

Juraci A. Cesar

Tatiane S. Gonçalves

**SAÚDE E NUTRIÇÃO INFANTIL EM  
ÁREAS POBRES DO NORTE E  
NORDESTE DO BRASIL**

Avaliando indicadores e propondo intervenções

Curitiba

2002

### **Entrevistadores**

Aline de Souza Oliveira  
Betânia Cardoso de Andrade  
Cíntia Teixeira dos Santos  
Luiza Cristiane de Azevedo Santana  
Núbia de Jesus Matos

### **Revisão e Digitação**

Edmilson Sarti Guimarães  
Joel Antonio de Oliveira Filho  
Marcio Cesar da Silva

### **Revisão de texto**

Annalice Del Vecchio de Lima

### **Edição e diagramação**

Fernando Ribeiro

### **Financiamento**

Pastoral da Criança com recursos repassados por:  
Criança Esperança – projeto Rede Globo/UNICEF  
Ministério da Saúde  
Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES

### **Apoio**

Prefeituras municipais de:  
Macururé (BA), Arneiroz e Graça (CE), Garrafão do Norte e  
Santa Cruz do Arari (PA), Mari e Natuba (PB), Caracol (PI) e São Pedro (RN)

#### Ficha Catalográfica

Elaborada pela Biblioteca da Coordenação Nacional da Pastoral da Criança  
Douglas Alex Jankoski CRB/9 1167

C421 Cesar, Juraci Almeida; Gonçalves, Tatiane da Silva.  
Saúde e nutrição infantil em áreas pobres do Norte e Nordeste do Brasil:  
avaliando indicadores e propondo intervenções / Juraci Almeida Cesar, Tatiane  
da Silva Gonçalves.  
Curitiba: Pastoral da Criança, 2002.  
144 p.; 20,5 x 27,05 (contém tabelas)

1. Saúde e nutrição infantil - região norte - Brasil
2. Saúde e nutrição infantil - região nordeste - Brasil
3. Saúde e nutrição infantil - indicadores I. Cesar, Juraci Almeida II.  
Gonçalves, Tatiane da Silva. III. Título

## **AGRADECIMENTOS**

Aos Drs. Nelson e Zilda Arns Neumann,  
da Coordenação Nacional da Pastoral da Criança, pelo apoio;

Ao Sr. Dílson Monteiro e ao Dr. Paulo Barbosa,  
da Prefeitura Municipal de Paulo Afonso, BA, pela colaboração;

Aos motoristas das prefeituras de cada um dos  
municípios estudados, pela disposição;

Às mães e crianças, pela paciência.

## **SOBRE OS AUTORES**

*Juraci A. Cesar*

Médico e professor do Departamento Materno-Infantil da  
Universidade Federal do Rio Grande, RS

*Tatiane S. Gonçalves*

Cientista Social da Secretaria de Assistência Social da  
Prefeitura Municipal de Paulo Afonso, BA

## **SUMÁRIO**

RESUMO EXECUTIVO .....	7
1. JUSTIFICATIVA .....	13
2. OBJETIVOS .....	14
3. METODOLOGIA.....	15
4. RESULTADOS.....	23
SOBRE A FAMÍLIA .....	24
5. VISITAS DOMICILIARES .....	31
6. CONHECIMENTO MATERNO EM SOBREVIVÊNCIA INFANTIL.....	39
7. RESULTADOS SOBRE AS CRIANÇAS .....	53
8. RECOMENDAÇÕES.....	75
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	79

## **ANEXOS**

INDICADORES POR MUNICÍPIO.....	81
QUESTIONÁRIO DA CRIANÇA .....	97
QUESTIONÁRIO DA FAMÍLIA.....	105
MANUAL DE INSTRUÇÕES	
GERAIS.....	112
FAMÍLIA .....	115
CRIANÇA.....	127
FOLHA DE CONGLOMERADO.....	144



## **RESUMO EXECUTIVO**

### **Saúde e nutrição infantil em áreas pobres do Norte e do Nordeste do Brasil: avaliando indicadores e propondo intervenções**

As condições de saúde de uma criança, medidas por indicadores como estado nutricional, padrão de morbimortalidade e utilização de serviços de saúde, refletem o ambiente onde vivem. Quanto mais inadequado este ambiente, piores serão os indicadores.

Este estudo teve como objetivo conhecer o ambiente onde as crianças pesquisadas vivem e avaliar a magnitude dos principais fatores de risco a que estão submetidas.

Entrevistadores treinados para a aplicação de questionários padronizados e a obtenção do peso e da altura/comprimento visitaram, ao longo de três meses, cerca de 3 mil domicílios em 18 áreas (rurais e urbanas), de nove municípios pobres, nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, em busca de crianças menores de cinco anos. Ao serem encontradas, essas crianças eram pesadas e medidas; realizava-se uma investigação minuciosa de sua história de vida desde a gestação até a dieta das últimas 24 horas; e, avaliava-se as informações sobre o nível socioeconômico de suas famílias, condições de habitação e saneamento domiciliar e vida reprodutiva de suas mães.

Este estudo demonstrou que as mães destas crianças apresentam escolaridade muito baixa, suas famílias têm renda insuficiente e nos seus domicílios residem um número elevado de pessoas. A assistência ao pré-natal é inadequada em termos quantitativos e qualitativos. As doenças que comumente matam crianças nesta faixa etária são endêmicas nestas localidades, e as medidas preventivas, excetuando-se imunização básica, muito aquém do desejado. O Programa Bolsa-Alimentação, do Governo Federal, não atinge nem mesmo a já deficiente cobertura do seu precursor, o Programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais, ou Programa do Leite, conforme referido pelas mães.

O maior nível de escolaridade materna foi um dos fatores responsáveis pela melhoria dos indicadores de saúde infantil deste último século. Mães escolarizadas tem maiores condições de oferecer aos seus filhos melhores cuidados; detectar mais fácil e precocemente sinais de gravidade de doença e, assim, buscar cuidados fora domicílio em caso de doença; e, sobretudo, lutar pelos seus direitos de usuária. Nas áreas estudadas há, no entanto, um longo caminho a percorrer. Com escolaridade tão baixa, muito pouco se pode esperar dessas mães, no sentido de melhorar os cuidados oferecidos a seus filhos.

A renda familiar extremamente baixa aliada a um número elevado de pessoas por domicílio resultou em uma renda per capita média diária de cerca de 30 centavos de dólar americano ou R\$ 1 por pessoa/dia. Isto demonstra claramente que estas famílias não têm condições de suprir nem mesmo suas necessidades mais básicas, como alimentação. Nestas localidades, a fome é crônica e faz parte da vida das pessoas.

A assistência pré e perinatal mostrou-se insuficiente. Há um percentual elevado de crianças nascendo em condições inadequadas no próprio domicílio. Ao analisar a realização de pré-natal, levando-se em conta a renda familiar e a escolaridade materna, verificou-se que este procedimento é realizado com maior freqüência entre mulheres mais ricas (ou menos pobres), portanto, menos sujeitas a risco. É a lei dos cuidados inversos: quem mais precisa do serviço de saúde é quem menos tem acesso a ele e, quando tem, é de qualidade inferior.

Cerca de 40% das mães realizaram menos de seis consultas de pré-natal. Este é o número mínimo necessário para que os exames básicos de um pré-natal minimamente adequado sejam realizados. Além disso, muitas delas iniciaram o pré-natal com a gravidez já bastante avançada, impossibilitando a prevenção de doenças que deveriam ter sido detectadas logo no início da gestação. A qualidade imprópria do pré-natal também é revelada pela baixa realização de exames para detecção de doenças. Por exemplo, menos de 1% das mães realizaram teste para detecção de sífilis congênita.

Anualmente, 10 milhões de crianças menores de cinco anos morrem nos países em desenvolvimento. Dois terços destas mortes têm como causa a pneumonia e a diarreia.



Estas doenças podem ser consideradas endêmicas nas áreas estudadas porque, mesmo fora do seu período de maior ocorrência, foram bastante freqüentes.

O padrão de utilização de serviço de saúde ficou abaixo do índice de morbidade observado. Isto ocorreu, principalmente, pela baixa oferta de cuidados em saúde, que não atende a demanda existente e também inibe a busca dos serviços de saúde; automedicação das mães, que, ao pensar tratar-se de uma doença não-grave, optam pelo seu manejo em nível domiciliar; e falta constante de insumos básicos nos serviços locais de saúde como medicamentos.

Finalmente, cuidados preventivos, tais como monitoração do crescimento e suplementação de vitamina A, ficaram muito abaixo dos padrões desejados. Estes cuidados são importantes porque, no momento da pesagem, é possível identificar crianças desnutridas e orientar a busca de cuidados médicos, enquanto a vitamina A reduz a mortalidade infantil, por contribuir para a prevenção da diarreia, desnutrição e cegueira, principalmente.

Quanto ao Bolsa-Alimentação, este estudo forneceu informações preocupantes. O programa foi criado, dentre outras razões, para ampliar a suplementação alimentar a um maior número de crianças. Não foi isto que se observou. Ao substituir o Programa do Leite (ICCN), o Bolsa-Alimentação está deixando, mesmo que temporariamente, um legado enorme de desassistidos. Considerando que estes recursos encontram-se disponíveis no Ministério da Saúde, supõe-se que a dificuldade no repasse das bolsas esteja ocorrendo em nível de município. Ao se corrigir os rumos do programa, é preciso verificar se ele está atendendo a todos, o que não fazia o seu antecessor, o ICCN, em muitas regiões do semi-árido nordestino.

Diante destas conclusões, constatou-se a necessidade urgente de implementar ações, nestes municípios, que visem ao cumprimento das seguintes recomendações:

- a. ensinar as mães a cuidar melhor da saúde dos seus filhos;
- b. promover programas de geração de renda, que atendam, em um primeiro momento, às necessidades básicas destas famílias;

- c. aumentar a cobertura de programas governamentais, a fim de reduzir a ocorrência de desnutrição protéico-calórica nestas regiões. Para isso, deve-se priorizar as áreas mais pobres e prover estes municípios de maior aporte técnico, pois, muitos deles, não têm condições nem mesmo para implementar programas básicos oferecidos pelos ministérios;
- d. buscar a melhoria das condições habitacionais e de saneamento, realizando parcerias com os governos estadual e federal e indicando estas áreas para serem beneficiadas;
- e. fortalecer o controle social em relação aos programas oferecidos pelo governo a estas comunidade;
- f. aumentar a oferta de serviços de pré-natal, pela construção de postos de saúde e implementação de equipes do Programa de Saúde da Família (PSF);
- g. incentivar os agentes de saúde comunitários e líderes da Pastoral da Criança a realizar, em suas comunidades, uma busca ativa de gestantes e treiná-los para convencer estas mulheres a realizar pelo menos seis consultas de pré-natal;
- h. criar mecanismos compensatórios para que enfermeiras e, principalmente, médicos possam fixar residência nestes municípios;
- i. prover os serviços de saúde de insumos básicos como medicamentos, material para realização de curativos etc.;
- j. difundir o manejo adequado das duas doenças que mais matam crianças nestes locais, a diarreia e a pneumonia, em três níveis:
  - ensinando a mãe a identificar a doença, iniciar o tratamento em seu próprio domicílio (por exemplo, pela administração de soro reidratante oral), reconhecer sinais de gravidade e buscar cuidados médicos nos serviços de saúde
  - líderes da Pastoral e agentes comunitários de saúde poderiam repassar às mães, durante as visitas, o que aprendem nos treinamentos de primeiros socorros, desde o domicílio até o serviço de saúde
  - médicos, enfermeiras e auxiliares deveriam prestar mais atenção nas doenças de maior letalidade (pneumonia e diarreia), sempre que houver a oportunidade de examinar uma criança. Para o manejo dessas doenças, é

possível adotar, nos diferentes níveis, a estratégia AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância), já em funcionamento em vários estados dessas regiões

- k. incentivar a monitoração do crescimento da criança pelos líderes da Pastoral da Criança, no Dia da Celebração da Vida, em conjunto com os agentes comunitários de saúde;
- l. promover a oferta de vitamina A no Dia Nacional de Multivacinação, um dos procedimentos mais simples no cuidado com a criança. Se isto fosse feito, a suplementação com vitamina A alcançaria praticamente todas as crianças necessitadas em um curto espaço de tempo.

A oferta destes cuidados certamente reduziria a ocorrência de um grande número de doenças nestas famílias, que sobrevivem em condições miseráveis, na mais completa indigência. Enquanto houver desigualdade na prestação de cuidados, particularmente em saúde e educação, enquanto não se der mais a quem mais precisa, mulheres e crianças continuarão escrevendo sua longa história de fome e miséria nestas regiões. Não raramente, alguém, em uma história curta, vai incluí-los nas estatísticas oficiais de morte, causadas, quase sempre, por falta de prevenção.



## 1. JUSTIFICATIVA

A Pastoral da Criança é a maior organização não-governamental da América Latina que presta serviços em saúde infantil. São 130 mil voluntários – os Líderes da Pastoral, que, acompanhados por cerca de 7 mil equipes de coordenação e capacitação, visitam mensalmente 1,6 milhão de crianças menores de seis anos e quase 80 mil gestantes, em 3.500 municípios, nos 27 estados brasileiros.

Estes líderes orientam as famílias sobre cuidados básicos em saúde, educação e cidadania, por meio de visitas domiciliares e outros instrumentos de democratização do saber e da solidariedade. No que se refere aos cuidados básicos em saúde, tema central desta publicação, os líderes preenchem mensalmente um formulário, denominado FABS - Folha de Acompanhamento e Avaliação Mensal das Ações Básicas de Saúde e Educação na Comunidade, que tem como objetivo coletar informações quanto à ocorrência de óbito infantil nas áreas atendidas pela Pastoral da Criança; ocorrência, tratamento e manejo de doenças como diarreia; aleitamento exclusivo; peso atual de cada criança acompanhada etc. Assim, os principais indicadores de saúde infantil são monitorados nas cerca de 32.600 comunidades da Pastoral da Criança.

Este sistema de informações sugere que as diversas ações desenvolvidas pelos líderes podem melhorar os indicadores de saúde infantil nas comunidades atendidas. Inclusive, algumas destas melhorias foram identificadas em estudos independentes, realizados com crianças acompanhadas pela Pastoral. Em Timbiras e São Luís, no Maranhão, e em Criciúma, Santa Catarina, observou-se que as crianças assistidas pelos líderes comunitários eram amamentadas no seio materno por mais tempo e pesadas com maior frequência. Além disso, suas mães demonstraram melhor conhecimento quanto ao momento adequado de introdução de alimentos à dieta infantil, interpretação de curvas de crescimento e esquema vacinal básico completo. Existem, portanto, evidências de que as ações promovidas pelos líderes nas áreas onde a Pastoral está solidamente implantada pode contribuir para a melhoria de indicadores básicos de saúde infantil.

Tendo como base o sistema de informação da própria Pastoral da Criança, Instituto de Pesquisa Aplicada - IPEA, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD,

Fundação João Pinheiro - FJP e Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - FIBGE, realizou-se a classificação dos municípios onde a Pastoral atua, conforme alguns indicadores, dentre eles, o coeficiente de mortalidade infantil e a taxa de analfabetismo no município. Quanto piores estes índices, maior o risco à saúde infantil. Cerca de 30 municípios em todo o país foram considerados de alto risco, ou seja, muito aquém de conceder à criança um ambiente adequado ao seu pleno desenvolvimento.

A maioria destes municípios está localizada nas regiões Norte e Nordeste do país. Destes, nove foram escolhidos para participar deste estudo, que teve como principais objetivos: 1) conhecer os principais indicadores de saúde infantil em comunidades de alto risco atendidas e não atendidas pela Pastoral da Criança; 2) avaliar a magnitude dos problemas relacionados à saúde infantil; 3) em conjunto com outras instituições governamentais ou não, implementar ações, nestes municípios, que ofereçam uma melhor qualidade de vida às crianças e suas famílias. Ou, conforme o lema da própria Pastoral da Criança: que promove em vida, e vida em abundância.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral:**

- 1) Avaliar indicadores básicos de saúde entre crianças menores de seis anos em áreas consideradas de alto risco, atendidas e não atendidas pela Pastoral da Criança que tenham mesmo nível socioeconômico e habitacional;

### **2.2 Objetivos específicos:**

Determinar os seguintes indicadores básicos, entre crianças das áreas de alto risco atendidas e não-atendidas pela Pastoral da Criança:

- 1) Cobertura, adequação e qualidade do pré-natal;
- 2) Padrão de morbidade: ocorrência de doença e/ou problema de saúde:
  - nas últimas 24 horas
  - nos últimos 15 dias;
- 3) Freqüência de utilização de serviços de saúde:

- curativos (hospitalizações e consultas médicas)
  - preventivos (monitoração do crescimento e imunização);
- 4) Ocorrência de déficit nutricional infantil e materno;
  - 5) Tempo de amamentação total, exclusiva e predominante;
  - 6) Práticas alimentares:
    - época de introdução de alimentos à dieta infantil
    - dieta nas últimas 24 horas;
  - 7) Conhecimento materno sobre:
    - amamentação e dieta infantil
    - imunização
    - monitoração do crescimento
    - assistência à gestação e ao parto.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Local do estudo**

Com base nas informações obtidas por meio das instituições acima mencionadas, nove municípios considerados de alto risco à saúde infantil foram escolhidos para fazer parte deste estudo. São eles: Macururé, na Bahia, Graça e Arneiroz, no Ceará, Garrafão do Norte e Santa Cruz do Arari, no Pará, Natuba e Mari, na Paraíba, Caracol, no Piauí, e São Pedro, no Rio Grande do Norte. Algumas características relativas à população e à atuação da Pastoral da Criança nestes municípios são mostradas na Tabela 1.

Tabela 1. Municípios selecionados para avaliação de indicadores básicos de saúde infantil

Estado	Município	População			Cobertura Da Pastoral em %	Total de		% de maiores de 14 anos não- alfabetizados*
		<6 anos	Visitada	Total*		Líderes atuantes	Comunidades Visitadas	
BA	- Macururé	1152	285	8612	24,7	15	07	27,5
CE	- Graça	2809	507	14813	18,0	27	19	42,6
	- Arneiroz	1181	380	7538	32,2	21	07	36,5
PA	- Garrafão	6374	416	24221	6,5	32	11	41,6
	- Santa Cruz	935	347	5255	37,1	29	04	20,9
PB	- Mari	2899	429	20663	14,8	26	10	43,7
	- Natuba	1821	282	10562	15,5	11	01	47,8
PI	- Caracol	1424	600	8040	42,1	28	18	40,0
RN	- São Pedro	851	174	6776	20,4	10	8	32,8
<b>Total</b>		<b>19446</b>	<b>3420</b>	<b>106480</b>	<b>-</b>	<b>199</b>	<b>85</b>	<b>-</b>

\* Censo demográfico 2000: características da população e domicílios - resultados do universo. Rio de Janeiro.

\*\* Demais dados provenientes do sistema de informação da Pastoral da Criança.

### 3.2 População estudada e critérios de escolha

Este estudo foi realizado com crianças menores de cinco anos de idade residentes nos municípios mostrados na Tabela 1 e indicados na figura 1. Metade destas crianças residia em área visitada pelos líderes, e a outra metade não. Estas crianças não visitadas (ou acompanhadas) são provenientes de áreas socioeconômicas e habitacionais muito semelhantes àquelas atendidas pela Pastoral. Além disso, as crianças não visitadas residiam o mais distante possível da área-Pastoral, porém, dentro do mesmo município. Este distanciamento teve por objetivo evitar que ações recomendadas pela Pastoral alcançassem estas crianças não visitadas pelos líderes, interferindo de alguma forma sobre o seu estado de saúde e/ou nutrição e, também, sobre o conhecimento de suas mães em sobrevivência infantil.

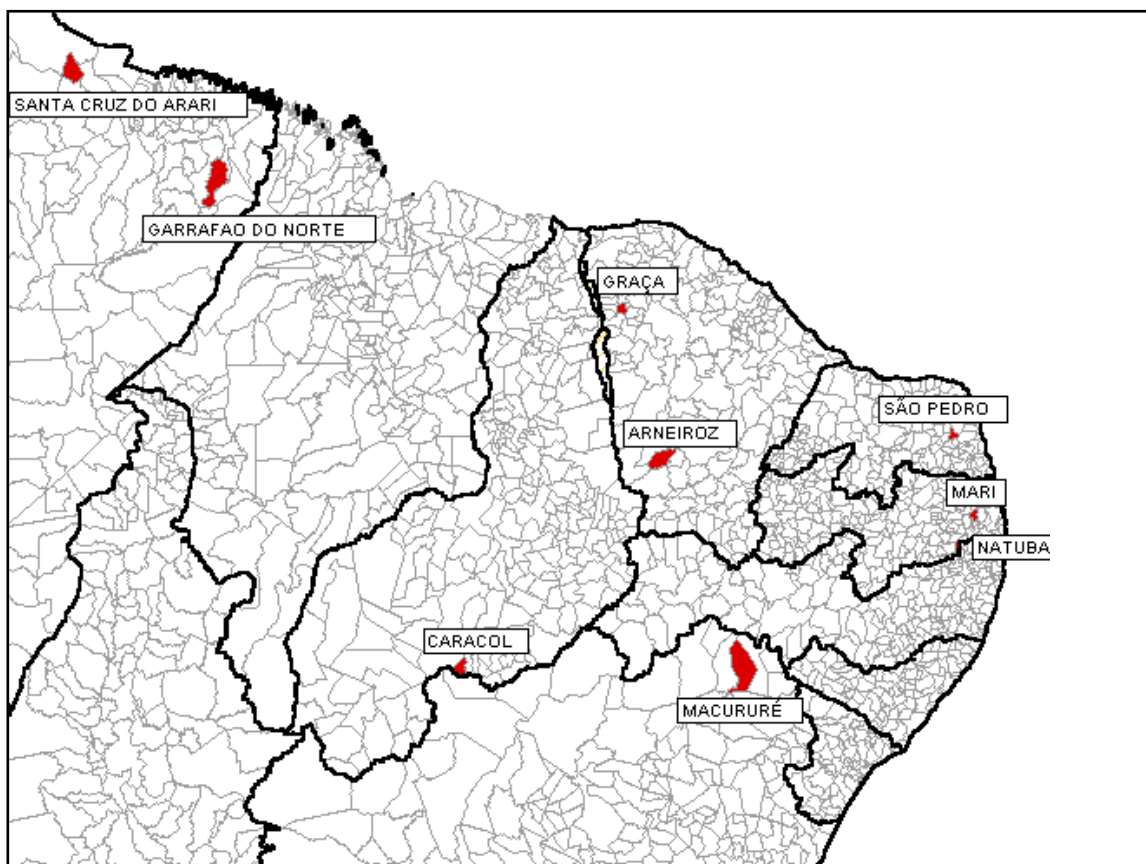
### 3.3 Método utilizado

Optou-se por utilizar um delineamento transversal ou, como é mais comumente denominado, estudo de prevalência. Isto deve-se ao fato de este tipo de estudo ser: 1) o mais apropriado para determinar as principais causas de morbidade e de utilização de serviços de saúde em grandes grupos populacionais; 2) ser facilmente generalizável; 3) proporcionar um retrato das condições de saúde de um grupo populacional específico



em um determinado momento; 4) possibilitar a investigação de múltiplas exposições e desfechos simultaneamente; 5) ser rápido; 6) ser de fácil realização, principalmente por utilizar uma única abordagem; 7) ser fácil de analisar; 8) ser altamente efetivo na avaliação de programas de larga escala; e 9) ser o delineamento mais conveniente para planejar futuras ações em saúde.

Figura 1 Municípios incluídos no estudo



Quanto às desvantagens deste tipo de delineamento, as mais freqüentemente citadas são: 1) dificuldade de estabelecer relação de causalidade, visto que exposição e efeito são medidas em um mesmo momento; 2) pouco adequada para estudar doenças de muito curta ou longa duração, o que pode levar, respectivamente, a subestimativa e superestimativa dos resultados; e 3) não apropriado para investigar doenças raras, por requerer um grande número de pessoas a serem estudadas, o que demandaria elevado custo e longo período de coleta de dados. Nenhuma destas limitações parece afetar de forma importante este estudo, pois: 1) a relação temporal dos eventos em observação já

foi claramente determinada por meio de outros delineamentos; 2) nenhuma das condições a serem aqui abordadas são consideradas de tão curta duração a ponto de subestimar os resultados ou tão longa a ponto de superestimá-los; e 3) os eventos em estudo são de ocorrência freqüente.

### **3.4 Informações coletadas**

Por meio de dois questionários padronizados e previamente testados, pretende-se coletar informações sobre cada uma dessas crianças e suas famílias. Estes questionários foram aplicados à mãe no próprio domicílio da criança, por entrevistadores previamente treinados. Um deles buscava informações sobre a família e o outro sobre cada uma das crianças menores de seis anos residentes naquele domicílio.

Questionário sobre a família da criança: características demográficas e nível socioeconômico dos pais, condições de habitação e saneamento e presença de equipamentos domésticos no domicílio; conhecimento materno em sobrevivência infantil, incluindo preparação de solução de reidratação oral, tratamento e manejo domiciliar de diarreia e infecções respiratórias, busca de cuidados em saúde, interpretação de curvas de crescimento, introdução de alimentos à dieta infantil, práticas de amamentação e desmame, assistência à gestação e ao parto, entre outros (questionário em anexo no final desta publicação);

Questionário sobre a criança: principais características demográficas; assistência à gestação e ao parto; padrão de morbidade prévia e atual; utilização de serviços curativos e preventivos em saúde; idade de introdução de alimentos à dieta infantil; padrão atual de amamentação e dieta e obtenção do peso e altura/comprimento e perímetro braquial (questionário anexo).

### **3.5 Treinamento:**

Cinco entrevistadores foram selecionados e treinados durante cinco dias úteis. Os primeiros dois dias foram destinados à leitura dos questionários e dos manuais de instrução

e aplicação da técnica de role-playing. Este recurso permite que os próprios entrevistadores simulem situações e entrevistem-se entre si. No terceiro dia, o período da manhã foi destinado ao treinamento de antropometria, em uma creche. Todos os entrevistadores pesaram e mediram altura/comprimento de crianças de diferentes idades. Eles também treinaram a obtenção dos perímetros braquial, nas mesmas crianças e mães presentes na creche. No período da tarde, foi iniciado o estudo-piloto. Esta etapa do treinamento teve três objetivos: 1) testar a aplicabilidade e adequação de cada uma das perguntas do questionários; 2) familiarizar o entrevistador com o questionário; e 3) tentar reproduzir as mesmas condições em que o entrevistador iria atuar. Para cada turno de aplicação de questionários houve um outro turno imediatamente posterior para discussões. No último turno do quinto dia de treinamento, quatro dos cinco treinados foram selecionados para participar do estudo. Esta seleção foi feita com base na assiduidade, interesse, entendimento do questionário e domínio das técnicas de entrevistas demonstrados durante o período de treinamento. O outro entrevistador foi mantido como suplente, caso um dos entrevistadores desistisse ou fosse dispensado do estudo. O coordenador, com bastante experiência neste tipo de estudo e responsável pelo treinamento, já havia sido previamente definido. Imediatamente após o estudo-piloto, foram feitas as mudanças necessárias nos questionários, antes de seu envio para impressão final.

### **3.6 Tamanho amostral**

As estimativas para este estudo foram feitas a partir de um nível de significância de 5%, poder de 80% e erro máximo de 3 p.p (pontos percentuais). Baseado na prevalência esperada para vários dos indicadores a serem avaliados, o maior 'n' (número de crianças) necessário foi 576. A este valor foram acrescentados 10% para possíveis perdas e 15% para controle de fatores de confusão. Baseado nestes parâmetros, o estudo deverá cobrir pelo menos 729 ( $576 + 58 + 95$ ) crianças menores de cinco anos em cada área (Pastoral e não-Pastoral ou controle).

### **3.7 Logística:**

Para cobrir o número de crianças desejado, foram feitos dois sorteios aleatórios, sendo

um para a área-Pastoral e outro para a área-controle. No caso das áreas-Pastoral, os líderes foram listados por ordem alfabética e sete deles foram aleatoriamente escolhidos. As 13 primeiras crianças constantes no caderno de cada um desses líderes foram incluídas no estudo, isto é, suas mães foram entrevistadas e as medidas antropométricas correspondentes obtidas. Quando a líder acompanhava menos de 13 crianças, todas eram incluídas no estudo. Quando não foi possível completar o número desejado - 91 (7 x 15) por município -, outros líderes pertencentes à mesma comunidade foram sorteados. As áreas não-atendidas pela Pastoral foram definidas com base nas condições de habitação e saneamento. A condição básica era de que a área geográfica onde estas crianças residiam tinha de ser o mais semelhante possível àquela de onde as crianças-Pastoral eram provenientes. Esta semelhança foi buscada em termos de: 1) área de residência - urbana ou rural; 2) tipo de moradia -tijolo/bloco, madeira, taipa, papelão etc.; 3) abastecimento de água encanada, rede de esgotos e energia elétrica; 4) calçamento das ruas; e 5) se possível, distância do centro da cidade (ou da sede do município). Por exemplo, se a área-Pastoral era rural, as casas eram de taipa, não possuíam água encanada nem rede de esgotos etc., a área não-Pastoral teria que possuir as mesmas características ou as mais próximas delas. Novamente, vale ressaltar que a área-controle deveria ficar o mais longe possível da área-Pastoral.

As áreas-controle foram escolhidas a partir de informações fornecidas pelo próprio líder comunitário ou por pessoas da comunidade com Pastoral. Autoridades locais como vereadores, líderes comunitários, pessoas ligadas à igreja etc., que, via de regra, conhecem bem o município, também foram consultadas sobre comunidades com as características desejadas. Com a ajuda do líder ou do coordenador local da Pastoral, estas áreas foram visitadas. Aprovadas, as áreas foram, então, mapeadas pela coordenadora do estudo. Suas quadras (ou divisões) foram numeradas no sentido horário, a partir de um ponto inicial, geralmente uma esquina. Então, sorteava-se uma delas. A partir do ponto inicial da quadra, visitavam-se todos os domicílios, obedecendo à numeração (e ao sentido) estabelecido. Quando não era possível encontrar 91 crianças menores de cinco anos (número igual ao da área-Pastoral) em uma única quadra/divisão, passava-se à quadra/divisão seguinte. O domicílio de início, nesta nova quadra, deveria ser o mais próximo do ponto em que se iniciaram as entrevistas na quadra anterior.

A coleta de dados foi realizada em 12 semanas, sendo 10 delas destinadas exclusivamente à coleta de dados e duas para retornos dentro do município e deslocamentos entre municípios. Assim, o trabalho de campo foi completado, em cada município, em aproximadamente seis dias (50/9), o que implicou a cada entrevistador realizar cerca de 8 entrevistas por dia ( $182 \div 5.5 \div 4 = 8.3$  crianças/dia). Ao final de cada dia de trabalho, cada entrevistador revisou os seus questionários e os entregou ao coordenador, para revisão inicial e envio à codificação de questões abertas, revisão final e digitação.

### **3.8 Controle de qualidade:**

O coordenador responsabilizou-se pelo controle de qualidade destas entrevistas, por meio de revisão imediata dos questionários e repetição de entrevistas ou de partes dela. As entrevistas repetidas foram escolhidas aleatoriamente ou quando alguma informação parecesse destoante em relação às demais. Cerca de 5% de todas as entrevistas, tanto em áreas-Pastoral como em áreas não-Pastoral, foram repetidas.



#### 4. RESULTADOS

Apesar desta análise ser restrita a crianças com idade entre 0 e 59 meses, a amostra original incluiu crianças com até 72 meses, com vistas a um outro objetivo. A estimativa inicial era de que, nas áreas atendidas pela Pastoral da Criança, seriam encontradas pelo menos 84 crianças menores de cinco anos. Como nas áreas não-pastoral só seriam coletadas informações sobre crianças menores de cinco anos, decidiu-se também coletar informações sobre 84 crianças não-atendidas pela Pastoral. No entanto, em alguns municípios foram encontradas em ambas as áreas um número maior de crianças desejadas e todas foram consideradas nesta análise. Este número variou na área-Pastoral de 77, em Macururé, a 96, em Natuba, enquanto que na área não-Pastoral variou de 74 em Natuba a 91 em Caracol. Na maioria dos municípios, tanto nas áreas-Pastoral quanto nas áreas não-Pastoral, o número de crianças ficou muito próximo do número desejado (84).

Nos cerca de 3 mil domicílios pertencentes a 18 áreas rurais e urbanas dos nove municípios pesquisados, foram identificados 1554 crianças com idade entre 0 e 59 meses. Destes, 782 pertenciam a áreas visitadas pelos líderes da Pastoral da Criança, sendo que em 771 dos quais foram coletadas informações com sucesso. Isto representa um índice de perda de 1.4% (ou 11 crianças). Dentre as 772 crianças da mesma faixa etária identificadas nas áreas não-atendidas pela Pastoral, coletou-se com sucesso informações sobre 757 delas, o que representa 2.0% (15 crianças) de perdas. Assim, as perdas totais deste estudo somaram 1.7% (26%), o que garante a sua representatividade em relação às áreas estudadas. A tabela 4.0 demonstra estes dados.

4.0 Distribuição das crianças menores de cinco anos conforme o município e o acompanhamento pelos líderes da Pastoral da Criança. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Área onde reside a criança	Município									Total
	Macururé (BA)	Arneiroz (CE)	Graça (CE)	Garrafão do Norte (PA)	Santa Cruz do Arari (PA)	Mari (PB)	Natuba (PB)	Caracol (PI)	São Pedro (RN)	
Com Pastoral	77	83	81	84	86	91	96	89	84	771
Sem Pastoral	86	79	88	84	86	84	74	91	85	757
Total	163	162	169	168	172	175	170	180	169	1528

## SOBRE A FAMÍLIA

4.1 Características demográficas das mães de menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Cor da pele:*	(N=771)	(N=757)	
Branca	24.6%	30.4%	27.5%
Parda/Morena	65.6%	61.8%	63.7%
Preta	9.7%	7.8%	7.8%
Idade em anos completos:			
Menos de 20	9.2%	10.3%	9.7%
20 a 29	56.5%	51.5%	54.1%
30 a 39	23.0%	24.4%	23.7%
40 ou mais	11.3%	13.7%	12.5%
Média (desvio-padrão)	28.1 (8.6)	29.1 (9.8)	28.6 (9.2)
Mediana	26	27	26
Tem marido ou companheiro	84.8%	84.8%	84.8%
Vive junto com o marido ou companheiro o tempo todo**	80.0%	83.5%	81.7%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\*P<0.05 \*\*P<0.01

Cerca de dois terços das mães das crianças estudadas eram de cor parda e quase 10% eram adolescentes. Oito em cada dez viviam junto com o companheiro o tempo todo. No que se refere às variáveis demográficas, as mães estudadas eram bastante parecidas, excetuando-se o fato de as mães do grupo não-Pastoral viverem mais comumente junto com o marido o tempo todo (Tabela 4.1).

4.2 Religião das mães de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Possuem religião	(N=771) 87.9%	(N=757) 89.4%	88.8%
Religião que possuem**:			
Católica	92.3%	86.6%	89.6%
Protestante	1.9%	7.1%	4.3%
Outra	5.7%	6.3%	6.1%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\*\*P<0.001



A Tabela 4.2 revela que nove em cada 10 mães possuem religião e são predominantemente católicas. A presença de mães católicas no grupo Pastoral foi significativamente maior, o que é natural, visto que a Pastoral da Criança é um organismo de ação social da Igreja Católica. Já no grupo-controle, o percentual de mães protestantes foi cerca de quatro vezes maior do que o observado no grupo Pastoral.

Embora a Pastoral da Criança não faça qualquer tipo de distinção quanto à religiosidade de seus voluntários e famílias, pode-se afirmar que, nas áreas estudadas, a entidade atende quase que exclusivamente famílias cujas mães dizem-se católicas. Possivelmente, isto se deva a uma maior percentagem de católicos na população em geral, principalmente nas áreas mais distantes dos grandes centros, que são quase sempre as mais pobres e, por definição, o grupo prioritário de ação da Pastoral.

#### 4.3 Escolaridade dos pais de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Mães não alfabetizadas	(N=771) 38.1%	(N=757) 36.2%	37.2%
Anos completos de escolaridade da mãe			
Nenhum	21.9%	20.2%	21.1%
1 a 3	36.6%	34.5%	35.6%
4 a 8	33.9%	34.7%	34.4%
9 ou mais	7.5%	10.6%	9.0%
Média (desvio-padrão)	3.4 (3.1)	3.6 (3.3)	3.5 (3.2)
Mediana	3	3	3
Pais não alfabetizados*	(N=759) 49.1%	(N=752) 42.7%	45.9%
Anos completos de escolaridade do pai			
Nenhum	17.0%	15.5%	16.2%
1 a 3	45.3%	43.5%	44.4%
4 a 7	32.8%	34.5%	33.6%
9 ou mais	4.9%	6.6%	5.8%
Média (desvio-padrão)	3.3 (3.0)	3.4 (3.1)	3.3 (3.0)
Mediana	3	3	3
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\*P<0.05

Cerca de quatro em cada dez mães e quase metade dos pais destas áreas não sabem ler nem escrever. No outro extremo, somente uma em cada dez mães e um em cada 20 pais possuem escolaridade correspondente ao ensino fundamental (oito anos) completo. Em média, os pais destas crianças possuem escolaridade inferior ao ensino básico (quatro anos) completos. A escolaridade do pai no grupo atendido pela Pastoral foi significativamente pior ( $P < 0.05$ ). Estes dados são mostrados na Tabela 4.3.

Pais e mães destas áreas, atendidas ou não pela Pastoral, apresentam nível de escolaridade extremamente baixo, o que deve repercutir negativamente sobre a renda da família, sua saúde e, conseqüentemente, a saúde dos seus filhos.

4.4 Renda familiar e aglomeração no domicílio de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Renda familiar mensal em salários mínimos**:	(N=771)	(N=757)	
Menos de 1	68.0%	61.6%	64.9%
1 a 1,9	23.5%	24.6%	24.1%
2 a 2,9	8.6%	13.9%	11.0%
Média (desvio-padrão)	162 (167)	191 (206)	176 (188)
Mediana	100	115	110
Número de moradores por domicílio*:			
3	12.7%	9.4%	11.0%
4 ou 5	34.0%	34.2%	34.1%
6 ou 7	23.6%	29.3%	26.4%
8 ou mais	29.7%	27.1%	28.4%
Média (desvio-padrão)	16.3 (2.7)	6.4 (2.6)	6.4 (2.7)
Mediana	3	6	6
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

Em ambos os grupos, a renda familiar foi muito baixa e o número de pessoas por domicílio bastante alto. Cerca de dois terços das famílias tiveram renda inferior a um salário mínimo no mês anterior à entrevista e cerca de 10%, apenas, tiveram renda igual ou superior a dois salários mínimos mensais. A renda entre as famílias acompanhadas pela Pastoral foi significativamente menor. A renda mensal média mostra claramente esta diferença, cerca de R\$ 30,00 em relação ao grupo não-Pastoral. Em mais da metade dos

domicílios havia seis ou mais pessoas. (Tabela 4.4).

A baixa renda familiar e o elevado número de pessoas por domicílio resultou em uma renda per capita mensal de R\$ 31,00 ou R\$ 1,00 por dia. O que representa menos de 30 centavos de dólar por pessoa/dia. Esta renda corresponde apenas a um terço daquela referida como linha de pobreza ou indigência: um dólar americano por pessoa/dia.

Os rendimentos apresentados por estas famílias são extremamente baixos, insuficientes para garantir qualquer uma de suas necessidades básicas.

#### 4.5 Condições de moradia para crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
A casa onde mora é:	(N=771)	(N=757)	
Própria	70.3%	68.8%	69.6%
Alugada	9.1%	9.4%	9.2%
Cedida/Emprestada	20.6%	21.8%	21.2%
Residem em área de invasão*	6.1%	3.4%	4.8%
Tipo de construção da moradia:			
Tijolo/Bloco	60.3%	64.0%	62.1%
Taipa	24.5%	21.0%	22.8%
Madeira	15.1%	15.0%	15.1%
Tipo de piso da moradia:			
Cimento/Cerâmica	67.5%	66.5%	67.0%
Chão batido/terra	20.4%	20.9%	20.6%
Outros (principalmente, palafitas)	12.1%	12.6%	12.4%
Número de compartimentos no domicílio:			
Média (desvio-padrão)	4.3 (1.7)	4.4 (1.8)	4.3 (1.7)
Mediana	4	4	4
Compartimentos no domicílio usados para dormir:			
Média (desvio-padrão)	1.9 (0.9)	2.0 (0.9)	2.0 (0.9)
Mediana	2	2	2
Tipo de privada:			
Sanitário com descarga	15.2%	16.9%	16.0%
Sanitário sem descarga	32.2%	30.7%	31.5%
Casinha/Fossa negra	13.6%	12.5%	12.9%
Não tem	39.0%	40.2%	39.6%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\*P<0.05

A Tabela 4.5 mostra que a maioria das famílias morava em casa própria, feita de tijolos e com piso de cimento. Casa cedida gratuitamente para morar e construções de taipa com chão batido também foram bastante freqüentes. Estas construções possuíam em média quatro cômodos, dois dos quais eram usados para dormir. Uma em cada 20 famílias residia em área de invasão, sem acesso fácil aos serviços públicos e, via de regra, violentos, em virtude da constante luta entre posseiros e proprietários. Neste locais, a Pastoral mostrou-se significativamente mais presente, o que reforça o seu lema de busca pelo mais necessitado ou dessasistido. A presença de sanitário com descarga foi verificada em apenas um em cada sete domicílios. Quatro em cada dez domicílios não possuíam qualquer tipo de sanitário ou privada.

As condições precárias de moradia favorecem, não somente a disseminação, mas também a manutenção de elevados índices de doenças, particularmente, as de origem infecciosas.

4.6 Abastecimento de água em domicílios com crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Água encanada:	(N=771)	(N=757)	
Dentro de casa	28.0%	28.7%	28.3%
No pátio/terreno	18.0%	18.0%	18.0%
Não tem	54.0%	53.3%	53.7%
Origem da água usada para beber:			
Rede pública	25.4%	21.3%	23.5%
Cisterna/Poço	44.6%	45.6%	45.1%
Rio/Lago/Lagoa/Açude	19.7%	19.0%	19.4%
Outros	10.2%	13.9%	12.0%
Domicílios com rede de esgoto	13.6%	15.7%	14.6%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

Metade dos domicílios não possuía água encanada nem mesmo no pátio. Cisterna e poço foram as fontes mais comuns de obtenção da água usada para beber. Somente um em cada quatro domicílios consumia água proveniente de rede pública, a mais apropriada ao consumo humano, e apenas um em cada sete domicílios estava conectado à rede de esgoto (Tabela 4.6).

O saneamento básico, aqui referido como acesso à água tratada e ligação do domicílio à rede de esgoto, é inadequado à maioria das famílias em quase todas estas áreas. Novamente, evidencia-se um ambiente propício à ocorrência de doenças infecciosas, particularmente as doenças diarreicas, responsáveis por cerca de 10% dos óbitos de menores de cinco anos nestas regiões.

4.7 Abastecimento de energia elétrica em domicílios com crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Energia elétrica:	(N=771)	(N=757)	
Ligação direta à rede	71.6%	71.6%	71.6%
Ligação clandestina à rede	5.1%	3.4%	4.2%
Não tem	23.3%	24.9%	24.2%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

Somente sete em cada 10 domicílios estavam regularmente conectados à rede elétrica nestas áreas e cerca de um quarto não possuía energia elétrica. Em Macururé, Bahia, município localizado ao lado de uma das subestações da CHESF, 35% dos domicílios visitados não possuíam energia elétrica. Estes dados são mostrados na Tabela 4.7.

4.8 Presença de eletrodomésticos em domicílios com crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Rádio*	(N=771) 61.8%	(N=757) 67.2%	64.5%
Televisão	55.2%	57.5%	56.3%
Geladeira*	22.6%	27.3%	24.9%
Filtro	28.3%	28.0%	28.1%
Fogão a gás**	71.1%	76.7%	73.9%
Fogão à lenha/carvão**	75.9%	69.3%	72.6%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\*P<0,05 \*\*P<0,01

A posse de eletrodomésticos foi insuficiente, mas significativamente mais comum nas famílias não-acompanhadas pela Pastoral. Chama a atenção o fato de aproximadamente 40% das famílias não possuírem rádio e/ou televisão, o que restringe o acesso a uma

série de informações, particularmente na área da saúde, como, por exemplo, sobre campanha de multivacinação, controle de epidemias, etc. (Tabela 4.8).

4.9 Ocorrência de óbitos e nascimentos em domicílios com crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Domicílios com ocorrência de óbito nos últimos 12 meses	(N=771) 1.7%	(N=757) 1.4%	1.6%
Causas do óbito segundo a entrevistada:			
Pneumonia	0	3	3
Diarréia/Desidratação	2	1	3
Outras causas	6	3	9
Não sabe	5	4	9
Domicílios com ocorrência de nascimento nos últimos 12 meses	32.8%	36.4%	34.4%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

A ocorrência de óbito nos 12 meses que antecederam a entrevista foi ligeiramente maior nos domicílios visitados pelos líderes. Novamente, isto pode ser atribuído ao fato de a Pastoral priorizar os mais necessitados, exatamente onde este tipo de ocorrência é mais comum. Segundo as mães, pneumonia e diarréia foram, individualmente, as causas mais comuns de morte entre estas crianças. Chama a atenção o grande número de óbitos (9/24=37%) por causa desconhecida, o que sugere a ausência de assistência médica a estas crianças. Em cerca de um terço dos domicílios houve pelo menos um nascimento nos últimos 12 meses (Tabela 4.9).

Embora não se possa estimar qualquer índice a partir dos dados coletados, é possível sugerir que tanto óbitos quanto nascimentos são eventos relativamente comuns nestas áreas. Ainda, seguindo este mesmo raciocínio, é possível supor que muitos destes óbitos ocorreram na ausência de qualquer cuidado médico. Há necessidade de que isto seja melhor investigado, a fim de poder evitar este tipo de ocorrência.

## 5. VISITAS DOMICILIARES

5.1 A Pastoral da Criança e as visitas do líder, segundo as mães de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Já ouviu falar na Pastoral da Criança**	(N=771) 97.4%	(N=757) 75.6%	86.7%
Já ouviu falar no líder da Pastoral***	100.0%	28.9%	64.8%
Recebem visita do líder da Pastoral	100.0%	-	-
Já conhecia o líder antes de ser visitada por ele	73.5%	-	-
Tempo (em meses) que conhece o líder:			
Média (desvio padrão)	28.5 (26.1)	-	-
Mediana	24	-	-
Líderes que moram na mesma área	81.2%	-	-
Sabem onde o líder mora	89.9%	-	-
Frequência mensal com que são visitadas pelo líder:			
Menos de 1 visita	1.6%	-	-
1 visita	75.7%	-	-
2 visitas	11.9%	-	-
3 visitas ou mais	10.8%	-	-
Média (desvio padrão)	1.4 (1.1)	-	-
Mediana	1	-	-
Tempo decorrido (em meses) desde a última visita do líder:			
Média (desvio padrão)	4.0 (17.6)	-	-
Mediana	0.54	-	-
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001

A Tabela 5.1 mostra que praticamente todas as famílias atendidas pelos líderes já tinham ouvido falar da Pastoral da Criança. Nas áreas não-visitadas, três em cada quatro mães disseram conhecer a Pastoral. Nas áreas não-atendidas pela Pastoral, cerca de 30% afirmaram nunca ter ouvido falar no líder. Cerca de três quartos das mães visitadas já conheciam o líder antes de serem visitadas por ele. Pouco mais de 80% das mães afirmaram que estes líderes moram em sua comunidade e 90% delas sabiam onde era a casa deles. Em geral, o líder visita a família uma vez por mês. O número médio de visitas foi 1.4, o que corresponde a seis visitas a cada cinco meses.

A Pastoral da Criança é bastante conhecida nas áreas onde não atua. Considerando a grande credibilidade que possui, este é um aspecto que pode facilitar a sua expansão

para estas áreas. O fato de o líder ser conhecido de longa data das mães e residir na comunidade também pode ser visto como um facilitador à ação da Pastoral.

5.2 Atividades desenvolvidas pelo líder da Pastoral, segundo as mães de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

<b>Indicador</b>	<b>Total</b>
Atividades desenvolvidas pelo líder durante a visita:	(N=771)
Ensina a preparar o soro caseiro	85.7%
Ensina e recomenda a vacinar crianças	94.7%
Encaminha doentes ao serviço de saúde	81.8%
Pesa crianças menores de seis anos	96.4%
Encaminha gestantes ao pré-natal	82.1%
Distribui colher-medida de plástico	66.4%
Ensina a proteger a criança de acidentes domésticos	71.3%
Ensina sobre alimentação enriquecida	80.8%
Ensina sobre lambedor	69.8%
Incentiva a mamar no peito	83.0%
Fala sobre paz na família	79.1%
Marca consulta no posto de saúde	61.3%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>

A Tabela 5.2 revela que, segundo as mães, as ações mais comumente realizadas pelos líderes durante as visitas foram: incentivar a imunização, pesar crianças menores de seis anos e ensinar a preparar o soro reidratante oral (SRO). Entretanto, dois fatores chamaram a atenção: 1) a baixa oferta de colheres-medida, visto ser este o principal tipo de SRO recomendado pela Pastoral e 2) o elevado percentual de mães que se referiram à marcação de consulta no serviço de saúde por parte do líder.

Incentivar a imunização infantil nos serviços de saúde e ir em busca deste tipo de cuidado preventivo é uma prática constante do Brasil, daí resultam os elevados índices de cobertura vacinal observados em todo o país, inclusive nestas áreas pobres, como será mostrado mais adiante. Embora colheres-medida existam em quantidade suficiente para serem periodicamente oferecidas às famílias, a sua oferta está aquém do desejado. Finalmente, o elevado percentual de consultas agendadas no serviço de saúde pelo líder se deve ao fato de que, cada vez mais, um número maior de agentes comunitários estão se tornando também líderes da Pastoral. Nesta situação, as funções por eles desempenhadas acabam se somando.



5.3 Satisfação das mães de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde com as atividades desenvolvidas pelo líder da Pastoral. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

<b>Indicador</b>	<b>Total</b>
Satisfação com o trabalho da líder:	(N=771)
Sim	92.2%
Não	4.0%
Mais ou menos	3.8%
Razões de estarem satisfeitas:	(N=711)
Pesa a criança	24.5%
É dedicado e presta bom atendimento	20.4%
Ensina sobre saúde	13.2%
Ajuda a educar os filhos	8.0%
Ensina a preparar soro reidratante oral	7.6%
Razões de não estarem satisfeitas:	(N=31)
Não ensina bem	30.0%
Não visita regularmente	25.0%
Não faz tudo o que poderia fazer	17.5%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>

Noventa e dois por cento das mães disseram-se satisfeitas com o trabalho desenvolvido pelos líderes durante as visitas domiciliares e o dia da pesagem (Tabela 5.3). Segundo elas, isto se deve mais comumente ao fato de os líderes pesarem os seus filhos, de serem dedicados e de prestarem bom atendimento. Dentre as principais razões porque não estão satisfeitas, está o fato de o líder não ensinar bem aquilo a que se propõe e não visitar a família regularmente.

5.4 Sobre a credibilidade do líder da Pastoral entre mães de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

<b>Indicador</b>	<b>Total</b>
Acreditam no líder, quando ele diz que o filho precisa ser levado ao serviço de saúde	(N=771) 90.8%
Só leva a criança ao serviço de saúde quando o líder recomenda	99.3%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>

A Tabela 5.4 mostra que nove em cada 10 mães acreditam no líder quando ela e diz que o seu filho precisa ser levado ao serviço de saúde e, se recebessem esta recomendação, todas afirmaram que o fariam.

As tabelas 5.3 e 5.4 revelam que as mães tanto estão satisfeitas com as atividades desenvolvidas pelos líderes como acreditam em seu trabalho e acatariam uma sugestão dada por eles. No entanto, isto não elimina a necessidade de garantir às famílias pelo menos um visita domiciliar mensal e de rever situações específicas de insatisfação.

5.5 O agente comunitário de saúde e as visitas por ele realizadas, segundo as mães de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Já ouviu falar no agente de saúde***	(N=771) 91.4%	(N=757) 96.2%	93.8%
Recebem visita do agente de saúde	89.9%	87.1%	88.5%
Já conhecia o agente de saúde antes de ser visitada por ele	76.8%	78.5%	77.7%
Tempo (em meses) que recebe visita do agente			
Média (desvio padrão)	39.5 (41.8)	35,0 (31.0)	37,0 (36.5)
Mediana	24	24	24
Agentes que moram na mesma área	67.5%	68.7%	68.3%
Sabem onde o agente mora	89.9%	85.1%	87.3%
Frequência com que são visitadas pelo agente:			
Menos de 1 visita	2.4%	2.2%	2.2%
1 visita	76.3%	73.8%	73.8%
2 visitas	11.8%	12.7%	12.7%
3 visitas ou mais	9.6%	11.3%	11.3%
Média (desvio padrão)	1.4 (0.7)	1.3 (0.7)	1.3 (0.7)
Mediana	1	1	1
Tempo decorrido desde a última visita do agente:			
Média (desvio padrão)	3.7 (16.6)	2.7 (13.3)	3.1 (14.9)
Mediana	0.7	0.7	0.7
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\*\*\*P<0.001

Cerca de 90% das mães de ambas as áreas já tinha ouvido falar no agente comunitário de saúde (ACS) e estavam sendo visitados por eles. De acordo com estas mães, pouco mais de dois terços dos ACS moram na mesma área. 90% destas mães disseram saber onde é a casa do ACS. Praticamente todas as famílias recebiam mensalmente pelo menos uma visita do ACS. O número médio de visitas por mês foi 1.3, o que representaria quatro visitas por família a cada três meses (Tabela 5.5).

O ACS é amplamente conhecido nestas áreas, visita regularmente um grande número de famílias, mas somente dois em cada três residem nestes locais. Isto sugere que boa parte destes agentes são provenientes de outras comunidades, o que dificulta, pelo menos, inicialmente, a integração das famílias com o serviço de saúde e, conseqüentemente, o impacto das ações oferecidas.

5.6 Atividades desenvolvidas pelo agente comunitário de saúde, segundo as mães de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Atividades desenvolvidas pelo agente de saúde durante a visita:	(N=552)	(N=636)	
Ensina a preparar o soro caseiro***	88.8%	82.2%	85.3%
Ensina e recomenda a vacinar crianças	97.8%	96.6%	96.6%
Encaminha doentes ao serviço de saúde	86.2%	85.6%	85.5%
Pesa crianças menores de dois anos	90.9%	92.6%	91.8%
Encaminha gestantes ao pré-natal**	90.3%	82.5%	86.1%
Distribui colher-medida de plástico***	67.1%	52.0%	59.2%
Ensina a proteger a criança de acidentes domésticos***	75.7%	61.6%	67.2%
Ensina sobre alimentação enriquecida***	78.6%	62.5%	70.0%
Ensina sobre lambedor***	67.9%	51.9%	59.3%
Incentiva a mamar no peito**	86.4%	77.8%	81.8%
Fala sobre paz na família***	74.8%	59.9%	66.8%
Marca consulta no posto de saúde***	73.7%	64.5%	68.8%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001

Os cuidados oferecidos pelo ACS, tanto em área Pastoral quanto não-Pastoral, foi igual, em termos de freqüência, àquelas oferecidas pelos líderes. No entanto, vale ressaltar (Tabela 5.6) que a oferta destas ações foi significativamente maior nas áreas Pastoral. Isto pode sugerir que o ACS que também é líder oferece uma maior variedade de cuidados à família, o que pode aumentar a sua aceitabilidade. Ou também, como foi visto em um outro estudo realizado no estado de Sergipe, isto pode obscurecer o trabalho da Pastoral da Criança. A crescente incorporação do ACS como líder é uma das questões principais a serem discutidas os próximos anos.

5.7 Satisfação das mães com o trabalho realizado pelo agente comunitário de saúde durante visitas a crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Estão satisfeitas com o trabalho desenvolvido pelo agente comunitário de saúde	(N=552) 87.9%	(N=636) 87.1%	87.5%
Razões de estarem satisfeitas:**	(N=485)	(N=554)	
É dedicado e presta bom atendimento	15.0%	18.8%	17.0%
Pesa a criança	15.5%	16.2%	15.9%
Marca consulta no posto de saúde	15.3%	14.4%	14.8%
Ensina sobre saúde	15.0%	9.7%	12.2%
Consegue medicação	5.6%	7.0%	6.3%
Ensina sobre vacinas	4.5%	8.5%	6.6%
Ensina a preparar soro reidratante oral	3.7%	3.2%	3.5%
Razões de não estarem satisfeitas:	(N=38)	(N=40)	
Não ensina bem	23.7%	40.0%	32.0%
Não visita regularmente	26.3%	20.0%	23.1%
Não faz tudo o que poderia fazer	26.3%	17.5%	20.5%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\*\*P<0,01

Oitenta e sete por cento das mães entrevistadas estavam satisfeitas com o trabalho desenvolvido pelos ACS, basicamente por pesarem suas crianças, pela dedicação demonstrada, por marcarem consultas médicas e por ensinarem sobre como cuidar da saúde de seus filhos. O principal motivo de não estarem satisfeitas é que, segundo elas, alguns ACS não ensinam bem a fazer aquilo que recomendam (Tabela 5.7).

5.8 Credibilidade do agente comunitário de saúde entre mães de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Acreditam no agente quando ele diz que o filho precisa ser levado ao serviço de saúde ***	(N=489) 88.6%	(N=504) 79.2%	83.6%
Só leva a criança ao serviço de saúde quando o agente recomenda	100.0%	100.0%	100.0%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\*\*\*P<0,001

O ACS desfruta de alta credibilidade, tanto em área-Pastoral quanto em áreas não-atendidas pela Pastoral. O percentual de mães satisfeitas com o ACS foi significativamente maior em áreas-Pastoral, cerca de 12%. Finalmente, todas as mães entrevistadas disseram acatar a recomendação do ACS, se este solicitasse que o seu filho fosse levado ao serviço de saúde (Tabela 5.8).

As tabelas 5.7 e 5.8 mostram a alta aceitação e credibilidade que os ACS possuem junto às mães que visitam. Isto decorre da boa relação de amizade que possuem com as mães, como já observado em relação ao líder, e de, não raramente, serem os únicos trabalhadores de saúde disponíveis nestas comunidades.

A redução do percentual de insatisfeitos depende também de rever em detalhes situações específicas de descontentamento das mães e recrutar, preferencialmente o ACS na própria comunidade onde irá atuar.

5.9 Freqüência de visitas domiciliares realizadas por médicos e enfermeiras em domicílios com crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Estão satisfeitas com o trabalho desenvolvido pelo agente comunitário de saúde	(N=552) 87.9%	(N=636) 87.1%	87.5%
Razões de estarem satisfeitas:**	(N=485)	(N=554)	
É dedicado e presta bom atendimento	15.0%	18.8%	17.0%
Pesa a criança	15.5%	16.2%	15.9%
Marca consulta no posto de saúde	15.3%	14.4%	14.8%
Ensina sobre saúde	15.0%	9.7%	12.2%
Consegue medicação	5.6%	7.0%	6.3%
Ensina sobre vacinas	4.5%	8.5%	6.6%
Ensina a preparar soro reidratante oral	3.7%	3.2%	3.5%
Razões de não estarem satisfeitas:	(N=38)	(N=40)	
Não ensina bem	23.7%	40.0%	32.0%
Não visita regularmente	26.3%	20.0%	23.1%
Não faz tudo o que poderia fazer	26.3%	17.5%	20.5%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\*\*P<0.01

Somente uma em cada sete destas famílias já foram, em algum momento, visitadas no domicílio por médico, e uma em cada cinco por enfermeira (Tabela 5.9).

A atuação destes profissionais, mesmo com a implementação do PSF, restringe-se basicamente às consultas realizadas dentro do serviço de saúde. Perde-se, portanto, uma ótima oportunidade de melhorar a relação com a comunidade, de promover a prevenção e educação em saúde no próprio ambiente onde a criança vive, de atuar mais precocemente na ocorrência de doenças e, sobretudo, de ir até aqueles que, mesmo doentes, não procuram o serviço de saúde e que, geralmente, são os que morrem.

## 6. CONHECIMENTO MATERNO EM SOBREVIVÊNCIA INFANTIL

6.1 Conhecimento sobre soro reidratante oral entre mães de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Tipos de soro para tratar diarreia que conhece†:	(N=771)	(N=757)	
Soro de pacote (CEME)	56.2%	57.9%	57.0%
Soro da colher-medida***	72.1%	62.3%	67.3%
Soro punhado-pitada	5.4%	6.7%	6.1%
Soro da farmácia	7.8%	6.5%	7.1%
Tipo de soro preferido**:			
Colher-medida	49.5%	41.1%	45.3%
Pacote (CEME)	26.2%	26.8%	26.0%
Farmácia	9.3%	16.0%	12.6%
Outros	15.0%	16.1%	16.1%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

† menção espontânea;

\*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001

O soro de pacote da CEME (Central de Medicamentos) e o soro preparado com colher-medida foram citados como os mais conhecidos pelas mães. Este último foi significativamente mais conhecido pelas mães atendidas pelos líderes da Pastoral. Os soros preferidos de todas as mães foram o preparado com colher-medida (45%) e o da CEME (26%), seguidos pelo soro de farmácia em área não-Pastoral (16%) (Tabela 6.1).

A aceitação do soro depende exclusivamente da sua oferta. O ACS trabalha com o soro de pacote, logo onde atua é o mais aceito. O mesmo ocorre com o soro preparado com colher-medida, preconizado pelo líder da Pastoral. Isto revela parte da credibilidade que líderes e agentes possuem junto às mães. Chama a atenção a preferência das mães pertencentes as áreas não-pastoral pelo soro da farmácia que é bastante caro e nem sempre de fácil acesso.

6.2 Forma de preparação de soro reidratante, segundo mães de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Descreveram corretamente como preparar:	(N=602)	(N=560)	
Soro de pacote**	33.0%	25.1%	29.3%
Soro com colher-medida	43.5%	40.2%	41.9%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\*\*P<0.01

A Tabela 6.2 mostra que somente quatro em cada 10 mães de ambas as áreas souberam dizer como preparar corretamente o soro de pacote da CEME. O mesmo não ocorreu em relação à colher-medida. Um terço das mães do grupo Pastoral e um quarto das mães do grupo não-Pastoral disse corretamente como preparar o soro usando colher-medida. Esta diferença foi estatisticamente significativa.

O fato de mães de áreas Pastoral terem demonstrado melhor conhecimento quanto à preparação do soro usando colher-medida, sugere alguma efetividade por parte do trabalho dos líderes neste quesito, visto ser este tipo de soro oferecido quase que exclusivamente por eles. A ausência de diferença entre as áreas estudadas quanto ao conhecimento sobre a preparação do soro de pacote pode ser atribuída ao fato de os ACS atuarem nas duas áreas.

6.3 Posse e local de obtenção da colher-medida em domicílios com crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Posse da colher-medida***:	(N=771)	(N=757)	
Tinha e foi vista	25.2%	11.9%	18.6%
Tinha mas não foi vista	16.7%	11.8%	14.3%
Tinha mas perdeu	33.1%	40.2%	36.6%
Nunca teve	25.0%	36.2%	30.6%
Onde conseguiu a colher-medida***:	(N=579)	(N=486)	
Posto de saúde	11.6%	22.2%	16.4%
Com o agente de saúde	31.7%	54.3%	42.1%
Com o líder da Pastoral	47.0%	3.5%	27.1%
Outros	9.7%	20.0%	14.4%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\*\*\*P<0.001



O percentual de mães que possuíam colher-medida em ambas as áreas foi muito baixo, principalmente, nas áreas não-Pastoral. Perder a colher-medida foi um ato relativamente freqüente, principalmente, nas áreas não-Pastoral. Finalmente, 25% das mães nas áreas-Pastoral e 36% nas áreas não-Pastoral nunca tiveram colher-medida (Tabela 6.3).

Mesmo na área Pastoral, onde o uso da colher-medida para a preparação do soro é amplamente divulgado, a posse da colher-medida ficou muito abaixo do desejado. Também não parece se justificar o fato de mães residentes nesta mesma área nunca terem tido uma colher-medida. No entanto, o mais agravante é o fato de estas colheres-medida existirem em quantidade suficiente na sede da Pastoral da Criança em Curitiba e de haver uma deliberação da coordenação nacional da entidade para que as dioceses e paróquias solicitem a quantidade de colheres que desejarem. Ao que parece, é preciso integrar melhor os diferentes níveis da Pastoral para que, juntos, consigam resolver este problema, decorrente de má comunicação. Aparentemente simples, a utilização da colher-medida pode beneficiar um grande número de crianças, principalmente nas áreas como as aqui citadas.

#### 6.4 Conhecimento sobre a utilidade do cartão da criança entre mães de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Conheciam o cartão da criança	(N=771) 99.9%	(N=757) 99.3%	99.6%
Para que serve o cartão da criança:	(N=770)	(N=752)	
Marcar o peso***	69.4%	57.4%	63.5%
Anotar vacinas*	94.1%	96.5%	95.3%
Acompanhar o desenvolvimento	28.9%	24.2%	26.6%
Marcar consulta médica*	38.7%	35.1%	36.9%
Documento de identificação*	8.1%	11.2%	9.6%
Receber alimentos do programa do leite	2.0%	2.2%	2.5%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\*P<0.05 \*\*\*P<0.001

A Tabela 6.4 revela que quase todas as mães de ambas as áreas conheciam o cartão da criança. Cerca de dois terços sabiam que este cartão servia para anotar o peso, 95% mencionaram que nele eram anotadas as vacinas básicas e pouco mais de um terço disseram ser útil na marcação de consultas médicas. Algumas destas diferenças foram favoráveis às mães residentes nas áreas atendidas pela Pastoral; em outras, à área não-Pastoral.

O conhecimento da utilidade do cartão é fundamental para a conscientização da mãe sobre os cuidados que uma criança deveria receber nos primeiros anos de vida. Acompanhar o desenvolvimento infantil, por exemplo, foi muito pouco mencionado como uma das utilidades do cartão. Isto deveria ser melhorado em ambas as áreas.

6.5 Interpretação da curva de crescimento por mães de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Interpretação do cartão 1: criança perdendo peso está em perigo?	(N=771)	(N=757)	
Sim	25.3%	22.1%	23.7%
Não	30.9%	29.5%	30.2%
Não sabe	43.2%	48.3%	45.6%
Precisa ser levada ao médico?	(N=195)	(N=167)	
Sim	98.5%	97.6%	98.1%
Não	1.5%	0.6%	1.1%
Não sabe	0.0%	1.8%	0.8%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

Cerca de um quarto das mães identificaram corretamente na curva de crescimento uma criança de um ano de idade que vinha perdendo peso há dois meses. Cerca de 45% de todas as mães não souberam dizer se esta criança estava perdendo ou ganhando peso. Praticamente todas as mães que disseram que a criança estava perdendo peso recomendaram levá-la ao médico (Tabela 6.5).

6.6 Interpretação da curva de crescimento por mães de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Interpretação do cartão 2: criança ganhando peso está em perigo?*	(N=771)	(N=757)	
Sim	32.2%	26.4%	29.3%
Não	30.3%	27.6%	29.0%
Não sabe	37.5%	46.0%	41.7%
Precisa ser levada ao médico?*	(N=248)	(N=200)	
Sim	99.2%	98.0%	98.7%
Não	0.8%	0.0%	0.4%
Não sabe	0.0%	2.0%	0.9%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\*P<0.05 \*\*P<0.01

Ao interpretar a curva de crescimento de uma criança de um ano de idade, que tinha nascido com baixo peso (menos de 2.500 g), era desnutrida, mas que, nos últimos dois meses vinha ganhando peso, cerca de 30% das mães afirmaram que esta criança estava ganhando peso. Mesmo assim, quase todas elas disseram que esta criança precisava ser levada ao médico. O percentual de mães que não conseguiu opinar sobre se esta criança estava ou não ganhando peso ficou ao redor de 40%, mas foi significativamente menor entre mães acompanhadas pelo líder da Pastoral da Criança (Tabela 6.6).

Nas tabelas 6.5 e 6.6 é possível verificar que o percentual de mães de ambas as áreas que interpretou corretamente as curvas de crescimento foi muito baixo. Como era de se esperar, entender a representação gráfica do peso de uma criança não é uma tarefa fácil, principalmente entre mães de baixa escolaridade. Muitas delas, não conseguiram dar qualquer opinião sobre as curvas apresentadas. No entanto, dentre as que fizeram a interpretação adequada, praticamente todas procederam corretamente ao recomendar que a criança em questão precisava ser levada à consulta médica. Isto sugere que se a mãe conseguir identificar ganho ou perda de peso na curva, ela pode indicar corretamente a busca de cuidado médico.

6.7 Identificação e manejo de pneumonia por mães de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Mães que acham que uma criança com retração inter e subcostal deveria ser levada ao médico	(N=771) 97.1%	(N=757) 98.5%	97.8%
Que doença esta criança pode ter?	(N=750)	(N=748)	
Pneumonia	18.1%	16.8%	17.5%
Outra doença respiratória	2.1%	2.1%	2.1%
Desnutrição	17.5%	17.4%	17.4%
Desidratação	2.1%	4.0%	3.1%
Outra	16.2%	17.9%	17.1%
Não sabe	43.9%	41.4%	42.7%
Mães que acham que uma criança com seis meses de idade e respirando 60 vezes em um minuto deveria ser levada ao médico	(N=771) 73.0%	(N=757) 72.7%	72.8%
Que doença esta criança pode ter?	(N=564)	(N=556)	
Pneumonia	16.0%	17.3%	16.6%
Outra doença respiratória	28.9%	32.7%	30.8%
Desnutrição	2.1%	1.6%	1.9%
Outra	11.0%	11.3%	11.2%
Não sabe	41.8%	36.0%	38.9%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

Praticamente todas as mães entrevistadas afirmaram que uma criança com retração inter e/ou subcostal (tiragem) precisava ser levada ao médico. No entanto, somente uma em cada seis conseguiu identificar esta doença como sendo pneumonia. Houve um percentual expressivo de mães que afirmaram tratar-se de desnutrição, enquanto 43% disseram não saber de que doença se tratava. Pouco mais de 70% das mães conseguiram identificar a doença em uma criança com seis meses de idade que respirava 60 vezes em um minuto. Somente uma em cada seis disseram que esta criança poderia ter pneumonia. Novamente, cerca de 40% delas não conseguiram indicar qualquer doença (Tabela 6.7).

A pneumonia é a principal causa isolada de morte entre menores de cinco anos nestas regiões. Onde não há recursos em saúde ou eles são escassos, como nas áreas aqui estudadas, recomenda-se identificar esta doença pela observação de tiragem intercostal - será pneumonia se aparecer toda a extensão da costela da criança quando ela inspira - e, principalmente, pela contagem da frequência respiratória em um minuto, relacionando com a idade da criança. A Organização Mundial da Saúde recomenda que

crianças com idade superior a seis meses respirando mais de 40 vezes em um minuto, na ausência de atividade física e em regiões como as aqui apresentadas, sejam tratadas como tendo pneumonia. Para crianças com idade inferior a seis meses, este ponto de corte sobe para 60 movimentos respiratórios por minuto.

Considerando que a pneumonia é, isoladamente, a principal causa de morte entre crianças menores de cinco anos nesta região, é preocupante o fato de muitas das mães entrevistadas não conseguirem identificar gravidade em uma criança que apresenta frequência respiratória alterada. Pior ainda, é o fato de muitas delas, mesmo afirmando haver doença, não mencionaram a possibilidade de que fosse pneumonia. Em termos práticos, isto poderia resultar na procura do serviço de saúde quando a doença já se encontra plenamente instalada, reduzindo significativamente a possibilidade de sucesso no tratamento. Treinar as mães a identificar uma suposta pneumonia pela tiragem inter e/ou subcostal e contando movimentos respiratórios não parece algo descabido, mesmo nestas regiões pobres.

#### 6.8 Conhecimento sobre imunização básica de mães de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Contra que doenças uma criança deveria estar vacinada aos seis meses de idade?	(N=771)	(N=757)	
Poliomielite	97.7%	98.1%	97.9%
Sarampo	87.4%	89.1%	88.3%
Coqueluche	92.0%	94.0%	93.0%
Tétano	89.7%	91.1%	90.4%
Difteria	93.6%	93.6%	93.6%
Hepatite	96.4%	95.3%	95.8%
Tuberculose	91.3%	90.8%	91.0%
Gripe	90.6%	90.5%	90.6%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

Pelo menos nove em cada dez mães afirmaram que uma criança com seis meses de idade deveria estar vacinada contra as doenças prevenidas através do esquema vacinal básico (poliomielite, difteria, tétano, coqueluche, sarampo e tuberculose), além das vacinas para hepatite e gripe (Tabela 6.8). Vale destacar que aqui foram consideradas

respostas espontâneas e induzidas. Ao se considerar apenas as respostas espontâneas, o maior percentual de referências às doenças prevenidas pelo esquema vacinal foi feito para poliomielite, com 17% e o menor percentual para difteria e coqueluche com 3%. Uma outra ocorrência que chama atenção nesta tabela é o elevado percentual de mães que afirmaram que uma criança já deveria ter recebido alguma dose de vacina contra o sarampo.

O conhecimento induzido de mães sobre cobertura vacinal básica parece alto. O espontâneo é baixo e, ao que parece, verdadeiro. Isto porque há vários estudos que demonstram que quanto menor a escolaridade materna, menor o conhecimento em sobrevivência infantil. Também, como já foi visto anteriormente, as mães estudadas têm pouco acesso a meios de comunicação e, como será visto adiante, pouco acesso a serviços de saúde, principalmente os de origem preventiva. Além disso, o elevado percentual de mães que respondeu positivamente quanto à vacinação de uma criança aos seis meses de idade contra sarampo revela que respostas induzidas tendem a seguir um padrão daquilo que é politicamente correto. Por esta razão, é possível sugerir que o conhecimento destas mães sobre imunização básica é pobre.

6.9 Conhecimento sobre imunização com BCG de mães de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Já ouviu falar na vacina BCG	(N=771) 98.2%	(N=757) 98.0%	98.1%
Contra que doença que protege?	(N=758)	(N=745)	
Tuberculose	4.9%	6.4%	5.7%
Pneumonia	0.8%	0.3%	0.6%
Sarampo	5.8%	5.8%	5.7%
Não sabe	76.1%	76.0%	76.2%
Outra	12.3%	11.5%	11.6%
Como é aplicada?			
Gotinhas na boca	8.4%	7.8%	8.2%
Injeção no braço	63.5%	64.4%	64.1%
Injeção na nádega	5.3%	2.1%	3.8%
Injeção na coxa	4.3%	5.2%	4.7%
Não sabe	18.5%	20.5%	18.8%
Como é possível comprovar se uma criança recebeu BCG?			
Cicatriz no braço	35.9%	37.2%	36.5%
Não sabe	36.4%	35.6%	36.0%
Não há como saber	28.7%	27.2%	27.5%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

Embora quase todas as mães já tenham ouvido falar na vacina BCG, somente uma em cada 20 soube dizer contra que doença esta vacina protege. No entanto, duas em cada três mães mencionaram a forma correta de aplicação desta vacina e pouco mais de um terço soube que a imunização contra esta doença pode ser confirmada pela cicatriz no braço (Tabela 6.9).

Os dados desta tabela mostram que a BCG é uma vacina bastante conhecida entre as mães entrevistadas, que não sabem ao certo contra que doença protege, mas que sabem como é administrada e têm uma razoável idéia de como pode ser confirmada sem a carteira de vacinação. Isto sugere que a mãe dá mais importância ao ato de vacinar do que saber sobre a doença a que se vai proteger. Embora interessante, isto não elimina a necessidade de ensinar mais sobre imunização básica a estas mães, visto que, como será mostrado mais adiante, cerca de 20% das crianças com 12 meses ou mais de idade ainda não receberam o esquema vacinal básico completo.

6.10 Conhecimento de mães de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil sobre desenvolvimento da criança. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Criança com 18 meses que não consegue ficar em pé sozinha precisa ser levada ao médico?	(N=771)	(N=757)	
Sim	94.0%	94.7%	94.4%
Não	3.9%	3.4%	3.7%
Não sabe	2.1%	1.8%	2.0%
Criança com 18 meses que não consegue falar uma palavra inteira precisa ser levada ao médico?			
Sim	71.1%	68.3%	69.7%
Não	21.7%	24.4%	22.8%
Não sabe	7.2%	7.5%	7.5%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

Para nove de cada dez mães entrevistadas, uma criança que não consegue ficar em pé sozinha aos 18 meses de idade deveria ser encaminhada ao médico e para sete delas, o mesmo deveria ocorrer para uma criança de mesma idade que não consegue falar uma palavra inteira. A Tabela 6.10 mostra estes dados.

Avaliar o desenvolvimento infantil é uma tarefa árdua, inclusive para os trabalhadores da saúde. Mesmo assim, deve ser encorajada junto a estas mães. Como em outras tantas situações em medicina, a identificação precoce confere maior probabilidade de sucesso no tratamento.

6.11 Conhecimento sobre amamentação e dieta por parte de mães de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Receber água, chás e/ou sucos durante o primeiro mês de idade, quando a criança ainda está sendo amamentada no seio materno é:	(N=771)	(N=757)	
Bom	45.5%	45.8%	45.7%
Ruim	38.5%	36.2%	37.4%
Não faz diferença	11.3%	14.0%	12.6%
Não sabe	4.7%	4.0%	4.3%
Amamentação exclusiva deveria ser recomendada até:			
Menos de seis meses	18.0%	20.1%	19.0%
Seis meses	64.9%	62.2%	63.7%
Mais de seis meses	17.1%	17.7%	17.3%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>



A tabela 6.11 revela que somente um terço das mães acham que dar água, chás e/ou sucos à criança nos primeiros seis meses de vida, ao mesmo tempo em que está sendo amamentada, é ruim. A quase totalidade das outras mães acha que é bom ou que não faz diferença. No entanto, quase dois terços afirmaram que uma criança deveria mamar somente no peito até os seis meses de idade.

Estes resultados são contraditórios. Novamente, parece haver uma resposta do tipo politicamente correta para o que deveria ser feito, ou seja, amamentar exclusivamente ao seio materno até os seis meses de idade, enquanto nas situações enfrentadas no dia-a-dia, revela-se o que de fato, aconteceu com seus filhos: a introdução precoce de suplementos alimentares à dieta infantil e a curta duração mediana da amamentação.

6.12 Conhecimento sobre assistência a gestação por parte de mães de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Mês de gravidez que a mulher deveria iniciar o pré-natal	(N=722)	(N=705)	
1º ao 3º	82.0%	78.8%	80.4%
4º mês em diante	12.5%	13.7%	13.1%
Quando descobrir	5.5%	7.5%	6.5%
Número de consultas que deveria ser feito durante o pré-natal			
1 a 5	21.9%	24.5%	23.2%
6 a 8	37.3%	39.4%	38.3%
9 ou mais	40.9%	36.1%	38.5%
Número de doses de vacinas contra o tétano que uma gestante deveria receber durante o pré-natal	(N=766)	(N=738)	
0 a 2	29.0%	30.9%	29.9%
3	54.2%	48.2%	51.3%
4 ou mais	5.1%	7.2%	6.1%
Não sabe	11.7%	13.7%	12.7%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

De acordo com o Tabela 6.12, as mães de menores de cinco anos entrevistadas acham que o pré-natal deveria ser iniciado no primeiro trimestre de gravidez, que as gestantes deveriam realizar seis ou mais consultas durante a gestação e que metade delas deveria receber três doses de vacina contra o tétano.

6.13 Conhecimento sobre exames laboratoriais durante a gravidez de mães de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Tipo de exame †:	(N=771)	(N=757)	
Urina**	67.1%	63.1%	65.2%
Fezes	50.6%	49.6%	42.9%
Sangue	73.3%	71.7%	72.5%
Citopatológico de colo uterino*	3.8%	6.4%	5.1%
HIV	2.0%	2.5%	2.2%
Detecção de rubéola	0.1%	0.3%	0.2%
Detecção de sífilis	1.0%	0.9%	0.9%
Detecção de hepatite	0.1%	0.7%	0.4%
Ultra-sonografia*	15.5%	21.0%	18.2%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

† menção espontânea

\*P<0.05 \*\*P<0.01

Exames de sangue e urina foram largamente os mais citados como componentes do pré-natal, seguidos pelos exames de fezes e ultra-sonografia. Exames como detecção do HIV, hepatite, rubéola e sífilis durante a gravidez foram mencionados por menos de um por cento das entrevistadas, ou seja, não se tem conhecimento de que isto faça parte do pré-natal. Chama atenção o fato de a ultra-sonografia, um exame que requer tecnologia complexa, ter sido 3,5 vezes mais lembrado que o exame citopatológico de colo uterino (Tabela 6.13).

6.14 Conhecimento sobre exames clínicos durante a gravidez de mães de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Tipo de exame clínico †:	(N=771)	(N=757)	
Verificação da pressão arterial	7.6%	10.0%	8.8%
Diâmetro abdominal*	18.9%	23.8%	21.3%
Exame ginecológico	1.5%	1.2%	1.3%
Palpação do seio	1.1%	1.1%	1.1%
Ausulta cárdio-fetal*	19.7%	24.5%	22.0%
Pesar a gestante*	12.0%	15.9%	13.9%
Medir altura uterina	2.4%	1.4%	1.9%
Avaliar edema em membros inferiores	0.4%	0.5%	0.5%
Orientar sobre tipo de parto	1.3%	0.4%	0.9%
Ensinar a dar de mamar no peito	0.5%	0.5%	0.5%
Receitar vitaminas	4.5%	4.6%	4.6%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

† menção espontânea

\*P<0.05

Em relação ao conhecimento sobre exame clínico a ser realizado durante o pré-natal, a situação é mais grave ainda. Medir a circunferência abdominal, fazer ausculta cardíofetal e pesar a gestante foram os procedimentos clínicos mais comumente citados pelas entrevistadas como parte integrante de um pré-natal. Somente 1% mencionou que durante estas consultas deveria ser realizado exame ginecológico e palpação do seio. No entanto, cerca de 5% mencionaram que durante o pré-natal, o médico deveria receitar vitaminas à gestante (Tabela 6.14).

As tabelas 6.12 a 6.14 revelam que o conhecimento destas mães sobre pré-natal é pobre. Nem mesmo o pré-natal recomendado (ou desejado) por elas seria suficiente para que se tivesse uma assistência minimamente adequada durante a gestação.

Conhecer os cuidados básicos oferecidos durante o pré-natal poderia ajudá-las a buscar uma melhor assistência à gestação e ao parto. Como se verá mais adiante, isto é uma necessidade urgente entre estas mães, considerando-se a baixa qualidade do pré-natal que receberam quando estavam grávidas dos seus filhos menores de cinco anos.

6.15 Características dos serviços locais de saúde em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Serviço de saúde mais próximo do domicílio**	(N=771)	(N=757)	
Posto de saúde	76.5%	76.3%	76.4%
Atendimento 24 horas	21.9%	18.8%	20.3%
Hospital/Pronto Socorro	1.6%	4.9%	3.2%
Distância a este serviço de saúde***			
Menos de 1 km	64.8%	57.9%	61.3%
1 a 4.9 km	18.7%	15.1%	16.8%
5 km ou mais	16.5%	27.0%	21.9%
Média (desvio padrão)	2.8 (7.6)	5.6 (13.5)	4.2 (11.1)
Tempo gasto (em minutos) até este serviço de saúde:**			
A pé	25.7%	29.8%	27.6%
0 a 9	38.9%	32.8%	36.1%
10 a 29	35.3%	37.4%	36.3%
30 ou mais			
	66.2 (181)	54 (153)	68.6 (140)
Média (desvio padrão)	5	3	15
Mediana			
De carro**			
0 a 4	44.1%	46.7%	45.4%
5 a 9	27.2%	19.2%	23.2%
10 ou mais	28.7%	34.0%	31.3%
Média (desvio padrão)	9.2 (15.5)	15.9 (33.2)	12.5 (26.1)
Mediana	5	5	5
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001

O posto de saúde é o serviço mais próximo das residências dessas mães e crianças. Cerca de 60% das famílias moram a menos de um km do serviço de saúde mais próximo e 20% a 5 km ou mais. A distância média foi de 4,2 km e o tempo médio gasto para chegar a pé a este serviço foi de 1 hora e nove minutos, enquanto de carro o tempo médio estimado foi de 12.5 minutos (Tabela 6.15).

Em termos de acesso geográfico, há dificuldades relativamente importantes para cerca de 40% das famílias estudadas. Nestas áreas, as estradas são de terra batida e quase sempre intransitáveis em época de chuva.

A diferença estatisticamente significativa que se observa na distância entre os domicílios das áreas atendidas pela Pastoral e áreas não-atendidas até os serviços de saúde mais próximos faz parte da metodologia deste estudo.

## 7. RESULTADOS SOBRE AS CRIANÇAS

7.1 Características demográficas de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Idade da criança (em meses)**:	(N=771)	(N=757)	
0 a 5	6.5%	10.6%	8.5%
6 a 11	11.4%	9.78%	10.6%
12 a 23	22.2%	17.2%	19.7%
24 a 35	22.7%	20.1%	21.4%
36 a 47	20.0%	21.7%	20.8%
48 a 59	17.2%	20.7%	19.0%
Media (desvio padrão)	29.9 (16.2)	30.4 (17.2)	29.9 (16.7)
Mediana	29.1	31.0	29.9
Sexo:			
Masculino	47.6%	51.2%	49.4%
Feminino	52.4%	48.8%	50.6%
Cor da pele:			
Branca	30.9%	33.7%	32.3%
Morena/Parda	65.5%	62.6%	64.1%
Preta	3.6%	3.7%	3.7%
Vivem com a**:			
Mãe biológica	94.7%	89.8%	92.3%
Mãe adotiva	1.4%	1.7%	1.6%
Outras	3.9%	8.5%	6.1%
Número de irmãos nascidos vivos:			
Nenhum			
1	30.9%	28.8%	29.9%
2	22.0%	25.1%	23.5%
3 ou 4	14.4%	15.9%	15.1%
5 ou mais	15.2%	16.8%	16.0%
Media (desvio padrão)	17.4%	13.3%	15.4%
Mediana	2.3 (2.7)	2.2 (3.0)	2.2 (2.8)
	1	1	1
Número de irmãos nascidos mortos:			
Nenhum			
1	86.5%	89.9%	88.2%
2 ou mais	9.7%	7.5%	8.6%
	3.8%	2.6%	3.2%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\*\*P<0,01

A Tabela 7.1 mostra que as crianças pertencentes às áreas não-Pastoral eram, na média geral, cerca de seis meses mais velhas que as do grupo Pastoral. Houve um maior número de crianças menores de seis meses no grupo não-Pastoral, o que pode revelar que a

Pastoral esteja recrutando crianças com algum atraso. Na área-Pastoral, houve um maior número de crianças dos 7 aos 35 meses. Dos 36 aos 59 meses, houve predomínio de crianças nas áreas não-Pastoral.

Observou-se ainda um número ligeiramente maior de meninos em áreas não-Pastoral. As meninas predominaram nas áreas atendidas pelos líderes da Pastoral. Crianças de cor da pele parda constituíram quase dois terços deste estudo e apresentaram igual frequência nas duas áreas estudadas. Cerca de 9 em cada 10 crianças viviam com suas mães biológicas, sendo que isso era significativamente mais freqüente nas áreas-Pastoral. Estas crianças possuíam, em média, dois outros irmãos.

13,5% das crianças provenientes das áreas-Pastoral tiveram, pelo menos, um irmão que nasceu morto, enquanto na área não-Pastoral isto ocorreu para 10% deles.

As crianças das áreas não-Pastoral eram, em média, mais velhas que as crianças das áreas-Pastoral. Estas, por sua vez, viviam mais freqüentemente com suas mães biológicas e tiveram mais irmãos nascidos mortos em relação àquelas não-acompanhadas pelos líderes da Pastoral.

7.2 Consultas de pré-natal e imunização antitetânica para crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Fizeram pré-natal	(N=756) 86.6%	(N=724) 85.4%	86.0%
Trimestre em que iniciaram o pré-natal:	(N=638)	(N=597)	
Primeiro	69.6%	65.8%	67.8%
Segundo	27.0%	31.3%	29.1%
Terceiro	3.4%	2.8%	3.2%
Número de consultas realizadas**:			
0 a 5	54.8%	61.8%	58.2%
6 ou mais	45.2%	38.2%	41.9%
0 a 8	86.9%	88.3%	87.6%
9 ou mais	13.1%	11.7%	12.4%
Média (desvio padrão)	6.7 (13.4)	7.5 (16.9)	7.1 (15.2)
Mediana	5	5	5
Imunização completa contra o tétano neonatal*	(N=742) 51.8%	(N=715) 56.9%	54.3%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\*P<0,05 \*\*P<0,01

Uma em cada sete mães não fizeram um única consulta de pré-natal durante toda a gestação. No entanto, dentre as que fizeram, dois terços iniciaram no primeiro trimestre. Cerca de 60% de todas as gestantes fizeram menos de seis consultas, o número mínimo recomendado a fim de se ter tempo hábil para realizar todos os exames básicos. O número médio de consultas foi 7,1, variando de 6,7 na área-Pastoral e 7,5 nas áreas não cobertas pela Pastoral. Esta diferença foi estatisticamente significativa. Pouco mais da metade delas havia recebido três doses de vacina contra o tétano neonatal (Tabela 7.2).

O pré-natal destas crianças foi inadequado. Um número expressivo de suas mães não fizeram uma única consulta durante toda a gestação e a maioria das que iniciou o pré-natal não completou o número mínimo de consultas recomendadas. Por fim, metade delas não foi adequadamente imunizada contra o tétano neonatal.

### 7.3 Exames laboratoriais realizados durante a gestação de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Tipo de exame:	(N=655)	(N=616)	
Urina	76.3%	78.4%	77.3%
Fezes	56.9%	55.7%	56.3%
Sangue	76.5%	77.6%	77.0%
Fizeram exame de sangue, fezes e urina	54.2%	54.2%	12.3%
Citopatológico de colo uterino	12.3%	12.3%	8.0%
HIV	7.8%	8.3%	7.6%
Detecção de:			
Rubéola	7.2%	8.1%	7.2%
Sífilis	6.1%	8.3%	7.2%
Hepatite	6.1%	8.3%	43.8%
Ultra-sonografia	41.5%	46.3%	43.8%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

A Tabela 7.3 mostra que cerca de três quartos das mães fizeram pelo menos exame de urina e de sangue e pouco mais da metade foi submetida ao exame de fezes durante o pré-natal. Dentre os demais exames, ultra-sonografia e detecção de hepatite foram realizados por 44% das mães. Somente uma em cada 15 mães foi submetida ao exame para detecção de sífilis e rubéola congênita.

7.4 Exames clínicos realizados durante a gestação de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Verificação da (o):	(N=655)	(N=616)	
Pressão arterial	92.8%	92.0%	92.4%
Diâmetro abdominal	90.4%	89.9%	90.2%
Peso da gestante	6.1%	8.3%	7.2%
Batimentos cardíacos do feto	84.7%	85.9%	85.3%
Altura uterina	55.6%	53.1%	54.4%
Edema em membros inferiores (perna inchada)	66.1%	63.3%	64.7%
Se:			
Fez exame ginecológico	43.2%	39.4%	41.4%
Teve o seio examinado*	46.7%	38.0%	42.5%
Recebeu alguma orientação sobre:			
Tipo de parto	100.0%	100.0%	100.0%
Amamentação*	71.1%	61.2%	66.3%
Alimentação e dieta	73.4%	66.4%	70.0%
Recebeu sulfato ferroso durante a gestação	84.0%	78.4%	81.3%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\*P<0.05

Cerca de 90% das mães, em ambas as áreas tiveram, segundo informaram, a pressão verificada, o diâmetro abdominal medido e os batimentos cardíacos do feto checados. No entanto, somente 7% foram pesadas ao longo de todo o pré-natal. Quatro em cada dez dessas mães foram submetidas a exame ginecológico e tiveram o seio examinado durante o período gestacional. Todas elas afirmaram ter recebido alguma orientação sobre tipo de parto e, duas em cada três, dicas sobre como amamentar, alimentação e dieta no período gestacional. Finalmente, oito em cada dez receberam sulfato ferroso durante a gravidez (Tabela 7.4).

Um pré-natal adequado previne a ocorrência de várias doenças, evita o agravamento de outras tantas, possibilita a sua identificação precoce e manejo adequado e, sobretudo, identifica aquelas mulheres que apresentam maior risco de gravidez e/ou parto complicado. Portanto, a melhoria do pré-natal nas áreas estudadas levaria a uma importante redução nos índices de mortalidade infantil e materna nestas áreas.



7.5 Assistência à gestação e ao parto para crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Local de nascimento:	(N=771)	(N=757)	
Hospital/Maternidade	81.0%	79.8%	80.4%
No próprio domicílio	15.7%	14.6%	15.2%
Outro	3.3%	5.6%	4.4%
Quem fez o parto:			
Médico	39.6%	42.7%	41.1%
Enfermeira	27.2%	24.6%	26.0%
Parteira	30.0%	28.7%	29.4%
Ninguém	3.1%	3.8%	3.5%
Tipo de parto:			
Normal	88.2%	85.5%	86.8%
Cesariana	11.8%	14.5%	13.2%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

A Tabela 7.5 mostra que oito em cada dez crianças, em ambas as áreas, nascem em hospital ou maternidade, e os demais, no domicílio. Pouco mais de 40% desses partos foram realizados por médicos e quase 30% por parteiras. Em um de cada 28 partos (3.5%), a mãe não recebeu nenhum tipo de assistência, teve o bebê sozinha. Somente um em cada sete partos foi de cesariana.

É elevado o percentual de mães que deram à luz no próprio domicílio, onde não há qualquer tipo de infra-estrutura para assistência ao bebê. Considerando que apenas metade destas mães estavam adequadamente imunizadas contra o tétano neonatal, é de se supor o risco a esta doença que muitas crianças foram submetidas. As parteiras tradicionais respondem por um elevado número de partos. Graça a isso observou-se baixa ocorrência de cesáreas, cerca de quatro vezes menos do que o observado em várias localidades no Sul do país. No entanto, mesmo entre os mais pobres, verificou-se tendência de realizar-se este tipo de procedimento médico entre mulheres que apresentavam menores riscos a complicações durante o parto, fato amplamente demonstrado ao se comparar ricos e pobres no Sul e no Sudeste do país.

7.6 Peso ao nascer e revisão de parto para crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Peso ao nascer:	(N=726)	(N=693)	
Menos de 2500 g	7.8%	8.5%	8.2%
2500 a 2999 g	15.7%	14.6%	15.1%
3000 a 3499 g	40.4%	37.9%	39.2%
3500 g ou mais	36.9%	39.0%	37.5%
Peso ao nascer:			
Confirmado e obtido na maternidade	67.1%	68.8%	67.9%
Confirmado pelo Líder da Pastoral	3.0%	-	1.6%
Confirmado pelo Agente comunitário de saúde	4.0%	4.8%	4.4%
Informado	25.9%	26.4%	26.1%
Fizeram revisão de parto	(N=744) 19.6%	(N=718) 17.3%	18.5%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

A incidência de baixo peso foi de 8.2%, sendo que cerca de dois terços destes pesos foram confirmados pelo entrevistador a partir do cartão fornecido pela maternidade. Menos de 20% das mães fizeram revisão de parto. Estes dados são mostrados na Tabela 7.6.

Ao se considerar a qualidade do pré-natal que estas crianças receberam, o índice de ocorrência de baixo peso ao nascer, principal determinante da sobrevivência da criança nos primeiros 12 meses, ficou abaixo do esperado. No entanto, vale destacar que foram os mais pobres que nasceram no domicílio e, que, portanto, apresentaram maior probabilidade de nascer com baixo peso. Daí, é possível supor que a incidência de baixo peso aqui referida esteja subestimada.

7.7 Hospitalizações nos últimos 12 meses de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Hospitalizadas nos últimos 12 meses	(N=744) 14.3%	(N=718) 13.2%	13.7%
Causa da hospitalização:			
Diarréia	4.8%	3.6%	4.2%
Pneumonia	5.2%	5.0%	5.1%
Desnutrição	0.8%	0.4%	0.6%
Acidentes	0.3%	0.4%	0.3%
Outras	3.2%	3.8	3.5%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

A Tabela 7.7 mostra que uma em cada 7 crianças foi hospitalizada nos 12 meses que antecederam a entrevista. Diarréia e pneumonia responderam por cerca de 70% destas hospitalizações. Apesar do pequeno número de casos, as hospitalizações por diarréia foram um terço maior entre crianças residentes na área-Pastoral.

7.8 Ocorrência de doenças ou problemas de saúde nas últimas 24 horas entre crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Doenças ou problemas de saúde nos últimos 15 dias:	(N=771)	(N=757)	
Gripe/Resfriado*	18.2%	14.9%	16.6%
Dor de ouvido	64.3%	45.1%	55.7%
Perda de apetite	5.0%	7.1%	5.9%
Febre	25.0%	27.4%	26.1%
Tosse	23.6%	20.3%	22.1%
Diarréia/Disenteria	17.1%	16.8%	17.0%
Dor de garganta	1.4%	4.4%	2.8%
Feridas no corpo	6.4%	6.9%	6.3%
Respiração rápida	2.1%	3.5%	2.8%
Dificuldade para respirar	5.7%	4.4%	5.1%
Vômito	2.9%	6.2%	4.3%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\*P<0.05

Uma em cada seis crianças esteve doente nas últimas 24 horas. Mais da metade apresentava resfriado comum. As outras queixas mais comuns foram febre e tosse, sintomas típicos de infecção das vias aéreas superiores. Diarréia ou disenteria (diarréia com pus e/ou sangue) foi referida para 17% das crianças amostradas em ambas as áreas,

enquanto respiração rápida e dificuldade respiratória, precursores ou indicadores de pneumonia, foram mencionados, respectivamente, para cerca de 3% e 5% delas.

7.9 Ocorrência de doenças ou problema de saúde nos últimos 15 dias entre crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Esteve doente ou com algum problema de saúde nos últimos 15 dias	(N=771) 30.1%	(N=757) 32.5%	31.3%
Doenças/problemas:			
Gripe/Resfriado	53.4%	51.6%	52.7%
Dor de ouvido	1.3%	2.4%	1.9%
Perda de apetite	6.1%	4.5%	5.2%
Febre	28.4%	34.5%	31.8%
Tosse	18.1%	18.7%	18.4%
Diarréia/Disenteria	20.3%	21.9%	21.1%
Dor de garganta	0.9%	4.1%	2.5%
Feridas no corpo	9.5%	11.0%	10.2%
Respiração rápida	3.4%	4.5%	4.0%
Dificuldade para respirar	7.3%	5.3%	6.3%
Convulsão	0.0%	0.4%	0.2%
Vômito	2.6%	5.7%	4.2%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

Ao se investigar o padrão de ocorrência de doenças nos últimos 15 dias, verificou-se que um terço dessas crianças apresentou algum problema de saúde no período. Novamente, as infecções respiratórias das vias aéreas superiores foram as mais prevalentes (53%), seguidas de febre (32%), diarréia ou disenteria (32%) e tosse. As infecções de pele, basicamente impetigo, acometeram cerca de 10% das crianças no período e os problemas respiratórios apresentaram prevalência similar àquela observada para as últimas 24 horas (Tabela 7.9).

7.10 Ocorrência e manejo de doença diarreica entre crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Número médio de evacuações nos últimos 15 dias	(N=48)	(N=53)	
3 a 5	68.7%	62.3%	65.3%
6 a 9	18.7%	20.7%	19.8%
10 ou mais	12.5%	17.0%	14.8%
Média (desvio padrão)	5.1 (3.1)	5.6 (3.8)	5.4 (3.5)
Mediana	4.0	5.0	4.0
Se neste período a criança estava:			
Vomitando	35.4%	39.6%	37.6%
Alimentando-se bem	56.2%	52.8%	54.5%
Tomando líquido como antes de adoecer			
Se foi dado algum tipo de líquido a criança	85.4%	81.1%	83.2%
Se foi dado algum tipo de soro oral a criança (N=82)	(N=33)	(N=37)	
	69.6%	70.4%	69.8%
Tipo de soro dado:			
Soro de pacote da CEME*	23.1%	46.5%	35.4%
Soro feito com colher-medida**	61.4%	13.4%	26.3%
Soro punhado-pitada	7.7%	7.0%	7.3%
Soro comprado na farmácia*	0.0%	9.3%	4.9%
Quem recebeu este soro à criança:			
Médico/Enfermeira	30.0%	41.7%	36.4%
Líder da Pastoral	10.0%	19.4%	15.1%
Agente comunitário de saúde	10.0%	0.0%	4.5%
Usou por conta própria**	50.0%	30.6%	39.4%
Outros	0.0%	8.3%	4.5%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\*P<0.05 \*\*P<0.001

Para as crianças que tiveram diarreia nos últimos 15 dias, investigou-se a gravidade da doença, seu tratamento e manejo. No período em que estiveram doentes, segundo relato das mães, um terço destas crianças evacuaram, pelo menos, seis vezes a cada 24 horas e cerca de 38% delas apresentavam vômito concomitante. Para oito em cada 10 destas crianças foi dado água, mas somente 70% delas receberam soro reidratante oral. O soro mais utilizado nas duas áreas foi o soro de pacote da CEME, seguido pelo preparado com colher-medida. Nas áreas-Pastoral, o soro mais usado foi o da colher-medida e nas áreas não-Pastoral foi o soro da CEME. Quem mais recebeu soro a estas crianças foram as mães (39%), principalmente na área-Pastoral, seguidas pelo médico e enfermeira juntos (36%) (Tabela 7.10)

7.11 Ocorrência de doença respiratória nos últimos 15 dias entre crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Apresentaram nos últimos 15 dias: (N=44)	(N=232)	(N=246)	
Respiração rápida	3.4%	4.5%	4.0%
Dificuldade respiratória	7.3%	5.3%	6.3%
Se neste período a criança apresentava também:	(N=20)	(N=24)	
Febre	25.0%	25.0%	25.0%
Verificada com a mão	37.5%	30.0%	34.1%
Medida com termômetro	37.5%	30.0%	34.1%
Febre + rouquidão/catarro	83.3%	60.0%	72.7%
Se este problema era no:	(N=232)	(N=246)	
Nariz	39.1%	30.0%	34.9%
Pulmão	39.1%	30.0%	34.9%
Nariz e pulmão	17.4%	35.0%	25.6%
Não sabe	4.2%	5.0%	4.6%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

A Tabela 7.11 mostra a ocorrência de outros sintomas associados à respiração rápida e/ou dificuldade respiratória. Pelo menos uma em cada quatro crianças tinha febre associadas a este sintoma. Rouquidão e catarro foram mais frequentes ainda, acometendo cerca de 70% destas crianças. Ainda segundo as mães, para 60% das crianças que apresentavam respiração rápida e/ou dificuldade para respirar, o problema ocorria em nível pulmonar.

As tabelas 7.7 a 7.11 mostram claramente que as crianças pertencentes às áreas estudadas estão submetidas a uma carga enorme de doenças. Diversos sinais e sintomas aparecem associados. Doenças de alta letalidade como a diarreia e a pneumonia são endêmicas nestas áreas e o seu manejo não parece adequado porque estas duas causas sozinhas respondem por sete em cada 10 hospitalizações entre as crianças.

7.12 Tratamento domiciliar e busca de cuidados médicos para crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Se neste período a criança foi:	(N=224)	(N=239)	
Medicada em casa pela mãe	41.3%	48.5%	45.1%
Levada para consulta médica	48.2%	48.1%	48.2%
Motivo de não ter sido levada a consulta médica:	(N=116)	(N=123)	
Doença não era grave	35.4%	31.7%	33.5%
Resolveu tratar em casa mesmo	19.8%	14.6%	17.1%
Não conseguiu ficha/atendimento	12.9%	13.0%	13.0%
Usou o mesmo tratamento anterior	10.2%	5.7%	7.9%
Serviço de saúde de difícil acesso	7.8%	20.3%	14.3%
Outros	13.8%	13.8%	13.8%
Levou a criança à consulta médica e conseguiu atendimento	(N=107)	(N=115)	
	99.1%	94.8%	96.8%
Onde a criança foi atendida*:	(N=106)	(N=109)	
Posto de saúde	43.4%	52.3%	47.9%
Pronto socorro/hospital	51.9%	37.6%	44.6%
Farmácia	1.9%	2.8%	2.3%
Outros	2.8%	7.3%	5.1%
Distância (em km) do domicílio até este local			
Menos de 1	51.9%	50.5%	51.2%
1 a 4	2.6%	22.9%	22.8%
5 ou mais	25.5%	26.6%	26.0%
Tempo que demorou para ser atendido			
Imediatamente	13.3%	15.1%	14.2%
5 a 29 minutos	32.4%	29.2%	30.8%
30 a 59 minutos	15.2%	19.8%	17.5%
60 minutos ou mais	39.0%	35.8%	37.4%
Média (desvio padrão)	56 (65)	57 (91)	57 (79)
Mediana	30	30	30
Quem atendeu a criança neste local:			
Médico	81.1%	81.6%	81.4%
Enfermeiro	17.9%	13.8%	15.8%
Balconista de farmácia	0.9%	4.6%	2.8%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\*P<0.05

A tabela 7.12 mostra que cerca de metade das crianças que adoeceram nos últimos 15 dias foram tratadas no domicílio pela própria mãe, enquanto as demais eram levadas ao serviço de saúde. As principais razões mencionadas para o tratamento domiciliar foram de que, segundo a mãe, não se tratava de doença grave e que, portanto, ela mesma podia manejá-la (51%); que o serviço de saúde era de difícil acesso (14%); ou que não havia conseguido atendimento (13%). Cerca de 90% das crianças que foram levadas

ao serviço de saúde conseguiram atendimento. Cerca de metade destas crianças foi atendida em um posto de saúde que, na maioria das vezes, ficava a menos de 1 km do seu domicílio. Uma em cada seis foi atendida imediatamente ao chegar no serviço de saúde e cerca de metade teve de esperar 30 minutos ou mais para se consultar. Pelo menos oito em cada dez foram atendidas por médicos nestes locais.

Chama a atenção nesta tabela o elevado percentual de crianças tratadas no domicílio, via de regra, pela própria mãe. Também é interessante notar que a maioria das crianças que foi levada ao serviço de saúde conseguiu atendimento. No geral, a criança é levada ao serviço de saúde mais próximo de sua casa e espera algum tempo para ser atendida, quase sempre por um médico.

7.13 Uso e aquisição de medicamentos por crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Receberam remédio durante a consulta	(N=106) 95.3%	(N=109) 92.7%	93.9%
Receberam antibiótico	62.9%	60.0%	61.4%
Se teve de comprar o medicamento*:			
Sim, comprou todos	40.9%	40.1%	40.5%
Sim, comprou uns e ganhou outros	15.1%	12.7%	12.9%
Não, ganhou todos	34.8%	45.1%	40.1%
Não comprou nem ganhou o remédio	9.1%	2.1%	5.5%
Se quem atendeu a criança foi visitá-lo em casa	(N=104) 1.9%	(N=107) 2.8%	2.4%
Se foi pedido para a criança retornar ao serviço de saúde	30.8%	31.4%	31.1%
Se a criança foi levada a este mesmo local por causa desta mesma doença	25.0%	45.4%	35.4%
Se a criança precisou ser encaminhada para outro serviço de saúde	7.6%	5.6%	6.6%
Se a criança foi levada para este outro local	37.5%	16.7%	28.6%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

A Tabela 7.13 mostra que quase toda consulta resultou na prescrição de algum medicamento, dois terços dos quais eram antibióticos. Para 40% das crianças, foi necessário comprar todos os medicamentos recomendados, visto que não estavam disponíveis no serviço público de saúde. Uma em cada 20 crianças ficou sem qualquer tratamento porque não se conseguiu medicação e a família não tinha como comprá-la.



Praticamente nenhuma das crianças foi visitada em casa pelo profissional que a atendeu no serviço de saúde, o que, para algumas situações é recomendado como prática dentro do PSF. Para pouco menos de um terço, foi solicitado o seu retorno ao serviço de saúde. Independentemente desta solicitação de retorno, cerca de 35% voltaram a este local por causa da mesma doença. Cerca de 7% de todas as crianças levadas ao serviço de saúde tiveram de ser encaminhadas a outros serviços, mas pouco menos de 30% delas foram levadas ao local recomendado.

O uso de medicamento é excessivo, assim como a prescrição de antibióticos. A disponibilidade de medicamentos básicos é bastante insuficiente, tendo, muitas vezes, de ser comprado, pela família, que muitas vezes só dispõe de recursos para comprar alimentos básicos. Isto faz com que algumas crianças não recebam o tratamento que lhe foi preconizado. Praticamente não se visita a criança em casa, solicitação de retorno para consulta médica não é tida como uma prática por parte destes profissionais. Mesmo assim, algumas crianças são levadas de volta ao serviço de saúde. No geral, a família também não leva a criança ao local recomendado.

7.14 Percepção materna sobre gravidade da doença e manejo da dieta entre crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Na percepção da mãe, a criança estava:	(N=232)	(N=246)	
Um pouco doente	50.2%	51.6%	50.9%
Mais ou menos doente	24.5%	22.8%	23.6%
Muito doente	20.6%	21.9%	21.3%
Não sabe	4.7%	3.7%	4.2%
Achou que a criança corria perigo de vida?			
Sim	24.0%	27.6%	25.9%
Não	72.3%	68.7%	70.8%
Não sabe	3.0%	3.7%	3.3%
No período em que a criança esteve doente, a mãe ofereceu:			
Líquido na mesma quantia de sempre	39.5%	37.4%	38.4%
Mais líquido	42.5%	37.8%	40.1%
Menos líquido	15.0%	20.7%	17.9%
Não sabe	3.0%	4.1%	3.6%
Mudou o tipo de comida da criança neste período em que esteve doente?	26.6%	31.3%	29.0%
No período em que a criança esteve doente, a mãe ofereceu:			
Comida na mesma quantia de sempre	51.1%	50.0%	50.5%
Mais comida	12.4%	8.5%	10.4%
Menos comida	32.6%	37.4%	35.1%
Não sabe	3.9%	4.1%	4.0%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

No período de 15 dias em que a criança esteve doente, 20% das mães disseram tratar-se de doença grave e afirmaram que a criança corria perigo de vida. Cerca de 40% ofereceram mais líquido que o usual à criança no período, cerca de 30% mudaram a dieta, 10% ofereceram mais comida e 35% reduziram a oferta de comida à criança (Tabela 7.14).

7.15 Utilização de serviços de saúde nos últimos três meses por crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Foi levada a consulta médica nos últimos 3 meses	(N=771) 41.2%	(N=757) 40.0%	40.6%
Número de vezes que consultou com:	(N=317)	(N=303)	
Médico	85.5%	87.4%	86.4%
Enfermeira	16.4%	15.2%	15.8%
Motivo da consulta:			
Diarréia	12.6%	11.9%	12.3%
Pneumonia	8.2%	10.9%	9.5%
Desnutrição	2.2%	2.3%	2.3%
Doença de pele*	12.9%	18.5%	15.6%
Acidentes	0.6%	1.0%	0.8%
Infecção respiratória alta (gripe/resfriado/etc.)	42.0%	35.6%	38.9%
Puericultura (rotina)*	1.3%	4.0%	2.6%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\* P<0.05

Quarenta por cento de todas as crianças foram levadas à consulta médica nos três meses que antecederam à entrevista. Quase nove em cada dez consultaram com médico, enquanto as demais com enfermeira. As infecções respiratórias agudas responderam por cerca de 40% de todas as consultas, seguidas pelas doenças de pele, basicamente impetigo, com 16%. Somente 3% destas crianças foram levadas à consulta médica para cuidados preventivos (puericultura) (Tabela 7.15).

7.16: Estado nutricional de crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Déficit de peso para a idade*:	(N=748)	(N=737)	
Severo ( $\leq -3$ dp)	1.2%	2.6%	0.8%
Moderado (-2 dp a -2.9 dp)	7.4%	68.7%	7.0%
Leve (-1 dp a -1.9 dp)	27.1%	21.7%	24.4%
Normal (-0.99 dp a + 1.99 dp)	63.0%	6.6%	65.8%
Sobrepeso/Obeso ( $\geq + 2$ dp)	1.3%	0.4%	1.9%
Déficit de peso para a altura:			
Severo ( $\leq -3$ dp)	4.4%	3.4%	3.9%
Moderado (-2 dp a -2.9 dp)	12.2%	11.3%	11.7%
Leve (-1 dp a -1.9 dp)	32.2%	28.2%	30.2%
Normal (-0.99 dp a + 1.99 dp)	50.1%	54.7%	52.4%
Sobrepeso/Obeso ( $\geq + 2$ dp)	1.1%	2.4%	1.8%
Déficit de altura para a idade:			
Severo ( $\leq -3$ dp)	4.4%	3.4%	3.9%
Moderado (-2 dp a -2.9 dp)	12.2%	11.3%	11.7%
Leve (-1 dp a -1.9 dp)	32.2%	28.2%	30.2%
Normal ( $\geq -0.99$ dp)	52.2%	57.1%	54.2%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\* $P < 0.05$

Cerca de 8% das crianças estudadas apresentavam déficit de peso moderado ou grave em relação à idade. Este tipo de desnutrição decorre normalmente de doenças infecciosas, particularmente as diarreias, pois a perda de peso é bastante rápida em função da perda de líquido. Vale destacar que 2% das crianças estudadas, mesmo nestas áreas, apresentava sobrepeso ou obesidade. Cerca de 16% das crianças eram portadoras de desnutrição crônica, ou seja, apresentavam baixa estatura em relação à idade. Este déficit é resultado de desnutrição crônica, de longa data, e tem como causa básica as doenças infecciosas de repetição como, por exemplo, as diarreias, e a ingesta insuficiente do ponto de vista quantitativo (falta comida) e/ou qualitativo (o alimento é pobre em algum tipo de micronutriente ou este existe, mas, por problema de doença, o organismo não consegue absorvê-lo). Este é o tipo mais comum de desnutrição no Brasil. O déficit de peso para altura foi da ordem de 2%. Este déficit tanto pode decorrer de desnutrição aguda quanto de desnutrição crônica (Tabela 7.16).

7.17 Uso de vitamina A entre crianças com idade entre 6 e 59 meses residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
A criança estava recebendo vitamina A:	(N=717)	(N=676)	
Sim, registrado na carteira	54.4%	52.8%	53.6%
Sim, não registrado	5.9%	5.3%	5.6%
Não, nunca recebeu	37.9%	40.1%	39.0%
Não sabe	1.8%	1.8%	1.8%
A criança recebeu alguma dose de vitamina A nos últimos seis meses:			
Sim, confirmado na carteira	64.7%	62.2%	63.5%
Sim, não confirmado na carteira	8.1%	8.6%	8.4%
Não recebeu	26.4%	27.2%	26.8%
Não sabe/Não lembra	0.7%	2.0%	1.3%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

A tabela 7.17 mostra que pouco mais da metade das crianças com idade entre 6 e 59 meses estava recebendo vitamina A. No entanto, isto só pôde ser comprovado para cerca de dois das crianças.

7.18 Monitoração do crescimento entre crianças menores de dois anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Pesadas nas últimas quatro semanas***	(N=187)	(N=106)	
0	34.8%	67.0%	51.8%
1	58.5%	31.8%	44.4%
2 ou mais	6.6%	1.2%	3.8%
Quem pesou a criança nesta última vez:			
Agente comunitário de saúde***	29.4%	68.9%	43.7%
Líder da Pastoral***	75.9%	3.8%	49.8%
Onde a criança foi pesada nesta última vez:			
No próprio domicílio***	19.2%	39.6%	26.6%
Na casa do agente/líder***	10.7%	3.8%	8.2%
Na comunidade***	46.0%	16.0%	35.1%
No posto de saúde**	6.4%	17.9%	10.6%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

Somente metade das crianças menores de dois anos haviam sido pesadas nas quatro semanas que antecederam a entrevista. O percentual de crianças pesadas foi cerca de

duas vezes maior nas áreas atendidas pelos líderes da Pastoral. Líder da Pastoral e agentes comunitários de saúde foram os que mais pesaram crianças em suas respectivas áreas. Na área-Pastoral, o peso foi mais comumente realizado na comunidade, enquanto que na área não-atendida pela Pastoral, o peso foi realizado no próprio domicílio da criança. Ainda assim, cerca de 10% de todas as crianças foram pesadas no posto de saúde. Estes dados são mostrados na Tabela 7.18.

7.19 Posse do cartão de vacinas e cobertura vacinal entre crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Posse do cartão da criança***:	(N=771)	(N=757)	
Sim, visto	94.3%	86.8%	90.6%
Sim, não visto	4.0%	9.0%	6.5%
Tinha, mas perdeu	1.4%	2.4%	1.9%
Não, nunca teve	0.3%	1.8%	1.0%
Possuem mais de um cartão da criança	10.7%	4.3%	7.6%
Imunização completa dos 12 aos 23 meses de idade contra:	(N=170)	(N=110)	
Poliomielite (Sabin)	88.2%	85.9%	87.2%
Difteria, tétano e coqueluche (DPT)	85.9%	80.5%	83.6%
Sarampo (anti-sarampo)	90.0%	83.6%	87.2%
Tuberculose (BCG)	93.5%	90.6%	92.3%
Cobertura vacinal básica completa (3 doses de Sabin e DPT, 1 dose de anti-sarampo e BCG)	87.6%	82.8%	85.6%
Imunização completa dos 12 aos 59 meses de idade contra:	(N=703)	(N=657)	
Poliomielite (Sabin)***	90.1%	83.2%	86.7%
Difteria, tétano e coqueluche (DPT)**	88.4%	81.3%	85.0%
Sarampo (anti-sarampo)**	90.6%	84.4%	87.6%
Tuberculose (BCG)**	92.7%	86.9%	89.9%
Cobertura vacinal básica completa (3 doses de Sabin e DPT, 1 dose de anti-sarampo e BCG)***	89.8%	82.2%	86.1%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001

Cerca de 90% das crianças de ambas as áreas possuíam o cartão de saúde e este foi visto. Na área Pastoral, cerca de 10% das crianças possuíam mais de um cartão de saúde (ou da criança), enquanto na área não-Pastoral isto ocorreu para cerca de 5% das crianças amostradas.

Cerca de 85% das crianças com idade de 12 a 23 meses havia recebido o esquema vacinal básico: 3 doses de vacina contra poliomielite (Sabin), 3 doses contra difteria, tétano e coqueluche (DPT) e uma dose contra sarampo e tuberculose (BCG). Ao se considerar as crianças com idade entre 12 e 59 meses, o percentual de crianças que recebeu o esquema vacinal básico praticamente não se modificou, sugerindo que nestas áreas as crianças são vacinadas quase que exclusivamente até os dois anos de idade (Tabela 7.19).

7.20 Suplementação alimentar crianças entre menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Começaram a receber, antes do seis meses:	(N=771)	(N=757)	
Água	81.3%	81.9%	81.6%
Chás	72.4%	73.9%	73.2%
Suco de frutas	50.1%	50.4%	50.3%
Leite em pó	52.1%	53.7%	52.9%
Leite de vaca/caixinha/saquinho	22.7%	20.6%	21.7%
Papa de legumes	12.1%	13.0%	12.5%
Angu (farinha com água)	8.3%	7.2%	7.7%
Gogó (farinha/Maizena/Mucilon com leite)	47.8%	46.5%	47.2%
Sopinhas	26.3%	25.9%	26.3%
Fruta amassada	23.5%	24.4%	23.9%
Arroz com feijão	10.3%	9.2%	9.7%
Carne	7.9%	7.7%	7.8%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

A tabela 7.20 mostra que a introdução de suplementos à dieta infantil é um hábito muito freqüente entre as mães das áreas estudadas. Água, chás, leite em pó, sucos de frutas e gogó (farináceos com leite diluído em água) foram os suplementos mais comumente introduzidos à dieta infantil nos primeiros seis meses de idade. Cerca de 10% das crianças receberam arroz com feijão regularmente antes de completar seis meses.

A ampla introdução de alimentos à dieta infantil em um período em que a criança deveria mamar exclusivamente no seio materno é preocupante. Este tipo de procedimento leva ao desmame precoce e torna a criança vulnerável à ocorrência de doenças infecciosas, particularmente pneumonia, a principal causa de óbito nesta faixa etária.

7.21 Dieta nas últimas 24 horas entre crianças menores de cinco anos residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Dieta nas últimas 24 horas:	(N=771)	(N=757)	
Vitaminas ou remédio*	17.2%	21.3%	19.2%
Água*	97.0%	94.5%	95.8%
Água com açúcar, suco de fruta ou chás	50.6%	49.4%	50.0%
Soro oral	3.9%	3.2%	3.6%
Farinha d'água/angu	8.4%	8.8%	8.6%
Gogó	39.9%	38.5%	39.2%
Leite em pó/leite de vaca/cabra/saquinho	64.2%	62.0%	63.1%
Refrigerante	15.4%	14.5%	15.0%
Café preto	46.1%	42.6%	44.4%
Café com leite*	25.2%	30.6%	27.9%
Leite do peito	24.5%	23.3%	23.9%
Receberam somente leite de peito	9.6%	11.3%	10.4%
Alimentos que tivesse de mastigar	83.4%	79.5%	81.5%
Número de refeições†: (N=1398)			
Média	3.6 (1.6)	3.5 (1.4)	3.5 (1.5)
Mediana	3	3	3
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

† somente para crianças com idade entre 6 e 59 meses

A Tabela 7.21 mostra o que foi consumido pelas crianças nas últimas 24 horas. Merecem destaque nesta tabela: 1) o excessivo consumo de medicamentos (19%); 2) a freqüente ingesta de café preto (44%), e; 3) o baixo número de refeições por dia (3,5).

O impulso para consumir medicamentos é algo que espanta, mesmo em áreas pobres como as aqui apresentadas. Nestes locais, onde faltam recursos para a aquisição de alimentação básico, uma em cada cinco crianças consumiu algum tipo de droga nas últimas 24 horas. A ingesta de café preto sugere que as crianças precisam ir se adaptando aos hábitos dos adultos a fim de sobreviver. Por fim, 3,5 refeições por dia (a ingesta de um pão de 50 gramas, uma banana ou uma laranja foi considerada como sendo uma refeição) é muito pouco diante das necessidades protéico-calóricas que estas crianças necessitam. A fome parece ser um hábito que as acompanha desde os primeiros meses de vida.



7.22 Cobertura de programas governamentais entre crianças com idade entre 6 e 59 meses residentes em áreas consideradas de alto risco à saúde infantil. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-out., 2002.

Indicador	Área		Total
	Pastoral	Não-Pastoral	
Participavam do Programa do Leite (ICCN) (N=1398)	(N=721) 31.8%	(N=677) 25.2%	28.0%
Estão participando do Bolsa-Alimentação (N=1398)	9.8%	9.6%	9.7%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

Segundo relato das mães, 28% das crianças das duas áreas estudadas eram beneficiadas pelo programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN), conhecido pelas mães como Programa do Leite. Este programa distribuía leite e óleo de soja às crianças desnutridas com seis meses ou mais de idade. Recentemente, este programa foi substituído pelo Bolsa-Alimentação, que repassa diretamente às famílias de renda per capita de até R\$ 90,00 por mês R\$ 15 por criança/mês. Somente 10% destas crianças estavam sendo beneficiadas pelo Bolsa-Alimentação no momento desta pesquisa.

Este resultados foram repassados à coordenação nacional do Bolsa-Alimentação. A utilização destes recursos depende de o município selecionar os beneficiários e cadastrá-los. Fazendo isso, os recursos são automaticamente repassados às famílias.

Este processo precisa ser agilizado o mais rápido possível a fim de que as famílias possam ser imediatamente atendidas, já que boa parte do sustento de muitas delas depende destes recursos.



## 8. RECOMENDAÇÕES

Este estudo mostrou um ambiente bastante desfavorável ao pleno desenvolvimento infantil. Os pais das crianças pesquisadas apresentaram escolaridade muito baixa, suas famílias renda insuficiente, em seus domicílios havia um excessivo número de pessoas, as condições de habitação e saneamento eram bastante impróprias e a posse de eletrodomésticos muito aquém do mínimo necessário. Tanto os agentes comunitários quanto os líderes da Pastoral da Criança eram amplamente conhecidos nestas áreas e desfrutavam de grande credibilidade junto às mães porque as visitavam freqüentemente, ofereciam cuidado básico em saúde e eram dedicados e atenciosos. O conhecimento das mães em saúde materno-infantil era pobre. O pré-natal de suas crianças foi inadequado em termos quantitativos – a maioria das mães não fez o número mínimo de consultas necessárias - e qualitativos – a maioria não teve acesso a exames básicos de rotina nem foi imunizada contra o tétano neonatal. O resultado disso tudo foi uma enorme carga de doenças sobre estas crianças. Infecções respiratórias e diarreias, doenças que mais matam nesta faixa etária, fizeram-se endemicamente presentes. Para metade das crianças que adoecem, o tratamento é domiciliar e oferecido pela própria mãe. As demais, que buscam pelo serviço de saúde, conseguem atendimento e uma receita de medicamento que, na maioria das vezes, não está disponível no serviço público de saúde. Quem tem recursos compra, quem não tem, se não recebe de alguém, fica sem tratamento. Mesmo com o PSF, médicos e enfermeiras muito pouco visitam estas crianças doentes, mas as mães retornam ao serviço de saúde quando julgam necessário. No entanto, a maioria não segue o que lhes é recomendado pelo profissional que atendeu o seu filho. Em caso de doença de um filho, poucas acham que se trata de doença grave. Neste período, oferecem mais líquido e reduzem a quantidade de alimentos. Ainda sobre doenças, observa-se que desnutrição crônica, nas formas moderada e grave, acomete um grande número de crianças. A cobertura dos serviços preventivos como suplementação com vitamina A é, em geral muito baixa, e inexistente em muitas destas áreas; a monitoração do crescimento está aquém do desejado, mas a cobertura vacinal básica apresentou bons índices. A introdução de suplementos à dieta destas crianças é iniciada muito precocemente, o que, em um primeiro momento, acaba com o aleitamento exclusivo e, posteriormente, leva ao desmame, ficando esta criança

exposta a inúmeras doenças infecciosas, particularmente as pneumonias. Por fim, as crianças menores de cinco anos destas áreas não estão sendo adequadamente cobertos pelo Bolsa-Alimentação por problemas em nível de município, segundo relatório da coordenação nacional do programa.

É neste cenário onde convivem, ao mesmo tempo, desinformação, pobreza, doença, às vezes a morte, muita solidariedade e alguma esperança, que sobrevive a futura força de trabalho deste municípios. A mudança desse quadro depende de adotar uma série de medidas. Algumas delas estão listadas abaixo:

1. Promover a alfabetização de mães e melhorar o nível de escolaridade para que elas possam aprender mais sobre a saúde dos seus filhos, prestar-lhes melhores cuidados e lutar pelos seus direitos;
2. Promover programas de geração de renda visando atender, em um primeiro momento, necessidades básicas destas famílias;
3. Buscar melhorias das condições habitacionais e de saneamento, por meio de parcerias com os governos estadual e federal, indicando estas áreas para serem beneficiadas. Mecanismos de controle social devem ser criados para que este processo seja continuamente monitorado pelos beneficiários, a fim de que estes recursos sejam utilizados na atividade a que se destinam;
4. Aumentar a oferta de serviços de pré-natal pela construção de postos de saúde e implementação de equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), priorizando estas áreas. Incentivar líderes da Pastoral da Criança e agentes comunitários de saúde a fazer busca ativa de gestantes e insistir para retornarem às consultas subseqüentes;
5. Disponibilizar medicamentos básicos essenciais para estas crianças;
6. Promover o uso adequado de antibióticos por parte dos profissionais de saúde;

7. Promover, em diferentes níveis, o manejo adequado de doenças respiratórias e diarreicas. Isto pode ser feito em três níveis: 1º) ensinar a mãe a identificar a doença, iniciar o tratamento no domicílio, por exemplo, administrando soro reidratante oral, reconhecer sinais de gravidade e buscar cuidados médicos nos serviços de saúde; 2º) treinar líderes da Pastoral e agentes comunitários de saúde para prestar os primeiros socorros, desde o domicílio até o serviço de saúde; e 3º) orientar médicos, enfermeiras e auxiliares a atentarem-se para as doenças de maior letalidade toda vez que houver alguma oportunidade de examinar uma criança. Neste sentido, tanto o PSF como a estratégia AIDPI (Atenção Integrada às Doenças prevalentes na Infância), já em funcionamento em vários estados dessas regiões pesquisadas, podem ser de extrema valia;
8. Incentivar a monitoração do crescimento pelos líderes da Pastoral da Criança e agentes comunitários de saúde e o encaminhamento de casos e busca de solução para os problemas, e não somente o patrulhamento do estado nutricional infantil, como tem sido feito no Brasil ao longo dos anos;
9. Promover a administração de vitamina A durante o Dia Nacional de Multivacinação, visando prevenir a morbimortalidade por doenças infecciosas;
10. Avaliar urgentemente as razões pelas quais o Bolsa-Alimentação não está chegando adequadamente onde deveria, criar mecanismos para ajudar estes municípios a selecionar e cadastrar as famílias a serem beneficiadas e aumentar o controle social sobre estes programas para que os problemas evidenciadas no passado em outros programas assistenciais não voltem a acontecer;
11. Juntar todos os setores da sociedade que podem auxiliar na reversão deste quadro, tanto porque a situação é emergencial ou porque muitos deste municípios não apresentam condições de fazer isso sozinhos.



## REFERÊNCIAS

- BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. **Saúde infantil**: um manual para diagnósticos comunitários de Saúde. São Paulo: HUCITEC/UNICEF. 1992.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2000**: características da população e dos domicílios resultados do universo. Rio de Janeiro: 2001.
- KELSEY, J. L.; WHITTEMORE, A. S.; EVANS, A. S.; THOMPSON W. D.; **Methods in observational epidemiology**. New York: Oxford University Press. 1996.
- KIRKWOOD, B. R. **Essential of medical statistics**. London: Blackwell Scientific Publications.1988.
- NEUMANN N. A.; VICTORA, C. G. ; HALPERN, R.; GUIMARÃES, P. R. V.; CESAR, J. A.; **Desempenho da Pastoral da Criança na promoção de ações de sobrevivência infantil e na educação em saúde em Criciúma, uma cidade do sul do Brasil**. Rev Panam Salud Publica; 5(6), 5(6):40010, 1999.
- PASTORAL DA CRIANÇA. **Situação geral de abrangência da Pastoral da Criança**: III trimestre de 2001.
- ROTHMAN K.; GREENLAND S. **Modern Epidemiology**. Philadelphia: PA, Lippincott-Raven. Second Edition, 1998.
- ROSS D. A.; VAUGHAN J. P. **Health interview surveys in developing countries**: a metodological review. Studies in Family Planning; 2(17):78-94; 1986.
- SILVA, I. S. **Cancer Epidemiology**: principles and methods. Lyon, WHO/IARC; 1999.
- VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; VAUGHAN J. P. **Epidemiologia da Desigualdade**. Hucitec, 1988.
- VICTORA ,C. G.; Barros, F. C.; Cesar, J.A., Horta, B. L. **A Pastoral da Criança e a saúde materno infantil em dois municípios do Maranhão**. Brasília: UNICEF, 1991.





## INDICADORES POR MUNICÍPIO

### 4. RESULTADOS SOBRE A FAMÍLIA

4.1 Características demográficas das mães de crianças menores de cinco anos em áreas de risco por município. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-set., 2002.

Indicador	Município																	
	Macururé		Arneiroz		Graça		Garrafão		Santa Cruz		Mari		Natuba		Caracol		São Pedro	
	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)
Cor da pele	21	22	36	39	39	41	25	39	11	15	25	39	30	28	11	16	24	34
Branca Parda/Morena	69	71	64	61	57	56	65	61	73	61	74	51	67	66	61	70	61	60
Preta	10	7	0	0	4	3	10	0	16	24	1	10	3	6	28	13	15	6
Idade em anos completos	9	17	6	3	2	3	5	15										
Menos de 20	60	53	51	52	40	34	58	49	12	12	12	20	5	7	11	10	11	5
30 a 39	22	22	25	24	33	42	23	27	9	8	16	18	28	28	15	21	36	29
40 ou mais	9	7	18	22	15	20	14	8	6	17	6	13	15	15	8	3	12	18
Tem marido ou companheiro	86	74	84	86	84	87	82	90	73	77	90	79	82	82	89	93	89	91
Vive junto com o marido ou companheiro	82	73	83	86	81	86	77	90	63	76	89	77	75	81	88	92	82	88
Total	77	86	83	79	81	88	84	84	86	86	91	84	96	74	89	91	84	85

Com: área com Pastoral Sem: área sem Pastoral

#### 4.2 Religião das mães de crianças menores de cinco anos em áreas de risco por município. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-set., 2002.

Indicador	Município																	
	Macururê		Arneiroz		Graça		Garrão		Santa Cruz		Mari		Natuba		Caracol		São Pedro	
	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)
Possuem religião	81	75	96	100	88	100	94	99	94	93	92	75	82	85	88	86	86	87
Religião que possuem:																		
Católica	94	89	90	82	95	93	74	96	74	72	76	95	93	96	94	92	97	91
Protestante	0	6	5	14	0	3	9	0	9	7	9	1	6	0	2	2	0	5
Outra	6	5	5	4	5	4	17	4	17	21	15	4	1	4	4	6	3	4
Total	77	86	83	79	81	88	84	84	84	86	86	91	84	96	89	91	84	85

Com: área com Pastoral Sem: área sem Pastoral

#### 4.3 Escolaridade dos pais de crianças menores de cinco anos em áreas de risco por município. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-set., 2002.

Indicador	Município																	
	Macururê		Arneiroz		Graça		Garrão		Santa Cruz		Mari		Natuba		Caracol		São Pedro	
	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)
Mães não alfabetizadas	25	12	5	13	31	19	15	31	5	6	37	34	22	17	39	31	26	21
Anos completos de escolaridade da mãe																		
Nenhum	19	15	8	18	37	36	19	24	5	9	30	30	27	13	29	22	21	13
1 a 3	26	20	25	30	41	44	50	50	31	27	42	49	40	28	46	38	26	22
4 a 8	36	44	52	42	18	15	24	20	53	53	27	19	29	39	22	35	44	46
9 ou mais	18	21	14	10	4	4	7	6	10	10	1	2	4	19	2	4	8	19
Pais não alfabetizados	21	8	21	20	17	24	22	43	8	13	49	38	37	38	37	17	35	21
Anos completos de escolaridade do pai																		
Nenhum	14	2	7	13	22	27	11	23	1	7	27	27	27	12	22	19	18	8
1 a 3	39	36	34	42	59	57	64	52	36	32	45	52	42	43	55	40	33	36
4 a 8	36	41	51	41	19	16	23	20	48	51	27	18	29	42	22	38	42	45
9 ou mais	10	21	8	5	0	0	2	5	15	9	0	2	2	3	0	3	17	11
Renda familiar mensal em salários mínimos																		
Sem renda	61	53	67	66	71	73	57	55	41	35	87	64	72	68	84	78	67	62
Menos de 1	34	28	26	16	20	17	25	30	38	34	10	32	20	20	13	15	27	28
1 a 1,9	5	18	6	18	9	10	18	15	20	31	3	4	8	12	2	7	6	10
2 ou mais																		
Total	77	86	83	79	81	88	84	84	86	86	91	84	96	74	89	91	84	85

Com: área com Pastoral Sem: área sem Pastoral

## 4.4 Condições de moradia de crianças menores de cinco anos em áreas de risco por município. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-set., 2002.

Indicador	Município																		
	Macururé		Arneiroz		Graca		Garrafão		Santa Cruz		Mari		Natuba		Caracol		São Pedro		
	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	
A casa onde mora é:																			
Própria	61	63	58	57	73	75	81	87	80	65	53	42	68	77	82	74	76	80	
Alugada	19	21	11	11	1	2	4	1	2	2	20	38	16	3	6	3	2	2	
Cedida/Emprestada	19	16	31	32	26	23	15	12	18	33	27	20	16	20	12	23	21	18	
Residem em área de invasão	5	0	7	0	1	2	2	14	0	1	30	0	1	4	7	8	0	1	
Tipo de construção da moradia																			
Madeira	0	0	0	0	0	0	37	30	99	100	0	0	0	0	0	0	0	0	
Taipa	36	27	4	5	2	20	48	53	1	0	36	32	43	23	11	3	38	27	
Tijolo/Bloco	64	73	96	95	98	80	15	17	0	0	64	68	57	77	89	97	62	73	
Tipo de piso da moradia																			
Cerâmica/Cimento	71	82	84	77	84	68	52	39	0	0	81	90	88	89	49	66	98	94	
Tábua	4	1	3	8	0	0	2	0	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	
Chão batido/terra	25	17	13	15	16	32	45	61	0	0	19	10	12	11	51	34	2	6	
Tipo de privada																			
Sanitário com descarga	38	44	10	11	11	8	1	2	6	7	19	30	33	17	11	12	7	20	
Sanitário sem descarga	9	16	49	19	12	14	28	23	44	40	29	46	25	47	20	11	73	65	
Casinha/Fossa negra	1	0	5	5	10	3	38	23	23	37	6	13	29	19	1	5	6	5	
Não tem	52	40	36	65	67	75	33	52	27	16	46	11	12	16	68	71	14	10	
Número médio de compartimentos por domicílio	4,5	4,9	4,8	4,9	4,8	4,4	3,9	3,9	3,3	3,3	3,4	4,5	4,9	4,7	3,5	3,9	5,0	4,7	
Número médio de compartimentos de dormir domicílio	1,9	2,2	1,9	1,9	2,1	2,0	1,9	2,1	2,0	2,0	1,5	1,8	1,9	2,0	1,6	1,8	2,0	2,0	
Água encanada	34	43	20	25	27	13	1	6	64	45	33	65	37	20	3	6	31	35	
Dentro de casa	23	24	7	4	7	11	5	12	14	22	11	19	42	41	23	25	27	5	
No pátio/terreno	43	33	72	71	65	76	94	82	22	33	56	16	21	39	74	69	42	60	
Origem da água usada para beber																			
Rede pública	14	41	1	0	10	8	1	6	67	59	21	32	64	3	1	13	43	28	
Cisterna/Poço	51	35	30	18	22	40	82	76	29	28	71	55	10	74	84	79	21	6	
Rio/Lagoa/Lagoa/Açude	35	24	69	72	68	52	17	18	4	13	8	13	26	23	15	8	36	66	
Domicílios com rede de esgoto	12	19	14	18	0	2	0	0	2	3	26	43	39	23	4	4	20	32	
Total	77	86	83	79	81	88	84	84	86	86	91	84	96	74	89	91	84	85	

Com: área com Pastoral Sem: área sem Pastoral

4.5 Abastecimento de energia elétrica em domicílios com crianças menores de cinco anos em áreas de risco por município. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-set., 2002.

Indicador	Município																		
	Macururê		Arneiroz		Graça		Garrafão		Santa Cruz		Mari		Natuba		Caracol		São Pedro		
	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	
A casa onde mora é:																			
Própria	61	63	58	57	73	75	81	87	80	65	53	42	68	77	82	74	76	80	
Alugada	19	21	11	11	1	2	4	1	2	2	20	38	16	3	6	3	2	2	
Cedida/Emprestada	19	16	31	32	26	23	15	12	18	33	27	20	16	20	12	23	21	18	
Residem em área de invasão	5	0	7	0	1	2	2	14	0	1	30	0	1	4	7	8	0	1	
Tipo de construção da moradia																			
Madeira	0	0	0	0	0	0	37	30	99	100	0	0	0	0	0	0	0	0	
Taipa	36	27	4	5	2	20	48	53	1	0	36	32	43	23	11	3	38	27	
Tijolo/Bloco	64	73	96	95	98	80	15	17	0	0	64	68	57	77	89	97	62	73	
Tipo de piso da moradia																			
Cerâmica/Cimento	71	82	84	77	84	68	52	39	0	0	81	90	88	89	49	66	98	94	
Tábua	4	1	3	8	0	0	2	0	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	
Chão batido/terra	25	17	13	15	16	32	45	61	0	0	19	10	12	11	51	34	2	6	
Tipo de privada																			
Sanitário com descarga	38	44	10	11	11	8	1	2	6	7	19	30	33	17	11	12	7	20	
Sanitário sem descarga	9	16	49	19	12	14	28	23	44	40	29	46	25	47	20	11	73	65	
Casinha/Fossa negra	1	0	5	5	10	3	38	23	23	37	6	13	29	19	1	5	6	5	
Não tem	52	40	36	65	67	75	33	52	27	16	46	11	12	16	68	71	14	10	
Número médio de compartimentos por domicílio	4.5	4.9	4.8	4.9	4.8	4.4	3.9	3.9	3.3	3.3	3.4	4.5	4.9	4.7	3.5	3.9	5.0	4.7	
Número médio de compartimentos de dormir domicílio	1.9	2.2	1.9	1.9	2.1	2.0	1.9	2.1	2.0	2.0	1.5	1.8	1.9	2.0	1.6	1.8	2.0	2.0	
Água encanada																			
Dentro de casa	34	43	20	25	27	13	1	6	64	45	33	65	37	20	3	6	31	35	
No pátio/terreno	23	24	7	4	7	11	5	12	14	22	11	19	42	41	23	25	27	5	
Não tem	43	33	72	71	65	76	94	82	22	33	56	16	21	39	74	69	42	60	
Origem da água usada para beber																			
Rede pública	14	41	1	0	10	8	1	6	67	59	21	32	64	3	1	13	43	28	
Cisterna/Poço	51	35	30	18	22	40	82	76	29	28	71	55	10	74	84	79	21	6	
Rio/Lago/Lagoa/Açude	35	24	69	72	68	52	17	18	4	13	8	13	26	23	15	8	36	66	
Domicílios com rede de esgoto	12	19	14	18	0	2	0	0	2	3	26	43	39	23	4	4	20	32	
Total	77	86	83	79	81	88	84	84	86	86	91	84	96	74	89	91	84	85	

Com: área com Pastoral Sem: área sem Pastoral

4.6 Ocorrência de óbitos e nascimentos em números absolutos nos domicílios com crianças menores de cinco anos em áreas de risco por município. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-set., 2002.

Indicador	Município																	
	Macururé		Arneiroz		Graca		Garraão		Santa Cruz		Mari		Natuba		Caracol		São Pedro	
	Com	Sem	Com	Sem	Com	Sem	Com	Sem	Com	Sem	Com	Sem	Com	Sem	Com	Sem	Com	Sem
Domicílios com ocorrência de óbito nos últimos 12 meses	2	1	1	2	0	0	1	0	2	0	3	2	2	3	2	1	0	2
Causas do óbito segundo a entrevistada:																		
Pneumonia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0
Diarréia/Desidratação	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Desnutrição	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Outra	2	1	1	2	0	0	1	0	0	0	3	2	2	0	2	0	0	2
Domicílios com ocorrência de nascimento nos últimos 12 meses																		
1	20	36	23	25	20	20	29	40	30	23	40	32	21	28	27	40	38	23
2	0	0	0	0	7	3	4	4	1	3	0	0	6	0	1	0	0	0
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>86</b>	<b>83</b>	<b>79</b>	<b>81</b>	<b>88</b>	<b>84</b>	<b>84</b>	<b>86</b>	<b>86</b>	<b>91</b>	<b>84</b>	<b>96</b>	<b>74</b>	<b>89</b>	<b>91</b>	<b>84</b>	<b>85</b>

Com: área com Pastoral

Sem: área sem Pastoral

4.7 Sobre o acesso geográfico ao serviço de saúde mais próximo do domicílio de crianças menores de cinco anos em áreas de risco por município. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-set., 2002.

Indicador	Município																		
	Macururé		Arneiroz		Graça		Garrafão		Santa Cruz		Mari		Natuba		Caracol		São Pedro		
	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	
Serviço de saúde mais próximo do domicílio:																			
Posto de saúde Hospital/Pronto Socorro	43	20	75	87	99	97	92	80	67	82	94	98	67	99	63	58	89	72	
Outro	57	80	25	11	1	3	8	20	26	13	2	2	33	1	34	9	11	26	
Distância a este serviço de saúde	0	0	0	1	0	0	0	0	6	5	4	0	0	0	3	33	0	2	
Menos de 1 km	86	72	68	49	59	35	40	18	69	87	60	84	89	84	50	56	54	46	
1 a 4,9km	2	5	7	11	39	49	1	20	31	5	28	16	11	13	17	6	37	7	
5 km ou mais	12	23	25	40	2	16	58	62	0	8	12	0	0	3	33	37	9	46	
Total	77	86	83	79	81	88	84	84	86	86	91	84	96	74	89	91	84	85	

Com: área com Pastoral

Sem: área sem Pastoral

## 5. SOBRE AS VISITAS DOMICILIARES QUE AS FAMÍLIAS RECEBEM

5.1 Sobre a Pastoral da Criança e as visitas realizadas pela líder nos domicílios com crianças menores de cinco anos em áreas de risco por município. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-set., 2002.

Indicador	Município																	
	Macururê		Arneiroz		Graça		Garraão		Santa Cruz		Mari		Natuba		Caracol		São Pedro	
	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)
Já ouviu falar na Pastoral da Criança	90	55	99	94	98	73	100	80	99	98	95	70	100	42	100	89	96	76
Recebem visita da líder da Pastoral	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0
Já conhecia a líder antes de ser visitada por ela	70	0	71	0	84	0	88	0	90	0	56	0	53	0	78	0	82	0
Líderes que moram na mesma área	65	0	81	0	79	0	92	0	90	0	75	0	77	0	87	0	92	0
Sabem onde a líder mora	51	0	93	0	99	0	100	0	99	0	75	0	77	0	94	0	94	0
Total	77	86	83	79	81	88	84	84	86	86	91	84	96	74	89	91	84	85

Com: área com Pastoral

Sem: área sem Pastoral

5.2 Sobre a frequência de visitas domiciliares realizadas por médicos e enfermeiras em áreas de risco conforme o município. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-set., 2002.

Indicador	Município																		
	Macururé		Arneiroz		Graça		Garrão		Santa Cruz		Mari		Natuba		Caracol		São Pedro		
	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	
Se alguma vez foi visitada em casa por:																			
Médico	8	2	53	43	10	7	9	5	8	1	8	22	8	6	24	10	4	17	27
Enfermeira	22	21	37	42	12	12	15	6	19	24	29	19	20	19	38	20	10	19	22
Total	77	86	83	79	81	88	84	84	86	86	86	91	84	96	89	91	84	84	85

Com: área com Pastoral

Sem: área sem Pastoral



5.3 Sobre a preparação do soro reidratante oral em áreas de risco conforme o município. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-set., 2002.

Indicador	Município																		
	Macururé		Arneiroz		Graca		Garrão		Santa Cruz		Mari		Natuba		Caracol		São Pedro		
	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	
Disseram saber preparar:																			
Soro de pacote Prepararam corretamente	79	78	96	89	98	94	67	48	80	86	77	70	70	85	80	77	62	59	
Colher-medida Prepararam corretamente	31	12	45	61	61	67	71	72	72	55	33	19	19	16	28	27	27	20	
Total	31	26	38	30	48	34	22	18	18	14	13	19	48	32	32	20	42	31	
	77	86	83	79	81	88	84	84	86	86	91	84	96	74	89	91	84	85	

Com: área com Pastoral

Sem: área sem Pastoral

## 5.4 Identificação e manejo de pneumonia pela mãe em área de risco conforme o município. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-set., 2002.

Indicador	Município																		
	Macururé		Arneiroz		Graça		Garrafão		Santa Cruz		Mari		Natuba		Caracol		São Pedro		
	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	
Criança com retração inter e subcostal precisa ser levada ao médico?																			
Sim	100	98	99	99	92	96	98	96	97	100	98	99	94	100	100	100	98	100	
Não	0	2	1	1	4	2	1	4	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	
Não sabe	0	0	0	0	4	2	1	0	1	0	0	1	6	0	0	0	2	0	
Que doença esta criança pode ter?																			
Pneumonia	16	6	17	21	27	19	11	11	7	8	25	27	31	18	4	12	26	32	
Não sabe	42	45	35	31	55	32	59	63	34	44	46	29	49	43	43	46	33	39	
Outras	42	49	48	48	18	49	30	26	59	48	29	44	20	39	53	42	41	29	
Criança com respiração rápida precisa ser levada ao médico?																			
Sim	73	72	70	67	65	73	75	63	79	60	78	92	72	84	71	70	74	74	
Não	13	8	8	10	8	7	8	10	15	20	9	2	6	7	11	6	15	9	
Não sabe	14	20	22	23	27	20	17	27	6	20	13	6	22	9	18	24	11	17	
Que doença esta criança pode ter?																			
Pneumonia	12	10	19	13	19	33	10	4	15	8	21	23	22	25	13	9	13	25	
Não sabe	28	25	47	40	47	52	52	60	46	46	54	16	42	15	29	55	31	27	
Outras	60	65	34	47	34	15	38	36	39	46	25	61	36	60	58	36	56	48	
Total	77	86	83	79	81	88	84	84	86	86	91	84	96	74	89	91	84	85	

Com: área com Pastoral

Sem: área sem Pastoral

## 5.5 Conhecimento das mães de crianças menores de cinco anos residentes em área de risco. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-set., 2002.

Indicador	Município																		
	Macururé		Arneiroz		Graça		Garraão		Santa Cruz		Mari		Natuba		Caracol		São Pedro		
	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	
Mês de gravidez que a mulher deveria iniciar o pré-natal																			
1º ao 3º	81	76	94	84	88	87	44	30	90	91	84	91	87	85	86	75	84	91	
4º ao 6º	13	16	4	9	8	7	55	70	7	8	6	1	6	1	7	7	7	2	
7º ao 9º	6	8	2	7	4	6	1	0	3	1	10	8	6	14	7	18	9	7	
Número de consultas que deveria ser feito durante o pré-natal																			
1 a 5	32	29	10	19	12	18	45	57	29	39	21	12	21	25	12	15	16	10	
6 a 8	35	41	50	50	54	45	22	27	37	28	38	44	34	43	28	35	40	42	
9 ou mais	33	30	40	31	34	37	33	16	34	33	41	44	45	32	60	50	44	48	
Deveriam receber três doses de vacina contra o tétano durante a gravidez.	65	42	65	53	72	66	49	48	63	51	51	58	50	45	61	75	62	55	
Total	77	86	83	79	81	88	84	84	86	86	91	84	96	74	89	91	84	85	

Com: área com Pastoral

Sem: área sem Pastoral

## 6. RESULTADOS SOBRE AS CRIANÇAS

6.1 Características demográficas de crianças menores de cinco residentes anos em áreas de risco por município. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-set., 2002.

Indicador	Município																		
	Macururé		Arneiroz		Graça		Garrafão		Santa Cruz		Mari		Natuba		Caracol		São Pedro		
	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	
Idade da criança (em meses)																			
0 a 5	1	13	8	9	9	10	2	10	8	10	5	10	5	9	10	13	8	11	
6 a 11	10	7	10	6	16	7	16	14	9	10	16	14	6	15	8	9	14	6	
12 a 23	25	24	21	13	22	20	24	19	30	8	25	19	23	20	16	15	18	15	
24 a 35	19	20	24	21	23	14	25	23	16	23	20	20	33	22	22	18	19	21	
36 a 47	19	17	17	19	15	24	24	19	25	26	18	18	17	20	22	26	24	25	
48 a 59	25	19	20	32	17	25	13	15	12	22	15	19	16	14	21	19	17	22	
Sexo																			
Masculino	53	45	48	44	41	58	45	55	45	59	42	54	50	46	45	46	60	53	
Feminino	47	55	52	56	59	42	55	45	55	41	58	46	50	54	55	54	40	47	
Cor da pele																			
Branca	15	28	35	49	43	36	36	49	19	9	42	42	46	34	15	20	25	39	
Morena/Parda	77	70	65	49	56	61	62	51	74	80	57	51	53	62	76	77	71	59	
Preta	8	2	0	1	1	2	2	0	7	11	1	7	1	4	9	3	4	2	
Vivem com a mãe biológica	97	92	90	85	98	92	88	94	94	81	98	89	95	91	94	95	98	89	
Tiveram algum irmão nascido morto	17	3	5	5	15	13	12	20	11	2	18	10	13	21	15	7	17	11	
Total	77	86	83	79	81	88	84	84	86	86	91	84	96	74	89	91	84	85	

Com: área com Pastoral

Sem: área sem Pastoral

6.2 Consultas de pré-natal e imunização antitetânica crianças menores de cinco anos em áreas de risco por município. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-set., 2002.

Indicador	Município																	
	Macururé		Arneiroz		Graça		Garrafão		Santa Cruz		Mari		Natuba		Caracol		São Pedro	
	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)
Fizeram pré-natal	87	91	95	95	92	98	81	81	89	77	84	86	83	84	74	76	98	90
Trimestre em que iniciaram a gravidez:																		
Primeiro	56	60	82	70	70	63	33	21	81	71	65	75	64	73	87	88	81	74
Segundo	38	36	18	27	27	33	59	73	19	29	28	20	31	27	11	9	18	26
Terceiro	6	4	0	3	3	4	8	6	0	0	7	5	5	0	2	3	1	0
Número de consultas realizadas:																		
Menos de 6	72	66	34	48	45	59	80	93	54	73	52	58	56	55	62	56	35	48
Mais de 6	28	34	66	52	55	41	20	7	46	27	48	42	44	45	38	44	65	52
Imunização completa contra o tétano neonatal																		
Total	50	57	56	64	40	53	60	66	42	54	70	61	57	58	51	52	40	49
	77	86	83	79	81	88	84	84	86	86	91	84	96	74	89	91	84	85

Com: área com Pastoral Sem: área sem Pastoral

6.3 Exames laboratoriais realizados durante a gravidez de crianças menores de cinco anos em áreas de risco por município. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-set., 2002.

Indicador	Município																	
	Macururé		Arneiroz		Graça		Garrafão		Santa Cruz		Mari		Natuba		Caracol		São Pedro	
	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)
Tipo de exame:																		
Úrina	39	60	90	81	76	74	84	94	91	89	93	91	86	96	32	98	94	
Fezes	24	41	53	53	23	31	47	44	83	76	84	84	82	86	12	16	89	83
Sangue	35	57	95	83	85	73	81	91	87	87	93	91	83	98	17	29	98	96
Citopatológico de colo uterino	8	5	21	13	5	6	8	6	18	22	8	6	14	18	9	15	17	24
HIV	3	3	10	6	5	2	0	1	17	14	9	7	8	20	5	10	10	15
Detecção de:																		
Rubéola	3	7	6	7	4	0	0	1	11	14	11	9	8	20	5	7	12	10
Sífilis	3	9	9	6	3	1	2	4	13	17	9	4	8	18	5	7	11	10
Hepatite	2	7	4	6	1	1	2	3	11	14	14	9	5	16	6	7	10	15
Ultra-sonografia	36	48	82	69	18	14	11	7	41	49	74	76	41	73	32	46	32	47
Total	77	86	83	79	81	88	84	84	86	86	91	84	96	74	89	91	84	85

Com: área com Pastoral

Sem: área sem Pastoral

6.4 Assistência à gestação e ao parto para crianças menores de cinco anos em áreas de risco por município. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-set., 2002.

Indicador	Município																	
	Macururé		Arneiroz		Graça		Garrafão		Santa Cruz		Mari		Natuba		Caracol		São Pedro	
	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)
Local de nascimento:																		
Hospital/Maternidade	87	80	88	85	84	36	42	71	77	98	98	94	88	69	69	99	99	
Casa de parto	3	8	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
No próprio domicílio	9	9	4	10	16	62	50	28	21	2	2	5	11	22	10	0	1	1
Outro	1	2	8	5	0	2	7	1	2	0	0	1	0	8	21	1	0	0
Nasceram de parto																		
Normal	94	87	86	91	91	88	98	84	77	79	74	89	84	93	87	92	81	
Nasceram com peso																		
< 2500 g	5	4	5	4	8	13	11	11	11	9	9	7	7	8	13	2	10	
Fizeram revisão de parto																		
Fizeram	19	23	33	28	15	10	19	6	17	16	17	16	21	26	15	17	21	
Total	77	86	83	79	81	88	84	86	86	91	84	96	74	89	91	84	85	

Com: área com Pastoral

Sem: área sem Pastoral

6.5 Hospitalizações nos últimos 12 meses entre crianças menores de cinco anos em áreas de risco por município. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-set., 2002.

Indicador	Município																		
	Macururé		Arneiroz		Graça		Garrafão		Santa Cruz		Mari		Natuba		Caracol		São Pedro		
	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	
Hospitalizadas nos últimos 12 meses	12	6	27	18	5	7	6	7	10	10	23	21	11	15	28	26	5	8	
Causa da hospitalização:																			
Diarréia	33	60	27	14	50	33	60	33	56	44	33	17	18	36	36	25	0	14	
Pneumonia	67	20	45	21	25	33	0	33	11	22	33	33	64	45	28	58	25	43	
Desnutrição	0	0	5	0	0	0	0	0	11	0	5	0	0	9	4	0	50	29	
Acidentes	0	0	0	7	0	0	0	0	11	11	0	0	0	9	4	0	0	0	
Outras	0	20	23	58	25	33	40	33	11	23	29	50	18	1	28	17	25	14	
Total	77	86	83	79	81	88	84	84	86	86	91	84	96	74	89	91	84	85	

Com: área com Pastoral

Sem: área sem Pastoral

6.6 Ocorrência de doenças ou problema de saúde nos últimos 15 dias crianças menores de cinco anos em áreas de risco por município. Norte e Nordeste do Brasil, jul.-set., 2002.

Indicador	Macururé		Arneiroz		Graça		Garrafão		Município		Santa Cruz		Mari		Natuba		Caracol		São Pedro			
	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)	Com (%)	Sem (%)		
Doenças ou problemas de saúde nos últimos 15 dias:																						
Gripe/Resfriado	45	55	68	89	60	53	59	50	44	29	38	32	55	63	29	38	68	59				
Dor de ouvido	10	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	7	0	8	0	0				
Perda de apetite	0	3	11	6	5	3	6	6	0	5	4	5	7	4	14	0	9	6				
Febre	14	22	21	17	45	34	32	44	33	48	31	46	24	30	36	23	29	38				
Tosse	7	3	14	17	0	3	26	16	22	14	19	46	17	22	7	15	35	23				
Diarréia/Disenteria	38	19	7	6	0	44	21	22	33	29	23	14	21	26	36	23	12	15				
Dor de garganta	0	9	0	0	0	0	0	0	6	10	0	0	0	11	0	8	3	3				
Feridas no corpo	7	19	11	6	15	16	9	12	11	10	12	14	0	4	14	8	12	6				
Respiração rápida	0	0	7	11	5	0	6	0	0	0	0	5	7	4	7	23	0	9				
Dificuldade para respirar	7	3	4	6	10	3	12	0	6	5	4	3	3	4	14	15	9	15				
Convulsão	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0				
Vômito	0	6	0	6	0	6	0	6	11	14	0	0	3	4	7	0	6	9				
Total	77	86	83	79	81	88	84	84	86	86	91	84	96	74	89	91	84	85				

Com: área com Pastoral

Sem: área sem Pastoral



**PASTORAL DA CRIANÇA  
FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA E  
ADOLESCÊNCIA (UNICEF)  
REDE GLOBO – CRIANÇA ESPERANÇA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, RS**

**Número do  
questionário**

**QUESTIONÁRIO SOBRE A CRIANÇA**

1. IDENTIFICAÇÃO: _____	idc _____
2. ÁREA:           (1) Pastoral           (2) Não Pastoral (Controle)	paco __
3. MUNICÍPIO: __ Comunidade: _____	mun __
4. NÚMERO DO DOMICÍLIO: ____ NÚMERO DA MÃE: __	com ____
NÚMERO DA CRIANÇA : ____	ndocr ____
5. ÁREA:           (1) Urbana           (2) Rural	nmãe __
6. Qual o nome da criança? _____ <i>(Onde constar &lt;CRIANÇA&gt; substituir pelo nome)</i>	ncri __
7. Qual a data de nascimento de <CRIANÇA>? __/__/__	area __
8. SEXO:       (1) Masculino       (2) Feminino	dn __/__/__
9. COR DA PELE: (1) Branca   (2) Parda/Morena   (3) Preta	sexo __
10. O que a senhora é de <CRIANÇA>? (1) Mãe biológica           (2) Mãe adotiva           (3) Avó (4) Irmã                   ( ) Outra: _____	corcri __
11. SE MÃE BIOLÓGICA: Quantos filhos a senhora (MÃE NATURAL) teve antes de <CRIANÇA> nascer? Todos nasceram vivos? ____ nascidos vivos ____ nascidos mortos <i>(maior de 28 semanas de gestação ou 1.000 g)</i>	maebio __
12. Qual a data de nascimento do irmão que nasceu antes de <CRIANÇA>? ____/____/____ <i>(Preencher 11/11/11 se filho único, ou primeiro filho)</i>	navivo ____
13. A Sra. fez alguma consulta de pré-natal durante a gravidez de <CRIANÇA>? (1) Sim                   (2) Não [→18]           (9) Não sabe [→18]	namort ____
14. SE SIM: Em que mês da gravidez de <CRIANÇA> a senhora começou as consultas de pré-natal? __ __ mês <i>(99=Não sabe; 88=Não se aplica)</i>	dni __/__/__
15. Quantas consultas de pré-natal a senhora fez durante a gravidez de <CRIANÇA>? ____ consultas <i>(99=Não sabe; 88=Não se aplica)</i>	prenat __
	mespre ____
	conspre ____

16. Quais exames a senhora fez durante a gravidez de <CRIANÇA>?		
Exame de urina	(1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (9) NSb	feur ___
Exame de fezes	(1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (9) NSb	fefe ___
Exame de sangue	(1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (9) NSb	fesa ___
Exame para câncer no útero	(1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (9) NSb	feca ___
Teste para AIDS (HIV)	(1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (9) NSb	fehi ___
Teste para Rubéola	(1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (9) NSb	feru ___
Teste para Sífilis	(1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (9) NSb	fesi ___
Teste para Hepatite	(1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (9) NSb	fehe ___
Ultrassom do nenê	(1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (9) NSb	feso ___
Outro1: _____	(0) Não	feol ___
Outro2: _____	(0) Não	feu2 ___
17. Além desses exames, o que mais o médico fez para a senhora durante a gravidez de <CRIANÇA>?		
Mediu a pressão	(1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (9) NSb	mepr ___
Mediu a barriga	(1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (9) NSb	meba ___
Fez exame por baixo	(1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (9) NSb	feto ___
Examinou o seio	(1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (9) NSb	exse ___
Escutou o coração do nenê	(1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (9) NSb	esco ___
Ensinou dar de mamar no peito	(1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (9) NSb	fama ___
Conversou sobre tipo de parto	(1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (9) NSb	fapa ___
Pesou	(1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (9) NSb	pege ___
Mediu a altura do útero	(1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (9) NSb	meut ___
Viu se a perna estava inchada	(1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (9) NSb	inpe ___
Orientou sobre alimentação	(1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (9) NSb	oral ___
Deu/receitou sulfato ferroso	(1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (9) NSb	defe ___
Outro1: _____	(0) Não	oex1 ___
Outro2: _____	(0) Não	oex2 ___
18. A Senhora tomou alguma dose de vacina contra o tétano durante a gravidez de <CRIANÇA>? (0) Não, nenhuma ( ) Sim, quantas? __ doses (7) Sim, apenas o reforço (8) Não, já era imunizada		anti ___
19. Onde nasceu <CRIANÇA>? (1) Hospital/Maternidade (2) Casa de parto (3) Em casa (4) Outro: _____		local ___
20. Quem fez o parto de <CRIANÇA>? (1) Médico (2) Enfermeira (3) Outro (4) Ninguém		fezp ___
21. Como foi o parto? (1) Normal (2) Fórcepe (3) Cesariana		parto ___
22. Quanto <CRIANÇA> pesou ao nascer? _____ gramas (9999=Não sabe)		pn _____
23. O PESO AO NASCER FOI CONFIRMADO OU INFORMADO? (1) Confirmado e obtido na maternidade ( ) Confirmado e obtido no domicílio pelo(s): (2) Lider (3) Agente (4) Os dois (5) Informado		pconf ___
24. Depois que <CRIANÇA> nasceu, a senhora alguma vez se consultou com médico antes de <CRIANÇA> completar dois meses? (1) Sim (2) Não [→26] (3) Não sabe/Não lembra[→26]		puerp ___

<p>25. SE CONSULTOU: Qual foi o motivo?            (1) Fazer revisão (2) Febre (3) Corrimento            (4) Problema nos seios ( ) Outro: _____</p>	motpu __
<p>26. &lt;CRIANÇA&gt; foi internada em hospital desde &lt;12 MESES ATRÁS&gt; pra cá?  <b>(0) Não [→28]</b> ( ) Sim, quantas vezes: __ vezes</p>	nhosp __
<p>27. SE FOI HOSPITALIZADA: A senhora poderia me dizer por que motivo(s) &lt;CRIANÇA&gt; foi internada?            Diarréia (0) Não ( ) Sim, __ vezes            IRA/Pneumonia (0) Não ( ) Sim, __ vezes            Desnutrição/Anemia (0) Não ( ) Sim, __ vezes            Acidentes (0) Não ( ) Sim, __ vezes            Outra1: _____ (0) Não            Outra2: _____ (0) Não</p>	hdia __ hira __ hdes __ haci __ hou1 __ hou2 __
<p>28. &lt;CRIANÇA&gt; está ou esteve doente ou com algum problema de saúde desde ontem a esta hora? (1) Sim <b>(2) Não[→32]</b> <b>(3) Não sabe[→32]</b></p>	doeh __
<p>29. SE SIM: Que problema/doença &lt;CRIANÇA&gt; tem ou teve?            Gripe/Resfriado (1) Sim (2) Não (9) Não sabe            Dor de ouvido (1) Sim (2) Não (9) Não sabe            Perda de apetite (1) Sim (2) Não (9) Não sabe            Febre (1) Sim (2) Não (9) Não sabe            Tosse (1) Sim (2) Não (9) Não sabe            Diarréia/Disenteria* (1) Sim (2) Não (9) Não sabe            Dor de garganta (1) Sim (2) Não (9) Não sabe            Feridas pelo corpo (1) Sim (2) Não (9) Não sabe            Respiração rápida** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe            Dificuldade respiratória** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe            Convulsão/Ataque (1) Sim (2) Não (9) Não sabe            Vomita tudo o que come (1) Sim (2) Não (9) Não sabe            Outra queixa1: _____ (0) Não            Outra queixa2: _____ (0) Não</p>	grih __ ovih __ apesh __ febh __ tosh __ diah __ garh __ ferh __ rerh __ dirh __ conh __ vomh __ ou1h __ ou2h __
<p>30. *SE ESTÁ COM DIARRÉIA:            Quantas vezes &lt;CRIANÇA&gt; fez cocô mole desde ontem? __ __ vezes            &lt;CRIANÇA&gt; está vomitando? (1) Sim (2) Não            &lt;CRIANÇA&gt; está se alimentando bem? (1) Sim (2) Não            &lt;CRIANÇA&gt; está tomando líquido como antes? (1) Sim (2) Não</p>	di24 __ __ vo24 __ __ al24 __ li24 __
<p>31. **SE ESTÁ C/ RESPIRAÇÃO RÁPIDA/DIFICULDADE RESPIRATÓRIA:            &lt;CRIANÇA&gt; está com problema no pulmão ou está com o nariz entupido?            (1) Com problema no pulmão (ofegante, falta de folego, falta de ar, tiragem)            (2) Com problema no nariz (nariz entupido/trancado)            (3) Com problema no pulmão e no nariz ( ) Outro: _____</p>	pe24 __
<p>32. &lt;CRIANÇA&gt; esteve doente ou com algum problema de saúde nos últimos 15 dias desde &lt;DIA DA SEMANA&gt; de duas semanas atrás? (NÃO INCLUIR A DOENÇA DAS ULTIMAS 24 HORAS REFERIDA NAS PERGUNTAS 29/30)            (1) Sim <b>(2) Não[→61]</b> <b>(9) Não sabe[→61]</b></p>	do15 __

<p>33. SE SIM: Que problema/doença &lt;CRIANÇA&gt; tem ou teve?</p> <p>Gripe/Resfriado (1) Sim (2) Não (9) Não sabe  Dor de ouvido (1) Sim (2) Não (9) Não sabe  Perda de apetite (1) Sim (2) Não (9) Não sabe  Febre (1) Sim (2) Não (9) Não sabe  Tosse (1) Sim (2) Não (9) Não sabe  Diarréia/Disenteria* (1) Sim (2) Não (9) Não sabe  Dor de garganta (1) Sim (2) Não (9) Não sabe  Feridas pelo corpo (1) Sim (2) Não (9) Não sabe  Respiração rápida** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe  Dificuldade respiratória** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe  Convulsão/Ataque (1) Sim (2) Não (9) Não sabe  Vomita tudo o que come (1) Sim (2) Não (9) Não sabe  Outra queixa1: _____ (0) Não  Outra queixa2: _____ (0) Não</p>	<p>gri15 ___  ovi15 ___  ape15 ___  feb15 ___  tos15 ___  dia15 ___  gar15 ___  fer15 ___  rer15 ___  dir15 ___  con15 ___  vom15 ___  ou115 ___  ou215 ___</p>
<p>34. * Neste período em que &lt;CRIANÇA&gt; estava com diarreia:</p> <p>Quantas vezes &lt;CRIANÇA&gt; fez cocô mole por dia? ___ vezes  &lt;CRIANÇA&gt; estava vomitando? (1) Sim (2) Não  &lt;CRIANÇA&gt; estava se alimentando bem? (1) Sim (2) Não  &lt;CRIANÇA&gt; estava tomando líquido normalmente (1) Sim (2) Não</p> <p>35. A senhora deu algo de beber para tratar a diarreia de &lt;CRIANÇA&gt;?  (1) Sim (2) Não [→38 ou 40]</p> <p>36. SE DEU ALGO DE BEBER: O que a senhora deu para a criança beber?</p> <p>Soro de pacote (1) Sim (2) Não (8) NSA  Soro caseiro, colher-medida (1) Sim (2) Não (8) NSA  Soro caseiro, punhado-pitada (1) Sim (2) Não (8) NSA  Soro comprado na farmácia (1) Sim (2) Não (8) NSA  Água (1) Sim (2) Não (8) NSA  Chás (1) Sim (2) Não (8) NSA  Outro1: _____ (0) Não (8) NSA  Outro2: _____ (0) Não (8) NSA</p>	<p>di15 ___  vo15 ___  al15 ___  li15 ___    liq25 ___    pac ___  col ___  pup ___  sfar ___  agua ___  chá ___  out1 ___  out2 ___</p>
<p>37. SE USOU SORO: Quem receitou o soro para &lt;CRIANÇA&gt;?</p> <p>(1) Médico/Enfermeira (2) Outra da equipe de saúde  (3) Agente comunitário (4) Líder da Pastoral  (5) Amiga/Vizinha (6) Usou por conta própria  ( ) Outro: _____</p>	<p>resor ___</p>
<p>38. **SE TINHA RESPIRAÇÃO RÁPIDA/DIFICULDADE RESPIRATÓRIA:</p> <p>Quando estava respirando rapidamente ou com dificuldade para respirar &lt;CRIANÇA&gt; tinha problema no pulmão ou estava com nariz entupido?</p> <p>(1) Com problema no pulmão (ofegante, falta de folego, falta de ar)  (2) Com problema no nariz (nariz entupido/trancado)  (3) Com problema no nariz e no pulmão  ( ) Outro: _____</p>	<p>peito15 ___</p>

<p>39. Nestas duas últimas semanas em que &lt;CRIANÇA&gt; estava com dificuldade para respirar ele estava com:</p> <p>Febre (0) Não (1) Sim, verificada com a mão (2) Sim, aferida com termômetro</p> <p>Rouquidão/catarro (1) Sim (2) Não Puxa ou estava puxando (1) Sim (2) Não</p>	<p>fe15 __</p> <p>ro15 __</p> <p>pu15 __</p>
<p>40. Nesses dias em que &lt;CRIANÇA&gt; estava doente, a senhora deu algum remédio a ele por conta própria? (1) Sim (2) Não</p> <p>41. A senhora ou alguma outra pessoa levou &lt;CRIANÇA&gt; para se consultar? (1) Sim [→ 43] (2) Não (9) Não sabe [→ 56]</p>	<p>med15 __</p> <p>aju15 __</p>
<p>42. SE NÃO: Porque não levou &lt;CRIANÇA&gt; para se consultar? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>pn115 __</p> <p>pn215 __</p> <p>pn315 __</p>
<p>43. SE LEVOU À CONSULTA: Conseguiu atendimento para &lt;CRIANÇA&gt; ? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe</p>	<p>coa15</p>
<p>44. SE CONSEGUIU ATENDIMENTO: Onde &lt;CRIANÇA&gt; foi atendido?</p> <p>(1) Posto de saúde Farmácia (2) Pronto socorro/Hospital (3) Atendimento 24 h (4) Farmácia (5) Clínica/Convênio (6) Consultório particular (7) Outro: _____</p> <p>45. Quanto tempo demorou para &lt;CRIANÇA&gt; ser atendida(o)? __ horas __ minutos (7, 77, se imediatamente atendido; 8, 88, se esperou + de 1 dia)</p> <p>46. Qual é a distância da sua casa até este local onde &lt;CRIANÇA&gt; foi atendido? __ km (00= menos de 1 km; 99 = Não sabe)</p> <p>47. Quem atendeu &lt;CRIANÇA&gt; neste &lt;LOCAL&gt;? (1) Médico (2) Enfermeira (3) Balconista de farmácia ( ) Outro: _____</p> <p>48. Esta pessoa que atendeu &lt;CRIANÇA&gt; receitou algum remédio a ele(a)? (1) Sim (2) Não [→ 51]</p>	<p>ona15 __</p> <p>deh15 __</p> <p>dem15 __</p> <p>dis15 __</p> <p>qcon15 __</p> <p>rece15 __</p>
<p>49. SE USOU ALGUM TIPO DE REMÉDIO: A senhora teve de comprar este(s) remédio(s)?</p> <p>(1) Sim, comprei todos (2) Sim, comprei e ganhei (3) Não, ganhei todos (4) Não comprei o remédio ( ) Outro: _____</p>	<p>core15 __</p>
<p>50. SE SIM: Algum desses remédios &lt;CRIANÇA&gt; teve de tomar durante cinco dias ou mais ? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe</p>	<p>atb15 __</p>

<p>51. SE &lt;CRIANÇA&gt; FOI ATENDIDA POR MÉDICO OU ENFERMEIRA: O/A &lt;ENFERMEIRO/MÉDICO&gt; que atendeu &lt;CRIANÇA&gt; foi visitar ele em casa depois? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe [→54]</p>	vis15 __
<p>52. O &lt;MÉDICO/ENFERMEIRA&gt; disse que &lt;CRIANÇA&gt; tinha que voltar a este &lt;LOCAL&gt;? (1) Sim (2) Não [→54] (9) Não lembra[→56]</p>	mret15 __
<p>53. SE SIM: Alguém levou &lt;CRIANÇA&gt; de novo a este &lt;LOCAL&gt; por causa dessa mesma doença? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe</p>	fret15 __
<p>54. A pessoa que atendeu &lt;CRIANÇA&gt; disse que ele precisava ser levada(o) para outro local? (1) Sim (2) Não [→56] (9) Não sabe [→56]</p>	enc15 __
<p>55. SE SIM: &lt;CRIANÇA&gt; foi levada(o) para consultar a este outro local? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe</p>	fen15
<p>56. Na sua opinião &lt;CRIANÇA&gt; estava um pouco doente, mais ou menos doente ou muito doente? (1) Um pouco doente (2) Mais ou menos doente (3) Muito doente (9) Não sabe</p>	mdo15 __
<p>57. Baseado na sua experiência, a senhora achou que &lt;CRIANÇA&gt; corria perigo de vida, ou seja, podia morrer por causa desses problemas/doença de duas semanas atrás? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe</p>	pev15 __
<p>58. Nesses dias em que &lt;CRIANÇA&gt; esteve doente, a senhora ofereceu líquido na mesma quantidade de sempre, ofereceu mais líquido ou menos líquido? (1) A mesma quantia de sempre (2) Mais líquido (3) Menos líquido (4) Não sabe</p>	oli 15 __
<p>59. Durante estes dias que &lt;CRIANÇA&gt; esteve doente, a senhora mudou o tipo de comida que ele comia? (1) Sim (2) Não</p>	com15 __
<p>60. Em relação a quantidade de comida, a senhora ofereceu para &lt;CRIANÇA&gt; a mesma quantidade de sempre, mais ou menos comida? (1) A mesma quantia de sempre (2) Mais comida (3) Menos comida (9) Não sabe</p>	qco15 __
<p>61. A senhora ou alguém levou &lt;CRIANÇA&gt; para consultar com médico ou enfermeira desde &lt;ÉPOCA DE TRÊS MESES ATRÁS&gt; pra cá? (NÃO INCLUIR AS DOENÇAS CITADAS NOS PERÍODOS ANTERIORES) (0) Não [→63] ( ) Sim, com médico, quantas vezes: __ vezes ( ) Sim, com enfermeira, quantas vezes: __ vezes</p>	cons3 __ come3 __ coen3 __
<p>62. SE CONSULTOU: A senhora poderia me dizer por que motivo(s) &lt;CRIANÇA&gt; precisou consultar?</p> <p>Diarréia (0) Não ( ) Sim, __ vezes</p> <p>IRABaixa/Pneumonia: (0) Não ( ) Sim, __ vezes</p> <p>Desnutrição/Anemia (0) Não ( ) Sim, __ vezes</p> <p>Doença de pele (0) Não ( ) Sim, __ vezes</p> <p>Acidentes (0) Não ( ) Sim, __ vezes</p> <p>Puericultura/Rotina (0) Não ( ) Sim, __ vezes</p> <p>IRAlta (Gripe/otite/amigdalite/sinusite) (0) Não ( ) Sim, __ vezes</p> <p>Outra: _____ (0) Não</p>	codi3 __ copn3 __ code3 __ cope3 __ coac3 __ copr3 __ coir3 __ cou3 __

AS PERG. 63-64 SÓ DEVEM SER FEITAS PARA MAIORES DE 6 MESES

63. Isto aqui é uma capsula de vitamina A que para ser dada tem que ser espremida dentro da boca da criança. A senhora saberia me dizer se <CRIANÇA> está recebendo este tipo de vitamina?

- (1) Sim, registrado na carteira      (2) Sim, não registrado  
(3) Não, nunca recebeu [→65]      (4) Não Sabe[→65]

vita \_\_

64. SE RECEBE: Nos últimos 6 meses, desde <MES> até agora <CRIANÇA> recebeu este tipo de vitamina?

- (1) Sim, confirmado na carteira      (2) Sim, não confirmado na carteira  
(3) Não recebeu      (9) Não sabe/Não lembra

vit6 \_\_

65. Com que idade <CRIANÇA> começou a receber?

- Água ..... meses  
Chá ..... meses  
Suco de fruta ..... meses  
Leite em pó ..... meses  
Leite de vaca/caixinha/saquinho..... meses  
Outro leite ..... meses  
Papa de verduras/legumes ..... meses  
Angu (farinha com água)..... meses  
Gogó (farinha/maisena/neston/mucilon)..... meses  
Sopinhas ..... meses  
Fruta amassada ..... meses  
Arroz com feijão ..... meses  
Carne ..... meses

(00=menos de 1 mês; 97 = nunca recebeu; 98 = nunca recebeu regularmente

idag \_\_\_\_  
idch \_\_\_\_  
idsu \_\_\_\_  
idlep \_\_\_\_  
idlev \_\_\_\_  
idol \_\_\_\_  
idpa \_\_\_\_  
idgu \_\_\_\_  
idgo \_\_\_\_  
idso \_\_\_\_  
idfr \_\_\_\_  
idar \_\_\_\_  
idca \_\_\_\_

66. <CRIANÇA> mama no peito?      (1) Sim [→68]      (2) Não

mama \_\_

67. SE JÁ FOI DESMAMADA: Que idade tinha <CRIANÇA> quando deixou de mamar?  
\_\_ anos (8=ainda mama; 9 = não sabe)  
\_\_ meses (88=ainda mama; 99 = não sabe)  
\_\_ dias (88= ainda mama; 99 = não sabe)

desan \_\_  
desme \_\_\_\_  
desdi \_\_

68. Desde ontem a esta hora, <CRIANÇA> recebeu?

- Vitaminas ou algum outro remédio?      (1) Sim      (2) Não      (9) Ign  
Água pura?      (1) Sim      (2) Não      (9) Ign  
Água com açúcar, suco de fruta, ou chás?      (1) Sim      (2) Não      (9) Ign  
Soro oral?      (1) Sim      (2) Não      (9) Ign  
Farinha d'água/ Angu?      (1) Sim      (2) Não      (9) Ign  
Gogó?      (1) Sim      (2) Não      (9) Ign  
Leite em pó, leite de vaca/cabra/saquinho?      (1) Sim      (2) Não      (9) Ign  
Refrigerante?      (1) Sim      (2) Não      (9) Ign  
Café preto?      (1) Sim      (2) Não      (9) Ign  
Café com leite?      (1) Sim      (2) Não      (9) Ign  
Algum outro líquido: Qual? \_\_\_\_\_      (1) Sim      (2) Não      (9) Ign  
Alimentos que tivesse de mastigar?      (1) Sim      (2) Não      (9) Ign  
Leite do peito?      (1) Sim      (2) Não      (9) Ign  
SE RECEBEU LEITO DO PEITO:  
Foi somente leite do peito?      (1) Sim      (2) Não      (9) Ign

vit24 \_\_  
ag24 \_\_  
suc24 \_\_  
tro24 \_\_  
far24 \_\_  
go24 \_\_  
lei24 \_\_  
ref24 \_\_  
cap24 \_\_  
cal24 \_\_  
liq24 \_\_  
so24 \_\_  
leip24 \_\_  
lep24 \_\_

SE INGERIU ALIMENTOS SÓLIDOS/SEMI-SÓLIDOS OU AMASSADO		nso24 ___		
69. Desde ontem a esta hora, quantas vezes <CRIANÇA> comeu esse tipo de alimento? ___ vezes.				
70. <CRIANÇA> foi pesada nas últimas quatro semanas desde <DIA DE UM MÊS ATRÁS> pra cá? (0) Não [→73] ( ) Sim, quantas vezes? ___ vezes		pe1m ___		
71. Quem pesou <CRIANÇA>?		acsp ___		
Agente comunitário de saúde	(1) Sim (2) Não	lpp ___		
Líder da Pastoral	(1) Sim (2) Não	opsp ___		
Outro do Posto de Saúde	(1) Sim (2) Não	oup ___		
Outro: _____	(2) Não			
72. SE SIM: Onde <CRIANÇA> foi pesada(o)?		pcac ___		
Na sua própria casa	(1) Sim (2) Não	pcal ___		
Na casa do Agente/Líder	(1) Sim (2) Não	pcom ___		
Na comunidade	(1) Sim (2) Não	pps ___		
No Posto de Saúde	(1) Sim (2) Não	pou ___		
Outro: _____	(2) Não			
73. <CRIANÇA> tem cartão da criança?		card ___		
(1) Sim, visto	(2) Sim, não visto			
(3) Tinha mas perdeu	(4) Não, nunca teve			
74. Quantas doses de vacina <CRIANÇA> já recebeu?				
	Cartão	Mãe	Cicatriz	
Sabin/Antipólio (gotas na boca)	___	___		sab ___
Triplice/DPT (Injeção na nádega)	___	___		dpt ___
Contra o sarampo (braço)	___	___		sar ___
BCG (Cicatriz no braço)	___		___	bcg ___
Hepatite (injeção na coxa)	___	___		hep ___
Haemófilos	___	___		hae ___
75. SE O CARTÃO FOI VISTO: <CRIANÇA> tem mais algum cartão igual a esse aqui? (0) Não ( ) Sim, quantos: ___		oucar ___		
76. <CRIANÇA> participava do programa do leite? (1) Sim (2) Não (8) NSA		plei ___		
77. <CRIANÇA> recebe bolsa alimentação? (1) Sim (2) Não (8) NSA		boal ___		
----- ANTROPOMETRIA -----				
78. Peso: ____, __ kg		peso _____		
79. Altura/Comprimento: _____, __ cm		altu _____		
80. Perímetro braquial : _____, __ cm		pebr _____		
81. Perímetro da panturrilha: _____, __ cm		pantu _____		
82. Número do questionário da mãe: _____		nqmae _____		
83. Data da entrevista: ___/___/2002		dac ___/___/02		
84. Entrevistador(a): _____ N.º ___		entrec ___		



**PASTORAL DA CRIANÇA  
FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA E  
ADOLESCÊNCIA (UNICEF)  
REDE GLOBO – CRIANÇA ESPERANÇA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, RS**

**Número do  
questionário**

**QUESTIONÁRIO GERAL SOBRE A MÃE E A FAMÍLIA**

1. IDENTIFICAÇÃO: _____	idm _____
2. ÁREA: (1) Pastoral (2) Não Pastoral (Controle)	area __
3. MUNICÍPIO: _____ Comunidade: _____	mun __ comu ____
4. NÚMERO DOMICÍLIO: _____ NÚMERO DA MÃE: _____	ndom ____ nmae __
5. LÍDER DA PASTORAL: _____ ÁREA: (1) Urbana (2) Rural	lp ____
6. Qual o seu nome completo? _____	ares ____
7. COR DA PELE: (1) Branca (2) Parda/Morena (3) Preta	corm __
8. Quantos anos a senhora tem? _____ anos <i>(Confirmar se já completou)</i>	idm ____
9. A senhora sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não (3) Só assina	lerm __
10. Até que série a senhora estudou na escola? _____ <sup>a</sup> do _____ <sup>o</sup> grau <i>(Confirmar se já completou)</i>	serim __ graum __
11. Quais são as pessoas que moram na sua casa? Pai (da criança) : (1) Sim (2) Não Mãe (da criança) : (1) Sim (2) Não Filhos: __ (número) Outros: __ (número)	paim __ maem __ film __ outm __
12. A senhora tem marido/companheiro? (1) Sim (2) Não [→14]	compa __
13. SE SIM: Ele vive com a senhora? (1) Sim, o tempo todo (2) Sim, de vez em	viveju __
14. O seu marido/companheiro sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não (3) Só assina	lerpa __
15. Até que série ele estudou na escola? _____ <sup>a</sup> do _____ <sup>o</sup> grau <i>(confirmar se completou)</i>	serip __ graup __
16. Morreu alguma criança com menos de um ano na sua casa desde <12 MESES ATRÁS> pra cá? (0) Não [→19] ( ) Sim, quantas: __ crianças	ob1 __
17. SE SIM: Que idade tinha quando morreu? Criança1: _____ meses (88=NSA) Criança2: _____ meses (99=Não sabe)	iob1 ____ iob2 ____
18. Do que morreu? Criança1: _____ Criança2: _____ (1=Pneumonia/Canseira; 2=Diarréia/Desidratação; 3=Desnutrição; 4=Outra; 8=NSA; 9=Não sabe)	cob1 __ cob2 __
19. Nasceu alguma criança na sua casa desde <12 MESES ATRÁS> pra cá? (0) Não ( ) Sim, quantas: __ crianças	na12 __

20. A senhora já ouviu falar no agente comunitário de saúde? (1) Sim (2) Não [→ 22]	fac __
21. SE SIM: Ele visita a sua casa? (1) Sim (2) Não	acvi __
22. A senhora já ouviu falar na Pastoral da Criança? (1) Sim (2) Não	fapa __
23. E no líder da Pastoral, a senhora já ouviu falar? (1) Sim (2) Não [→ 37 ou → 48]	falp __
24 SE SIM: Ele visita a sua casa? (1) Sim (2) Não [→ 37 ou → 48]	lpvi __
25. SE RESPOSTA AFIRMATIVA NA 21 E NA 24 PERGUNTE: O líder e o agente são a mesma pessoa? (1) Sim (2) Não, é só líder (3) Não, é so agente [→ 37]	aclp __
<b>SE RESPOSTA POSITIVA NAS PERGs. 24 OU 25, APLIQUE DA 26 A 37</b>	
26. A senhora já conhecia o líder/agente antes dele(a) começar a visitar a sua casa? (1) Sim (2) Não (3) Não lembra	col __
27. Há quanto tempo o líder/agente visita a sua casa? __ ano __ meses	telva __ telvm __ __
28. O líder/agente mora nesta área? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe	mol __
29. A senhora sabe onde é a casa dele(a)? (1) Sim (2) Não (3) Mais ou menos	onl __
30. De quanto em quanto tempo o líder/agente visita a sua casa? __ vez por mês	flvm __
31. Quanto tempo faz que o líder/agente visitou a sua casa pela última vez? __ mês __ dias (Anotar 77, 77 se mais de 1 ano e 00 se menos de 1 mês ou 1 ano)	uvlvm __ __ uvld __ __
32. A senhora poderia me dizer o que o líder/agente faz durante estas visitas? Ensina a preparar soro caseiro contra diarreia? (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não Ensina e recomenda vacinar as crianças da casa? (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não Encaminha pessoas doentes ao posto de saúde? (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não Pesa todo mês crianças menores de 6 anos?*(1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não Encaminha gestantes ao pré-natal?**(1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não Distribui colher-medida de plástico? (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não Diz como proteger a criança de acidentes em casa? (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não Ensina sobre alimentação enriquecida? (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não Ensina sobre lambedor? (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não Incentiva dar de mamar no peito?*** (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não Fala sobre paz em casa, na família? (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não Marca consulta no posto de saúde? (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não Outro1: _____ (0) Não Outro2: _____ (0) Não	vlso __ vlva __ vlido __ vlpe __ vlge __ vlcm __ vlac __ vlae __ vlla __ vlma __ vlpa __ vlco __ ou1lv __ ou2lv __
(* O LP não pesa as crianças durante as visitas mas em um dia específico. Esta pesagem deve ser considerada como sendo feita no dia da visita; (Investigue se as perguntas *, ** e *** se aplicam)	
33. A senhora está satisfeita com o trabalho do líder/agente? (1) Sim (2) Não (3) Mais ou menos	satl __
34. Por quê? _____ _____ _____ _____	pqsl __ __ pqnl __ __ pqml __ __

35. Se o líder/agente dissesse para a senhora que o seu filho está doente e precisa ser levado depressa para o posto de saúde, a senhora acreditaria?

(1) Sim (2) Não [→ 48] (3) Talvez [→ 48]

acrl \_\_

36. SE SIM: A senhora levaria? (1) Sim (2) Não (3) Talvez

levl \_\_

**SE RECEBE VISITA SOMENTE DO AGENTE DE SAÚDE:**

37. A senhora já conhecia o agente de saúde antes dele começar a visitar a sua casa?

(1) Sim (2) Não (3) Não lembra

coa \_\_

38. Há quanto tempo o agente de saúde visita a sua casa? \_\_ ano \_\_ meses

tava \_\_

tavm \_\_ \_\_

39. O agente de saúde mora nesta área? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe

amo \_\_

40. A senhora sabe onde é a casa do agente de saúde? (1) Sim (2) Não (3) Mais/menos

onda \_\_

41. De quanto em quanto tempo o agente de saúde visita a sua casa? \_\_ vez por mês

frea \_\_

42. Quanto tempo faz que o agente de saúde visitou a sua casa pela última vez?

\_\_ mês \_\_ dias (Anotar 77,77 se mais de 1 ano e 00 se menos de 1 mês ou 1 dia)

uvam \_\_ \_\_

uvad \_\_ \_\_

43. A senhora poderia me dizer o que o agente de saúde faz durante estas visitas?

Ensina a preparar soro caseiro contra diarreia? (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não

vaso \_\_

Ensina e recomenda vacinar as crianças da casa? (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não

vava \_\_

Encaminha pessoas doentes ao posto de saúde? (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não

vado \_\_

Pesa todo mês crianças menores de 2 anos?\*(1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não

vape \_\_

Encaminha gestantes ao pré-natal?\*\*(1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não

vaen \_\_

Distribui colher-medida de plástico? (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não

vacm \_\_

Diz como proteger a criança de acidentes em casa? (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não

vaac \_\_

Ensina sobre alimentação enriquecida? (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não

vae \_\_

Ensina sobre lambedor? (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não

val \_\_

Incentiva dar de mamar no peito? (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não

vama \_\_

Fala sobre paz em casa, na família? (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não

vapa \_\_

Marca consulta no posto de saúde? (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não

vaco \_\_

Outro1: \_\_\_\_\_ (0) Não

ou1vl \_\_

Outro2: \_\_\_\_\_ (0) Não

ou2vl \_\_

(Investigue se as perguntas \* e\*\*são aplicáveis)

44. A senhora está satisfeita com o trabalho do agente de saúde?

(1) Sim (2) Não (3) Mais ou menos

sata \_\_

45. Por quê? \_\_\_\_\_

pqsa \_\_ \_\_

\_\_\_\_\_

pqna \_\_ \_\_

\_\_\_\_\_

pqma \_\_ \_\_

\_\_\_\_\_

46. Se o agente de saúde dissesse para a senhora que o seu filho está doente e precisa ser levado depressa para o posto de saúde, a senhora acreditaria?

(1) Sim (2) Não [→ 48] (9) Talvez [→ 48]

acra \_\_

47. SE SIM: A senhora levaria? (1) Sim (2) Não (9) Talvez

leva \_\_

48. Alguma vez, o médico do posto de saúde visitou a sua casa? (1) Sim                      (2) Não                      (3) Não lembra	vime __
49. Alguma vez, a enfermeira do posto de saúde visitou a sua casa? (1) Sim                      (2) Não                      (3) Não lembra	vien __
50. Quais os tipos de soro para tratar diarreia que a senhora conhece? 1) Soro de pacote                      (1) Sim, esp.                      (2) Sim, ind.                      (3) Não 2) Soro caseiro, colher-medida                      (1) Sim, esp.                      (2) Sim, ind.                      (3) Não 3) Soro caseiro, punhado-pitada                      (1) Sim, esp.                      (2) Sim, ind.                      (3) Não 4) Outra solução caseira sal/açúcar                      (1) Sim, esp.                      (2) Sim, ind.                      (3) Não 5) Soro comprado na farmácia                      (1) Sim, esp.                      (2) Sim, ind.                      (3) Não 6) Outro tipo de soro : _____ (0) Não	copa __ coco __ copp __ coss __ cosf __ cous __
51. Qual deles a senhora prefere? ____ ( <i>'0' se não tem preferência por nenhum tipo de soro</i> )	sopre __
52. A senhora sabe preparar soro caseiro usando a colher-medida? (1) Sim    (2) Não [→54]	saco
53. SE SIM: Como é que prepara? Um copo de água de 200 ml                      (1) Sim                      (2) Não                      (3) Não sabe Duas medidas da porção maior de açúcar                      (1) Sim                      (2) Não                      (3) Não sabe Uma medida da porção menor de sal                      (1) Sim                      (2) Não                      (3) Não sabe	
54. Você sabe preparar o soro de pacote?                      (1) Sim                      (2) Não [→56]	sapa __
55 SE SIM: Como é que prepara o soro de pacote? Um litro de água                      (1) Sim                      (2) Não                      (3) Não sabe Um pacote de soro                      (1) Sim                      (2) Não                      (3) Não sabe Tomar todo o litro em 24 horas                      (1) Sim                      (2) Não                      (3) Não sabe Guardar na geladeira                      (1) Sim                      (2) Não                      (3) Não sabe	
56. A senhora tem em casa uma colher-medida de plástico para preparar o soro caseiro? Pode me mostrar? (1) Sim, e foi vista                      (2) Sim, mas não foi vista (3) Tinha mas perdeu                      (4) Nunca teve [→ 58]	teco __
57. SE TEM OU TINHA E PERDEU: Onde a senhora conseguiu esta colher-medida? (1) Posto de saúde                      (2) Hospital                      (3) Igreja (4) Com o agente                      (5) Com o líder                      ( ) Outro: _____	
58. A senhora já viu um cartão como este? (1) Sim, já vi                      (2) Não, nunca vi [→ 60]                      (3) Não lembra [→ 60]	onco __
59. SE SIM: Para que serve este cartão? Marcar o peso/acompanhar crescimento da criança                      (1) Sim                      (2) Não Marcar as vacinas                      (1) Sim                      (2) Não Acompanhar o desenvolvimento                      (1) Sim                      (2) Não Marcar consulta no posto de saúde                      (1) Sim                      (2) Não Outro: _____ (0) Não	
60. CARTÃO 1: Esta parte do cartão mostra o peso de uma criança durante os primeiros meses de vida. A senhora acha que esta criança está em perigo? (1) Sim                      (2) Não [→ 62]                      (3) Não sabe [→ 62]	viucar __  mape __ mava __ made __ maco __ maou __  car __

<p>61. SE SIM: A senhora acha que esta criança precisa ser levada ao posto de saúde? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe</p>	per1 __																																								
<p>62. CARTÃO 2: E esta outra criança, a senhora acha que ela está em perigo? (1) Sim (2) Não [→ 64] (3) Não sabe [→ 64]</p>	car2 __																																								
<p>63. SE SIM: A senhora acha que esta criança precisa ser levada ao posto de saúde? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe</p>	per2 __																																								
<p>64. Uma criança com um ano de idade, sem febre, que não quer se alimentar e que quando respira dá para ver todas as costelinhas precisa ser levada ao médico? (1) Sim (2) Não [→ 66] (3) Não sabe [→ 66]</p>	pnti __																																								
<p>65. SE SIM: Que doença ela pode ter? (1) Pneumonia (cansaço/canseira/cançado) (2) Outra doença respiratória (3) Não sabe ( ) Outra doença: _____</p>	doti __																																								
<p>66. A senhora já ouviu falar na vacina BCG? (1) Sim (2) Não [→ 70]</p>	fbcg __																																								
<p>67. SE JÁ OUVIU FALAR: Contra que doença ela protege? (1) Tuberculose (2) Pneumonia (3) Sarampo (4) Não Sabe ( ) Outra: _____</p>	pbcg __																																								
<p>68. Como é dada a vacina contra a BCG? (1) Gotinhas na boca (2) Injeção no braço (3) Injeção na nádega (4) Injeção na coxa (5) Não sabe ( ) Outra: _____</p>	dbcg __																																								
<p>69. Como podemos comprovar, sem a carteira de vacinas, se uma criança foi vacinada pela BCG? (1) Cicatriz no braço (2) Não sabe (3) Não há como saber</p>	cbcg __																																								
<p>70. Uma criança com um ano e meio de idade que não consegue ficar em pé sozinha precisa ser levada ao posto de saúde? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe</p>	empe __																																								
<p>71. Uma criança de sete meses de idade no colo da mãe e respirando 60 vezes em um minuto está ou não doente? (1) Sim (2) Não [→ 73] (3) Não sabe [→ 73]</p>	pn60 __																																								
<p>72. SE SIM: Que doença ela pode ter? (1) Pneumonia (2) Desnutrição (3) Outra doença respiratória (3) Não sabe ( ) Outra: _____</p>	do60 __																																								
<p>73. Uma criança com um ano e meio de idade que não consegue falar uma palavra inteira precisa ser levada ao posto de saúde? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe</p>	fala __																																								
<p>74. A senhora saberia me dizer contra que doenças uma criança deveria estar vacinada aos seis meses de idade?</p> <table border="0"> <tbody> <tr> <td>Paralisia infantil/Pólio</td> <td>(1) Sim, esp.</td> <td>(2) Sim, ind.</td> <td>(3) Não</td> <td>polio __</td> </tr> <tr> <td>Sarampo</td> <td>(1) Sim, esp.</td> <td>(2) Sim, ind.</td> <td>(3) Não</td> <td>sara __</td> </tr> <tr> <td>Coqueluche (tosse comprida)</td> <td>(1) Sim, esp.</td> <td>(2) Sim, ind.</td> <td>(3) Não</td> <td>coque __</td> </tr> <tr> <td>Tétano</td> <td>(1) Sim, esp.</td> <td>(2) Sim, ind.</td> <td>(3) Não</td> <td>teta __</td> </tr> <tr> <td>Difteria</td> <td>(1) Sim, esp.</td> <td>(2) Sim, ind.</td> <td>(3) Não</td> <td>dift __</td> </tr> <tr> <td>Hepatite</td> <td>(1) Sim, esp.</td> <td>(2) Sim, ind.</td> <td>(3) Não</td> <td>hepa __</td> </tr> <tr> <td>Tuberculose</td> <td>(1) Sim, esp.</td> <td>(2) Sim, ind.</td> <td>(3) Não</td> <td>tbc __</td> </tr> <tr> <td>Gripe/Infecção respiratória</td> <td>(1) Sim, esp.</td> <td>(2) Sim, ind.</td> <td>(3) Não</td> <td>hae __</td> </tr> </tbody> </table>	Paralisia infantil/Pólio	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(3) Não	polio __	Sarampo	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(3) Não	sara __	Coqueluche (tosse comprida)	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(3) Não	coque __	Tétano	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(3) Não	teta __	Difteria	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(3) Não	dift __	Hepatite	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(3) Não	hepa __	Tuberculose	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(3) Não	tbc __	Gripe/Infecção respiratória	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(3) Não	hae __	
Paralisia infantil/Pólio	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(3) Não	polio __																																					
Sarampo	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(3) Não	sara __																																					
Coqueluche (tosse comprida)	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(3) Não	coque __																																					
Tétano	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(3) Não	teta __																																					
Difteria	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(3) Não	dift __																																					
Hepatite	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(3) Não	hepa __																																					
Tuberculose	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(3) Não	tbc __																																					
Gripe/Infecção respiratória	(1) Sim, esp.	(2) Sim, ind.	(3) Não	hae __																																					

75. O que a senhora acha de uma criança de um mês de idade que mama no peito e recebe chás ou água todos os dias. Isto é bom, ruim, ou não faz diferença? (1) Bom (2) Ruim (3) Não faz diferença (4) Não sabe	mali ___
76. Na sua opinião, até que idade uma criança deveria mamar somente no peito sem receber água, chás, suco ou qualquer outro tipo de alimento? ___ __ mês(es)	maex ___ __
77. A partir de que mês de gravidez a senhora acha que uma mulher deveria começar as consultas de pré-natal? ___ __ ° mês (77 = quando descobrir)	inip ___ __
78. Quantas consultas com médico a senhora acha que uma mulher deveria fazer durante toda a gestação? ___ __	ncop ___ __
79. Quantas doses de vacina contra o tétano uma mulher deveria receber na primeira gravidez? ___ doses	ntet ___
80. Quais exames a senhora acha que uma gestante deveria fazer durante a gravidez?	
Exame de urina (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. (3) Não (4) Não sabe	urip ___
Exame de fezes (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. (3) Não (4) Não sabe	fezp ___
Exame de sangue (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. (3) Não (4) Não sabe	sanp ___
Exame para câncer no útero (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. (3) Não (4) Não sabe	cap ___
Teste para AIDS (HIV) (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. (3) Não (4) Não sabe	hivp ___
Teste para Rubéola (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. (3) Não (4) Não sabe	rubp ___
Teste para Sífilis (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. (3) Não (4) Não sabe	sifp ___
Teste para Hepatite (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. (3) Não (4) Não sabe	hep ___
Fazer ultrassom do nenê (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. (3) Não (4) Não sabe	somp ___
Outro1: _____ (0) Não	ex1p ___
Outro2: _____ (0) Não	ex2p ___
81. Além desses exames, o que mais a senhora acha que o médico deveria fazer durante a consulta para uma gestante no pré-natal?	
Medir a pressão (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (4) Não sabe	prep ___
Medir a barriga (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (4) Não sabe	barp ___
Fazer exame de toque/por baixo (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (4) Não sabe	top ___
Examinar o seio (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (4) Não sabe	sep ___
Escutar o coração do nenê (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (4) Não sabe	corp ___
Ensinar a dar de mamar no peito (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (4) Não sabe	map ___
Conversar sobre o tipo de parto (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (4) Não sabe	parp ___
Pesar a gestante (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (4) Não sabe	pesp ___
Medir a altura do útero (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (4) Não sabe	utep ___
Ver se as pernas estão inchadas (1) S, esp. (2) S, ind. (3) Não (4) Não sabe	edep ___
Outro1: _____ (0) Não	ou1p: ___
Outro2: _____ (0) Não	ou2p: ___
82. Qual é o serviço de saúde do Estado ou da Prefeitura mais próximo da sua casa? (1) Posto/Centro de Saúde (2) Atendimento 24 horas (3) Hospital/Pronto Socorro ( ) Outro: _____	spro ___
83. Qual é a distância da sua casa até este <SERVIÇO DE SAÚDE> mais próximo? ___ __ km ('00' = se menos de 1 km; 1 légua = 6 km)	dits ___ __
84. Quanto tempo a senhora gasta da sua casa até este <SERVIÇO DE SAÚDE> mais próximo: De carro/ônibus: ___ horas ___ minutos Caminhando: ___ horas ___ minutos	dich ___ dicm ___ __ diph ___ __ dipm ___ __
85. A senhora mora em casa própria, alugada ou cedida/emprestada? (1) Própria (2) Alugada (3) Cedida/Emprestada	prop ___

86. A casa onde a senhora mora fica em área de invasão? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe	inva __
87. A sua casa é de: (1) Madeira (2) Taipa (3) Tijolo (4) Tijolo/taipa (5) Tijolo/madeira (6) Papelão, lata (7) Palha (8) Outro	tipca __
88. Como é o piso da sua casa? (1) Cerâmica (2) Cimento (3) Carpete (4) Tábua (5) Chão batido/terra (6) Outro	piso __
89. Quantos compartimentos tem a sua casa? ___ compartimentos	ncomp ___
90. Quantos compartimentos usam para dormir? ___ compartimentos	ncomd __
91. Tem água encanada? (1) Sim, dentro de casa (2) Sim, no terreno (3) Não	aguaenc __
92. De onde vem a água usada para beber? (1) Rede pública (2) Chafariz (3) Cisterna, poço (4) Rio, lagoa, açude (5) Caminhão - pipa (6) Outro	fonte __
93. Como é a privada da casa? (1) Sanitário com descarga (2) Sanitário sem descarga (3) Casinha/fossa negra (4) Não tem	privada __
94. Na sua casa têm: Rede de esgoto? (1) Sim (2) Não Energia elétrica? (1) Sim, direto (2) Sim, 'gato' (3) Não	esgoto __ elet __
95. Na casa da senhora tem: <i>(Confirmar se funciona)</i> Rádio? (1) Sim (2) Não Televisão? (1) Sim (2) Não Geladeira? (1) Sim (2) Não Filtro? (1) Sim (2) Não Fogão a gás? (1) Sim (2) Não Fogão a lenha? (1) Sim (2) Não	radio __ tv __ gela __ filt __ foga __ fole __
96. No mês passado quanto ganharam as pessoas desta casa que trabalharam? Pessoa 1: R\$ _____, ____ <i>(Iniciar pela pessoa de maior renda)</i> Pessoa 2: R\$ _____, ____ Pessoa 3: R\$ _____, ____ Pessoa 4: R\$ _____, ____ <i>(Se houver mais de 4 pessoas, somar na renda da pessoa 4)</i>	r1 _____ r2 _____ r3 _____ r4 _____
97. Vocês tem alguma outra fonte de renda como pensão, aluguel? (0) Não ( ) Sim, quanto recebeu no mês passado? R\$ _____, ____	ou _____
98. A senhora tem religião? (1) Sim (2) Não [→ 100]	relig __
99. SE SIM: Qual? (1) Católica (2) Protestante (3) Espírita (4) Assembléia de Deus ( ) Outra: _____	qrelig __
100. Quantas crianças menores de cinco anos tem na sua casa? ___ crianças	ncri __
101. NÚMERO DO QUESTIONÁRIO DA CRIANÇA: Criança 1: _____ <i>(iniciar pelo mais velho; preencha com '00' onde não houver criança)</i> Criança 2: _____ Criança 3: _____ Criança 4: _____ Criança 5: _____	idcr1 _____ idcr2 _____ idcr3 _____ idcr4 _____ idcr5 _____
102. Data da entrevista: ___/___/2002	df ___/___/02
103. Entrevistador(a): _____ Nº: _____	entref _____

## INSTRUÇÕES GERAIS

- a. Apresentação do entrevistador ao informante: diga o seu nome, a sua profissão ou onde estuda. Explique que está entrevistando mães ou pessoas responsáveis pela guarda de crianças menores de seis anos residentes naquele município. Pergunte se há na casa alguma criança com menos de cinco anos de idade. Se a resposta for negativa, pergunte a idade das crianças que moram na casa. Se necessário, mostre a carta de apresentação.
- b. Se houver alguma criança na faixa etária desejada, diga-lhe que gostaria de fazer algumas perguntas sobre a sua saúde. Diga que são perguntas bastante fáceis de responder e que se, por acaso, ela ou ele não souber responder alguma, não há problema. Entreviste a mãe ou pessoa responsável pela crianças. Mesmo que a mãe ou responsável não forneça dados suficientes ao preenchimento total do questionário, realize a entrevista, respeitando rigorosamente a amostra, ou seja, os domicílios escolhidos.
- c. Considere a família como sendo constituída por todos aqueles que fazem regularmente as refeições juntos. Empregadas domésticas não devem ser consideradas como membros da família, mesmo que morem no emprego, mas como uma família à parte. Quando a criança for filho da empregada doméstica que dorme no emprego, não inclua a família do empregador na estrutura familiar. Realize questionários distintos para a família do empregador e da empregada. Caso a empregada e a criança não durmam no emprego, não as considere moradoras do setor, mesmo que façam as refeições no emprego. Se a empregada dormir no emprego e não tiver filhos, não contabilize.
- d. Onde consta **<CRIANÇA>** no questionário, substitua pelo nome da criança.
- e. Formule as perguntas **exatamente como estão escritas**, sem enunciar as várias opções de respostas, exceto quando for indicado. Se necessário, explique a pergunta de uma segunda maneira (conforme instruções específicas), e, em último caso, enuncie todas as opções, tendo o cuidado de não induzir a resposta.



- f. A codificação dos dígitos à direita do formulário ficará a cargo do entrevistador, com exceção das questões abertas. Essa codificação não deve ser realizada no momento da entrevista, mas posteriormente, pelo revisor (?????).
- g. Sempre que houver dúvida, escreva por extenso a resposta dada pelo informante e deixe para o supervisor decidir, no final do dia. Se necessário, use o verso do questionário.
- h. Quando uma resposta do informante parecer pouco confiável, anote-a e faça um comentário sobre sua qualidade.
- i. Não deixe respostas em branco, observe a aplicação dos códigos especiais:  
**Ignorado (não sabe):** use o código 9, 99, 999 etc. para resposta não conhecida pelo informante ou para informação muito pouco confiável. Use “ignorado” somente em último caso. Aproveite mesmo as respostas aproximadas como, por exemplo, para renda entre R\$ 100,00 e R\$ 200,00, anote R\$ 150,00.  
**Não se aplica (NSA):** use o código 8, 88, 888 etc. para a pergunta que não pode ser aplicada naquele caso. Por exemplo, se uma mãe diz que a criança não teve diarreia em um determinado período, não se deve perguntar a ela que tratamento foi usado contra a doença da criança. Isto configura um caso onde o código 8, 88, ... deverá ser usado. Quando houver instruções para pular de uma pergunta para outra, utilize o código 8 ou 88... nas perguntas que não forem aplicáveis, ou seja, naquelas que foram ‘puladas’.
- j. **Código 0:** o numeral ‘zero’ não deve ser aplicado como sinônimo de ‘Não’, a não ser quando isso esteja especificado claramente nas opções da pergunta. Deve-se considerá-lo normalmente em seu significado numérico. Assim, “00 meses” e “02 dias” é igual a “02 dias”; “00 dias” corresponde a menos de 24 horas e “00 meses” é igual a menos de 30 dias. Sempre que o período referido for menor que a unidade (mês, ano, km etc.), preencher com o código 00. Por exemplo, se a distância da casa da criança ao serviço de saúde mais próximo for menor que 1 km, preencher com 00 etc.

- k. Para uso de outros códigos, siga as instruções que constam em cada pergunta.
- l. Não tente fazer contas durante a entrevista. Isto, muitas vezes, resulta em erros. Por exemplo, se o salário for indicado sob a forma de pagamento diário ou semanal, anote-o por extenso e não tente a multiplicação para obter o valor mensal. Isto deverá ser feito por ocasião da codificação.
- m. As instruções em letra maiúscula não devem ser perguntadas à mãe, elas servem apenas para orientar o entrevistador.
- n. Utilize lápis grafite e borracha para preencher o questionário. Use caneta somente para marcar o ponto médio do braço (ver antropometria adiante).
- o. Atente-se para a escrita 'epidemiologicamente' correta dos números. Muita atenção como "0" (cortado por um traço), "1" (um traço, sem perninhas), "4" (sempre com uma perninha longe da outra) "2" (igual a um patinho) e o "7" (sempre cortado). Isto facilita a entrada de dados e reduz a ocorrência de erros na digitação.
- p. Cada questionário terá um número impresso pela gráfica. Isto significa que cada questionário é um documento, do qual o entrevistador terá de prestar contas em sua devolução. Todo extravio de questionário, que não deverá haver, terá de ser devida e minuciosamente explicado.
- q. A numeração da mãe e da criança deverá começar sempre pela de maior idade. Se houver três crianças menores de cinco anos de uma mesma mãe, a mais velha receberá o número 1, e, assim, sucessivamente. O mesmo vale para as mães em um mesmo domicílio.

## INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE O QUESTIONÁRIO À FAMÍLIA

**Pergunta 1**      **Identificação:** O número do questionário será preenchido ao final do dia, por ocasião da codificação. No caso do questionário (qst) da família, este número será constituído por nove dígitos, nesta ordem: área a que pertence a criança (Pastoral ou Não-Pastoral/Controle) + número do município + número da comunidade + número do domicílio + número da mãe + número do líder da Pastoral. Todos estes números, exceto o da comunidade e o do líder serão fornecidos pela coordenação do estudo, enquanto os outros serão obtidos pelo próprio entrevistador. A folha do conglomerado, por exemplo, fornece o número do domicílio.

**Pergunta 2**      **Área:** Este estudo irá cobrir áreas onde a Pastoral atua, denominadas áreas-Pastoral, e áreas não-atendidas pela Pastoral, denominadas áreas não-Pastoral ou áreas-controle. As áreas Pastoral serão indicadas pelos líderes ou coordenadores locais da Pastoral e as áreas-controle serão definidas pela coordenação do estudo.

**Pergunta 3**      **Município:** Os municípios receberam os seguintes números: 1=Macururé (BA), 2=Arneiroz (CE), 3=Graça (CE), 4= Garrafão do Norte (PA), 5= Santa Cruz do Arari (PA), 6=Mari (PB), 7=Natuba (PB), 8=Caracol (PI), e 9=São Pedro (RN). O número da comunidade será fornecido pela coordenadora do estudo.

**Pergunta 4**      **Número do domicílio:** Este número será obtido na folha de conglomerado. Mesmo que haja mais de uma família em um único domicílio, utilizar o mesmo número para todas. Numerar as famílias de cada setor por ordem de entrevista, a partir de 01, recomeçando a partir de 01 na (o) próxima (o)

comunidade/povoado/vilarejo/bairro, e assim por diante. **Número da mãe:** cada mãe ou pessoa responsável pela guarda da criança receberá um número, iniciando **sempre** pela mais velha. Lembre-se que, em um mesmo domicílio, pode haver mais de uma criança menor de seis anos ou mais de uma mãe.

- Pergunta 5** **Líder da Pastoral:** este número será fornecido pela coordenação do estudo. **Área de residência:** marque se o setor visitado pertence à zona rural ou urbana, conforme indicado. Tudo o que for na sede do município (cidade) ou próximo dela pode ser considerado como zona urbana. Havendo dúvida, pergunte a coordenadora.
- Pergunta 6** Leia a pergunta exatamente como está escrita. Se necessário, abrevie os sobrenomes intermediários.
- Pergunta 7** O critério mais prático para classificar a pessoa de cor parda/morena é por exclusão. Quem não tem a cor da pele branca ou preta, entra na categoria parda/morena. Obviamente, isto não é tão simples assim, mas é suficiente para os propósitos deste estudo.
- Pergunta 8** Se a mãe disser, por exemplo, que tem 36 anos, pergunte se já completou. Se ela disser que vai completar no mês tal, anote 35 como resposta.
- Pergunta 9** Se a mãe só lê ou escreve, anote a opção 1 "Sim". Se só assina o nome, anote a opção 3 "Só assina".
- Pergunta 10** Anote a última série concluída na escola. Ex: se a mãe cursou a metade da 4ª série do 1º grau, anote "3" na "série" e "1" no "grau". Se não chegou a terminar o 1º ano do 1º grau ou nunca frequentou a escola, responda com "0" "série" e "0" "grau".

- Pergunta 11** Morar na casa implica dormir e fazer refeições. Senão, não mora. Quanto ao pai, pode ser tanto o biológico quanto o adotivo. Em “outros”, anotar todas as pessoas que moram na casa, incluindo avós da criança, irmãos etc.
- Perguntas 12-13** Marido ou companheiro é aquele que vive junto, não interessando se a união é legal/formal ou não.
- Pergunta 14-15** Aplique estas perguntas mesmo que o pai não more na casa. Se a mãe não souber a escolaridade do pai, responda com o código “9”. Use as mesmas instruções da pergunta 10.
- Perguntas 16-19** Na pergunta 16, interessa saber se, no prazo de um ano, a contar pelo mês em que está sendo feita a pesquisa, morreu alguma criança com menos de um ano de idade. Para facilitar o entendimento, siga este exemplo: se estamos no mês de julho, pergunte se, de junho do ano passado para cá, morreu alguma criança nesta faixa etária. Na pergunta 17, interessa saber a idade em meses que a criança tinha quando morreu. Se tinha menos de um mês, anote “00”. Se tinha um mês e meio, anote “1”. Se tinha mais de um mês e meio, anote “2”. O código “99” é utilizado quando a mãe não sabe que idade a criança tinha quando morreu. Na verdade, isto raramente ocorrerá, pois a morte é um evento marcante. “88” fica pra os casos de NSA (“não se aplica”). Na pergunta 18, procura-se saber de que doença a criança morreu. Os códigos apresentados abaixo indicam as causas mais comuns de mortes entre menores de seis anos na região. Se não for um deles, anote a opção “4” e, claro, se não souber informar do que a criança morreu, anote no verso o que a mãe disse que causou a morte da criança. Se, por exemplo, a criança morreu de “canseira”, anote o número “1” em Criança1 e “0” em Criança2. Não é “8”, porque a pergunta se aplica. Na pergunta 19, se nasceu alguma criança na casa, marque um “X” no parênteses e o número

de crianças que nasceram no espaço adiante. Isto serve para todas as mulheres da casa. Se a criança nasceu e morreu, valem as duas questões. Se nasceu ou morreu alguma criança neste período, mas a mãe não mora mais na casa, não computar. Se a mãe teve um filho que morreu neste período, mas ela não morava ali, anote.

**Pergunta 20-47** Este grupo de questões diz respeito à visita do agente de saúde (ACS), do líder da Pastoral da Criança (LP) ou de ambos ao domicílio. Lembre-se que o ACS e o LP podem ser a mesma pessoa. Nas perguntas 20 e 23, se a mãe responder que não sabe, é porque nenhum deles visita a sua casa, a não ser que ela tenha se mudado para o local há menos de um mês. Nesse caso, pule para a pergunta 48 e complete todas as perguntas do 'pulo' com "8", "88" etc. Se ela não recebe visita do ACS (pergunta 20), pule para a pergunta 22. A pergunta 23 vai ser aplicada sempre, quer a mãe conheça ou não a Pastoral, mas a pergunta 24 só vai ser aplicada se a resposta da 23 for positiva. Para que se aplique a pergunta 25, é preciso que as perguntas 21 e 24 tenham sido respondidas positivamente, ou seja, a família é visitada pelo LP e pelo ACS. O bloco de perguntas 26 a 36 (e não 26 a 37, como foi impresso no questionário), deve ser aplicado em duas condições: primeiro, se a família é visitada pelo LP e, segundo, se a família é visitada pela mesma pessoa, que tem a função de LP e de ACS ao mesmo tempo. Se a família é visitada só pelo ACS, as perguntas 26 a 36 devem ser preenchidas com o código "8, 88, etc." e aplicadas as perguntas 37 a 47. Em uma ou outra, há pulos bem simples, indicados na própria pergunta. Preste atenção nos asteriscos das perguntas 32 e 43. As perguntas indicadas por este sinal só se aplicam se a entrevistada tiver sido visitada ou acompanhada durante a gestação ou se ela tiver filho com menos de dois anos de idade. Nas perguntas 26 e 37, **conhecer** implica apenas em saber quem é. Não há necessidade de ser amigo, vizinho, parente etc. Se ela já conheceu o agente, por exemplo, porque o viu

em uma reunião na comunidade para falar sobre o novo programa ou, até mesmo, durante uma visita domiciliar prévia, marcar a opção 2 “Não”. Nas perguntas 27 e 38, só contabilizar a partir do momento em que a pessoa se tornou um ACS. Se é um vizinho que já a visita há 20 anos, tornou-se um ACS há três meses e segue visitando-a, anotar como resposta “0” anos e “03” meses. Nas perguntas 34 e 45, anote o que ela disse primeiro, mas cuidado para não anotar uma resposta muito vaga. Por exemplo, se ela disser: “Eu gosto do ACS ou LP porque ele me visita, pesa as crianças, pede pra eu levar as crianças pra vacinar e dá colherinha pra eu fazer soro pra elas”. Aqui, a primeira justificativa (fazer visita) que a mãe deu não ajuda em nada. Visitar não basta, é preciso algo mais. Nesta situação, anote como resposta: “pesa as crianças”. Muita atenção: respostas vagas resultam em eliminação da resposta e, às vezes, da pergunta. Ainda nesta mesma pergunta, **satisfazer-se** é estar contente com o desempenho, com a qualidade, com a quantidade do serviço oferecido. Independente de a mãe estar satisfeita ou não com as atividades desempenhados pelo ACS ou LP nas visitas à sua casa, anote a resposta conforme recomendado anteriormente. Se houver dúvida, anote tudo o que a mãe disse e depois discuta com a coordenação. Nas perguntas 31 e 42, se, por exemplo, o LP ou o ACS visitaram a família há duas semanas, anote “00” mês e “14” dias. Se a família foi visitada no mesmo dia da entrevista, anote “00” mês e “00” dias. O enunciado das perguntas 32 e 43 deve ser lido e, então, deve-se dar um tempo para a mãe responder. À medida que ela for falando, vai-se anotando em “(1) S, esp”, que indica resposta espontânea. Se por acaso ela mencionar algo que não esteja nestas opções, anote a resposta por extenso em “Outro1” e “Outro 2”. Se, mesmo após esperar algum tempo, a mãe não responder nada, deve-se ler as opções desta forma: “O líder (ou o agente de saúde) ensina a senhora a preparar soro caseiro durante estas visitas?” Se ela responder “Sim”, marque um “X” na opção “(2) S, ind (de

induzido)”. Veja bem que, neste momento, não nos interessa saber se a mãe aprendeu a fazer soro ou não.

**Perguntas 48-49** Pode ser feita a qualquer momento, mas é preciso ficar claro que se trata de uma visita pra lidar com saúde. Visita de ‘compadre’, aquela em que o médico ou enfermeira estavam passando e entraram para um tomar um café, não valem. Tem de ser visita pra lidar com saúde e/ou doença.

**Perguntas 50-51** Soro de pacote é o soro fornecido pelo governo, também conhecido como soro da CEME (Central de Medicamentos). Soro caseiro colher-medida é aquele feito com a colherinha de plástico, que tem duas medidas. Soro punhado-pitada é aquele feito utilizando os dedos polegar, indicador e dedo médio. Outras soluções caseiras são feitas usando colheres de chá ou, até mesmo, de sopa, e ainda existe o soro comprado na farmácia. Em “outros soros”, anotar aqueles feitos com farelo de arroz, trigo, água de arroz, água de coco etc. Se a mãe não mencionar todos os tipos de soro citados nas opções, deve-se perguntar, por exemplo: ‘E o soro comprado na farmácia, a senhora conhece?’. Repetir isto para os demais soros que ela não mencionou. Nesta questão, vai-se anotar o número do soro referido na questão anterior. Por exemplo, se ela disse que prefere o soro de pacote, anote “1” no espaço correspondente da pergunta 51. Se não tiver preferência por nenhum tipo de soro, anote “0” como resposta.

**Perguntas 52-54** O soro caseiro preparado com colher-medida é feito da seguinte forma: duas medidas rasas da parte maior de açúcar + uma medida rasa da parte menor de sal + um copo de água de 200 ml. O soro de pacote é preparado dissolvendo-se o conteúdo de um pacote de soro em um litro de água. Não se deve utilizá-lo após 24 horas da sua preparação, nem guardá-lo na geladeira. Do contrário, a resposta está errada, e deve-se marcar a opção “(2) Não”. Embora se



recomende o uso de água filtrada ou fervida na preparação do soro, nem sempre isto é possível. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o mais importante é que o líquido (água) e os eletrólitos (sal e açúcar) sejam repostos. Fazê-lo com água filtrada ou fervida, embora desejado, é praticamente impossível em muitas comunidades carentes.

**Perguntas 55-56** Se a entrevistada nunca teve colher-medida, pule para a pergunta 56 e complete a pergunta 58 com o código NSA ("8", "88", "888" etc...).

**Perguntas 58-63** Se a entrevistada nunca viu um cartão da criança, pule para a pergunta 60 e complete a 59 com "8". Em seguida, diga que, entre outras coisas, "Este cartão serve para ver se a criança está crescendo bem ou não" e aplique as perguntas seguintes. Nas perguntas 60 e 62, cuide para ler a questão e, ao mesmo tempo, apontar no cartão o peso que a criança teve ao longo do período, no caso, durante o primeiro ano de vida. Se, nessas perguntas, a mãe disser que não sabe, complete com "8" as perguntas 61 e/ou 63. Ao mostrar o gráfico para a mãe, fixe o seu lápis no final do primeiro ano de vida e pergunte se, naquele momento, "a criança está em perigo (1)", "não está em perigo (2)" ou "não sabe (3)". Tenha um pouco de paciência ao aplicar estas questões: elas não são difíceis, mas podem gerar pânico no entrevistado. Isso é natural, pois fica clara a situação de avaliação, e isto só é interessante para quem aplica a pergunta, nunca para quem responde.

**Perguntas 64-65** Na pergunta 64, interessa saber se, quando a criança respira, dá para ver as costelinhas em quase ou em toda a extensão das costas. Isto não vale para a criança que estava correndo ou para a criança desnutrida, que, mesmo em repouso e sem ter nenhuma doença respiratória, mostra normalmente as costelinhas. Na pergunta 65,

qualquer outra doença que não se encaixe na opção (1) ou (2), anotar em “Outra doença”.

**Perguntas 66-69** Este conjunto de questões refere-se à vacina BCG, que protege contra a tuberculose e é normalmente feita logo após o nascimento ou nos primeiros dois meses de idade. Novamente, avaliamos o conhecimento da mãe em sobrevivência infantil. Dê um tempinho à ela, e lembre-se que, nesta pergunta, as opções não devem ser mencionadas. Se na pergunta 66 a mãe disser que não ouviu falar, pule para a pergunta 70.

**Perguntas 70-73** Estas perguntas compreendem, novamente, um conjunto de questões avaliativas. Deixe claro para a mãe que estas perguntas dizem respeito a qualquer criança, e não necessariamente ao filho dela.

**Pergunta 74** Esta pergunta também avalia o conhecimento da mãe, mas há uma diferença em relação às anteriores. Aqui, interessa a resposta espontânea, dita sem a ajuda de vocês, e a induzida, que vocês sugerem. Anote o que a mãe responder na opção “(1) Sim, esp” e, então ao final, pergunte especificamente sobre aquelas vacinas que ela não mencionou. Para estas que você precisou ajudá-la a lembrar, se ela respondeu que sim, anote a opção “(2) Sim, ind.”. Fora disso, anote a opção “(3) Não”.

**Perguntas 75-81** Segue-se avaliando o conhecimento da mãe. A maioria das questões é simples, mas, na pergunta 77, se a mãe responder que só se deve iniciar o pré-natal “quando descobrir”, anote “77” como resposta. Nas perguntas 80 e 81, buscam-se novamente respostas espontâneas e induzidas. Basta à mãe dizer o tipo de exame, sem precisar mencionar o número de vezes e nem o momento em que ele deveria ser feito durante a gravidez. A expressão “Teste para AIDS” não é política nem tecnicamente correta, mas é o que as mães

entendem. Os testes existentes dizem respeito à detecção do vírus, e não da doença, e é feito com base na presença de sinais e sintomas e na história clínica. Ter o vírus é, em princípio, ter a infecção, e não a doença.

**Perguntas 82-84** Se houver dois serviços próximos à casa da entrevistada, dê prioridade àquele onde ela leva o filho para consulta mais seguidamente. Se ela não souber informar a distância ou o tempo para chegar até lá, anote a resposta dada por uma outra mãe da mesma área que utiliza este serviço de saúde. Mas não esqueça de retornar a este questionário quando estiver fazendo a codificação, ao final do dia.

**Perguntas 85-90** Cedida ou emprestada é a casa onde a família mora e não paga pelo seu uso. Invasão é a utilização de área alheia, sem que se tenha o documento de posse. O tipo de casa deve ser observado. Mas, se houver dúvidas, pergunte. Muitas vezes, as pessoas não possuem quartos, dormem em outras peças (como sala ou cozinha), por isso, devemos perguntar por peças ou compartimentos usados para dormir.

**Perguntas 91-92** Observe e, se necessário, pergunte. Se utiliza água encanada do vizinho, anote a opção "(3) Não". Se tem água encanada, mas do lado de fora da casa, dentro do terreno, responda com a opção "(2) Sim, no terreno". Se tiver água encanada tanto dentro de casa (opção 1) quanto no terreno (opção 2), marque a opção "(1) Sim, dentro de casa". Quanto à origem da água, rede pública corresponde, por exemplo, ao DESO, em Sergipe. Se usa água de vários lugares, anote como resposta aquele que ela usa com mais frequência.

**Pergunta 93-94** Se a família usa o sanitário de outras casas no mesmo terreno, considere-o como se fosse da casa e especifique o tipo. No caso de

rede de esgoto, só anote “(1) Sim” se for conectado à rede pública. Para os demais, anote “(2) Não”. No que se refere a energia elétrica, queremos saber se a ligação é clandestina (“gato”) ou não (direto da rede para o domicílio e a família recebe uma conta mensal). Algumas pessoas podem achar que você é fiscal da companhia elétrica. Se necessário, explique a ela que “este é um jeito que a gente tem de medir o grau de necessidade das famílias”. Não diga “grau de pobreza”, ninguém gosta de ser chamado de pobre. Não esqueça que queremos saber quais famílias/domicílios efetivamente pagam a companhia de energia elétrica. Este é um indicador que vai nos ajudar a definir o padrão de vida da família.

**Pergunta 95**

Observe e, se necessário, pergunte sobre a presença e funcionamento dos equipamentos domésticos. Se ela disser que tem geladeira, por exemplo, deve-se perguntar: “E está funcionando?” As famílias mais pobres, muitas vezes, usam a geladeira para guardar roupas, vasilhas etc.

**Pergunta 96**

Pergunte quais pessoas da casa recebem salário ou aposentadoria e anote a resposta nos itens correspondentes. Se a resposta for em salários mínimos, anote o valor ao lado e deixe para a fazer a conversão no momento da codificação. Onde não houver salário, responda com zero “0”, e nunca com “8888”, visto que esta pergunta se aplica sempre. Para autônomos, como proprietários de armazéns ou motoristas de táxi, anote somente a renda líquida, e não a renda bruta, fornecida em respostas do tipo ‘Ele tira R\$ 20,00 por dia’. Importante: Considerar apenas a renda do mês anterior à entrevista. Por exemplo, para entrevistas realizadas durante o mês de agosto, considere a renda obtida no mês de julho. Se uma pessoa começou a trabalhar no mês corrente, não inclua o seu salário. O mesmo se aplica para o caso inverso: se uma pessoa está atualmente desempregada, mas trabalhou no mês que passou (abril) e recebeu

salário no mês atual (maio), inclua a renda no orçamento familiar como se estivesse trabalhando. Se estiver desempregado há mais de um mês e estiver fazendo algum “bico”, considere a renda do trabalho atual. Quando a entrevistada não souber informar a renda de outros membros da família, tente obter um valor aproximado, aceitando a resposta “ignorado” somente em último caso. Se isso ocorrer, anote detalhadamente o tipo de ocupação da pessoa de renda ignorada, para que se possa tentar estimar seu salário posteriormente, junto com o coordenador. Para pessoas que sacam dinheiro regularmente da poupança, FGTS etc., inclua essa renda (o saque mensal). Não inclua rendimentos ocasionais ou excepcionais como, por exemplo, o 13.º salário ou o recebimento de indenização por demissão. Para empregados, considere a renda bruta (sem excluir os descontos). Se for proprietário de algum estabelecimento, considere a renda líquida. Na dúvida, anote tudo no verso do questionário e depois fale com o coordenador. Se a pessoa trabalhou no último mês como safrista ou bóia-fria – assalariado temporário, mas durante o resto do ano trabalha em outro emprego, anote as duas rendas, especificando o número de meses em que exerce cada trabalho. Se mais de quatro pessoas tiveram renda no último mês, anote na margem do questionário. Há famílias que trabalham na lavoura e não sabem quanto ganharam no mês passado. Anote o tipo de produto e a quantia que colheram na safra e depois discuta com a coordenadora. Um outro jeito de resolver isto, ainda para quem trabalha na lavoura, é perguntar quanto eles teriam gasto se tivessem comprado tudo aquilo que consumiram no mês anterior. Não anote respostas incompletas, vagas ou ignoradas.

**Pergunta 97**

Aluguel, pensão e ajuda recebida em dinheiro de outras pessoas devem ser considerados como “outra renda”.

**Perguntas 98-99** Os outros evangélicos, que não da Assembléia de Deus, devem ser considerados “protestantes” (opção 2). Qualquer exceção, anote em “Outra”.

**Perguntas 100-101** Essas perguntas compõem um controle sobre os questionários e as entrevistas realizadas. Elas têm de estar fechadas, isto é, se havia três crianças menores de seis anos no domicílio visitado, obrigatoriamente o número dos três questionários deverá estar listado abaixo e ser o mesmo número do questionário da criança.

**Perguntas 102-3** Anote a data em que a entrevista foi feita, escreva o seu nome e o seu número de entrevistador. Não esqueça de agradecer a mãe pela entrevista!

## INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE O QUESTIONÁRIO DA CRIANÇA

- Pergunta 1**      **Identificação:** O número do questionário será preenchido ao final do dia, por ocasião da codificação. No caso do questionário (qst) da criança, este número será constituído por oito dígitos, nesta ordem: área que pertence a criança (Pastoral ou Não-Pastoral/Controle) + número do município + número da comunidade + número do domicílio + número da mãe + número da criança. Todos estes números serão obtidos pelo próprio entrevistador, enquanto o número da comunidade será fornecido pela coordenação do estudo. A folha do conglomerado, por exemplo, fornece o número do domicílio.
- Pergunta 2**      **Área:** Este estudo irá cobrir áreas onde a Pastoral atua, denominadas áreas-Pastoral, e áreas que não são atendidas pela Pastoral, denominadas áreas não-Pastoral ou áreas-controle. As áreas-Pastoral serão indicadas pelos líderes ou coordenadores locais da Pastoral, enquanto as áreas-controle serão definidas pela coordenação do estudo.
- Pergunta 3**      **Município:** Os municípios receberam os seguintes números: 1=Macururé (BA), 2=Arneiroz (CE), 3=Graça (CE), 4= Garrafão do Norte (PA), 5= Santa Cruz do Arari (PA), 6=Mari (PB), 7=Natuba (PB), 8=Caracol (PI) e 9=São Pedro (RN). O número da comunidade será fornecido pela coordenadora do estudo.
- Pergunta 4**      **Número do domicílio:** Este número será obtido na folha de conglomerado. Mesmo que haja mais de uma família em um mesmo domicílio, utilizar o mesmo número do domicílio para todas elas. Numerar as famílias de cada área por ordem de entrevista, a partir de 01, recomeçando a partir de 01 na próxima área, e assim por diante. Número da mãe: cada mãe ou pessoa responsável pela criança receberá um número, iniciando sempre pela mais velha.

Lembre-se que, em um mesmo domicílio, poderá haver mais de uma mãe. Número da criança: valem as mesmas orientações dadas em relação a mãe: pode haver mais de uma criança por domicílio e, neste caso, a mais velha será a de número 1 e assim por diante.

**Pergunta 5** **Área (de residência):** Marque se a área visitada pertence à zona rural ou urbana, conforme indicado pela coordenação. Toda área que for na sede do município (cidade) ou próximo dela pode ser considerada como pertencendo à zona urbana. Havendo dúvida, pergunte à coordenadora.

**Pergunta 6** Para obter o nome da criança, peça **sempre** o cartão de saúde ou o cartão da criança. Neste cartão, há informações que você irá utilizar para responder várias perguntas mais adiante. Devolva-o somente ao final da entrevista. Se a criança não tiver este cartão, leia a pergunta exatamente conforme está escrita: "Qual o nome da criança?".

**Pergunta 7** Peça à mãe para ver o registro de nascimento da criança ou verifique a data de nascimento no cartão da criança. Caso a mãe não tenha nenhum comprovante, anote a informação fornecida por ela e depois discuta com a coordenadora. Caso a mãe não lembre o dia, anote o mês e ano do nascimento. Caso não lembre o mês, anote apenas o ano e depois discuta.

**Pergunta 8** Não suponha que uma criança chamada "Juraci" seja menina. Nomes terminados em 'i' sempre geram este tipo de confusão. Também, não suponha que uma criança de cabelos curtos seja menino. Na dúvida, pergunte se a criança é menino ou menina.

**Pergunta 9** O critério mais prático para classificar a pessoa de cor parda/morena é por exclusão. Quem não tem a cor da pele branca ou preta, entra na categoria parda/morena, como já foi mencionado no questionário da família.



- Pergunta 10** Se a entrevistada é uma mulher em idade reprodutiva, não suponha que ela seja a mãe biológica da criança. Pergunte se ela deu a luz à criança, ou seja, se a criança em questão “nasceu da barriga dela” ou se foi adotada.
- Pergunta 11** Apesar de referir-se exclusivamente à mãe biológica, esta pergunta deverá ser formulada em todos os casos, porque a grande maioria das mães adotivas, ou de outros responsáveis pela criança, sabem informar sobre a mãe verdadeira (biológica). Além desse cuidado, deve-se ter a máxima cautela ao perguntar sobre os filhos nascidos mortos, visto que muitas mães tendem a esquecer - ou não declarar – este tipo de ocorrência. Nascidos mortos são considerados os que nasceram com 28 semanas de gravidez ou mais, o que equivale, em peso, a 1000g ou mais. Abortos (óbitos ocorridos antes desse prazo, ou com peso menor) não são considerados natimortos e não devem ser computados. Se a mãe adotiva não souber responder esta pergunta sobre a mãe biológica, preencher com “88” (‘não se aplica’), mas se a própria mãe biológica não souber responder, no caso da diferenciação entre nascido morto e aborto, preencher com “99”.
- Pergunta 12** Se necessário, peça para ver o registro de nascimento do irmão que nasceu antes. Se ele tiver menos de cinco anos, a data de nascimento pode ser confirmada também pelo cartão da criança. Caso a mãe não tenha nenhum comprovante, anote a informação fornecida por ela e depois discuta com a coordenação. Caso a mãe não lembre o dia, anote o mês e o ano do nascimento. Caso não lembre o mês, anote apenas o ano. Se a criança for filho único ou primeiro filho (primogênito), preencher com “11/11/11”.
- Pergunta 13** Inclua consulta por gravidez somente se a mãe compareceu ao serviço de saúde como rotina de pré-natal, sem saber que já ficaria hospitalizada para ter o nenê. Não considere grupos de gestantes

como consulta. Se a entrevistada não for a mãe biológica, tente obter informação sobre o pré-natal. Se ela não souber, responda com "9".

**Perguntas 14-15** Confirme a resposta perguntando em que mês da gestação a mãe consultou e, depois, quantas vezes em cada mês.

**Perguntas 16-17** Esta pergunta procura saber sobre a qualidade do pré-natal oferecido à mãe durante a gestação da criança. Nas perguntas 17 e 18, as expressões "espontâneo" e "induzido" aparecem de novo. Só pra reforçar: basta à mãe mencionar o tipo de exame e nada mais. Não precisa dizer nem o número de vezes e nem o momento que ele foi feito durante a gravidez. "Teste para AIDS" não é politicamente nem tecnicamente correto, mas, como já foi mencionado no questionário da família, é o que as mães entendem.

**Pergunta 18** Tente diferenciar a vacina contra tétano de outros remédios injetáveis administrados durante a gravidez. A vacina é normalmente feita no braço. Se já havia sido imunizada em gestação anterior, há dez anos ou menos, responda com a opção "(8) Não, já era imunizada". Se a mãe tomou apenas uma dose, confirme se era reforço. Se foi reforço, isto é, a terceira dose dada após o parto, marque a opção "(7) Sim, apenas o reforço". Se não tomou nenhuma dose e não foi reforço, marque um "X" na opção em aberto e anote o número de doses tomadas.

**Pergunta 19** Anote o local de nascimento. Crianças que nascem dentro da ambulância, por exemplo, devem ser anotados na opção "Outros".

**Pergunta 20** Fazer o parto indica tirar ou ajudar a tirar o nenê da barriga da mãe. Normalmente, há um responsável. Pode ser o médico, a enfermeira ou uma parteira, acompanhados por algum auxiliar. Quem auxilia

não deve ser computado como tendo feito o parto, mesmo que seja o médico, a enfermeira etc.

**Pergunta 21** O entrevistador deverá investigar todas as informações que caracterizem um parto cirúrgico abdominal. Atente-se para as referências do entrevistado sobre os procedimentos de episiotomia (raspagem) e episiorrafia (pequeno corte na vagina para facilitar a saída do nenê), fórceps (instrumento que prende a cabeça do nenê e o puxa para fora pela vagina). Nenhum deles constitui parto cirúrgico abdominal. Partos vaginais induzidos (aqueles em que se dá medicamento para acelerar o trabalho de parto) também são considerados “normais”. Assim, se a criança nasceu pela vagina, considere o parto normal.

**Perguntas 22-23** Em caso de nascimento hospitalar, peça para ver a carteirinha dada no hospital. Muitas vezes, esta informação pode ser obtida no próprio cartão da criança. Se não puder confirmá-la, anote a informação dada pela mãe. Se a mãe não souber quanto a criança pesava ao nascer, responda com a opção “9999” (ignorado). Na pergunta 23, se o peso foi obtido na maternidade e confirmado pelo cartão, marque a opção (1). Se a criança foi pesada no domicílio e o peso anotado no cartão, marque “X” no parênteses e pergunte quem pesou a criança. Por exemplo, se foi o líder (LP), marque a opção “(2)” etc. Se a criança foi pesada pelo líder e pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS e LP ou ACSLP), marque a opção “(4)”. No entanto, lembre-se: **só se considera como peso ao nascer aquele observado em até 10 dias após o nascimento**. Se a criança foi pesada neste período, mas a mãe não confirmou este peso, anote a opção “(5)”. Se a mãe não souber o peso, responda a pergunta 23 com o código “8” (não se aplica).

**Perguntas 24-25** Se a resposta for negativa na pergunta 24, pule para a pergunta 26

e complete a pergunta 23 com NSA (Não se aplica = 8, 88, 888...). Nesta pergunta, interessa saber se a mãe foi à consulta médica por algum problema relacionado ao parto, nos dois primeiros meses após o nascimento da criança em questão. Se o motivo de visita ao médico estiver relacionado ao parto, anote a opção "(1) Sim" como resposta. Se, nesse mesmo período, ela foi ao médico por qualquer outro motivo não relacionado ao parto, marque a opção "(2) Não". Lembre-se que o motivo da consulta diz respeito única e exclusivamente à mãe e não à criança.

**Pergunta 26**

Se resposta for negativa na pergunta 26, pule para a pergunta 28 e complete a pergunta 27 com '8'. Considerar como internamento, se a criança permaneceu por um período igual ou superior a 24 horas em ambiente hospitalar. Se a criança recebeu alta, foi para casa e voltou a ser hospitalizada em um período inferior a 24 horas, considerar a hospitalização.

**Pergunta 27**

Anotar apenas para crianças hospitalizadas nos últimos 12 meses. Em caso de dúvida, pergunte sobre sintomas comuns como diarreia, tosse, manchas na pele, e anote por extenso. Se a criança foi hospitalizada sete vezes ou mais, pela mesma doença, preencha com o código "7". Se a criança não foi hospitalizada por motivo de doença nos últimos 12 meses, preencha com o código "8" para diarreia, IRA/pneumonia etc. Se foi hospitalizada, preencher o número de hospitalizações e, nas demais, o código "0" (zero). Lembre-se novamente!: o código "8" só deve ser utilizado quando a pergunta não se aplica, o que não é o caso porque a criança foi hospitalizada. Por exemplo, para uma criança hospitalizada duas vezes por diarreia, e não por outras doenças, responda "2" em "diarreia", "0" em "IRA/pneumonia", "0" em 'Sarampo' etc. Se ela foi hospitalizada uma vez por queimaduras e não por outras doenças, anote em "Outra queixa1", "queimadura" e "1" no

número de vezes e codifique '0' nas demais.

**Perguntas 28-31** Se a criança não está nem esteve com problema de saúde desde ontem a esta hora, complete a pergunta 29 com "8" e pule para a 32. Esteja ciente de que a mãe entendeu a expressão "desde ontem a esta hora". Uma maneira de ajudá-la é dizer, dependendo da hora em que a entrevista está sendo realizada, "desde ontem pela manhã", "desde ontem à tarde" ou "desde ontem à tardinha". No entanto, se a mãe mencionar algum problema ou doença não dado como opção, anote em "outra queixa". Se ficar em dúvida, use o verso do questionário e depois discuta com a coordenação.

## **Pulos**

Preste muita atenção nas questões que se iniciam agora, pois há vários pulos. E pulo mal feito, como já se viu no estudo anterior, leva a perda de tempo – aplicam-se as perguntas sem que houvesse necessidade ou perdem-se algumas, quer dizer, as perguntas são pulada sem razão. Estes pulos estão indicados em cada pergunta. Vamos verificar cada um deles, da pergunta 32 a 60.

Iniciando na pergunta 32: por exemplo, se a criança não esteve doente nos últimos 15 dias ou a mãe responde que "não sabe" se a criança esteve ou não doente nesse período, pule da pergunta 32 para a pergunta 61 e complete com NSA (8, 88, ...) as perguntas puladas. Se a criança esteve doente, aplique a 33. Se a criança esteve doente, mas não teve nem diarreia (ou disenteria), nem respiração rápida e nem dificuldade respiratória, termine de aplicar a pergunta 33 e pule para a pergunta 40. Se esta criança teve diarreia (ou disenteria), termine de aplicar a pergunta 33 e aplique também as perguntas 34, 35 e 36. Se, na pergunta 36, constatou-se que foi dado algum tipo de soro à criança, aplique a pergunta 37. Agora imagine uma criança que esteve doente nos últimos 15 dias e que tinha respiração rápida e/ou dificuldade respiratória, sem diarreia (ou

disenteria). De novo, termine de aplicar a 33, pule as perguntas 34 a 37 e aplique as perguntas 38 e 39. Na pergunta 39, o enunciado está incompleto, só menciona “criança com dificuldade respiratória”, mas, na verdade, também se refere a “crianças que tiveram respiração rápida” nos últimos 15 dias. Então, para reforçar esta questão, estabelece-se que: para criança doente nos últimos 15 dias (pergunta 32) e que teve respiração rápida e/ou dificuldade respiratória, aplica-se as perguntas 38 e 39. Bom, se a criança esteve doente e não teve nem diarreia (ou disenteria) nem respiração rápida nem dificuldade respiratória, mas teve qualquer outra sintoma ou doença (dor de garganta, por exemplo), aplique a pergunta 33 e, então, pule para a pergunta 40. Só pra lembrar: as perguntas 40 e 41 devem ser aplicadas quando a criança esteve doente nos últimos 15 dias. Se na pergunta 41, a mãe responder que “Não sabe” (opção 3) se a criança foi levada para consultar, pule para a pergunta 56. Se a mãe respondeu que a criança “Não” foi levada à consulta (opção 2), aplique a pergunta 42 e depois pule para a pergunta 56. Se a criança foi levada à consulta (opção 1), pule a pergunta 42 e aplique a pergunta 43. Se, na pergunta 43, a mãe diz que “Não” conseguiu atendimento para a criança, (Opção 2), ou que “Não sabe” (opção 9), pule para a pergunta 56. Ainda na pergunta 43, se a mãe conseguiu consulta (opção 1), aplique as perguntas 44 a 48. Se, na pergunta 48, a resposta for “Não” ou “Não sabe”, pule para a pergunta 51. Mas se a criança recebeu algum remédio (opção 1), na pergunta 48, aplique as perguntas 49 a 51.

Via de regra, as crianças são atendidas no serviço de saúde (posto de saúde, posto 24 horas, pronto-socorro etc.) por um médico ou pela enfermeira, como foi respondido na pergunta 47. Esta parte é complicada, preste bem atenção: se a criança foi atendida por médico ou enfermeira, aplique a pergunta 51. A pergunta vai verificar se este médico ou enfermeira que atendeu a criança no

serviço de saúde foi visitá-la em casa. Se a mãe disse que “Não sabe” (opção 9) na pergunta 51, pule para a pergunta 54. Se ela respondeu que “Sim” (opção 1) ou “Não” (opção 2) aplique a pergunta 52. Se, nesta pergunta, ela respondeu que “Não lembra/Não sabe” (opção 9), pule para a pergunta 56. Se respondeu que “Não” (opção 2), pule para a pergunta 54. Ainda na pergunta 51, se ela respondeu “Sim” (opção 1), aplique a pergunta 53. Se a resposta da pergunta 54 for “Não sabe” (opção 9) ou “Não” (opção 2), pule para a pergunta 56. Se for “Sim”, aplique as perguntas 55, 56 etc. Lembre-se que todas as perguntas “puladas” devem ser codificadas com “8, 88, 888, ...” etc.

Agora vamos voltar às orientações específicas sobre cada uma dessas perguntas.

### Pergunta 32

Atente-se para o período de referência de duas semanas atrás, porque a mãe pode confundir-se e referir-se apenas à última semana. Valem as mesmas orientações dadas para as perguntas 28-29. A única coisa que muda é o período a que se refere. Ao invés de “nas últimas 24 horas ou desde ontem a esta hora”, agora, o que interessa são os últimos 15 dias.

### Perguntas 33-39

Não considerar como tendo tosse a criança que apresentou um episódio único ou tenha se engasgado com algum alimento. A tosse precisa ter sido provocada por algum problema respiratório que a mãe tenha observado acontecer mais de uma vez por dia. Considere como tendo diarreia somente a criança que **teve três ou mais evacuações de consistência amolecida dentro de um período de 24 horas**. Esse critério não vale para crianças abaixo de seis meses alimentadas exclusivamente no seio, visto que elas, normalmente, apresentam evacuação de consistência amolecida. Nesse caso, utilize o critério da mãe sobre se a criança teve ou não diarreia. Essa pergunta não deve ser aplicada às crianças que

estariam com fezes moles e freqüentes, em decorrência do uso de laxantes como óleo de rícino, por exemplo. No caso da pergunta 34, diarréia ocorrida nas últimas duas semanas deve ser considerada, mesmo que já tenha terminado. A pergunta 34 refere-se apenas à criança que teve diarréia no período. Pergunte item por item, mencionando sempre o nome da criança e dando tempo à mãe para respondê-la. Se for difícil para a mãe dizer quantas vezes a criança fez cocô mole, ajude-a dizendo "em média", "mais ou menos", mas não sugira um número de vezes, isto é, não forje uma resposta. Isso **jamais** deverá ser feito. Se a mãe mencionar que, no início da doença, a criança fazia cocô sete ou oito vezes por dia e, no final, quatro ou cinco vezes por dia, anote seis como resposta. Quanto ao fato de a criança ter muita sede, estar se alimentando bem ou tomando líquido normalmente, ajude-a comparando a atual situação com o período anterior à doença. Se a criança não teve diarréia, pule para a pergunta 38. Se a criança não teve respiração rápida nem dificuldade respiratória, pule para a pergunta 40 e complete os pulos com 8, 88. Na pergunta 35, questione se foi dado algum líquido especificamente para tratar a diarréia. A pergunta não quer saber se a criança continuou a receber os mesmos líquidos que recebia anteriormente, mas se algo novo foi introduzido. Na pergunta 36 anote, sem induzir, os líquidos utilizados. A criança pode ter recebido mais de um tipo de soro durante a diarréia, e todos devem ser marcados. No restante, marque o código "(2) Não", com exceção da opção "outros", que será codificada posteriormente. Se foi utilizado mais de um tipo de chá ou outro líquido, responda apenas com o tipo mais freqüentemente utilizado. Na pergunta 37, interessa saber quem receitou o soro para a criança. Se foi mais de uma pessoa, anote apenas a que o fez primeiro. As perguntas 38 e 39 dizem respeito ao quadro de infecção respiratória caracterizada por tosse acompanhada de febre e/ou dificuldade respiratória e/ou obstrução nasal, rouquidão, catarro ou "puxa"



(falta de ar, dificuldade respiratória). Atente-se para termos locais, anotando-os e discutindo-os posteriormente com a coordenação.

**Perguntas 40-55** O importante é saber se a criança, neste período, foi levada para consultar no serviço formal de saúde (posto de saúde, hospital, pronto socorro, consultório particular, clínicas etc.). Na pergunta 42, não se deixe enganar com respostas vagas. É preciso tirar do entrevistado algo mais consistente do que respostas do tipo “não levei porque não quis” ou “não levei não sei por quê”. Anote o que a entrevistada disser primeiro. Se ficar em dúvida, anote tudo o que ela disser e depois fale com a coordenadora. Na pergunta 44, interessa saber onde, de fato, a criança foi atendida, mesmo que tenha recebido uma simples orientação ou medicação (receita etc.). Não interessa saber em quantos lugares a entrevistada esteve com a criança, mas onde ela efetivamente consultou. Se foi atendida em dois lugares, anote o primeiro. A pergunta 47 quer investigar se a consulta foi com médico ou enfermeira. Se consultou com os dois, anotar o médico, pois ele pode prescrever qualquer tipo de medicamento e a enfermeira só pode fazê-lo em situações muito específicas, quase sempre, supervisionadas pelo médico. Na pergunta 49, comprar implica tirar dinheiro do próprio bolso, adquirir o medicamento com recursos próprios. Se alguém deu dinheiro ao entrevistado, ele ganhou e, portanto, não comprou. A pergunta 50 quer saber se a criança usou algum antibiótico, ou seja, se tomou algum remédio por cinco dias ou mais. O uso de pomadas, loções, mesmo a base de antibióticos, não vale. É preciso ingerir, beber.

**Perguntas 56-60** Estas perguntas referem-se ainda a doenças ocorridas nos últimos 15 dias. O que vale é a opinião da mãe. Por exemplo, as perguntas 56 e 57 investigam a percepção materna quanto à gravidade da doença. Se a mãe, cujo filho teve convulsão, disser que mesmo nesta

condição a criança “estava um pouco doente”, vai-se anotar a opção “(1) Um pouco doente”. Se, por outro lado, a criança estava com o nariz trancado e a mãe achou que a criança estava muito doente, vai-se anotar a opção “(3) muito doente”. Na perguntas 58 a 60, a intenção é avaliar a atitude da mãe frente à criança doente, não interessando se, de fato, a criança comeu ou tomou o que ela deu, mas se a mãe aumentou e/ou mudou a quantidade de comida/líquido oferecida.

**Pergunta 61**

Se resposta for negativa, pule para a pergunta 63 e complete a pergunta 62 com “(8)”. Essas consultas realizadas nos últimos três meses podem ter sido tanto por problemas clínicos como somente para avaliação do crescimento, desenvolvimento e atualização de cobertura vacinal (puericultura). No entanto, só valem aquelas consultas realizadas por médico ou enfermeira. Anote o total de consultas. Se a criança não consultou, escreva “0” nos espaços correspondentes, pule para a pergunta 63 e preencha com o código “8” todas as opções da pergunta 24. Se, por exemplo, ela foi atendida duas vezes pelo médico, marque “X” e “2” para ela e “0” para enfermeira.

**Pergunta 62**

Para as doenças que a criança não consultou, marque a opção “(0) Não”, e para aquelas que consultou, marque um ‘X’ no “( ) Sim” e o número de vezes que a criança foi levada à consulta.

**Perguntas 63-64**

Estas perguntas só devem ser aplicadas para mães ou responsáveis de crianças que já completaram seis meses de idade. A vitamina A é dada em forma de cápsula, que pode ser azul ou vermelha. Geralmente, é a enfermeira quem dá essa vitamina à criança e, raras vezes, é o agente de saúde. Para dar a vitamina, é preciso cortar a pontinha dessa cápsula e espremer o seu conteúdo sobre a língua da criança.

- Pergunta 65** Se a criança começou a receber o alimento com menos de 1 mês de idade, coloque "00" na resposta. Se nunca recebeu regularmente, complete com o código "98" ("nunca recebeu regularmente"). Se nunca recebeu, use o código "97". Considera-se regularmente o alimento oferecido à criança de uma maneira sistemática, com intervalos regulares. Por esta razão, deve-se desconsiderar o alimento oferecido esporadicamente.
- Perguntas 66-67** Marque "(1) Sim" quando a criança mamar no peito todos os dias, mesmo que a mãe informe que "mama, mas não sai leite". Nesse caso, preencha a pergunta 67 com o código "não se aplica" e pule para a pergunta 68. Se mama de vez em quando, mas não todos os dias, responda com a opção "(2) Não". Se a criança nunca mamou, também responda "Não". Para as crianças desmamadas, na pergunta 67, informe-se sobre quando ocorreu o desmame. Não aceite respostas arredondadas, como "seis meses" ou "um ano", sem perguntar à mãe : "Foi aos seis meses mesmo ou alguns dias antes ou alguns dias depois? Quantos dias?" Se a criança mamou 2 meses e 15 dias, complete a pergunta 67 com "0 anos, 2 meses e 15 dias". Se ela nunca mamou, complete com "0 anos, 00 meses e 00 dias". Se ainda mama, complete com "8 anos, 88 meses e 88 dias".
- Perguntas 68-69** Esteja ciente de que a mãe entendeu a expressão "desde ontem a esta hora". Uma maneira de ajudá-la é modificar para "desde ontem pela manhã", "desde ontem à tardinha", conforme o horário da entrevista. Se ficar em dúvida, use o verso do questionário para anotações e depois discuta com a coordenação. Diferencie bem o que é farinha d'água (farinha + água), angu (engrossante feito com farinha, uma espécie de mingau que pode ter leite também) e gogó (farinha + leite puro ou diluído em água). Discutam isso cuidadosamente, definam cada uma delas e, só então, apliquem o que se definiu.

**Perguntas 70-72** Na parte interna do cartão da criança, é possível checar se ela foi pesada no último mês. Se a criança não tem cartão de peso ou ele não está disponível para a confirmação, pergunte à mãe. Anote o que ela disser, escreva ao lado que a informação não pôde ser confirmada pelo cartão e mostre à coordenação. A pesagem referida nestas perguntas diz respeito apenas à monitoração do crescimento. Pesagens feitas com qualquer outro objetivo (dieta, por exemplo), não devem ser consideradas. Na pergunta 71, basta saber se a criança foi pesada pelo líder da Pastoral ou pelo agente de saúde. Se foi pesada, mas a entrevistada não sabe por quem e nem onde, anote '9' como resposta.

**Perguntas 73-74** Informações sobre vacinas também podem ser obtidas no cartão da criança. Se não, peça o cartão de vacinas, mais comum entre crianças mais velhas. Se o cartão da criança ou a carteira de vacinas encontra-se disponível, copie as doses anotadas na primeira coluna do questionário onde diz "cartão". Se a mãe não tiver o cartão de vacinas, preencha a primeira coluna com zero e a segunda com o número de doses que ela mencionar, desde que indique corretamente a forma de aplicação (que está entre parênteses). Isto só no caso de o cartão não existir. Para a vacina BCG, examine os braços de todas as crianças para confirmar a presença de cicatriz vacinal, inclusive, aquelas que tinham cartão.

**Pergunta 75** Perguntar se a criança tem outro cartão igual ao mostrado. Não interessa que a mãe ou responsável possa mostrá-lo na hora. Basta tê-lo em casa, em qualquer lugar.

**Perguntas 76-77** Participar do programa do leite implicava receber leite, geralmente em pó, e óleo de soja. Alguns municípios também davam farelo de trigo ou de arroz. Para considerar a inclusão da criança no programa, deve-se verificar se ela recebia pelo menos o leite + o óleo de soja.

Se não, anote “Não”. Lembre-se que esta pergunta só se aplica às crianças que têm pelo menos seis meses de vida. O Bolsa-Alimentação refere-se a uma quantia em dinheiro que o governo federal repassa direto para a mãe, via conta bancária, geralmente da Caixa Econômica Federal. Onde não há agência bancária, alguém da comunidade, um comerciante ou uma ONG, por exemplo, repassa estes recursos à mãe. O valor varia conforme o número de inscritos na família, mas cada criança recebe o equivalente a R\$ 15,00 por mês. Este dinheiro não deve passar pela prefeitura local, mas vir direto do governo federal para a família. Se não, não deve ser considerado como Bolsa-Alimentação.

## Antropometria

### Pergunta 78

**Peso:** Peça para a mãe ou informante para ajudar na pesagem da criança. Escolha um lugar calmo e seguro. Geralmente, a balança é presa na porta da casa, por um suporte, que a acompanha, mas é sempre bom ter uma cordinha para, se necessário, pendurá-la em uma viga da casa. Certifique-se de que o local onde a balança será pendurada é seguro, simule o peso da criança, puxando para baixo o gancho onde ela vai ser pendurada. Crianças com até seis meses de idade devem ser colocadas na cegonha para serem pesadas e, acima dessa idade, na calcinha de plástico. Ao ser pesada, a criança deve estar com o mínimo de roupa possível. Se isto não ocorrer, anote no questionário a roupa que ela estava vestindo, para descontar do seu peso final. Lembre-se de ajustar a balança antes de cada pesagem. Para isso, use um botão que está logo acima do marcador “0” quilos, girando-o para a direita ou para a esquerda, conforme a necessidade. Peça a mãe para tirar a roupa da criança, deixando-a só de calcinha ou de calçãozinho. Em seguida, coloque a criança dentro da calcinha de plástico e, junto com a mãe, pendure-na pela alça da calcinha de pesagem no gancho da balança. Cuide

para que uma das alças fique à frente da criança (no peito) e a outra atrás (nas costas). Isto impede que a criança caia. Quase toda criança chora, e muito, ao ser pesada. Por isso, deixe para fazer a pesagem por último, depois de medir a sua altura e perímetro braquial. Lembre-se também que, no momento de leitura do peso, a criança deve estar livre – sem ninguém que a segure ou encostada em qualquer superfície (porta, parede etc). Faça a leitura do peso o mais rápido possível porque a posição é desconfortável. Uma dica: onde houver mais de uma criança, comece pesando pela mais velha porque elas choram menos e, com isso, as crianças menores dão menos trabalho. Finalmente, o peso deve ser registrado em gramas.

**Pergunta 79**

Novamente, solicite ajuda da mãe, principalmente, ao medir o comprimento da criança. Só pra lembrar: comprimento é a medida que se obtém com a criança deitada e altura é a que se obtém com a criança em pé. Crianças menores de dois anos (23 meses e 29 dias) deverão ser medidas deitadas, no antropômetro de madeira. Cuide para que a parte mais alta da cabeça da criança seja mantida encostada na madeira, que os joelhos estejam encostados e abaixados – peça à mãe que a segure - e a base (parte que se desloca no antropômetro) encostada na planta dos dois pés da criança, ao mesmo tempo e em toda a sua extensão. Faz-se, então, a leitura do seu comprimento. Crianças com dois anos ou mais de idade devem ser medidas em pé. Para isso, peça que a criança fique com os pés descalços e juntos, um tornozelo encostando no outro, a régua tocando as nádegas da criança, as costas (entre os dois ossos mais salientes) e a parte posterior da cabeça. O queixo não pode encostar no pescoço e a criança deve olhar para a frente. Imagine uma linha que sai da base lateral do pescoço, vai até o ouvido e depois segue em direção ao olho. Este ângulo pescoço-ouvido-olho tem de ter 90 graus (ou o mais próximo possível disso). Tanto altura como comprimento devem ser anotados em centímetros. Faltou um dígito

para altura na codificação. Acrescentem-no, por favor.

**Pergunta 80**

Para medir o perímetro braquial, a mãe ou a criança deve estar com o cotovelo flexionado em um ângulo de 90 graus entre o braço e o antebraço. Com a fita métrica, meça a distância entre o ossinho mais saltado do ombro (acrômio) – para achá-lo, basta seguir a clavícula em direção ao ombro – e a ponta do cotovelo. Bem na metade da distância entre esse ossinho do ombro e o do cotovelo, faça uma marca com a caneta. Para identificar este ponto médio, divida por dois o valor anteriormente encontrado. É neste local que o perímetro braquial deve ser medido. Sobre ele, coloque a fita métrica, dando a volta no braço da mãe ou da criança, leia o valor obtido e anote no questionário. Ao se obter esta medida, cuide para a fita não ficar frouxa nem muito apertada. Ela precisa estar firme, ou seja, tocar a pele da mãe ou da criança em toda a sua extensão.

**PS:**

Não esqueça de anotar o número do questionário da mãe na pergunta 82, o dia da entrevista na pergunta 83 e o seu nome e número na pergunta 84.

**Pastoral da Criança**  
**Fundo das Nações Unidas para Infância e Adolescência - UNICEF**  
**Rede Globo – Criança Esperança**  
**Universidade Federal do Rio Grande, RS**

**Estudo sobre as condições de saúde e nutrição de crianças menores  
de cinco anos em alguns municípios das regiões Norte e Nordeste do Brasil**

Tipo: (1) Área-Pastoral                      (2) Área-Controle                      Data: \_\_ \_\_/ \_\_ \_\_/ 02

Município: \_\_\_\_\_ Comunidade: \_\_\_\_\_

Área:                      (1) Urbana                      (2) Rural

Nome da líder da Pastoral: \_\_\_\_\_

Número do domicílio	Endereço (Áreas urbanas) Nome da mãe (Áreas rurais)	Número do questionário da mãe e da criança:	Total de:		
			Mães	Crianças <6a	Moradores
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
<b>Total</b>					

Domicílios com: crianças <6 anos: \_\_\_\_

retornos: \_\_\_\_ domicílios

moradores ausentes: \_\_\_\_

entrevistas: \_\_\_\_ mães

\_\_\_\_ crianças

Entrevistador: \_\_\_\_\_

No.: \_\_\_\_