

Acompanhamento e crescimento das crianças maranhenses com ênfase nas ações das equipes de saúde da família

Monitoring and growth of children in Maranhao with emphasis on the actions of family health teams

Natália Martins de Almeida ¹
 Maria Iêda Gomes Vanderlei ²
 Carlos Leonardo Figueiredo Cunha ³
 Mônica Elinor Alves Gama ⁴
 Sueli Rosina Tonial ⁵

Resumo

A população infantil de uma localidade constitui-se um grupo de risco para os agravos de saúde e o estado de saúde da criança é reflexo das condições de vida da comunidade em que vive. Através do acompanhamento do crescimento infantil é possível identificar as crianças em maior risco de morbimortalidade, prevenindo precocemente a desnutrição e contribuindo assim para redução da taxa de mortalidade infantil. Este trabalho tem como objetivo estudar o acompanhamento do crescimento das crianças maranhenses, com destaque para as ações da equipe de Saúde da Família. Trata-se de um estudo descritivo Saúde Materno Infantil no Maranhão. Foram sorteados 30 conglomerados e foi obtida amostra representativa de 1.712 crianças. O cartão/caderneta da criança foi apresentado por 81,8% das mães/cuidadores e o percentual de crianças pesadas no último trimestre chegou a 76,8%, sendo que em 50,5% foi identificado o registro do peso. O principal responsável pela pesagem foi o agente comunitário de saúde, relatado em 53,9% dos casos. Nos 30 dias que antecederam a entrevista, 62,4% das mães/cuidadores relataram ter recebido visita no domicílio de profissionais do PSF – nessa visita referida, 66% das crianças foram pesadas.

Abstract

Children health status is a reflection of the conditions of life in the community which they live. Through the monitoring of child growth is possible to identify children at higher risk of morbidity and mortality, preventing early malnutrition and thereby contributing to the reduction of infant mortality rate. This work aims to study the growth monitoring of children in Maranhao, highlighting the actions of the Family Health Team. This is a descriptive study in Child and Women Health in Maranhão. 30 clusters were randomly selected and representative sample was obtained for 1,712 children. The card/passbook child was presented by 81.8 % of mothers/caregivers and the percentage of children weighed in the last quarter was 76.8%, and 50.5% was identified in the record weight. The chief was weighing the community health agent, reported in 53.9% of cases. In the 30 days preceding the interview, 62.4 % of mothers/caregivers reported receiving visits at home from the Family Health Programme (FHP), and in this visit 66 % of children were weighed.

Descritores: Saúde da família. Saúde da criança. Visita domiciliar.

Keywords: Family health. Child health. Home visit

¹ **Nutricionista. Especialista em Saúde da Família. Faculdade Laboro.**

² **Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão.**

³ **Enfermeiro. Doutorando em Saúde Coletiva. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio de Janeiro**

⁴ **Médica. Professora Doutora do Departamento de Medicina da Universidade Federal do Maranhão**

⁵ **Nutricionista. Professora Doutora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão**

Para correspondência:
 Natália Martins de Almeida
 E-mail: n.martinsdealmeida@gmail.com

Data da Submissão: 14/05/2013
 Data do Aceite: 11/08/2013

Introdução

A população infantil de uma localidade constitui-se num grupo de risco para os agravos de saúde e o estado de saúde da criança é reflexo das condições de vida da comunidade em que vive¹. Por esta razão os cuidados com a saúde infantil estão entre as ações essenciais do Ministério da Saúde, objetivando prover qualidade de vida para as crianças crescerem e desenvolverem todo o seu potencial². O acompanhamento do crescimento é uma das cinco ações básicas priorizadas pelo Ministério da Saúde para incrementar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde na atenção à criança³.

O acompanhamento do crescimento permite a avaliação periódica do ganho de peso da criança, sendo possível identificar aquelas em maior risco de morbimortalidade, prevenindo precocemente a desnutrição e contribuindo assim para redução da taxa de mortalidade infantil⁴.

Para o acompanhamento do crescimento toda criança deve receber a Caderneta de Saúde da Criança e as informações obtidas nos atendimentos devem ser registradas neste documento para que seja realizado o acompanhamento do estado de saúde geral da criança^{2,5}.

A utilização da Caderneta de Saúde da Criança conforme preconizado pelo MS possibilita a avaliação constante da qualidade da atenção oferecida às crianças pelo serviço de saúde⁶. O acompanhamento do crescimento quando realizado desde as primeiras consultas da criança e, sendo cumprida a sua periodicidade, garante a efetividade e o impacto desta ação sobre o perfil epidemiológico da nutrição infantil, sobre a qualidade de vida e sobre a mortalidade infantil⁴.

Nos primeiros anos de vida a criança vive uma fase de crescimento rápido e essa etapa representa um dos períodos da vida em que os agravos podem provocar maiores repercussões na saúde, podendo interferir inclusive na capacidade da criança de atingir seu potencial de crescimento⁷.

A atuação da equipe de Saúde da Família ampliou o acesso da população infantil ao serviço de saúde, uma vez que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) residindo na comunidade tem melhores condições de acompanhar os usuários⁸.

Atenção à saúde

Os sistemas de serviços de saúde têm como metas conhecer a causa das enfermidades e o manejo

das doenças para otimizar a saúde da população e tornar igualitário o acesso aos serviços de saúde pelos diferentes grupos populacionais, para que todos possam alcançar um nível ótimo de saúde⁹.

No Brasil, a Atenção Básica constitui-se nas ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção da saúde, no âmbito individual e coletivo. Busca promover a saúde, prevenir e tratar doenças, de modo a reduzir danos ou sofrimentos do sujeito que possam comprometer suas possibilidades de ter uma vida saudável. A operacionalização da Atenção Básica se deu por meio da definição de áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional, e entre elas está a saúde da criança¹⁰.

A atenção primária lida com os problemas mais comuns e menos definidos. Os pacientes têm acesso direto a uma fonte adequada de atenção que é continuada ao longo do tempo, para diversos problemas e que inclui a necessidades de serviços preventivos⁹.

A Atenção Básica tem entre seus fundamentos efetivar a integralidade através da integração de ações programáticas e demanda espontânea e, estimular a participação popular e o controle social. Para realização das ações da Atenção Básica nos municípios é necessário uma Unidade Básica de Saúde com equipe multiprofissional e insumos necessários para o funcionamento dessa unidade, além da garantia do fluxo de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio terapêutico e diagnóstico, ambulatorial e hospitalar. A equipe multiprofissional deve ser composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde¹⁰.

O Programa Saúde da Família se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da Atenção Básica no Brasil. Nos territórios onde atuam as equipes de Saúde da Família, a Estratégia Saúde da Família deve realizar o cadastramento domiciliar, o diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo¹⁰.

As atribuições específicas dos membros das equipes de Atenção Básica devem ser normatizadas pelos municípios de acordo com as prioridades definidas pela gestão e as prioridades pactuadas. A Política Nacional de Atenção Básica descreve atribuições globais para os profissionais das Equipes de Saúde da Família, a serem complementadas pelas atribuições locais. Entre

elas está o mapeamento da área de atuação da equipe, com identificação das situações prioritárias para acompanhamento; a realização do cuidado à saúde da população no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e em outros espaços comunitários quando necessário; e a realização de ações de atenção integral conforme a necessidade local¹⁰.

É atribuição específica do ACS acompanhar, por meio da visita domiciliar, todas as famílias sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe. Na visita domiciliar o ACS deve desenvolver ações de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos e de vigilância à saúde; junto às visitas domiciliares podem ser desenvolvidas ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade visando à promoção da saúde¹⁰.

Desde os anos 20 a visita domiciliar vem sendo realizada pelos profissionais de saúde, inicialmente com intuito de fiscalizar os domicílios para erradicação das epidemias de doenças infecto-contagiosas. Hoje a visita domiciliar é um instrumento para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde. A visita domiciliar permite uma assistência integral, uma abordagem ao indivíduo a partir de seu contexto social; para isso se faz necessário o estabelecimento do vínculo profissional/família, com respeito às crenças e valores já estabelecidos¹¹.

Na visita domiciliar os atendimentos são geralmente de longo prazo e permitem que a família e a comunidade se reconheçam como importante para o processo de assistência e promoção da saúde¹².

Acompanhamento do crescimento infantil

O crescimento é o um processo biológico contínuo, mas não constante, que resulta da interação de fatores genéticos, ambientais, emocionais e nutricionais. O potencial de crescimento é determinado pelo patrimônio genético; porém este potencial pode não ser alcançado, quando há influência direta ou indireta de fatores externos como doenças, fraco vínculo mãe-filho e tabus alimentares⁷.

A velocidade do crescimento apresenta variações nas diversas fases da vida. Após o período intra-uterino, os cinco primeiros anos de vida são considerados o período de maior velocidade de crescimento, e portanto, o mais vulnerável aos distúrbios do crescimento. O crescimento é considerado um dos melhores indicadores de saúde da criança, por sua estreita dependência com os fatores ambientais, refletindo as condições de vida

atual e pregressa. O Calendário Mínimo de Consultas para a Assistência à Saúde da Criança preconiza doze consultas até o 5º ano de vida, sendo sete consultas nos primeiros doze meses³.

O acompanhamento do crescimento é uma das linhas de cuidado da atenção integral à saúde da criança. Para tal cuidado toda criança deve receber o Cartão da Criança para registro do peso, estatura, desenvolvimento, vacinação e intercorrências clínicas. Toda a equipe de saúde deve estar capacitada para realizar esse acompanhamento, identificando as crianças de risco e fazendo busca ativa das crianças faltosas ao calendário de acompanhamento e fornecendo à família orientações sobre os cuidados com a criança².

O Cartão da Criança é o instrumento mais adequado para o acompanhamento do crescimento da criança, pois permite o registro periódico do seu peso e das repercussões desse peso no seu estado de saúde (intercorrências clínicas e agravos). O primeiro Cartão da Criança foi elaborado pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC/MS) em 1984, para o acompanhamento individual das crianças de 0 a 6 anos nas unidades de saúde e para o diagnóstico presumível da desnutrição energético-proteica, realizado através do indicador peso/idade³.

O Cartão da Criança foi reformulado diversas vezes e em 2005 foi transformado na Caderneta de Saúde da Criança com o objetivo de promover a vigilância à saúde integral da criança. A faixa etária para o acompanhamento foi ampliada até os 10 anos e foram incluídas no documento informações sobre a gravidez, o parto e o puerpério, gráficos para acompanhamento do perímetro cefálico e da estatura, orientações sobre uma alimentação saudável além de informações sobre os cuidados com a criança. A Caderneta permite anotações de intercorrências clínicas, tratamentos efetuados, suplementação profilática de ferro e vitamina A e apresenta o calendário básico de vacinação⁵.

A Caderneta de Saúde da Criança deve ser entregue ainda na maternidade e preenchida desde então com os dados pessoais e as informações sobre o nascimento. Essas informações serão um referencial para as consultas de acompanhamento. Qualquer que seja o motivo pelo qual a criança compareça ao serviço de saúde, este momento deve ser tido como uma oportunidade para avaliar integralmente a criança e promover sua saúde; o acompanhamento do

crescimento constitui o eixo central do atendimento⁵.

Cada criança deve possuir apenas uma Caderneta, que deve ser levada em todas as consultas para o acompanhamento sistemático da saúde da criança; é importante que a família compreenda as informações sobre a história de saúde da criança contidas no documento para que participem ativamente do cuidado à criança³.

Goulart et al¹³ demonstraram que a maioria das mães que não recebiam orientações sobre a Caderneta de Saúde da Criança na maternidade dificilmente atribuíam alguma função para o documento; aquelas que recebiam orientações e atribuíam função à caderneta, em geral associavam o documento ao acompanhamento do crescimento e/ou desenvolvimento da criança.

Para promover saúde é necessário conhecer as ações desenvolvidas e a eficácia dessas ações. A posse do cartão da criança possibilita o acompanhamento efetivo do crescimento, pois com o registro do peso no documento o acompanhamento pode ser desenvolvido por qualquer profissional que venha a atender a criança. A prática da visita domiciliar pode viabilizar a frequência mais efetiva desse acompanhamento e ainda sensibilizar as famílias da importância de se acompanhar o crescimento das crianças. Conhecer a cobertura das ações de acompanhamento do crescimento, através da posse do cartão/caderneta da criança e da pesagem periódica da criança, torna-se necessário para que se compreenda o processo do crescimento e se avalie os fatores que podem interferir nesse processo.

O presente artigo tem como objetivo estudar o acompanhamento do crescimento das crianças, com destaque para as ações da equipe de Saúde da Família no Estado do Maranhão.

Metodologia

Realizou-se estudo transversal, com abordagem quantitativa, procedendo-se a coleta de dados nos meses de julho de 2007 a janeiro de 2008. Esse estudo trata-se de um recorte de uma grande pesquisa de base populacional no estado do Maranhão com o objetivo maior de avaliar a Situação de Saúde Materno-infantil no Estado. O foco do presente recorte é a avaliação da utilização dos serviços de saúde pela população infantil; a amostra é representativa do Estado do Maranhão perfazendo o total de 1712 crianças de zero a cinco anos.

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 e Silva¹¹ no Maranhão. A amostra calculada foi de 1.712 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%. Não houve cálculo amostral diferenciando faixas etárias

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.

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 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (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. No caso de recusa, óbito ou domicílio sem criança na faixa etária do estudo, domicílios seguintes foram visitados até completar a amostra.

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 a sexo, idade, zona de residência, situação conjugal da mãe, renda familiar, escolaridade materna e ocupação da mãe para traçar o perfil demográfico e sócio-econômico das famílias. Para verificar o acompanhamento do crescimento foi questionada às mães ou cuidadores a posse do cartão ou caderneta da criança, a pesagem da criança no último trimestre, bem como o registro desse peso, a ocorrência de visita domiciliar da Equipe de Saúde da Família, visita da equipe nos mês anterior à entrevista e a pesagem da criança na última visita. Priorizou-se a mãe como informante ou o responsável direto pelos cuidados com a criança. Para todos os dados coletados foram consideradas as informações prestadas convalidadas quando descritas no cartão/caderneta da criança, visando reduzir viés de memória dado o período transcorrido.

Foram utilizados percentuais descritivos. Para digitação e processamento de dados foi utilizado o programa Epi-Info 2.002 do CDC, de Atlanta, EUA¹⁴. Para avaliar as mudanças transcorridas nos últimos dez anos, foram considerados os resultados observados na pesquisa "Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão", realizada em 1996, cuja estruturação metodológica e desenvolvimento seguiram o mesmo padrão da pesquisa atual.

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob o registro nº 33104-747/2006, sendo emitido o parecer favorável para realização da pesquisa em 20 de outubro de 2006.

Resultados e Discussão

Em 1996, Tonial e Silva¹⁵ realizaram a pesquisa Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão, que traçou o perfil de saúde da primeira infância no Estado. O presente estudo foi desenvolvido a partir de metodologia semelhante as das autoras¹⁵, sendo, portanto, possível comparar os principais resultados encontrados para a referida população.

A amostra em 2007 foi de 1712 crianças, com faixa etária predominante entre 2 e 5 anos (52,6%) (figura 1). Dentre as 1712 crianças o sexo predominante foi o masculino (51,9%). Na pesquisa realizada em 1996, por Tonial e Silva¹⁵, a amostra final

compôs-se de 1290 crianças menores de cinco anos, predominando a faixa etária de 2 e 5 anos (57,9%) e o sexo feminino (50,7%). O presente estudo demonstra que 54,9% das crianças residem na zona urbana, enquanto o maior percentual em 1996 (56,7%) encontrava-se na zona rural (tabela 1). Chama a atenção o atual predomínio da população residindo na zona urbana condizente com a urbanização das populações já demonstrada em uma análise da população brasileira com base nos Censos 1940 e 2000¹⁶. Mais da metade das mães referiu morar com o companheiro, sendo 27,3% casadas e 50,4% em união consensual. A renda da maioria das famílias foi menor que um salário mínimo (58,5%); apenas 14,1% das famílias apresentaram uma renda total entre 2 e 5 salários mínimos (tabela 2).

Em relação à pesquisa de 1996¹⁵, devem-se destacar algumas mudanças relevantes nos indicadores – há dez anos, havia quase o dobro de mulheres referindo união formal, 46,3% (tabela 1). As Estatísticas do Registro Civil 2002 demonstraram que desde então o brasileiro está trocando o casamento oficial pela união informal¹⁷.

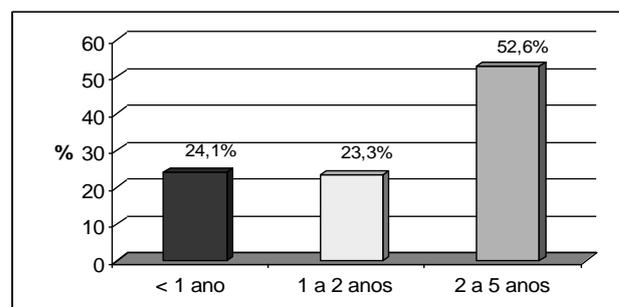


Figura 1. Distribuição das 1712 crianças, por faixa etária, Maranhão, 2007.

Fonte: Pesquisa direta

Com relação à renda familiar, observa-se um aumento de 9,4% no número de famílias que vivem com um salário mínimo ou menos, comparando-se com os dados de 1996, onde esse percentual foi de 49,1%. Os resultados de 2007 colocam o Estado do Maranhão ainda como um dos mais pobres do país (58,5% das famílias com renda inferior a 1 salário mínimo); a Síntese dos Indicadores da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, registrou que dentre 14.268 famílias nordestinas 25% viviam com renda de até 1 salário mínimo, enquanto o percentual de famílias brasileiras com a mesma renda era de apenas 12,6%, dentre 56.454 famílias¹⁸.

A escolaridade das mães foi, em 2007, em sua maioria superior a 5 anos de estudo, 33,2% das mães estudaram entre 5 e 8 anos e 32% entre 9 e 11 anos; o percentual de mães sem escolaridade foi de apenas 7,5%. Quanto à situação de trabalho, 61,2% das mães relatou não trabalhar fora de casa (tabela 2). Vieira et al.⁶ demonstraram que quando as mães não se ausentam do domicílio para trabalhar as crianças são mais acompanhadas pelos serviços de saúde.

A escolaridade materna que predominava em 1996, era de 1 a 4 anos de estudo; em 2007, o predomínio foi de mães que estudaram mais de 5 anos, com destaque para 32% de mães com escolaridade entre 9 e 11 anos de estudo, percentual que em 1996 era de 17,2% (tabela 1). Esse aumento na escolaridade acompanha a tendência nacional apresentada pela última Pesquisa Nacional de

	1996 ⁽¹⁵⁾		2007	
	N	%	n	%
Faixa etária	1290	100,0	1712	100,0
0 a 11 meses	747	21,1	413	24,1
12 a 23 meses	271	21,0	399	23,3
24 a 59 meses	272	57,9	900	52,6
Sexo	1290	100,0	1712	100,0
Masculino	636	49,3	889	51,9
Feminino	654	50,7	823	48,1
Zona de residência	1290	100,0	1712	100,0
Rural	732	56,7	772	45,1
Urbana	558	43,3	940	54,9
Situação conjugal da mãe	1285	100,0	1709	100,0
Sim, casada	595	46,3	467	27,3
Sim, união consensual	433	33,7	863	50,4
Solteira	172	13,4	296	17,3
Separada	69	5,4	57	3,3
Viúva	16	1,2	26	1,5
Renda familiar	1260	100,0	1712	100,0
< 1 salário mínimo	619	49,1	993	58,5
1 a 1,9 salários mínimos	272	21,6	416	24,5
2 a 4,9 salários mínimos	260	20,6	239	14,1
5 + salários mínimos	109	8,7	49	2,9
Escolaridade materna	1270	100,0	1712	100,0
Sem escolaridade	310	24,4	129	7,5
1 a 4 anos de estudo	362	28,5	412	24,1
5 a 8 anos de estudo	360	28,3	569	33,2
9 a 11 anos de estudo	220	17,3	547	32,0
12 anos ou mais de estudo	18	1,4	55	3,2
Trabalho materno fora do lar	1274	100,0	1708	100,0
Sim	345	27,1	663	38,8
Não	929	72,9	1045	61,2

Tabela 1. Perfil demográfico e sócio-econômico das crianças menores de cinco anos. Maranhão, 1996¹⁵ e 2007.

Fonte: Pesquisa direta

Demografia e Saúde (PNDS) que demonstrou 32,1% das mulheres brasileiras com escolaridade superior a 9 anos de estudo¹⁹.

O percentual de mães que se ausentam do lar para trabalhar, em 2007, foi de 38,8%, quando

	n	%
Situação conjugal da mãe	1709	100,0
Casada	467	27,3
União consensual	863	50,4
Solteira	296	17,3
Separada	57	3,3
Viúva	26	1,5
Renda familiar	1712	100,0
< 1 salário mínimo	993	58,5
1 a 1,9 salários mínimos	416	24,5
2 a 4,9 salários mínimos	239	14,1
5 + salários mínimos	49	2,9
Escolaridade materna	1712	100,0
Sem escolaridade	129	7,5
1 a 4 anos de estudo	412	24,1
5 a 8 anos de estudo	569	33,2
9 a 11 anos de estudo	547	32,0
12 anos ou mais de estudo	55	3,2
Trabalho materno fora do lar	1708	100,0
Sim	663	38,8
Não	1045	61,2

Tabela 2. Perfil sócio-econômico das 1712 crianças. Maranhão, 2007.

Fonte: Pesquisa direta

comparado a 1996 (27,1%), observa-se um aumento de 11,7% (tabela 1). Esse aumento ratifica os dados divulgados pela última PNDS, onde foi observado o crescimento do número de mulheres brasileiras que trabalham fora de suas residências¹⁹.

Entre as 1712 crianças entrevistadas em 2007 o cartão/caderneta da criança foi apresentado por 81,8% das mães/cuidadores e apenas 5,5% referiram nunca ter tido esse documento (figura 2).

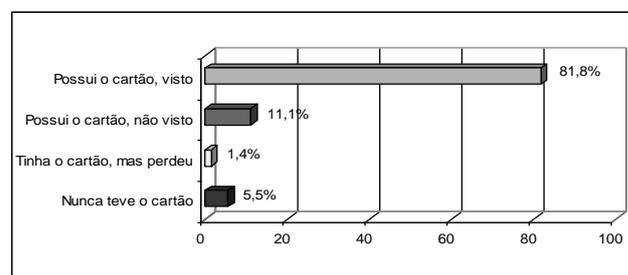


Figura 2. Distribuição das 1712 crianças segundo a posse do cartão/caderneta da criança. Maranhão, 2007

Fonte: Pesquisa direta

Desde a década de 80, o Ministério da Saúde preconiza que todas as crianças devem receber o cartão/caderneta da criança para que o seu crescimento possa ser acompanhado; o documento deve ser recebido preferencialmente ainda na

maternidade, para que haja o registro de dados fidedignos da gestação e do parto³. Em uma década observa-se no Estado um aumento de 19,9% no percentual de mães/cuidadores que apresentaram o cartão/caderneta, indicando ampliação no acompanhamento do crescimento das crianças maranhenses (tabela 3). A posse do cartão/caderneta da criança torna as ações de acompanhamento mais sistemáticas, viabilizando a continuidade desse processo.

Quando relacionada a posse do cartão/caderneta com a zona de residência observa-se que, em 2007, o maior percentual de crianças possuindo o documento se deu na zona rural (96%). Entre as famílias com renda menor que 1 salário mínimo houve o maior percentual de crianças que possuíam o cartão/caderneta da criança (93,6%). As mães que relataram ter entre 1 e 4 anos de estudo apresentaram o maior percentual de posse do cartão/caderneta (figura 3).

Destaca-se que em 1996, esses dados foram invertidos - os maiores percentuais de posse apresentaram-se na zona urbana, entre as famílias com renda superior a 5 salários mínimos e pelas mães com 12 anos ou mais de estudo (tabela 4).

Estas mudanças podem ser devidas à instituição do Programa Bolsa Família, que desde 2004 atende famílias com renda por pessoa de até 1/3 do salário mínimo; tendo em vista que para continuidade do benefício, a família deve ser acompanhada por uma Equipe de Saúde da Família ou por uma unidade básica de saúde. As crianças devem ser levadas às unidades para o acompanhamento do crescimento, para isso elas devem apresentar o Cartão da Criança ou a Caderneta de Saúde da Criança²⁰.

Destacam-se ainda ações como a grande abrangência do Programa Nacional de Imunizações (PNI) que com as campanhas sistemáticas têm

	1996 ⁽¹⁵⁾		2007	
	n	%	n	%
Possui o cartão, visto	795	61,9	1400	81,8
Possui o cartão, não visto	208	16,2	190	11,1
Tinha o cartão, mas perdeu	60	4,7	24	1,4
Nunca teve o cartão	221	17,2	94	5,5
Total	1290	100,0	1712	100,0

Tabela 3. Posse do cartão/caderneta da criança por crianças menores de 5 anos. Maranhão, 1996¹⁵ e 2007.

Fonte: Pesquisa direta

determinado manuseio constante das cadernetas. O fato do documento possuir o calendário vacinal faz

	1996 ⁽¹⁵⁾		2007	
	n	%	N	%
Zona de residência	1290	100,0	1712	100,0
Rural	732	73,7	772	96,0
Urbana	558	84,0	940	90,7
Renda familiar	1260	100,0	1712	100,0
< 1 salário mínimo	619	71,9	993	93,6
1 a 1,9 salários mínimos	272	77,4	416	92,5
2 a 4,9 salários mínimos	260	87,6	239	92,4
5 + salários mínimos	109	92,7	49	91,8
Escolaridade materna	1270	100,0	1712	100,0
Sem escolaridade	310	70,0	129	92,2
1 a 4 anos de estudo	362	71,7	412	94,9
5 a 8 anos de estudo	360	82,7	569	94,4
9 a 11 anos de estudo	220	90,9	547	92,1
12 anos ou mais de estudo	18	100,0	55	77,8

Tabela 4. Relação entre posse do cartão/caderneta e zona de residência, renda familiar e escolaridade materna de crianças menores de cinco anos. Maranhão, 1996¹⁵ e 2007.

Fonte: Pesquisa direta

dele um bom instrumento informativo domiciliar, permitindo que as mães/cuidadores conheçam o PNI e se tornem também responsáveis pela sua manutenção²¹.

O percentual de crianças pesadas no último trimestre chegou a 76,8%, porém, destaca-se que em 50,5% foi identificado o registro do peso no cartão; apenas 21,9% referiram não terem sido pesadas (figura 4). Tonial e Silva¹⁵ demonstraram que 11,4% das crianças apresentaram registro de pesagem no último trimestre e chegava a 62,9% o percentual de crianças que não foram pesadas (tabela 5).

Em 2007, o principal responsável pela pesagem foi o agente de saúde, relatado em 53,9% dos casos. No estudo de Tonial e Silva¹⁵ a referência ao agente de saúde como responsável foi referido por 12,9% das mães/cuidadores (Tabela 5).

Essas diferenças ao longo do tempo também

	1996 ⁽¹⁵⁾		2007	
	n	%	n	%
Pesagem no último trimestre	1290	100,0	1712	100,0
Pesada com registro no cartão	146	11,4	864	50,5
Pesada sem registro no cartão	328	25,6	451	26,3
Não foi pesada	805	62,9	375	21,9
Pessoa que realizou a pesagem	1290	100,0	1712	100,0
Médico	69	5,5	64	3,7
Agente Comunitário de Saúde	162	12,9	923	53,9
Enfermeiro	76	6,0	151	8,8
Outro	152	12,1	143	8,4
Não foi pesada	799	63,5	357	20,9

Tabela 5. Monitoramento do peso de crianças menores de 5 anos. Maranhão, 1996¹⁵ e 2007.

Fonte: Pesquisa direta

se justificam pelos fatores expostos anteriormente com destaque para a instituição do Programa Bolsa Família e amplitude do Programa Nacional de Imunização.

Frota et al²² mostraram que em muitos casos o cartão da criança não é preenchido por falta de tempo alegada pelos profissionais de saúde. Ratis e Batista-

Quando observado o percentual de crianças pesadas no último trimestre, verifica-se que 76,5% das pesagens com registro no cartão/caderneta ocorreram na última visita domiciliar (figura 6). Fiúza e Ribeiro⁽²⁶⁾ demonstraram que a acompanhamento do crescimento na prática da

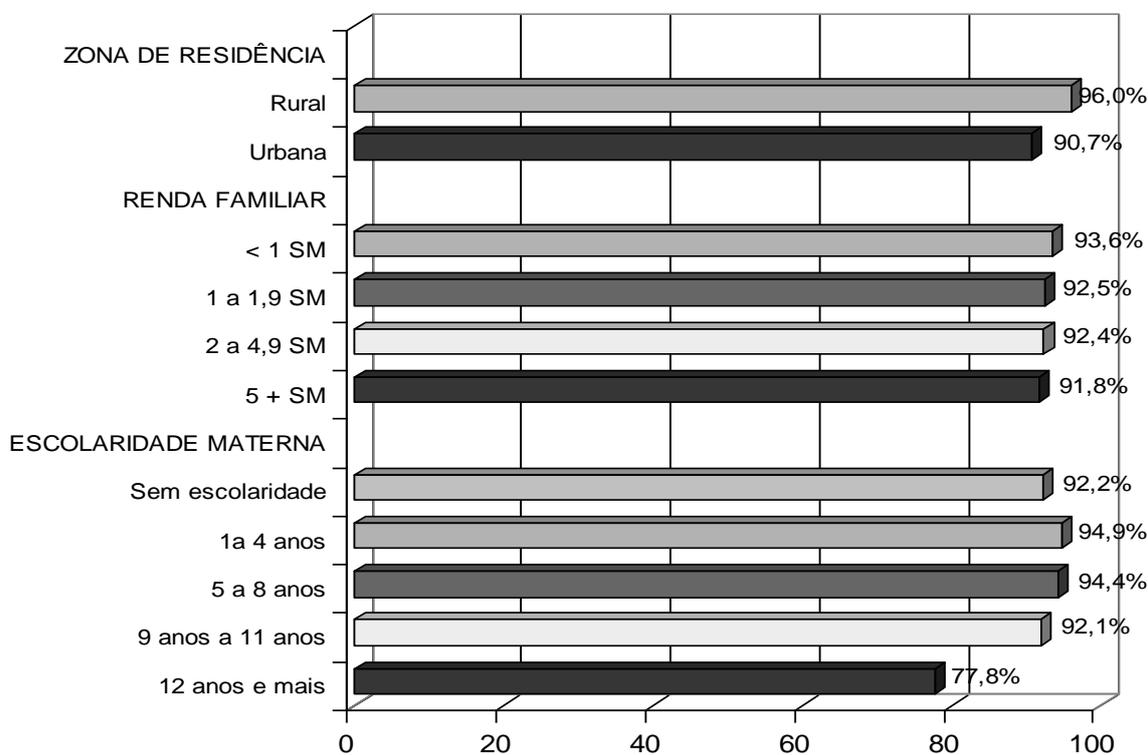


Figura 3. Relação entre posse do cartão/caderneta e zona de residência, renda familiar e escolaridade materna, pelas 1712 crianças. Maranhão, 2007.

Fonte: Pesquisa direta

Filho²³ apresentaram que as condições estruturais dos serviços de saúde para o acompanhamento do crescimento é o que na maioria das vezes limita essas ações. Os resultados do presente estudo sugerem que a estrutura dos serviços de saúde no Maranhão tem possibilitado o acompanhamento do crescimento das crianças, em especial pela progressiva ampliação da cobertura do Programa Saúde da Família (PSF)²⁴.

Das mães/ cuidadores de crianças entrevistadas, 78,6% relataram receber visita no domicílio de profissionais do PSF. Nos últimos 30 dias, há relato de visita domiciliar por 62,4% das crianças (figura 5); nessa última visita referida, 66% das crianças foram pesadas. A visita domiciliar deve ser realizada pelo menos uma vez por mês e, nessa visita devem ser desenvolvidas ações de vigilância à saúde, dentre elas a aferição do peso da criança²⁵.

visita domiciliar é um eficaz instrumento de diagnóstico para desnutrição infantil.

No ano de 2007, as crianças maranhenses enores de cinco anos, estavam em sua maioria com idade entre 2 e 5 anos incompletos, residindo na zona urbana e vivendo em famílias com renda inferior a um salário mínimo; suas mães possuíam escolaridade predominante superior a 5 anos de estudo.

O percentual de crianças que apresentaram o cartão/caderneta da criança chegou a 81,8% e somente 5,5% das mães/cuidadores referiram nunca ter tido acesso a esse documento. A posse do cartão/caderneta foi maior na zona rural, nas famílias com renda menor que 1 salário mínimo e entre as mães com escolaridade entre 1 e 4 anos de estudo.

A pesagem da criança no último trimestre foi relatada por 76,8% das mães/cuidadores e 21,9% referiram que as crianças não foram pesadas. O agente comunitário de saúde foi relatado como responsável por 53,9% das pesagens.

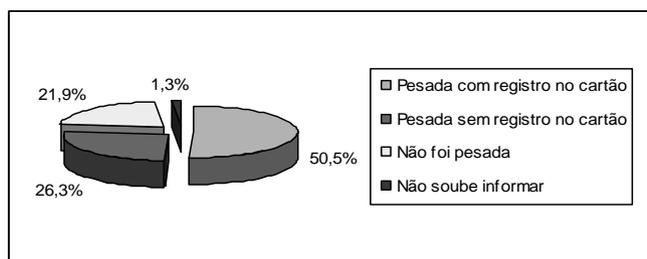


Figura 4. Relato/registro de Pesagem das 1712 crianças no último trimestre. Maranhão, 2007.

Fonte: Pesquisa direta

A visita de profissionais da equipe de Saúde da Família foi relatada por 78,6% das mães/cuidadores. Quando questionada a ocorrência de visita no mês que antecedeu a entrevista 62,4% das mães/cuidadores afirmaram ter recebido visita domiciliar. Observou-se que das pesagens realizadas no último trimestre, com registro no cartão/caderneta 76,5% ocorreram na última visita domiciliar.

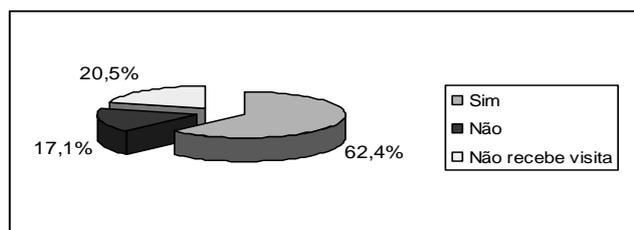


Figura 5. Relato das mães/cuidadores das 1712 crianças da ocorrência de visita domiciliar no último mês. Maranhão, 2007

Fonte: Pesquisa direta

Quando comparados os resultados obtidos em 2007 ao estudo de Tonial e Silva⁽¹⁵⁾, realizado em 1996, observa-se que houve um aumento de 19,9% no percentual de mães/cuidadores que apresentaram o cartão/caderneta da criança. O percentual de crianças pesadas no último trimestre, com registro do peso no cartão/caderneta foi, em 2007, 39,1% superior ao de dez anos atrás. As ações do agente comunitário de saúde, relacionadas ao acompanhamento do crescimento foram 41% mais relatadas que em 1996.

Os resultados apresentados indicam ampliação no acompanhamento do crescimento das crianças maranhenses, em especial pela progressiva ampliação da cobertura do Programa Saúde da Família; as ações

do agente comunitário de saúde e a prática da visita domiciliar proporcionaram maior eficácia no processo do acompanhamento, tendo em vista que, em 2007, o percentual de registro do peso foi quatro vezes maior que o encontrado em 1996.

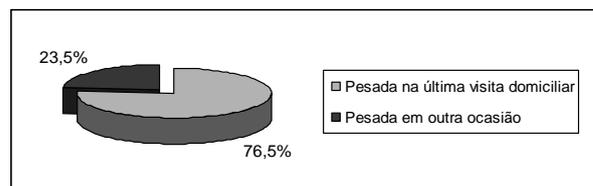


Figura 6. Ocasião da pesagem com registro das 1712 crianças no último trimestre. Maranhão, 2007.

Fonte: Pesquisa direta

Agradecimentos

Fonte de apoio: 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.

Referências

1. Assis AM, Barreto ML, Santos LMP, Sampaio LR, Magalhães LP, Prado MS, et al. Condições de vida, saúde e nutrição na infância em Salvador. Salvador: UFBA; 2000.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. 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 mar;24 (3):675-85.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Manual para utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
6. Vieira GO, Vieira TO, Costa COM, Netto PVS, Cabral VA. Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia. Rev. bras. saude mater. infant. 2005 abr-jun; 5(2):177-84.
7. Lopes LA. Crescimento: aspectos gerais. In: Nóbrega FJ. Distúrbios da nutrição: na infância e na adolescência. Rio de Janeiro: Revinter; 2007. p. 437-41.

8. Vidal AS, Silva EV, Oliveira MG, Siqueira AM, Felisberto E, Samico I, et al. Avaliação da aplicação da estratégia da Atenção Integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI) por agentes comunitários de saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2003 abr-jun;3(2):205-13.
9. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. 4a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
11. Santos EM, Kirschbaum DIR. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2008 [2009 jan 15];10(1):220-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a20.htm>
12. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliária dos profissionais da estratégia saúde da família. *Texto contexto - enferm.* 2006;15(4):645-53.
13. Goulart LMHF, Alves CRL, Viana MRA, Moulin ZS, Carmo GAA, Costa JGD, et al. Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. *Rev. paul. pediatr.* 2008 jun;26(2):106-12.
14. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, et al. Epi Info™, Version 6.04a, a word processing, database, and statistics program for public health on IBM-compatible microcomputers. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; July 1996.
15. Tonial SR, Silva AA. Saúde, nutrição e mortalidade infantil no estado do Maranhão. São Luís: UFMA; 1997.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tendências demográficas: uma análise da população com base nos resultados dos censos demográficos 1940 e 2000. Rio de Janeiro; 2007.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas do registro civil 2002. Rio de Janeiro; 2003 [2007 dez 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/17122003registrocivilhtml.shtm>.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2007. Rio de Janeiro; 2008.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. PNDS 2006 - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: relatório. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual para orientações sobre o Bolsa Família na saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações 30 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
22. Frota MA, Pordeus AMJ, Forte LB, Vieira LJES. Acompanhamento antropométrico de crianças: o ideal e o realizado. *Rev. baiana saúde pública.* 2007 jul-dez;31(2):212-22.
23. Ratis CAS, Batista-Filho M. Aspectos estruturais e processuais da vigilância do crescimento de menores de cinco anos. *Rev. bras. epidemiol.* 2004 mar;7(1):44-53.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Brasília; 2007 [2007 dez 20]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
26. Fiúza TM, Ribeiro MTAM. Sensibilidade no diagnóstico da desnutrição protéico-calórica pelas equipes de saúde por meio do SIAB e busca ativa de casos. *Rev. Bras. Med.Fam. e Com.* 2007 abr-jun;3(9):21-6.