

Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984-1996)*

Secular trends in maternal and child health care in S. Paulo city, Brazil(1984-1996)

Carlos Augusto Monteiro^a, Ivan França Júnior^b e Wolney Lisboa Conde^a

^aDepartamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. ^bDepartamento de Saúde Materno-infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Descritores

Indicadores de qualidade em assistência à saúde[#]. Levantamentos epidemiológicos[#]. Saúde materno-infantil[#]. Alojamento conjunto. Cuidado pré-natal. Cuidado da criança. Cesárea. Parto. Vacinação, utilização.

Resumo

Objetivo

Descrever a evolução da assistência materno-infantil, com base nas informações extraídas de dois inquéritos domiciliares realizados nos anos de 1984/85 e de 1995/96, na cidade de São Paulo, SP.

Métodos

Foram estudadas amostras probabilísticas da população entre zero e 59 meses de idade: 1.016 crianças em 1984/85 e 1.280 crianças em 1995/96. Três componentes da assistência materno-infantil foram investigados: assistência pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido e assistência de puericultura.

Resultados

Aspectos favoráveis da evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo foram a manutenção da cobertura universal da assistência hospitalar ao parto, a expansão substancial do alojamento conjunto mãe-filho na maternidade, o aumento no número de consultas de puericultura no primeiro ano de vida e, sobretudo, a universalização da cobertura das vacinas BCG, tríplice e anti-sarampo. Aspectos desfavoráveis foram o progresso muito modesto e claramente insuficiente da assistência pré-natal, a manutenção de quase 50% de cesarianas e a não expansão da puericultura após o primeiro ano de vida.

Conclusões

Estimativas sobre a evolução da assistência materno-infantil no conjunto das áreas urbanas do País em período semelhante confirma e acentua o desempenho insatisfatório da assistência pré-natal na cidade de São Paulo. Comparações favoráveis a São Paulo são registradas apenas quanto a cobertura vacinal. A influência que mudanças na assistência materno-infantil podem ter exercido sobre a evolução de diferentes indicadores do estado de saúde das crianças da cidade é examinada em artigos subsequentes.

Keywords

Quality indicators, health care[#]. Health surveys[#]. Maternal and child health[#]. Rooming-in care. Prenatal care. Child care. Cesarean section. Delivery. Vaccination, utilization.

Abstract

Objective

Two consecutive household surveys undertaken in mid-80s and mid-90s in the city of S. Paulo, Brazil, made possible to establish time trends of several child health determinants and indicators as well as to analyse the relationships among them. The study intends to report trends in maternal and child health care.

Correspondência para/Correspondence to:
Carlos Augusto Monteiro
Av. Dr. Arnaldo, 715
01246-904 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: carlosam@usp.br

*Trabalho desenvolvido no Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e no Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo e baseado em pesquisas de campo financiadas pela Financiadora de Estudos e Projetos - Finep (Convênios 41.83.0698.00 e 66.96.0193.00) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - Fapesp (Processos 84/2463-3 e 94/3493-5).

Methods

Random samples of the population aged from zero to 59 months were studied: 1,016 children in the period of 1984-85 and 1,280 children in 1995-96. Both surveys investigated three components of maternal and child health care: prenatal care, delivery and newborn care and routine health care provided to children up to five years of age (including development follow-up and vaccination).

Results

Favourable changes seen in the period between the two surveys were the continuing universal birth coverage, significant increase in rooming-in in maternity hospitals and the number of routine visits for babies in their first year of life and, particularly, the universal outreach of the DPT, measles and tuberculosis vaccinations. Unfavourable trends were seen regarding the slight and clearly insufficient growth of prenatal care, the still high percentage (of near 50%) of cesarean sections, and the limited routine visits for children after their first year of age.

Conclusions

Estimates in the same period for the outreach of maternal and child health care in other urban areas of Brazil reinforce the unsatisfactory trends of the prenatal care in S. Paulo. Favourable comparisons are only seen regarding the outreach of child vaccination. The influence that changes in the maternal and child health care provided in the city may have exerted on several child health indicators is examined in subsequent articles.

INTRODUÇÃO

A disponibilidade e a qualidade da assistência que os serviços de saúde oferecem a gestantes, recém-nascidos e crianças constituem condicionantes importantes da evolução das condições de saúde na infância. São conhecidas e encontram-se bem documentadas, por exemplo, as relações entre falta ou deficiência de assistência pré-natal e o retardo do crescimento intra-uterino, a prematuridade e, por extensão, a morbimortalidade infantil.^{5,10} A assistência à gestante e ao recém-nascido no momento do parto, desde que apropriada – assegurando condições adequadas de assepsia, monitoração e suporte e o emprego comedido e criterioso de tecnologias médicas – também contribui para reduzir riscos à saúde infantil.²⁷ Cuidados preventivos como o controle do crescimento e do desenvolvimento, a detecção precoce de enfermidades infantis, a orientação adequada da alimentação nos primeiros anos de vida e a vacinação contra as enfermidades imunopreveníveis – a chamada assistência de puericultura – são, igualmente, elementos essenciais para a promoção de ótimas condições de saúde na infância.^{24,25}

Dois inquéritos domiciliares sucessivos, realizados em 1984/85 e em 1995/96 em amostras probabilísticas da população infantil residente na cidade de São Paulo, permitem que se examine a evolução recente de um amplo conjunto de determinantes e de indicadores do estado de saúde dessa população. No presente artigo abordar-se-á a evolução da cobertura e da qualidade da assistência materno-infantil.

MÉTODOS

As informações procedem de dois inquéritos domiciliares probabilísticos sobre condições de saúde

na infância, realizados na cidade de São Paulo em 1984/85 e em 1995/96. Nos dois inquéritos foram estudadas amostras representativas da população da cidade com idades entre zero e 59 meses: 1.016 no primeiro inquérito e 1.280 no segundo. Procedimentos semelhantes de amostragem foram adotados nos dois inquéritos, partindo-se em ambos os casos de cadastros domiciliares atualizados dos setores censitários do município. O detalhamento desses procedimentos é descrito em publicações anteriores.^{14,16}

Nos dois inquéritos, as informações sobre características da assistência materno-infantil foram obtidas por meio de questionários e da observação de documentos como a carteira de vacinação. A aplicação dos questionários coube a entrevistadores com experiência prévia em inquéritos domiciliares sobre condições de saúde e os respondentes foram as mães das crianças estudadas.

Três componentes da assistência materno-infantil foram investigados: a assistência pré-natal, a assistência ao parto e a assistência de puericultura.

No caso da assistência pré-natal, as mães foram indagadas sobre o início dessa assistência e o número total de consultas recebidas durante a gestação. O Ministério da Saúde recomenda o início da assistência pré-natal ainda no primeiro trimestre da gestação e um número mínimo de cinco consultas.¹³ Com relação à assistência ao parto, procurou-se saber se o mesmo ocorreu no ambiente hospitalar e, nessa eventualidade, indagou-se sobre o tipo de parto (normal ou cirúrgico) e sobre o tipo de alojamento oferecido ao recém-nascido (junto com a mãe ou em berçário). O emprego excessivo de cesarianas – acima de 10% a 15% dos partos, determinado, quer por critérios mé-

dicos equivocados, quer por razões financeiras ou de conveniência, resulta em risco desnecessário para a saúde da mãe e da criança, além de poder comprometer o estabelecimento do vínculo mãe-filho e o sucesso da amamentação.^{26,27} O alojamento indiscriminado das crianças em berçários é igualmente danoso para a amamentação e para o vínculo mãe-filho, além de favorecer o risco de infecções hospitalares.^{12,28} A assistência de puericultura foi avaliada indagando-se o número de vezes que as mães haviam levado seus filhos a serviços de saúde para controle do crescimento. O Ministério da Saúde recomenda um mínimo de cinco acompanhamentos do crescimento e do desenvolvimento no primeiro ano de vida.¹¹

Ainda como parte da avaliação da assistência de puericultura, as mães das crianças estudadas foram solicitadas a apresentar o cartão de vacinação da criança. Informações sobre o número de doses aplicadas e sobre a correspondente data de aplicação das vacinas, que fazem parte do esquema básico de vacinação do primeiro ano de vida (BCG em dose única, tríplice em três doses, anti-poliomielite em três doses e anti-sarampo em dose única), foram transcritas do cartão para o questionário. No caso de ausência do cartão (14,6% dos casos no primeiro inquérito e 9,5% dos casos no segundo inquérito), as informações sobre vacinas foram obtidas diretamente das mães. Em caso de dúvida ou desconhecimento da mãe sobre o estado vacinal da criança, optou-se, nos dois inquéritos, por considerar a criança como não vacinada. No caso específico da vacina BCG, a cicatriz vacinal foi considerada como evidência suficiente de vacinação.

Com o objetivo de melhorar a precisão das respostas fornecidas pelas mães, os indicadores sobre assistência pré-natal e sobre assistência ao parto foram estimados com base apenas nas crianças com menos de 24 meses no dia da entrevista: 381 crianças em 1984/85 e 552 crianças em 1995/96. Com a mesma finalidade, os indicadores sobre consultas de puericultura foram estimados na faixa etária entre 12 e 23 meses, para consultas feitas no primeiro ano de vida, e entre 24 e 59 meses, para consultas feitas após o primeiro ano: respectivamente, 211 e 618 crianças em 1984/85 e 279 e 727 crianças em 1995/96. Para simplificar a avaliação da cobertura do esquema vacinal previsto para o primeiro ano de vida, os indicadores relativos à mesma levaram em conta apenas as crianças com 12 ou mais meses de idade no dia da entrevista: 841 em 1984/85 e 1.006 crianças em 1995/96. As crianças dessa faixa etária foram classificadas conforme o recebimento de cada uma das vacinas injetáveis que devem ser ministradas no primeiro ano de vida (BCG, tríplice e anti-sarampo). A não inclusão da vacina contra a poliomyelite, ministrada por via

oral, deveu-se ao fato de a mesma ser aplicada sobretudo em campanhas de vacinação, não sendo sistemático o seu registro no cartão de vacinação.

A evolução da cobertura e de características da assistência materno-infantil prestada às crianças residentes na cidade de São Paulo foi avaliada comparando-se estimativas globais provenientes dos inquéritos realizados em 1984/85 e em 1995/96. Objetivando identificar a evolução da distribuição social dessa assistência na cidade, foram constituídos três estratos sociais "equivalentes" nos inquéritos de 1984/85 e de 1995/96. Esses estratos corresponderam ao terço da distribuição da renda familiar *per capita* em cada inquérito, ou seja, avaliou-se a evolução específica da assistência materno-infantil prestada ao terço mais pobre, ao intermediário e ao mais rico das crianças da cidade.

Os valores da renda *per capita* nominal de cada família estudada em 1984/85 ou em 1995/96 foram obtidos dividindo-se a somatória das rendas (salários e outras fontes de renda) auferidas pela família no último mês pelo número de membros da unidade familiar. A seguir, os valores nominais obtidos foram deflacionados e expressos em reais de outubro de 1996, empregando-se para tanto o INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado, calculado pelo IBGE. Para cerca de 20% das crianças estudadas no primeiro inquérito e 6% daquelas estudadas no segundo inquérito, devido à ausência de informações sobre a renda de um ou mais membros da família, o valor da renda familiar *per capita* foi imputado a partir do nível de escolaridade do chefe da família.¹⁷

O significado estatístico das diferenças encontradas entre os indicadores estimados por cada inquérito foi examinado com o emprego do teste de t de Student (para médias) e do teste do qui-quadrado (para proporções).⁹

RESULTADOS

A Tabela 1 sumariza os dados referentes à assistência pré-natal, notando-se melhorias de pequena monta em todos os indicadores empregados, sendo estatisticamente significativo apenas o aumento no número médio de consultas durante a gestação, o qual passou de 7,4 para 8,0 consultas. Chamam a atenção a proporção ainda relativamente elevada de gestações que não tiveram qualquer assistência pré-natal – 7,7% no primeiro inquérito e 7,1% no segundo – e a proporção ainda insatisfatória de pré-natais iniciados no primeiro trimestre de gestação – 69% no primeiro inquérito e 71% no segundo. Melhor situação, embora igualmente pouco alterada no período, foi registrada para a proporção de crianças cujas mães receberam cinco ou mais consultas de pré-natal: 85% no primeiro inquérito e 88% no segundo.

Nos dois inquéritos, a assistência hospitalar ao parto mostrou-se virtualmente universal na cidade. O dado positivo sobre a evolução da assistência ao parto foi o aumento de quase quatro vezes na frequência de alojamento conjunto mãe-filho na maternidade: de 10,9% para 38,9%. Em contrapartida, manteve-se no período em quase 50% a proporção de partos cesarianos.

A assistência de puericultura evoluiu no primeiro ano de vida: a média de consultas passou de 7,8 para 9,3

Tabela 1 – Evolução de indicadores da assistência materno-infantil. Crianças menores de cinco anos de idade da cidade de São Paulo, SP, 1984/85 e 1995/96.

Indicadores	1984/85	1995/96
Assistência pré-natal [†]		
1 ou + consultas (%)	92,3	92,9
5 ou + consultas (%)	85,5	88,6
Início no 1º trimestre (%)	69,6	71,6
Início no 1º trimestre e 5 ou + consultas (%)	68,2	69,0
Média de consultas	7,4	8,0 ^{****}
Assistência ao parto [†]		
Parto hospitalar (%)	99,5	99,2
Cesariana (%)	47,8	48,9
Alojamento conjunto mãe-filho (%)	10,9	38,9 ^{*****}
Assistência de puericultura		
No 1º ano de vida ^{**}		
→ 6 ou + consultas (%)	76,0	84,2 ^{****}
→ Média de consultas	7,8	9,3 ^{*****}
Após o 1º ano de vida ^{***}		
→ 1 ou + consultas nos últimos 12 meses (%)	51,9	51,0
Vacinação ^{****}		
BCG – 1 dose (%)	88,5	99,3 ^{*****}
Triplíce – 3 doses (%)	84,8	98,1 ^{*****}
Sarampo – 1 dose (%)	85,7	98,1 ^{*****}
Todas as vacinas acima (%)	79,9	96,8 ^{*****}

[†]Crianças entre 0 e 23 meses de idade.

^{**}Crianças entre 12 e 23 meses de idade.

^{***}Crianças entre 24 e 59 meses de idade.

^{****}Crianças entre 12 e 59 meses de idade.

^{*****}p<0,05

^{*****}p<0,001

Tabela 2 – Evolução de indicadores da assistência materno-infantil segundo tercis da renda familiar per capita. Crianças menores de cinco anos de idade da cidade de São Paulo, SP, 1984/85 e 1995/96.

Indicadores	1º tercil		2º tercil		3º tercil	
	1984/85	1995/96	1984/85	1995/96	1984/85	1995/96
Assistência pré-natal [†]						
1 ou + consultas (%)	87,2	87,9	93,9	92,4	96,9	98,5
5 ou + consultas (%)	81,3	78,1	80,2	89,2 ^{*****}	94,8	97,7
Início no 1º trimestre (%)	63,3	58,8	59,8	68,0	84,7	86,7
Início no 1º trimestre e 5 ou + consultas (%)	59,4	54,1	59,4	66,3	84,5	85,2
Média de consultas	6,5	6,4	6,8	7,5 ^{*****}	8,7	9,9 ^{*****}
Assistência ao parto [†]						
Parto hospitalar (%)	99,3	98,1	99,1	99,4	100,0	100,0
Cesariana (%)	37,0	38,6	45,2	48,7	60,0	57,8
Alojamento conjunto mãe-filho (%)	13,5	44,0 ^{*****}	7,0	44,3 ^{*****}	11,5	28,4 ^{*****}
Assistência de puericultura						
No 1º ano de vida ^{**}						
→ 6 ou + consultas (%)	68,8	73,9	72,3	86,7	87,5	90,2
→ Média de consultas	7,2	7,8	7,0	9,7 ^{*****}	9,3	10,1
Após o 1º ano de vida ^{***}						
→ 1 ou + consultas nos últimos 12 meses (%)	47,4	36,3 ^{*****}	47,9	49,0	59,4	65,7
Vacinação ^{****}						
BCG – 1 dose (%)	84,1	99,3 ^{*****}	90,8	99,7 ^{*****}	90,3	98,9 ^{*****}
Triplíce – 3 doses (%)	81,9	96,7 ^{*****}	85,5	99,0 ^{*****}	86,5	98,5 ^{*****}
Sarampo – 1 dose (%)	83,7	97,8 ^{*****}	84,8	98,0 ^{*****}	88,4	98,6 ^{*****}
Todas as vacinas acima (%)	75,7	96,2 ^{*****}	81,2	97,2 ^{*****}	82,0	96,6 ^{*****}

[†]Crianças entre 0 e 23 meses de idade.

^{**}Crianças entre 12 e 23 meses de idade.

^{***}Crianças entre 24 e 59 meses de idade.

^{****}Crianças entre 12 e 59 meses de idade.

^{*****}p<0,05

^{*****}p<0,001

consultas, enquanto a proporção de crianças que tiveram seis ou mais consultas cresceu de 76% para 84%. O indicador empregado para se avaliar a assistência de puericultura após o primeiro ano de vida mostrou, entretanto, cobertura estagnada: apenas metade das crianças mais velhas (dois ou mais anos de idade) tinham se beneficiado de pelo menos uma consulta de puericultura nos doze meses anteriores à entrevista.

A cobertura vacinal foi o componente da assistência materno-infantil que apresentou a melhor evolução na cidade. Aumentos significativos de cobertura foram encontrados para todas as vacinas investigadas. A cobertura, que já era relativamente elevada no primeiro inquérito – entre 85% e 88%, virtualmente se universaliza no segundo (entre 98% e 99% de crianças vacinadas). A frequência da condição ideal de cobertura para todas as vacinas injetáveis passa de 79,9% para 96,8% entre os inquéritos.

A Tabela 2 mostra que todos os indicadores empregados para avaliar a assistência pré-natal apresentam-se estagnados ou deterioram-se no tercil inferior da renda. Nos estratos de maior renda, observam-se melhorias discretas, o que aumenta, no período, as desigualdades sociais, já elevadas no primeiro inquérito. Por exemplo, a frequência da situação ideal de pré-natal, iniciado no primeiro trimestre e com pelo menos cinco consultas, declina de 59,4% para 54,1% no terço mais pobre da população e eleva-se de 59,4% para 66,3% no terço intermediário e de 84,5% para 85,2% no terço mais rico.

A frequência do alojamento conjunto da mãe e do recém-nascido, que era modesta em todos os estratos sociais em 1984/85, aumenta de forma particularmente intensa na renda baixa e intermediária, estratos onde chega a 44% (contra apenas 28% no tercil superior de renda). A relação inversa entre renda familiar e cesarianas pouco se altera entre os inquéritos; aumentos ligeiros na frequência de cesarianas ocorrem nas rendas baixa e média, enquanto uma tênue redução é observada no estrato superior de renda.

Melhorias na assistência de puericultura oferecida durante o primeiro ano de vida mantêm virtualmente inalterada a relação inversa entre os indicadores dessa assistência e a renda familiar. Quanto à assistência de puericultura oferecida após o primeiro ano, as melhorias restringem-se aos estratos de renda média e alta, registrando-se, de fato, deterioração de cobertura no estrato de menor renda. Nesse caso, ampliam-se também as desigualdades sociais entre os inquéritos. Desempenho excepcional da vacinação em todos estratos de renda determina sua virtual universalização em todos estratos sociais, o que, nesse caso, elimina as desigualdades que prevaleciam no primeiro inquérito.

DISCUSSÃO

A comparação de inquéritos probabilísticos sucessivos, realizados em 1984/85 e em 1995/96, permitiu avaliar a evolução de componentes relevantes da assistência materno-infantil oferecida à população da cidade de São Paulo. Entre os aspectos favoráveis dessa evolução, destacam-se a manutenção da cobertura virtualmente universal da assistência hospitalar ao parto, o crescimento substancial da modalidade de alojamento conjunto da mãe e do recém-nascido, o aumento no número de consultas de puericultura no primeiro ano de vida e, sobretudo, a virtual universalização da cobertura das vacinas BCG, tríplice e anti-sarampo. Aspectos desfavoráveis foram o progresso modesto dos indicadores da assistência pré-natal, a manutenção de uma elevadíssima proporção de cesarianas (quase 50% dos partos) e a não expansão da assistência de puericultura após o primeiro ano de vida.

Inquérito em amostra probabilística da população infantil de São Paulo, realizado em 1973/74,⁸ permite que se conheça a evolução passada de alguns indicadores da assistência materno-infantil oferecida na cidade. A comparação de resultados desse inquérito com resultados do inquérito realizado em 1984/85 evidencia tendências semelhantes às apuradas para o período mais recente no que se refere à assistência pré-natal (crescimento modesto) e à cobertura vacinal (crescimento veloz).¹⁵ Com relação à assistência ao parto, a evolução no período 1973/74-1984/85 mostra a virtual

universalização da assistência hospitalar (de 95% para 99% dos partos) e a explosão dos partos cirúrgicos (de 25,3% para 47,8% dos partos).¹⁵ A estabilização da frequência de cesarianas em valores próximos a 50%, observada a partir das amostras de crianças estudadas em 1984/85 e em 1995/96, é consistente com estimativas da frequência de partos cesarianos nas maternidades da cidade de São Paulo nos anos de 1987 e de 1993: 46,8% e 44,0%, respectivamente.²³

Inquéritos nacionais realizados nos anos de 1986 e de 1996 permitem que a evolução recente da assistência materno-infantil na cidade de em São Paulo seja comparada àquela observada em outras áreas urbanas do País. Estimativas desses inquéritos indicam que a proporção de crianças cujas mães não tiveram qualquer assistência pré-natal reduziu-se significativamente nas áreas urbanas das regiões Norte e Nordeste (de 23,7% para 14,3% e de 23,3% para 12,4%, respectivamente), nas áreas urbanas das regiões do Centro-Sul (de 6,7% para 4,3%) e no conjunto das áreas urbanas do País (de 12,6% para 7,1%).²⁰ Como se há de recordar, na cidade de São Paulo, em período semelhante, a ausência completa de assistência pré-natal permaneceu virtualmente estagnada, com frequência em torno de 7%. Assim, próximo ao ano de 1996, a falta de assistência pré-natal na cidade de São Paulo era semelhante à encontrada no conjunto das áreas urbanas do País e quase duas vezes superior à encontrada nas áreas urbanas do Centro-Sul. Essas comparações confirmam e acentuam a evolução insatisfatória que a assistência pré-natal vem apresentando na cidade de São Paulo.

Entre 1986 e 1996, a cobertura da assistência hospitalar ao parto tende a se universalizar em todas as áreas urbanas do País, com o que as demais cidades brasileiras tendem a se aproximar de São Paulo.²⁰ Situação semelhante de aproximação da situação de São Paulo é observada com relação às cesarianas, cuja frequência no conjunto das áreas urbanas brasileiras cresce de 35,3% para 41,8%.^{1,2} Vantagens favoráveis à cidade de São Paulo são encontradas apenas com relação à cobertura vacinal. Embora os inquéritos nacionais de 1986 e 1996 tenham evidenciado progressos expressivos da cobertura vacinal em todas as áreas urbanas do país, em nenhuma região alcançou-se o grau de universalização observado em São Paulo. Entre 1986 e 1996, a cobertura simultânea das vacinas BCG, tríplice e anti-sarampo em crianças entre 12 e 59 meses de idade cresceu de 53,3% para 78,1% nas áreas urbanas do Nordeste e de 69,7% para 87,9% nas áreas urbanas do Centro-Sul do País.²⁰ Em período equivalente, a mesma cobertura cresceu de 79,9% para 96,8% na cidade de São Paulo.

A constituição de estratos sociais “equivalentes” nos dois inquéritos realizados em São Paulo revelou um padrão de evolução não uniforme da distribuição social da assistência materno-infantil na cidade. Aumentos de desigualdades sociais foram evidenciados com relação à assistência pré-natal, à assistência de puericultura após o primeiro ano de vida e ao alojamento conjunto mãe-bebê. Nos dois primeiros casos, houve aumento da desvantagem inicial constatada para os estratos de menor renda enquanto no segundo caso intensificou-se a desvantagem do estrato de maior renda. No mesmo período, mantiveram-se inalteradas as desvantagens dos estratos de menor renda quanto à assistência de puericultura feita no primeiro ano de vida e as desvantagens dos estratos de maior renda quanto ao excesso de cesarianas.

Análises preliminares indicam que a manutenção ou o aumento das desvantagens dos estratos de menor renda decorre da chamada “lei do cuidado inverso”. Segundo o autor dessa formulação, em sociedades onde

o cuidado à saúde é mais exposto às forças de mercado, a disponibilidade da assistência varia inversamente com as necessidades da população servida.⁷ No caso da manutenção ou do aumento das desvantagens dos estratos de maior renda – menor cobertura do alojamento conjunto mãe-bebê e excesso de cesarianas – há indicações de que, em parte, o fenômeno se deva à utilização predominante de serviços de saúde privados pelos estratos de maior renda. Esses aspectos serão avaliados em artigo específico sobre a distribuição social da cobertura e da qualidade da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo.

A influência que a evolução da assistência materno-infantil, relatada no presente artigo, poderia ter exercido sobre diferentes indicadores do estado de saúde das crianças de São Paulo – envolvendo o baixo peso ao nascer, o estado nutricional, o crescimento ponderal e as enfermidades mais frequentes na infância – é examinada em artigos subsequentes.^{3,4,6,18,19,21,22}

REFERÊNCIAS

1. BEMFAM, Brasil. *Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, 1986*. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1987.
2. BEMFAM, Brasil. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - 1996*. Rio de Janeiro: BEMFAM/Macro International; 1997.
3. Benicio MHD'A, Monteiro CA. Tendência secular da doença diarreica na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saúde Pública* 2000;34(6 Supl):83-90.
4. Benicio MHD'A, Cardoso MRA, Gouveia NC, Monteiro CA. Tendência secular da doença respiratória na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saúde Pública* 2000;34(6 Supl):91-101.
5. Berkowitz GS, Papiernick E. Epidemiology of preterm birth. *Epidemiol Rev* 1993;15(2):414-43.
6. Ferreira MU, Ferreira CS, Monteiro CA. Tendência secular das parasitoses intestinais na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saúde Pública* 2000;34(6 Supl):73-82.
7. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971;1(7696):405-12.
8. Iunes M, coordenador. *Estado nutricional de crianças de 6 a 60 meses no Município de São Paulo*. São Paulo: Instituto de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina/Instituto de Pesquisas Econômicas da USP; 1975.
9. Kirkwood BT. *Essentials of medical statistics*. London: Blackwell; 1988.
10. Kramer MS. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta analysis. *Bull World Health Organ* 1987;65:663-737.
11. Ministério da Saúde. *Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, SNPES/DINSAMI/INAMPS; 1986.
12. Ministério da Saúde. *Normas básicas para alojamento conjunto*. Brasília: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição; 1993.
13. Ministério da Saúde. *Assistência pré-natal: manual técnico*. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
14. Monteiro CA, Pino ZHP, Benicio MHD'A, Szarfarc SC. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo (1984/85). I. Aspectos metodológicos, características socioeconômicas e ambiente físico. *Rev Saúde Pública* 1986;20:435-45.
15. Monteiro CA, Medina MCG, Benicio MHD'A, Meyer M. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo (1984/85). IX. Cobertura e qualidade da assistência materno-infantil. *Rev Saúde Pública* 1988;22:170-8.
16. Monteiro CA, Silva NN, Nazário CL. A pesquisa de campo de 1995/96. In: Monteiro CA, organizador. *Como e por que melhoram (ou pioram) os indicadores de saúde e nutrição na infância? O caso da cidade de São Paulo na segunda metade do século XX*. São Paulo: NUPENS/USP; 1999. (Relatório Técnico – FAPESP, julho/1999).
17. Monteiro CA, Freitas ICM. Evolução de condicionantes socioeconômicas da saúde na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saúde Pública* 2000;34(6 Supl):8-12.
18. Monteiro CA, Conde WL. Tendência secular do crescimento pós-natal na cidade de São Paulo (1974-1996). *Rev Saúde Pública* 2000;34(6 Supl):41-51.

19. Monteiro CA, Conde WL. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996). *Rev Saúde Pública* 2000;34(6 Supl):52-61.
20. Monteiro CA, Benicio MHD'A, Freitas ICM. Evolução da mortalidade infantil e do retardo de crescimento nos anos 90: causas e impacto sobre desigualdades regionais. In: Monteiro CA, organizador. *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do País e de suas doenças*. 2ª ed. aum. São Paulo: Hucitec/NUPENS-USP; 2000.
21. Monteiro CA, Benicio MHD'A, Ortiz LP. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976-1998). *Rev Saúde Pública* 2000;34(6 Supl):26-40.
22. Monteiro CA, Szarfarc SC, Mondini L. Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saúde Pública* 2000;34(6 Supl):62-72.
23. Rattner D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1996;30:19-33.
24. UNICEF. World declaration on the survival, protection and development of children. New York: UNICEF; 1990.
25. UNICEF. Plan of action for implementing the world declaration on the survival, protection and development of children in the 1990's. New York: UNICEF; 1990.
26. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;24:436-7.
27. World Health Organization. *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: WHO, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit Family and Reproductive Health; 1996. (Report of a Technical Working Group).
28. World Health Organization. *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Geneva: WHO; 1998.