de 4 anos de estudo) com redução do percentual de mães sem escolaridade (de 24,4% para 11,3%), destino adequado dos dejetos (de 25,8% para 32,8%) e o financiamento dessas consultas pelo SUS (de 78,6% para 92,1%). Com essa análise, ressalta-se a melhoria em alguns indicadores de qualidade de vida e da atenção à saúde da criança no estado do Maranhão, apesar de não serem uniformes na redução tão necessária da morbimortalidade infantil.

Palavras-chave: Atenção Básica. Utilização dos Serviços. Saúde da Criança.

ABSTRACT

It was conducted a descriptive study to evaluate the use of Primary Care Services for the child population in Maranhão State with emphasis on Family Health Program in a period from July 2007 to January 2008 with a representative Maranhão State sample of 1711 children, obtained through systematic random sampling by conglomerates. It still aims to trace the evolutive parallel of some current indicators present with similar research conducted in 1996. There was the predominance of male sex, more than three years old and city residents. Demographic data pointed to mothers living with their partners (69.7%), mothers who did not work (55.3%), with low schooling level from 5 to 8 years (33.3%) and the father's schooling level from 1 to 4 years (24.9%), family income until a minimum wage (58.8%). Regarding the conditions of dwelling and sanitation, brick houses (45.9%), water supply by public company (54.4%), excreta destiny in black pit (33.9%), garbage collection (46.0%) with ownership of radio and TV (48.3%). From the total of studied children, 53.3% did have preventive consultation in the first year of life, 61.4% did not make the childcare consultation, among those who carried out the consultation it was realized in the age group from 1 to 6 months (55.8 %), by Single Health System (SHS) (92.1%), in the Basic Unit of Family Health (67.8%). The vast majority reported receiving home visits by Family Health Program (81.6%), with the realization of the child weighing (70.0%) and guidelines for their care, however great part of the mothers reported they did not have orientation regarding the cares face the diarrheas (92.4%). Although the vast majority has the child card (86.8%), the register of child weighing was observed only in an intermediate percentage of them (50.5%) performed most times by the Health Community Agent (53.9 %). The data found out were compared to data from the research "Health, Nutrition and Infant Mortality in Maranhão, developed in 1996 and it was observed that virtually all variables showed positive increasing - focus on improving of the mother's schooling level (from 47% to 63.6% of mothers with more than 4 years of study), reducing the percentage of mothers with no schooling (from 24.4% to 11.3%), appropriate excreta destination (from 25.8% to 32.8%) and the financing of these consultations by SHS (from 78.6% to 92.1%). With this analysis, it emphasizes the improvement of some quality of life indicators and the attention to child health in Maranhão State, although they are not uniform in reduction much needed of infant mortality.

Keywords: Primary Health Care. Use of the Services. Child Health.

LISTA DE SIGLAS

ACS	-	Agentes Comunitários de Saúde
AIDPI	-	Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância
APS	-	Atenção Primária em Saúde
CSAA	-	Condições Sensíveis a Atenção Ambulatorial
GM	-	Gabinete do Ministério
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	-	Índice de Desenvolvimento Humano
NOAS	-	Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOBs	-	Normas Operacionais Básicas
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
OPAS	-	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	-	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PIAM	-	Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNAB	-	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	-	Pesquisas Nacionais de Amostras de Domicílios
PSF	-	Programa Saúde da Família
SHS	-	Single Health System
SIM	-	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC	-	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TMI	-	Taxa de Mortalidade Infantil
UBSF	-	Unidade Básica de Saúde da Família
VD	-	Visita Domiciliar

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Distribuição das 1.711 crianças entrevistadas, segundo a zona de residência. Maranhão, 2007	27
Gráfico 2 - Distribuição das 1.711 crianças entrevistadas, segundo a idade. Maranhão, 2007	27
Gráfico 3 - Distribuição das 1.711 crianças entrevistadas, segundo o sexo. Maranhão, 2007	28
Gráfico 4 - Distribuição das 891 mães de crianças entrevistadas, segundo a realização de consulta médica no 1º mês após o parto. Maranhão, 2007	31
Gráfico 5 - Distribuição das 891 mães de crianças entrevistadas, segundo o local de realização da consulta de puerpério. Maranhão, 2007	31
Gráfico 6 - Distribuição das 1.711 crianças entrevistadas, segundo a existência de cartão/caderneta da criança. Maranhão, 2007	33
Gráfico 7 - Distribuição das 1.711 crianças entrevistadas, segundo a pesagem (relato e registro) nos últimos três meses. Maranhão, 2007	34
Gráfico 8 - Distribuição das 1.711 crianças entrevistadas, segundo o profissional que realizou a pesagem nos últimos três meses. Maranhão, 2007	34
Quadro 1 - Comparativo entre a Pesquisa “Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão” – 1996 e “Situação de Saúde no Maranhão” – 2007	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das 891 mães de crianças entrevistadas, segundo as características socioeconômicas. Maranhão, 2007	29
Tabela 2 - Distribuição das 891 mães das crianças entrevistadas, segundo as características socioambientais. Maranhão, 2007	30
Tabela 3 - Distribuição das 891 mães de crianças entrevistadas, segundo a utilização de serviços preventivos de puericultura pela população infantil. Maranhão, 2007	32
Tabela 4 - Distribuição das 891 mães de crianças entrevistadas, segundo relato das ações realizadas pelo Programa Saúde da Família em visita domiciliária (VD). Maranhão, 2007	33

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	A Atenção básica à saúde como modelo para promoção da saúde infantil	12
1.2	A Saúde da população infantil	18
2	OBJETIVOS	22
2.1	Geral	22
2.2	Específicos	22
3	METODOLOGIA	23
3.1	Tipo e período de estudo	23
3.2	Amostra	23
3.3	Local de estudo	23
3.4	Instrumento de coleta de dados	25
3.5	Processamento e análise estatística dos dados	26
3.6	Aspectos éticos	26
3.7	Aspectos financeiros	26
4	RESULTADOS	27
5	CONCLUSÕES	36
6	RECOMENDAÇÕES	37
	REFERÊNCIAS	38
	APÊNDICES	41
	ANEXOS	47
7	ARTIGO CIENTÍFICO	51
7.1	Classificação qualis do periódico na área de Medicina II	51
7.2	Normas editoriais	51
7.3	Artigo completo	56

1 INTRODUÇÃO

A moderna concepção de atenção primária à saúde (APS) surgiu no Reino Unido, em 1920 no relatório Dawson (Lord Dawson of Penn, 1920), que preconizou a organização do sistema de serviços de saúde em três níveis: os centros primários de atenção à saúde, os centros secundários e os hospitais de ensino. Esta proposta passou a constituir-se na base da regionalização dos serviços de saúde organizados em bases populacionais, tendo influenciado a organização dos sistemas em vários países do mundo.

A partir de 1978, após a Conferência Mundial de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ser reconhecida como uma ação integral e permanente que deve compor os sistemas de saúde bem estruturados e comprometidos com a qualidade de vida dos cidadãos, tratando simultaneamente o indivíduo e a sua comunidade (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; BEZERRA-FILHO; KERR-PONTES; BARRETO, 2007).

1.1 A Atenção básica à saúde como modelo para promoção da saúde infantil

A incorporação de novas práticas assistenciais e de um novo modelo de atenção à saúde tem sido uma demanda em todos os níveis de atenção a saúde das populações, em especial na promoção da saúde infantil. Assim, a discussão sobre a inter-relação entre doença, pobreza e desenvolvimento socioeconômico é fundamental na organização de um sistema de saúde integral, emergindo a atenção básica à saúde resolutiva como o grande determinante de mudanças estruturais e organizativas do sistema público de saúde e como fomentadora de práticas voltadas tanto a prevenção de doenças, quanto a recuperação, reabilitação e promoção da saúde (STARFIELD, 2002).

Há décadas, a realidade brasileira era caracterizada por uma elevada prevalência de desnutrição entre as crianças menores de 5 anos (18,4%), chegando a quase 30% nos estados da região Nordeste, elevada taxa de mortalidade infantil (90/1.000 nascidos vivos), revelando a precariedade da assistência prestada a crianças e a baixíssima qualidade de vida no país (ALVES; VIANA, 2003).

Na educação, os elevados índices de analfabetismo e de evasão escolar, a distorção idade-série em mais da metade das crianças matriculadas no ensino fundamental, a baixa cobertura do ensino público em todos os níveis e a desqualificação dos profissionais destacaram-se nas décadas de 70 e 80, contribuindo para o agravamento do quadro da saúde brasileira (ALVES; VIANA, 2003).

No início da década de 80, foi instituído o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno (PIAM), com a finalidade de incentivar a prática do aleitamento materno e diminuir o desmame precoce. Em sua operacionalização, foi proposto um trabalho conjunto dos centros de saúde para a implementação de um atendimento pré e pós-natal, para incentivar a prática do aleitamento (ALVES; VIANA, 2003).

Nas maternidades foi sugerido o sistema de alojamento conjunto, assim como a instituição do banco de leite. Foi incentivada a aprovação de leis que obrigassem a criação de creches nos locais de trabalho e de um aumento no prazo da licença maternidade. As ações do PIAM foram executadas durante dois anos e foi efetivamente o primeiro passo para o desenvolvimento de ações específicas para a melhoria da qualidade de vida das crianças brasileiras (BRASIL, 2001).

Logo em seguida, em 1984, foi instituído o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), destinado a combater as desfavoráveis condições de saúde da população infantil brasileira, explicitadas pelas altas taxas de morbimortalidade. Em resposta a este cenário, foi proposto um elenco de ações destinadas à prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde para a faixa etária de zero a cinco anos. As mesmas tinham como eixo o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o incentivo ao aleitamento materno e a orientação adequada para o desmame, a imunização, a prevenção e o tratamento das infecções respiratórias e diarreias agudas (ALVES; VIANA, 2003).

Neste contexto da proposta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é que se deu a implantação do Cartão da Criança, tornando-se um instrumento indispensável ao atendimento à criança de zero a cinco anos. A implantação do PAISC em todo o território brasileiro representou um marco definitivo de modelo à assistência à saúde infantil também pelas estratégias de sensibilização e treinamento dos profissionais responsáveis por sua operacionalização (ALVES; VIANA, 2003).

A gravidade da realidade epidemiológica e a pressão social crescente fizeram com que um conjunto de ações e programas envolvendo as áreas de educação, nutrição, saneamento e cidadania, fosse implementado no País. Somam-se a isso compromissos assumidos pelo governo brasileiro durante a Cúpula Mundial em Favor da Infância (1990), que juntamente com mais de 158 países, assinou a Declaração Mundial sobre Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança (BRASIL, 1997).

As políticas públicas constituem-se como resposta do Estado, em todos os seus níveis de governo, às necessidades da população em seu território específico. As políticas públicas em geral, mais especificamente as de saúde, efetivamente implementadas em cada

época refletem o momento histórico em que foram formuladas, as condições econômicas vigentes e os avanços do conhecimento científico. Em se tratando de políticas públicas para atender as necessidades das crianças, a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996), expressam condições favoráveis para a criação de programas públicos visando à saúde e à educação da população infantil (RIZZETTI; TREVISAN, 2008).

Merece destaque, a estratégia adotada e estimulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) voltada para a redução da mortalidade e para a melhoria da saúde de crianças em países em desenvolvimento. A estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) tem como prioridade a melhoria da assistência à criança doente e surge como alternativa para aplicação de ações de controle já existentes, como as propostas do PAISC, porém sistematizando o conceito de integralidade no atendimento (SANTOS et al., 2000; ALVES; VIANA, 2003).

Em 1988, com a nova Constituição Federal, o sistema de saúde brasileiro passou por uma profunda transformação com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A implantação deste sistema foi resultante de um longo processo de críticas ao modelo vigente, que foi ganhando uma expressão política importante com a incorporação de diversos segmentos sociais na discussão de propostas alternativas, configurando o que se denominou de Movimento Sanitário (COELHO, 2007).

O processo de mobilização social e política, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), favoreceu, no País a adoção do conceito ampliado de saúde. Esta passou então a ser entendida como um direito fundamental do ser humano, com garantia de vida digna e de acesso universal e igualitário às ações e serviços, compreendendo a influência de elementos determinantes e condicionantes como: condições geográficas, meio ambiente, saneamento básico, alimentação, habitação, emprego, renda, educação, garantia de acesso aos serviços responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim, a saúde passou a ser expressa como um retrato da qualidade de vida (CUNHA; CUNHA, 2001).

A partir da nova Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, várias iniciativas institucionais, pactuadas com a sociedade, foram criando as condições necessárias para a viabilização do direito à saúde. Ressaltam-se neste sentido, no âmbito jurídico institucional, a Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.142/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB) e de Assistência à Saúde (NOAS) (FALEIROS et al., 2006; LIMA et al., 2005).

Atualmente, a regulamentação do sistema de saúde brasileiro segue as diretrizes do Pacto pela Saúde que objetiva promover inovações nos processos e instrumentos de gestão,

visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007a).

A ampliação do conceito de saúde, a legislação do SUS e a necessidade de atender integralmente ao usuário levaram a grandes transformações no setor saúde e nos indicadores de qualidade de vida. Tais mudanças implicaram na re-formulação do modelo assistencial organizado a partir dos serviços de Atenção Básica (LIMA et al., 2005; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

A Atenção Primária deve ser desenvolvida por meio de um conjunto de ações práticas que requerem, para a sua efetivação, grande pluralidade de atitudes, habilidades e conhecimentos técnicos e científicos de baixa complexidade. Garante acesso a todos os outros níveis do sistema de saúde desenvolvendo ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação (STARFIELD, 2002).

Pode ser entendida como a porta de entrada do sistema de saúde onde se coordena e integra a atenção aos problemas de saúde mais prevalentes de cada grupo social. Suas ações visam a modificar as condições de saúde da comunidade, em função do controle de fatores sociais e ambientais, além de hábitos e estilos de vida, com o propósito de estimular atitudes saudáveis e eliminar riscos (DOMINGUEZ, 1998; MARTIN; CANO, 1999; STARFIELD, 2002).

A atenção primária à saúde institucionalizou-se em junho de 1991, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como uma estratégia do Ministério da Saúde e da Fundação Nacional de Saúde que garantisse prioritariamente assistência ao grupo materno-infantil. Entretanto, por maiores que fossem as intervenções dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), estas estariam limitadas se não estivessem interligadas ao fluxo das ações do sistema de saúde e ao conjunto de políticas sociais mais abrangentes (BRASIL, 1994).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde cria em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), que surge como principal estratégia de organização da Atenção Primária, incorporando e ampliando a atuação do ACS, inserindo-os ao sistema e a uma equipe multiprofissional (ROCHA; FERREIRA; SILVA, 2002; FONTINELE JUNIOR, 2003; CAVALCANTE et al., 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família trata-se de uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades no território definido com o propósito de propiciar o enfretamento e a resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1998). Dominguez (1998) cita que o PSF atua sob a luz dos

princípios de integralidade, hierarquização, territorialização e trabalho em equipe multiprofissional, tem como uma de suas principais metas a redução das desigualdades regionais por meio de intervenções individualizadas e coletivas e da garantia do acesso aos serviços respeitando as especificidades loco-regionais.

A Saúde da Criança é uma das ações desenvolvidas pelo Programa Saúde da Família, e é considerada, dentre outras, área estratégica em âmbito nacional. Está expressa no Pacto pela Vida, que constitui uma das dimensões do Pacto pela Saúde, lançado em 2006, com a finalidade de aprimorar a implementação do SUS (BRASIL, 2006).

Dentre os objetivos e metas do Pacto pela Vida referentes à Saúde da Criança, destacam-se: redução da mortalidade infantil em 5%; redução de 50 % dos óbitos por doenças diarreicas e 20% por pneumonias; apoio a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes; criação de comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes (BRASIL, 2006).

Entretanto, o alcance das metas exige serviços de atenção básica resolutivos, sendo que a atenção básica em saúde no Brasil ainda está marcada por problemas de estrutura física, perfis inadequados de alguns profissionais de saúde e dificuldades no amplo financiamento das ações, dentre outros (FACCHINI et al., 2006).

No intuito de alcançar os objetivos e metas propostas pelo Pacto pela Saúde (no eixo Pacto pela Vida) e revitalizar a atenção básica no território brasileiro, foi instituída, em 2006 por meio da Portaria nº 648/ GM de 28 de março de 2008 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), constituindo-se como porta de entrada preferencial, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 2006).

Esta política foi construída por um conjunto de atores envolvidos diretamente na execução do SUS, tais como: membros da academia, usuários e entidades representativas do sistema de saúde (BRASIL, 2001; 2004; 2006b).

A Política Nacional de Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos e fundamentos do SUS (BRASIL, 2006).

Apesar do impacto da atenção primária em saúde na redução das internações sensíveis à atenção ambulatorial em vários países, no Brasil um dos grandes contingentes para

o sistema público de saúde é a população infantil, que demanda cuidados específicos para a garantia de saúde, além de doenças como pneumonias bacterianas, gastroenterites, asma, desidratação, desnutrição, deficiências nutricionais e bronquite aguda. Essas doenças infantis se configuram em condições sensíveis à atenção básica (CSAA) e respondem por mais de 90% do total dos atendimentos ambulatoriais ou internações potencialmente evitáveis. As CSAA são muitas vezes utilizadas como um indicador de barreiras e acesso do cuidado ambulatorial e da qualidade do atendimento prestado nos serviços de APS (PERPÉTUO; WONG, 2006).

A utilização dos serviços de saúde, em especial na atenção primária, é resultante de um processo relacionado às características biológicas, comportamentais e de percepção de doenças entre grupos etários e gêneros. A necessidade é um fator central na utilização de serviços de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Vários fatores se interpoem entre a necessidade e utilização efetiva dos serviços de saúde. No nível do indivíduo, a utilização dos serviços de saúde encontra-se associada principalmente, às características biológicas, demográficas, sócio-econômicas, tais como: idade, sexo, renda, escolaridade, hábitos de vida e de consumo (CASTRO, 2004).

Além das características dos indivíduos, existem fatores relacionados ao sistema de saúde, que influenciam a oferta, e assim, permitem ou impedem a concretização da assistência. Entre estes fatores, os principais são: a disponibilidade, a acessibilidade, a qualidade, a quantidade e a localização de recursos humanos, tecnológicos e a forma de financiamento (TRAVASSOS et al., 2000; CASTRO, 2004).

As diferenças de padrões de utilização de serviços de saúde entre populações têm elevado o interesse por mensuração de risco em necessidade por pesquisadores, governos, administradores, seguradores e provedores, denominada de Risk Adjustment, e é vista como a estratégia chave para atenuar problemas de eficiência e alocação de recursos para o cuidado em saúde (VAN de VEM, 2000).

No entanto o uso de variáveis para mensurar risco é limitado tanto pela falta de estudos, quanto por indisponibilidade de dados. Sendo assim, a maior parte dos estudos é baseada em dados de utilização por idade e sexo, por esses serem importantes fatores na determinação do padrão de utilização dos serviços de saúde e pela disponibilidade de dados e informações (PHILLIPS et al., 1988).

A utilização dos serviços de saúde se modifica com a idade, tendo em vista a variação dos perfis de morbidade e epidemiológico, em diferentes fases do ciclo da vida. Em geral, o padrão de utilização é elevado nos primeiros anos de vida, declinando até a

adolescência e aumentando progressivamente, até as idades mais avançadas. A idade apresenta uma associação com a necessidade e a predisposição à utilização dos serviços de saúde (SASSI; BÉRIA, 2001).

1.2 A Saúde da população infantil

A mortalidade infantil é um indicador importante, não somente dos cuidados de saúde, mas também reflete as condições socioeconômicas em um país. Nos últimos anos, houve grandes mudanças no perfil demográfico do Brasil, tanto com respeito à fecundidade, decrescente nos grandes centros urbanos, quanto com respeito à mortalidade, com quedas na mortalidade infantil (BRASIL, 2007b).

Dados relativos à educação, longevidade, renda, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), também refletem as condições de vida da população e o seu acesso aos serviços de educação, saúde e saneamento básico. Dessa forma, a problemática da mortalidade infantil não pode ser pensada como um problema isolado.

Entre 2000 a 2005, o número de óbitos em crianças menores de 5 anos no Brasil passou de 107.013 para 82.448, o que representou uma redução de 23% neste período, tendo como média 25, 23%. O Maranhão é um dos estados que ainda mantém as mais altas taxas de mortalidade infantil (média de 36,73%), com uma das menores quedas neste índice ao longo do tempo (BRASIL, 2007b).

A queda da taxa de mortalidade infantil tem sido acompanhada de importantes mudanças na composição das diversas causas de óbito de crianças de até 1 ano. Até a década de 80, as principais causas de morte estavam relacionadas às doenças transmissíveis, muitas delas decorrentes das condições ambientais e sociais e também da menor cobertura de serviços de atenção básica à saúde. Nos últimos anos, os óbitos de crianças nessa faixa etária passaram a ser associado às afecções perinatais, que dependem de fatores associados às condições da criança no nascimento e à qualidade da assistência à gravidez e parto (BRASIL, 2007b).

Em nosso país, a coleta, a apuração e a divulgação dos índices de mortalidade infantil são de responsabilidade do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), divulgadas anualmente, por meio da publicação Estatísticas do Registro Civil e pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Apesar da disponibilidade destes dois sistemas de informações, o Registro Civil e o SIM, um dos grandes problemas que

ainda limitam as análises da mortalidade infantil é o sub-registro de óbitos, em grande frequência na região norte e nordeste (SZWARCWALD et al., 2002).

No que se refere às informações associadas aos nascimentos, em 1990, foi implantado pelo Ministério da Saúde o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Este sistema tem como base a declaração de nascimento, documento cuja emissão é considerada obrigatória no serviço de saúde onde ocorreu o parto, tendo como propósito a caracterizar as condições de nascimento (SZWARCWALD et al., 2002).

Embora seja notável que a cobertura do SINASC esteja se ampliando e que a qualidade da informação venha melhorando desde a sua implantação, sabe-se que a cobertura do sistema ainda não é completa. Diante das limitações destas fontes de informações, o IBGE, como órgão responsável por fornecer a estimativa da mortalidade infantil no Brasil, tem recorrido a técnicas demográficas, ditas de mensuração indireta, baseadas em dados de entrevistas domiciliares realizados por ocasião dos Censos Demográficos ou de Pesquisas Nacionais de Amostras de Domicílios (PNAD) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA, 2006).

Além da preocupação no âmbito da gestão com dados de mortalidade e nascimento, deve-se atentar para a prevalência e incidência de doenças impactantes no sistema de saúde, em especial na atenção primária. As morbidades frequentes na faixa etária de menores de cinco anos, tais como pneumonias bacterianas, gastroenterites, asma, desidratação, desnutrição, deficiências nutricionais e bronquite aguda, são definidas como condições sensíveis a atenção ambulatorial (CSSA). Estas são, muitas vezes, utilizadas como um indicador de barreiras e acesso do cuidado ambulatorial e da qualidade da APS realizada por serem responsáveis por grande parte das mortes na infância – as doenças em crianças respondem por mais de 90% do total de condições sensíveis a atenção ambulatorial ou internações potencialmente evitáveis (PERPÉTUO; WONG, 2006).

As condições sensíveis a atenção ambulatorial são um indicador indireto de efetividade do sistema de saúde nas ações de atenção básica, pressupondo que as pessoas internadas por CSSA não receberam atenção em saúde efetiva em momento oportuno, levando um agravamento da condição clínica, exigindo a hospitalização. A Estratégia Saúde da Família, quando bem estruturada, tem a capacidade de resolver 85% dos problemas relacionados à saúde, diminuindo significativamente as internações hospitalares (BRASIL, 1998).

Estudo realizado por Macinko, Guanais e Souza (2006), sobre a evolução do impacto do Programa Saúde da Família no Brasil entre os anos de 1990 a 2002, revelou que

um aumento de 10% na cobertura do PSF está associado a redução de 16,8% da TMI; a diminuição do analfabetismo das mulheres está associado a redução de 16,8% da TMI; o aumento de acesso a água encanada em 10% está relacionada a 1,4% de redução da TMI.

Destaca-se que no Maranhão, o Programa Saúde da Família possui uma cobertura de 79,6%, no entanto, ainda observa-se uma alta taxa de mortalidade infantil em nosso estado (36,73/1.000 nascidos vivos), em relação à média brasileira (25,23/ 1.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2009).

É nesse contexto que surgem indagações com relação à qualidade da atenção à saúde da criança prestada no âmbito da atenção primária, nos diferentes contextos locais e aos efeitos e impactos da estratégia para o grupo materno infantil. Dessa forma, há de se desenvolver processos avaliativos pertinentes e oportunos capazes de permitir a compreensão das ações e dos princípios do PSF, voltados à atenção à saúde da criança, bem como o potencial transformador da Estratégia como reorganizadora da atenção primária e reformuladora do modelo assistencial hegemônico e biomédico.

A avaliação de políticas e programas é essencial em saúde pública, contribuindo para os esforços em busca de uma sociedade mais saudável e prevenindo o desperdício de recursos com a implementação de programas ineficazes. Na avaliação dos benefícios das políticas de saúde à população, o conhecimento dos arranjos e peculiaridades locais dos serviços de saúde é requisito básico, entretanto, ao avaliar o efeito de uma política de saúde no desempenho dos serviços e na situação de saúde da população é necessário valorizar o sinergismo entre os determinantes vinculados à política de saúde, aos serviços (estruturas, recursos humanos processos) e ao estado de saúde da população (VIACAVA et al., 2004).

Tradicionalmente, estudos de avaliação da assistência à saúde têm sido realizados por meio de inquéritos populacionais, nos quais uma amostra representativa da população é estudada, geralmente em seu domicílio. As investigações realizadas têm se concentrado, sobretudo na avaliação das ações preconizadas de cada programa, como estudos da frequência do aleitamento materno, diarreia aguda, infecções respiratórias agudas e cobertura vacinal, ou têm analisado o impacto isolado de cada programa (SANTOS et al., 2000).

Diante do cenário delineado e entendendo que a realização de inquéritos sanitários norteadores da situação de saúde de uma população bem com a utilização de serviços preventivos e curativos pela mesma é de fundamental importância, pois fornece informações epidemiológicas confiáveis, imprescindíveis para o adequado planejamento dos programas de saúde e avaliação da eficácia e eficiência das ações desenvolvidas (NORONHA NETO; SOUZA, 2009) optou-se pelo desenvolvimento do presente estudo.

Merece destaque que, no Estado do Maranhão, ainda são poucas as informações existentes sobre a situação de saúde da população infantil e do uso dos serviços de saúde. Os dados coletados na rotina das instituições de saúde são insuficientes para se ter uma visão mais completa sobre o panorama sanitário, pois, em geral, caracterizam-se pelo sub-registro e inconsistências dos dados. No âmbito estadual, o trabalho mais completo sobre a saúde da criança foi a Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN), realizada em 1991, com o objetivo de efetuar um diagnóstico da situação de saúde e nutrição das crianças menores de cinco anos (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1995).

Em virtude da experiência pessoal vivida no Programa Saúde da Família e trabalhando na linha de pesquisa de saúde da criança, surgiram reflexões acerca da adequação e utilização dos serviços da atenção básica pela população infantil no estado do Maranhão. Neste contexto, tenho participado do grupo de pesquisa que coordena o desenvolvimento de um estudo de base populacional que objetiva avaliar a situação de saúde da população maranhense. Logo, selecionamos esta temática como objeto do presente estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a utilização dos serviços de Atenção Básica pela população infantil no Estado do Maranhão com ênfase nas atividades do Programa Saúde da Família.

2.2 Específicos

- a) Caracterizar o perfil socioeconômico da população estudada;
- b) Verificar a utilização dos serviços preventivos de puericultura;
- c) Identificar ações desenvolvidas junto às crianças pelas equipes de saúde da família;
- d) Avaliar a utilização dos serviços de Atenção Básica pela população infantil no Estado do Maranhão, comparando-se a evolução dos indicadores nos últimos dez anos.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo e período de estudo

Trata-se de um estudo de campo, descritivo, com abordagem quantitativa, constituindo parte de um projeto ampliado, intitulado “Situação de Saúde no Maranhão”, que estudou diversos indicadores de saúde da população maranhense, no período de julho de 2007 a janeiro de 2008.

3.2 Amostra

O evento considerado para definição do tamanho amostral foi DESNUTRIÇÃO (24% de prevalência), tendo-se como referencial o resultado encontrado para essa variável em pesquisa também de base populacional realizada por Tonial e Silva (1997) no Maranhão.

Para o cálculo amostral foram consideradas as 906.414 crianças registradas nos 217 municípios maranhenses constantes no censo do IBGE, ajustado para 2006 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006).

A amostra calculada foi de 1.711 crianças menores de cinco anos; considerando o tamanho amostral, foram estudadas 57 crianças em cada conglomerado. Com este tamanho de amostra o estudo foi capaz de avaliar os indicadores de saúde com uma margem de erro em geral inferior a 3%. O efeito do desenho foi de 2, o intervalo de confiança de 95%, nível de significância de 5% e precisão das estimativas de 3%.

3.3 Local de estudo

O Estado do Maranhão, situado na região nordeste do país, ocupa uma área de 331.983,293 km². Limita-se ao norte pelo Oceano Atlântico, ao leste e sudeste com o Estado do Piauí, ao sul e sudoeste com o Estado do Tocantins e a oeste com o Estado do Pará. Sua capital é São Luís.

Apresenta uma população de cerca de 6.109.018.995 habitantes distribuídos em 217 municípios. O clima predominante é tropical, com chuvas distribuídas nos primeiros meses do ano, sem períodos de seca. Sua economia se baseia na indústria (transformação de alumínio e alumina, alimentícia, madeireira), nos serviços, no extrativismo (babaçu), na

agricultura (mandioca, arroz, milho) e na pecuária (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA, 2006a).

O Maranhão encontra-se na 26ª posição no ranking dos 27 Estados federativos brasileiros em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), só esta na frente do Estado de Alagoas, que apresenta o pior IDH do país (FARIAS et al., 2010).

Utilizou-se um processo de amostragem aleatória sistemática de conglomerados, em estágios múltiplos, com três etapas. Na primeira etapa foram sorteados os municípios do Estado do Maranhão, sendo elaborada uma listagem dos municípios e suas respectivas populações, estimadas para o ano de 2006, de acordo com o último Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponibilizado pela instituição.

Foram sorteados municípios por amostragem sistemática com probabilidade proporcional ao tamanho de sua população (foi considerado para sorteio dos municípios o intervalo amostral definido após cálculo procedido pelo programa estatístico Bioestat (30.213) sendo o primeiro número sorteado o 7.650 – tomou-se por base a listagem dos municípios por ordem alfabética, com total acumulado da população de crianças menores de cinco anos.

Assim, foram sorteados 30 conglomerados com vistas a uma distribuição normal, correspondente a 28 municípios. O processo de amostragem por conglomerados possibilitou que os municípios, com maior população, tivessem maior probabilidade de serem escolhidos, ou até sorteados mais de uma vez, como ocorreu em São Luís, capital do Estado, que possui 3 conglomerados computados no estudo.

Os municípios sorteados foram Açailândia, Amarante do Maranhão, Bacabal, Balsas, Bom Jardim, Buriticupu; Carutapera, Coelho Neto, Coroatá, Duque Bacelar, Governador Nunes Freire, Imperatriz; Itaipava do Grajaú, Lago do Junco, Matões do Norte, Paço do Lumiar, Paulo Ramos, Pinheiro; Presidente Vargas, Santa Inês, Santa Rita, São João Batista; São José dos Basílios, São Luís (3 conglomerados), São Mateus do Maranhão, Timbiras, Tuntum e Viana.

No segundo estágio foram sorteados os setores censitários dentro de cada município, a partir de uma listagem dos setores fornecida pelo IBGE. Em cada conglomerado foram sorteados sete setores para visitação e mais dois setores reservas, a serem utilizados em casos excepcionais, quando da impossibilidade de acesso ao setor sorteado, pois a pesquisa estava prevista para ser realizada em período chuvoso, passível de problemas de acesso geográfico.

No terceiro estágio foi sorteado o ponto inicial dentro de cada setor, a partir do qual certo número de domicílios foi visitado. A partir do mapa do setor, os quarteirões neles

existentes foram numerados e realizados o sorteio do quarteirão inicial para visita. As quatro esquinas do quarteirão sorteado foram identificadas com letras A, B, C e D, efetuando-se o sorteio da letra e a esquina sorteada foi o ponto inicial. A partir da casa da esquina o quarteirão foi percorrido em sentido horário e as casas foram visitadas até encontrar 57 crianças, em cada conglomerado. Em caso de conglomerados com traçado irregular, de 3 a 5 letras foram colocadas no mapa, a partir de pontos de referência identificados após uma visita ao local, sendo realizado sorteio do ponto inicial (ANEXO A).

Nos casos onde o conglomerado não contemplava o número de 57 crianças (considerando o número estabelecido por conglomerado), a pesquisa continuou no conglomerado contíguo ao visitado e/ou naquele localizado mais à direita do entrevistador, estando este de costas para o conglomerado que tinha acabado de ser visitado.

3.4 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi um questionário contendo variáveis específicas da criança construídas no projeto “Situação de Saúde no Estado do Maranhão” (APÊNDICE A), sendo as definições utilizadas presentes no manual do entrevistador (APÊNDICE B).

Foram utilizadas variáveis referentes as condições socioeconômicas e sanitárias, realização de consulta de puericultura, atividades desenvolvidas pelo Programa Saúde da Família.

A coleta de dados foi realizada por pesquisadores membros da equipe técnica do projeto “Situação de Saúde do Maranhão”, representados por docentes, alunos de pós-graduação e graduação da área de Saúde da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Centro Universitário do Maranhão (UNICEUMA) e Centro Universitário Santa Teresinha (CEST).

Os entrevistadores foram treinados previamente para uniformização da coleta dos dados em atendimento ao Manual do Entrevistador (TONIAL; GAMA, 2006). Os pesquisadores de campo leram as questões, ao invés de formulá-las à sua própria maneira, para garantir a uniformidade das perguntas. Os dados foram anotados por escrito ou assinalados com "x" e ao final codificado pelo entrevistador em quadrados à direita das perguntas (APÊNDICE A).

Foi desenvolvido projeto-piloto para garantir unidade no momento da coleta das informações e desenvolvimento das etapas definidas para o trabalho de campo.

3.5 Processamento e análise estatística dos dados

Foram utilizados percentuais descritivos. Para digitação e processamento de dados foi utilizado o programa Epi-Info 2.002 do CDC, de Atlanta, EUA (DEAN et al., 1994).

3.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão com o Parecer Consubstanciado o nº 307/2006 (ANEXO B).

3.7 Aspectos financeiros

Este projeto recebeu financiamento ao integrar o Projeto “Situação de Saúde no Estado do Maranhão”, aprovado pelo Programa de Pesquisa para o SUS - FAPEMA\CNPq\DECIT – Ministério da Saúde e Ministério da Ciência e Tecnologia, no ano de 2007.

4 RESULTADOS

A descrição do processo delineado para o entendimento do estudo sobre a utilização dos serviços de atenção primária à saúde pela população infantil, no estado do Maranhão, resultou na tabulação dos dados coletados, onde foi observado o perfil socioeconômico das crianças, a utilização dos serviços preventivos de puericultura pelas mesmas e as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família. Os resultados apresentados são referentes a 1.711 crianças e a 891 mães destas.

O gráfico 1 demonstra que a maioria das crianças (54,9%) residia na zona urbana.

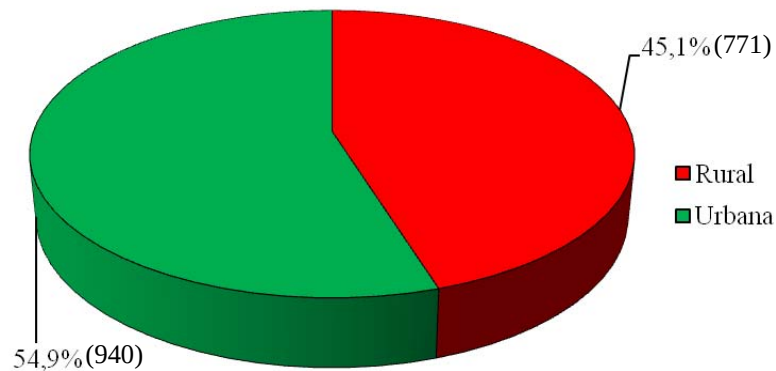


Gráfico 1 – Distribuição das 1.711 crianças estudadas, segundo a zona de residência. Maranhão, 2007

A análise do gráfico 2 evidenciou que os entrevistados na faixa etária de 3 a 4 anos formavam o maior contingente, destacando-se que o estudo é composto em sua maioria por crianças acima de três anos de idade (75,9%).

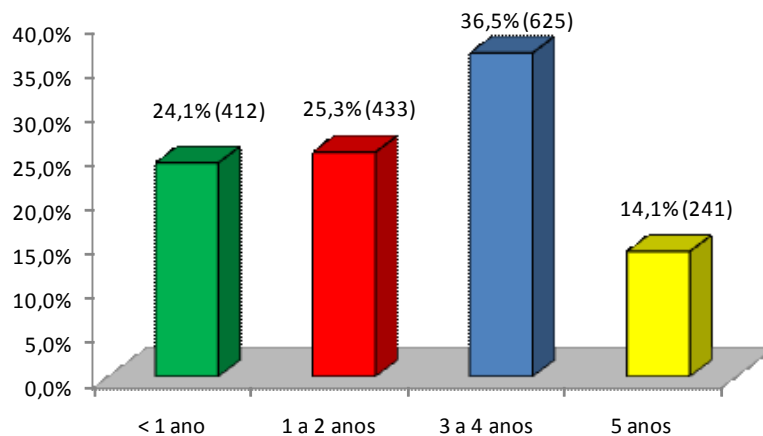


Gráfico 2 – Distribuição das 1.711 crianças estudadas, segundo a idade. Maranhão, 2007

Na análise da variável sexo (gráfico 3) foi observado que a maioria das crianças (51,9%) pertenciam ao sexo masculino.

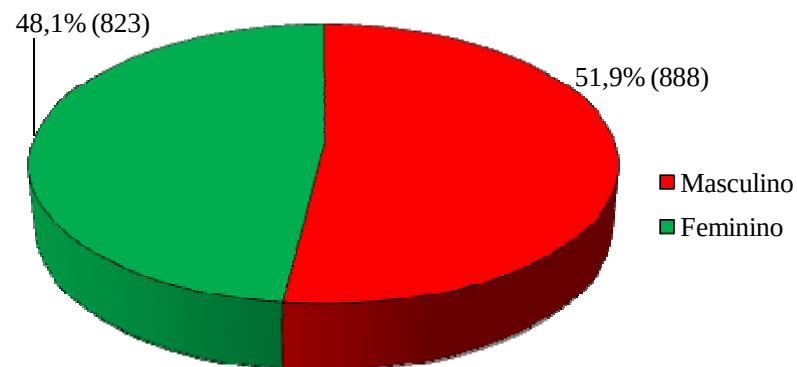


Gráfico 3 – Distribuição das 1.711 crianças estudadas, segundo o sexo. Maranhão, 2007

Quanto ao aspecto socioeconômico das mães das crianças, observou-se que a maioria das mulheres encontrava-se em situação união consensual (55,4%), do lar (55,3%), com predominância de nível de escolaridade de 5 a 8 anos (33,3%), tendo como renda familiar menos de um salário mínimo (58,8%). Em relação a escolaridade do pai predominou a de 1 a 4 anos (24,9%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das 891 mães de crianças entrevistadas, segundo as características socioeconômicas.
Maranhão, 2007

Variáveis	n	%
Situação conjugal da mãe/cuidador		
Solteira	213	23,9
União consensual	494	55,4
Casada	127	14,3
Divorciada	35	3,9
Viúva	17	1,9
Outro	5	0,6
Total	891	100,0
Ocupação da Mãe/Cuidador		
Do Lar	493	55,3
Empregada Doméstica	100	11,2
Comerciarista	34	3,8
Serviços gerais	32	3,6
Em casa, para fora	22	2,5
Outro	210	23,5
Total	891	100,0
Escolaridade mãe		
5 a 8 anos	297	33,3
9 a 13 anos	251	28,2
1 a 4 anos	214	24,0
Sem escolaridade	101	11,3
Superior completo	10	1,1
Superior incompleto	9	1,0
Ignorado	9	1,0
Total	891	100,0
Escolaridade do Cônjuge		
1 a 4 anos	222	24,9
5 a 8 anos	204	22,9
9 a 13	184	20,7
Sem escolaridade	178	20,0
Ignorado	84	9,4
Superior incompleto	10	1,1
Superior completo	9	1,0
Total	891	100,0
Renda familiar		
Até 1 salário*	523	58,8
1 a 1,9 salários	192	21,6
2 a 4,9 salários	140	15,7
5 a 9,9 salários	17	1,9
Ignorado	10	1,2
Não se aplica	5	0,6
10 e mais salários	4	0,2
Total	891	100,0

* Salário mínimo de 2007 – R\$ 380,00

Os dados da tabela 2, referentes às características socioambientais revelaram que 45,9% das casas eram de tijolo, com uso de água proveniente da rede pública para consumo (54,4%). Em relação ao destino dos dejetos sanitários e do lixo, a fossa negra (33,9%) e a coleta do lixo (46,0%) foram apontadas como as mais utilizadas. A maioria das mães (48,3%) relatou usar o rádio e a televisão como os meios de comunicação mais utilizados.

Tabela 2 – Distribuição das 891 mães das crianças entrevistadas, segundo as características socioambientais.
Maranhão, 2007

Variáveis	n	%
Tipo de casa		
Tijolo	409	45,9
Taipa	361	40,5
Madeira	59	6,6
Adobe	29	3,3
Mista (tijolo e taipa)	24	2,7
Palha	9	1,0
Total	891	100,0
Procedência da água para consumo		
Rede pública	485	54,4
Poço, cacimba	354	39,7
Chafariz	14	1,6
Rio, riacho, lagoa	18	2,0
Outro	20	2,2
Total	891	100,0
Destino dos dejetos		
Fossa negra	302	33,9
Fossa séptica	297	33,3
Mato	229	25,7
Rede de esgoto	44	4,9
Vala	12	1,3
Maré	1	0,1
Outro	6	0,7
Total	891	100,0
Destino do lixo		
Carro de lixo da prefeitura	410	46,0
Queimado	270	30,3
Terreno baldio	188	21,1
Maré	2	0,2
Outro	21	2,4
Total	891	100,0
Tipo de equipamentos		
Rádio e televisão	430	48,3
Televisão	273	30,6
Rádio	78	8,8
Nenhum dos dois	110	12,3
Total	891	100,0

Analisando os dados referentes ao gráfico 4, nota-se que a maioria (53,3%) das mães entrevistadas relatou a realização de consulta médica no 1º mês após o parto (consulta de puerpério).

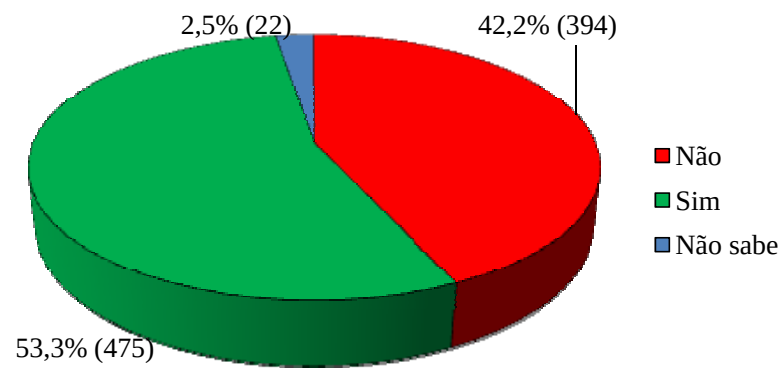


Gráfico 4 - Distribuição das 891 mães de crianças entrevistadas, segundo a realização de consulta médica no 1º mês após o parto. Maranhão, 2007

Dentre as que realizaram a consulta de puerpério no 1º mês após o parto, a maioria (66,2%) relatou que a mesma foi efetivada na Unidade de Saúde da Família ou através da visita domiciliária realizada por médico /ou enfermeiro (gráfico 5).

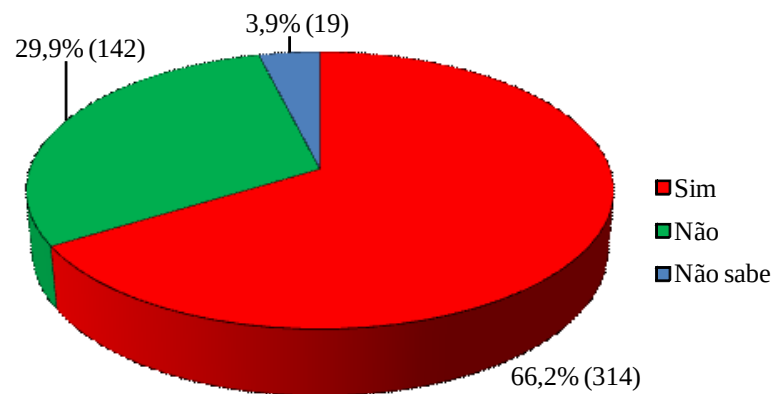


Gráfico 5 - Distribuição das 891 mães entrevistadas, segundo a realização da consulta em UBS ou através da visita domiciliária. Maranhão, 2007

Analisando a utilização de serviços de puericultura pela população em estudo (Tabela 3), observa-se que a maioria (61,4%) não realizou consulta médica ou de enfermagem. Dentre as que relataram a realização, a maioria destas consultas foi feita na faixa etária de 1 a 6 meses (55,8%), nos serviços do Sistema Único de Saúde (92,1%), com predominância na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) (67,8%).

Tabela 3 - Distribuição das 891 mães de crianças entrevistadas, segundo a utilização de serviços de puericultura pela população infantil. Maranhão, 2007.

Variáveis	n	%
Realização de consulta de puericultura		
Não fez	547	61,4
Sim	342	38,4
Não sabe	2	0,2
Total	891	100,0
Idade da criança na 1ª consulta de puericultura		
1 – 6 meses	191	55,8
< 1 mês	122	35,6
7 – 12 meses	16	4,6
Ignorado	12	3,8
> 12 meses	1	0,2
Total	342	100,0
Financiamento da 1ª consulta de puericultura		
SUS	315	92,1
Particular	12	3,5
Usou convênio ou seguro-saúde	7	2,0
SUS conveniado ou filantrópico	6	1,8
Ignorado	2	0,6
Total	342	100,0
Realização da 1ª consulta de puericultura em UBSF		
Sim	232	67,8
Não	98	28,6
Ignorado	12	3,6
Total	342	100,0

A análise da tabela 4 evidencia que a grande maioria das entrevistadas (81,6%) recebeu visitas domiciliares dos profissionais do Programa Saúde da Família, sendo que as mesmas foram realizadas nos últimos 30 dias em relação à data da entrevista (62,9%). Em relação às ações realizadas pela a equipe de Saúde da Família durante a visita domiciliária, 70,0% relataram que foi realizada a pesagem da criança e que foram dadas orientações em relação ao aleitamento (66,3%), vacinação (52,6%), sinais de alerta para procurar a Unidade Básica de Saúde em caso de doença (42,2%), alimentação (36, 7%), higiene corporal (33,8%) e diarreia (7,6%).

Tabela 4 - Distribuição das 891 mães de crianças entrevistadas, segundo relato das ações realizadas pelo Programa Saúde da Família em visita domiciliária (VD). Maranhão, 2007

Recebe visita domiciliária de profissionais de saúde	n	%
Recebe visita domiciliária de profissionais de saúde do PSF	727	81,6
Recebeu visita domiciliar de profissionais de saúde nos últimos 30 dias	560	62,9
A criança foi pesada	623	70,0
Aleitamento	591	66,3
Vacinação	469	52,6
Sinais de alerta para procurar UBS em caso de doença	376	42,2
Alimentação	327	36,7
Higiene corporal	301	33,8
Diarréia	68	7,6

A análise do gráfico 6 evidenciou que entre as entrevistadas 86,8% possuem o cartão/ caderneta da criança, sendo comprovado o relato com apresentação do mesmo pela mãe; cerca de 10% relataram possuir o cartão, não sendo apresentado ao entrevistador.

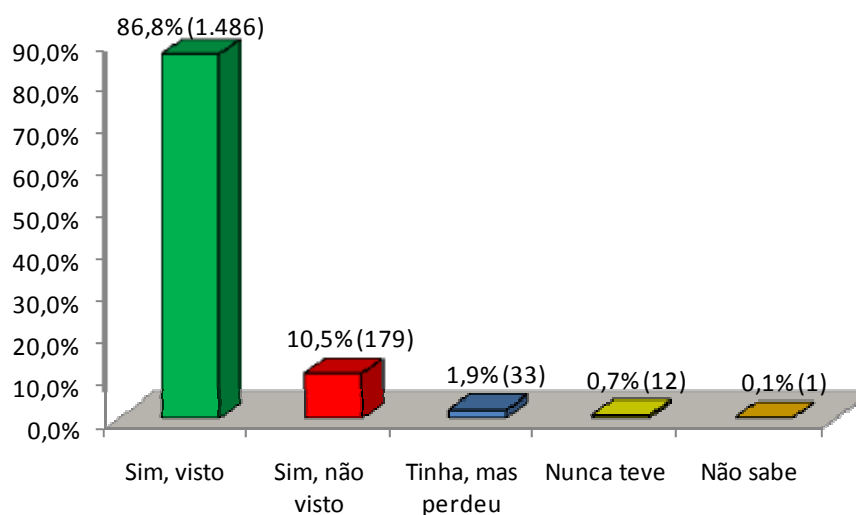


Gráfico 6 - Distribuição das 1.711 crianças estudadas, segundo a existência de cartão/caderneta da criança. Maranhão, 2007

Conforme o gráfico 7, observou-se que nos últimos três meses antes das entrevistas, 50,5% das crianças foram pesadas, sendo identificado o registro no cartão/caderneta da criança, destacando-se que 26,3% relataram pesagem sem, no entanto, ser identificado o registro no cartão apresentado ao entrevistador.

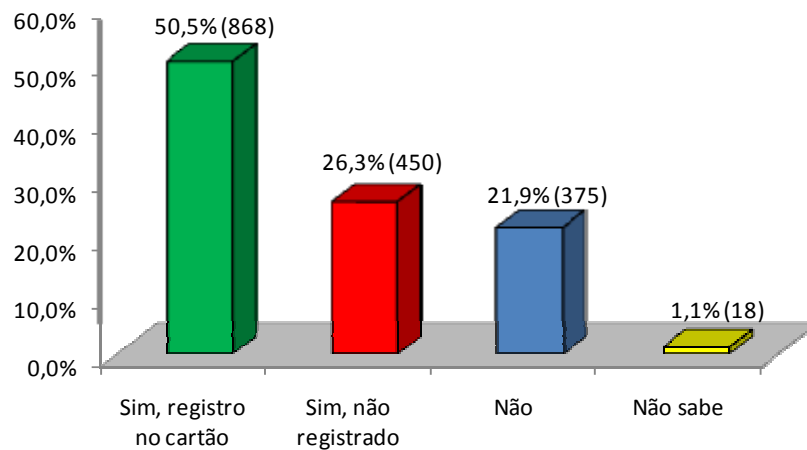


Gráfico 7 - Distribuição das 1.711 crianças estudadas, segundo a pesagem (relato e registro) nos últimos três meses. Maranhão, 2007

Em relação ao profissional que realizou a pesagem (gráfico 8), a maioria (53,9%) foi pesada pelo Agente Comunitário de Saúde, observando-se que 21,9% das crianças não foram pesadas.

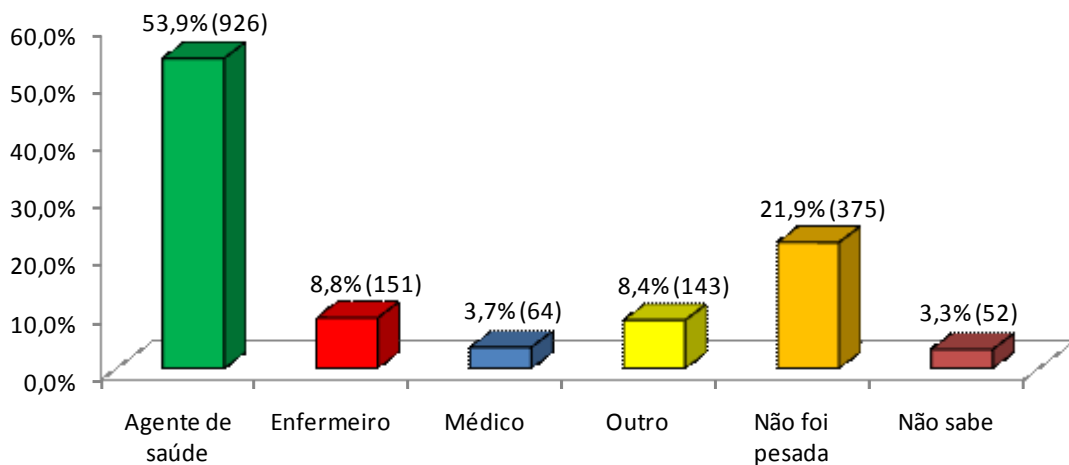


Gráfico 8 - Distribuição das 1.711 crianças estudadas, segundo o profissional que realizou a pesagem nos últimos três meses. Maranhão, 2007

Foi definido como um dos objetivos da pesquisa traçar paralelo entre as variáveis mais relevantes com estudo realizado há 10 anos intitulado “Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão”. Assim, será apresentado no Quadro a seguir o processo evolutivo dos principais indicadores de saúde da população maranhense.

Praticamente todas as variáveis sofreram incremento positivo. Destaque para melhoria da escolaridade da mãe com redução do percentual de mães sem escolaridade (de

24,4% para 11,3%), destino adequado dos dejetos (de 25,8% para 72,1%) e o financiamento dessas consultas pelo SUS (de 78,6% para 92,1%).

Em relação aos indicadores de atenção à saúde da criança, evolutivamente, destacam-se incrementos nos percentuais de crianças que realizaram consulta de puericultura no primeiro ano de vida (de 27% para 38,4%), que foram pesadas nos últimos três meses (de 37% para 76,8%) e que tiveram seu peso registrado no cartão da criança (de 11,4% para 50,5%) (quadro 1).

Variáveis	1996 (%)	2007 (%)
Rádio	64,4	8,8
TV	55,9	30,6
Mãe com mais de 4 anos de escolaridade	47,0	63,6
Pai com mais de 4 anos de escolaridade	40,1	45,7
Mãe sem escolaridade	24,4	11,3
Pai sem escolaridade	36,6	20,0
Casa de tijolo	43,5	45,9
Água encanada da rede pública	47,4	54,4
Destino adequado dos dejetos	25,8	38,2
Posse do cartão da criança	78,1	86,8
Crianças pesadas nos últimos 3 meses	37,0	76,8
Peso registrado no cartão da criança	11,4	50,5
Consulta de puericultura no primeiro ano de vida	27,0	38,4
Consulta de puericultura antes do primeiro mês de vida	24,7	35,6
Financiamento de consultas pelo SUS	78,6	92,1
Financiamento de consultas por serviços particulares	12,9	2,0
Financiamento de consultas por serviços privados ou filantrópicos conveniados com o SUS	8,6	1,8

Quadro 1 - Comparativo entre a Pesquisa “Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão” – 1996 e “Situação de Saúde no Maranhão” - 2007

5 CONCLUSÕES

Com o presente estudo pode-se concluir que:

- a) A maioria da população de crianças maranhenses estudadas são filhas de mães que vivem com seus companheiros, têm de 5 a 8 anos de escolaridade, recebem até 1 salário mínimo por mês e não possuem atividade laboral;
- b) Existe uma baixa utilização dos serviços de atenção básica à saúde pela população infantil maranhense, principalmente no que tange aos serviços de puericultura;
- c) Apesar de abrangente, ainda persiste subregistro de ações das equipes do PSF na atenção à criança. A grande maioria relatou o recebimento de visitas domiciliares pelas equipes do Programa Saúde da Família, com a realização da pesagem da criança e orientações;
- d) Em relação a avaliação comparativa da pesquisa com dados da década anterior, observam-se incrementos nos percentuais de crianças que realizaram consulta de puericultura no primeiro ano de vida (de 27% para 38,4%), que foram pesadas nos últimos três meses (de 37% para 76,8%) e que tiveram seu peso registrado no cartão da criança (de 11,4% para 50,5%). Vale destacar que as variáveis relativas ao Programa Saúde da Família à época da pesquisa em 1996 não foram contempladas, portanto não foi possível traçar comparativo.

6 RECOMENDAÇÕES

Trabalhos de base populacional têm a grande responsabilidade de se constituir em um referencial para a adoção de medidas de fortalecimento do que se identifica como positivo e redimensionamento do que se mantém como problema ou entrave, portanto, podem-se sugerir algumas estratégias a partir da análise de nossos resultados:

a) Implementação de políticas públicas com modernização da gestão, utilizando novas tecnologias que conduzam ao crescimento econômico, com uma distribuição de renda equitativa e vinculada a intervenções que atendam às necessidades essenciais (serviços de saúde, ambientes saudáveis, oportunidades educativas, abastecimento de água e destino adequado dos dejetos) e;

b) Fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, por meio da supervisão e monitoramento de suas ações, com vistas ao aprimoramento do gerenciamento e da execução das atividades;

c) Garantia da qualificação profissional adequada às necessidades de saúde e às realidades locoregionais, com aperfeiçoamento dos currículos que promovam a relação entre teoria e prática e a adoção de protocolos e consensos clínicos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. R. L.; VIANA, M. R. A. **Saúde da família**: cuidando de crianças e adolescentes. Belo Horizonte: COOPMED, 2003.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.783-836.
- BEZERRA-FILHO, J. G.; KERR-PONTES, L. R. S.; BARRETO, M. L. Mortalidade infantil e contexto socioeconômico no Ceará, Brasil, no período de 1991 a 2001. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 7, n. 2, p. 135-142, p. 135-142, abr./jun. 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretaria de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2007a. p.97-129.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília, DF: FNS, 1994.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde mais perto**: os programas e as formas de financiamento para os municípios. Brasília, DF: FNS, 2001.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: FNS, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura do Programa Saúde da Família**: Maranhão. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 13 out. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: MS, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais. **Metas da cúpula mundial em favor da infância**: avaliação de meia década, 1990-1995. Brasília, DF: MS, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2007**: uma análise da situação de saúde. Brasília, DF: MS, 2007b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Termo de referência para o estudo de linha de base dos municípios selecionados para o componente I do PROESF**. Brasília, DF: MS, 2004.
- CASTRO, M. S. M. **Utilização das internações hospitalares no Brasil**: fatores associados, grandes usuários, reinternações e efeito da oferta de serviços sobre o uso. 2004. 101f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. São Paulo, 2004.
- CAVALCANTE, M. G. S. et al. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do

Nordeste Brasileiro. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 6, n. 4, p. 437-445, out./dez. 2006.

COELHO, J. G. L. (Org.). **Reforma sanitária: estratégias políticas para a constituinte**. In: FLEURY Sonia; BAHIA, Ligia; AMARANTE, Paulo (Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária. Rio e Janeiro: CEBES, 2007. p. 185-198.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. p. 285-304.

DEAN, A. G. et al. **Epinfo, versão 6: um sistema de processamento de texto, banco de dados e estatística para computadores**. São Paulo: Centers of Disease Control, 1994.

DOMINGUEZ, B. N. R. **O Programa de Saúde da Família: como fazer**. São Paulo: CGE Computação Gráfica, 1998.

FACCHINI, L. A. et al. **Projeto de monitoramento e avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF)**. Pelotas: UFPEL, 2006.

FALEIROS, V. P. et al. **A construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

FARIAS, A. S. D. et al. **Influência de variáveis sócio-econômica na qualidade de vida da população dos municípios paraibanos**. Disponível em: <<http://www.bnb.gov.br/content/aplicacao/Eventos/ForumBNB2007/docs/influenciadevariaveis.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2009.

FONTINELE JUNIOR, K. **Programa Saúde da Família (PSF) comentado**. Goiânia: AB, 2003.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Saúde e nutrição das crianças nordestinas: pesquisas estaduais 1987-1992**. Brasília, DF: FUNICEF, 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População, indicadores sociais**. 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 13 out. 2009.

LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J. Epidemiol Community Health**, n. 60, p. 13-19, 2006.

MARTIN, Z. A.; CANO, P. J. **Atención primaria: conceptos, organización y practica clínica**. 4. ed. Madrid: Editora Hartcourt, 1999.

NORONHA NETO, C.; SOUZA, A. S. R. Ao editor. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 9, n. 4, p. 487-488, out./dez. 2009.

PERPÉTUO, I. H. O.; WONG, L. R. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados

de Minas Gerais. In: SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA, 12, Diamantina, MG. **Anais**. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2006.

PHILLIPS, K. A. et al. Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model utilization. **Health Services Research**, v. 33, n. 3, p571-596, 1998.

RIZZETTI, D. A.; TREVISAN, C. M. Rastreamento dos programas de saúde voltados para a criança elaborados pelas três esferas de governo. **Saúde**, Santa Maria, v. 34a, n. 1-2, p. 27-31, 2008.

ROCHA, D. M. L.; FERREIRA, R. C. B.; SILVA, S. M. F. da. **Programa de interiorização do trabalho em Saúde no Maranhão**: avanços e desafios. 2002. 69 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde da Família) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2002.

SANTOS, S. R. et al. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região sudoeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 266-71, 2000.

SASSI, M. R.; BÉRIA, J. U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 819-832, jul./ago. 2001.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2002.

SZWARCWALD, C. L. et al. Estimação da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1725-1736, nov./dez. 2002.

TONIAL, S. R.; GAMA, M. E. A (Coords.). **Situação de saúde no estado do Maranhão**. São Luís, 2006.

TONIAL, S. R.; SILVA, A. A. M. (Orgs.). **Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão**. São Luís: UFMA, 1997.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização d serviços de saúde no Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 215-246.

VAN de VEN, W. P. M. M. Risk Adjustment in competitive health plan markets. In: CULYER, A. J.; NEWHOUSE, J. P. (Eds). **Handbook of health economics**. New York: Elsevier, 2000. v.1. p.755-845.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do sistema de saúde brasileiro. **Rev C S Col**, v.8, n.3, p.711-24, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário da criança

**PROJETO DE PESQUISA
SITUAÇÃO DE SAÚDE NO MARANHÃO**

QUESTIONÁRIO DA CRIANÇA

1) Questionário n°._____	Nº
2) Município_____	Munic
3) Setor n°._____ (1) A. Rural (2) A. Urbana	SETOR/ ZONA
Nome da criança_____	
Endereço_____ Fone_____	
4) Data de nascimento de <criança> ____/____/____	NASC. D/M/A
5) Sexo (1) Masculino (2) Feminino	SEX
6) Qual a sua situação conjugal da MÃE/CUIDADOR de <criança>)? (1) Casada (2) Morando junto (3) Solteira (4) Separada (5) Viúva (0) Outro _____ (9) Não sabe	SITCONJ
7) A mãe/CUIDADOR trabalha fora? (01) do lar (02) comerciária (03) em casa, para fora (04) serviços gerais (05) não trabalha (9) Não sabe (0) outro _____	TRABFORA
Sabe ler e escrever? 8) Pai/CUIDADOR (1) Sim (2) Não (3) Só sabe assinar (9) Ignorado	LEESCPAI
9) Mãe/CUIDADOR: (1) Sim (2) Não (3) Só sabe assinar (9) Ignorado	LEESCMAE
Até que série estudou na escola? (Série completa) (30) Superior incompleto (33) Superior completo (99) não sabe	ESCOLPAI (anos estudados)
10) Pai/CUIDADOR: ____série do ensino _____	
11) Mãe/CUIDADOR: ____série do ensino _____	ESCOLMAE
No mês passado, quanto ganharam as pessoas que trabalham?	RENDFAM(TOT AL/380)
12) 1ª Pessoa (mãe) R\$ _____	
13) 2ª Pessoa (pai) R\$ _____	
14) 3ª Pessoa R\$ _____	
15) 4ª Pessoa R\$ _____	
16) A família tem outra renda? R\$:	
Condições de moradia 17) Tipo de casa: (1) Tijolo (2) Taipa (3) Mista – Tijolo e taipa (4) Madeira (5) Palha (6) Adobe (0) Outro _____ (9) Não sabe	CASA
18) De onde vem a água da casa usada para beber? (1) Rede pública – água encanada (2) Chafariz (3) Poço, cacimba (4) Rio, riacho, lagoa (0) Outro _____ (9) Não sabe	AGUA
19) Qual o destino dos dejetos? (1) Rede de esgotos (2) Fossa séptica (3) Fossa negra (4) Vala (5) Mato (6) Maré (0) Outro _____ (9) Não sabe	DEJETOS
20) Onde se joga o lixo fora? (1) Carro de lixo da Prefeitura (2) Terreno baldio (3) Queimado (4) Maré (0) Outro _____ (9) Não sabe	LIXO

21) A casa tem os seguintes equipamentos? (1) Rádio (2) Televisão (3) Rádio e televisão (4) Nenhum dos dois (9) Não sabe	ELETRO
22) A mãe realizou consulta de puerpério no 1º mês após o parto de <CRIANÇA>? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	COSNPOSPARTO
23) Se realizou consulta de puerpério no 1º mês após parto, foi em Unidade de Saúde da Família ou na visita domiciliar pelo médico/enfermeiro? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	LOCCONSPOSPARTO
24) A mãe/cuidador levou <CRIANÇA> para realizar consulta de puericultura? (1) Sim (2) Não fez consulta de puericultura (9) Não sabe	CONSPREVENT
25) Caso sim Que idade <CRIANÇA> tinha quando fez a primeira consulta de puericultura? _____ (00 = Menos de 1 mês) (99 = Não sabe)	IDCONSPREVENT (meses)
26) Em que local <CRIANÇA> fez essa 1ª consulta de puericultura? _____ (1) SUS (2) SUS privado ou filantrópico (3) Usou convênio ou seguro-saúde (4) Particular (0) Outro (9) Não sabe	LOCCONSPREVENT
27) Se foi no SUS, foi em Unidade de Saúde da Família? (1) sim (2) não (9) não sabe	USF2
28) <CRIANÇA> Recebe visita em casa de profissionais de saúde (ACS, médico, enfermeiro) do PSF? (1) Sim (2) Não (9) não sabe	VISITPSF
29) <CRIANÇA> recebeu visita em casa de profissionais de saúde nos últimos 30 dias? (1) Sim (2) Não (9) não sabe	VISIT30DIAS
30) A criança foi pesada ? (1) Sim (2) Não (9) não sabe	PESADA
Foram feitas orientações sobre: 31) Aleitamento (caso se aplique)? (1) Sim (2) Não (9) não sabe Questão 68 apenas para crianças com até seis meses de vida	ALEITA
32) Higiene Corporal ? (1) Sim (2) Não (9) não sabe	HIGIENE
33) Alimentação? (1) Sim (2) Não (9) não sabe	ALIMENT
34) Diarréia ? (1) Sim (2) Não (9) não sabe	ORIENTDIARRERIA
35) Vacinação? (1) Sim (2) Não (9) não sabe	VACIN
36) Sinais de alerta na <CRIANÇA> para procurar UBS em caso de doenças ? (1) Sim (2) Não (9) não sabe	SINAISALERTA
37) <CRIANÇA> tem cartão\ caderneta de saúde? (1) Sim, visto (2) Sim, não visto (3) Tinha, mas perdeu (4) Nunca teve (9) Não sabe	CARDSAUD
38) <CRIANÇA> foi pesada alguma vez nos últimos três meses? (1) Sim, registro no cartão (2) Sim, não registrado (3) Não (9) Não sabe	PESADA3M
39) Quem pesou a criança? (1) Médico (2) Agente de saúde (3) Enfermeiro (4) Outro (8) Não foi pesada (9) Não sabe	QUEMPESOU

APÊNDICE B – Manual de entrevistador

1. COMPORTAMENTO DURANTE A ENTREVISTA

- Portar Crachá de identificação
- Apresentar-se com vestuário simples e discreto, adequado à função de pesquisador/entrevistador;
- Assumir uma postura acolhedora, calma, agradável, respeitosa, ética, discreta e segura (a primeira impressão pode não ser definitiva, mas ela é fundamental, desde a postura física, o cumprimento com aperto de mão, até o tom de voz);
- Sentar-se apenas após a indicação ou o convite do entrevistado;
- Inspirar confiança, demonstrar seriedade e segurança no trato das informações e nas relações interpessoais, motivando o interesse do entrevistado;
- Levar todo o material que você necessitará para realizar seu trabalho (fazer lista de checagem);
- Agir com habilidade e flexibilidade na condução da entrevista (ensaiar previamente uma linha de raciocínio), estando atento para as situações no ambiente que exijam condutas diferenciadas (por exemplo, adiamento da entrevista);
- Distinguir o que é essencial;
- Nunca criticar as idéias e informações fornecidas;
- Evitar comentários depreciativos, qualquer que seja o momento, local ou companhia;
- Registrar o que foi dito, sem interpretações (na dúvida, registre exatamente a informação prestada);

2. ORIENTAÇÕES RELACIONADAS À ABORDAGEM

o NO MUNICÍPIO

- Confirmar junto à Coordenação da pesquisa o contato com a Prefeitura/Secretaria Municipal de Saúde dos municípios quanto ao período da viagem, horário de chegada e a quem se dirigir;
- Portar Carta de Apresentação;
- Apresentar-se formalmente ao contato no município;
- Aguardar orientações para deslocamento no município;

o NO DOMICÍLIO

- Apresentar-se formalmente ao responsável pelo domicílio e demais familiares presentes;
- Interessar-se pela identificação das pessoas que o atendem no domicílio;
- Explicar clara e objetivamente sua função de pesquisador/entrevistador;
- Explicar detalhadamente o objetivo da pesquisa e as questões relacionadas ao Termo de Consentimento livre e esclarecido, explicitando a necessidade de assinatura do mesmo após esclarecimentos;
- Apresentar o Termo para assinatura e somente após assinatura de o Termo iniciar a coleta de dados.

3. INSTRUÇÕES GERAIS (CRIANÇA, MULHER, HOMEM)

- a) Em cada domicílio, apresentar-se ao informante: explicar sua profissão, dizer onde trabalha ou estuda, explicar que vai pesar e medir crianças menores de 5 anos e entrevistar sua mãe e/ou mulheres de 10 a 49 anos e/ou seu pai e/ou homens de 10 a 49 anos. Explicar que é uma pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, apoiada também pela FAPEMA. Mostrar o crachá. Entregue ao informante o Termo de consentimento Livre e Esclarecido. Explicar todos os detalhes constantes no Termo (objetivo, sigilo, etc.).
- b) Perguntar se há crianças menores de cinco anos, homens e mulheres de 10 a 49 anos.
- c) Se a resposta for negativa, perguntar a idade das pessoas que moram na casa. Esta checagem é muito importante, pois é muito freqüente erros de arredondamento na idade das crianças. Só entram na pesquisa as crianças menores de 5 anos na data da entrevista, isto é, com 4 anos, 11 meses e 29 dias. Se a criança for fazer 5 anos no dia seguinte ao da entrevista entra. Se estiver fazendo aniversário no dia da entrevista, não entra porque já tem 5 anos. Tome muito cuidado nisto, pois as mães tendem a arredondar a idade das crianças para mais. Assim, uma criança que tem 4 anos e 11 meses entra na pesquisa. Mesmo que a mãe diga que a crianças tem 5 anos, procure checar esta informação com a data de nascimento da criança. Havendo mais de 1 criança menor de 5 anos no domicílio, será preenchido um questionário para cada criança. Se a mãe das crianças for a mesma, muitas respostas da mãe serão idênticas.
- d) Às mães e/ou responsáveis pelo cuidado (CUIDADOR) da criança que tiverem entre 10 e 49 anos será aplicado o questionário correspondente da MULHER. Para completar as 16 mulheres de 10 a 49 anos serão visitados novos domicílios nesse setor censitário. Serão entrevistados ainda homens de 10 a 49 anos. Só entram na pesquisa homens e mulheres de 10 a 49 anos na data da entrevista, isto é, com 10 anos já completado na data da entrevista e 49 anos, 11 meses e 29 dias. Se a mulher/homem for fazer 10 anos no dia seguinte ao da entrevista não entra. Se estiver fazendo aniversário no dia da entrevista, entra. Se for fazer 49 anos no dia seguinte ao da entrevista entra. Se estiver fazendo aniversário no dia da entrevista, não entra porque vai ter 50 anos.
- e) O questionário da mulher será aplicado mesmo que ela ainda não tenha tido a menarca ou que já esteja na menopausa – considerar a idade.

- f) Nos questionários a opção NÃO SE APLICA deverá ser utilizada para os menores (questionário da mulher e do homem) em que se observar não ser necessário fazer determinada pergunta – para que se evite constrangimentos com questões não pertinentes.
- g) Sempre que a opção OUTRO for marcada deve-se anotar o que for relatado para posterior codificação.
- h) O responsável só deverá ser entrevistado se ele for suficientemente informado das perguntas do questionário. Poderá ser a mãe ou cuidador. Em caso negativo, haverá um repasse para entrevistar a mãe/cuidador em outro dia e hora, a combinar ou passará para a criança/casa seguinte. Será considerado CUIDADOR a pessoa que se responsabiliza pelo cuidado do menor não só financeiramente, mas psicologicamente, emocionalmente, juridicamente. Não será considerado cuidador a pessoa que for designada pela mãe/responsável para o cuidado (babás, tias, avós que cuidam durante um determinado período de ausência do responsável/mãe)
- i) A questão da responsabilidade pela criança – somente será considerado responsável pela criança (mesmo que seja a mãe biológica e com registro da criança em seu nome), quando a mulher tiver mais de 18 anos; caso a mulher tenha de 14 a 18 anos somente será considerada responsável pela criança se estiver oficialmente casada – apresentar certidão; se for menor de 14 anos independente de ser casada, não assinará o termo de consentimento – a responsabilidade será de um cuidador maior de 18 anos;
- j) A questão da responsabilidade da mulher e do homem – serão consideradas as mesmas orientações acima; a/o menor poderá contribuir com as respostas porém a assinatura do termo de consentimento compete ao seu responsável maior.
- k) Entrevistar a mãe, pai ou pessoa responsável pelo cuidado da criança. Se estiverem ausentes, perguntar o dia em que será possível encontrá-los e anotar na ficha: REPASSE NO DIA ____ / ____ / ____ ÀS ____ HORAS, pela manhã ou pela tarde, sábado ou domingo. Se a residência dispuser de telefone, anota-lo para contato posterior.
- l) No questionário da criança, atentar para as questões que se referem ao CUIDADOR (caso este não seja a MÃE) e as questões que se referem unicamente à MÃE (ainda que esta não seja o CUIDADOR)
- m) Sempre substituir no questionário <CRIANÇA>, <HOMEM> ou <MULHER> pelo nome. Sempre fazer a pergunta, explicitando o nome do entrevistado nas questões referentes ao mesmo para não causar dúvidas.
- n) Formular as perguntas exatamente como estão escritas, sem enunciar as várias opções de respostas. Se necessário, explicar perguntas de uma segunda maneira (conforme instruções específicas), e, em último caso, enunciar todas as opções, tendo o cuidado de não induzir a resposta.
- o) A codificação dos dígitos à direita do formulário ficará a cargo do entrevistador, com exceção das questões abertas, para as quais serão criados códigos específicos posteriormente. Está codificação não será realizada no momento da entrevista, mas posteriormente, com mais calma e atenção.
- p) Sempre que houver dúvida sobre em qual opção se encaixa a resposta do entrevistado, escrever por extenso a resposta dada pelo informante e deixar para o supervisor decidir ao final do dia.
- q) Se tiver dúvida se deve ou não obter a resposta naquela pergunta, anote a resposta e tire sua dúvida mais tarde, pois se a pergunta tiver mesmo que ser feita, você não precisará retornar ao domicílio. Se a pergunta não precisar ser feita, esta resposta será descartada.
- r) Quando uma resposta do informante parecer pouco confiável, anotá-la e anotar um comentário sobre sua má qualidade.
- s) Os questionários serão numerados de acordo com a distribuição previa por dupla
- t) Registrar o nome completo do município visitado;
- u) Através do mapa de cada município, identificar os setores censitários e seus limites. Se necessário marcar cada um com uma caneta de cor diferente. Sortear 7 setores censitários por conglomerado/município. Em São Luis serão sorteados 21 setores censitários (por representar 3 conglomerados).
 - a) Em cada conglomerado, inicie a visita pelo primeiro setor censitário sorteado. Anote o número do setor censitário visitado, além da localização da área (se zona rural ou urbana – definida no mapa).
 - b) A visita em cada setor censitário será iniciada pela direita (em sentido horário)
 - c) Em cada setor censitário, o número de casas a serem visitadas dependerá do encontro das 9 crianças menores de 5 anos por setor, das 16 mulheres e 7 homens de 10 a 49 anos por setor. Visite tantas casas quantas forem necessárias em cada setor até encontrar o número estabelecido de crianças, homens e mulheres. Se em um dado setor censitário não encontrar o número estabelecido de crianças e mulheres reponha no setor censitário vizinho ao setor em visita.
 - d) Identifique no mapa de cada setor censitário todas as casas visitadas e a situação do domicílio (casa visitada, recusa ou casa vazia). Em caso de casa vazia, faça a reposição, identificando a casa seguinte à direita.

Casa visitada: é a casa na qual foram encontrados moradores e o questionário foi preenchido se havia crianças menores de 5 anos e/ou homens/mulheres de 10 a 49 anos.

Casa visitada sem entrevista: casa que foi visitada, mas não havia criança ou mulher em idade fértil; ou casa em que havia criança, homem ou mulher em idade fértil, mas não havia responsável para fornecer informação e/ou assinar o termo de consentimento;

Casa vazia: não havia ninguém na casa e dois vizinhos que moram em casas diferentes afirmam que não tem nenhuma pessoa morando naquele domicílio ou não há morador no momento.

Recusa: casa em que há crianças menores de 5 anos e/ou homem/mulheres de 10 a 49 anos que, por qualquer motivo, os moradores se negaram a responder o questionário.

Casa de reposição: casa visitada em outro setor censitário não sorteado para completar número de crianças, homens ou mulheres de setor vizinho sorteado.

- v) Sempre anotar Nome Completo do entrevistado
- w) Anote pormenorizadamente o endereço do domicílio. Se a casa não tiver número, anote referências da fachada (exemplo: 1 porta e duas janelas, frente de cor verde etc). Escreva o endereço completo do domicílio por extenso. Procure colocar também um ponto de referência em todos pois pode haver necessidade de repasse para complemento de alguma questão pendente.
- x) A casa da criança, homem ou mulher é aquela onde ela dorme, mesmo que fique o dia em outra casa (por exemplo, criança fica na casa dos avós). Se a criança mora na casa dos avós, no mesmo terreno da casa dos pais, considerar como sendo uma só família, incluindo todas as pessoas que moram nas duas casas inclusive renda. Se a casa onde a criança mora com os avós fica em outro terreno, considerar como sendo a casa da criança aquela onde ela reside com os avós.
- y) Se possível checar em documentos a data de nascimento da criança, homem ou mulher (registro, cartão de vacina, carteira de identidade, etc.). Quando não tiver documentação comprobatória registrar o que for respondido.

4. ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO DAS VARIÁVEIS

4.1. QUESTIONÁRIO DA CRIANÇA

Q. 4. Peça a mãe/responsável para ver o registro de nascimento ou carteira de vacina para confirmar data de nascimento e verificar se está registrada

Q. 5. Checar sexo com a mãe/responsável – não considerar o nome

Q.6. Situação conjugal da mãe/cuidador (somente explicitar as opções se a informante não souber responder)

Casada = somente quando apresentar certidão de casamento

Morando junto = convivem debaixo do mesmo teto e não necessita comprovação

Solteira = nunca morou junto com parceiro

Separada = conviveu algum tempo com uma pessoa, mas não convive mais

Viúva = o parceiro faleceu

Outros = relações entre pessoas do mesmo sexo

Não sabe = evitar ao máximo

Q. 7. Anotar a opção referente à mãe/cuidador. Se for em casa, para fora, anotar o que faz; não trabalha refere-se aos casos em que a mãe não sai de casa para trabalhar e não faz serviços em casa para fora

Q. 8 e 9. A resposta dada será a considerada

Q. 10 e 11 Anotar até que série estudou na escola; somente considerar a última série concluída; em caso de ensino superior utilizar código

Q. 12 a 15. Perguntar quais as pessoas da casa que recebem salário ou aposentadoria e responder nos itens correspondentes. Registrar o valor recebido por cada integrante que tenha renda regular. Quando o informante não souber informar a renda de outros membros da família tentar aproximar ao máximo aceitando a resposta não sabe somente em último caso. Quando isso ocorrer anotar detalhadamente o tipo de ocupação desta pessoa de renda “não sabe” para que se possa tentar estimar seu salário posteriormente. Para pessoas que recebem regularmente algum dinheiro como aluguel, mesada ou pensão ou ajuda sistemática incluir esse recebimento mensal. Não incluir rendimentos excepcionais ou ocasionais como, por exemplo, o 13º salário ou recebimento de indenização por demissão. Para empregados, considerar a renda bruta sem excluir os “descontos”. Se for proprietário de algum estabelecimento considerar a renda líquida. Para autônomos, como proprietários de armazém ou motoristas de táxi, anotar somente a renda líquida e não a renda bruta, a qual é fornecida em resposta do tipo “ele tira por dia 200 reais”. Pois nem tudo o que eles recebem é salário, mas sim gastos com a manutenção do negócio. Se a resposta for em salários mínimos anotar ao lado o número de salários mínimos e fazer a conversão na ocasião da codificação e não no momento da entrevista. Onde não houver salários, responda com 0.000.000.00. Se mais de quatro pessoas tiveram renda no último mês anotar na margem do questionário e por ocasião da codificação somar a renda, por exemplo, da 4ª e da 5ª pessoa e anotar na renda da 4ª pessoa. Anote a renda em reais. Por ocasião da codificação, some a renda de todos os membros da família em reais e codifique.

IMPORTANTE: Considerar apenas a renda do mês anterior. Por exemplo, para entrevistas feitas em 15 de agosto, considerar a renda do mês de julho. Se uma pessoa começou a trabalhar no mês corrente, não incluir o seu salário. Não incluir também uma pessoa que está atualmente desempregada, mas que trabalhou no mês que

passou e ainda recebeu salário, pois este não é mais permanente. Se tiver desempregado há mais de um mês, considerar a renda do trabalho ou biscate atual, caso seja referida alguma atividade. Não tente fazer contas durante a entrevista porque isso muitas vezes resulta em erros. Por exemplo, se o salário for indicado sob a forma de pagamento diário ou semanal, anotá-lo por extenso e não tentar a multiplicação para obter o valor mensal. Isso deve ser feito por ocasião da codificação.

Q. 16. Se a resposta for positiva registrar o valor recebido no mês anterior. Refere-se a recebimento regular de algum dinheiro como aluguel, mesada ou pensão ou ajuda sistemática com a qual a família conte de forma sistemática. Se for computado em itens anteriores (incluída na renda de uma das pessoas acima) não registrar novamente.

Q.17 a 21. O entrevistador considerará o que for respondido complementando com o observado.

Q. 17. Taipa = Taipa de sopapo, barro armado, pau-a-pique. As paredes são armadas com ripas de madeira ou varas de bambu e preenchidas com barro cru e fibra.

Adobe = pequeno tijolos de terra prensado e seco ao sol

Q. 18. Chafariz = fonte de água encanada de uso coletivo

Q. 19. Se a pessoa utiliza rede de esgoto ou fossa de outra casa no mesmo terreno, aceitar como se fosse da casa e especificar

Fossa séptica = fossa revestida, que impede contaminação do solo; em geral construída pelo governo

Fossa negra = fossa sem revestimento; em geral tem tábuas em cima.

Q. 23 e 24. Referem-se apenas às consultas de avaliação (puericultura), na qual se leva a criança ao posto somente para pesar, receber orientações de alimentação, vacinação, etc. A estas consultas a criança vai sem estar doente, sem ter um motivo para ir se consultar além do controle da saúde.

Q. 26. Esta pergunta se refere ao convênio ou seguro – saúde privado. Há dois tipos de convenio, o empresa e o individual. No convênio – empresa, o empregado tem direito ao convenio sem pagar diretamente por ele, pois o empregador é quem paga. No individual é o segurado quem paga. Aqui também são incluídos convênios de funcionários públicos e de empresas de economia mista, como Patronal, banco do Brasil, ASSEFAZ, Fundabem, Prosocial, etc. É importante saber se a Mãe e a Criança estão seguradas.

Q. 28. Refere-se a visita regular ou esporádica dos profissionais da equipe do PSF; não considerar visita do agente de endemias (dengue, malária, calazar, SUCAM, FUNASA)

Q. 36. Considerar como sinais de alerta informados: febre, não consegue beber ou mamar, dificuldade de respirar, diarreia.

Q. 37. Aceitar o cartão versão anterior ou atual.

Q. 38. Observar no cartão de saúde se está registrada a pesagem da criança nos últimos três meses.

ANEXOS

ANEXO B – Aprovação no Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº. 307/06

Pesquisador (a) Responsável: **Sueli Rosina Tonial**

Equipe executora: **Mônica Elinor Alves Gama, Ana Karina T. C. França, Dario Nicolau, Denicy Ferreira, Dourivan Câmara, Elza da Lima Silva, Fernando Lamy, Luciane Brito, Lúcio Laves Macedo, Maria Bethânia Chein, Maria Leda Vanderley, Maria do Socorro B. V. Cruz, Maria T. Borges Frota, Rosemary Lindholm, Silvio G. Monteiro, Sueli Ismael, Vicente G. Neto e Zeni C. Lamy**

Tipo de Pesquisa: **Projeto de Pesquisa**

Registro do CEP: **210/06** Processo Nº. **33104-747/2006**

Instituição onde será desenvolvido: **FAMEM- Federação dos Municípios**

Grupo: **III**

Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia **19.06.2006** o processo **33104-747/2006**, referente ao projeto de pesquisa: **“Situação de saúde materno-infantil no Estado do Maranhão”**, tendo como pesquisadora responsável **Sueli Rosina Tonial**, cujo objetivo geral é **“Estudar indicadores de saúde de mulheres em idade reprodutiva e de crianças no Estado do Maranhão, a partir de variáveis relacionadas à situação socioeconômica, ambiental e nutricional, acesso a serviços de saúde, uso de medicamentos, prevalência de morbidades e estimativas de mortalidade materna e infantil”**. Na metodologia: Questionário. Tendo apresentados pendências na época de sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê. Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Lembramos a V.Sª que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu cuidado, e deve receber uma cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à ANVISA, quando for o caso, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em 20/10/2007 e ao término do estudo, gravado em CD ROM.

São Luís, 20 de outubro de 2006.

[Assinatura]
Waldemar Batista Turge
Coordenador do CEP
Ethica homini habitat est

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luís – Maranhão Tel: (98) 2109-1223

E-mail huufma@huufma.br

7 ARTIGO CIENTÍFICO

7.1 Classificação *qualis* do periódico na área de Medicina II

ISSN	Título	Estrato	Área de Avaliação
15193829	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (IMIP. Impresso)	B4	MEDICINA II

7.2 Normas editoriais

A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno-infantil.

As contribuições devem abordar os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, contemplando seus múltiplos determinantes biomédicos, socioculturais e epidemiológicos. São aceitos trabalhos nas seguintes línguas: português, espanhol e inglês. A seleção baseia-se no princípio da avaliação pelos pares (*peer review*) - especialistas nas diferentes áreas da saúde da mulher e da criança.

Direitos Autorais

Os artigos publicados são propriedade da Revista vedada a reprodução total ou parcial e a tradução para outros idiomas, sem a autorização da mesma. Os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores. Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Aspectos Éticos

1. Ética A declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada. Serão exigidos, para os artigos nacionais, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada.

2. Conflitos de interesse Ao submeter o manuscrito os autores devem informar sobre a existência de conflitos de interesse que potencialmente poderiam influenciar o trabalho.

Critérios para aprovação e publicação de artigo

Além da observação das condições éticas da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração a sua originalidade, prioridade e oportunidade.

O *rationale* deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura relevante e adequada definição do problema estudado. Dois revisores externos serão consultados para avaliação do mérito científico. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. A partir de seus pareceres e do julgamento do Comitê Editorial, o manuscrito receberá uma das seguintes classificações: 1) aceito; 2) recomendado, mas com alterações; 3) não aprovado. Na classificação 2 os pareceres serão enviados aos(s) autor(es), que terão oportunidades de revisão; na condição 3, o manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista.

Seções da Revista

Editorial

Revisão avaliação descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo-se levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados. Pode ser do tipo narrativa, sistemática ou meta análise. As revisões narrativas só serão aceitas a convite, ou no caso de submetidos, só por recomendação dos Editores. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras.

Artigos Originais divulgam os resultados de pesquisas inéditas e permitem a reprodução destes resultados dentro das condições citadas no mesmo.

Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções:

Introdução: onde se apresenta a relevância do tema, as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; *Métodos*: descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutividade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados.

No caso de trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. *Resultados*: devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em seqüência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras - gráficos, desenhos, fotografias; *Discussão*: interpreta os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo.

Aceitam-se outros formatos de artigos originais, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho.

Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo sete no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas.

No caso de ensaio clínico controlado e randomizado os autores devem indicar o número de registro do mesmo.

98 Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 9 (1): 97-107, jan. /mar., 2009

Notas de Pesquisa relatos concisos sobre um tema original, com 1.500 palavras, e no máximo 2 tabelas e figuras no total.

Informes Técnico-Institucionais deverão ter estrutura similar a uma Revisão, mas sem o resumo/abstract. Por outro lado podem ser feitas, a critério do autor, citações no texto e suas respectivas referências ao final.

Ponto de Vista opinião qualificada sobre saúde materno-infantil (a convite dos editores).

Resenhas crítica de livro publicado nos últimos dois anos ou em redes de comunicação on line (máximo 1.500 palavras).

Cartas crítica a trabalhos publicados recentemente na Revista, com o máximo de 600 palavras.

Artigos especiais textos cuja temática seja considerada de relevância pelos Editores e que não se enquadrem nas categorias acima mencionadas. O limite de palavras é de 7.000.

Notas 1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de páginas exclui resumos, tabelas, figuras e referências;

2. Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.

Apresentação dos manuscritos

Os manuscritos encaminhados à Revista deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo e encaminhados para a secretaria da revista no endereço: revista@imip.org.br. Por ocasião da

submissão do manuscrito os autores devem encaminhar a aprovação do Comitê de Ética da Instituição, a Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada por todos os autores.

Estrutura do manuscrito

Página de identificação título do trabalho: em português ou no idioma do texto e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora e o tipo de auxílio recebido.

Página de Resumos deverão ser elaborados dois resumos para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa e Artigos de Revisão sendo um em português ou no idioma do texto e outro em inglês, o abstract. Os resumos dos Artigos Originais e Notas de Pesquisa deverão ter no máximo 250 palavras e devem ser estruturados: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões.

Nos artigos de Revisão os resumos deverão ser estruturados: Objetivos, Métodos (fonte de dados, período, descritores, seleção dos estudos), Resultados (síntese dos dados) e Conclusões.

Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a dez palavras-chave em português e inglês. A Revista utiliza os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

Página das Ilustrações as tabelas e figuras (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas em páginas à parte.

Página da Legenda legendas das ilustrações deverão seguir a numeração designada pelas tabelas e figuras, e inseridas em folha à parte.

Agradecimentos colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio.

Referências devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número de 30 referências.

A Revista adota as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos:

Artigo de revista Lopes MCS, Ferreira LOC, Batista Filho M. Uso diário e semanal de sulfato ferroso no tratamento de anemia em mulheres no período reprodutivo. Cad Saúde Pública. 1999; 15: 799-808.

Livro Alves JGB, Figueira F. Doenças do adulto com raízes na infância. Recife: Bagaço; 1998.

Editor, Organizador, Compilador Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Capítulo de livro Timmermans PBM. Centrally acting hipotensive drugs. In: Van Zwieten PA, editor. Pharmacology of anti hypertensive drugs. Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 102-53.

Congresso considerado no todo Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992.

Trabalho apresentado em eventos Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 9 (1): 97-107, jan./mar., 2009 **99**

Os trabalhos deverão ser encaminhados para Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP.

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil - Secretaria Executiva.

Rua dos Coelho, 300.

Recife, PE, Brasil CEP: 50.070-550

Tel / Fax: +55 +81 2122.4141

E-mail: revista@imip.org.br

Site: www.imip.org.br

Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5

Dissertação e Tese Pedrosa JIS. Ação dos autores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Diniz AS. Aspectos clínicos, subclínicos e epidemiológicos da hipovitaminose Ano estado da Paraíba [tese]. Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 1997.

Documento em formato eletrônico - Artigo de revista Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. J Pastoral Criança [periódico online]. 2005 [acesso em: 26 jun. 2006]. 104: 14p. Disponível em: www.pastoraldacriança.org.br/105/pag14/pdf

7.3 Artigo completo

EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO ESTADO DO MARANHÃO

EVOLUTION OF CHILD HEALTH CARE IN MARANHÃO STATE

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

Universidade Federal do Maranhão-UFMA

Raimundo Antonio da Silva

Universidade Federal do Maranhão- UFMA

Mônica Elinor Alves Gama

Universidade Federal do Maranhão-UFMA

Autor para correspondência:

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

Rua do Aririzal, Qd. 1, Casa 9, Cond. Ferrazzi, Jardim El Dorado, Turu. São Luís-MA. Cep.

65073-670. E-mail: leocunhama@gmail.com.

Fonte financiadora:

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Maranhão (FAPEMA)

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ)

Ministério da Ciência e Tecnologia

RESUMO

Objetivo: Avaliar a utilização dos serviços de Atenção Básica pela população infantil no Estado do Maranhão, comparando-se a evolução dos indicadores nos últimos dez anos.

Métodos: Realizou-se um estudo descritivo, no período de julho de 2007 a janeiro de 2008, com uma amostra representativa do estado do Maranhão de 1.711 crianças, obtida por amostragem aleatória sistemática por conglomerados. Foi executado como referencial comparativo aos dados da pesquisa “Saúde, Nutrição e Mortalidade Infantil no Maranhão”, desenvolvida em 1996.

Resultados: Do total de crianças estudadas, 38,4% realizaram a consulta preventiva no 1º ano de vida, das quais (92,1%) utilizaram o Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de a grande maioria possuir o cartão da criança (86,8%), o registro de seu peso só foi observado em um percentual intermediário das mesmas (50,5%) realizada na maioria das vezes pelo Agente Comunitário de Saúde (53,9%). Observou-se que praticamente todas as variáveis tiveram incremento positivo – as consultas de puericultura no 1º ano de vida e antes do 1º mês de vida em média 10%; já o financiamento das consultas pelo SUS ascendeu de 78,6% para 92,1%. **Conclusões:** Com essa análise evolutiva na última década, observou-se a melhoria em alguns indicadores de atenção à saúde da criança no estado do Maranhão, possivelmente relacionada aos processos de implantação e aprimoramento da Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: Saúde da Criança. Atenção Básica. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the use of Primary Care Services for the child population in Maranhão State, comparing the evolution of indicators over the past ten years. **Methods:** It was conducted a descriptive study from July 2007 to January 2008 with a representative Maranhão State sample of 1711 children, obtained through systematic random sampling by conglomerates. It was realized as a comparative reference to data from the study "Health, Nutrition and Infant Mortality in Maranhão, developed in 1996. **Results:** From all children studied, 38.4% had preventive consultation in the first year of life, of which (92.1%) used the Single Health System (SUS). Although the vast majority had the child card (86.8%), the record of his weight was only observed in an intermediate percentage of them (50.5%) performed most often by the Community Health Agent (53, 9%). It was observed that practically all variables showed a positive increase - the childcare consultation in the first year of life and before the first month of life on average of 10%; while the consultations financing the SUS rose from 78.6% to 92.1 %. **Conclusions:** With this evolutionary analysis in the last decade, it was noticed the improvement of some child health care indicators in Maranhão State, possibly related to the processes of implementation and refinement of the Family Health Strategy.

Keywords: Child Health. Primary Health Care. Single Health System.

Introdução

A moderna concepção de atenção primária à saúde (APS) surgiu no Reino Unido, em 1920 no relatório Dawson (Lord Dawson of Penn, 1920), que preconizou a organização do sistema de serviços de saúde em três níveis: os centros primários de atenção à saúde, os centros secundários e os hospitais de ensino. Esta proposta passou a constituir-se na base da regionalização dos serviços de saúde organizados em bases populacionais, tendo influenciado a organização dos sistemas em vários países do mundo.

A partir de 1978, após a Conferência Mundial de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ser reconhecida como uma ação integral e permanente que deve compor os sistemas de saúde bem estruturados e comprometidos com a qualidade de vida dos cidadãos, tratando simultaneamente o indivíduo e a sua comunidade.^{1,2}

Em 1988, com a nova Constituição Federal, o sistema de saúde brasileiro passou por uma profunda transformação com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A implantação deste sistema foi resultante de um longo processo de críticas ao modelo vigente, que foi ganhando uma expressão política importante com a incorporação de diversos segmentos sociais na discussão de propostas alternativas, configurando o que se denominou de Movimento Sanitário.³

O processo de mobilização social e política, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), favoreceu, no País, a adoção do conceito ampliado de saúde. Esta passou então a ser entendida como um direito fundamental do ser humano, com garantia de vida digna e de acesso universal e igualitário às ações e serviços, compreendendo a influência de elementos determinantes e condicionantes como: condições geográficas, meio ambiente, saneamento básico, alimentação, habitação, emprego, renda, educação, garantia de

acesso aos serviços responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim, a saúde passou a ser expressa como um retrato da qualidade de vida.⁴

A ampliação do conceito de saúde, a legislação do SUS e a necessidade de atender integralmente ao usuário levaram a grandes transformações no setor saúde e nos indicadores de qualidade de vida. Tais mudanças implicaram na re-formulação do modelo assistencial organizado a partir dos serviços de Atenção Básica.^{2,5}

A atenção básica à saúde institucionalizou-se em junho de 1991, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como uma estratégia do Ministério da Saúde e da Fundação Nacional de Saúde que garantisse prioritariamente assistência ao grupo materno-infantil. Entretanto, por maiores que fossem as intervenções dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), estas estariam limitadas se não estivessem interligadas ao fluxo das ações do sistema de saúde e a um conjunto de políticas sociais mais abrangentes.⁶

Nesse contexto, o Ministério da Saúde cria em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), que surge como principal estratégia de organização da Atenção Básica, incorporando e ampliando a atuação do ACS, inserindo-os ao sistema e a uma equipe multiprofissional.^{7,8,9}

Apesar do impacto da atenção primária em saúde na redução das internações sensíveis à atenção ambulatorial em vários países, no Brasil um dos grandes contingentes para o sistema público de saúde é a população infantil, que demanda cuidados específicos para a garantia de saúde, além de doenças como pneumonias bacterianas, gastroenterites, asma, desidratação, desnutrição, deficiências nutricionais e bronquite aguda. Essas doenças infantis se configuram em condições sensíveis à atenção básica (CSAA) e respondem por mais de 90% do total dos atendimentos ambulatoriais ou internações potencialmente evitáveis. As CSAA são muitas vezes utilizadas como um indicador de barreiras e acesso do cuidado ambulatorial e da qualidade do atendimento prestado nos serviços de APS.¹⁰

Estudo realizado por Macinko et al.¹¹ sobre a evolução do impacto do Programa Saúde da Família no Brasil entre os anos de 1990 a 2002, revelou que um aumento de 10% na cobertura do PSF está associado à redução de 16,8% da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI); sem paralelo com a diminuição do analfabetismo das mulheres que se associa à redução geral de 16, 8% da TMI e com o aumento de acesso a água encanada que a cada 10% estão relacionados a 1,4% de redução da TMI.

Vale destacar que no Maranhão, o Programa Saúde da Família possui uma cobertura de 79,6%, no entanto, ainda associado a uma alta taxa de mortalidade infantil (36,73%) em relação à média brasileira (25, 23%).¹²

Surgem assim indagações com relação à qualidade dos serviços de atenção primária à saúde da criança, nos diferentes contextos locais e aos efeitos e impactos da estratégia para o grupo materno infantil. Dessa forma, há que se desenvolverem processos avaliativos pertinentes e oportunos capazes de permitir a identificação das ações e aplicabilidade dos princípios do PSF, voltados à atenção à saúde da criança, considerando-se o potencial transformador da Estratégia como reorganizadora da atenção primária e reformuladora do modelo assistencial hegemônico e biomédico.

A realização de inquéritos sanitários norteadores da situação de saúde de uma população bem com a utilização de serviços preventivos e curativos pela mesma é de fundamental importância, pois fornece informações epidemiológicas confiáveis, imprescindíveis para o adequado planejamento dos programas de saúde e avaliação da eficácia e eficiência das ações desenvolvidas.¹³

No Estado do Maranhão, ainda são poucas as informações existentes sobre a situação de saúde da população infantil e do uso dos serviços de saúde. Os dados coletados na rotina das instituições de saúde são insuficientes para se ter uma visão mais completa sobre o panorama sanitário, pois, em geral, caracterizam-se pelo sub-registro e inconsistências dos

dados. No âmbito estadual, o trabalho mais completo sobre a saúde da criança foi a Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN), realizada em 1991, com o objetivo de efetuar um diagnóstico da situação de saúde e nutrição das crianças menores de cinco anos.¹⁴ Portanto, o presente artigo tem como objetivo avaliar a utilização dos serviços de Atenção Básica pela população infantil no Estado do Maranhão, comparando-se a evolução de indicadores nos últimos dez anos.

Métodos

Trata-se de um estudo de campo, descritivo, com abordagem quantitativa, constituindo parte de um projeto ampliado, intitulado “Situação de Saúde no Maranhão”, que estudou diversos indicadores de saúde da população maranhense, no período de julho de 2007 a janeiro de 2008.

O evento considerado para definição do tamanho amostral foi DESNUTRIÇÃO (24% de ocorrência), tendo-se como referencial o resultado encontrado para essa variável em pesquisa também de base populacional realizada por Tonial, Silva¹⁵ no Maranhão. A amostra calculada foi de 1.711 crianças, obtida por amostragem aleatória sistemática por conglomerados; considerando o tamanho amostral, foram entrevistadas 57 crianças em cada conglomerado. Com este tamanho de amostra o estudo foi capaz de avaliar os indicadores de saúde com uma margem de erro em geral inferior a 3%. O efeito do desenho foi de 2, o intervalo de confiança de 95%, nível de significância de 5% e precisão das estimativas de 3%.

Utilizou-se um processo de amostragem aleatória sistemática de conglomerados, em estágios múltiplos, com três etapas. Na primeira etapa foram sorteados os municípios do Estado do Maranhão, sendo elaborada uma listagem acumulada de municípios e suas respectivas populações, estimadas para o ano de 2006, de acordo com o último Censo

Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponibilizado pela instituição.

Foram sorteados 30 conglomerados com vistas a uma distribuição normal. O processo de amostragem por conglomerados possibilitou que os municípios, com maior população, tivessem maior probabilidade de serem escolhidos, ou até sorteados mais de uma vez, como ocorreu em São Luís, capital do Estado, que possui 3 conglomerados computados no estudo. Os 28 municípios sorteados apresentam-se distribuídos aleatoriamente nas regiões geográficas do Estado.

No segundo estágio foram sorteados os setores censitários dentro de cada município, a partir de uma listagem dos setores fornecida pelo IBGE. Em cada conglomerado foram sorteados sete setores para visita e mais dois setores reservas, a serem utilizados em casos excepcionais, quando da impossibilidade de acesso ao setor sorteado, pois a pesquisa estava prevista para ser realizada em período chuvoso, passível de problemas de acesso geográfico. No terceiro estágio foi sorteado o ponto inicial dentro de cada setor, a partir do qual certo número de domicílios foi visitado.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário contendo variáveis específicas da criança construídas no projeto “Situação de Saúde no Estado do Maranhão”, sendo as definições utilizadas presentes no manual do entrevistador. Foi desenvolvido projeto-piloto para garantir unidade no momento da coleta das informações e desenvolvimento das etapas definidas para o trabalho de campo. Foram selecionadas para essa análise variáveis referentes à utilização dos serviços de saúde no âmbito da atenção primária à saúde da criança (consulta de puericultura: no primeiro ano de vida, antes do primeiro mês de vida, formas de financiamento; posse do cartão/caderneta da criança, registro da pesagem e profissional que realizou a pesagem).

Foram utilizados percentuais descritivos. Para digitação e processamento de dados foi utilizado o programa Epi-Info 2.002 do CDC, de Atlanta, EUA.¹⁶

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

Resultados

Essa pesquisa fez parte de um objeto de estudo ampliado a fim de observar as mudanças transcorridas nos últimos dez anos (considerando os resultados observados na pesquisa “Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão”, realizada em 1996. Assim, a seguir traçamos paralelo entre as variáveis, com vistas a observar o processo evolutivo dos indicadores da utilização dos serviços de saúde no âmbito da atenção primária à saúde da criança. Destaca-se que a estruturação metodológica e desenvolvimento dos estudos seguiram o mesmo padrão.

No quadro 1, estão dispostas as características em relação à consulta de puericultura: sua realização no primeiro ano de vida sofreu incremento positivo de 11,4% de 1996 a 2007; antes do primeiro mês de vida um percentual um pouco menor (10,9%). Aos que fizeram consultas de puericultura, foi questionada a forma de financiamento observando-se que a maioria acessou o SUS, com aumento de 13,5% em relação à última década.

A seguir serão apresentadas as variáveis relativas à Estratégia Saúde da Família, avaliadas no presente estudo, não sendo possível traçar paralelo com o estudo anterior tendo em vista não terem sido abordadas na época.

O quadro 2 apresenta dados relativos à posse do cartão ou caderneta da criança, comprovada em 86,8% das crianças pela apresentação do mesmo pelas mães.

Quanto à pesagem (relato e registro) nos últimos três meses, observou-se que 76,8% das crianças foram pesadas, sendo identificado o registro no cartão/caderneta da

criança em cerca de 50%. A maioria destas crianças foi pesada pelo Agente Comunitário de Saúde, merecendo destaque que 21,9% não foram pesadas (Quadro 3).

Discussão

Nesse estudo, destaca-se como relevante o incremento no percentual de crianças que compareceram a consultas de puericultura no 1º ano de vida em relação à década passada, porém, observando-se estudos nacionais constata-se que esse indicador em nosso Estado compromete a garantia da atenção integral a saúde das crianças maranhenses. As consultas preventivas no primeiro ano de vida contribuem para prevenção e controle da desnutrição, doenças comuns na infância e da mortalidade infantil, reduzindo em muitos casos as chances de hospitalização.^{17,18,19}

A atenção à saúde da criança no primeiro ano de vida é essencial para o crescimento e desenvolvimento saudável desta, uma vez que neste período é que se processam as principais e mais rápidas transformações estruturais e comportamentais. Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil”, que entre outras coisas ressalta o cuidado que se deve ter após o nascimento de uma criança, ou seja, é preconizado que todo recém nascido deve na “Primeira Semana de Saúde Integral”, ser acolhido na Unidade Básica de Saúde para checagem dos cuidados para mãe e para o bebê, ressaltando-se a importância dessa abordagem na primeira semana de vida e primeiro mês, que é quando ocorre a maioria dos problemas que levam ao desmame precoce.²⁰

Estudos realizados sobre a evolução da assistência materno- infantil na cidade de São Paulo revelaram que as consultas de prevenção no 1º ano de vida em 1984 foram equivalentes a 76% e em 1996% atingiu 84,2% da população. Nesses mesmos estudos, nota-se que as crianças que tiveram acesso a seis e mais consultas diferiu de acordo com a renda

familiar. Nas famílias de maior renda esse grupo correspondeu a 90,2%, enquanto no grupo de menor renda essa taxa caiu para 73,9%.²¹

Em Niterói, no Rio de Janeiro, 100% das mães entrevistadas sobre a frequência de visita ao pediatra, consultaram suas crianças no 1º ano de vida, sendo que 82%, as levaram por rotina para monitoramento da saúde e apenas 18% por motivo de doença.²² Em Pelotas, no Rio Grande do Sul, o percentual de crianças que realizaram consultas preventivas em 1996 foi de 98,5%.²³

Uma pesquisa realizada sobre a cobertura de puericultura e fatores associados em São Luís do Maranhão, no ano de 1994, revelou que a cobertura de consultas preventivas no 1º ano de vida para a população estudadas (crianças de 1 a 23 meses) compreendeu 80%, sendo que 81% das crianças utilizaram o SUS para o atendimento e apenas 15% utilizaram o seguro-saúde.²⁴

A não realização de consultas preventivas no 1º ano de vida pode estar associada às diversas dificuldades encontradas nos serviços de saúde, como a distância e o meio de transporte disponível, o horário de atendimento nas unidades básicas de saúde, a disponibilidade de profissionais e a incompatibilidade com o tamanho da população e sua demanda específica de saúde.^{25,26}

A grande quantidade de filhos e o curto espaço interpatal podem influenciar também no acompanhamento de saúde durante o primeiro ano de vida dessas crianças, pois em famílias com tal perfil, as mães tendem a ser mais ocupadas com o grande número de filhos, ou por já serem mais experientes no assunto, acreditam que já sabe como cuidar dos seus filhos, e tem casos que mesmo quando a criança adoece, por já ter passado por situação parecida com outro filho, ela não leva a criança a consultar e termina por repetir o mesmo tratamento (por conta própria) que fez com o anterior.²⁷

O cartão da criança é um instrumento importante para vigilância e acompanhamento de crianças, particularmente no que se diz ao estado antropométrico e à situação de vacinação. Ao se analisar a posse do cartão da criança, observou-se que 86,8% das crianças possuíam o mesmo, sendo visto pelo entrevistador, percentual superior ao observado por Carvalho et al.²⁸, em Pernambuco no ano de 1998, que encontrou 81,2 % das crianças com cartão (visto pelo pesquisador), 15, 1% com relato de posse e 3,7% sem cartão. Porém, em relação ao registro da pesagem observou-se um percentual de 53,1%, superior ao observado nesta pesquisa (50,5%).

Analisando-se evolutivamente os indicadores de atenção à saúde da criança, pode-se concluir que os incrementos positivos devem ser relacionados ao fortalecimento da Estratégia Saúde da Família em nosso País na última década, apresentando um padrão de expansão acelerada de cobertura no Maranhão em 1994 (0,5%), em 1996 (2%) e em 2007 (75,5%).²⁹ O fortalecimento do SUS ao longo da última década se confirma em nossa pesquisa onde mais de 90% da população utiliza os serviços públicos de saúde – estudos mostram que o sistema atende mais de 150 milhões de brasileiros (cerca de 90% da população).³⁰

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Maranhão (FAPEMA), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e ao Ministério da Ciência e Tecnologia.

Referências

1. Bezerra-Filho JG, Kerr-Pontes LRS, Barreto ML. Mortalidade infantil e contexto socioeconômico no Ceará, Brasil, no período de 1991 a 2001. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2007; 7(2): 135-142.
2. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p.783-836.
3. Coelho JGL. Reforma sanitária: estratégias políticas para a constituinte. In: Felury S, Bahia L, Amarante P. *Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária*. Rio e Janeiro: CEBES; 2007. p. 185-198.
4. Cunha JPP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde: princípios. In: Brasil. Ministério da Saúde: gestão municipal de saúde: textos básicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001. p. 285-304.
5. Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Manuel Suárez J. *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
6. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, DF: FNS; 1994.
7. Cavalcante MGS, Samico I, Frias PG, Vidal SA. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2006; 6(4): 437-445.
8. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. *Saúde mais perto: os programas e as formas de financiamento para os municípios*. Brasília, DF: FNS; 2001.
9. Rocha DML, Ferreira RCB, Silva SMF. Programa de interiorização do trabalho em Saúde no Maranhão: avanços e desafios [dissertação]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2002.
10. Perpétuo IHO, Wong LR. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: Seminário Sobre A Economia Mineira 12. Diamantina: UFMG/CEDEPLAR; 2006.
11. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Heath.* 2006; 60: 13-19.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Cobertura do Programa Saúde da Família: Maranhão. [acesso em: 13 out. 2009]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab>.

13. Noronha Neto C, Souza ASR. Ao editor. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2009; 9(4): 487-488.
14. Fundo Das Nações Unidas para a Infância. Saúde e nutrição das crianças nordestinas: pesquisas estaduais 1987-1992. Brasília, DF: FUNICEF; 1995.
15. Tonial SR, Silva AAM. Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão. São Luís: UFMA; 1997.
16. Dean AG, Dean JA, Burton AH, Dicker RC. Epiinfo, versão 6: um sistema de processamento de texto, banco de dados e estatística para computadores. São Paulo: Centers of Disease Control; 1994.
17. Santos SR, Cunha AJLA, Gambá CM, Machado FG, Leal Filho JMM, Moreira NLM. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região sudoeste do Brasil. Rev. Saúde Pública. 2000; 34(3): 266-71.
18. Novaczyk AB, Dias NS, Gaíva MAM. Atenção à saúde da criança na rede básica: análise de dissertações e teses de enfermagem. Rev. Eletr. Enf. 2008; 10(4): 1124-37.
19. Silva ACMA, Villar MAM, Wullaume SM, Cardoso MHCA. Perspectivas de médicos do Programa de Saúde da Família acerca de linhas de cuidados propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(2): 349-358.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Termo de referência para o estudo de linha de base dos municípios selecionados para o componente I do PROESF. Brasília, DF: MS; 2004.
21. Monteiro CA, França Junior I, Conde WL. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984-1996). Ver Saúde Publica. 2000; 34(6): 19-25.
22. Barroso SE, Miasato JM, Graça TCA. Avaliação de frequência de visitas ao pediatra x visitas ao odontopediatra em unidade básica de saúde do município de Niterói-RJ. J Bras Odontoped Odonto Bebe. 2001; 3(14): 324-327.
23. Costa JSD, Madeira ACC, Manzolli PP, Luz RM, Britto MAP, Sallaberry DD. Diagnóstico das condições de saúde e assistência médica das crianças na Vila Santos Dumont, Pelotas, RS. Revista AMRIGS. 2001; 4(1,2): 33-39.
24. Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Cobertura de puericultura e fatores associados em São Luís (Maranhão), Brasil. Rev Panam Salud Publica. 1999; 6(4): 266-272.
25. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização d serviços de saúde no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva. 2000; 5(1): 133-149.

26. Castro MSM. Utilização das internações hospitalares no Brasil: fatores associados, grandes usuários, reinternações e efeito da oferta de serviços sobre o uso. [tese]. São Paulo: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
27. Costa MCN, Mota ELA, Paim JS, Silva LMV, Teixeira MG, Mendes CMC. Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica. Rev Saúde Pub. 2003; 37(6): 699-706.
28. Carvalho MF, Lira PIC, Romani SAM, Santos IS, Veras AAC, Batista Filho M. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(3): 676-685.
29. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. J. Epidemiol Community Health. 2006; 60: 13-19.
30. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. Brasília, DF: CONASS; 2006.

Quadro 1 – Evolução dos indicadores de utilização de serviços preventivos pela população infantil na última década - Pesquisas “Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão” – 1996 e “Situação de Saúde no Maranhão” – 2007

VARIÁVEIS	1996 (%)	2007 (%)
Consulta de puericultura no primeiro ano de vida	27,0	38,4
Consulta de puericultura antes do primeiro mês de vida	24,7	35,6
Consultas no SUS	78,6	92,1
Consultas em serviços privados	12,9	2,0
Consultas em serviços privados e/ou filantrópicos conveniados ao SUS	8,6	1,8

Quadro 2 - Distribuição das 1.711 crianças entrevistadas, segundo a posse do cartão/caderneta da criança. Maranhão, 2007

VARIÁVEIS	%
Posse do cartão/caderneta da criança	
Sim, visto pelo pesquisador	86,8
Sim, não apresentado ao pesquisador	10,5
Não, perdeu	1,9
Não, nunca teve	0,7
Não sabe referir	0,1

Quadro 3 - Distribuição das 1.711 crianças entrevistadas, segundo a pesagem e o profissional que a realizou nos últimos três meses. Maranhão, 2007

VARIÁVEIS	%
Registro de pesagem	
Sim, registro no cartão	50,5
Sim, não registrado	26,3
Não	21,9
Não sabe	1,1
Profissional que realizou a pesagem	
ACS	53,9
Enfermeiro	8,8
Médico	3,7
Outro	8,4
Não foi pesada	21,9
Não sabe	3,3

Cunha, Carlos Leonardo Figueiredo

Utilização dos serviços de atenção básica à saúde, pela população infantil, no estado do Maranhão / Carlos Leonardo Figueiredo Cunha. – São Luís, 2010.

73 f. : il.

Orientador: Dr. Raimundo Antonio da Silva

Dissertação (Mestrado) – Mestrado em Saúde Materno Infantil, Universidade Federal do Maranhão.

1. Atenção básica – Saúde II. Silva, Raimundo Antonio da (Orientador) I. Título

CDU 614