

LABORO EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

**HILDA NAZARÉ MARTINS SILVA**  
**JOSÉLIA MARIA SANTOS DE ASSIS**  
**MARIA CONCEIÇÃO ASSIS PASSOS**  
**SÔNIA MARIA MINEIRO DE AZEVEDO**

**INFLUÊNCIA DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA  
CRIANÇA DE 0 A 6 ANOS – QUEBRA POTE/SÃO LUÍS**

São Luís

2007

**HILDA NAZARÉ MARTINS SILVA  
JOSÉLIA MARIA SANTOS DE ASSIS  
MARIA CONCEIÇÃO ASSIS PASSOS  
SÔNIA MARIA MINEIRO DE AZEVEDO**

**INFLUÊNCIA DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA  
CRIANÇA DE 0 A 6 ANOS – QUEBRA POTE/SÃO LUÍS**

Artigo apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família ministrado na Laboro Excelência em Pós-Graduação como requisito para conclusão de curso.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Mônica Alves Gama.

São Luís

2007

## **INFLUÊNCIA DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA DE 0 A 06 ANOS – QUEBRA POTE / SÃO LUIS**

SILVA, Hilda Nazaré Martins<sup>1</sup>. ASSIS, Josélia Maria Santos de<sup>2</sup>. PASSOS, Maria Conceição Assis<sup>3</sup>. AZEVEDO, Sônia Maria Mineiro de<sup>4</sup>.

### **RESUMO**

O presente trabalho objetiva estudar a influência do programa Bolsa família na situação de saúde das crianças de 0 a 6 anos, atendidas pela estratégia Saúde da família na Unidade de saúde Quebra Pote, buscando correlacionar a situação de saúde dessas crianças com o recebimento, ou não, do benefício financeiro identificando o cumprimento das exigências estabelecidas pelo programa, no setor de saúde. Este trabalho caracteriza-se como um estudo descritivo, prospectivo, no período de fevereiro a março de 2006, desenvolvido em Quebra Pote, zona rural, localizada ao oeste do Município de São Luis-MA. Os resultados apontam que entre as crianças beneficiadas 47% são eutróficas e 18,9% são desnutridas, enquanto que as não beneficiadas, 50% são eutróficas e 13,8% desnutridas. Entre as beneficiadas a maior frequência foi para as doenças referidas do tipo infecção respiratória aguda (42%), diarreias (24%) e escabiose (23,75%) e as internações ocorreram em maior percentual para as doenças como IRA (18%), pneumonia (55%) e diarreia (27%). As não beneficiadas também apresentaram maior frequência nas doenças do tipo IRA (48%), diarreia (21%), escabiose (22%), as internações ocorreram em decorrência de pneumonia (10%) e em maior percentual para diarreia (70%). Na cobertura vacinal básica completa para a idade, constatou-se que o grupo beneficiado encontra-se com desvantagem em média de 3% em relação ao grupo não beneficiado. A participação das famílias nas atividades de saúde demonstrou que o grupo das famílias beneficiadas é menos participante (43,1%) que o grupo das não beneficiadas (56,9%). Na análise da variável número de pessoas que dependem da família, observou-se entre as famílias beneficiadas que 64% possuem um quantitativo de 2 a 5 pessoas que dependem da renda familiar, enquanto que 79% das não beneficiadas também têm esse número de dependentes. Ao se analisar a renda familiar sem o benefício da Bolsa Família, observou-se entre as famílias beneficiadas que 29% tem renda entre R\$ 50, 00 e R\$ 100, 00, enquanto que 22% tem renda entre R\$ 250,00 e R\$ R\$ 300,00 e igual percentual entre R\$ 350,00 e R\$ 400,00; já as famílias beneficiadas 54% tem renda entre R\$ 50,00 e R\$ 100,00 e apenas 21% possui renda entre R\$ 250, 00 e R\$ 300,00. Entre as famílias beneficiadas 73% recebem R\$ 65,00 reais e apenas 22% percebem uma renda de R\$ 95,00. Pode-se inferir com o presente estudo que há discreta influência do recebimento do incentivo na situação de saúde das crianças avaliadas. Porém, vale ressaltar a necessidade de realização de trabalhos mais amplos para que se possa avaliar o impacto do PBF em indicadores de saúde da criança.

Palavras-chave: Programa Bolsa Família. Situação de saúde. Saúde da criança.

---

<sup>1</sup> Assistente Social. Pós-Graduada em Saúde da Família pela Laboro Excelência em Pós-Graduação.

<sup>2</sup> Assistente Social. Pós-Graduada em Saúde da Família pela Laboro Excelência em Pós-Graduação.

<sup>3</sup> Cirurgiã Dentista. Especialista em Planejamento Educacional e Ciências Físicas e Biológicas. Pós-Graduada em Saúde da Família pela Laboro Excelência em Pós-Graduação.

<sup>4</sup> Assistente Social. Pós-Graduada em Saúde da Família pela Laboro Excelência em Pós-Graduação.

## INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da criança no Brasil enfrenta, atualmente, o desafio de garantir a proteção e o desenvolvimento das crianças em seus seis primeiros anos de vida. O Ministério da Saúde a partir DE 1984, intensificou ações na promoção de saúde dos menores de cinco anos, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) “visando promover a saúde da criança de forma integral, dando prioridade ao atendimento de crianças pertencentes a grupo de risco, melhorando a qualidade do atendimento” (BRASIL, 2002, p.7).

As crianças nascidas em países em desenvolvimento estão vulneráveis a vários riscos, entre os quais, o de apresentarem uma alta prevalência de doenças que, supostamente podem estar ligadas às desigualdades sociais. São raros os estudos de base populacional no Brasil que relacionam desigualdades sociais, desenvolvimento das crianças e fatores de risco, mas estes raros estudos reforçam o conceito de “determinação das desigualdades no desenvolvimento das crianças e, assim, das desvantagens no processo pessoal e social a que estão submetidos os que vivem em piores condições sócio-econômicas” (DRACHLER, 2000, p. 401).

A pobreza é bem mais do que não ter renda; é, sobretudo, não ter condições de vida, não ter saúde, porém é ter baixa escolaridade, é estar discriminado, marginalizado, sem o mínimo de direito a um padrão básico de sobrevivência.

Nos termos de Sposati (1997, p.31) a pobreza consiste na ausência de um padrão de vida básico que venha possibilitar o homem a produzir e reproduzir dentro de padrões mínimos de “autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e equidade”.

Segundo, os dados do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF, 2006a), 30,5% das famílias brasileiras com crianças entre 0 e 6 anos de idade vivem com renda per capita igual ou inferior a 1/2 salário mínimo. Na região Norte, 34,8% das famílias com filhos menores de seis anos, têm renda de até meio salário mínimo. Esse índice é de 18,3% no sudeste, 21,8% no Sul, 25,2% no centro-oeste e 53,6% no Nordeste. No Estado do Maranhão 67,2% das famílias com crianças da mesma faixa etária vivem com até ½ salário mínimo; no município de São Luis, esse índice é de 45,38% (COSTA, 2003).

Assim, muitos programas, em diversos eixos das políticas públicas já foram implantados visando minimizar essa problemática. De acordo com o relatório do UNICEF (2006b) o Brasil fez importantes avanços nos cuidados com crianças de até 06 anos de idade, pois o Índice de Desenvolvimento Infantil/2006 (IDI) no relatório elaborado pelo Unicef,

subiu entre 1999 e 2004 de, 0,61 para 0,67. Seis estados, inclusive o Maranhão, passaram a ter médio índice de desenvolvimento infantil.

No Brasil dos anos 90 ocorre uma reconfiguração significativa no formato das políticas compensatórias, com o surgimento de programas assistenciais, transferência de renda sob responsabilidade do governo Federal, a exemplo dos programas de garantia de renda mínima, implantados nos países Europeus. Nos últimos anos do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) e no atual governo de Luis Inácio Lula da Silva (Lula) foram implantados vários programas de transferência de renda.

Nesse cenário, o governo federal define o desenho próprio para o programa nacional de garantia de renda, a partir de sua descentralização através dos municípios e da sua associação à educação. Dessa forma, o programa de transferência de maior repercussão, no governo de FHC, denominado Programa Bolsa Escola (PBE) tem sua abrangência redimensionada em 2001, para incluir todos os municípios brasileiros. No governo Lula o PBE, os programas Bolsa Alimentação (PBA), programa Auxílio Gás, e ainda um programa novo, criado em 2003, Programa Nacional de Acesso à Alimentação (PNAA) foram encampados pelo Programa Bolsa Família (PBF).

Em consequência o Bolsa Família transformou-se no programa de transferência monetária de maior abrangência do atual governo, por ser um programa de transferência de renda direta, destinado às famílias em situação de pobreza, com renda per-capta de até R\$100,00 mensais, criado para combater a miséria, a exclusão social e promover a emancipação das famílias mais pobres, sendo instituído “pela Lei nº.10.836, de 9 de janeiro de 2004 e regulamentado pelo decreto nº.5.209, de 17 de setembro de 2004” (BRASIL, 2005, p.5). O PBF tem como instrumento legal a Portaria Interministerial MS/MDS nº 2.509/2004 que dispõe de atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas as condicionalidades das famílias beneficiárias do programa.

Este programa defende as matrizes democráticas de poder, entendidas como complementar e extensiva aos direitos de cidadania, tendo como princípio de justiça, a “necessidade”, uma vez que objetiva proporcionar às famílias, o acesso às necessidades básicas inerentes à sobrevivência humana, no atual estágio de sociabilidade da sociedade capitalista, caracteriza-se ainda, pela não universalidade, por critérios de acesso e por condicionalidades de permanência.

O programa oferece às famílias dois tipos de benefícios: o “básico fixo” concedido às famílias em situação de extrema pobreza, cujo valor do benefício é de R\$ 50,00 mensais, independente do número de membros da família, e o “benefício variável”, no valor

mínimo de R\$ 15,00, que é concedido às famílias pobres e extremamente pobres que têm, sob sua responsabilidade, crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 16 anos incompletos, até o teto de 3 (três) benefícios por família, ou seja, R\$ 45, 00 (BRASIL, 2006).

O Programa Bolsa Família além de aumentar os benefícios, aumenta também, o compromisso e a responsabilidade das famílias atendidas com o desenvolvimento de seus integrantes e do seu futuro. São ações que as famílias devem obrigatoriamente observar para que possam permanecer no programa, ou seja, para continuar recebendo o benefício: comprovar a presença da criança na escola, participar de atividades de orientação alimentar e nutricional, manter em dia a caderneta de vacinação dos filhos e freqüentar os postos de saúde da rede pública para ser atendido de forma integral através de ações do Programa Saúde da Família.

Assim, com base no exposto, percebe-se que o crescimento e desenvolvimento psicossocial da criança recebe estímulos contínuos de fatores internos e externos ao organismo, logo, a assistência à saúde da criança nos seus primeiros anos de vida necessita de atenção das políticas públicas, que podem dar subsídios às famílias, para que pais mães e outros familiares possam cuidar de suas crianças e assegurar-lhes o desenvolvimento físico, social, psicológico, cognitivo e emocional desde a gestação. Nesse contexto, objetivou-se na presente pesquisa estudar dentre os programas assistenciais, a influência do PBF na situação de saúde das crianças de 0 a 6 anos.

## **METODOLOGIA**

Realizou-se um estudo descritivo, prospectivo, no período de fevereiro a março de 2006, desenvolvido em Quebra Pote, zona rural, localizada ao oeste do Município de São Luis-MA. O bairro possui uma população de aproximadamente 5.800 habitantes; destes, cerca de 1.002 famílias são cadastradas no Programa Saúde da Família.

Inicialmente, foram identificadas todas as famílias com crianças na faixa etária de 0 a 6 anos, que perfazem 291 famílias, cuja identificação deu-se através do livro de cadastro, utilizados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do PSF. Das 291 famílias identificadas, 58 são beneficiadas pelo Programa Bolsa Família (PBF), contabilizando 136 crianças nessa faixa etária. Encontrou-se ainda 233 famílias que não são beneficiadas, com 320 crianças.

Participou do estudo uma criança de cada uma das 58 famílias beneficiadas, cujas crianças foram sorteadas a partir de uma listagem por família. Dentre as 233 famílias não

beneficiadas foram sorteadas 58 famílias, estabelecendo-se como critério de inclusão a mesma condição comparativa de renda das famílias beneficiadas (o que representou renda mensal per-capta de até R\$ 145,00). Foram feitos sorteios subsequentes caso a família sorteada apresentasse renda superior à estabelecida. Dentre essas 58 famílias foram sorteadas 58 crianças a partir de uma listagem por família (uma criança de cada família). Assim, a amostra do estudo constitui-se de 116 crianças, distribuídas em dois grupos: beneficiadas e não beneficiadas.

Utilizou-se como instrumento de estudo um questionário elaborado com questões abertas e fechadas, que serviu para avaliar a situação de saúde das crianças nos últimos 6 meses e obter informações de dados referentes à educação e renda da família, bem como, do benefício recebido pelo programa Bolsa Família. O instrumento foi aplicado pelos pesquisadores, às mães ou responsável direto de cada criança.

O Programa Bolsa Família considera alguns instrumentos para acompanhamento das crianças beneficiadas, a saber: Ficha C do Sistema de Informação da Atenção Básica (para acompanhamento da situação vacinal e para acompanhamento da situação nutricional) a partir da qual foram coletados os dados vacinais e nutricionais a partir desse instrumento, que dispõe de informações como: peso, idade, altura e vacinação. Para avaliar a situação nutricional das crianças será utilizada a relação peso/idade, classificando-se a criança a partir da curva padrão do NCHS (National Center HealthStatistics) em **eutrófica** ou desnutrida em que o cálculo antropométrico dos escores “z” foi realizado no programa Epi Info versão 2000). Foram consideradas eutróficas crianças com escore Z maior que -1 desvio padrão e **desnutridas** aquelas com escore Z menor ou igual a -1DP (SILVA, 1997).

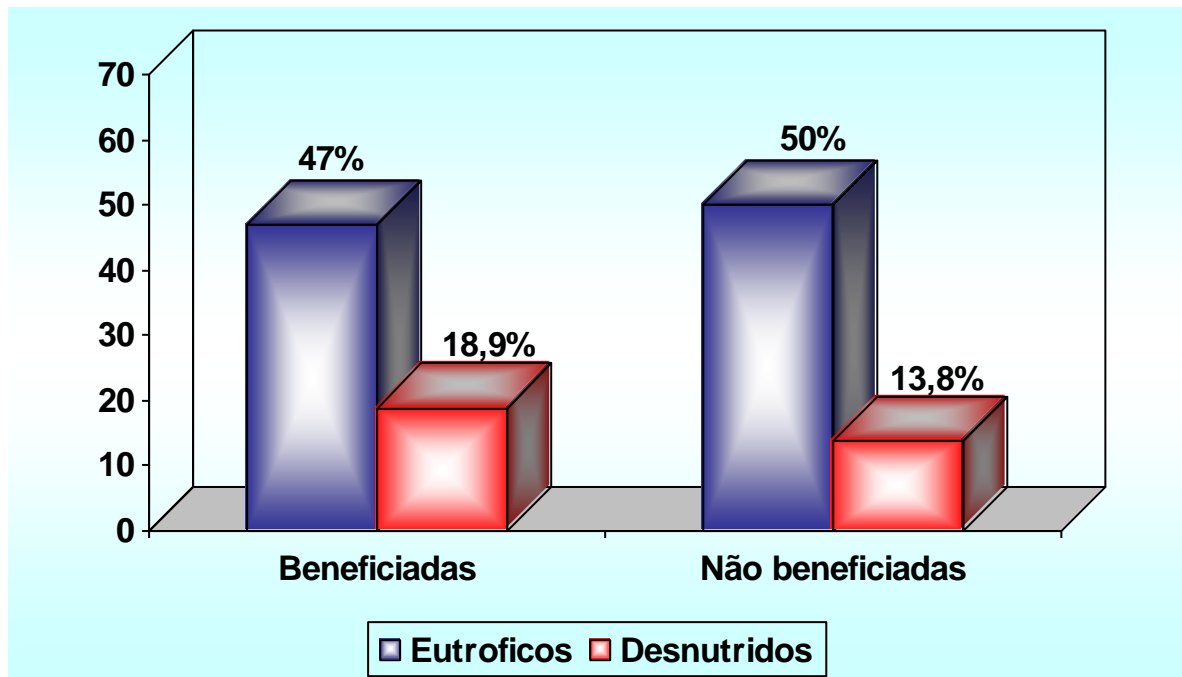
Para classificação da situação vacinal foram considerados os conceitos, que tomaram como referência o Calendário de Imunização preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

Para avaliação da ocorrência de adoecimento foram consideradas as **doenças referidas pela mãe ou responsável legal, nos últimos seis meses**, necessitando ou não de internação ou comparecimento à Unidade de Saúde.

As variáveis trabalhadas nesta pesquisa foram: **condições de saúde das crianças** que compreende: situação vacinal, estado nutricional, número de adoecimentos, doenças referidas nos últimos 6 meses, número de vezes que procurou o serviço de saúde, motivo da procura do atendimento e hospitalizações; **condições de vida das famílias** que envolvem alguns dados sócio-econômicos, como: escolaridade (alfabetizados, não alfabetizados, ensino fundamental e médio, completo e incompleto), renda familiar (per-capta).

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados a seguir referem-se às 116 crianças, sendo 58 beneficiadas pelo Programa Bolsa Família e 58 não beneficiadas. Nos dados relativos ao sexo o índice de maior prevalência, 57%, são do sexo masculino para as crianças beneficiadas e 66% do sexo feminino para as não beneficiadas.



**Gráfico 1** - Distribuição das 116 crianças, segundo estado nutricional

Sobre a situação de nutrição, encontrou-se no grupo beneficiado 47% de eutróficas e no grupo não beneficiado 50%. Nos países em desenvolvimento 49% das mortes de crianças menores de 5 anos estão relacionadas à desnutrição (UNICEF, 2006a). Ela também aumenta os riscos de uma série de doenças e pode afetar o crescimento e o desenvolvimento cognitivo. Além disso, essas crianças têm mais chances de apresentarem complicações de saúde na idade adulta. Devido a isso, a segurança alimentar e nutricional torna-se uma questão básica de saúde para a infância, sendo, portanto, uma condição do PBF. Nesse sentido, a situação nutricional das crianças de uma população determina as condições de saúde e a probabilidade de sobrevivência dos indivíduos de uma comunidade, tendo em vista a estreita relação entre os indicadores nutricionais, sócio-econômicos e a saúde das populações (TONIAL; SILVA, 1997).



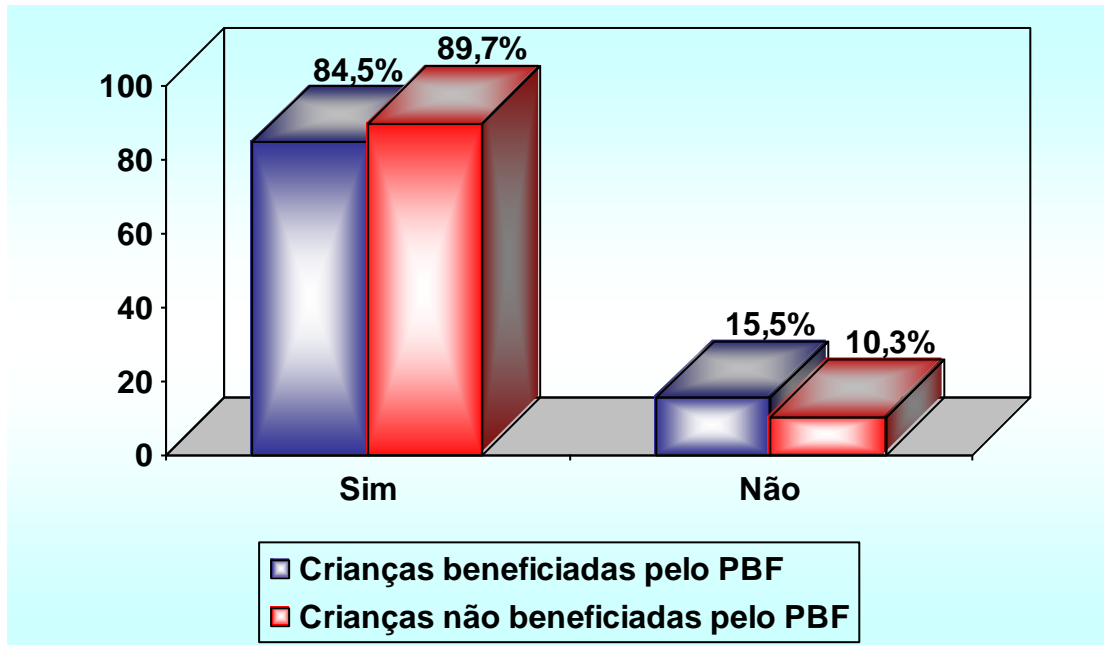
Ao analisar a variável situação nutricional observou-se uma discreta diferença percentual entre os dois grupos, sendo importante destacar as diferenças em relação ao tempo de participação no Programa; embora saibamos que a segurança alimentar e nutricional é uma condicionalidade do programa Bolsa Família.

**Tabela 1** - Distribuição das 116 crianças, quanto a situação de saúde.

Doença	Nº de adoecimentos nos últimos 6 meses		Procurou Posto de Saúde		Tratamento medicamentoso		Tratamento não medicamentoso		Internação	
	B	NB	B	NB	B	NB	B	NB	B	NB
Infecção Respiratória Aguda - IRA	42	48	32	37	30	39	-	-	18	-
Pneumonia	2,67	0,37	04	0,69	04	0,74	-	-	55	10
Diarréia	24	21	22	26	28	24	-	-	27	70
Verminose	7	7,89	14	12,31	12	12,56	-	-	-	20
Escabiose	23,75	22	28	24	26	23,70	100	100	-	-
Alergia	0,29	0,74	-	-	-	-	-	-	-	-
Icterícia	0,29	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

As crianças beneficiadas tiveram com mais freqüência as doenças do tipo infecção respiratória aguda (IRA) (42%), diarreias (24%) e escabiose (23,75%) verificando-se que a procura do posto de saúde deu-se também devido a estas doenças, onde receberam tratamento medicamentoso; já as internações ocorreram em maior percentual para as doenças como IRA (18%), pneumonia (55%) e diarreia (27%). As crianças não beneficiadas tiveram com mais freqüência as doenças do tipo IRA (48%), diarreia (21%), escabiose (22%) e a procura ao posto foi maior para tratar as referidas doenças, onde todas elas receberam tratamento medicamentoso, com exceção da escabiose que teve um pequeno percentual com tratamento não medicamentoso, já as internações ocorreram em decorrência de pneumonia (10%) e em maior percentual para diarreia (70%).

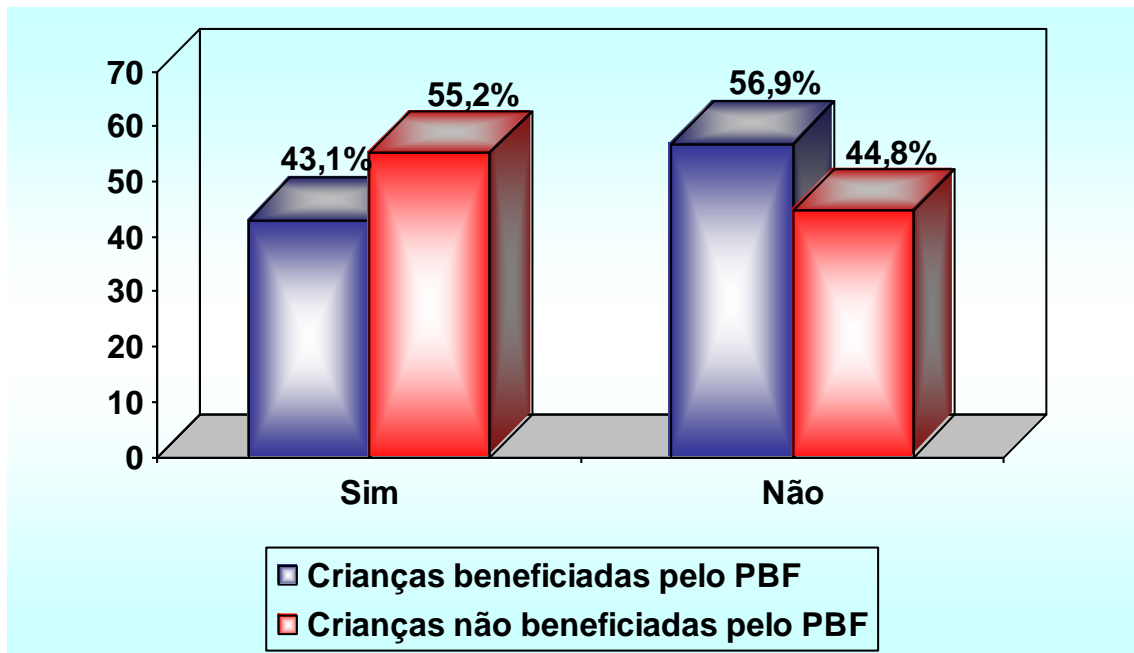
O desenvolvimento é característica primordial da criança que cresce, se modifica e se afirma como indivíduo. Ao atender suas necessidades essenciais dia-a-dia, garante seu crescimento e desenvolvimento harmonioso. O desenvolvimento significa também saúde, pois não pode haver desenvolvimento nem crescimento satisfatório se a saúde da criança está afetada por problemas crônicos. Mesmo na pobreza é possível melhorar a saúde, aprendendo a usar melhor os alimentos disponíveis, eliminar insetos daninhos, tratar infecções comuns sem tratamentos caros (STEFANE, 2000).



**Gráfico 2** - Distribuição das 116 crianças, quanto à situação vacinal (cartão de vacina completo para a idade).

Observando a cobertura vacinal básica completa para a idade, constatou-se que o grupo beneficiado encontra-se em desvantagem, em média de 5%, em relação ao grupo não beneficiado. Dessa forma, considerando que a diferença de percentual entre os dois grupos com cartão completo e cartão incompleto foi de 5%, verificou-se que tais percentuais estão aquém da cobertura preconizada pelo Ministério da Saúde, que consiste em 100% das crianças vacinadas (esquema básico completo para a idade), além de não estar atendendo a uma das condicionalidades do Programa Bolsa Família.

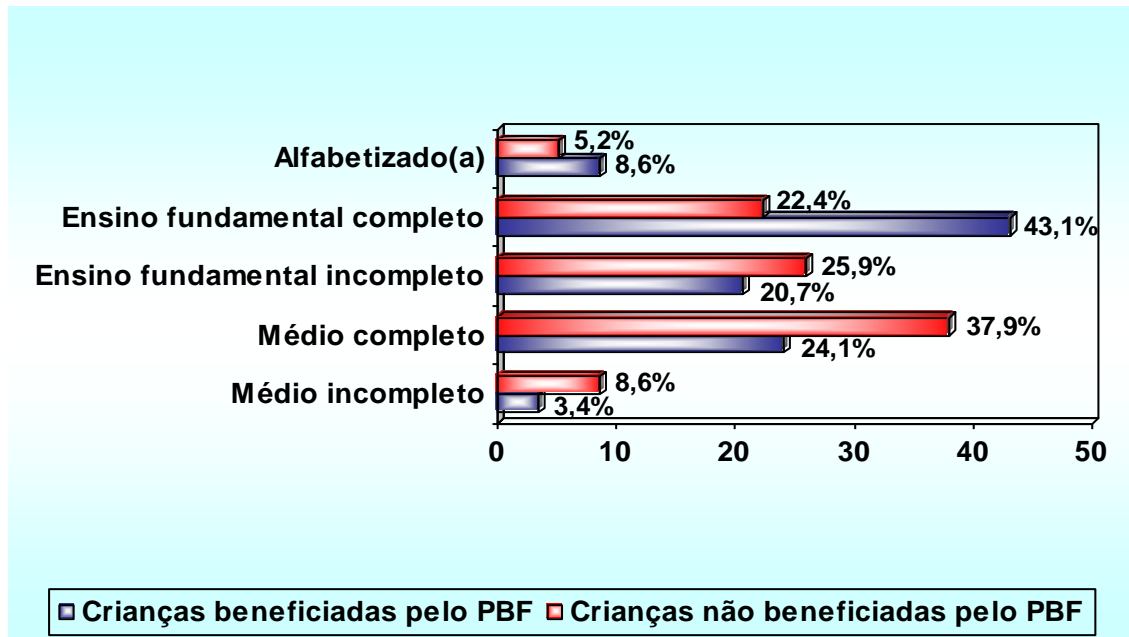
A vacinação de grandes parcelas da população é um dos principais recursos dos programas de saúde materno-infantil, contra um grande número de doenças. Sendo assim, uma ampla cobertura vacinal pode diminuir o índice de prevalência de doenças potencialmente graves e reduzir a mortalidade infantil principalmente quando se trata de crianças até 5 anos de idade (LAMY FILHO et al, 1997).



**Gráfico 3** - Distribuição das 116 crianças, quanto a participação das famílias em atividades de educação em saúde.

Nos dados relativos à participação das famílias nas atividades em saúde, o grupo das famílias beneficiadas são menos participantes (43,1%) que o grupo das não beneficiadas (56,9%), apesar de ser uma das obrigatoriamente para permanência no programa.

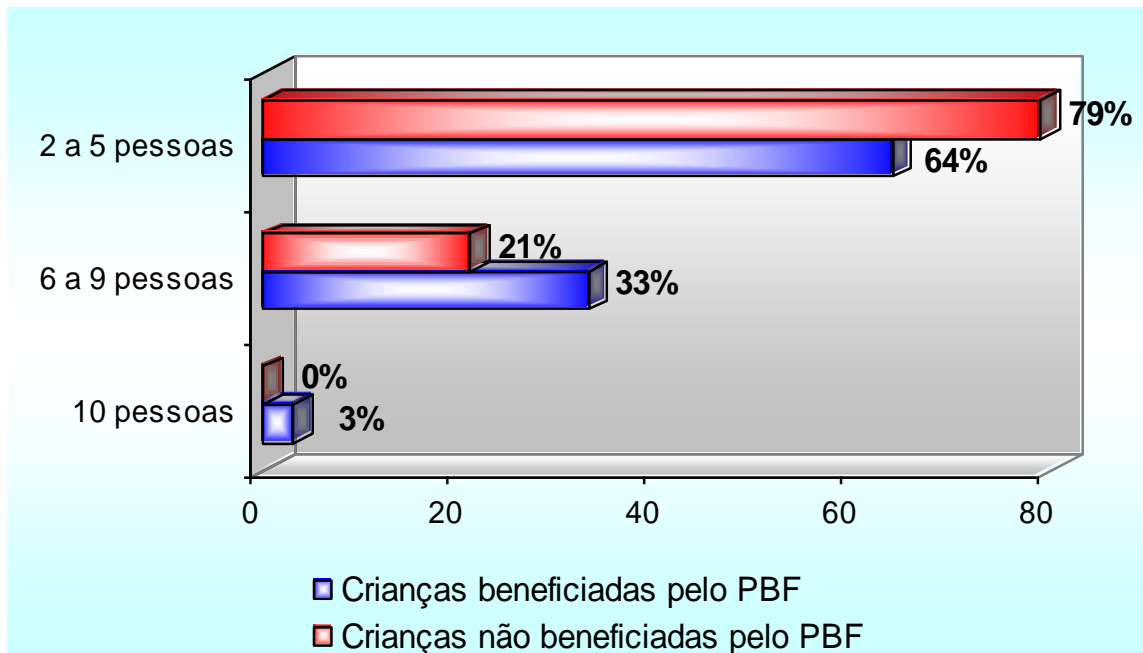
Há necessidade de ampliar os esforços em relação a participação da população nas atividades de educação em saúde, dando acesso aos mais necessitados socialmente, às consultas ambulatoriais, que constituem um valioso instrumento na prevenção e controle da desnutrição e morbi-mortalidade infantis nesta faixa etária (PAIM, 1976; CARVALHO, 1993; MONTEIRO, 1988).



**Gráfico 4** - Distribuição das 116 crianças quanto a escolaridade do responsável direto.

Analisando as informações sobre a escolaridade do responsável direto pelas crianças dos dois grupos, verificou-se que o percentual de alfabetizados e com Ensino Fundamental completo foi maior no grupo das beneficiadas; em contrapartida, o percentual com nível Médio completo foi maior no grupo de não beneficiadas evidenciando assim que, quanto mais o homem tem conhecimento, mais ele busca melhorias na sua vida e, conseqüentemente, melhora sua qualidade de vida, pois compreende a importância de um acompanhamento efetivo da saúde.

Cleland et al. (apud SILVA, 1997) ressaltam a importância da escolaridade, especialmente a maternal, pois este tem relação com a adoção de comportamentos preventivos e com a maior procura e aderência aos serviços de saúde.

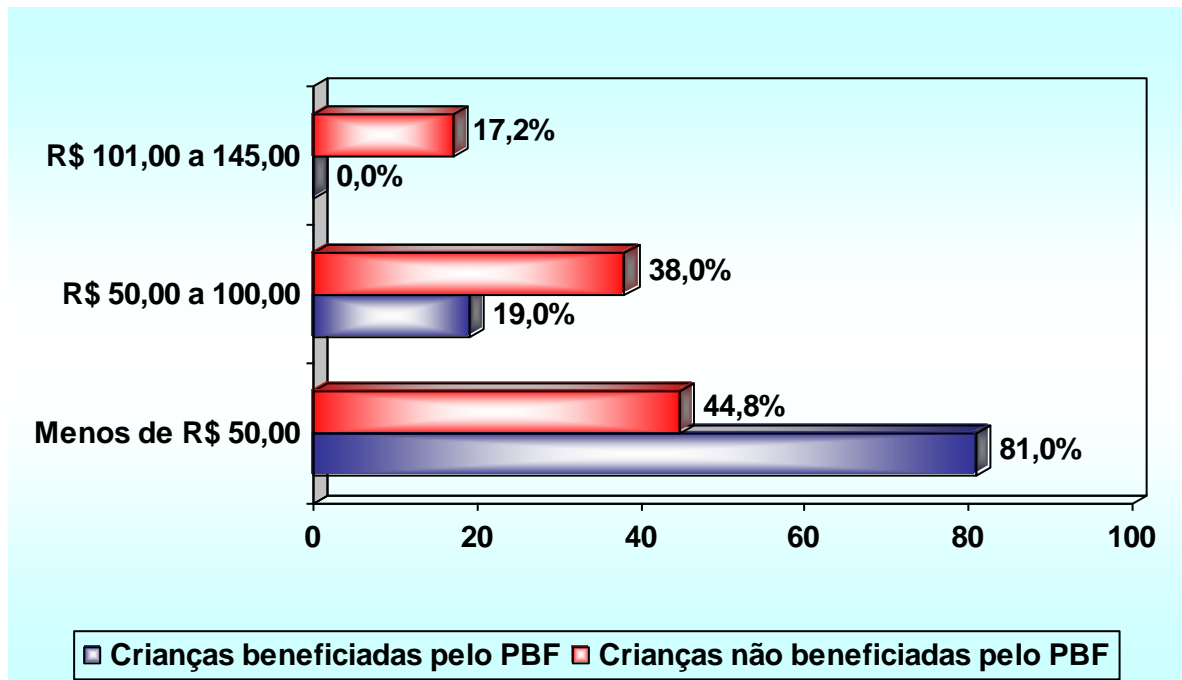


**Gráfico 5** - Distribuição das 116 crianças, de acordo com o número de pessoas dependentes.

Na análise dessa variável observou-se entre as famílias beneficiadas, que 64% possuem um quantitativo de 2 a 5 pessoas dependentes da renda familiar, enquanto que 79% das não beneficiadas também têm esse número de dependentes, demonstrando assim, que estão dentro da média de dependentes familiares.

De acordo com a renda per capita das famílias beneficiadas encontrou-se 86% destas famílias com renda menos de R\$ 50,00 reais. E para 50%, das não beneficiadas esse mesmo valor de renda, onde pode se observar que são famílias dentro da condicionalidade do Programa. Nesta distribuição percebe-se que entre as famílias não beneficiadas 47% possuem apenas uma criança e 45% possuem duas crianças dependentes; enquanto que nas não beneficiadas, são 45% com uma pessoa e 34% com duas pessoas, evidenciando que entre as beneficiadas o índice é maior.

Silva (2001), destaca em seu estudo que as revelações das famílias são consensuais quanto ao papel decisivo do Programa na formação da renda, e aponta o salário mensal como o principal ponto positivo do Programa, além dos demais dele decorrentes. A possibilidade de comprar, de passar a ser consumidor, de ter crédito, tanto na quitanda local quanto no comércio da cidade, comprovar que tem renda, é algo extremamente relevado, pois inclui os que possuem as mínimas condições de consumo e, desta forma, encontram-se incluídos na sociedade de mercado. A existência de renda permite viver melhor, em todos os sentidos.

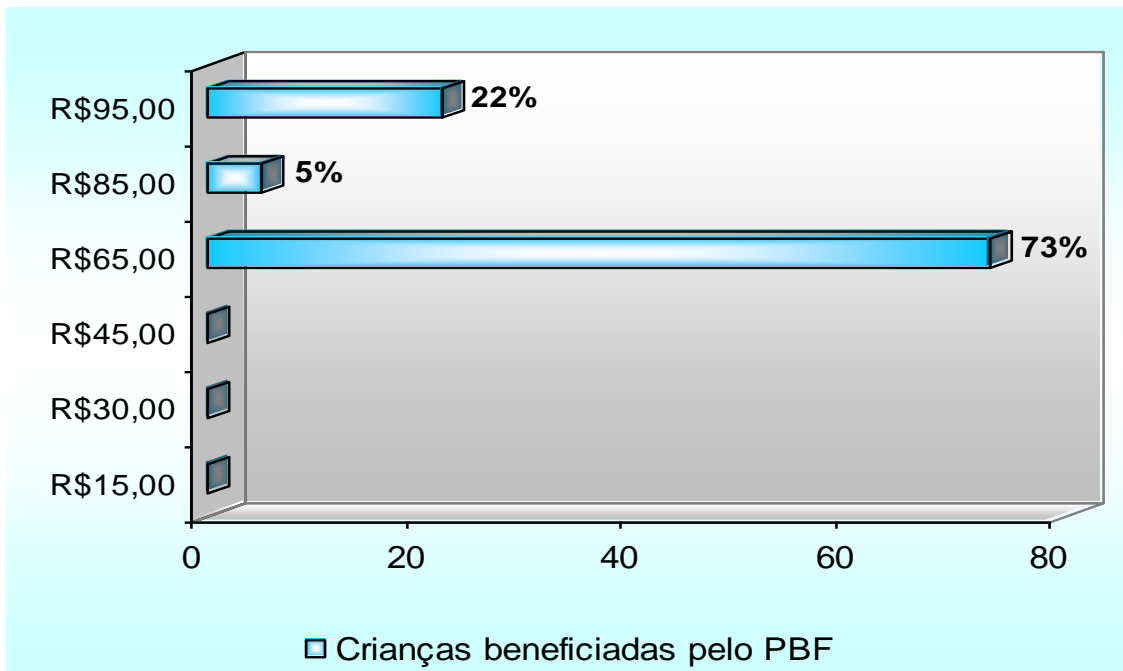


**Gráfico 6** - Distribuição das 116 crianças de acordo com a renda per capita

Ao se analisar a renda familiar sem o benefício da Bolsa Família observou-se entre as famílias beneficiadas que 19% tem renda entre R\$ 50,00 e R\$ 100,00, enquanto que 81% tem renda menor que R\$ 50,00. Já entre as famílias não beneficiadas 38% tem renda entre R\$ 50,00 e R\$ 100,00 e apenas 17% possui renda acima R\$ 145,00.

Segundo o IBGE (2006), 30,5% das famílias brasileiras com crianças entre 0 e 6 anos de idade vivem com renda per-capta igual ou inferior a meio salário mínimo. Na região Nordeste, 53,5% das famílias com filhos menores de seis anos têm renda de até meio salário mínimo. Assim, como bem estar significa mais do que riqueza, pobreza significa mais do que renda insuficiente para cobrir as necessidades mínimas de uma família. Sinais de que as necessidades básicas não estão sendo atendidas como saúde frágil, baixa escolaridade, discriminação e marginalização, também são indicadores de pobreza. Portanto a pobreza está ligada ao acesso inadequado a serviços sociais básicos, como boas creches e suas alternativas, pré-escolas, postos de saúde e saneamento adequado (UNICEF, 2006<sup>a</sup>).

Em relação as ações de educação em saúde estas precisam ser mais efetivas pois conforme dados da pesquisa observou-se que alguns critérios de condicionalidade do Programa como a participação das famílias nas atividades em saúde não estão ocorrendo conforme o que é preconizado pelo mesmo.



**Gráfico 7** - Distribuição das 116 crianças de acordo com o número de crianças de 0 a 6 anos que dependem da renda familiar.

Observou-se entre as famílias beneficiadas que 73% recebem R\$ 65,00 reais e apenas 22% percebem uma renda maior, ou seja, R\$ 95,00, demonstrando assim que a renda destinada para auxílio destas famílias ainda não é tão significativa visto que, em relação à renda per-capta o número de pessoas que dependem dessa renda também é grande.

Percebe-se ainda que, mesmo assim o Programa tem grande representação na formação de renda.

## CONCLUSÃO

A erradicação da pobreza e a redução substancial dos níveis de desigualdade no Brasil são metas dificilmente alcançáveis dentro de um prazo razoável, sem que se recorra a mecanismos diretos de redistribuição. Os programas de transferência de renda de natureza não-contributiva são exemplos claros da adoção desse tipo de mecanismo.

Soares et al. (2006) enfatiza que na análise de incidência, vale salientar que o uso das linhas de indigência, de pobreza e dos critérios de seleção do Bolsa-Família, neste tipo de análise, não visa escrutinar as famílias para julgar quem merece ou não o benefício. É importante observar que o critério de renda não pode ser utilizado de maneira cega, nem para eger ou retirar famílias do programa, como também, para avaliar o programa. Se um

programa como Bolsa-Família, por exemplo, prevê ações estruturantes e/ou condicionalidades que visam melhorar o capital humano da família, de modo que ela possa romper com a transmissão intergeracional da pobreza e viabilizar as famosas “portas de saúde”, então um choque positivo de renda (quando um membro do domicílio consegue aumentar sua renda por meio do trabalho e, o que se pode se revelar transitório dada a alta taxa de rotatividade observada no mercado de trabalho brasileiro) não deveria ser motivo para a exclusão automática da família. Na exclusão das famílias por conta de um pequeno aumento transiente da renda, poderia isto sim, gerar incentivos à “dependência”, fenômeno que assusta a tantos comentaristas desse tipo de programa. As famílias beneficiadas devem ter segurança de que poderão contar com o auxílio enquanto permanecerem vulneráveis, para serem efetivamente incentivadas a superarem definitivamente os determinantes da vulnerabilidade.

Nesse contexto, os programas brasileiros de transferência direta de renda à população de baixa renda, são importantes porque sem eles dificilmente a erradicação da pobreza e a redução da desigualdade a níveis toleráveis serão possíveis dentro de um horizonte de tempo razoável. Mesmo sem ter uma longa história e sem atingir toda a população elegível, eles têm tido o condão de diminuir a pobreza de milhões de brasileiros. Embora esses programas seguramente não constituam uma solução única e permanente para os problemas sociais do país, não há dúvida de que devem fazer parte de qualquer proposta séria de promoção de uma sociedade mais justa. Porém, é interessante a realização de trabalhos mais amplos para que se possa avaliar o impacto do PBF em indicadores de saúde da criança.

## REFERENCIAS

BRASIL. **Manual de normas de vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde; FUNASA, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde de Atenção à Saúde. **Manual de Orientação sobre o Bolsa Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Bolsa Família**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/bolsafamilia01.asp>>. Acesso em: 18 jan. 2006.

\_\_\_\_\_. Secretária de Política de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.



CARVALHO, M.L. **Mortalidade neonatal e aspectos da qualidade da atenção à saúde na região metropolitana do Rio de Janeiro em 1986/87**. 1993. 170f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz, Rio de Janeiro, 1993.

COSTA, José Manuel de Macedo (Coord.). **Política Estadual de Assistência Social**. São Luís: Gerência de Estado, Desenvolvimento Social, 2003.

DRACHLER, Maria de Lourdes. Medindo o desenvolvimento infantil em estudos epidemiológicos: dificuldades adjacentes. **Jornal de Pediatria**, v.76, n.6, p.401, 2000.

IBGE. **População total 2000**. Disponível em:  
<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas.htm>>. Acesso em: 27 fev. 2006.

LAMY FILHO, Fernando et al. Cobertura vacinal e suplementação e vitamina A em crianças. In: TONIAL, Sueli Rosina; SILVA, Antônio Augusto Moura da Silva (Orgs.). **Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão**. São Luís: UFMA; Secretaria de Estado da Saúde; UNICEF, 1997. p.54-57.

MONTEIRO, C.A. **Saúde e nutrição das crianças de São Paulo: diagnóstico, contrastes sociais e tendências**. São Paulo: HUCITEC/EDUSP, 1988.

PAIM, J.S. Utilização dos serviços de puericultura em uma área urbana de Salvador. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v.3, n.1-2, p. 9-13, 1976.

SILVA, Antônio Augusto Moura da. **Características sócio econômicas das famílias**. São Luís: UFMA, 1997.

SILVA, Luis Penha Viana. **Os impactos do Programa Bolsa Família para a educação sobre as famílias beneficiárias em São Luís-MA**. 2001. 141 f. Monografia (Especialização em Avaliação de Pública e Programas Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2001.

SOARES, Fabio Veras et al. **Programas de transferência de renda no Brasil: impactos sobre a desigualdade**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/Instituto de Pesquisa econômica Aplicada, 2006.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira et al. **Os direitos (dos desassistidos) sociais**. São Paulo: Cortez, 1997.

STEFANE, Joelle Marie Jacqueline. **A enfermagem, o crescimento e desenvolvimento infantil**. São Paulo: Atheneu, 2000.

TONIAL, Sueli Rosina; SILVA, Antônio Augusto Moura da Silva (Orgs.). **Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão**. São Luís: UFMA; Secretaria de Estado da Saúde; UNICEF, 1997.

UNICEF. **A situação da infância brasileira 2001**. Disponível em:  
<<http://www.unicef.org/brazil/sib2001/cap2.htm>>. Acesso em: 16 ago. 2006a.

UNICEF. **A situação da infância brasileira 2001**. Disponível em:  
<<http://www.unicef.org/brazil/sib2006/cap2.htm>>. Acesso em: 27 set. 2006b.

## **INFLUENCE OF THE PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA IN THE SITUATION OF HEALTH OF THE CHILD OF 0 TO 06 YEARS - it QUEBRA POTE / SÃO LUÍS**

### **ABSTRACT**

The present work objective to study the influence of the Program Bolsa Família in the situation of the children's health of 0 to 6 years, assisted by the strategy Health of the family in the Unit of Health Quebra Pote. Looking for to correlate the situation of those children's health with the greeting or not of the financial benefit, identifying the execution of the demands established by the program in the section of health. This work is characterized as a descriptive, prospective study, in the period of February to March of 2006, developed in Quebra Pote, rural, located zone the west of the Municipal district of São Luis-MA. The results point that enters the children beneficiaries (47%) they are eutrofic and (18,9%) are undernourished, while the not beneficiaries (50%) are eutrofic and (13,8%) undernourished. Among the beneficiaries the largest frequency went to the diseases of the type sharp breathing infection (42%), diarrheas (24%) and escabiose (23,75%) and the internments happened in larger percentile for the sharp breathing diseases (18%), pneumonia (55%) and diarrhea (27%); the non beneficiaries had more frequency for the diseases of the type sharp breathing infection (48%), diarrhea (21%), escabiose (22%) and the internments happened due to pneumonia (10%) and in larger percentile for diarrhea (70%). In the covering basic vacinal it completes for the age, it was verified that the group beneficiary meets on the average with disadvantage of 3% in relation to the not benefitted group. The participation of the families in the activities in health, demonstrated that the families beneficiaries' group is less participant (43,1%) that the non beneficiaries' group (56,2%). In the analysis of the variable number of people that you/they depend on the family it was observed among the families beneficiaries that (64%) possess among 2 to 5 people that depend on the family income, while (79%) of the not benefitted he/she also has the same number of dependent. When analyzing the family income without Bolsa Family's benefit it was observed among the families beneficiaries that (29%) have income among R\$ 50, 00 and R\$ 100, 00, while (22%) have income between R\$ 250,00 and R \$R\$ 300,00 and percentile equal between R\$ 350,00 and R\$ 400,00, the families beneficiaries (54%) already have income between R\$ 50,00 and R\$ 100,00 and (21%) just possess income among R\$ 250, 00 and R\$ 300,00. Among the families beneficiaries (73%) they receive R\$ 65,00 real and (22%) just notice a larger income, that is to say, R\$ 95,00.

**Keywords:** Program Bolsa Família. Situation of health. Child health.

## APÊNDICE A – Ficha-Protocolo

LABORO EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

### SITUAÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA DE 0 - 6 ANOS

Ficha nº \_\_\_\_\_

Data do preenchimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1- Data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_  
Sexo \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_

2- Estado Nutricional

Eutrófico ( ) Desnutrido ( )

3- Freqüente Unidade Básica de Saúde por:

Adoecimento ( ) Controle/Prevenção p( )

4 -

DOENÇAS	Nº de vezes de adoecimento	Procurou Posto de Saúde	Tratamento Medicamento/Não Medicamentoso	Internação
IRA				
PNEUMONIA				
DIARRÉIA				
VERMINOSE				
ESCABIOSE				

5 - Cartão de Vacina completo para idade?

Sim ( ) Não ( )

6- Participa das atividades de Educação em Saúde?

( ) Sim Não ( )

### DADOS RELATIVOS A FAMÍLIA E AO BENEFÍCIO- PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

7- Qual a escolaridade do responsável?

Responsável: \_\_\_\_\_

Alfabetizado(a) ( ) Não Alfabetizado (a) ( ) Ensino Fundamental Completo ( )

Ensino Fundamental Incompleto ( ) Médio Completo ( ) Médio Incompleto ( )

8- A família é beneficiada pelo Programa Bolsa Família?

Sim ( ) Não ( )

9- Qual a renda familiar sem o benefício Bolsa Família?

R\$ \_\_\_\_\_

10 Número de pessoas que dependem dessa renda

\_\_\_\_\_ pessoas

11 Qual a renda per capita?

R\$ \_\_\_\_\_

12 Quantas crianças de 0 a 6 anos de idade dependem dessa renda?

01 ( ) 02 ( ) 03 ( ) 04 ( ) 05 ( ) 06 ( ) 07 ( )

13 Se a família é beneficiada pelo Programa Bolsa família, quanto recebe atualmente?

R\$ 15,00 ( ) R\$ 30,00 ( ) R\$ 45,00 ( ) R\$ 65,00 ( ) R\$ 85,00 ( ) R\$ 95,00 ( )

## **ANEXOS**

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



## PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº. 137/06

Pesquisador (a) Responsável: **Mônica Elinor Alves Gama**

Equipe executora: **Hilda Nazaré Martins Silva, Josélia Maria Santos de Assis, Maria Conceição Assis Passos e Sônia Maria Mineiro de Azevedo**

Tipo de Pesquisa: **Especialização**

Registro do CEP: **078/06** Processo Nº. **33104-284/2006**

Instituição onde será desenvolvido: **Centro de Saúde de Quebra Pote**

Grupo: **III**


Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia **28.04.2006** o processo Nº. **33104-284/2006**, referente ao projeto de pesquisa: “**Influencia do Programa Bolsa Familia na situação de saúde da criança de 0 a 06 anos- Quebra Pote-São Luís**”, tendo como pesquisadora responsável **Mônica Elinor Alves Gama**, cujo objetivo geral é “**Estudar a influencia do Programa Bolsa Familia na situação de saúde das crianças de 0 a 06 anos, atendidas pela estratégia saúde da família na unidade de saúde do Quebra Pote**”. Na metodologia: Trata-se de uma pesquisa quantitativo, prospectivo transversal. Naquela ocasião o protocolo apresentou pendências, mas que foram atendidas a tempo, sendo portanto considerado **APROVADO**:

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 envia-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 11/04/2007 e ao término do estudo, gravado em CD ROM.

São Luis, 13 de fevereiro de 2007.

  
Wildoberto Ayala Batista Gurgel  
Coordenador do CEP-HUUFMA  
*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) 3219-1223  
E-mail huufma@huufma.br

## ANEXO B – Normas para publicação de artigos – Revista Physis

### REVISTA PHYSIS

---

#### **A Revista *Physis* publica artigos nas seguintes categorias:**

**ARTIGOS ORIGINAIS POR DEMANDA LIVRE:** textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. A publicação é decidida pelo Conselho Editorial, com base em pareceres - respeitando-se o anonimato tanto do autor quanto do parecerista (double-blind peer review) - e conforme disponibilidade de espaço.

**ARTIGOS ORIGINAIS POR CONVITE:** textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. O Conselho Editorial e o editor convidado tanto solicitam a autores de reconhecida experiência que encaminhem artigos originais relativos a temáticas previamente decididas, conforme o planejamento da revista, quanto deliberam, ao receber os artigos, com base em pareceres (double-blind peer review), sobre a publicação. Revisões e atualizações são em geral provenientes de convite. Apenas artigos que, devido a seu caráter autoral, não podem ser submetidos anonimamente a um parecerista, são analisados, com ciência do autor, com base em pareceres em que só o parecerista é anônimo (single-blind peer review).

**RESENHAS E CRÍTICAS BIBLIOGRÁFICAS:** podem ser provenientes de demanda livre ou de convite. O Conselho Editorial decide quanto à publicação, levando em conta temática, qualidade, boa redação e disponibilidade de espaço.

#### **FORMATO PARA ENCAMINHAMENTO DE ARTIGOS E RESENHAS:**

1. Os artigos podem ser apresentados em disquete ou enviados por e-mail. Solicita-se ainda o envio de duas cópias impressas. Devem ser digitados utilizando-se o Microsoft Word versão 6.0 ou posterior, fonte Times New Roman, tamanho 12 e espaço 1 ½, margens de 2 cm, página formato A-4. Devem ter, no máximo, 15 páginas, incluindo referências; resenhas, no máximo seis páginas. A Editoria poderá, excepcionalmente, aceitar contribuições que excedam tais limites. Os artigos devem vir acompanhados de resumo e palavras-chave (inglês e português).
2. Os artigos devem ser escritos preferencialmente em português, mas podem ser aceitos, ainda, artigos em inglês, espanhol e francês.
3. No cabeçalho devem constar: título do artigo e autor(es). Os autores, sobretudo os que têm mais de um sobrenome, devem indicar de modo inequívoco como seus nomes devem ser citados e indexados. Outras informações devem ser colocadas como nota no final do artigo. Devem ser informados dados profissionais dos autores (instituição, cargo e titulação), bem como endereço para correspondência (inclusive e-mail) e telefone para contato.
4. A ordem do artigo deve obedecer ao seguinte padrão: título, autoria, resumo, palavras-chave, texto com notas de fim, referências, título em inglês, abstract e key words.
5. Os resumos em português e inglês, de até 250 palavras, devem destacar o objetivo principal, os métodos básicos adotados, os resultados mais relevantes e principais conclusões do artigo. O título do artigo também deverá ser traduzido. A Revista poderá rever ou refazer as traduções.
6. Devem ser indicadas de três a cinco palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho, em português e inglês.
7. Os quadros e gráficos devem ser apresentados em arquivos separados, numerados e titulados corretamente, com indicação das unidades em que se expressem os valores, e com as fontes correspondentes. Os gráficos e/ou mapas devem ser confeccionados de modo a permitir sua reprodução direta.
8. As notas, numeradas seqüencialmente em algarismos arábicos, devem ser colocadas no final do texto, antes das referências, com fonte tamanho 10. As notas devem ser exclusivamente explicativas, escritas da forma mais sucinta possível, e não devem ser compostas como referências. Porém, não há restrições quanto à quantidade de notas.
9. Não serão aceitos trabalhos que não atendam às normas fixadas.
10. A submissão do trabalho e a aceitação em publicá-lo implicam cessão sem ônus dos direitos de publicação para a **Revista Physis**. Os autores continuam a deter todos os direitos autorais para publicações posteriores do artigo, devendo indicar a referência à primeira publicação na revista. A Editoria não se compromete a devolver os originais das contribuições recebidas.
11. Serão remetidos a cada autor cinco exemplares da edição em que for publicado seu trabalho.

**Padrões para Referências:****Livros e folhetos:**

BIRMAN, Joel. *Pensamento freudiano*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1994. 204p.

ANÁLISE do desempenho hospitalar: III trimestre. Rio de Janeiro: CEPESC, 1987. 295 p.

**Capítulos de livros:**

LUZ, Madel T. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde da década de 80. In:

GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p. 131-152.

**Trabalhos apresentados em congressos, seminários etc.**

CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1., 1990, São Paulo. *Anais...* São Paulo:

UNICAMP, 1990. 431p.

MENDONÇA, Gulnar A. e Silva. Câncer no Brasil : um risco crescente. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2., 1994, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: ABRASCO, 1994. p. 63-77.

**Dissertações e teses:**

CALDAS, Célia Pereira. *Memória de velhos trabalhadores*. 1993. 245 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

CAMARGO JUNIOR, Kenneth R. de. *A construção da Aids*. Racionalidade médica e estruturação das doenças. 1993. 229 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

**Periódicos:**

MARTINS, A. Novos paradigmas e saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.83-112, 1999.

PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: UERJ,IMS, 1992- . Semestral. ISSN 0103-7331.

SILVA, A. A. M. da, GOMES, U. A. , TONIAL, S. R. *et al.* Cobertura Vacinal e fatores de risco associados à não vacinação em localidade Urbana do nordeste brasileiro. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 147-156, 1999.

**Jornais:**

SÁ, Fátima. Praias resistem ao esgoto: correntes dispersam sujeiras, mas campanha de informação a turistas começa domingo. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 15. abr. 1999. Primeiro caderno, Cidade, p.25.

**Referência legislativa:**

BRASIL. Lei nº. n. 8926, de 9 de agosto de 1994. Torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamentos, de advertência e recomendações sobre o uso por pessoas de mais de 65 anos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v. 132, n. 152, p. 12037, ago. 1994. Seção 1, pt. 1.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº. 42.822, de 20 de janeiro de 1998. Dispõe sobre a desativação de unidades administrativas de órgãos da administração direta e das autarquias do Estado e dá providências correlatas. *Lex-Coletânea de Legislação e Jurisprudência*, São Paulo, v. 62, n. 3, p. 217-20, 1998.

**Documentos eletrônicos:**

REVENGE, Samuel J. *The internet dictionary*. Avon : Future, 1996. 98p.

Referência obtida via base de dados Biblio : CELEPAR, 1996. Disponível em: <  
<http://www.celepar.br/celepar/celepar/biblio.biblio.html>>. Acesso em: 12 jul. 1998.

ALEIJADINHO. In: ALMANAQUE abril: sua fonte de pesquisa. São Paulo: Abril, 1996. 1 CD-ROM.

MOURA, Gevilacio Aguiar C. de. *Citações e referências a documentos eletrônicos*. Disponível em: <  
<http://www.elogica.com.br/users/gmoura/refet>>. Acesso em: 9 de dez. 1996.

Costa, M. *Publicação eletrônica* [mensagem pessoal]. Mensagem obtida por <cbc@uerj.br> em 10 ago. 2001.

**Observações**

Os conceitos emitidos nos artigos e resenhas são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Editorial.

**Envio de manuscritos**

12. Endereço para envio de artigos e correspondência:

**PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**

Instituto de Medicina Social - UERJ

Rua São Francisco Xavier, 524 - 7º andar, bl. D - Maracanã

20.550-900 - Rio de Janeiro - RJ

Tel.: (21) 2587-7303 ramal 248 - Fax: (21) 2264-1142

E-mail: publicacoes@ims.uerj.br

Web: <http://www.ims.uerj.br>