

ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS CRIANÇAS DE ZERO A 10 ANOS DE IDADE CADASTRADAS NO SIAB DO MUNICÍPIO DE LAJEADO/RS, 2012

Ioná Carreno¹, Glademir Schwingel², Jéssica Mazutti Penso³, Bruna Marina⁴,
Heloísa Cristina Damin⁵

Resumo: O objetivo deste estudo foi analisar as condições de saúde das crianças de zero a 10 anos de idade cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab do município de Lajeado/RS-Brasil, 2012. O estudo é transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 271 crianças. Os resultados obtidos evidenciam que em todas as faixas etárias há maior percentual do sexo masculino, com 68,2% no primeiro ano de vida. A frequência escolar aumenta conforme a idade, chegando a 77,5% dos seis aos 10 anos. No primeiro ano de vida todas as crianças recebem bolsa família, 95,5% utilizam a Unidade Básica de Saúde – UBS e 40,9% o hospital. Destaca-se que a maioria das crianças vive em casa de madeira, tem energia elétrica, tem abastecimento de água e coleta de lixo municipal. Visualizar o perfil epidemiológico da população infantil auxilia no planejamento das ações dos gestores e da equipe de saúde, qualificando a saúde das crianças.

Palavras-chave: Saúde coletiva. Saúde da criança. Sistema de informação em saúde. Meio ambiente e saúde pública. Desigualdades sociais em saúde.

1 INTRODUÇÃO

A taxa de mortalidade infantil caiu muito nas últimas décadas no Brasil, especialmente a partir do momento em que as políticas públicas de saúde definiram ser estratégico desenvolver ações concretas relacionadas. Por conseguinte, a diminuição da pobreza, a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e outros fatores diminuíram os óbitos infantis de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010 (IBGE, 2010). Entretanto, a meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde ainda não foi alcançada, pois persistem desigualdades regionais e lacunas assistenciais que fazem parte da realidade social e sanitária de nosso País (BRASIL, 2012).

As causas perinatais, a pneumonia e a diarreia associadas à desnutrição são as principais causas de morte no primeiro ano de vida e merecem atenção. Portanto, o nascimento saudável, a promoção do crescimento, desenvolvimento e alimentação saudáveis, com enfoque prioritário para a vigilância à saúde das crianças de maior risco e o cuidado às doenças prevalentes, são ações que

1 Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Doutora em Enfermagem. Docente do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Univates.

2 Fisioterapeuta. Doutor em Ciências Sociais. Docente do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Univates.

3 Enfermeira no Hospital Bruno Born de Lajeado/RS.

4 Acadêmica do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário UNIVATES.

5 Acadêmica do Curso de Biomedicina. Bolsista de Iniciação Científica do Centro Universitário UNIVATES.

não podem deixar de serem realizadas em toda a sua plenitude (BRASIL, 2005). Conhecer o número e a situação dos nascimentos prematuros, em um período de tempo, é importante na determinação dos riscos vitais relacionados a condições do nascimento, crescimento e desenvolvimento infantil, sendo esses aspectos componentes de vários indicadores de saúde e fundamentais para a assistência na área materno-infantil (BOZZETO et al., 2013).

A criança é contemplada com visão integral, como ser humano em desenvolvimento, abrangendo diversas áreas da infância. Os direitos assegurados poderiam estar subentendidos em um único: a saúde (FROTA et al., 2010). A promoção da saúde e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, proporcionando o seu crescimento e bem-estar, em um contexto de proteção social que defende o direito à vida das crianças (BRASIL, 2005).

Por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) é assegurado o atendimento do médico e de outros profissionais da saúde à criança e ao adolescente, garantindo o acesso universal e igualitário as ações e serviços de promoção da saúde (FROTA et al., 2010). Em 2005, a Coordenação de Atenção à Criança do Ministério da Saúde implantou a “Saúde Integral da Criança” e a “Redução da Mortalidade Infantil” como orientação para a ação de todos os profissionais que lidam com a criança. Pretende-se, assim, ressaltar que o foco da atenção de todos, cada qual dentro de seu núcleo, é a criança em toda e qualquer oportunidade que se apresente, seja na unidade de saúde, no domicílio ou espaços coletivos, como creche, pré-escola e escola. Assim, a criança pode se beneficiar de um cuidado integral e multiprofissional, que dê conta de compreender todas as suas necessidades e direitos como indivíduo social. Ainda, como cuidado integral entende-se a responsabilidade de disponibilizar a atenção necessária em todos os níveis: da promoção à saúde ao nível mais complexo de assistência, do locus próprio da atenção à saúde aos demais setores que têm interface estreita e fundamental com a saúde, como moradia, água tratada e educação (BRASIL, 2005).

O século XX marcou avanços significativos sobre a visão da criança como cidadão com capacidade de exercer seus direitos e deveres. Por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a infância passou a ser reconhecida como etapa extraordinária na formação da vida adulta. O ECA foi criado em 1990 e atualizado em 2003, tendo como objetivo fazer com que crianças e adolescentes tenham seus direitos pessoais e sociais garantidos, e fazendo com que o poder público programe políticas públicas dirigidas a esse segmento (ECA, 2003).

Embora existam evidências quanto aos avanços do estudo da mortalidade infantil, é importante considerar a grande diferença no perfil sociodemográfico da população brasileira, sendo relevante que estudos locais sejam desenvolvidos, para um melhor planejamento municipal da saúde, que só pode ser realizado com base em dados que consideram as características da localidade (VICTORA et al., 2011).

Nesse sentido, em 1998 surge o Siab como instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde e incorpora em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária. Ele está completamente inserido no contexto de reorganização do SUS no país, o que fez com que assumisse características distintas dos demais sistemas existentes. Tais características significaram avanços concretos no campo da informação em saúde. Dessa forma busca acompanhar as ações e os resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) (DATASUS, 2009).

O Siab é um sistema de informação que permite a visualização do perfil epidemiológico, ambiental e sanitário da população de sua área de abrangência, oferecendo um diagnóstico da situação de saúde da população. Mesmo diante das fragilidades do sistema, deve-se reconhecer o seu valor para as equipes de saúde. Há potencialidades relacionadas ao Siab que precisam ser

destacadas, como facilitar a coleta de dados da população cadastrada na ESF para que esses dados possam ser utilizados no planejamento das ações em saúde (CARRENO et al., 2013).

O objetivo deste estudo é, portanto, analisar as condições de saúde das crianças de zero a 10 anos de idade cadastradas no Siab do município de Lajeado/RS, sob os aspectos sociodemográficos, ambientais e de acesso ao serviço de saúde, para que dessa forma possamos conhecer as principais características de vulnerabilidade da população infantil.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, descritivo-exploratório com abordagem quantitativa. Foram utilizados dados secundários extraídos do Siab do município de Lajeado do ano de 2012. Lajeado é o município polo da região do Vale do Taquari (região central do RS), conta com 71.445 habitantes, 71.180 moradores da zona urbana e 265 moradores da zona rural, o que caracteriza o município com alto grau de urbanização (99,93%) (IBGE, 2010). A atenção básica tem dez Estratégias de Saúde da Família e Estratégia de Agente Comunitário da Saúde (Eacs), que resultam em uma cobertura pelo Siab de 65,5% da população cadastrada em 2012.

As equipes da Saúde da Família e da EACS contam com vários profissionais que realizam capacitação e acompanhamento do preenchimento das fichas do Siab pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O município também oferece suporte profissional para digitação e monitoramento dos dados informatizados do Siab.

A população do estudo são crianças de zero a 10 anos de idade residentes e cadastradas no SIAB do município de Lajeado no ano de 2012, que totalizou 6.301 cadastros. Para o cálculo da amostra foi utilizado o programa WinPepi 10.7. Com o objetivo de estimar a amostra adotamos a referência de pneumonia de 49,8% (BOTELHO et al., 2003), nível de confiança de 95%, mais 10% para inconsistência e 5% para prováveis perdas, atingindo um número mínimo de 271 crianças. Foram desprezadas as informações ignoradas e incompletas.

Foram analisadas todas as variáveis que constam na ficha A do Siab, tanto as individuais quanto as da família da criança. As variáveis individuais sociodemográficas foram o sexo, a faixa etária, frequenta a escola, meio de transporte, plano de saúde e bolsa família. As variáveis da situação de saúde são referentes à hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença de Chagas, deficiente físico, deficiente mental, epilepsia, hanseníase, malária e tuberculose. As variáveis da família da criança são às condições de moradia quanto ao tipo de casa, número de cômodos e energia elétrica; as variáveis ambientais são o destino do lixo, destino de fezes e urina, tratamento da água e abastecimento de água; e, variáveis sobre utilização dos serviços de saúde são o acesso ao hospital, à UBS, à farmácia e à benzedeira. A faixa etária foi estratificada em três níveis, primeiro ano de vida, de um a cinco anos e de seis a 10 anos de idade, tendo que todas as variáveis sido analisadas conforme estas faixas etárias.

Os dados foram processados e analisados de forma eletrônica. Inicialmente foi realizada a transcrição dos dados do Siab para planilhas eletrônicas no Excel e posteriormente foi exportado para o programa estatístico *Statistical Package for The Social Science* (SPSS), versão 20.0.®, sendo realizada a análise estatística utilizando o teste Qui-quadrado de tendência linear para as variáveis numéricas discretas e Qui-quadrado de Pearson para as variáveis categóricas. Para todas as análises foi considerado um nível de significância de 0,05. Os resultados são apresentados em tabelas.

O estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Lajeado, sendo toda a pesquisa conduzida dentro dos padrões éticos exigidos pela Resolução Ministerial 466/2012. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo de nº 1860.204.2009.

3 RESULTADOS

Das 271 crianças analisadas neste estudo, entre zero e 10 anos de idade, cadastradas no Siab de Lajeado no ano de 2012, observou-se uma maior prevalência de crianças do sexo masculino nas três faixas etárias, sendo a mais alta no primeiro ano de vida (68%) (p-valor 0,44). Em relação a frequentar a escola, os resultados mostraram que no primeiro ano de vida, poucas crianças frequentam as instituições de educação infantil ou creche (4,5%). Observou-se que a frequência à escola é diretamente proporcional ao aumento da idade. Na faixa etária de seis a 10 anos de idade, 78% das crianças analisadas frequentam a escola (p-valor >0,000) sendo o resultado estatisticamente significativo (TABELA 1).

Em relação ao meio de transporte utilizado pela família da criança, o ônibus foi o mais apontado em todas as idades. Na faixa etária de seis a 10 anos, o ônibus foi citado por 74% dos pesquisados (p-valor 0,278), seguido pelo carro com 50% (p-valor>0,695). Os resultados não foram estatisticamente significativos (TABELA 1).

Referente à utilização de plano de saúde suplementar por família, mostrou-se que a grande maioria das famílias não possui planos de saúde privado. Nas famílias com crianças de até um ano de idade, 77% não possuem plano de saúde suplementar e, na faixa etária de seis a 10 anos de idade, 71% das crianças não têm plano de saúde suplementar (p=0,356). Os resultados não foram estatisticamente significativos (TABELA 1).

Sobre o recebimento de Bolsa Família, no primeiro ano de vida, todas as famílias analisadas estavam recebendo esse benefício; na faixa etária de um a cinco anos de idade esse percentual foi de 93%; e na faixa etária de seis a 10 anos de idade foi de 94% (p=0,469). Esses resultados não foram estatisticamente significativos. (TABELA 1).

Tabela 1- Frequência das variáveis sociodemográficas conforme faixa etária de crianças de zero a 10 anos de idade cadastradas no SIAB de Lajeado/RS, 2012

Variáveis	Primeiro ano de vida		1 a 5 anos		6 a 10 anos		p
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Feminino	7	32	56	46	55	43	
Masculino	14	68	65	54	74	57	0,440*
Frequenta a escola							
Sim	1	4,5	9	7,4	100	78	
Não	21	96	112	93	29	23	0,000**
Meio de transporte							
Ônibus							
Sim	16	73	79	65	96	74	
Não	6	27	42	35	33	26	0,278*
Carro							
Sim	9	41	61	50	65	50	
Não	13	59	60	50	64	50	0,695*

Variáveis	Primeiro ano de vida		1 a 5 anos		6 a 10 anos		p
	n	%	n	%	n	%	
Caminhão							
Sim	1	4,5	0	0	0	0	
Não	21	96	121	100	129	100	0,003**
Plano de saúde							
Nenhum	17	77	77	64	91	71	
1 a 3	4	18	37	31	27	21	
4 a 5	1	4,5	7	5,8	11	8,5	0,356**
Bolsa Família							
Recebe	22	100	113	93	121	94	
Não recebe	0	0	8	6,6	8	6,2	0,469**

*Qui-Quadrado de Pearson. **Teste Exato de Fischer.

Dentre as condições de saúde referidas no Siab, na faixa etária de zero a 10 anos de idade, não há registro de crianças com deficiência mental, hanseníase, malária e tuberculose. Há uma criança de sete anos com hipertensão arterial, três crianças com diabetes mellitus, sendo uma de nove anos de idade e duas de 10 anos de idade. As condições de saúde referidas no Siab que tiveram maior registro foram deficiência física e epilepsia.

As condições de moradia das crianças indicam que, na faixa etária de até um ano de vida, 18,2% residem em casa de madeira, mas entre as crianças de seis a 10 anos 82,2% residem em casa de alvenaria ($p=0,809$), não sendo estatisticamente significativo este resultado (TABELA 2).

Em relação ao número de cômodos da casa, em todas as faixas etária das crianças foi mais alto o número de um a cinco cômodos. Na faixa etária de um a cinco anos de idade foram encontrados 63,6% ($p=0,591$) de residências com um a cinco cômodos. Sobre as moradias possuem energia elétrica, nas residências das crianças menores de um ano o percentual foi de 90,9%, mas na faixa etária de um a cinco anos 100% (p -valor 0,005) das moradias estudadas possui energia elétrica. Este resultado foi estatisticamente significativo (TABELA 2).

Com relação ao abastecimento de água, observou-se que 12,4% das crianças de um a cinco anos de idade utilizam água procedente de poço ou nascente, e na faixa etária de seis a 10 anos 91,5% das crianças utilizam água do abastecimento municipal. Em relação ao tratamento da água em casa, na faixa etária de um a cinco anos de idade, 22,7% das famílias realizam tratamento da água em casa, não fazendo 77,3% nenhum tipo de tratamento da água, considerando que a maioria das famílias que consome água de abastecimento municipal que tem acesso ao produto com padrões de potabilidade adequada (TABELA 2).

O destino de lixo da residência das crianças entre um a cinco anos e de seis a 10 anos de idade é realizado pela coleta municipal, em 100% das famílias. Esse percentual diminuiu para 95,5% ($p=0,003$) nas famílias das crianças de até um ano de idade, faixa em que o resultado se mostrou significativo. O destino de fezes e urina é feito majoritariamente à fossa séptica. Na residência de crianças entre seis e 10 anos de idade, 99,2% utilizam fossa séptica para destino de fezes e urina (TABELA 2).

Tabela 2 - Condições de moradia conforme as variáveis ambientais de crianças de zero a 10 anos de idade cadastradas no Siab de Lajeado/RS, 2012

Variáveis	Primeiro ano de vida		1 a 5 anos		6 a 10 anos		p
	n	%	n	%	n	%	
Tipo de casa							
Tijolo	18	8,8	96	79,3	106	82,2	
Madeira	4	18,2	19	15,7	17	13,2	
Outro	0	0	6	5	6	4,7	0,809**
Número de cômodos							
1 a 5	14	63,6	65	53,7	66	51,2	
6 a 10	8	36,4	53	43,8	62	48,1	
11 a 15	0	0	3	2,5	1	0,8	0,591**
Energia elétrica							
Sim	20	90,9	121	100	127	98,4	
Não	2	9,1	0	0	2	1,6	0,005**
Abastecimento de água							
Rede pública	20	90,9	106	87,6	118	91,5	
Poço ou nascente	2	9,1	15	12,4	11	8,5	0,744**
Tratamento de água							
Sim	5	22,7	17	14	16	12,4	
Não	17	77,3	11	86	113	87,6	0,434*
Destino do lixo							
Coletado	21	95,5	121	100	129	100	
Queimando ou enterrado	1	4,5	0	0	0	0	0,003**
Destino de fezes e urina							
Fossa	22	100	121	100	128	99,2	
Céu aberto	0	0	0	0	1	0,8	0,573**

*Qui-Quadrado de Pearson. **Teste Exato de Fischer.

Em relação à utilização de serviços de saúde, a UBS foi citada por 95,5% dos respondentes na faixa etária de até um ano de vida e 93,8% (p-valor 0,019) na faixa etária de seis a 10 anos. Este resultado foi estatisticamente significativo. O hospital foi citado como forma de utilização de serviço de saúde por 40,9% na faixa etária até um ano de vida e a benzedeira foi citada, como forma de atenção a saúde por 4,1% na faixa etária de um a cinco anos de idade (TABELA 3).

Tabela 3 – Tipos de serviços de saúde utilizados por crianças de zero a 10 anos de idade cadastradas no Siab de Lajeado/RS, 2012

Variáveis	Primeiro ano de vida		1 a 5 anos		6 a 10 anos		p
	n	%	n	%	n	%	
UBS							
Sim	21	95,5	101	83,5	121	93,8	
Não	1	4,5	20	16,5	8	6,2	0,019**
Hospital							
Sim	9	40,9	53	43,8	46	35,7	
Não	13	59,1	68	56,2	83	64,3	0,418*
Farmácia							
Sim	0	0	12	9,9	6	4,7	
Não	22	100	109	90,1	123	95,3	0,105**
Benzedeira							
Sim	0	0	5	4,1	4	3,1	
Não	22	100	116	95,9	125	96,9	0,598**
Outros							
Sim	2	9,1	18	14,9	11	8,5	
Não	20	90,9	103	85,1	118	91,5	0,270**

*Qui-Quadrado de Pearson. **Teste Exato de Fischer.

4 DISCUSSÃO

A análise da situação de saúde da população encontra espaço privilegiado na epidemiologia, pois esta ciência busca conhecer o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisar a sua distribuição e os fatores determinantes e os eventos associados à saúde coletiva (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013). Mensurar o estado de saúde e o bem-estar das crianças é, portanto, uma tarefa complexa, porém necessária para que sejam realizadas intervenções eficazes voltadas para a integralidade da atenção à saúde da criança.

O Brasil está apresentando novo padrão demográfico caracterizado pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações na composição de sua estrutura etária. Essas modificações têm imprimido importantes mudanças também no perfil epidemiológico da população, com alterações relevantes nos indicadores de morbimortalidade (IBGE, 2010).

Inúmeros programas e políticas voltadas à saúde da criança foram criados, desde a década de 1980, com o objetivo de intervir nessa realidade a partir da mudança do modelo tecnoassistencial, representada pela ampliação do acesso aos serviços de saúde, pela desfragmentação da assistência e pela mudança na forma como o cuidado às crianças estava sendo realizado (BRASIL, 2012).

Estudos que utilizam bancos de dados secundários encontram algumas limitações, como a qualidade das informações analisadas ou o não preenchimento de algumas variáveis. Outra limitação encontra-se na restrição das variáveis disponibilizadas, o que impede uma análise mais aprofundada da informação.

No estudo observou-se que a maior prevalência foi de crianças do sexo masculino em todas as faixas etárias, sendo entre um e cinco anos de idade a prevalência maior. Segundo o censo demográfico, no Brasil, na faixa etária de zero a quatro anos e na faixa etária de cinco a nove anos encontram-se mais homens que mulheres (IBGE, 2010).

Em relação a frequentar a escola, observou-se um aumento na proporção em relação à faixa etária. O maior percentual de crianças que frequentavam a escola se encontrava na idade que compreende dos seis aos 10 anos de idade. Segundo o censo demográfico de IBGE, na faixa etária de 10 a 14 anos, havia em 2010, 671 mil crianças não alfabetizadas (3,9%), e em 2000, eram 1.258 milhão de crianças (7,3%). Em outro estudo com base no Censo Demográfico de 2000, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mencionam-se dados referentes à matrícula das crianças de seis anos em instituições na escola: "81,7% das crianças com seis anos estão na escola, sendo que 38,9% frequentam a Educação Infantil, 13,6% as classes de alfabetização e 29,6% estão no Ensino Fundamental" (MEC, 2004).

Em relação às condições de saúde autorreferidas no Siab, as que tiveram um maior percentual foram deficiência física e epilepsia. O maior percentual de crianças epiléticas e com deficiência física está na faixa etária de seis a 10 anos de idade. Em estudo realizado no estado de Pernambuco no ano de 2011, foram observados 37 indivíduos institucionalizados. A epilepsia e a paralisia cerebral estavam presentes em sete casos (18,9%) que estão entre os achados clínicos mais graves, seguido do retardo mental (JORGE et al., 2011).

Em relação às variáveis sociodemográficas, dentre os meios de transporte avaliados pelo Siab, o ônibus foi citado como o mais utilizado em todas as faixas etárias, seguido pelo carro. Dados apontam, no entanto, que o uso do carro está crescendo muito nos últimos anos, devido ao aumento da renda da população e incentivos à compra de automóveis. Por conta desse estímulo, o número de carros cadastrados a mais por dia é da ordem de mil, apenas em São Paulo (DETRAN RS, 2009).

Quanto aos planos de saúde, a grande maioria das famílias não possui plano de saúde, sendo, portanto, dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS). O menor percentual de famílias sem plano de saúde centra-se na de crianças com até um ano de vida. Estudo realizado considerando 2003 a 2008 revelou que, nesse período, o SUS respondia pela saúde de cerca de 190 milhões de indivíduos e o segmento de planos de saúde por 49,2 milhões, representando uma cobertura duplicada para 25,9% da população (SILVA et al., 2011). Em estudo realizado contemplando o período de 1998 a 2005, os pesquisadores observaram uma relação inversa entre nível socioeconômico e coberturas por planos de saúde, e entre a cobertura por planos de saúde e o acesso a procedimentos especializados, sendo maior em pacientes de nível socioeconômico mais elevado (NICOULAU et al., 2008).

Em relação às famílias que recebem Bolsa Família, observou-se um resultado inversamente proporcional, sendo o maior percentual encontrado na faixa etária do primeiro ano de vida, em que todas as famílias recebiam esse benefício. Em 2011, um estudo nacional e registrado pelos órgãos competentes da saúde acompanhou de 7,35 milhões de famílias cadastradas no Programa Bolsa Família (PBF) e constatou que 4,24 milhões de beneficiados são crianças, o que corresponde a 71% do total (FONSECA et al., 2013).

Em relação às variáveis ambientais, quanto às condições de moradia da família, a presente pesquisa mostrou que o maior percentual de crianças que moram em casas de alvenaria se encontra na faixa etária de seis a 10 anos de idade. E o maior percentual de crianças que moram em casas de madeira está na faixa etária com até um ano de vida. Em estudo realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2006, as condições de construção dos domicílios também estão diretamente vinculadas aos riscos associados à saúde. Foram realizadas entrevistas em 13.056 domicílios, onde residiam 56.365 pessoas. O uso de materiais de boa qualidade no piso era de 59,0%, seguido de cimento com 31,3%, já o material mais usado nas paredes foi alvenaria ou madeira aparelhada, com percentual

de 95,2%, enquanto no telhado, 70,9% usaram telha. Entretanto, não se deveria mais tratar do tipo de material e sim da forma de uso, a parede de alvenaria, por exemplo, não é necessariamente uma construção salubre. Em muitos casos essas construções apresentam somente o tijolo sem o reboco e a pintura, o que pode causar problemas respiratórios principalmente em crianças (PNDS, 2006).

O maior percentual de crianças que tem casas de um a cinco cômodos são as que estão no primeiro ano de vida. Quanto a casas de seis a 10 cômodos, o maior percentual é habitado de crianças de seis a 10 anos de vida. Segundo estudo realizado no período de 2008 a 2009, dos 1.185 entrevistados com idades entre zero e 20 anos incompletos moravam em domicílios caracterizados como casa 94%, 56,1% em moradia própria e 60,1% em domicílios com quatro cômodos ou mais e 39,9% em domicílios de um a três cômodos (SOUSA et al., 2012). E quanto ao número de cômodos para dormir, 69,5% usam de 2-3 cômodos (PNDS, 2006).

Em relação à energia elétrica, em todas as faixas etárias há um percentual alto de famílias beneficiadas. Em estudo realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2006, a disponibilidade de eletricidade nos municípios brasileiros já é quase universal, principalmente em área urbana. No período de 1996 a 2006, a porcentagem da população que não tinha eletricidade passou de cerca de um terço a 6% dos domicílios. No ano de 2006, 99,7% da área urbana possuía energia elétrica, 94% na área rural. No entanto, a forma de captação de energia nas áreas urbanas é muitas vezes ilegal, pois, apesar de não incorrer em gastos financeiros, deixa a população em situação vulnerável (PNDS, 2006).

Quanto ao abastecimento de água, a maioria das famílias o recebe por meio de rede pública. O tratamento de água é realizado pela maioria das famílias. No ano de 2008 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizou um estudo sobre abastecimento de água constatando aspectos relevantes na cobertura desse serviço no país. Dos 5.564 municípios brasileiros existentes em 2008, 5.531 (99,4%) realizavam abastecimento de água por rede geral de distribuição em pelo menos um distrito, ou parte dele. Esse estudo mostrou que a maior parte dos municípios brasileiros (87,2%) distribuía a água totalmente tratada (PNBS, 2008). No que diz respeito à água, ela é considerada direito humano universal, na medida em que é indispensável à vida. Esse tema tem sido foco de debate a partir de diferentes fatores sociais quanto ao acesso, pois a desigualdade social também aqui se manifesta quanto ao uso da água (RUSCHEINSKY, 2009). Seu uso inadequado implica em escassez, poluição e conseqüente risco à saúde da população.

O aspecto principal envolvido no âmbito que se denomina de saneamento básico compreende o abastecimento de água, limpeza urbana, esgotamento sanitário, e manejo dos resíduos sólidos (BRASIL, 2007).

Quanto ao destino do lixo, na maioria das famílias é feito de forma coletada. Em estudo realizado no ano de 2008 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a destinação dos resíduos sólidos a lixões foi o mais mencionado por 50,8% dos municípios brasileiros. Os municípios que ficaram em destaque foram do estado de Santa Catarina, com 87,2% desses resíduos destinados a aterros sanitários e controlados, e os municípios dos estados do Paraná e Rio Grande do Sul com 81,7% e 79,2%, respectivamente (PNBS, 2008). É importante destacar que, em 2007, 25,1% das famílias do Vale do Taquari queimavam ou enterravam o lixo e 4,9% o queimavam a céu aberto. Já em abril de 2012, 14.053 (19,4%) famílias ainda queimavam o lixo ou o enterravam e 1.794 (2,5%) o lançavam a céu aberto (SCHWINGEL, 2008). Em estudo realizado no ano de 2012 a partir dos dados do Siab na região da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), visto que num total de 72.536 famílias, 56.509 (78,1%) tinham os seus resíduos sólidos recolhidos (SCHWINGEL, 2014). Em 2007, esse índice era de 69,9%, sugerindo um avanço nos últimos anos (SCHWINGEL, 2008). O lixo produzido e não coletado é colocado nas ruas, em rios e em terrenos vazios de forma indevida, causando muitas vezes entupimento de bueiros e em conseqüência, cheias em épocas de chuva e

também a destruição de áreas verdes, mau cheiro, proliferação de moscas e ratos, todos com graves consequências para a saúde pública (JACOBI; BESEN, 2011).

Segundo dados do Censo do IBGE de 2000, no Brasil, o esgotamento sanitário via rede geral de esgotos alcançava 26,3% da população naquele ano. Já na região da 16ª CRS, a cobertura não ultrapassava os 7,9% no mesmo período. Esse dado demonstra que a região, na época, carecia de soluções mais adequadas para o esgotamento sanitário, que, lançava os dejetos gerados no ambiente sem tratamento, causando contaminações nocivas à saúde da população (SCHWINGEL, 2014). Vale lembrar que os investimentos iniciais em saneamento no Brasil ocorreram no início do século XX, e aconteceram especialmente nas grandes capitais nacionais, o que não ocorreu nas demais cidades (HOCHMANN, 2012).

Em relação ao destino das fezes e urina, a maior parte é feita em fossas. As informações coletadas pelo estudo do IBGE no ano de 2008 sobre esgotamento sanitário sugere que apenas 28,5% dos municípios fizeram tratamento de seu esgoto. Na região Sul, a porcentagem foi de 24,1%. Apesar de menos de um terço dos municípios brasileiros efetuarem tratamento de esgoto, o volume tratado representava, em 2008, 68,8% do que era coletado. Esse estudo mostrou que o Rio Grande do Sul teve um resultado inferior à média nacional, pois 15,1% possuíam tratamento de esgoto (PNSB, 2008).

Em todas as faixas etárias, a maioria das famílias procura, em casos de doença, a Unidade Básica de Saúde. O segundo lugar mais procurado é o hospital. Em estudo realizado na cidade de Pelotas-RS, no período de outubro de 2007 a janeiro de 2008, os serviços públicos mais utilizados na última consulta médica foram os postos de saúde (49,5%) e os ambulatórios das faculdades de medicina e dos hospitais (18,2% cada), seguidos pelo pronto socorro (8,6%) (BASTOS et al., 2011).

5 CONCLUSÃO

Neste estudo os resultados mostraram importantes características sociais, ambientais e de acesso ao serviço de saúde por crianças residentes em Lajeado, do nascimento até os 10 anos de idade. A maioria das crianças no primeiro ano de vida permanece em casa, e na idade escolar estão estudando, mas ainda há um número significativo de crianças que deveriam frequentar a escola, mas não estão estudando.

Em relação às condições ambientais, as crianças se encontram em adequadas condições de moradia, levando-se em conta o tipo e o tamanho da casa, energia elétrica, abastecimento de água e coleta municipal de lixo. Chama-se a atenção da gestão municipal para a forma de escoamento do esgoto, pois a maioria utiliza a fossa. Em relação à saúde das crianças, a UBS é o serviço de saúde mais utilizado seguido do hospital, estando dessa forma adequado o acesso ao serviço de saúde. Porém, em alguns casos, ainda há procura pela farmácia e pela benzedeira.

Novos estudos poderiam ser realizados analisando o tipo de fossa utilizada pela comunidade com o intuito de evitar a contaminação do solo e lençol freático, diminuindo o impacto ambiental e para a saúde. Assim como, para conhecer em que situações a família procura a farmácia e a benzedeira como forma de serviço de saúde na intenção de atender a saúde da criança.

Conhecer a realidade local da comunidade é importante fato a ser referenciado pela equipe e gestão municipal, na busca de adequar as condições de vida e diminuir fatores de risco à saúde das crianças e sua família. A criança merece atenção especial, pois é na infância que ocorre a formação de uma vida adulta futura adequada e feliz.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Gisele Alsina Nader et al. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 475-484, jun. 2011.

BOTELHO, Clovis et al. Fatores ambientais e hospitalizações em crianças menores de cinco anos com infecção respiratória aguda. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1771-1780, nov-dez. 2003.

BOZZETTO, Camila et al. Incidência de nascimentos prematuros em hospital de um município do Vale do Caf. **Revista Destaques Acadêmicos**, Lajeado, v. 5, n. 3, p. 103-110, jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretária de Educação Básica. **Ensino fundamental de nove anos: orientações gerais**. Brasília: Ministério da Educação, 2004. Disponível em: <portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Ensfund/noveanorienger.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**. Sistema de Informação SIAB, 2009. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>>. Acesso em: 01 mar. 2014.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Movimento Sanitário na década de 70: a participação das Universidades e dos Municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Perfil dos domicílios e das famílias. **Pesquisa Nacional e Saúde da Criança e da Mulher-PNDS 2006: dimensões no processo reprodutivo e da saúde da criança**. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional de Saneamento Básico-PNBS 2008**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD 2009**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Rio de Janeiro, 2010.

CARRENO Ioná, et al. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica-SIAB: uma revisão integrativa. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2013. No prelo.

DETRAN RS. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. **Trânsito no limite**. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.detran.rs.gov.br/conteudo/12638/transito-no-limite/termosbusca=n%C3%BAmero%20de%20carros>>. Acesso em: 04 ago. 2014.

FONSECA, Franciele Fagundes et al. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 258-64, jun. 2013.

FROTA, Mirna Albuquerque et al. Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança. *Enfermagem em Foco*, v. 1, n. 3, 2010.

HOCHMANN, Gilberto. *A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 05 mai. 2014.

JACOBI, Pedro Roberto; BENSEN, Gina Rizpah. Gestão de resíduos sólidos em São Paulo: desafios da sustentabilidade. *Estudos avançados*, São Paulo, v. 25, n. 71, p. 135-158, jan./abr. 2011.

JORGE, Priscila de Almeida et al. Características clínicas e oftalmológicas de indivíduos com necessidades especiais institucionalizados no estado de Pernambuco, Brasil. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, Rio de Janeiro, v. 70, n. 2, p. 93-98, mar./abr. 2011.

NICOLAU, José Carlos et al. A Influência do plano de Saúde na Evolução a Longo Prazo de Pacientes com infarto agudo miocárdio. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 91, n. 6, p. 377-381, dez. 2008.

ROUQUAYROL Maria Zália, GURGEL Marcelo. *Epidemiologia e saúde*. 7 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2013.

RUSCHEINSKY, Aloísio. *Conflitos, meio ambiente e atores sociais na construção da cultura*. Porto Alegre: Armazém Digital, 2009.

SCHWINGEL, Glademir. *Problemas Socioambientais e saúde no Vale do Taquari (RS): Os atores sociais do campo da saúde e das políticas*. 2014. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2014.

SCHWINGEL, Glademir. *O processo saúde-doença nas concepções de enfermeiros e médicos da estratégia de saúde da família e sua relação com os problemas socioambientais*. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Desenvolvimento, Centro Universitário Univates, Lajeado, 2008.

SILVA, Anna Lúcia da; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas. Fatores de risco independentes associados a óbitos infantis. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v. 27, n. 1, jan./fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002014000100048&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 mai. 2014.

SILVA, Zilda Pereira da et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3807-3816, set. 2011.

SOUSA, Clóvis Arlindo et al. Doenças respiratórias e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, 2008-2009. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 16-25, ago. 2012.

VICTORA, Cesar G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.