

ESTUDO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS CRIANÇAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO  
(BRASIL), 1984/1985  
IX - COBERTURA E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL\*

Carlos Augusto Monteiro\*\*  
Maria Célia Guerra Medina\*\*\*  
Maria Helena D'Aquino Benicio\*\*  
Maurício Meyer\*\*

MONTEIRO, C.A. et al. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo (Brasil), 1984/1985. IX - Cobertura e qualidade da assistência materno-infantil. Rev. Saúde públ., S.Paulo, 22: 170 - 8, 1988.

**RESUMO:** Como parte de investigação epidemiológica sobre condições de saúde na infância, foram estudadas a cobertura e a qualidade da assistência materno-infantil prestada à população do Município de São Paulo. Todas as estimativas do estudo baseiam-se em dados obtidos através de inquérito recordatório aplicado a uma amostra representativa de crianças menores de cinco anos residentes no Município (n = 1.016). A cobertura da assistência pré-natal foi estimada em 92,9%, sendo que em cerca de 70% dos casos a assistência foi iniciada no primeiro trimestre de gestação e o número de consultas realizadas foi de seis ou mais. A cobertura da assistência hospitalar ao parto foi estimada em 99,0%, observando-se que 47,1% das crianças nasceram através de cesareanas. A cobertura da assistência de puericultura foi estimada em 98,0%, sendo que em dois terços das vezes a assistência foi iniciada nos primeiros dois meses de vida. Ainda com relação à puericultura, pôde-se observar: grande concentração de consultas no primeiro ano de vida (em média 7,7 consultas), percentagem relativamente alta de crianças vacinadas (Sabin = 86,7%, Tríplice = 85,1%, BCG = 89,0%, Anti-sarampo = 85,9%), decréscimo expressivo de consultas após a idade de doze meses e pequena proporção de crianças com assistência odontológica (19,5%). A estratificação social da população revelou diferenças sócio-econômicas mínimas quanto à cobertura geral da assistência materno-infantil, observando-se, entretanto, diferenças expressivas quanto a aspectos qualitativos da assistência. Comparando-se o presente inquérito com outros realizados no país, observa-se que a situação de São Paulo apresenta-se mais favorável do que a observada no conjunto das áreas urbanas brasileiras. Verifica-se também que tem sido positiva a evolução recente da assistência materno-infantil no Município. As principais deficiências ainda encontradas dizem respeito a características relacionadas à qualidade da assistência, sendo imprescindível, sobretudo nos estratos populacionais de pior nível sócio-econômico, elevar a cobertura da assistência pré-natal precoce e a cobertura de puericultura após o primeiro ano de vida. Um item especialmente preocupante relacionado à assistência ao parto foi a alta incidência de cesareanas, uma das maiores já registrada em uma população.

**UNITERMOS:** Saúde da criança. Inquéritos epidemiológicos. Saúde materno-infantil. Cobertura de serviços de saúde. Qualidade de cuidados de saúde.

## INTRODUÇÃO

A assistência materno-infantil com seus diversos componentes - assistência pré-natal e ao parto, puericultura e vacinação - é reconhecida nacional e internacionalmente como elemento central e prioritário do conjunto de ações de saúde que devem ser prestadas às populações<sup>5,16,18</sup>. Em diferentes situações têm-se demonstrado impactos positivos da expansão e aperfeiçoamento desta atividade, incluindo-se expressivo decréscimo da mortalidade infantil<sup>8,17,19</sup>

Devido, entre outras razões, à inexistência de um sistema único de saúde no país, pouco se sabe sobre a cobertura da assistência materno-infantil prestada à população. Os dados disponíveis a este respeito provêm de um único inquérito realizado pela Fundação IBGE em 1981<sup>6</sup>. Ainda assim as informações fornecidas pelo referido inquérito são limitadas e não passíveis de análise além do limite das grandes regiões brasileiras.

Em 1984/85 realizou-se no Município de São

\* Realizado com auxílio financeiro da Financiadora de Estudos e Projetos - FINEP (Convênio 4/1/83/0698/00) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP (Proc. nº 84/2463-3).

\*\* Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - Av. Dr. Arnaldo, 715 - 01255 - São Paulo, SP - Brasil.

\*\*\* Secretaria de Estado da Saúde - Av. Dr. Arnaldo, 351 - 01246 - São Paulo, SP - Brasil.

Paulo estudo epidemiológico baseado em amostra probabilística de crianças menores de cinco anos objetivando conhecer distribuição e determinantes de condições de saúde e de nutrição. Em artigos anteriores a este, foram descritos aspectos relativos a práticas alimentares<sup>11</sup>, à morbidade<sup>3,13,14</sup> e ao estado nutricional<sup>10,12</sup> das crianças da amostra estudada. No presente artigo será estudada a assistência prestada às crianças, enfocando-se atividades relacionadas à assistência pré-natal, ao parto e à puericultura.

## METODOLOGIA

A amostra de crianças a partir da qual foi estudada a assistência materno-infantil prestada no Município de São Paulo corresponde às 1.016 crianças menores de cinco anos examinadas quando da realização da pesquisa "Estudo das condições de saúde e nutrição das crianças do Município de São Paulo", no período de março de 1984, a junho de 1985. Conforme detalhado em publicação anterior (Monteiro e col.<sup>9</sup>, 1986), a referida amostra foi obtida a partir de sorteio aleatório de 3.378 domicílios espalhados pelos 56 subdistritos e distritos que compõem o Município. A adequada representatividade da amostra, com relação ao universo de crianças ali residentes, encontra-se evidenciada naquela publicação<sup>9</sup>.

A cobertura populacional da assistência materno-infantil foi estimada a partir de inquérito recordatório aplicado às mães das crianças amostradas. Três componentes básicos da assistência foram individualizados no estudo: assistência pré-natal, assistência ao parto e assistência de puericultura. Como puericultura entendeu-se o atendimento à criança sadia, compreendendo, no mínimo, vigilância do crescimento, orientação alimentar e verificação do cumprimento do calendário de vacinações.

A qualidade da assistência pré-natal foi avaliada a partir do número de consultas recebidas e do momento de início da assistência. Na avaliação da qualidade da assistência de puericultura, além dos elementos anteriores, foram também levados em conta a cobertura da assistência após o primeiro ano de vida, a assistência odontológica existente e o cumprimento do calendário básico de vacinações. Dadas as características retrospectivas do estudo, outros elementos importantes, como a duração média das consultas, não puderam ser levados em conta. A qualidade da assistência ao parto foi avaliada a partir do tipo de alojamento fornecido à mãe e à criança e da distribuição percentual das modalidades de parto.

O fato de se partir da população de crianças existentes em um determinado momento - e não de coortes de gestantes e de recém-nascidos - implica que os resultados obtidos não levam em conta gestações que não conduzem a nascidos-vivos e crianças que morrem precocemente.

Devido às peculiaridades dos diferentes componentes e subcomponentes da assistência e objetivando obter respostas mais acuradas, determinadas questões do inquérito foram dirigida a grupos etários específicos da amostra, o que será esclarecido durante a apresentação dos resultados.

As estimativas quanto a cobertura e qualidade da assistência materno-infantil serão apresentadas para o conjunto da população e para estratos sócio-econômicos caracterizados a partir do nível máximo de escolaridade obtido pelos chefes de família. A escolha deste indicador como marcador privilegiado da situação sócio-econômica das famílias das crianças amostradas é justificada em publicação anterior<sup>9</sup>. Os seguintes estratos sócio-econômicos correspondem aos seguintes níveis de escolaridade: I = curso superior completo; II = curso colegial completo (inclui curso superior incompleto); III = curso ginásial completo (inclui curso colegial incompleto); IV = curso primário completo (inclui curso ginásial incompleto); V = curso primário incompleto; VI = nenhuma escolaridade\*. Devido ao pequeno número de observações, neste artigo os estratos I e II foram considerados conjuntamente.

## RESULTADOS

### Assistência Pré-natal

A Tabela 1 indica a cobertura alcançada no Município de São Paulo pela assistência pré-natal, baseando-se para tanto nas informações referentes às crianças da amostra com menos de dois anos de idade. Na grande maioria dos casos, 92,9%, houve referência ao recebimento durante a gestação de pelo menos uma consulta pré-natal. Este índice de cobertura foi ligeiramente inferior nos estratos da população de pior nível sócio-econômico, chegando praticamente a 100% nos estratos de melhor nível.

Considerando-se apenas as crianças com alguma assistência pré-natal (pelo menos uma consulta), verifica-se que a assistência foi iniciada ainda no primeiro trimestre da gestação em cerca de 70% dos casos, sendo semelhante a frequência do recebimento de seis ou mais consultas durante a gestação (Tabela 2). Estes indicadores, que podem dar alguma idéia da qualidade da assistên-

\* Em relação à terminologia atualmente utilizada, os cursos primário, ginásial e colegial correspondem, respectivamente, às quatro primeiras séries do primeiro grau, às quatro últimas séries do primeiro grau e às três séries do segundo grau.

cia pré-natal prestada no Município, apresentam-se influenciados pelo nível sócio-econômico da população. Situações favoráveis - início precoce da assistência e recebimento de seis ou mais consultas - atingiram freqüências de 50-60% no estrato de pior nível sócio-econômico e freqüências superiores a 80% no estrato de melhor nível. O número médio de consultas pré-natais, 7,2 para o conjunto da amostra, variou entre os estratos mencionados de 6,7 a 9,0.

TABELA 1

Crianças que receberam assistência pré-natal\* segundo estrato sócio-econômico da família. Município de São Paulo, 1984/85.

Estrato Sócio-econômico**	Crianças Entrevistadas***	Cobertura de pré-natal %
I/II	64	98,4
III	62	98,4
IV	128	94,5
V	93	89,2
VI	46	80,4
Total	393	92,9

\* Uma ou mais consultas de pré-natal.

\*\* Categorias de estrato sócio-econômico baseadas no nível de escolaridade do chefe da família (I = superior; II = colegial; III = ginásial; IV = primária; V = primária incompleta; VI = nenhuma escolaridade).

\*\*\* Crianças com idades entre zero e 23 meses.

TABELA 2

Indicadores de qualidade da assistência pré-natal segundo estrato sócio-econômico da família. Município de São Paulo, 1984/85.

Estrato Sócio-econômico*	Indicadores**		
	Início no 1º trimestre da gestação (%)	6 ou mais consultas (%)	Total de consultas ( $\bar{X} \pm DP$ )
I/II	84,1	87,3	9,0 $\pm$ 2,5
III	73,8	75,4	7,0 $\pm$ 2,2
IV	71,1	69,4	7,1 $\pm$ 2,5
V	61,4	57,8	6,5 $\pm$ 2,0
VI	48,6	59,4	6,7 $\pm$ 2,7
Total	69,3	69,9	7,2 $\pm$ 2,5

\* Conforme Tabela 1.

\*\* Indicadores calculados a partir das crianças de zero a 23 meses de idade que receberam alguma assistência pré-natal.

### Assistência ao Parto

A Tabela 3 indica a cobertura da assistência hospitalar ao parto no Município, baseando-se também neste caso nas crianças da amostra com menos de dois anos. Ali se verifica que a virtual totalidade da amostra, 99,0%, foi assistida durante o parto. Mesmo entre as crianças do estrato populacional de baixo nível sócio-econômico, a proporção de partos fora do ambiente hospitalar não chegou a 5%.

TABELA 3

Crianças cujos partos tiveram assistência hospitalar segundo estrato sócio-econômico da família. Município de São Paulo, 1984/85.

Estrato-Sócio econômico*	Crianças Entrevistadas**	Cobertura de assistência ao parto %
I/II	64	98,4
III	62	100,0
IV	128	100,0
V	93	98,9
VI	46	95,6
Total	393	99,0

\* Conforme Tabela 1

\*\* Crianças com idades entre zero e 23 meses.

A qualidade da assistência ao parto é difícil de ser apreciada em inquéritos retrospectivos como o presente. A título exploratório, procurou-se verificar a existência de alojamento conjunto mãe-criança (forma considerada mais adequada para o alojamento da criança) e a distribuição das modalidades de parto (considerando-se desfavoráveis e fruto de má assistência tanto proporções exíguas quanto proporções excessivas de partos cirúrgicos).

O alojamento conjunto foi mencionado por pequena proporção das crianças, 10,8%, com variações mínimas entre os estratos sócio-econômicos (Tabela 4). Por sua vez, os partos cesareanos atingiram na amostra a excessiva freqüência de 47,1%. Embora excessiva em todos os estratos, a incidência de cesareanas esteve diretamente relacionada ao nível sócio-econômico da população, sendo de 26,1% no estrato inferior e chegando a 64,1% no estrato superior (Tabela 5).

### Assistência de Puericultura

A Tabela 6 indica a cobertura da assistência de puericultura, baseando-se desta vez nas crianças da amostra com 12 a 59 meses de idade. Dali se depreende que a quase totalidade das crianças

TABELA 4

Crianças que tiveram alojamento conjunto com a mãe na maternidade segundo estrato sócio-econômico da família. Município de São Paulo, 1984/85.

Estrato Sócio-econômico*	Crianças Entrevistadas**	Cobertura de alojamento conjunto %
I/II	64	11,1
III	62	11,6
IV	128	9,4
V	93	7,7
VI	46	19,2
Total	393	10,8

\* Conforme Tabela 1

\*\* Crianças com idades entre zero e 23 meses.

TABELA 5

Distribuição percentual das modalidades de parto observadas entre crianças de diferentes estratos sócio-econômicos. Município de São Paulo, 1984/85.

Estrato Socio-econômico*	Crianças Entrevistadas**	Modalidades de parto		
		Normal (%)	Forceps (%)	Cesárea (%)
I/II	64	31,2	4,7	64,1
III	62	37,1	6,5	56,4
IV	128	48,4	4,7	46,9
V	93	57,0	3,2	39,8
VI	46	63,0	10,9	26,1
Total	393	47,6	5,3	47,1

\* Conforme Tabela 1.

\*\* Crianças com idades entre zero e 23 meses.

TABELA 6

Crianças que receberam assistência de puericultura\* segundo estrato sócio-econômico da família. Município de São Paulo, 1984/85.

Estrato Sócio-econômico**	Crianças Entrevistadas***	Cobertura de puericultura %
I/II	135	99,3
III	120	100,0
IV	278	98,2
V	215	96,7
VI	85	95,3
Total	833	98,0

\* Uma ou mais consultas de puericultura.

\*\* Conforme Tabela 1.

\*\*\* Crianças com idades entre 12 e 59 meses.

residentes no município refere freqüência a serviços de puericultura (pelo menos uma consulta), sendo tal ocorrência comum mesmo no estrato da população de pior nível sócio-econômico.

Os indicadores de qualidade da assistência de puericultura indicam que a assistência prestada varia intensamente de acordo com o nível sócio-econômico da população (Tabela 7). O início da assistência ainda nos primeiros dois meses de vida, referido no conjunto da amostra por 65,3% das crianças, variou entre 45,7% a 83,6%. O número médio de consultas durante o primeiro ano de vida, de 7,7 para a amostra como um todo, oscilou em relação aos mesmos estratos de 6,4 a 9,0. A cobertura da assistência após o primeiro ano declina para todos os estratos populacionais, mantendo-se, entretanto, o diferencial entre os estratos sócio-econômicos extremos: 42,7% e 62,9%. Finalmente, a assistência odontológica preventiva, além de mostrar ser componente pouco freqüente da assistência de puericultura, revelou o mais expressivo diferencial sócio-econômico: 9,1% e 28,2% nas crianças de nível sócio-econômico mais baixo e mais alto respectivamente.

Uma forma adicional de se verificar a qualidade da assistência de puericultura, prestada no Município, consiste em se avaliar o grau de cobertura alcançado na amostra quanto ao esquema básico de vacinação\*. Considerando-se apenas as crianças da amostra com pelo menos 12 meses de idade, verifica-se proporção relativamente elevada de crianças vacinadas: 85 a 90% (Tabela 8).

Com exceção do estrato de pior nível sócio-econômico onde as coberturas vacinais foram ligeiramente inferiores às encontradas no Município como um todo, entre os demais estratos não foram detectados diferenciais sócio-econômicos de cobertura. A verificação da condição de vacinação da criança foi feita na grande maioria dos casos (85,4%) através do próprio cartão de vacinação. Nos demais casos, quando havia desconhecimento ou dúvida dos pais sobre a situação de vacinação da criança, atribuiu-se à mesma a condição de não vacinada.

## COMENTÁRIOS

Através de amostra representativa de crianças residentes no Município de São Paulo, pôde-se constatar que a assistência materno-infantil apresenta grande cobertura populacional, alcançando mesmo os estratos da população de baixo nível sócio-econômico. Outra é a situação encontrada quando se procura identificar a qualidade da assistência prestada: além de mostrar-se inferior ao que seria desejável, a assistência, neste caso, dis-

\* Vacina Tríplice 3 doses, Vacina Sabin 3 doses, BCG intradérmico 1 dose e Anti-sarampo 1 dose.

TABELA 7

Indicadores de qualidade da assistência de puericultura segundo estrato sócio-econômico da família. Município de São Paulo, 1984/85.

Estrato Sócio-econômico*	Indicadores**			
	Início nos 2 primeiros meses*** (%)	Total de consultas no 1º ano**** ( $\bar{X} \pm DP$ )	Cobertura após o 1º ano***** (%)	Cobertura da assist. odontológica***** (%)
I/II	83,6	8,9 ± 2,9	62,9	28,2
III	70,8	7,5 ± 3,4	52,7	24,3
IV	63,4	7,8 ± 3,7	52,7	18,6
V	60,6	7,5 ± 3,3	45,4	15,2
VI	45,7	6,4 ± 3,4	47,2	9,1
Total	65,3	7,7 ± 3,4	52,0	19,5

\* Conforme Tabela 1.

\*\* Indicadores calculados a partir de crianças que receberam alguma assistência de puericultura.

\*\*\* Calculado a partir de crianças de 12 a 59 meses de idade, sendo o número de observações nos cinco estratos, respectivamente: 134, 120, 273, 208 e 81.

\*\*\*\* Calculado a partir de crianças de 12 a 23 meses de idade, sendo o número de observações nos cinco estratos, respectivamente: 23, 23, 64, 43 e 23.

\*\*\*\*\* % das crianças de 24 a 59 meses de idade com pelo menos uma consulta de puericultura nos últimos doze meses, sendo o número de observações nos cinco estratos, respectivamente: 105, 93, 201, 163 e 53.

\*\*\*\*\* % de crianças de 36 a 59 meses de idade com pelo menos um atendimento odontológico, sendo o número de observações nos cinco estratos, respectivamente: 85, 70, 134, 112 e 44.

TABELA 8

Crianças vacinadas segundo estrato sócio-econômico da família. Município de São Paulo, 1984/85.

Estrato Sócio-econômico*	Crianças Entrevistadas**	Vacinas			
		Sabin (3 doses) %	Tríplice (3 doses) %	BCG I. D. (1 dose) %	Anti-sarampo (1 dose) %
I/II	135	86,7	86,7	91,1	88,1
III	120	85,8	84,2	87,5	85,0
IV	278	89,6	88,5	92,4	89,9
V	215	85,1	84,2	87,0	84,2
VI	85	82,4	75,3	81,2	75,3
Total	833	86,7	85,1	89,0	85,9

\* Conforme Tabela 1.

\*\* Crianças com idades entre 12 e 59 meses.

tribui-se de modo desigual, sendo particularmente deficiente para os estratos menos privilegiados.

Conforme anteriormente assinalado, deve-se ter em conta que todas as estimativas deste trabalho estão baseadas na população de crianças existentes em um determinado momento, não sendo aplicáveis, portanto, a gestações que não conduzem a nascidos-vivos e a parte da população de crianças que não sobrevive aos primeiros cinco

anos de vida. Desde que, nestes casos, a assistência prestada talvez possa ser inferior ao do restante da população, não se pode afastar a possibilidade de que determinadas cifras apontadas pelo trabalho estejam superestimadas. Com relação à puericultura, não se deve esperar que este fato tenha ocorrido com intensidade apreciável, pois deixam de ser consideradas, neste caso, apenas parte das crianças que morrem antes dos cinco anos de idade, as quais devem totalizar cerca de 5% das crianças do Município\*. No caso

\* Entre 1980 e 1984 a mortalidade infantil do Município de São Paulo oscilou entre 50,6 (1980) e 41,6 (1983) óbitos por mil nascidos vivos<sup>1</sup>. As estimativas para a mortalidade pré-escolar no mesmo período a situam entre 1,0 e 2,0 óbitos por mil crianças de um a quatro anos (SEADE, comunicação pessoal).

da assistência ao parto, igualmente não se deve esperar maior influência, embora neste caso além de óbitos infantis e pré-escolares deva-se considerar a omissão dos natimortos\*. Apenas no caso da assistência pré-natal é que parece justificar-se um maior temor de que as taxas de cobertura possam estar superestimadas, pois que desta vez deixa-se também de considerar o total de gestações que evoluem para perdas fetais, as quais parecem representar em nosso meio proporção considerável do total de gestações<sup>20</sup>.

A Tabela 9 compara as coberturas da assistência pré-natal e ao parto observadas em nosso estudo com as mesmas coberturas que o IBGE registra para outras áreas urbanas do país<sup>6\*\*</sup>. Verifica-

se ali que a situação do município não se distingue da situação encontrada no conjunto das áreas urbanas do Estado de São Paulo, onde, também, são encontradas altas taxas de cobertura. Com relação, entretanto, ao conjunto das áreas urbanas do Brasil e da Região Nordeste, os índices encontrados no Município de São Paulo são superiores: cerca de 10% no primeiro caso e de 25% no segundo caso. Vale também notar que a distribuição sócio-econômica da assistência é mais homogênea no Município e no Estado de São Paulo do que no conjunto das áreas urbanas do país, sendo ainda maior o contraste com as áreas urbanas do Nordeste onde é particularmente intensa a desigualdade no acesso à assistência.

TABELA 9

Estimativas de cobertura (%) da assistência pré-natal\* e da assistência hospitalar ao parto em áreas urbanas de diferentes regiões do país.

Região	Assistência	
	Pré-natal	Ao parto
Município de São Paulo**	92,9 (80,4 - 98,4)****	99,0 (95,6 - 100,0)
Estado de São Paulo***	94,2 (81,2 - 99,2)	97,7 (97,8 - 98,9)
Estados do Nordeste***	75,6 (67,5 - 94,2)	77,4 (67,5 - 91,1)
Brasil***	86,8 (71,5 - 97,7)	88,1 (76,1 - 97,2)

\* Pelo menos uma consulta de pré-natal.

\*\* Calculado a partir de amostra de crianças menores de dois anos.

\*\*\* Calculado a partir de amostra de mulheres que deram à luz a nascidos vivos nos últimos 12 meses. Fonte: PNAD 1981<sup>6</sup>.

\*\*\*\* Entre parênteses a amplitude de variação da cobertura nos diferentes estratos sócio-econômicos da população, considerando-se como indicador sócio-econômico a escolaridade do chefe da família no caso do Município de São Paulo e a renda familiar per capita no caso das demais regiões.

TABELA 10

Estimativas da cobertura (%) das vacinas BCG e Anti-sarampo no Município de São Paulo e Brasil\*.

Local	BCG (1 dose)	Anti-sarampo (1 dose)
Município de São Paulo	91,1 (81,1 - 92,4)**	88,1 (75,3 - 89,9)
Brasil	65,9 (46,4 - 86,4)	74,1 (59,5 - 89,7)

\* Calculada a partir de amostra de crianças de 12 a 59 meses de idade. Fonte para os dados relativos ao Brasil: PNAD 1981<sup>6</sup>.

\*\* Entre parênteses, a amplitude de variação da cobertura nos diferentes estratos sócio-econômicos da população, considerando-se como indicador sócio-econômico a escolaridade do chefe da família no caso do Município de São Paulo e a renda familiar per capita no caso do Brasil.

\* Em 1984 o coeficiente de natimortalidade do Município de São Paulo foi de 10,2 natimortos por mil nascidos vivos<sup>1</sup>.

\*\* Tais coberturas foram estimadas pela Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios - PNAD de 1981. As amostras das PNADs são estipuladas de modo a representar o país como um todo e o conjunto das áreas urbanas (incluindo Capitais) e rurais das diferentes regiões do Brasil. A coleta de dados é baseada em entrevistas realizadas com os moradores dos domicílios sorteados.

TABELA 11

Estimativas de indicadores da cobertura da assistência materno-infantil no Município de São Paulo em dois inquéritos populacionais sucessivos: 1973/74 e 1984/85.

Indicadores	Inquérito 1973/74*	Inquérito 1984/85
<b>Assistência Pré-Natal</b>		
% cobertura	89,2	92,9
Nº médio de consultas	62	72
<b>Assistência ao parto</b>		
% partos hospitalares	94,9	99,0
<b>Assistência de Puericultura</b>		
% crianças vacinadas		
- Tríplice	74,6	85,1
- Sabin	73,4	86,7
- Anti-sarampo	51,3	85,9**
- BCG		89,0

\* Baseado em amostra de 500 crianças de 6 a 60 meses de idade.  
Fonte dos dados: lunes e col.<sup>7</sup>

\*\* Incluindo-se no inquérito de 1984/85 também as crianças da amostra entre 6 e 11 meses de idade, a cobertura da vacina anti-sarampo seria de 82,4%, as demais praticamente não se alterariam.

O único dado estimado pelo IBGE referente à cobertura de puericultura se refere ao estado de vacinação das crianças; ainda assim são comparáveis com nossos resultados apenas as coberturas nacionais relativas às vacinas BCG (intradérmica) e anti-sarampo<sup>6</sup>. A Tabela 10 atesta a superioridade da cobertura destas vacinas no Município de São Paulo, observando-se novamente que os diferenciais sócio-econômicos, nessa localidade, são inferiores aos diferenciais existentes no país como um todo.

Sendo o Município de São Paulo o centro hegemônico da atividade industrial e do processo de acumulação capitalista do país<sup>4</sup>, não é surpresa que ali sejam encontrados índices de cobertura da assistência à saúde superiores aos observados no restante do país. Neste sentido, talvez mais oportuno do que comparar o município com outras áreas brasileiras, seja buscar identificar o desenvolvimento histórico trilhado pela assistência materno-infantil na região.

A Tabela 11 compara indicadores de cobertura de assistência materno-infantil observados em nosso inquérito com indicadores obtidos no Município na década passada (1973/74) por outro inquérito populacional realizado em amostra de crianças menores de cinco anos<sup>7</sup>. A comparação sugere que a assistência pré-natal evoluiu favoravelmente no período, embora pudesse ser considerada satisfatória sua situação na década passada. A cobertura da assistência hospitalar ao parto também parece ter evoluído de forma positiva, tornando-se praticamente universal no mu-

nicipio. As informações sobre assistência de puericultura do inquérito 1973/74 se restringem à cobertura da vacinação. Neste caso, os progressos obtidos parecem ser bem mais expressivos, particularmente com relação à vacina anti-sarampo, cuja cobertura deixava a desejar na década passada, e com relação ao BCG intradérmico, àquela época ainda não incorporado no esquema básico de vacinação.

Do exposto até o presente, verifica-se que não só a assistência materno-infantil está mais presente em São Paulo do que no conjunto das áreas urbanas do país, como também tem sido francamente positiva sua evolução no período recente. Tal situação é coerente com a expansão da rede básica de saúde que vem se observando na cidade a partir de 1974. Deste ano até 1985 o número de Centros de Saúde passou de 173 para 314, devendo-se ainda considerar que em diversas unidades foram criados turnos adicionais de funcionamento; no mesmo período o número de médicos contratados pela Secretaria de Estado da Saúde para trabalhar no Município foi quadruplicado\*. O papel desta expansão da rede básica de saúde, não somente sobre a oferta de serviços, mas também, e particularmente, sobre os níveis da mortalidade na infância do Município, é discutido em outra publicação de nossa autoria<sup>15</sup>.

A virtual inexistência de outros inquéritos populacionais que tenham examinado elementos da qualidade da assistência materno-infantil prestada à população impede que a situação de São Paulo seja, neste particular, devidamente

\* Secretaria de Estado da Saúde, comunicação pessoal.

comparada a de outras áreas urbanas do país. Tampouco permite conhecer eventuais progressos obtidos neste campo. Entretanto, a simples observação dos indicadores de qualidade, colhidos em nosso inquérito, e a intensa desigualdade que, neste caso, separa os diferentes estratos sociais da população, indicam que há muito que se evoluir no Município, em particular quanto à captação precoce das mães para o pré-natal e quanto à assistência de puericultura após o primeiro ano de vida.

Um aspecto da qualidade da assistência materno-infantil, que merece atenção, refere-se à proporção de partos cesareanos, uma das maiores já registradas em um inquérito populacional. Impressiona também a progressão trilhada pelas cesareanas: 25,3% no inquérito de 1973/74<sup>7</sup> e 47,1% no inquérito de 1984/85. A maior incidência de cesareanas, exatamente nos estratos de melhor nível sócio-econômico, - os quais certamente gozam de melhores condições de saúde e de melhor acompanhamento pré-natal - desautoriza pensar que sejam razões essencialmente médicas aquelas responsáveis pela maioria das indicações cirúrgicas feitas no município.

Ainda que em menores proporções, o problema da alta incidência de partos cirúrgicos atinge outras áreas brasileiras: para o conjunto das áreas urbanas do país o IBGE estima uma incidência de cesareanas de 33,8%<sup>6</sup>. As razões de tal fato, segundo autores que examinaram a fundo a questão<sup>2</sup>, incluiriam interesses financeiros de médicos e empresas hospitalares, deformação do treinamento propiciado aos médicos e a própria pressão da clientela que acabou sendo induzida a ver o parto cirúrgico como procedimento normal e corriqueiro e o parto normal como algo ultrapassado. Também muito importante para aqueles autores é o fato de que na ausência de outras alternativas seguras de anticoncepção, é expressiva a proporção de mulheres que optam pela laqueadura de trompas, procedimento que no Brasil, devido a dificuldades legais, é comumente realizado durante cesareanas eletivas. Embora deva-se admitir que a excessiva incidência de cesareanas é questão complexa que extravaza os limites da assistência prestada no município, não se pode deixar de reconhecer no fato um lado negativo do desempenho da assistência materno-infantil prestada à população de São Paulo.

---

MONTEIRO, C.A. et al. [A study of children's health in S. Paulo city (Brazil), 1984/1985. IX - Coverage and quality of maternal and child care]. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 22: 170 - 8, 1988.

**ABSTRACT:** A survey of 1,016 randomly selected children under five years of age was carried out in S. Paulo city, Brazil, with a view to studying the epidemiology of health conditions. The quality and the coverage of maternal and child care were observed. Both characteristics were estimated by means of domiciliary interviews. The prenatal care coverage was 92.9%. In 70% of the cases prenatal care started in the first quarter of pregnancy and the number of visits was 6 or more. Ninety-nine percent of the children were born in hospitals and in 47.1% of the cases caesarean section was mentioned. Ninety-eight percent of the children went, at least once, to well-baby clinics, about two thirds of them during the first two months of life. With regard to the activities provided by those clinics, a great concentration of visits in the first year of life (averaging 7.7 visits per child) was observed as well as a high percentage of immunized children (Sabin 86.7%, DPT 85.1%, BCG 89.0%, Measles 85.9%), a striking decrease of visits after 12 months of age and a very small proportion of children attended by an odontology specialist (19.5%). Considering the global coverage of maternal and infant care, minimal differences were observed between socioeconomic strata. Nevertheless the differences were impressive when qualitative aspects of the care were taken into account. Compared with other surveys made in Brazil, the present one shows that the situation of S. Paulo city is better than that of other urban areas of the country. It was also observed that there has been an increase in maternal and child care coverage over the last decade. The main problems still found in the city seem to be related to the qualitative aspects of the assistance. Early attraction of women for prenatal care and an increase in the coverage of well-baby clinics after the first year of life are definitely necessary, particularly for the poorest segments of the population. One important aspect which is a reason for concern is the enormous incidence of caesarean sections one of the highest ever registered in a population.

**UNITERMS:** Child health. Health surveys. Maternal and child health. Health services coverage. Quality of health care.

---



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO ESTADO DE SÃO PAULO: 1981-1985. (Fundação SEADE) São Paulo, 1982-1986.
2. BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P.; VICTORA, C. G. Why so many caesarean sections? The need for a further policy change in Brazil. *Hlth Pol. Plann.*, 1(1): 19-29, 1986.
3. BENICIO, M. H. D'A.; MONTEIRO, C. A.; PINO ZUÑIGA, H. P.; RIO, E. M. B. R. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo, SP (Brasil), 1984/1985. IV - Doença diarreica. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 21: 23-8, 1987.
4. CAMARGO, C. P. F.; CARDOSO, F. H.; MAZZUCHELLI, F.; MOISÉS, J. A.; KOWARICH, L.; ALMEIDA, M. H. T. de; SINGER, P. I.; BRANT, V. C. *São Paulo 1975: crescimento e pobreza*. 13ª ed. São Paulo, Edições Loyola, 1982.
5. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alma-Ata, URSS, 1978. *Relatório*. Brasília, Organização Mundial da Saúde/UNICEF, 1979.
6. FUNDAÇÃO IBGE. *Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: situação de saúde 1981*. Rio de Janeiro, 1984.
7. IUNES, M., coord. *Estado nutricional de crianças de 6 a 60 meses no Município de São Paulo: análise de dados*. São Paulo, Instituto de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina/Instituto de Pesquisas Econômicas da USP, 1975.
8. McCORMICK, M.; SHAPIRO, S.; HORN, S. D. The relationship between infant mortality rates and medical care and socioeconomic variables, Chile 1960-70. *Int. J. Epidem.*, 8: 145-54, 1979.
9. MONTEIRO, C. A.; PINO ZUÑIGA, H. P.; BENICIO, M. H. D'A.; SZARFARC, S. C. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo (Brasil), 1984/1985. I - Aspectos metodológicos, características sócio-econômicas e ambiente físico. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 20: 435-45, 1986.
10. MONTEIRO, C. A.; BENICIO, M. H. D'A.; PINO ZUÑIGA, H. P.; SZARFARC, S. C. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo (Brasil), 1984/1985. II - Antropometria nutricional. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 20: 446-53, 1986.
11. MONTEIRO, C. A.; PINO ZUÑIGA, H. P.; BENICIO, M. H. D'A.; REA, M. F. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo (Brasil), 1984/1985. III - Aleitamento materno. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 21: 13-22, 1987.
12. MONTEIRO, C. A. & SZARFARC, S. C. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo (Brasil), 1984/1985. V - Anemia. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 21: 255-60, 1987.
13. MONTEIRO, C. A. & BENICIO, M. H. D'A. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo (Brasil), 1984/1985. VI - Doença respiratória. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 21: 380-6, 1987.
14. MONTEIRO, C. A.; CHIEFFI, P. P.; BENICIO, M. H. D'A.; DIAS, R. M. de S.; TORRES, D. M. A. G. V.; MANGINI, A. C. S. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo (Brasil), 1984/1985. VII - Parasitoses intestinais. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 22: 8-15, 1988.
15. MONTEIRO, C. A.; PINO ZUÑIGA, H. P.; BENICIO, M. H. D'A.; VICTORA, C. G. Why is under-five mortality falling in third world cities? The case of São Paulo. *Wld Hlth Forum*, 1988. [No prelo].
16. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Salud para todos en el año 2000; estratégias*. Washington, D. C., 1980. (OPAS - Documento Oficial, 173).
17. PATEL, M. Effects of the health service and environmental factors on infant mortality: the case of Sri-Lanka. *J. Epidem. Community Hlth*, (34): 76-82, 1980.
18. PROGRAMA Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREVSAÚDE: 1981-1986. Brasília, Ministério da Saúde/Ministério da Previdência e Assistência Social, 1981.
19. ROSERO BIXBY, L. Determinantes del decenso de la mortalidad infantil en Costa Rica. *Bol. Ofic. sanit. panamer.*, 99: 510-7, 1985.
20. SCHOR, N. Aborto como questão de saúde pública. São Paulo, 1984. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

*Recebido para publicação em 13/7/1987*  
*Reapresentado em 6/11/1987*  
*Aprovado para publicação em 8/4/1988*