

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

NATÁLIA MARTINS DE ALMEIDA

**REPERCUSSÕES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA SOBRE O
ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO DE CRIANÇAS BENEFICIÁRIAS EM
UM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO**

São Luís
2011

NATÁLIA MARTINS DE ALMEIDA

**REPERCUSSÕES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA SOBRE O
ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO DE CRIANÇAS BENEFICIÁRIAS EM
UM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Professor Mestre Carlos Leonardo Figueiredo Cunha.

São Luís
2011

Almeida, Natália Martins de

Repercussões do Programa Bolsa Família sobre o acompanhamento do crescimento de crianças beneficiárias em um estado do nordeste brasileiro. Natália Martins de Almeida. – São Luís, 2011.

31f.

Monografia (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2011.

2. Saúde pública. 2. Programa Bolsa Família - Repercussões.
Título.

CDU 614.2

NATÁLIA MARTINS DE ALMEIDA

**REPERCUSSÕES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA SOBRE O
ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO DE CRIANÇAS BENEFICIÁRIAS EM
UM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em
Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós-
Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção
do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof. Carlos Leonardo Figueiredo Cunha (Orientador)
Mestre em Saúde Materno-Infantil
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Profa. Mônica Elinor Alves Gama
Doutora em Medicina
Universidade de São Paulo - USP

RESUMO

O Programa Bolsa Família (PBF), criado em 2004, unificou os procedimentos de gestão e execução das ações de transferência de renda do Governo Federal, beneficiando famílias em situação de pobreza e extrema pobreza. O Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE) apresenta as repercussões do PBF no ano de 2007 e mostra que apenas o fator renda ainda não é capaz de superar facetas de uma situação de pobreza como saúde e acesso a bens públicos. O objetivo deste trabalho foi estudar o acompanhamento do crescimento das crianças menores de cinco anos beneficiárias do Programa Bolsa Família no Estado do Maranhão. Estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Da amostra total de 1.711 crianças foram identificadas 738 pertencentes à famílias inscritas no PBF. Estimou-se a renda média per capita em 0,6 salários, sendo esperado cerca de 50% de famílias beneficiárias, uma vez que possuíam perfil econômico para inscrição nos programas de transferência de renda. Na ocasião da entrevista 82,4 % apresentaram a caderneta de saúde e somente 5,7% relataram nunca terem tido o documento. O agente de saúde foi o profissional responsável pela maioria das pesagens. Atualmente, um dos desafios da vigilância nutricional é a capacitação dos profissionais para a coleta de dados e registro das informações com maior qualidade, bem como para interpretação dos dados da vigilância alimentar e nutricional de sua população. Assim teremos maior confiabilidade na base de dados gerada pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), podendo-se tomá-la como referencial na avaliação do perfil alimentar e nutricional da população brasileira. Os percentuais encontrados mostram que houve melhora significativa nas ações de acompanhamento do crescimento infantil no que diz respeito às condicionalidades do Programa Bolsa Família, no entanto, ainda se encontram fragilidades que podem comprometer o desenvolvimento dos Programas e o estado de saúde infantil.

Palavras-chave: Programa Bolsa Família; acompanhamento do crescimento; caderneta de saúde.

ABSTRACT

The Family Allowance Program (FAP), established in 2004, unified the management procedures and pursuance of actions to transfer income from the Federal Government, benefiting families in poverty and extreme poverty. The Brazilian Institute of Social and Economic Analyses (IBASE) shows the effect of GMP in 2007 and shows that only the income factor is not yet able to overcome facets of poverty such as health and access to public goods. The objective of this work was to study the growth monitoring of children under five years Family Allowance Program beneficiaries in the state of Maranhao. Descriptive study with a quantitative approach. Of the total sample of 1.711 children were identified 738 belonging to families enrolled in the FAP. We estimated the average per capita income by 0,6 salaries, thus was expected about 50% of beneficiary families, since they had an economic profile for enrollment in the income transfer programs. At the time of the interview 82,4% presented the health booklet and only 5,7% reported ever having had the document. The health agent was the professional responsible for most weighings. Currently, one of the challenges of nutritional surveillance is the capacitate of professionals for data collection and registry of information with higher quality, as well as for interpretation of surveillance data aliment and nutritional of its population. So we will have greater reliability in the database generated by System for Food and Nutrition Surveillance (SFNS), and we can take it as a reference in assessing the food and nutritional profile of the population. The percentages found show that there was significant improvement in actions follow-up of infant growth in relation to the conditionalities of the Family Allowance Program, however, still there fragilities that can compromise the development of programs and the child health state.

Keywords: Family Allowance Program; growth monitoring; health booklet.

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	10
2.1 Geral	10
2.2 Específicos	10
3 METODOLOGIA	11
4 RESULTADOS	13
5 DISCUSSÃO	20
6 CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS	25
APÊNDICES	28

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde assegura que os cinco primeiros anos de vida são considerados o período mais vulnerável aos distúrbios do crescimento, devido à velocidade de mudanças estruturais na criança. Sendo assim, o crescimento é considerado um ótimo indicador de saúde da criança, refletindo as condições de vida atual e pregressa, em especial pela sua estreita relação com os fatores ambientais (BRASIL, 2002). Neste período 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 crescimento (LOPES, 2007).

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 infantil (CARVALHO et al., 2008).

Para o Ministério da Saúde, a atenção integral à saúde da criança elenca o acompanhamento do crescimento como uma das suas linhas de cuidado. Toda criança deve receber a Caderneta de Saúde da Criança para registro de dados antropométricos, desenvolvimento, vacinação e intercorrências clínicas. Identificar as crianças em risco de déficit de crescimento é papel de toda a equipe de saúde, que deve estar capacitada para realizar esse acompanhamento, fazendo busca ativa das crianças faltosas ao calendário de acompanhamento (BRASIL, 2004b; GOULART et al., 2008). Em pesquisa realizada no Maranhão por Tonial; Silva (1997) sobre Saúde e Nutrição, 61,9% das crianças possuía o cartão da criança. O registro da pesagem no último trimestre apresentou um percentual de 11,4%, enquanto o percentual de crianças que não haviam sido pesadas chegou a 62,9%.

O Programa Bolsa Família (PBF), criado em 2004 pelo Ministério da Saúde, unificou os procedimentos de gestão e execução das ações de transferência de renda do Governo Federal, beneficiando famílias em situação de pobreza e extrema pobreza – renda per capita mensal não superior a cento e vinte reais e sessenta reais, respectivamente (BRASIL, 2006) e, para receber o benefício, a família deve ter entre seus membros gestantes, nutrizes, crianças entre 0 e 12 anos ou adolescentes com até 15 anos (BRASIL, 2004a).

As famílias beneficiárias do PBF em geral têm dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de saúde, por este motivo o Programa estabelece condicionalidades com o objetivo de garantir a oferta de ações básicas (saúde e educação), para potencializar a melhoria da qualidade de vida e contribuir para inclusão social. Para continuar a receber o benefício as mães ou responsáveis devem levar as crianças menores de 7 anos à unidade de saúde para a realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, conforme o calendário preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007).

As condicionalidades do PBF em relação à educação e à saúde das crianças e adolescentes e a importância de comparecer as atividades educativas desenvolvidas na unidade são assuntos considerados relevantes pelos usuários, embora somente cerca de um terço das ações de educação em saúde avaliadas, sejam desenvolvidas a partir da troca de conhecimentos, favorecendo espaço para reflexão, com a apreensão de novos conhecimentos que possam implicar na mudança de atitude. Dessa forma, oportunidades importantes para discussão de questões relacionadas ao assunto abordado são perdidas ou despercebidas pelos profissionais (OLIVEIRA et al., 2009).

Burlandy (2007) destaca que o impacto das condicionalidades nas condições de saúde das famílias beneficiárias vai depender da oferta dos serviços em cada localidade, assim como da qualidade em sua prestação e do custo para acessá-los como, por exemplo, transporte e tempo de espera. É bastante provável que o Bolsa Família propicie a ampliação do acesso à saúde, especialmente para um contingente de pessoas que nunca frequentou estes serviços, sendo incluído pela primeira vez neste circuito, mesmo que ainda limitado, de cidadania social (MONNERAT et al., 2007).

O Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE) apresenta as repercussões do PBF no ano de 2007 mostra que apenas o fator renda ainda não é capaz de superar facetas de uma situação de pobreza como saúde e acesso a bens públicos. O documento mostra ainda que das famílias beneficiárias 16% já tiveram membros com diagnóstico de desnutrição infantil e somente 42,6% têm acesso à rede de esgotos. Em contrapartida 42% das mulheres titulares do benefício aumentaram a frequência aos serviços de saúde após a inserção da família no programa (IBASE, 2008).

Para acompanhar o registro das condicionalidades da saúde do PBF o Bolsa Família na Saúde, sistema informatizado, é utilizado desde o segundo semestre de 2006, avaliando o acesso desse público às ações básicas de saúde. A partir desse período, a possibilidade de registrar o estado nutricional dos beneficiários do PBF com perfil saúde ampliou de forma expressiva o acesso aos dados da vigilância nutricional, sendo recebidos mais de 7,3 milhões de registros de estado nutricional dos beneficiários em todo o Brasil no segundo semestre de 2008 (COUTINHO et al., 2009).

O Ministério da Saúde assegura que o PBF tem gerado muitas mudanças na vida da população brasileira e no estado do Maranhão quase 700.000 famílias apresentam perfil do setor saúde para serem acompanhadas pelo Programa. Dentre essas famílias somente 47,9% foram acompanhadas no ano de 2007, e a situação nutricional das crianças beneficiárias apresentou percentuais bastante significativos para os déficits de peso para idade (14%), estatura para idade (26,3%) e peso para altura (9,3%), o que pode ser reflexo do acompanhamento inadequado ou da falta de acompanhamento destas famílias (BRASIL, 2008).

Entre as potencialidades do Sistema Informatizado destacam-se a possibilidade de localização exata e real do agravo e a rapidez com que a informação é coletada, consolidada, analisada e interpretada. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) é um instrumento que permite a avaliação mais precisa do estado nutricional dos usuários do SUS, além de possibilitar a identificação das Unidades Básicas de Saúde com maiores prevalências de agravos relacionados ao estado nutricional (COUTINHO et al., 2009).

Com relação à avaliação do PBF, Mendes; Barbosa; Rodrigues (2009) observaram que este tem cumprido apenas um dos seus objetivos – o de promover o alívio imediato da pobreza, por meio da transferência direta de renda à família. O objetivo de reforçar o exercício de direitos sociais básicos nas áreas de Saúde e Educação, através do cumprimento das condicionalidades, parece não ter sido atingido ainda, o que poderia contribuir para que as famílias consigam romper o ciclo vicioso da pobreza entre gerações.

As condicionalidades impostas pelo Programa Bolsa Família têm estimulado as famílias a comparecerem aos serviços de saúde, porém ainda não

garantem o acompanhamento da saúde e do estado nutricional de toda população beneficiária. Conhecer a cobertura do Programa a partir do relato dos beneficiários permite que sejam confrontados os dados apresentados nos relatórios de acompanhamento – evitando-se, por exemplo, que constem no cadastro pessoas que não possuem o perfil do programa.

O crescente número de beneficiários do PBF chama à atenção, principalmente quando se observa as disparidades existentes em torno deste sistema. Pessoas que recebem o benefício sendo servidores público, famílias que sobrevivem somente do benefício ou mesmo crianças que ainda que fora da escola continuem inclusas no programa enquanto outras, por não conseguirem renovar o seu cadastro são desligadas automaticamente do sistema. Estes relatos noticiados na mídia ou ouvidos cotidianamente nos fazem refletir se os objetivos do programa estão sendo alcançados e se as condicionalidades impostas repercutem como deveriam no setor saúde - onde se encontra o principal instrumento de acompanhamento do programa.

Diante de uma estimativa mais aproximada da realidade do Estado pode-se considerar a cobertura do PBF diante das ações de acompanhamento do crescimento e buscar correlações, tendo em vista que as condicionalidades do Programa exigem o cumprimento de tais ações. A partir de então, será possível verificar a influência do PBF sobre as ações de acompanhamento do crescimento e conseqüentemente o seu possível impacto sobre o estado nutricional das crianças.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Estudar o acompanhamento do crescimento das crianças menores de cinco anos beneficiárias do Programa Bolsa Família no Estado do Maranhão.

2.2 Específicos

- Estimar a cobertura do Programa Bolsa Família no Estado do Maranhão;
- Caracterizar a população beneficiária do programa;
- Analisar o acompanhamento do crescimento das crianças menores de cinco anos beneficiárias do programa.

3 METODOLOGIA

Realizou-se estudo descritivo, prospectivo, 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 1711 crianças de zero a cinco anos.

DESNUTRIÇÃO (24% de ocorrência) foi o evento considerado para definição do tamanho amostral, tendo-se como referencial o resultado encontrado para essa variável em pesquisa também de base populacional realizada por Tonial e Silva (1997) 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 visitação e mais dois setores reservas, a serem utilizados em casos excepcionais, quando da impossibilidade de acesso ao setor sorteado, pois a pesquisa foi 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 “Situa o de Saúde no Estado do Maranhão”, sendo as defini es utilizadas presentes no manual do entrevistador. Foi desenvolvido projeto-piloto para garantir unidade no momento da coleta das informa es e desenvolvimento das etapas definidas para o trabalho de campo. Foram selecionadas para essa análise variáveis referentes   utiliza o dos serviços de saúde no âmbito da aten o primária   saúde da criança (posse do cartão/caderneta da criança, registro da pesagem e profissional que realizou a pesagem).

Foram utilizados percentuais descritivos. Para digita o e processamento de dados foi utilizado o programa Epi-Info 2.002 do CDC, de Atlanta, EUA (DEAN et al., 1994). Para avaliar as mudanças transcorridas nos últimos dez anos, foram considerados os resultados observados na pesquisa “Saúde, nutri o e mortalidade infantil no Maranhão”, realizada em 1996, cuja estrutura o metodológica e desenvolvimento seguiram o mesmo padrão da pesquisa atual (TONIAL; SILVA, 1996).

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de  tica em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob o registro n  33104-747/2006, sendo emitido o parecer favorável para sua realiza o em 20 de outubro de 2006.

4 RESULTADOS

Dentre as 1.711 crianças menores de cinco anos pertencentes à amostra foram identificadas 748 (43,7%) pertencentes às famílias inscritas em programas de transferência de renda do governo federal. (Gráfico 1). Vale ressaltar que somente 0,1% não souberam informar se a família estava ou não inscrita em algum programa. Para melhor visualização dos resultados foram consideradas crianças beneficiárias aquelas pertencentes a famílias inscritas em programa de transferência de renda.

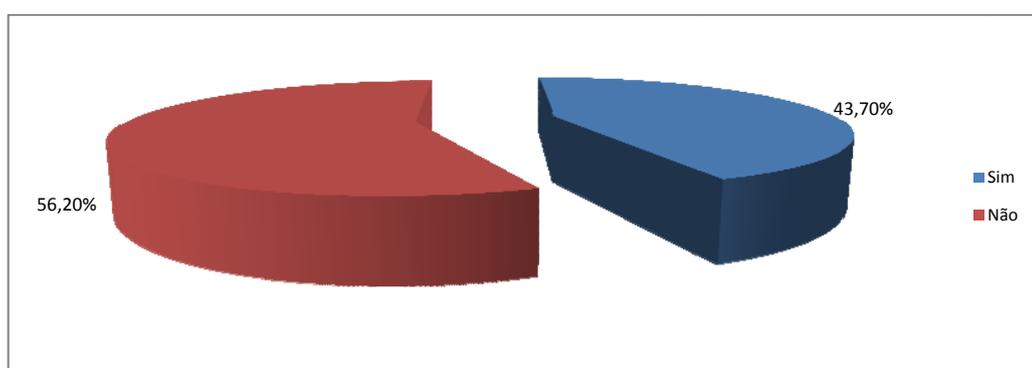


Gráfico 1 – Distribuição percentual das 1.711 crianças de acordo com a inscrição em programas de transferência de renda. Maranhão, 2007.

A renda familiar total média da amostra total foi de 3,9 salários mínimos, sendo a mediana igual a um salário; a média de moradores por domicílio foi de 6,3, sendo a mediana igual a 5.

Quando verificado o tipo de programa no qual a família estava inscrita, observou-se que 738 eram beneficiárias do Programa Bolsa Família, representando 98,7% do total, conforme se observa no Gráfico 2.

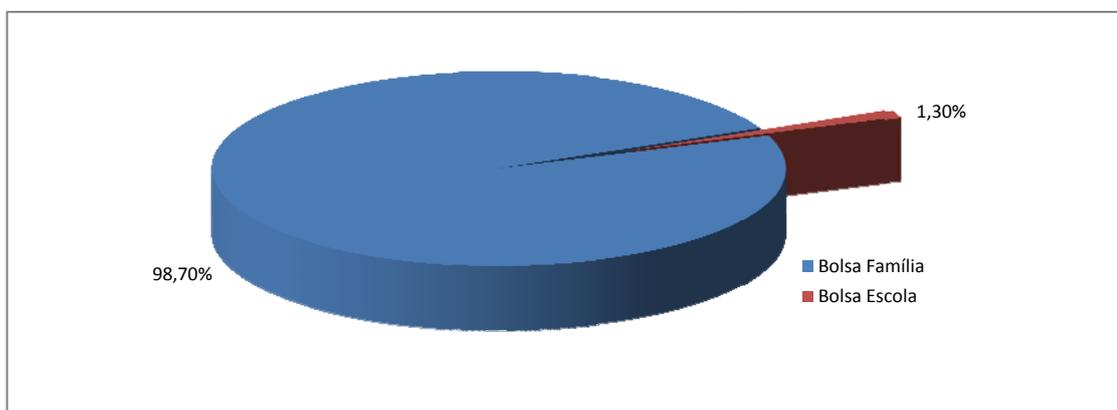


Gráfico 2 – Distribuição percentual das 748 crianças beneficiárias segundo tipo de programa de transferência de renda. Maranhão, 2007.

Dentre os 28 municípios pertencentes à amostra os maiores percentuais de beneficiários foram observados nos municípios de Bacabal e Lago do Junco (5,8%); os menores percentuais (0,8%) foram observados em São João Batista e Viana (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual de famílias beneficiárias por município. Maranhão, 2007.

MUNICÍPIO	N	%
Açailândia	19	2,6%
Amarante do Maranhão	30	4,1%
Bacabal	43	5,8%
Balsas	19	2,6%
Bom Jardim	32	4,3%
Buriticupu	30	4,1%
Carutapera	12	1,6%
Coroatá	37	5,0%
Coelho Neto	12	1,6%
Duque Bacelar	15	2,0%
Governador Nunes Freire	21	2,8%
Imperatriz	9	1,2%
Itaipava do Grajaú	34	4,6%
Lago do Junco	43	5,8%
Matões do Norte	21	2,8%
Paço do Lumiar	24	3,3%
Paulo Ramos	33	4,5%
Pinheiro	27	3,7%
Presidente Vargas	26	3,5%
Santa Inês	21	2,8%
Santa Rita	36	4,9%
São João Batista	6	0,8%
São José dos Basílios	38	5,1%
São Luís	36	4,9%

Tabela 1 (Cont.) – Distribuição numérica e percentual de famílias beneficiárias por município. Maranhão, 2007.

MUNICÍPIO	N	%
São Mateus do Maranhão	40	5,4%
Timbiras	30	4,1%
Tuntum	38	5,1%
Viana	6	0,8%
TOTAL	738	100,0%

Com relação ao tempo de inscrição no programa observou-se que dois terços das crianças beneficiárias estavam inscritas no programa há menos de um ano, sendo 33,7% há menos de 6 meses e 33,3% entre 6 e 12 meses (Gráfico 3).

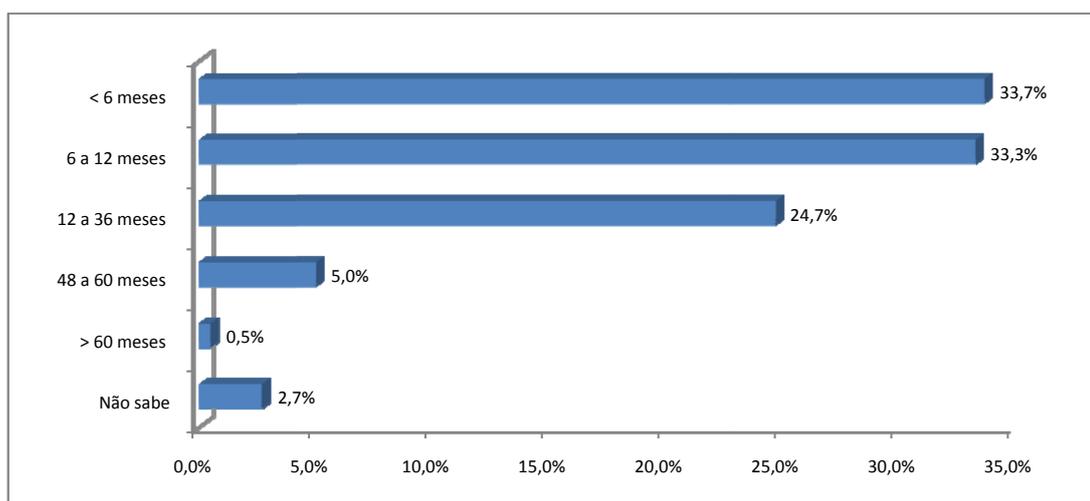


Gráfico 3 – Distribuição percentual das 738 crianças beneficiárias do PBF segundo tempo de inscrição. Maranhão, 2007.

O perfil demográfico das crianças beneficiárias pode ser observado nos Gráficos 4 e 5, onde se observam 51,6% das crianças pertencentes ao sexo masculino e mais da metade das crianças com idade superior a 12 meses, sendo 44% com idade entre 12 e 36 meses (Gráfico 5).

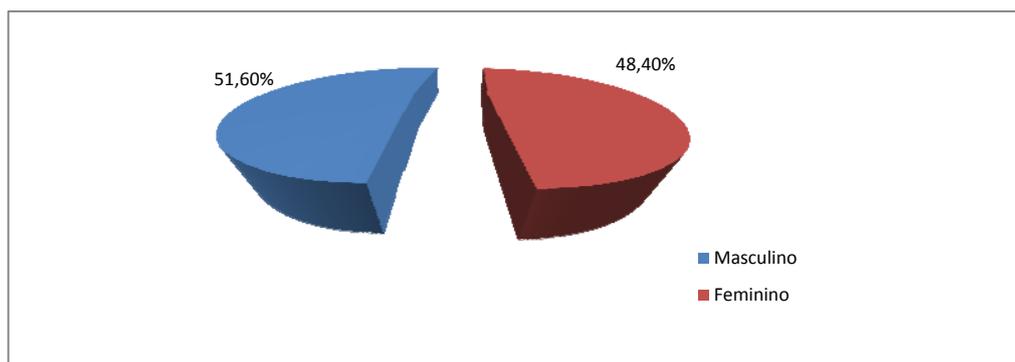


Gráfico 4 – Distribuição percentual das 738 crianças beneficiárias do PBF segundo sexo. Maranhão, 2007.

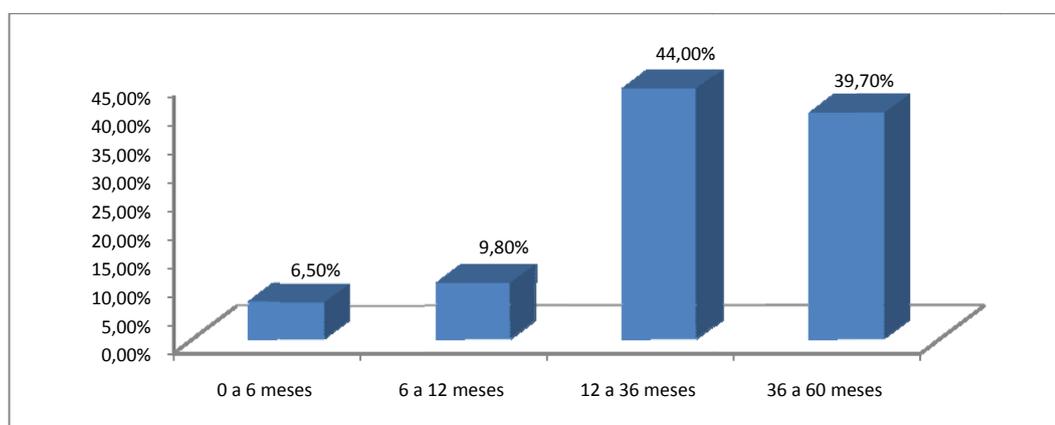


Gráfico 5 – Distribuição percentual das 738 crianças beneficiárias do PBF segundo faixa etária. Maranhão, 2007.

Foi verificada a relação entre o tempo de inscrição no PBF e a faixa etária das crianças (Tabela 2). Na faixa etária de 0 a 6 meses 62,5% das crianças eram beneficiárias há menos de 6 meses e 16,7% recebiam o benefício por um período entre 6 e 12 meses.

Tabela 2 – Tempo de inscrição no PBF de acordo com a faixa etária. Maranhão, 2007.

TEMPO DE INSCRIÇÃO NO PROGRAMA	FAIXA ETÁRIA (em meses)							
	0 a 6		6 a 12		12 a 36		36 a 60	
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 6 meses	30	62,5%	33	45,8%	114	35,1%	72	24,6%
6 a 12 meses	8	16,7%	21	29,2%	118	36,3%	99	33,8%
12 a 36 meses	6	12,5%	10	13,9%	74	22,8%	92	31,4%

Tabela 2 (Cont.) – Tempo de inscrição no PBF de acordo com a faixa etária. Maranhão, 2007.

TEMPO DE INSCRIÇÃO NO PROGRAMA	FAIXA ETÁRIA (em meses)							
	0 a 6		6 a 12		12 a 36		36 a 60	
	N	%	N	%	N	%	N	%
36 a 60 meses	1	2,1%	4	5,6%	12	3,7%	20	6,8%
> 60 meses	0	-	1	1,4%	0	-	3	1,0%
Não sabe	3	6,3%	3	4,2%	7	2,2%	7	2,4%
Total	48	100,0%	72	100,0%	325	100,0%	293	100,0%

Para verificar o acompanhamento do crescimento das crianças beneficiárias foi verificada a posse da caderneta de saúde e o relato da pesagem no último trimestre (Gráficos 6 e 7). Na ocasião da entrevista 82,4 % apresentaram a caderneta de saúde e somente 5,7% relataram nunca terem tido o documento (Gráfico 6).

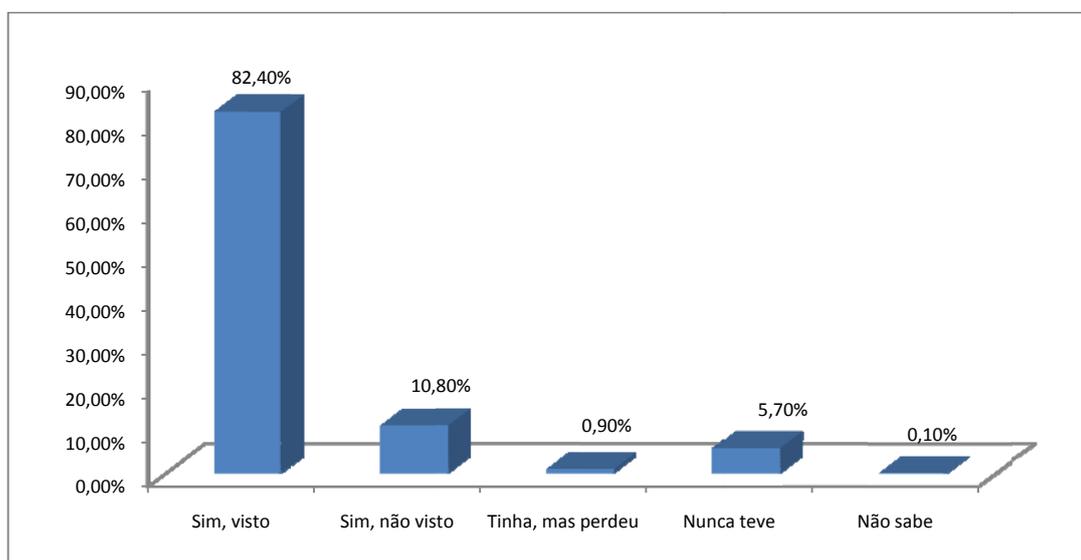


Gráfico 6 – Distribuição percentual das 738 crianças beneficiárias do PBF segundo posse da caderneta de saúde. Maranhão, 2007.

Quando associada a posse da caderneta de saúde ao tempo de inscrição no PBF observou-se que o maior percentual (10,8%) de crianças que nunca tiveram o documento está inscrita há menos de 6 meses no programa (Tabela 3); entre aquelas inscritas há mais de 60 meses todas as cadernetas foram apresentadas.

Tabela 3 – Posse da caderneta de saúde segundo tempo de inscrição no PBF. Maranhão, 2007.

Posse da caderneta de saúde	Tempo de inscrição no PBF (em meses)									
	< 6		6 a 12		12 a 36		36 a 60		Não sabe	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim, visto	197	79,1%	211	85,8%	150	82,4%	31	83,8%	15	75,0%
Sim, não visto	23	9,2%	28	11,4%	22	12,1%	5	13,5%	2	10,0%
Tinha, mas perdeu	1	0,4%	1	0,4%	3	1,6%	1	2,7%	1	5,0%
Nunca teve	27	10,8%	6	2,4%	7	3,8%	-	-	2	10,0%
Não sabe	1	0,4%	-	-	-	-	-	-	0	0,0%
Total	249	100,0%	246	100,0%	182	100,0%	37	100,0%	20	100,0%

Foi questionada a pesagem da criança no último trimestre e encontrado um percentual de 52,2% de crianças com registro do peso no cartão e 19,8% que não haviam sido pesadas (Gráfico 7).

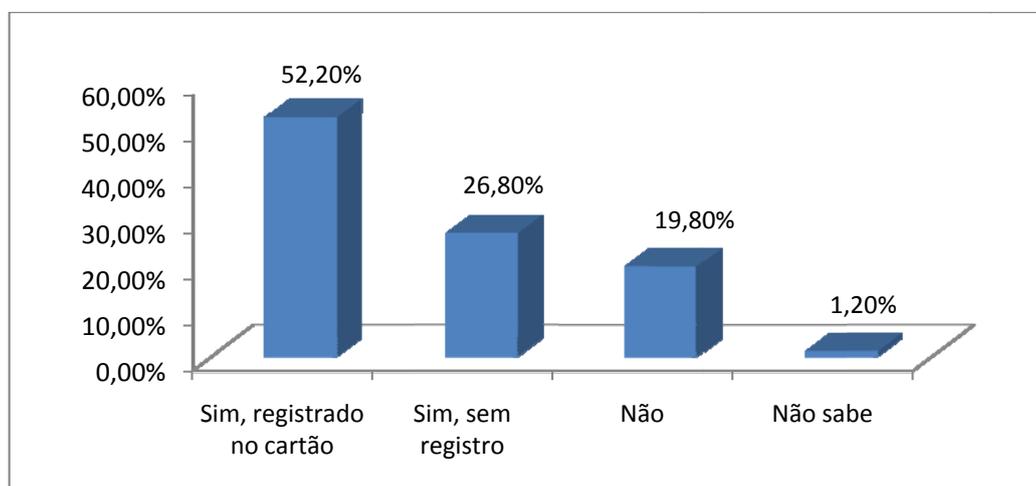


Gráfico 7 – Distribuição percentual das 738 crianças beneficiárias do PBF segundo relato da pesagem no último trimestre. Maranhão, 2007.

O agente de saúde foi o profissional responsável pela maioria das pesagens (58,5%), o que revela a importância desse profissional nas ações de vigilância nutricional e a sua participação no cuidado em saúde (Gráfico 8).

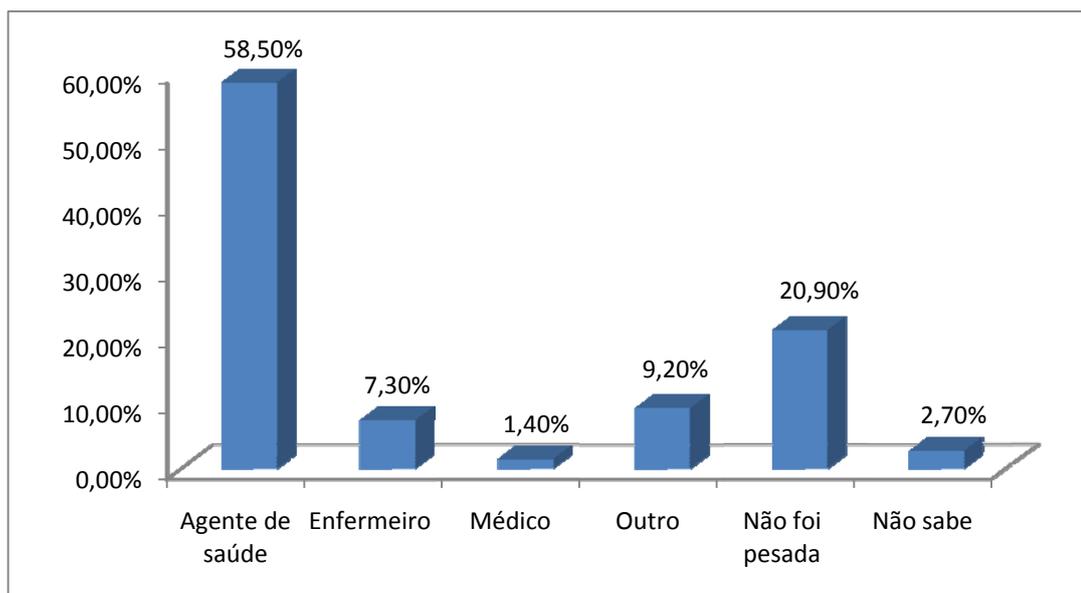


Gráfico 8 – Distribuição percentual das 738 crianças beneficiárias do PBF segundo profissional que realizou a pesagem no último trimestre. Maranhão, 2007.

A pesagem no último trimestre foi verificada em todas as crianças beneficiárias há mais de 60 meses e o maior percentual (24,3%) de crianças que não haviam sido pesadas estava entre aquelas inscritas no programa entre 36 e 60 meses (Tabela 4).

Tabela 4 – Pesagem no último trimestre segundo tempo de inscrição no programa. Maranhão, 2007.

Pesagem no último trimestre	Tempo de inscrição no PBF (em meses)									
	< 6		6 a 12		12 a 36		36 a 60		Não sabe	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim, registrado no cartão	135	54,2%	129	52,4%	93	51,1%	14	37,8%	11	55,0%
Sim, sem registro	59	23,7%	62	25,2%	59	32,4%	12	32,4%	5	25,0%
Não pesada	52	20,9%	52	21,1%	29	15,9%	9	24,3%	4	20,0%
Não sabe	3	1,2%	3	1,2%	1	0,5%	2	5,4%	-	-
TOTAL	249	100,0%	246	100,0%	182	100,0%	37	100,0%	20	100,0%

5 DISCUSSÃO

O percentual de crianças beneficiárias (43,7%) sugere que a cobertura do programa tem alcançado as estimativas/prospecção desejadas, atendendo as exigências e o perfil da população em crescimento exponencial.

O Ministério da Saúde torna claro que de acordo com a renda familiar total média pode-se estimar a renda média per capita em 0,6 salários, e, considerando uma mediana estimada de 0,2 salários (R\$ 76,00) era esperado cerca de 50% de famílias beneficiárias, uma vez que possuíam perfil econômico para inscrição nos programas de transferência de renda, onde é requerida renda per capita entre R\$ 60,00 e R\$ 120,00 (BRASIL, 2006).

A renda familiar e intrafamiliar, condições de moradia, saneamento básico, acesso a água encanada no domicílio e acesso aos serviços de saúde são fatores que influenciam diretamente as condições de saúde das crianças e por consequência o estado nutricional (DRACHLER et al., 2003). Barroso et al (2008) verificaram um percentual de 48% de famílias com renda familiar mensal per capita de 0 a 105,00 reais no município de Duque de Caxias (RJ), e destacaram que esta variável econômica foi fortemente associada ao déficit no índice peso/estatura. Quase a totalidade das famílias beneficiárias (98,7%) estava inscrita no Programa Bolsa Família; mostrando-se este o programa de maior impacto na inclusão social.

Em 2008, foram entrevistadas 6.001 pessoas em 214 municípios brasileiros para captar a percepção na sociedade dos programas federais, dentre os quais o Bolsa família foi analisado com maior detalhe. Menos de 1% dos entrevistados não souberam responder questões referentes ao programa. A percepção positiva do programa foi prioritária em todas as regiões do país e mais de 70% das respostas afirmavam que o programa ajuda a melhorar a saúde das crianças; percentual que varia em quase 15% entre pessoas que conhecem ou não algum beneficiário (CASTRO et al., 2009).

Burlandy (2007) sugere que a transferência condicionada de renda (TCR), como é o caso do Programa Bolsa Família, “quando comparada a outras intervenções, tende a favorecer a autonomia das famílias no uso dos recursos, na escolha dos alimentos e, portanto, na adequação à sua realidade e cultura”. O autor mostra ainda que a integração de programas de TCR e Segurança Alimentar e

Nutricional é fundamental para que as intervenções não se tornem medidas compensatórias, mas que tenham a capacidade de impactar de forma sustentável e efetiva os problemas continuamente gerados por uma estrutura social que reforça as desigualdades e as vulnerabilidades existentes.

As condicionantes que culminaram no estabelecimento de políticas de transferência de renda colocam em evidência as questões de exclusão/inclusão e solidariedade social. A sociedade em geral, recebeu a implantação dessas políticas com muitas reservas e até mesmo classificando as políticas como assistencialistas e eleitoreiras. Uma pesquisa de opinião na sociedade brasileira mostrou que a população concorda que objetivos do Programa Bolsa Família, de combate à pobreza, de manutenção da criança na escola e de redução do trabalho infantil estão sendo atingidos (CASTRO et al., 2009).

O perfil demográfico das crianças beneficiárias segue o perfil homogêneo da população maranhense, no que se refere ao gênero. Chama a atenção o fato de uma criança na faixa de 6 a 12 meses ser beneficiária do programa há mais de 60 meses, podendo-se explicar esta ocorrência devido ao fato de a inscrição no programa ser referente à família e não à criança isoladamente.

De acordo com o Ministério da Saúde a caderneta de saúde da criança tem-se tornado um importante instrumento de avaliação do cumprimento das condicionalidades do programa, pois é um dos compromissos dos beneficiários manter o calendário de vacinação em dia, bem como realizar o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento (BRASIL, 2007). Goulart et al (2008) afirmam que a participação da família no processo do acompanhamento da criança pela Caderneta é essencial para o bom desenvolvimento da saúde infantil. No entanto a falta de preenchimento de muitos campos deste instrumento e a ausência de esclarecimentos sobre os registros sugerem à família que outros meios de acompanhamento são mais importantes que a Caderneta. Apesar de o documento ser entregue ainda na maternidade mais da metade das mães entrevistadas afirmaram não ter recebido explicações sobre a Caderneta.

Dentre as famílias inscritas há menos de 6 meses no programa observou-se o maior percentual (10,8%) de crianças que nunca tiveram a Caderneta de Saúde, sugerindo fragilidade no acompanhamento das condicionalidades nos meses

iniciais, considerando que todas as cadernetas foram apresentadas pelas famílias inscritas há mais de 60 meses.

Para complementar a avaliação das condicionalidades foi questionada a pesagem da criança no último trimestre e encontrado um percentual de 52,2% de crianças com registro do peso no cartão e 19,8% que não haviam sido pesadas. O relatório sobre o SISVAN – módulo gestão do PBF na saúde referente ao 2º semestre de 2007 apresentou 679.160 famílias com perfil saúde, dentre as quais 47,9% tiveram acompanhamento das condicionalidades no Maranhão e 46,4% no Brasil (BRASIL, 2008).

No presente estudo o agente comunitário de saúde foi referido como principal profissional responsável pelas pesagens (58,5%), o que revela a importância desse profissional nas ações de vigilância nutricional e a sua participação no cuidado em saúde especialmente através das visitas domiciliares.

A avaliação de uma Ação de Vigilância à Morbimortalidade Infantil, em Belo Horizonte, priorizando recém-nascidos com baixo peso ao nascer (< 2.500g); filhos de mães não escolarizadas e adolescentes (< 20 anos), considerando que este grupo apresenta maior probabilidade de adoecer e morrer, mostrou que a busca ativa foi uma estratégia bem sucedida, podendo-se inclusive considerar que os indicadores de saúde das crianças acompanhadas - crescimento e duração do aleitamento materno - apontaram para uma avaliação favorável do programa (GOULART et al., 2003).

Soares; Coelho (2008) demonstraram que mães de áreas prioritárias para implementação de políticas sociais no interior da Bahia quando questionadas sobre o cuidado infantil referiam o mesmo como parte dos afazeres diários, informando que o cuidado com as crianças era aprendido de mãe para filha. Destacam ainda que as práticas de saúde são executadas em caráter preventivo, sem que a criança apresente sintoma de doença, apesar de as consultas serem reconhecidamente associadas à administração de vitaminas e remédios.

Um estudo com crianças frequentadoras de creches municipais em São Paulo, com idade menor de 7 anos, apresentou prevalência de déficit de altura igual a 7,0%, valor 2,3 vezes superior ao esperado pela distribuição da população de referência. Em contrapartida, a prevalência de sobrepeso (3,5%) ultrapassou ligeiramente o percentual esperado pela distribuição de referência. Quando

observadas características socioeconômicas 17,0% dos responsáveis estavam desempregados e 77,0% tinham renda familiar *per capita* inferior a um salário mínimo (FISBERG et al., 2004).

Atualmente, um dos desafios da vigilância nutricional é a capacitação dos profissionais para a coleta de dados e registro das informações com maior qualidade, bem como para interpretação dos dados da vigilância alimentar e nutricional de sua população. Assim teremos maior confiabilidade na base de dados gerada pelo SISVAN, podendo-se tomá-la como referencial na avaliação do perfil alimentar e nutricional da população brasileira (COUTINHO et al., 2009).

6 CONCLUSÃO

Diante do exposto, concluiu-se que:

- a) O Programa Bolsa Família foi o programa no qual a maioria das famílias estavam inscritas; podendo-se observar que a maioria das crianças beneficiárias eram do sexo masculino e com idade superior a 12 meses;
- b) Na ocasião da entrevista mais de três terços das crianças apresentaram a caderneta de saúde e um pequeno percentual relatou nunca ter tido o documento, estando o maior percentual de crianças que nunca tiveram o documento entre os inscritos há menos de 6 meses no programa;
- c) A pesagem da criança no último trimestre foi referida e confirmada na maioria das entrevistas, sendo o agente de saúde o profissional responsável pela ação;
- d) Os percentuais encontrados mostram que houve melhora significativa nas ações de acompanhamento do crescimento infantil no que diz respeito às condicionalidades do Programa Bolsa Família, no entanto, ainda se encontram fragilidades que podem comprometer o desenvolvimento dos Programas e o estado de saúde infantil.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. M. **O acompanhamento do crescimento das crianças maranhenses, com ênfase nas ações do Programa Saúde da Família. Maranhão 2007.** 2008. 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2008.
- ALVES, Claudia Regina Lindgren et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.3, p.583-595, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 5.749, de 12 de abril de 2006. Altera o caput do art. 18 do Decreto no 5.209, de 17 de setembro de 2004, dispondo sobre atualizações de valores referenciais para caracterização das situações de pobreza e extrema pobreza no âmbito do Programa Bolsa Família.
- _____. _____. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 12 jan. 2004a.
- _____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade da mortalidade infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- _____. _____. _____. **Manual para orientações sobre o Bolsa Família na saúde.** 2.Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. _____. _____. **Saúde da criança:** acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 100p. (Série Cadernos de Atenção Básica n.11).
- _____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Relatório sobre Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – módulo gestão Programa Bolsa Família na saúde - 2º semestre de 2007. Estado do Maranhão.** Janeiro, 2008.

BURLANDY, L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n.6, p. 1441-1451, 2007.

CARVALHO, M. F. et al. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.675-685, mar. 2008.

CASTRO, H. C. O. et al. Percepções sobre o Programa Bolsa Família na sociedade brasileira. **Opin. Publica**, v.15, n.2, p. 333-355, 2009.

COUTINHO, J. G. et al. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Rev. bras. epidemiol.** v.12, n.4, p. 688-699, 2009.

CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo. **Utilização dos serviços de atenção básica à saúde pela população infantil no estado do Maranhão**. 2010. 73f. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, 2010.

DRACHLER, M. L. et al. Desigualdade social e outros determinantes da altura em crianças: uma análise multinível. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.6, p.1815-1825, nov./dez. 2003.

FISBERG, R. M. et al. Estado nutricional e fatores associados ao déficit de crescimento de crianças frequentadoras de creches públicas do município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20 n. 3, p.812-817, maio./jun. 2004.

FROTA, M. A. et al. Acompanhamento antropométrico de crianças: o ideal e o realizado. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.31, n.2, p. 212-222, jul./dez. 2007.

GOULART, L. M. H. F. et al. Avaliação da Ação de Vigilância à morbi-mortalidade infantil na periferia de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev. Bras. Saude Mater. Infantil**, v.3, n.3, p. 291-304, 2003.

_____. Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p.106-112, 2008.

IBASE. Repercussões do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das famílias beneficiadas. Rio de Janeiro: Finep, 2008.

LOPES, L. A. Crescimento: aspectos gerais. In: NÓBREGA, F. J. **Distúrbios da nutrição:** na infância e na adolescência. Rio de Janeiro: Revinter, 2007. p. 437-441.

MENDES, V. L. P. S.; BARBOSA, A. M. G.; RODRIGUES, J. M. Gestão dos serviços públicos e participação cidadã: estudo com os beneficiários do Programa Bolsa Família. **Rev. adm. contemp.**, v.13, n. esp., p. 105-120, 2009.

MONNERAT, Giselle Lavinias et al. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n.6, p. 1453-1462, 2007.

NOGUEIRA, R. M. **Ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida:** proposta para implantação na EFS São João I (CAIC) Conselheiro Lafaiete MG. 2010. 34f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

OLIVEIRA, C. B. et al. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, n.2, p. 635-644, 2009.

SOARES, M. D.; COELHO, T. C. B. O cotidiano do cuidado infantil em comunidades rurais do Estado da Bahia: uma abordagem qualitativa. **Rev. Bras. Saude Mater. Infantil**, Recife, v. 8, n. 4, p. 463-472, 2008.

TONIAL, S. R.; SILVA, A. A. (org.). **Saúde, nutrição e mortalidade infantil no estado do Maranhão.** São Luís: UFMA, UNICEF, 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

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

QUESTIONÁRIO

1) Questionário nº. _____
2) Município _____
3) Setor nº. _____ (1) A. Rural (2) A. Urbana
Nome da criança _____
Endereço _____ Fone _____
4) Data de nascimento de <criança> ___/___/___
5) Nome da mãe/CUIDADOR _____
6) Sexo (1) Masculino (2) Feminino
7) Irmãos _____ (número)
8) Total de moradores no domicílio _____ (número)
9) 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
10) A mãe/CUIDADOR trabalha fora? (01) doméstica (02) comerciária (03) em casa, para fora (04) serviços gerais (05) não trabalha (9) Não sabe (0) outro _____
Sabe ler e escrever?
11) Pai/CUIDADOR (1) Sim (2) Não (3) Só sabe assinar (9) Ignorado
12) Mãe/CUIDADOR: (1) Sim (2) Não (3) Só sabe assinar (9) Ignorado
Até que série estudou na escola? (Série completa) (30) Superior incompleto (33) Superior completo (99) não sabe
13) Pai/CUIDADOR: ___ série do ensino _____
14) Mãe/CUIDADOR: ___ série do ensino _____
No mês passado, quanto ganharam as pessoas que trabalham?
15) 1ª Pessoa (mãe) R\$ _____

16) 2ª Pessoa (pai) R\$ _____	
17) 3ª Pessoa R\$ _____	
18) 4ª Pessoa R\$ _____	
19) A família tem outra renda? R\$:	
20) <criança> Está inscrita em algum PROGRAMA de ajuda em dinheiro do governo (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	
21) CASO SIM, Qual _____	
22) CASO SIM, HÁ QUANTO TEMPO (em meses) _____	
23) <CRIANÇA> tem cartão\ caderneta de saúde? (1) Sim, visto (2) Sim, não visto (3) Tinha, mas perdeu (4) Nunca teve (9) Não sabe	
24) <CRIANÇA> foi pesada alguma vez nos últimos três meses? (1) Sim, registro no cartão (2) Sim, não registrado (3) Não (9) Não sabe	
25) Quem pesou a criança? (1) Médico (2) Agente de saúde (3) Enfermeiro (4) Outro (8) Não foi pesada (9) Não sabe	
DATA DA ENTREVISTA ____/____/____	ENTREVISTADOR _____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal do Maranhão
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Departamento de Saúde Pública
Departamento de Medicina III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Coordenadora: Prof^a Doutora Sueli Rosina Tonial E-mail: tonial@elo.com.br

Fone: 3227-7460 End: Avenida Marechal Castelo Branco, 605 – São Francisco
São Luís - MA CEP: 65.076-090.

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa/HU-UFMA: Wildoberto Batista Gurgel
End. do Comitê: R. Barão de Itapary, 227 Centro; Fone: 32191233

SITUAÇÃO DE SAÚDE NO MARANHÃO**Termo das Crianças (Menores de 18 anos)**

Prezado(a) Sr(a), estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre a situação de saúde no Maranhão para sabermos quais são as principais doenças que afetam as crianças e gostaríamos de contar com a participação de seu(sua) filho(a). Você precisará responder algumas perguntas sobre a condição de vida e saúde da criança e nós verificaremos o peso e altura. Se for necessário, a criança será encaminhada para um posto de saúde. A participação da criança não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se a Sra quiser retirar a criança da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. O(a) senhor(a) poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Agradecemos muito a sua colaboração.

Eu, _____, autorizo a participação do menor _____ na pesquisa acima mencionada. Fui esclarecida e entendi as explicações que me foram dadas; darei informações sobre as condições de vida e de saúde permitindo que a criança seja pesada e medida. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os dados de identificação pessoal do(a) menor. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Local e data

Assinatura e carimbo do

Pesquisador responsável

Assinatura do participante

ou Responsável