

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Mestrado em Epidemiologia

A Pastoral da Criança em Criciúma,SC:
Estudo populacional sobre sua cobertura e desempenho
em ações básicas para a sobrevivência infantil

Mestrando: Nelson Arns Neumann
Orientador: Cesar Gomes Victora
Co-orientador: Ricardo Halpern

Pelotas - 1997

Quem dentre vós,
tendo cem ovelhas e
havendo perdido uma delas,
não deixa as noventa e nove no deserto
indo em busca da desgarrada,
até achá-la?

Lc 15, 4

Meus agradecimentos a Deus,
a família, em especial a minha esposa Luciane,
aos líderes comunitárias da Pastoral da Criança,
aos meus professores e amigos, em especial Cesar Victora e Juraci Cesar,
pela oportunidade que tive de aprender e participar
da construção de uma sociedade justa e fraterna,
a serviço da vida e da esperança

Índice:

1. Agradecimentos	3
2. Índice	4
3. Artigo 1: A Pastoral da Criança em Criciúma, SC: cobertura e características sócio-demográficas das famílias participantes.	5
4. Artigo 2: Desempenho da Pastoral da Criança na promoção de ações de sobrevivência infantil e na educação em saúde em Criciúma, SC - 1996	24

Anexos:

- I. Projeto de dissertação *A Pastoral da Criança e a saúde das crianças menores de 3 anos em Criciúma/SC*
- II. Relatório do Trabalho de Campo
- III. Questionário *Estudo sobre saúde das crianças menores de três anos em Criciúma - 1996*
- IV. Manual de Instruções do *Estudo sobre saúde das crianças menores de três anos em Criciúma - 1996*
- V. Questionário de revisita e hemoglobina do *Estudo sobre saúde das crianças menores de três anos em Criciúma - 1996*
- VI. Questionário de validação *Pesquisa sobre a nutrição das crianças acompanhadas pela Pastoral da Criança de Criciúma*
- VII. Releases encaminhados à imprensa e notícia em jornal de Criciúma sobre a pesquisa

A Pastoral da Criança em Criciúma, SC: cobertura e características sócio-demográficas das famílias participantes.

Nelson A Neumann*, Cesar G Victora†, Ricardo Halpern‡, Paula R V Guimarães‡, Juraci A Cesar §

Neumann NA, Victora CG, Halpern R, Guimarães PRV, Cesar JA. A Pastoral da Criança em Criciúma, SC: cobertura e características sócio-demográficas das famílias participantes.

Objetivo. Descrever as principais características sócio-econômicas, biológicas e demográficas das crianças e famílias que participam ou participaram da Pastoral da Criança em relação à população do município.

Delineamento. Estudo transversal de base populacional

Local. Área urbana do Município de Criciúma, SC

Participantes. Amostra probabilística de 2208 crianças menores de 3 anos

Resultados. Uma em cada seis (16,7%) mães estudadas afirmaram ter participado alguma vez da Pastoral, das quais 4,8% ainda o fazem, havendo as restantes abandonado o acompanhamento. Crianças com mais de 12 meses, negras, com 2 ou mais irmãos mais velhos apresentaram maior chance de ter participado. Os principais fatores familiares associados à participação foram idade materna acima dos 25 anos, o fato desta não trabalhar fora de casa, renda per capita baixa, menor escolaridade dos pais, tempo de moradia no bairro superior a 4 anos e morte de filho menor de 5 anos. Os fatores associados ao abandono incluíram maior escolaridade materna, ausência de religião ou filiação à Assembléia de Deus, uniões matrimoniais informais, ausência de companheiro e menor tempo de moradia no bairro. A migração, a falta de tempo e a interrupção das atividades pela Pastoral foram os principais motivos alegados para o abandono. O tempo mediano de participação foi de 12,6 meses, sendo maior no segundo quartil de renda familiar total (24,4 meses). Utilizando-se a renda familiar total inferior a R\$200 como indicativa do grupo que mais necessitaria do apoio da Pastoral, verificou-se que esta não demonstrou maior preferência por este segmento.

Conclusões. Apesar de a Pastoral da Criança acompanhar as famílias de menor renda e escolaridade, é necessário priorizar os mais pobres dos pobres. As famílias com renda inferior a R\$200,00 devem ser ativamente incentivadas a entrar e permanecer na Pastoral. É preciso também adotar medidas para reduzir a taxa de abandono.

Descritores. Criança, Atenção primária a saúde, Intervenção, Agente comunitário, Avaliação de serviços, Epidemiologia

* Coordenação Nacional, Pastoral da Criança - Curitiba, PR - Brasil

† Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas - Pelotas, RS - Brasil

‡ Secretaria Municipal de Saúde - Criciúma, SC - Brasil

§ Departamento Materno Infantil, Universidade do Rio Grande - Rio Grande, RS - Brasil

Introdução

O Encontro Mundial de Cúpula pela Criança (1990)¹ reconheceu como desafio a ser superado a situação de crianças expostas, no mundo, inteiro a perigos que afetam seu crescimento e desenvolvimento. Estima-se que 190 milhões de crianças menores de cinco anos sejam cronicamente desnutridas, condenadas desde cedo a um padrão de morbidade e de desenvolvimento precário².

Este encontro aprovou um Plano de Ação³ que prevê reduções da mortalidade e da desnutrição grave e moderada entre os menores de cinco anos; redução na mortalidade materna; acesso universal à água potável, ao saneamento básico e à educação básica; redução do analfabetismo entre os adultos, com ênfase nas mulheres, e proteção às crianças que vivem em circunstâncias particularmente difíceis.

No Brasil, segundo dados do Censo Demográfico de 1991⁴, somavam 1.468.329 as crianças de até seis anos que viviam em favelas e assemelhados, constituindo um grupo prioritário para estas ações.

Dentro deste contexto, as intervenções comunitárias em cuidados primários à saúde e nutrição têm sido difundidas por todo o mundo, tendo-lhes sido atribuída a redução da morbimortalidade de crianças menores de seis anos^{5,6}. Nesta prática se insere a Pastoral da Criança⁷, organismo de ação social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil -CNBB. Esta instituição, criada em 1983, tem como objetivo trabalhar diretamente com as famílias em nível domiciliar para que as crianças se desenvolvam integralmente, evitando a morbi-mortalidade infantil, dentro de valores culturais como a fraternidade entre as famílias, a corresponsabilidade social e o ecumenismo. Dados referentes ao 1º trimestre de 1997 situam a Pastoral da Criança em 2.563 municípios de todos os Estados brasileiros, acompanhando, em média, a cada mês, a 1.045.210 crianças menores de seis anos, 47.963 gestantes, através de 82.755 Líderes Comunitários⁸.

As ações da Pastoral da Criança são realizadas pelos Líderes Comunitários voluntários que atuam junto a famílias em sua vizinhança, dentro de um contexto comunitário. Estes Líderes são capacitados inicialmente em ações básicas de saúde como: acompanhamento da gestante, estímulo ao aleitamento materno, vigilância nutricional e promoção do crescimento, educação essencial, incentivo às imunizações e controle das infecções diarreicas. Gradualmente esta capacitação vai se estendendo para outros temas, como o controle das infecções respiratórias a nível domiciliar e prevenção de acidentes domésticos. Posteriormente, ações complementares como a capacitação em temas ligados à cidadania, projetos de auto-sustentação através da geração de renda e alfabetização de jovens e adultos são oferecidos às comunidades acompanhadas.

As ações realizadas pela Pastoral da Criança foram objeto de estudo realizado no Maranhão em 1991⁹. Nesta pesquisa, comunidades com a presença da Pastoral da Criança há mais de um ano e comunidades-controle, de nível sócio-econômico similar, foram comparadas. As mães e crianças acompanhadas pela Pastoral mostraram-se nitidamente superiores ao grupo controle em uma série de indicadores de processo e em alguns indicadores de impacto. No entanto a interpretação dos resultados daquele estudo fica prejudicada pela falta de conhecimento de quais parcelas da população são atingidas pela Pastoral da Criança, uma vez que fatores associados com a participação podem distorcer os resultados. É necessário, portanto, dispor-se de estudos que demonstrem quais as parcelas da população mais intensamente atingidas pela Pastoral.

Em todo o Brasil, das 250 dioceses (microrregiões) em que a Pastoral da Criança atua, a Diocese de Tubarão, Estado de Santa Catarina, apresenta o maior número de crianças acompanhadas. Dentro desta diocese, Criciúma é o município com maior número de acompanhamentos, havendo sido escolhido, por este motivo, para o

presente estudo. Nesta pesquisa, são descritas características da população de crianças menores de 3 anos e suas famílias, servidas ou não pela Pastoral da Criança, tendo entre suas finalidades subsidiar este organismo no planejamento de suas intervenções e em futuras avaliações de suas atividades.

Materiais e Métodos

O estudo foi conduzido na área urbana do município de Criciúma, no sul do Estado de Santa Catarina e em seu único distrito, Rio Maina, com uma população total de 146.320 habitantes conforme o Censo Demográfico de 1991⁴.

A área estudada foi agrupada em 113 setores censitários urbanos definidos pelo IBGE, tendo aproximadamente 317 domicílios particulares ocupados em cada setor.

A amostragem foi realizada em dois estratos: setores com presença da Pastoral da Criança e demais setores. Todos os 37 setores com Pastoral da Criança foram incluídos, sendo nestes visitados 54% dos domicílios. Sorteou-se ainda, aleatoriamente, 15 dos 76 setores restantes sendo visitados 155 domicílios em cada. Foi considerado como setor com presença da Pastoral da Criança aquele que fizesse parte de um bairro ou comunidade cadastrada no Sistema de Informações da mesma.

Em cada setor escolhido, foi sorteada uma quadra para iniciar a coleta. Nesta quadra foi sorteada uma esquina, sendo visitados consecutivamente todos os domicílios no sentido horário, até completar o número de domicílios inicialmente previstos para cada setor.

Embora em cada estrato o esquema de amostragem permitisse igual chance de entrada no estudo para todas as crianças, houve proposital sobreamostragem dos setores com Pastoral da Criança. Na análise, esta sobreamostragem foi compensada através de ponderação para reproduzir a totalidade da população municipal.

A entrevista consistia em um questionário pré-codificado, aplicado à mãe ou pessoa responsável pela criança, cobrindo características sócio-econômicas e biológicas. No contexto deste artigo, os termos *pai* ou *mãe* referem-se aos pais sociais que moram com a criança, biológicos ou não. As variáveis estudadas para cada criança

incluiram sexo, idade em dias, ordem de nascimento, cor da pele da criança (observada pelo entrevistador). As variáveis familiares incluíram a idade da mãe em anos completos, renda familiar total no último mês, renda per capita (renda familiar total dividida pelo número de moradores no domicílio), escolaridade do pai e da mãe (em anos de estudo completos com aprovação), religião, tipo de união matrimonial, tempo de moradia no bairro (em anos completos), e história de morte de criança menor de cinco anos na família (incluindo crianças nascidas antes ou depois da criança índice). As categorias de cada variável utilizada na análise podem ser vistas nas Tabelas 1 e 2, na seção de Resultados.

Perguntou-se ainda à mãe se a mesma participa, ou participou no passado, da Pastoral da Criança. Mães que relataram como participação a frequência a uma única reunião da Pastoral da Criança foram consideradas como não participantes. Houve 68 mães que embora tivessem sido visitadas (55 crianças) ou pesado seus filhos na pastoral da criança nos últimos três meses (14 crianças incluindo uma das 55 acima) se classificaram como não participantes (nem atuais, nem no passado). Estas 68 mães foram consideradas, neste estudo, como nunca tendo participado da Pastoral.

Foram revisitados cerca de 10% dos domicílios, sendo repetidas algumas das questões acima para checagem da qualidade da entrevista realizada anteriormente.

O estudo foi realizado nos meses de março a junho de 1996, durante o outono. As entrevistas foram conduzidas por 14 entrevistadores (com no mínimo dez anos de escolaridade), três supervisores de campo e um supervisor de qualidade. Foi realizado treinamento teórico-prático de 80 horas e estudo piloto previamente ao estudo. O questionário era codificado no mesmo dia pelo entrevistador, sendo revisado pelo supervisor de campo. Os questionários foram novamente revisados pela equipe central e digitados logo a seguir. O programa de entrada de dados realizava automaticamente a verificação da amplitude e consistência das variáveis.

Os questionários foram digitados uma segunda vez, com comparação simultânea com os dados da primeira digitação. Em caso de discordância, o digitador corrigia imediatamente o erro.

Foram entrevistadas 428 crianças que participavam ou já haviam participado da Pastoral da Criança, representando, após a ponderação, 369 crianças.

Supondo-se que 5% da amostra estaria atualmente participando da Pastoral, o estudo teve 80% ou mais de poder de detectar uma duplicação do índice de participação na Pastoral para qualquer característica da criança ou de sua família que estivesse presente em 12% a 86% dos domicílios. No cálculo acima, o erro alfa foi de 5%.

As seguintes definições foram utilizadas no texto: *cobertura* refere-se à parcela de todas as crianças que foi ou é acompanhada pela Pastoral da Criança; *foco* refere-se à parcela das crianças acompanhadas pela Pastoral que mais necessitariam de seus cuidados, conforme o nível sócio-econômico da família¹⁰.

A análise estatística incluiu o teste do qui-quadrado para as tabelas de contingência. Nas tabelas 2x2, foi utilizada a correção de continuidade e quando alguma frequência esperada era inferior a cinco, foi utilizado o teste exato de Fisher¹¹. Na análise bivariada com variáveis ordinais o p valor refere-se à tendência linear em proporções de Mantel-Haenszel¹¹. Para o cálculo do tempo de permanência na Pastoral utilizou-se o método atuarial para construção de curvas de sobrevivência¹¹.

Resultados

No total, foram visitados 9.152 domicílios, sendo efetivamente incluídas 2.208 crianças menores de 3 anos. Mesmo com um mínimo de quatro visitas em dias e horas diferentes, a ausência do morador foi a principal causa da não localização da criança (37 das 63 perdas - 59%). Oito crianças mudaram-se para outra cidade (4) ou de bairro (4) após o contato inicial. Nos setores com Pastoral da Criança as perdas e recusas foram menores do que nos demais setores (2,1% versus 5,7% - $p < 0.001$). O índice global de perdas foi de 2,8%.

A amostra teve uma pequena predominância de crianças do sexo masculino (51,0%); sendo homogeneamente distribuída quanto à idade. A maior parte das crianças eram primeiro ou segundo filhos. Houve predominância da cor de pele branca (88,6%).

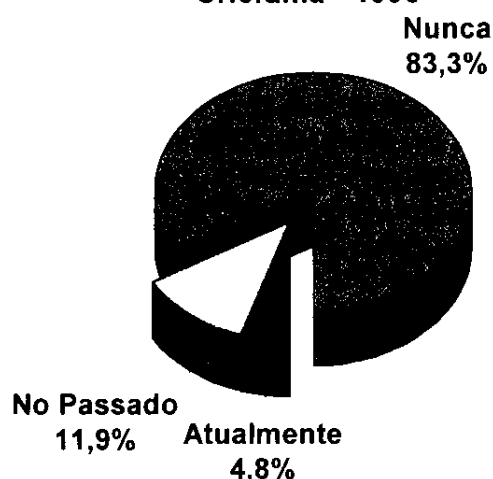
A idade materna média foi de 27,7 anos completos, com desvio padrão (d.p.) igual a 6,8 anos. A escolaridade média foi de 6,7 anos de estudo (d.p. 3,4) para as mães e 7,3 para os pais (d.p. 3,5). A renda familiar mensal total foi, em média, de R\$700 (d.p. 850) sendo que mais da metade das famílias apresentavam renda per capita inferior a um salário mínimo.

Três quartos das famílias declararam-se católicas. Entre os pais, 23% não são casados, e ,em uma família a cada dez, a mulher não tinha companheiro. Metade das famílias moram em Criciúma há pelo menos 19 anos, e no mesmo bairro há 6 anos ou mais. Três em cada cem mães referiram perda de filho menor de cinco anos.

Das mães entrevistadas, 16,7% afirmaram ter participado alguma vez da Pastoral da Criança, sendo que 4,8% ainda o fazem (Figura 1). Dentre as que deixaram de participar, os principais motivos foram: migração (23,6%), falta de tempo (17,2%), interrupção das atividades pela Pastoral no bairro (16,8%), falta de interesse ou comodismo (11,8%) e trabalho materno (6,5%).

Entre as mães que nunca participaram, 58,2% não sabem o que a Pastoral da Criança faz. Das que sabem, os principais motivos para não participar foram: falta de tempo 35,5%, falta de interesse ou comodismo (20,7%), falta de convite para participar (12,8%), desconhecimento da presença da Pastoral no bairro (8,7%), interrupção do trabalho da Pastoral no bairro (6,0%) e trabalho materno (4,8%).

Figura 1. Participação das mães de crianças menores de 3 anos na Pastoral da Criança Criciúma - 1996



As Tabelas 1 e 2 mostram as associações de características da criança e da família com a participação na Pastoral da Criança. A terceira coluna mostra o percentual de todas as crianças de Criciúma que já participaram da Pastoral, e a quarta coluna as que ainda participam. Na última coluna, observa-se a taxa de abandono, ou seja, o percentual das crianças que deixaram de participar, relativas àquelas que algum dia participaram.

Crianças com mais de 12 meses, negras e com um a dois irmãos mais velhos, apresentam mais chance de terem participado. A taxa de abandono aumenta com a idade ($p=0,06$). As taxas de participação foram similares para meninos e meninas.

Entre os fatores familiares, a maior idade da mãe, o fato de não trabalhar fora de casa, a menor renda per capita, a menor escolaridade dos pais, o maior tempo de moradia no bairro e a perda de filho menor de 5 anos de idade estiveram fortemente associados à participação na Pastoral da Criança. O risco relativo de uma família com história de morte entrar na Pastoral da Criança foi de 2,1 (1,5-2,9). Entre as que estão atualmente na Pastoral este risco foi de 2,8 (1,5-5,3). O tipo de casamento não se mostrou associado e a religião esteve no limiar da significância ($p=0,06$), com predomínio para os católicos.

Deixar de participar da Pastoral da Criança esteve fortemente associado à maior escolaridade materna, à ausência de religião ou filiação à Assembléia de Deus, às uniões matrimoniais informais e ausência de companheiro, e ao menor tempo de moradia no bairro. Não se mostraram associados ao abandono a idade da mãe, trabalho materno, renda per capita, escolaridade do pai ou morte de menor de cinco anos na família.

Tabela 1. Percentuais de crianças que já participaram e participam atualmente da Pastoral da Criança e taxas de abandono, conforme variáveis da criança.

	Número de crianças (n=2.208)	Já participou* †	Participa atualmente †	Taxa de Abandono ‡
Sexo		(p=0,12)	(p=0,6)	(p=0,2)
Masculino	1125 (51,0%)	17,9%	4,5%	74,8%
Feminino	1083 (49,0%)	15,4%	5,0%	67,4%
Idade (meses)		(p<0,001)§	(p=0,5)§	(p=0,06)§
0-11	722 (32,7%)	12,0%	4,1%	65,5%
12-23	769 (34,9%)	17,0%	5,2%	69,6%
24-35	716 (32,4%)	21,2%	5,0%	76,6%
Ordem de nascimento		(p<0,001)§	(p<0,001)§	(p=1,0)§
primogênito	830 (37,8%)	9,4%	2,7%	71,5%
2º filho	687 (31,4%)	17,0%	4,3%	74,6%
3º filho	386 (17,6%)	24,8%	8,3 %	66,5%
4º filho	172 (7,9%)	27,9%	8,5%	69,5%
5º filho ou mais	115 (5,3%)	25,5%	5,4%	78,8%
Cor da criança		(p=0,007)	(p=0,3)	(p=1,0)
Branca	1955 (88,6%)	16,1%	4,6%	71,5%
Parda	121 (5,5%)	15,2%	4,7%	69,3%
Negra	130 (5,9%)	26,7%	7,5%	71,9%

* inclui as que participam atualmente

† percentuais em relação a todas as crianças (n=2.208)

‡ percentuais em relação às crianças que já participaram (n=369)

Nota: p valor = Teste do qui-quadrado de Pearson

§ p valor = Teste para tendência linear em proporções.

Tabela 2. *Percentuais de crianças que já participaram e participam atualmente da Pastoral da Criança e taxas de abandono, conforme variáveis familiares.*

	Número de crianças (n=2.208)	* Já participou †	Participa atualmente †	Taxa de Abandono ‡
Idade da mãe (anos)		(p<0,001)§	(p=0,004)§	(p=0,17)§
<20	256 (11,6%)	12,0%	3,1%	74,3%
20-24	544 (24,7%)	13,5%	3,0%	78,0%
25-29	544 (25,1%)	18,8%	5,5%	70,7%
30-34	506 (22,9%)	16,9%	5,1%	69,6%
≥35	347 (15,7%)	21,6%	7,1%	67,1%
Trabalho materno nos últimos 12 meses		(p=0,02)	(p=0,03)	(p=0,28)
fora de casa	898 (40,7%)	14,1%	3,4%	76,0%
em casa para fora	89 (4,0%)	19,7%	4,5%	77,0%
não trabalhou	1219 (55,3%)	18,4%	5,8%	68,5%
Renda per capita (R\$, em quartis)		(p<0,001)§	(p<0,001)§	(p=0,16)§
0 - 63	565 (25,8%)	20,8%	6,4%	69,1%
64-108	536 (24,4%)	21,3%	6,2%	70,9%
109-195	543 (24,8%)	15,1%	5,0%	67,3%
196 ou mais	549 (25,0%)	9,9%	1,6%	83,8%
Renda familiar total (R\$, em quartis)		(p=0,01)§ (p=0,02)	(p=0,02)§ (p<0,001)	(p=0,18)§ (p=0,003)
0 - 300	641 (29,2%)	18,1%	4,9%	72,8%
301- 408	468 (21,3%)	20,3%	8,6%	57,7%
481- 800	573 (26,1%)	15,2%	2,9%	81,1%
801 ou mais	512 (23,3%)	13,7%	3,3%	75,7%
Escolaridade do pai		(p<0,001)§	(p=0,003)§	(p=0,3)§
Sem escolaridade	32 (1,7%)	18,6%	6,8%	63,6%
1-4 anos	471 (24,3%)	22,9%	6,7%	70,6%
5-8 anos	836 (43,0%)	15,7%	5,1%	67,8%
9-11 anos	431 (22,2%)	12,8%	4,2%	67,1%
12 ou mais anos	171 (8,8%)	12,9%	1,0%	92,5%
Escolaridade da mãe		(p=0,007)§	(p<0,001)§	(p=0,007)§
Sem escolaridade	39 (1,8%)	21,0%	7,0%	66,7%
1-4 anos	727 (33,0%)	18,6%	7,3%	60,8%
5-8 anos	873 (39,6%)	17,2%	3,5%	79,5%
9-11 anos	419 (19,0%)	13,9%	3,9%	71,7%
12 ou mais anos	146 (6,6%)	11,5%	1,5%	87,0%

continua ...

Tabela 2. *Continuação*

	Número de crianças (n=2.208)	*Já participou †	Participa atualmente †	Taxa de Abandono ‡
Religião		(p=0,06)	(p=0,006)	(p=0,01)
Sem religião	148 (6,7%)	12,3%	0,4%	97,0%
Católica	1670 (75,7%)	17,9%	5,4%	69,9%
Assembléia de Deus	182 (8,2%)	12,2%	1,5%	87,6%
Demais religiões	208 (9,4%)	14,3%	5,8%	59,2%
Tipo de união matrimonial		(p=0,3)	(p=0,004)	(p=0,008)
Somente civil	152 (6,9%)	19,4%	9,5%	50,8%
Somente religioso	109 (4,9%)	21,3%	4,0%	81,2%
Ambos	1218 (55,2%)	17,1%	5,4%	68,2%
União consensual	510 (23,1%)	14,0%	2,8%	79,8%
Sem companheiro	218 (9,9%)	16,6%	2,6%	84,3%
Tempo de moradia no bairro		(p=0,002)§	(p<0,001)§	(p=0,005)§
<1 ano	309 (14,0%)	15,7%	2,4%	84,5%
1-2 anos	321 (14,6%)	11,7%	2,4%	79,6%
3-4 anos	353 (16,0%)	13,4%	3,5%	74,1%
5-10 anos	537 (24,3%)	18,0%	5,7%	68,6%
>10 anos	687 (31,1%)	20,2%	6,9%	65,8%
Morte de criança <5 anos na família		(p<0,001)	(p=0,003) (p=0,006)	(p=0,4)
Não	2119 (96,7%)	16,4%	4,5%	72,1%
Sim	72 (3,3%)	34,3%	12,8%	62,7%

* inclui as que participam atualmente

† percentuais em relação a todas as crianças (n=2.208)

‡ percentuais em relação às crianças que já participaram (n=369)

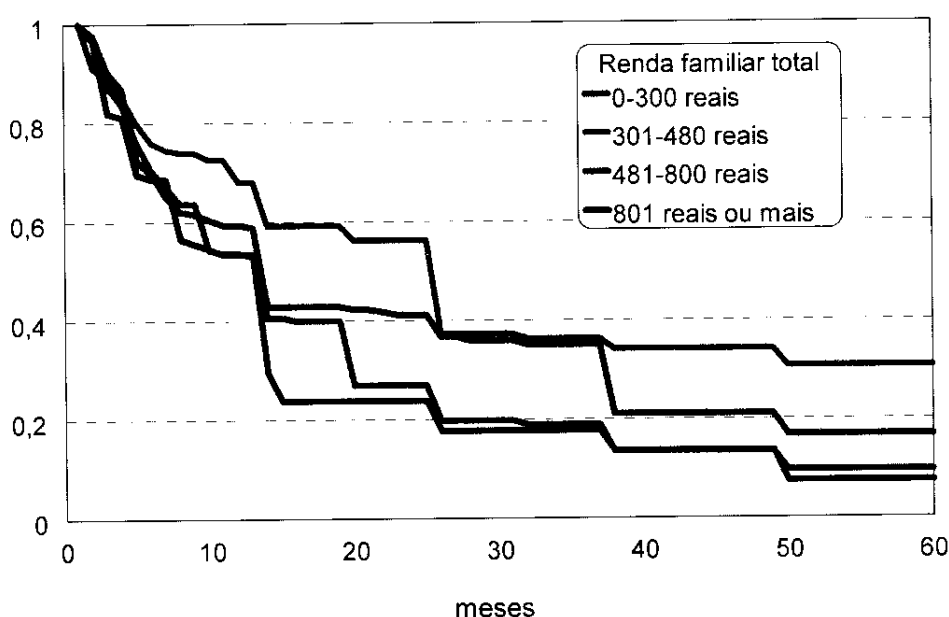
Nota: p valor = Teste do qui-quadrado de Pearson

§ p valor = Teste para tendência linear em proporções.

|| Teste exato de Fisher

Utilizou-se o método de tábua de sobrevivência para investigar o tempo de participação na Pastoral. A duração mediana foi de 12,6 meses, tendo grande variação entre os quartis de renda familiar total (Figura 2): 12,6 meses para o 1º quartil; 24,4 para o 2º; 12,2 para o 3º e 12,1 para o 4º quartil, o que confirma os resultados estatisticamente significativos mostrados na Tabela 2.

Figura 2. Curva de sobrevivência para o tempo de participação na Pastoral da Criança segundo a renda familiar total - Criciúma - 1996

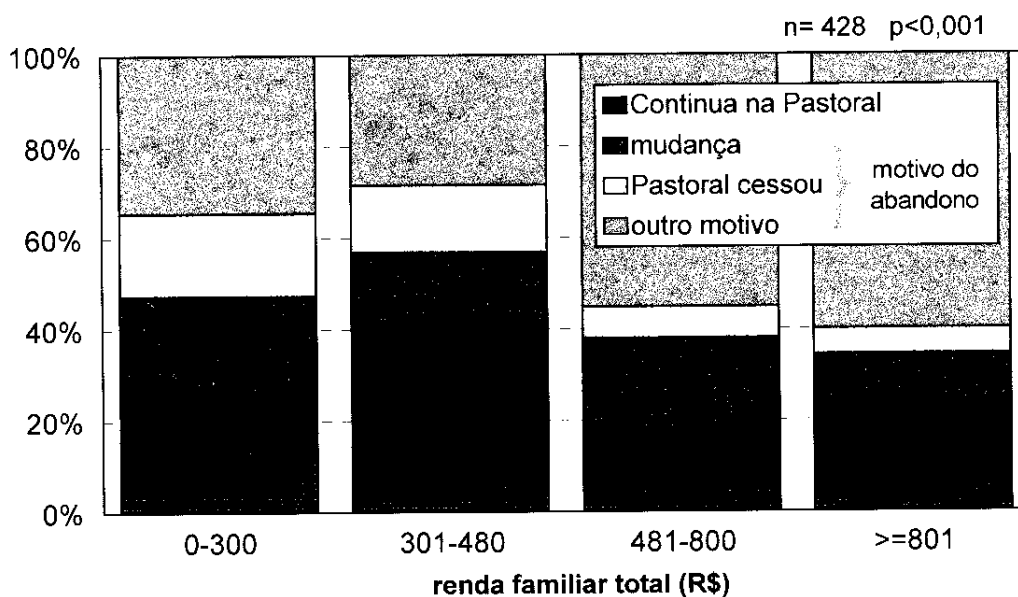


Os motivos para deixar a Pastoral da Criança também variaram significativamente conforme a renda familiar (figura 3), havendo maior continuidade nos dois primeiros quartis e maior freqüência de abandono por mudança de endereço no primeiro quartil. Foi também mais freqüente a Pastoral ter interrompido suas atividades nas comunidades de menor renda.

Os indicadores de cobertura e foco foram calculados para verificar se a Pastoral estaria efetivamente atingindo os mais necessitados. Para identificar o subgrupo populacional com maior necessidade de ser alcançado pela Pastoral, estudaram-se as prevalências de desnutrição (peso/idade inferior a menos dois desvios padrão abaixo da mediana da referência OMS/NCHS¹²) conforme estratos de renda familiar total.

Desta análise, foram excluídas crianças que participam ou participaram da Pastoral, uma vez que tal participação poderia distorcer a associação entre renda e desnutrição. A análise mostrou que a renda abaixo de R\$200 identificou uma subpopulação com 9,1% de prevalência de desnutrição, sendo esta prevalência de 2,3% para rendas de R\$200 ou mais (2,3% é exatamente a prevalência esperada - conforme a distribuição normal - em uma população saudável). Utilizou-se portanto, para o cálculo de cobertura e foco da Pastoral da Criança, a premissa de que todas famílias com renda inferior a R\$200 seriam as que mais necessitariam da mesma. A cobertura atual da Pastoral da Criança neste grupo foi de 4,8%, e de cobertura atual ou passada de 19,5%. O foco (proporção de todas as crianças acompanhadas que se encontram neste grupo de renda) foi de 13,7% para participação atual e 15,9% para participação atual ou passada.

Figura 3. Participação de Mães na Pastoral da Criança em Criciúma de acordo com a renda familiar - 1996



Os indicadores de cobertura e foco foram também calculados utilizando como critério de necessidade a história de morte de menor de cinco anos na família. A cobertura atual da Pastoral foi de 12,8% e 34,3% para participação atual ou passada, sendo o foco, respectivamente, 8,7% e 6,7%.

Discussão:

As ações básicas da Pastoral da Criança têm como população alvo as famílias carentes. O presente estudo foi realizado em um município com baixo risco: segundo o índice de sobrevivência de crianças elaborado pelo IBGE e UNICEF¹³ Criciúma está entre os trinta melhores municípios de Santa Catarina e entre os cinquenta melhores do Brasil. No entanto, uma parcela significativa de sua população encontra-se em risco, justificando-se programas que venham a lhes proporcionar melhores condições de vida.

Devido a sua amostragem probabilística e ao baixo percentual de perdas, o estudo é representativo da população urbana de menores de três anos do município, podendo portanto dar indicações sobre o perfil das mães e crianças que entram na Pastoral da Criança. O percentual de perdas nos setores sem Pastoral foi ligeiramente superior (5,7% versus 2,1%), mas esta diferença não afeta os resultados apresentados.

Ao se analisar separadamente a participação atual e passada, foi possível evidenciar os fatores associados com a entrada e a permanência na Pastoral. Para o total da amostra, a cobertura atual foi relativamente baixa (4,8%). Chama a atenção, ainda, a alta taxa de abandono, uma vez que cerca de 70% das mães que já pertenceram à Pastoral a abandonaram.

Crianças mais velhas apresentam maiores taxas de participação e abandono, pelo próprio fato de estarem mais tempo expostas à Pastoral da Criança. Nas que continuam, não há distinção de idade.

Percebe-se também nítida predominância de crianças com três ou mais irmãos mais velhos. Isto é positivo pois estas crianças constituem-se em grupo de risco¹⁴. No entanto, as crianças primogênicas também deveriam ter maior atenção não só pelo risco mas também porque os filhos seguintes desta mãe seriam beneficiados pelos conhecimentos adquiridos.

As minorias étnicas também constituem grupo de risco¹⁵ e a maior presença da Pastoral da Criança, tanto atual como no passado, entre as crianças negras, é fator positivo.

A mais alta cobertura atingida pela Pastoral (34,3%) foi entre mães que haviam perdido um filho menor de cinco anos de idade, um marcador de alto risco para novas mortes infantis. Embora a Pastoral da Criança tenha uma nítida preferência pelos pais com menor escolaridade e renda, sua cobertura é maior no segundo quartil de renda familiar total.

Para evidenciar o grupo populacional que mais necessitaria das ações da Pastoral, identificou-se as famílias com renda inferior a R\$200, cujas crianças apresentam o maior risco de desnutrição. Ao contrário do que seria desejável, este grupo apresentou uma cobertura igual à da população em geral. O cálculo do foco mostrou que seis em cada sete das crianças acompanhadas pela Pastoral não pertencem a este grupo de maior risco.

Por outro lado, a maior parte dos programas de saúde tendem a atingir maiores coberturas nos grupos populacionais que menos necessitam de sua intervenção^{14, 16, 17, 18}. Este fenômeno, praticamente universal, foi descrito por J. Tudor Hart como a “lei da assistência inversa”: os que mais necessitam dos serviços de saúde são os que menos são atingidos pelos mesmos¹⁷. Em amplos estudos realizados no Sul e no Nordeste do Brasil, ficou evidente que a cobertura de ações básicas de saúde infantil é sistematicamente superior nos níveis sócio-econômicos mais elevados, quando justamente as crianças de famílias pobres seriam as que mais necessitariam de tais cuidados^{18, 19}. O fato de a Pastoral da Criança não incorrer neste erro, é sem dúvida altamente positivo.

Por ser um programa vinculado à Igreja Católica, a não distinção de adesão conforme as distintas religiões é outro fator positivo, indicando que o ecumenismo está ocorrendo a nível comunitário. É interessante notar que, embora as famílias sem religião e adeptas da Assembléia de Deus abandonem mais freqüentemente a Pastoral da Criança, os adeptos de outras crenças permanecem mais até mesmo que os próprios católicos.

A entrada na Pastoral da Criança não está vinculada ao tipo de casamento, mas a permanência maior entre os casados apenas no Registro Civil (sem casamento

religioso) corrobora o fato de não haver discriminação entre católicos ou não. No entanto as mães sem companheiro, por se constituírem em grupo de maior risco, deveriam ser acompanhadas em maior proporção.

Conforme notado acima, há muitas mães que deixam de participar da Pastoral da Criança. Nos casos dos quartis de renda inferior, preocupa o fato de que o abandono seja freqüentemente devido à interrupção das ações da Pastoral da Criança no bairro, pois são justamente estas as áreas mais necessitadas. Quanto às famílias que freqüentemente mudam de endereço, se por um lado dificultam a ação da Pastoral, por outro constituem grupo mais vulnerável e devem ter atenção especial nas comunidades em que passam a residir.

Os dados coletados indicam que a adesão à Pastoral não é aleatória e que futuros estudos de avaliação da mesma devem considerar na sua análise possíveis fatores de distorção, principalmente, a ordem de nascimento da criança, cor, idade da mãe, renda da família, escolaridade dos pais e história pregressa de mortalidade em crianças. Na avaliação realizada no Maranhão⁹, observou-se uma diferença significativa em termos de baixo peso ao nascer entre crianças cujas gestações foram acompanhadas pela Pastoral no município de Timbiras (9,6% versus 18,8%); no outro município estudado, São Luís, a diferença não foi significativa (8,6% versus 11,6%). Em ambos os municípios, as prevalências de déficit de peso/idade foram similares no grupo Pastoral e no grupo controle. No entanto, foi feita a ressalva que a interpretação dos dados deveria ter em conta que o estudo não foi experimental, uma vez que as crianças não foram aleatoriamente distribuídas para receber ou não o acompanhamento da Pastoral. Notou-se ainda que a ausência de impacto sobre o estado nutricional deveria ser interpretado com cautela, pois os Líderes são instruídos para recrutar preferencialmente crianças que se encontram em piores condições de saúde e nutrição. No presente estudo, os dados sobre a cobertura da Pastoral em faixa de renda familiar com alta prevalência de desnutridos sugere que, pelo menos em Criciúma, não estaria havendo um recrutamento preferencial destas crianças.

As recomendações do estudo para a Pastoral da Criança são de manter o acompanhamento nos grupos de risco: negros, crianças com ordem de nascimento igual ou superior a três, pais de menor escolaridade e famílias com história de morte em criança. Por outro lado devem ser priorizados as crianças menores de um ano, devendo o acompanhamento iniciar ainda durante a gestação. É também necessário priorizar os primogênitos, as mães jovens e sem companheiro, os migrantes, as crianças de baixo peso, e, principalmente, os mais pobres dos pobres. Todas as famílias de renda inferior a R\$200,00 devem ser ativamente incentivadas a entrar na Pastoral pois, potencialmente, são as mais beneficiadas por suas ações básicas. Dentre os que já participam, este mesmo grupo de renda deve ter atenção especial e prioritária. A exemplo da parábola da ovelha perdida, recomenda-se deixar as 99 ovelhas no campo e alegrar-se com o encontro da ovelha desgarrada, que mais necessita²⁰.

Abstract

Neumann NA, Victora CG, Halpern R, Guimarães PRV, Cesar JA. The Child Pastorate in Criciúma, Southern Brazil: coverage and socio-demographic characteristics of participating families.

Study objectives. To measure the coverage of the child survival actions promoted by the Child Pastorate ("Pastoral da Criança"), and to describe the main socio-economic, biological and demographic characteristics of children and families who are currently participating or who have previously participated.

Design. Population-based cross-sectional study.

Place. Urban area of the Municipality of Criciúma, southern Brazil.

Participants. Probabilistic sample of 2208 children aged under three years.

Results. One out of six (16.7%) mothers surveyed confirmed having participated in the Pastoral at any given time, of whom 4.8% are currently participating, while the remaining dropped out. Children who were black, over 12 months old, with one to two older siblings were most likely to participate. The major family factors associated with participation were mother's age (over 25), the fact that these mothers were not employed outside the home, low per capita income, low parental schooling, living in the neighborhood for more than 4 years, and having previously lost a child before age five. The factors associated with dropping out were higher maternal education, lack of religious affiliation or affiliation to the *Assembly of God*, informal marital unions, lack of a partner living at home, and recent migration. The reasons most often given by mothers for dropping out were migration, lack of time, and interruption of the Pastorate's activities in the neighborhood. The median participation time was 12.6 months, being longer in the second family income quartile (24.4 months). It was also observed that the pastorate did not reach a higher coverage among families in greater need of its support, namely those with a total family income below US\$ 200.

Conclusions. Despite the fact that the Pastorate assists families with below-average schooling and income levels, it is necessary to concentrate its action on the poorest of the poor. Families with an income below us\$ 200 must be constantly and actively motivated to join and to remain in the pastorate. It is necessary to adopt measures to reduce drop-out rates.

Keywords. Child, Primary health care, Intervention, Community health workers, Health services evaluation, Epidemiology.

Referências:

1. Nações Unidas. Declaração mundial sobre a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento da criança. Encontro Mundial de Cúpula pela Criança;1990 set 30; Nova Iorque: Nações Unidas, 1990.
2. Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. Situação Mundial da Infância. Brasília/DF : UNICEF, 1994: 16.
3. Nações Unidas. Plano de ação para a implementação da declaração mundial sobre a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento da criança nos anos 90. Encontro Mundial de Cúpula pela Criança;1990 set 30; Nova Iorque: Nações Unidas, 1990: 7-27.
4. Pcaxis: Base de dados - censo demográfico 1991 [programa de computador]. Versão MS-DOS. Brasília: IBGE, UNICEF, 1995.
5. Gwatkin DR, Wilcox JR, Wray JD. Can health and nutrition interventions make a difference. Washington, DC. :Overseas Development Council Monograph ,13,1979.
6. McCormick, J. Evaluating primary care. In: Holland WW. Evaluation of health care. Oxford: OUP, 1983: 83-92.
7. Pastoral da Criança. Revista anual. Curitiba, 1995.
8. Pastoral da Criança. Relatório do primeiro trimestre de 1997. Curitiba : Pastoral da Criança, 1997.
9. Victora CG, Barros FC, César J, Horta B, Lima SM. A Pastoral da Criança e a Saúde Materno-Infantil em Dois Municípios do Maranhão. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF),1991.
10. Habicht JP, Mason JB, Tabatabai H. Basic concepts for the design of evaluation during programme implementation. In: Sahn DE, Lockwood R, Scrimshaw NS., editors. Methods for the evaluation of the impact of food and nutrition programmes, 1984.
11. Kirkwood BR. Essentials of medical statistics. London: Blackwell Scientific Publications, 1988.
12. National Center for Health Statistics. Growth curves for children, birth-18 years. United States. DHEW (PHS) publ, nº 78-1650 [series 11, nº 165]. Hyattsville, MD.

13. Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. Municípios Brasileiros: Crianças e suas Condições de Sobrevivência. Censo Demográfico 1991. Brasília : UNICEF, IBGE, 1994.
14. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BENFAM). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996. Relatório Preliminar. Rio de Janeiro: BENFAM, 1996.
15. Newacheck PW, Hughes DC, Stoddard JJ. Children's access to primary care: differences by race, income, and insurance status. *Pediatrics* 1996; 97(1):26-32.
16. Barros FC, Semer TC, Tonioli FS, Tomasi E, Victora CG. The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a birth cohort study. *Acta Pædiatrica* 1995;84(11):1221-6.
17. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971 Feb: 405-12.
18. Victora, C.G. et al. Saúde das crianças dos Estados do Ceará, Rio Grande do Norte e Sergipe, Brasil: descrição de uma metodologia para diagnósticos comunitários. *Rev. Saúde Pública*, 1991; 25 (3): 218-25.
19. Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. *Epidemiologia da desigualdade*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1989.
20. Lucas 15:3-7. Novo testamento. Tradutor Mateus Hoepers. Petrópolis: Vozes, 1975.

Desempenho da Pastoral da Criança na promoção de ações de sobrevivência infantil e na educação em saúde em Criciúma, SC - 1996

Nelson A Neumann*, Cesar G Victora†, Ricardo Halpern‡, Paula R V Guimarães‡, Juraci A Cesar §

Neumann NA, Victora CG, Halpern R, Guimarães PRV, Cesar JA. Desempenho da Pastoral da Criança na promoção de ações de sobrevivência infantil e na educação em saúde em Criciúma, SC - 1996

Objetivo. Avaliar se mães e crianças acompanhadas Pastoral da Criança apresentam melhores indicadores de saúde e de conhecimento sobre as ações básicas de sobrevivência infantil.

Delineamento. Estudo transversal de base populacional

Local. Área urbana do Município de Criciúma/SC

Participantes. Amostra probabilística de 2208 crianças menores de 3 anos

Resultados. A análise ajustada para possíveis fatores de confusão demonstrou que Pastoral esteve significativamente associada à maior duração total do aleitamento materno, à introdução tardia da mamadeira, ao maior número de pesagens no último trimestre e à posse de colher-medida para reidratação oral. A participação na Pastoral esteve positivamente associada ao conhecimento materno quanto à conduta alimentar durante a diarreia, à idade ideal para o aleitamento materno exclusivo, à contra-indicação do leite em pó, à interpretação da curva de crescimento e quanto ao esquema vacinal. Não houve associação significativa entre estar vinculado à Pastoral e a duração do aleitamento materno exclusivo ou predominante, e tampouco com o manejo da diarreia.

Conclusão. A avaliação mostrou aspectos positivos da atuação da Pastoral, assim como áreas em que maiores investimentos são necessários. Recomenda-se à Pastoral da Criança priorizar ainda mais a educação das mães quanto aos cuidados com a criança, tentando recrutá-las ainda durante a gestação, quando seu impacto seria potencialmente maior.

Descritores. Criança, Atenção primária a saúde, Intervenção, Agente comunitário, Avaliação de serviços, Epidemiologia

* Coordenação Nacional, Pastoral da Criança - Curitiba, PR - Brasil

† Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas - Pelotas, RS - Brasil

‡ Secretaria Municipal de Saúde - Criciúma, SC - Brasil

§ Departamento Materno Infantil, Universidade do Rio Grande - Rio Grande, RS - Brasil

Introdução

Diariamente, milhares de menores de cinco anos morrem em todo o mundo, em grande parte devido a doenças totalmente preveníveis.¹ Estima-se ainda que 190 milhões de crianças menores de cinco anos sejam cronicamente desnutridas². As intervenções comunitárias em cuidados primários à saúde e nutrição têm sido apontadas como uma das soluções para superar este problema. A elas têm sido atribuída a redução da morbi-mortalidade de crianças menores de seis anos^{3,4}.

A Pastoral da Criança, organismo de ação social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB, é uma organização que, através das ações básicas de saúde, nutrição e educação, se propõe a colaborar na redução dos agravos a que estão submetidas as crianças brasileiras que vivem na pobreza. Segundo dados do Censo Demográfico de 1991⁵, 1.468.329 crianças de até seis anos viviam em favelas ou assemelhados.

A Pastoral da Criança, criada em 1983, tem como objetivo trabalhar para que as crianças se desenvolvam de forma integral, evitando a morbi-mortalidade infantil, através do fortalecimento de valores culturais como a fraternidade entre as famílias, a corresponsabilidade social e o ecumenismo. Está presente em 2.563 municípios de todos os estados brasileiros e acompanha mensalmente mais de um milhão de crianças menores de seis anos e quase 50.000 gestantes, através de aproximadamente 83.000 Líderes voluntários⁶. Dentro de um contexto comunitário, os Líderes da Pastoral da Criança são treinados e acompanhados para atuar junto a famílias de sua vizinhança através das seguintes ações:

- 1. Acompanhamento da gestante:** os líderes comunitários dão suporte emocional às gestantes, orientam sobre a importância do pré-natal realizado nos serviços de saúde e preparam para o aleitamento materno, acompanhando também a sua situação vacinal (anti-tetânica) e estado nutricional, através da fita braquial;
- 2. Incentivo ao aleitamento materno:** orientação das mães, a partir da gestação, sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida e sua continuidade até os 2 anos ou mais, bem como sobre a alimentação de desmame;

- 3. Vigilância nutricional e promoção do crescimento:** os líderes pesam na comunidade, mensalmente, as crianças acompanhadas, anotando o peso na curva de crescimento; busca-se o envolvimento da comunidade, como um todo, na solução dos problemas encontrados, de forma que uma criança desnutrida não seja considerada como problema a ser solucionado apenas por sua família mas também por toda a comunidade;
- 4. Incentivo às imunizações:** a Pastoral da Criança não aplica vacinas diretamente, mas incentiva as mães a procurarem os serviços de saúde, colaborando com os mesmos para que tenham vacinas e facilitem seu acesso às comunidades mais distantes;
- 5. Controle das infecções diarréicas:** orientam as mães sobre as causas e a prevenção da diarreia, a prevenção da desidratação com o uso do soro caseiro e sais de reidratação oral e também sobre os sinais de risco, visando o encaminhamento aos serviços de saúde dos casos graves;
- 6. Controle das infecções respiratórias agudas:** consiste em ensinar às mães a prevenção e a identificação de sinais de risco, especialmente das pneumonias, visando a procura imediata dos serviços de saúde;
- 7. Prevenção de acidentes domésticos:** a Pastoral da Criança incentiva a comunidade a mapear as situações de risco de acidentes a que estão expostas suas crianças de forma que medidas, em nível familiar e coletivo, sejam adotadas para sua prevenção;
- 8. Alternativas Alimentares:** enriquecimento da alimentação habitual com outros alimentos que apresentem baixo custo, alto valor nutritivo, fácil disponibilidade e gosto agradável.
- 9. Acompanhamento do desenvolvimento:** feito através da utilização de indicadores simples, por faixa etária, com a finalidade de despertar a família e a comunidade para a necessidade de colocar ao alcance da criança as oportunidades de aprendizagem que lhe permitirão atingir todo seu potencial.

A atuação dos líderes comunitários da Pastoral da Criança se estende gradualmente a ações complementares como temas ligados à cidadania, projetos de auto-sustentação através da geração de renda e comunicação social. Programas de alfabetização de jovens e adultos são também oferecidos às comunidades acompanhadas.

Em 1991, as ações da Pastoral da Criança em dois municípios do Maranhão foram estudadas⁷, comparando-se comunidades com a presença da Pastoral da Criança e comunidades-controle, de nível sócio-econômico similar. Em uma série de indicadores de processo e em alguns indicadores de impacto, as mães e crianças acompanhadas pela Pastoral mostraram-se nitidamente superiores ao grupo controle. A interpretação dos resultados daquele estudo, no entanto, ficou prejudicada pela falta de conhecimento de quais parcelas da população eram atingidas pela Pastoral da Criança, uma vez que fatores associados com a participação podem distorcer os resultados.

Por este motivo, optou-se por realizar o presente estudo, de base populacional, para avaliar se mães e crianças acompanhadas Pastoral da Criança apresentam melhores indicadores de saúde e de conhecimento sobre as ações básicas de sobrevivência infantil.

Materiais e Métodos

O estudo foi realizado no Município de Criciúma, Estado de Santa Catarina. Das 250 dioceses (microrregiões) em que a Pastoral da Criança atua, a diocese de Tubarão, Estado de Santa Catarina, apresenta o maior número de crianças acompanhadas pela Pastoral da Criança. Dentro desta diocese, Criciúma é o município com maior número de acompanhamentos, sendo por este motivo escolhido para o presente estudo.

A área urbana estudada incluiu a sede do município e seu único distrito (Rio Maina), estando agrupada em 113 setores censitários definidos pelo IBGE, tendo cada setor em média 317 domicílios particulares ocupados. Conforme o Censo Demográfico de 1991⁵, havia 146.320 habitantes no município.

Dois estratos foram definidos para a amostragem: setores com presença da Pastoral da Criança e demais setores. Considerou-se como setor com presença da Pastoral da Criança aquele que fizesse parte de uma comunidade ou bairro cadastrado no Sistema de Informações da mesma. Todos os 37 setores com Pastoral foram incluídos, sendo visitados 54% dos domicílios de cada um. Dos 76 setores restantes, foram sorteados aleatoriamente 15, sendo visitados 155 domicílios em cada.

Para iniciar a coleta, foi sorteada uma quadra em cada setor escolhido. Desta quadra, uma esquina foi sorteada, sendo visitados consecutivamente, no sentido horário, todos os domicílios inicialmente previstos para cada setor.

Havendo proposital sobreamostragem dos setores com Pastoral da Criança, o esquema permitiu igual chance de entrada no estudo, em cada estrato, para todas as crianças. Compensou-se esta sobreamostragem na análise, através de ponderação, reproduzindo assim a totalidade da população do município. As parcelas da população mais intensamente atingidas pela Pastoral estão descritas em outro artigo⁸.

A entrevista consistiu em um questionário estruturado aplicado à mãe ou pessoa responsável pela criança. Para cada criança, as variáveis estudadas incluíram sexo, idade em dias, ordem de nascimento e cor da pele (observada pelo entrevistador). As variáveis familiares incluíram a idade da mãe em anos completos, estudo materno (últimos 12 meses), trabalho materno (não trabalha para fora, trabalha em casa para fora, trabalha fora de casa), presença de companheiro, renda familiar total no último mês, escolaridade do pai e da mãe (em anos de estudo completos com aprovação), religião, tempo de moradia no bairro e em Criciúma (em anos completos), irmãos morando no mesmo domicílio, aglomeração (número total de moradores do domicílio divididos pelo número de peças utilizadas para dormir), fonte da água utilizada para beber e tipo de sanitário utilizado pela família. Os termos *pai* ou *mãe*, no contexto deste artigo, referem-se aos pais sociais que moram com a criança, biológicos ou não.

Os desfechos para os indicadores de cobertura estudados, com suas definições e populações-alvo, estão descritos abaixo.

Padrão alimentar:

- Duração do aleitamento materno igual ou superior a seis meses: foram consideradas apenas as crianças com seis meses ou mais.
- Aleitamento materno exclusivo ou predominante por quatro meses ou mais: foram consideradas apenas as crianças entre quatro e doze meses incompletos, visando reduzir o possível viés de memória. Considerou-se aleitamento predominante quando, além do leite materno, a criança recebia tão somente chás, sucos ou água.

- Introdução da mamadeira antes dos quatro meses de idade: crianças que nunca utilizaram mamadeiras foram agrupadas com aquelas que iniciaram a recebê-las com quatro meses ou mais.

Monitorização do crescimento:

- Crianças pesadas no trimestre: foram consideradas como pesadas as crianças cujas mães referiram ao menos uma pesagem no trimestre, em qualquer local (estabelecimento médico, em casa, em farmácia, na comunidade, etc). Devido à multiplicidade de documentos utilizados para anotação das pesagens, não foi possível avaliar o número de pesagens registradas para cada criança, pois o questionário utilizado não previu a possibilidade de que os pesos estivessem anotados em mais de um documento.

Manejo da Diarréia: as três primeiras variáveis abaixo referem-se à conduta das mães cujas crianças tiveram diarréia nas duas últimas semanas.

- Aumento na oferta de líquidos e manutenção da alimentação: mães que ofereceram mais água do que de costume, durante o episódio da diarréia e ofereceram comida na frequência habitual ou aumentada.
- Administração de reidratante: inclui sais de reidratação oral (Central de Medicamentos), soluções comerciais ou soro caseiro (solução de água, sal e açúcar) preparado com colher-medida padrão (outras soluções caseiras não foram consideradas).
- Utilização de medicamento comercial: considerou-se o relato pela mãe de uso de "remédio de farmácia", excluindo os soros de reidratação oral.
- Presença de colher-medida: inclui as colheres-medidas vistas pelo entrevistador e aqueles casos em que a mãe informava que possuía a colher mas a mesma não era encontrada no momento. O denominador desta variável incluiu todas as crianças estudadas, não apenas aquelas com diarréia na quinzena.

Imunizações

- Imunização completa para a idade: a partir do número de doses recebidas e da idade da criança, considerou-se como completamente imunizada a criança que houvesse recebido todas as vacinas previstas para a sua idade, com até um mês de tolerância para atrasos.

Os indicadores de conhecimento abaixo referem-se às informações citadas espontaneamente pela mãe:

Aleitamento Materno:

- Duração do aleitamento materno exclusivo: consideradas como respostas certas quatro, cinco e seis meses.
- Duração do aleitamento materno: consideradas como corretas durações de 12 meses ou mais; codificadas como ignoradas as respostas do tipo “até a criança deixar”.
- Considera inadequado criança de um mês receber chá diariamente: respostas como “bom”, “não faz diferença” e “não sabe” foram consideradas como erradas.
- Considera leite em pó inadequado: a única resposta aceita como correta, quando a mãe era perguntada sobre a idade em que uma criança deveria começar a receber leite em pó, foi “nunca”.

Monitorização do crescimento:

- Conhece a utilidade da curva de peso: foi mostrada para a mãe uma curva de crescimento e consideradas como certas as respostas relativas a peso, crescimento, desnutrição e desenvolvimento da criança.
- Acertou questões sobre a curva: foram apresentadas três situações para a mãe: a) uma curva de uma criança com crescimento normal; b) uma curva com ganho de peso insuficiente (abaixo do percentil dez); c) duas curvas, estando a primeira entre as linhas p10 e p90 mas com perda de peso nos dois últimos meses, e a outra abaixo do p10 mas com ganho de peso. Foi perguntado à mãe nas situações (a) e (b) se a criança estava bem. Na situação (c), perguntava-se qual a criança que estava doente

agora. Foi considerado como acerto quando a mãe respondeu corretamente às três questões, assim como à pergunta anterior sobre a utilidade da curva.

Terapia de Reidratação Oral (TRO), quando indagada sobre sua conduta durante um episódio de diarreia, a mãe referiu que:

- Suspenderia ou diminuiria a alimentação: esta categoria exclui as mães que manteriam a alimentação, evitariam certos tipos de alimentos ou dariam mais alimentos.
- Utilizaria medicamentos comerciais: excluídos os remédios e chás caseiros.
- Administraria solução reidratante: incluindo qualquer tipo de solução reidratante.

Imunização no primeiro ano de vida: perguntou-se à mãe quais as vacinas que uma criança deveria receber no primeiro ano de vida. Foram consideradas as respostas espontâneas das mães, sendo aceita qualquer resposta que permitisse identificar a vacina (por exemplo, para a anti-pólio aceitava-se Sabin, pólio, paralisia, gotinhas, etc.)

As variáveis sobre a exposição à Pastoral da Criança foram definidas perguntando-se às mães se elas participam ou participaram no passado da Pastoral. Perguntou-se ainda às participantes se foram acompanhadas durante a gestação da criança índice e/ou visitadas pelo líder no primeiro mês após o parto. Mães que relataram como participação a frequência a uma única reunião da Pastoral da Criança foram consideradas como não participantes. Houve 68 mães que embora tivessem sido visitadas (55 crianças) ou pesado seus filhos na Pastoral da Criança no trimestre (14 crianças incluindo uma das 55 acima) classificaram-se como não participantes (nem atuais, nem no passado). Estas 68 mães foram consideradas, neste estudo, como nunca tendo participado da Pastoral.

A coleta de dados foi conduzida nos meses de março a junho de 1996, por 14 entrevistadores (com dez anos de escolaridade, no mínimo), três supervisores de campo e um supervisor de qualidade. Previamente ao estudo, houve um treinamento teórico-prático de 80 horas e um estudo piloto. No próprio dia da entrevista, o questionário era

codificado pelo entrevistador, sendo revisado pelo supervisor de campo. Os questionários foram novamente revisados pela equipe central e digitados em seguida. A verificação da amplitude e consistência das variáveis era realizada automaticamente pelo programa de entrada de dados. Em uma segunda digitação dos questionários houve comparação simultânea com os dados anteriormente digitados. Se houvesse discordância, a correção era feita imediatamente.

Cerca de 10% dos domicílios foram revisitados, sendo repetidas algumas das questões acima para verificação da qualidade da entrevista prévia. A concordância entre os resultados da visita original e da revisita foi avaliada através da estatística kappa⁹.

Na amostra estudada, 428 crianças entrevistadas participavam ou já haviam participado da Pastoral da Criança, representando, após a ponderação, 369 crianças. Com este tamanho de amostra, é possível detectar uma razão de prevalências de 1,5 para qualquer fator presente em 11% ou mais das crianças não participantes da Pastoral da Criança, com erro alfa de 0,05 e poder estatístico de 80%.

A análise estatística incluiu o teste do qui-quadrado para as tabelas de contingência. Nas tabelas 2x2 foi utilizada a correção de continuidade e quando alguma frequência esperada era inferior a cinco, utilizou-se o teste exato de Fisher¹⁰. As medianas de duração do aleitamento materno e de introdução da mamadeira foram calculadas a partir de curvas de sobrevivência¹¹.

Para a análise ajustada foi montado um modelo conceitual para identificar que fatores de confusão poderiam estar associadas tanto com a participação na Pastoral da Criança quanto com os desfechos estudados. Estas variáveis incluíram determinantes socio-econômicos (renda familiar, escolaridade, estudo e trabalho materno nos últimos 12 meses, presença de companheiro e religião), biológicos (idade, sexo, cor, ordem de nascimento e idade materna) e ambientais (migração, aglomeração, água, saneamento, outros irmãos).

Os fatores de confusão em potencial foram introduzidos em três modelos de regressão logística por passos (stepwise)¹¹, tendo como variável dependente cada uma das três exposições: (a) participação atual na Pastoral da Criança, (b) participação atual ou passada na Pastoral e (c) participação na Pastoral durante a gestação e/ou primeiro mês de vida da criança índice. Todas as variáveis que apresentaram algum grau de associação ($p < 0,2$) foram selecionadas como possíveis fatores de confusão para as respectivas exposições. As variáveis selecionadas na etapa acima foram introduzidas em novos modelos de regressão logística por passos, tendo então como variável dependente cada um dos 26 desfechos estudados. Apenas as variáveis selecionadas com o $p < 0,2$ foram mantidas no modelo. Finalmente, acrescentou-se a cada um destes 26 modelos a variável de exposição relevante (letras a, b ou c descritas acima), obtendo-se assim o efeito ajustado.

As Tabelas 1 e 2 mostram quais dos fatores de confusão foram controlados em cada análise. Deve ser lembrado que alguns dos fatores listados acima não estão incluídos nas Tabelas 1 e 2 porque não estiveram associados com os desfechos ou exposições. Estes incluem o tipo de construção, o suprimento de água e o tipo de saneamento.

O efeito da Pastoral da Criança sobre o número total de acertos nas questões de conhecimento foi analisado através de regressão linear múltipla¹¹, com o controle dos fatores de confusão relevantes.

Estimou-se as razões de prevalência (RP) a partir das razões de odds (RO) ajustadas, de acordo com a seguinte fórmula: $RP = RO / (1 + P_{\text{ñE}}(RO - 1))$, onde $P_{\text{ñE}}$ é a prevalência na população não exposta¹².

Tabela 1: Seleção de variáveis de confusão para os indicadores de cobertura.

Exposição / Desfechos	Biológicas (criança)			Sócio-econômicas							Ambi- entais	
				Família		Anos Estudo		Carac. Maternas				
	I D A D E	C O R	O R D E N A S C I M	R E N D A	R E L I G I Ã O	P A I	M Ã E	T R A B A L H O	I D A D E	C O M P A N H E I R O	M I G R A Ç Ã O	A G L O M E R A Ç Ã O
Participação na Pastoral												
Atual			X	X	X		X			X	X	
Atual ou passada	X	X	X		X	X		X	X		X	
Gestação / 1º mês de vida	X		X		X	X			X		X	
Conduta Materna: leite materno (LM) e introdução da mamadeira												
LM ≥ 6 meses						X			X		X	
LM exclusivo ≥ 4 meses			X			X					X	
LM predominante ≥ 4 meses	X		X			X			X		X	
Mamadeira < 4 meses	X		X		X	X			X		X	
Monitorização do crescimento no trimestre												
Pesada			X	X			X			X	X	
Manejo do episódio recente de diarreia												
Aumento na oferta de líquidos e manutenção da alimentação		X	X		X	X					X	
Administração de reidratante						X			X		X	
Utilização de medicamento						X			X		X	
Presença de colher-medida	X	X				X			X		X	
Imunização completa para a idade												
Imunização	X		X		X	X		X*	X		X	

* O trabalho materno fora do domicílio foi incluído como fator de confusão apenas para a participação atual ou passada na Pastoral, pois não esteve associado com a participação na gestação ou 1º mês.

Tabela 2: Seleção de variáveis de confusão para os indicadores de conhecimento.

Desfechos Conhecimento Materno	Biológicas (criança)			Sócio-econômicas						Ambi- entais	
	I D A D E	C O R	O R D E N A S C I M	Família		Anos Estudo		Carac. Maternas		M I G R A Ç Ã O	A G L O M E R A Ç Ã O
				R E N D A	R E L I G I Ã O	P A I	M Ã E	T R A B A L H O	I D A D E		
Leite materno (LM)											
LM exclusivo até 4-6 meses	X	X	X		X	X		X	X		X
LM por 12 meses ou mais	X				X	X					X
Considera inadequado criança de um mês receber chá diariamente	X		X			X		X	X		X
Considera leite em pó inadequado			X						X		X
Monitorização do crescimento											
Conhece utilidade da curva de peso	X	X	X		X	X		X	X		
Acertou questões sobre a curva	X	X	X		X	X		X	X		X
Terapia de reidratação oral											
Suspenderia ou diminuiria a alimentação na diarreia	X		X			X			X		X
Utilizaria medicamentos	X		X		X	X					
Administraria solução reidratante	X		X		X			X	X		
Imunização no primeiro ano de vida											
Citou anti-pólio	X	X	X		X	X		X	X		
Citou anti-sarampo	X	X	X		X	X		X	X		X
Citou BCG		X			X	X		X			
Citou DPT	X	X	X			X			X		
Citou todas as vacinas	X	X			X	X		X	X		
Número de acertos nas 15 questões relativas ao conhecimento materno*											
Número de acertos	X	X	X		X			X	X		X

* Análise de regressão linear múltipla

Resultados

Descrição da amostra

Foram visitados 9.152 domicílios. Em 63 domicílios onde havia crianças menores de três anos, foi impossível realizar a entrevista, com um mínimo de quatro visitas em dias e horas diferentes. Estas representaram 2,8% das 2.271 crianças identificadas, o que resultou em 2.208 crianças incluídas no estudo. As perdas e recusas foram menores nos setores com Pastoral da Criança do que nos demais setores (2,1% versus 5,7%; $p < 0.001$). A principal causa da não localização da criança foi a ausência do morador (37 das 63 perdas - 59%). Oito crianças mudaram-se de bairro (4) ou para outra cidade (4) após o contato inicial.

As principais características da amostra estão descritas em outro artigo⁷. A maior parte das crianças eram primogênitas ou segundos filhos, havendo predominância da cor de pele branca (88,6%). A idade materna média foi de 27,7 anos completos, com desvio padrão (d.p.) igual a 6,8 anos. A escolaridade média foi de 6,7 anos de estudo (d.p. 3,4) para as mães e 7,3 para os pais (d.p. 3,5). A renda familiar mensal total foi, em média, de R\$ 700 (d.p. 850). Três quartos das famílias consideram-se católicas. Em uma família a cada dez a mulher não tem companheiro. Duas a três pessoas em média dividem a mesma peça utilizada para dormir em dois terços dos domicílios.

Das mães entrevistadas, 16,7% afirmaram ter participado alguma vez da Pastoral da Criança, sendo que 4,8% ainda o fazem. Dentre as mães que se consideraram participantes, 29 foram acompanhadas pelo líder da Pastoral durante a gestação da criança índice e 43 foram visitadas pelo líder no primeiro mês após o nascimento da mesma, totalizando 49 mães (2% da amostra), das quais 22 ainda participam e 27 deixaram de participar da Pastoral da Criança.

Descrição dos indicadores para o total da amostra

A mediana de duração do aleitamento materno da amostra, obtida através da curva de sobrevivência, foi de 4,7 meses. Apenas uma em cada 12 crianças foi amamentada exclusivamente ao seio pelo menos até os quatro meses de idade, e um terço teve amamentação predominante até esta idade. A idade mediana de introdução da mamadeira foi 2,7 meses.

Praticamente todas as mães possuíam a Caderneta de Saúde e esta foi vista pelo entrevistador em 93,7% da amostra, sendo que 72,8% das crianças foram pesadas no trimestre (segundo relato da mãe).

Tiveram diarreia nas duas últimas semanas 343 crianças (15,5%), sendo que para 31,0% destas a mãe teve uma conduta adequada, oferecendo mais líquidos e oferecendo alimentos com frequência igual ou maior. Apenas 37,5% das mães administraram reidratante oral para seus filhos, enquanto 24,2% utilizaram medicamentos comerciais para tratar a diarreia. De todas as mães, 38,5% afirmaram ter colher-medida, sendo que um terço destas não foram vistas.

A cobertura vacinal básica (esquema completo do primeiro ano de vida) foi estudada entre as crianças de 12 a 23 meses. As coberturas foram elevadas, ainda que se considerassem apenas as doses anotadas na caderneta: 96,3% para a BCG, 93,2% para a DPT, 93,8% para a anti-pólio e 92,6% para a anti-sarampo, resultando em 90,5% para todas as vacinas nesta faixa etária. No entanto, quando todas as crianças foram consideradas, um terço delas não estavam com a imunização completa para a sua idade.

Perguntadas sobre o que deveriam fazer em caso de diarreia, 65,9% das mães afirmaram que suspenderiam ou diminuiriam a alimentação, 4,3% usariam medicamentos e 79,1% administrariam soro reidratante.

Sobre o aleitamento materno, metade das mães afirmou que este deveria ser exclusivo até os seis meses de idade, e dois terços afirmaram que a amamentação deveria prosseguir até um ano ou mais. Um terço considerou inadequado uma criança de um mês receber chá todos os dias e uma em cada dez, quando perguntada sobre a idade em que uma criança deveria começar a receber leite em pó, afirmou que nunca deveria recebê-lo.

Conheciam a utilidade da curva de peso da caderneta de saúde 73,0% das mães, sendo que apenas uma em cada três mães acertou as três questões de interpretação da curva.

Quando indagadas sobre quais vacinas uma criança deveria receber no primeiro ano de vida, apenas 8,5% das mães lembraram das quatro vacinas, variando de 27,5% para a anti-pólio até 44,8% para a BCG.

A média de acertos para as quinze questões de conhecimento propostas foi de 7,6 para toda a população.

Comparação não ajustada entre os grupos Pastoral e Controle

A Tabela 3 mostra os indicadores de saúde das crianças, em análise não ajustada. A Pastoral esteve associada à maior duração do aleitamento materno, à introdução mais tardia da mamadeira, à maior frequência de pesagens no trimestre, ao uso de reidratantes e medicamentos comerciais para tratar a diarreia (este com $p=0,05$) e à presença de colher-medida em casa. A variável imunização completa para a idade esteve associada no limiar da significância ($p=0,05$), quando a exposição à Pastoral ocorreu na gestação e/ou primeiro mês de vida, mas não esteve associada com a participação em qualquer época.

A Tabela 4 mostra os indicadores de conhecimento materno, em análise não ajustada. A Pastoral esteve associada à melhor conduta quanto à alimentação e soro durante a diarreia, à menor indicação de uso do leite em pó e ao conhecimento sobre as vacinas anti-pólio e BCG (esta com $p=0,06$). Foram também superiores no grupo Pastoral o conhecimento e a interpretação da curva de peso, sendo que acertaram a interpretação dos dois primeiros cartões 55,4% das mães-Pastoral e 46,4% das mães que nunca participaram ($p=0,002$). Na terceira questão, os acertos foram respectivamente 57,0% e 48,4% ($p=0,003$). A média de acertos para as 15 questões foi de 8,3 para as mães da Pastoral e 7,4 para as demais.

Tabela 3. Análise não ajustada comparando indicadores de saúde das crianças acompanhadas pela Pastoral da Criança em relação às demais.

VARIÁVEL	Participa		Não participa		p*
	%	(n)	%	(n)	
Leite materno (LM) e introdução da mamadeira					
LM ≥ 6 meses ¶	61,1%‡	(37)	41,5%	(1791)	0,03
LM exclusivo ≥ 4 meses **	7,5%‡	(15)	8,2%	(461)	1,0†
LM predominante ≥ 4 meses **	53,7%‡	(15)	31,3%	(461)	0,09†
Mamadeira < 4 meses ††	46,6%‡	(49)	62,7%	(2142)	0,03
Monitorização do crescimento no trimestre					
Pesada	86,4%§	(105)	72,1%	(2094)	0,002
Manejo do episódio recente de diarreia					
Aumento na oferta de líquidos †† e manutenção da alimentação	23,8%	(56)	32,5%	(273)	0,26
Administração de reidratante ††	53,5%	(56)	34,3%	(282)	0,01
Utilização de medicamento ††	35,5%	(56)	22,0%	(281)	0,05
Presença de colher-medida §§	47,4%	(369)	36,7%	(1839)	<0,001
Imunizações					
Imunização completa para a idade	81,0%‡	(49)	66,8%	(2159)	0,05
Imunização completa para a idade	67,6%	(369)	67,0%	(1839)	0,87

* Teste do qui-quadrado com correção de continuidade

† Teste exato de Fisher bicaudal

‡ Crianças expostas à Pastoral durante a gestação e/ou primeiro mês de vida (n=49)

§ Participantes atuais da Pastoral (n=105)

|| Participantes atuais ou passados da Pastoral (n=369)

¶ Crianças maiores de 6 meses

** Crianças de 4 a 11 meses de idade

†† Crianças maiores de 4 meses

‡‡ Crianças que apresentaram diarreia nas duas últimas semanas

§§ Todas as crianças

Tabela 4. Análise não ajustada comparando conhecimento das mães que participam ou participaram no passado da Pastoral da Criança em relação às demais.

VARIÁVEL	Participa		Não participa		p*
	%	(n)	%	(n)	
Leite Materno (LM)					
LM exclusivo até 4-6 meses	64,1%	(369)	60,6%	(1839)	,23
LM por 12 meses ou mais	70,8%	(337)	65,9%	(1686)	,09
Considera inadequado criança de um mês receber chá diariamente	36,3%	(367)	36,5%	(1833)	=1
Considera leite em pó inadequado	12,2%	(369)	8,5%	(1839)	=0,03
Monitorização do crescimento					
Conhece utilidade da curva de peso	86,4%	(364)	70,4%	(1829)	<0,001
Acertou questões sobre a curva	42,4%	(364)	34,2%	(1829)	,003
Terapia de reidratação oral					
Suspenderia ou diminuiria a alimentação na diarreia	60,3%	(367)	67,0%	(1836)	=,02
Utilizaria medicamentos	3,7%	(369)	4,5%	(1839)	=,6
Administraria solução reidratante	84,6 %	(369)	78,0%	1839)	,005
Imunização no primeiro ano de vida					
Citou anti-pólio	33,2%	(367)	26,3%	(1833)	,009
Citou anti-sarampo	37,3%	(367)	36,7%	(1833)	,9
Citou BCG	49,5%	(367)	43,9%	(1837)	,06
Citou DPT	39,1 %	(367)	36,7%	(1833)	,4
Citou todas as vacinas	10,9%	(367)	8,1%	(1833)	,1

* Teste do qui-quadrado com correção de continuidade

Análise multivariada

Os resultados da análise multivariada, apresentados nas Tabelas 5 e 6, mostram as razões de odds (RO) não ajustadas, as razões de odds ajustadas para os fatores de confusão listados nas Tabelas 1 e 2 (com seus respectivos intervalos de confiança) e as razões de prevalência (RP) estimadas a partir das razões de odds ajustadas.

Tabela 5. *Análise ajustada comparando indicadores de saúde das crianças acompanhadas pela Pastoral da Criança em relação às demais.*

Variável	RO não			RP
	ajustada	RO ajustada	(IC)	estimada
Leite Materno (LM)				
LM >= 6 meses	2,22	2,23	(1,13 a 4,40)	1,72
LM exclusivo >=4 meses	0,74	0,55	(0,07 a 4,27)	0,59
LM predominante >= 4 meses	1,92	2,11	(0,68 a 6,50)	1,76
Mamadeira < 4 meses	0,52	0,49	(0,27 a 0,89)	0,72
Monitorização do crescimento				
Pesada no trimestre	2,46	2,94	(1,66 a 5,23)	1,54
Manejo da diarreia				
Aumento na oferta de líquidos e manutenção da alimentação	0,65	0,99	(0,46 a 2,14)	1,00
Administração de reidratante	2,20	1,73	(0,90 a 3,33)	1,38
Utilização de medicamento	2,34	1,28	(0,63 a 2,57)	1,22
Presença de colher-medida	1,55	1,51	(1,20 a 1,91)	1,27
Imunização completa para a idade				
Imunização *	2,12	1,95	(0,91 a 4,20)	1,19
Imunização †	1,03	1,31	(1,01 a 1,71)	1,09

* Crianças expostas à Pastoral durante a gestação e/ou primeiro mês de vida (n=49)

† Participantes atuais ou passados da Pastoral (n=369)

Tabela 6. *Análise ajustada comparando conhecimento das mães que participam ou participaram no passado da Pastoral da Criança em relação às demais.*

Variável	RO não			RP
	ajustada	RO ajustada	(IC)	estimada
Leite Materno (LM)				
LM exclusivo até 4-6 meses	1,16	1,41	(1,10 a 1,81)	1,16
LM por 12 meses ou mais	1,26	1,13	(0,87 a 1,48)	1,05
Considera inadequado criança de um				
mês receber chá diariamente	0,99	1,15	(0,90 a 1,47)	1,09
Considera leite em pó inadequado	1,51	1,69	(1,17 a 2,43)	1,59
Monitorização do crescimento				
Conhece utilidade da curva de peso	2,67	3,33	(2,39 a 4,65)	1,26
Acertou questões sobre a curva	1,40	1,75	(1,36 a 2,23)	1,39
Terapia de Reidratação Oral				
Suspenderia ou diminuiria				
a alimentação na diarreia	0,75	0,69	(0,54 a 0,87)	0,87
Utilizaria medicamentos	0,81	0,82	(0,45 a 1,50)	0,83
Administraria solução reidratante	1,55	1,29	(0,94 a 1,76)	1,06
Imunização do 1º ano de vida				
Citou anti-pólio	1,39	1,55	(1,20 a 2,00)	1,35
Citou anti-sarampo	1,03	1,01	(0,79 a 1,30)	1,01
Citou BCG	1,25	1,48	(1,17 a 1,88)	1,22
Citou DPT	1,11	1,33	(1,04 a 1,71)	1,21
Citou todas as vacinas	1,39	1,53	(1,04 a 2,25)	1,48

Na análise ajustada, permaneceram as associações significativas entre a Pastoral e a maior duração do aleitamento materno, introdução tardia da mamadeira e o número de pesagens no trimestre. No manejo da diarreia permaneceu significativa apenas a presença de colher-medida em casa. Em relação ao conhecimento materno, a Pastoral continuou associada à melhor conduta quanto à alimentação durante a diarreia, à idade para aleitamento materno exclusivo, à contra-indicação do leite em pó, ao conhecimento e interpretação da curva de crescimento e à maior recordação de todas as vacinas, com exceção da anti-sarampo. O grupo de mães da Pastoral acertou em média 1,1 (0,8 a 1,4)

questão a mais do que o grupo controle, nas 15 questões sobre conhecimento ($p < 0,001$). Com exceção da presença da colher-medida, a análise ajustada resultou em estimativas da razão de odds mais distantes da unidade do que na análise não ajustada, isto é, o efeito da Pastoral tornou-se mais evidente.

A Tabela 7 mostra os índices kappa de concordância inter-observadores, baseados na revisita de cerca de 10% dos domicílios. Estes índices foram superiores a 0,72, com exceção da variável participação na Pastoral (0,58). O índice mais baixo neste item é reflexo da própria dificuldade em se caracterizar a participação na Pastoral da Criança e das definições operacionais utilizadas neste estudo, já descritas acima.

Tabela 7: *Índice Kappa entre as entrevistas e a revisita (n=237 crianças)*

Perguntas (categorias)	Kappa
Uso de mamadeira (não usa/já parou/ainda usa)	0,77
Aleitamento Materno (nunca x já parou x ainda mama)	0,78
Tempo de aleitamento materno (0 a 3,9 meses x 4 a 5,9 x 6 a 11,9 x 12 ou mais)	0,95
Cor (branca/parda/negra)*	0,82
BCG (cicatriz presente/ausente)	0,89
Participação na Pastoral (sim/não)	0,58

*observação do entrevistador

Discussão:

As famílias carentes constituem a população-alvo das ações básicas executadas pela Pastoral da Criança. Apesar de Criciúma estar entre os trinta melhores municípios de Santa Catarina e entre os cinquenta melhores do Brasil (de acordo com o índice de sobrevivência de crianças elaborado pelo IBGE e UNICEF¹³), parte significativa de suas crianças se encontram em situação de risco, como mostra o índice de 9,1% de déficit de peso/idade entre as camadas mais pobres⁷. Isto justifica portanto a presença da Pastoral da Criança em Criciúma.

O presente estudo é representativo da população urbana do município devido a sua amostragem probabilística e ao baixo percentual de perdas, podendo portanto, evidenciar a influência da Pastoral sobre os indicadores de saúde das crianças menores de três anos e o conhecimento de suas mães. O percentual de famílias não contactadas nos setores com Pastoral foi ligeiramente inferior do que nos demais bairros (2,1% versus 5.7%), mas esta diferença não deve afetar os resultados apresentados.

Como pode ser visto no artigo "Caracterização epidemiológica da participação das mães de Criciúma na Pastoral da Criança"⁷, as seguintes características estiveram associadas com a participação na Pastoral: presença de crianças com mais de 12 meses, com dois ou mais irmãos mais velhos, e de cor negra; famílias residentes no bairro há cinco anos ou mais, renda familiar abaixo da mediana, religião católica ou protestante (exceto Assembléia de Deus), história de morte prévia de criança na família, pais em união matrimonial formal, com menos de cinco anos de escolaridade e a idade materna maior ou igual a 25 anos. A participação atual na Pastoral foi menor que a esperada, sendo alta a taxa de abandono: 70% das mães de menores de três anos que já pertenceram à Pastoral a abandonaram. As variáveis de confusão a serem utilizadas na presente análise foram selecionadas com base nos achados do artigo supracitado. Seu efeito de distorção foi negativo, isto é, os participantes da Pastoral, por serem mais pobres, deveriam apresentar piores indicadores de saúde em relação ao restante da população, sendo portanto o ajuste para a pobreza essencial para mostrar a real magnitude do impacto da Pastoral da Criança.

A análise da concordância inter-observadores medida pelo índice kappa (Tabela 7) mostrou um alto grau de concordância (acima de 0,7) para a maior parte dos indicadores. O índice mais baixo, de 0,58 (ou seja, concordância razoável a boa⁹ foi observado para a variável participação na Pastoral da Criança, devido às dificuldades, já mencionadas, de classificar mães que participaram eventualmente. Note-se que erros não diferenciais de classificação, como este, levam a subestimar o verdadeiro impacto da Pastoral.

Os principais resultados da presente pesquisa são discutidos a seguir e comparados com a literatura. Na apresentação dos resultados abaixo, as diferenças significativas entre os dois grupos são apresentadas. Devido ao fato de que o número de participantes da Pastoral foi inferior ao esperado, o poder estatístico do estudo foi baixo, particularmente para variáveis relacionadas ao aleitamento - para as quais a exposição à Pastoral referia-se apenas às crianças acompanhadas no período de gestação ou neonatal - e ao manejo da diarreia - restrita às crianças com diarreia na última quinzena. Para essas variáveis, diferenças não significativas são também mencionadas, assim como o cálculo, realizado a posteriori, sobre o poder estatístico dessas comparações baseado nos resultados efetivamente observados. Este cálculo mostra qual seria a probabilidade, dado o número de crianças acompanhadas pela Pastoral e a frequência do indicador sendo avaliado, de se detectar a diferença observada como sendo estatisticamente significativa.

Para estudar as variáveis relacionadas ao aleitamento materno, a análise foi restrita a mães e crianças acompanhadas pela Pastoral durante a gestação ou o primeiro mês de vida, pois contatos posteriores teriam pouco ou nenhum efeito sobre a duração e o padrão de amamentação. O efeito da Pastoral da Criança mostrou-se positivo, tanto prolongando a duração total do aleitamento quanto resultando na introdução tardia da mamadeira. Paradoxalmente, crianças acompanhadas apresentaram uma redução - embora não significativa - na duração do aleitamento exclusivo. O poder estatístico para detectar como significativa esta última associação foi de apenas 1%. Quanto ao aleitamento predominante, isto é, leite materno mais água ou chás, a prevalência aos quatro meses

foi 76% maior entre as crianças acompanhadas. Esta diferença não foi significativa, mas o poder estatístico correspondente foi de apenas 39%.

No estudo realizado no Maranhão⁷, em 1991, a Pastoral teve um modesto impacto sobre a duração do aleitamento e teve sucesso em retardar a introdução de suplementos, com exceção de água e chás. Dessa forma, ambos os estudos mostram impacto sobre a introdução de outros alimentos, mas não sobre a idade de início de chás e água. Diversos outros estudos brasileiros confirmam que tanto a duração da amamentação pode ser aumentada quanto a introdução de alimentos retardada através de intervenções educativas^{14,15}. Note-se ainda que há tendência ao aumento na duração do aleitamento no Brasil, sendo a mediana nacional de amamentação de 7,0 meses¹⁷, uma duração superior à observada pelo presente estudo em Criciúma (4,7 meses).

Para se avaliar a monitorização do crescimento, a variável escolhida foi a participação atual na Pastoral, em virtude de ser o próprio líder quem pesa as crianças. Segundo o relato materno, as crianças da Pastoral apresentaram maior número de pesagens no último trimestre. No estudo do Maranhão⁷, a prevalência de pesagens na Pastoral foi similar a de Criciúma (89,2% em São Luís e 88,1% em Timbiras), sendo que o grupo controle apresentava cobertura muito inferior (27,4% e 9,5% respectivamente).

Em pesquisa realizada na Região Nordeste do Brasil, apenas 26,9% das crianças haviam sido pesadas¹⁶, enquanto que em Criciúma quase todas as cadernetas de saúde foram vistas (93,7%), sendo a maior parte pesada (72,8%). No Brasil como um todo, segundo a PNDS/96, 80,3% das crianças menores de 24 meses apresentaram o cartão da criança, sendo este percentual de 86,9% na Região Sul¹⁷.

Conforme mencionado na Metodologia, observou-se em Criciúma que as pesagens eram anotadas em diversos documentos diferentes para a mesma criança, incluindo o *Cartão da Criança* do Ministério da Saúde (utilizado pela Pastoral) e a *Caderneta de Saúde* elaborada pela Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina e utilizada pelos serviços públicos. Isto revela uma falha a ser corrigida: seria muito importante que a Pastoral e os serviços de saúde entrassem em consenso sobre a forma e utilização dos

mesmos, a fim de se evitar a anotação paralela do peso das crianças (a curva do Cartão da Criança abrange os cinco primeiros anos de vida e a da Caderneta de Saúde, os três primeiros anos).

A exposição à Pastoral escolhida para estudar as variáveis relacionadas à terapia de reidratação oral foi a participação atual ou passada, por entender a Pastoral que a educação materna sobre este tópico devesse ter efeitos permanentes. O poder do estudo para avaliar a conduta da mãe frente à diarreia foi pequeno, devido ao fato de apenas 343 crianças terem apresentado um episódio recente. Não obstante, as baixas razões de prevalência sugerem que a Pastoral não conseguiu que as mães acompanhadas atualmente, ou no passado, tivessem atitudes mais adequadas do que as demais em relação à alimentação das crianças e à utilização de soro reidratante ou de medicamentos comerciais. Estes resultados estão em desacordo com os observados no estudo do Maranhão⁷, onde os indicadores de manejo da diarreia foram superiores no grupo acompanhado pela Pastoral. A utilização de soro reidratante em Criciúma foi bastante inferior a da Região Sul, segundo a PNDS/96¹⁷ (37,5% versus 58,6%).

Por outro lado, a presença de colher-medida foi superior entre as famílias acompanhadas pela Pastoral em Criciúma, o que confirma os resultados do Maranhão. Para toda a amostra de Criciúma, observou-se maior presença de colher medida do que no Nordeste¹⁶ (36,7% e 26,7%, respectivamente).

Recomenda-se que a Pastoral reforce ainda mais a importância de se oferecer mais vezes alimentos durante a diarreia, assim como a contra-indicação do uso de medicamentos. É essencial a distribuição de colheres medidas e a instrução quanto a seu uso para todas as mães, pois menos da metade das mães as possuíam em casa.

Para estudar as variáveis relacionadas à imunização, duas variáveis foram escolhidas para caracterizar a exposição à Pastoral: a) visitas durante a gestação ou primeiro mês de vida, por atingirem a mãe no período imediatamente anterior ao início do esquema vacinal e b) a participação atual ou passada, por ter a educação materna efeitos duradouros. Esta última variável, apresenta a desvantagem de que algumas mães podem ter sido recrutadas pela Pastoral após o período em que a criança deveria receber as vacinas.

O conceito de imunização completa para a idade tende a evidenciar coberturas mais baixas do que a simples análise da prevalência de crianças imunizadas. Isto se dá em virtude de que o não recebimento de apenas uma dose das previstas já classifica a criança como não estando com a imunização completa.

As crianças acompanhadas pela Pastoral apresentaram maiores coberturas vacinais, particularmente aquelas acompanhadas durante a gestação/primeiro mês de vida, embora a diferença significativa tenha ocorrido apenas entre todas as crianças acompanhadas, pois este último grupo incluiu um maior número de crianças. Deve ser lembrado que, dentre as barreiras entre os pais e os serviços de imunização¹⁸, a Pastoral tem influência sobre as crenças, conhecimentos e atitudes, sendo que barreiras estruturais (organização dos serviços de saúde, horário de funcionamento, filas de espera) e pessoais (relacionadas ao meio em que vive a família e transporte) são pouco ou nada influenciadas por sua atuação. Além disso, os dados sobre imunização devem ser interpretados com cautela, pois a exposição à Pastoral não garante a oferta de serviços de imunização, que depende da rede de saúde. Os dados coletados não permitiram verificar se, após entrar na Pastoral, uma criança com vacinas atrasadas consegue diminuir o tempo de atraso no esquema vacinal em comparação a crianças não expostas à Pastoral. No estudo do Maranhão, os efeitos da Pastoral sobre a cobertura foram evidentes na cidade de São Luís, mas não em Timbiras⁷.

Em Criciúma, a percentagem de crianças entre 12 e 23 meses de idade que receberam todas as vacinas foi superior a da Região Sul¹⁷ (90,5% x 87,1%). Note-se que a Região Sul é a região com maior cobertura vacinal no Brasil e que a PNDS/96 considerou também a informação referida pela mãe, o que tende a aumentar a cobertura em comparação com o critério utilizado por esta pesquisa (somente a informação do cartão).

Em relação ao conhecimento sobre as ações de sobrevivência infantil, o grupo de mães da Pastoral teve desempenho superior ao das demais mães em diversas variáveis, incluindo a duração do aleitamento materno exclusivo e os perigos do leite em pó, o conhecimento e interpretação das curvas de peso, a necessidade de manter a

alimentação durante a diarreia e o conhecimento sobre as vacinas. Embora as mães acompanhadas pela Pastoral acertassem um maior número de questões de conhecimento, ainda assim pouco mais da metade das questões foram corretamente respondidas. Algumas áreas onde são necessários maiores esforços educativos incluem os riscos da utilização de chás nos primeiros meses de vida (uma vez que tanto o estudo do Maranhão como o atual apontam deficiências neste item), a necessidade de utilizar TRO durante a diarreia e o perigo de utilizar medicamentos.

Em resumo, a presente avaliação mostrou aspectos positivos da atuação da Pastoral, assim como áreas em que maiores investimentos são necessários. Recomenda-se à Pastoral da Criança que priorize ainda mais a educação das mães quanto aos cuidados com a criança, tentando recrutá-las ainda durante a gestação, quando seu impacto seria potencialmente maior.

Abstract

Neumann NA, Victora CG, Halpern R, Guimarães PRV, Cesar JA. Effectiveness of the Child Pastorate in promoting child survival activities and in health education in Criciúma, Southern Brazil.

Study objective. To assess if mothers and children assisted by the Child Pastorate ("Pastoral da Criança") show improved health-care indicators and knowledge of basic child survival actions.

Design. Population-based cross-sectional study.

Place. Urban area of the Municipality of Criciúma, southern Brazil

Participants. Probabilistic sample of 2208 children aged under three years.

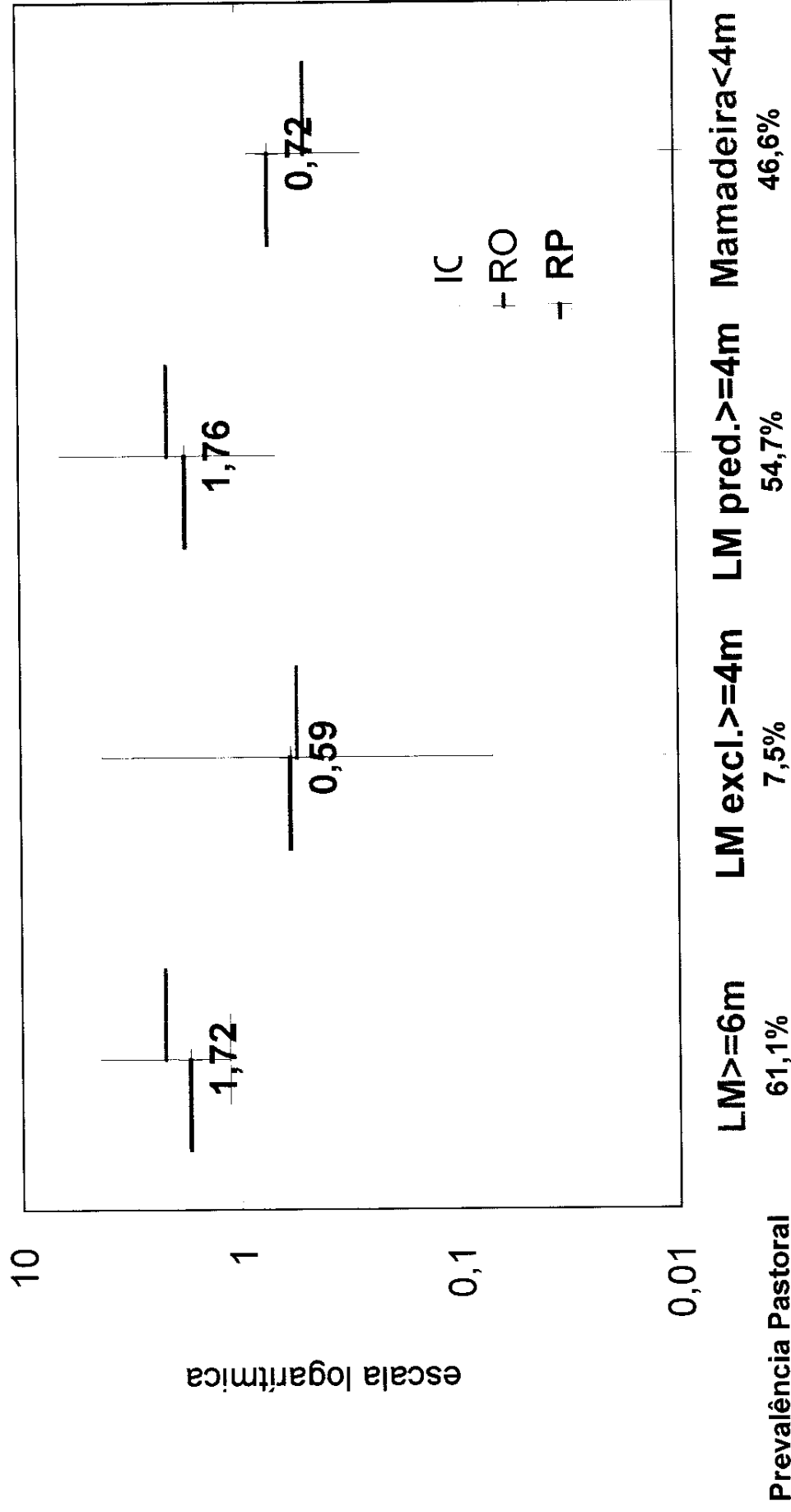
Results. The adjusted analysis considering the possible confounding factors showed that participation in the Pastoral work was significantly associated with the longer total breast-feeding duration, late introduction of the bottle, higher number of growth monitoring visits in the last quarter, and increased availability in the home of measuring-spoons for oral hydration. The participation in the Pastoral was positively associated with mothers' knowledge of appropriate feeding during diarrhea episodes, the optimal duration of exclusive breast-feeding, the dangers of infant formulae, correct interpretation of the growth curve, and timing of the vaccination scheme. No significant association was found between participation in the pastoral and the rate of predominant or exclusive breast-feeding, nor in regard to correct diarrhea management.

Conclusion. The evaluation showed positive aspects of the pastorate's activities, as well as areas in which greater investments are necessary. It is recommended that the Pastorate should give priority to better educating mothers in regard to child care and in trying to recruit them early in pregnancy, when the impact is potentially greater.

Keywords. Child, Primary health care, Intervention, Community health workers, Health services evaluation, Epidemiology.

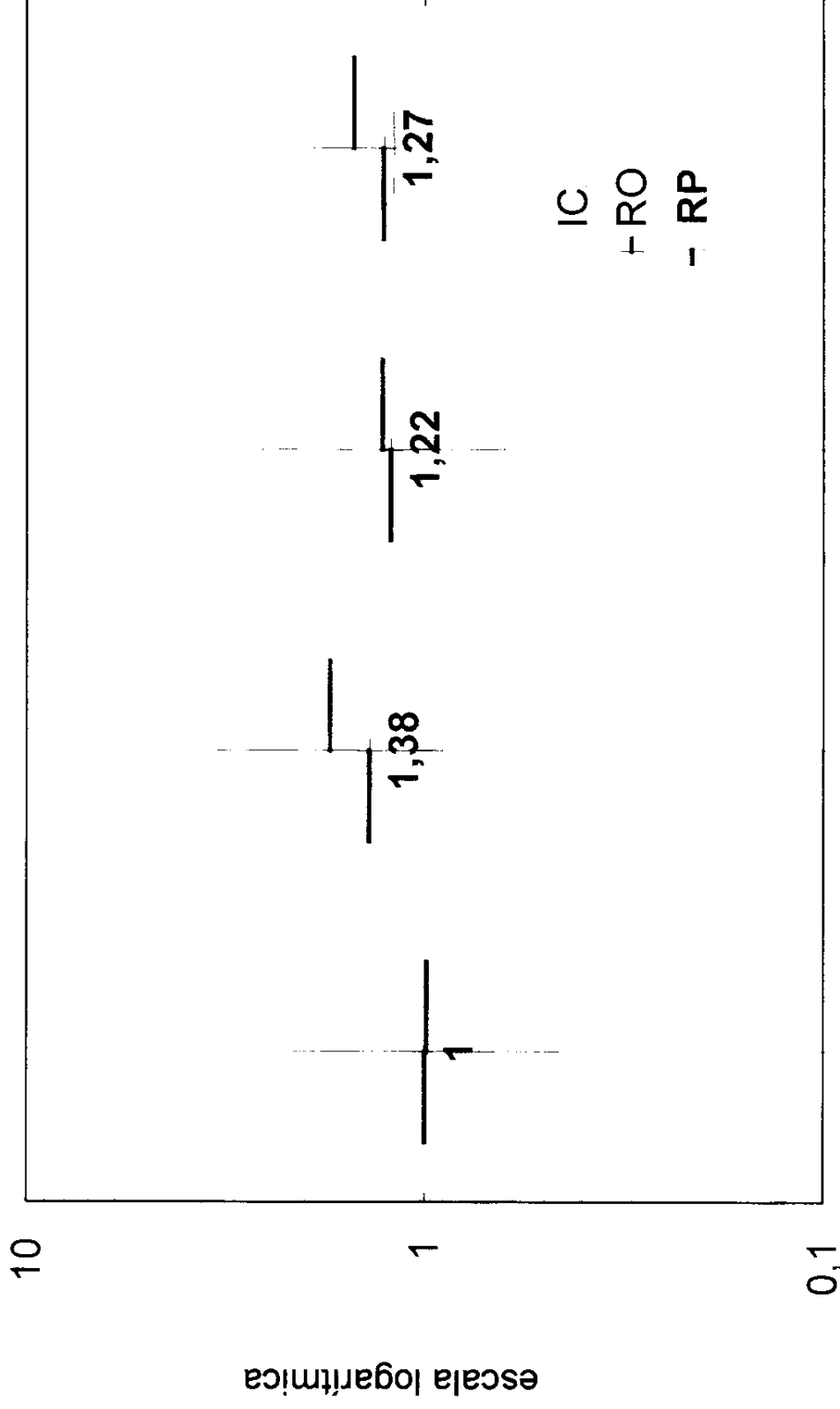
Aleitamento

comparação entre Pastoral da Criança e grupo controle - Criciúma/SC - 1996



Manejo da diarreia

comparação entre Pastoral da Criança e grupo controle - Criciúma/SC - 1996



Prevalência Pastoral 23,8%

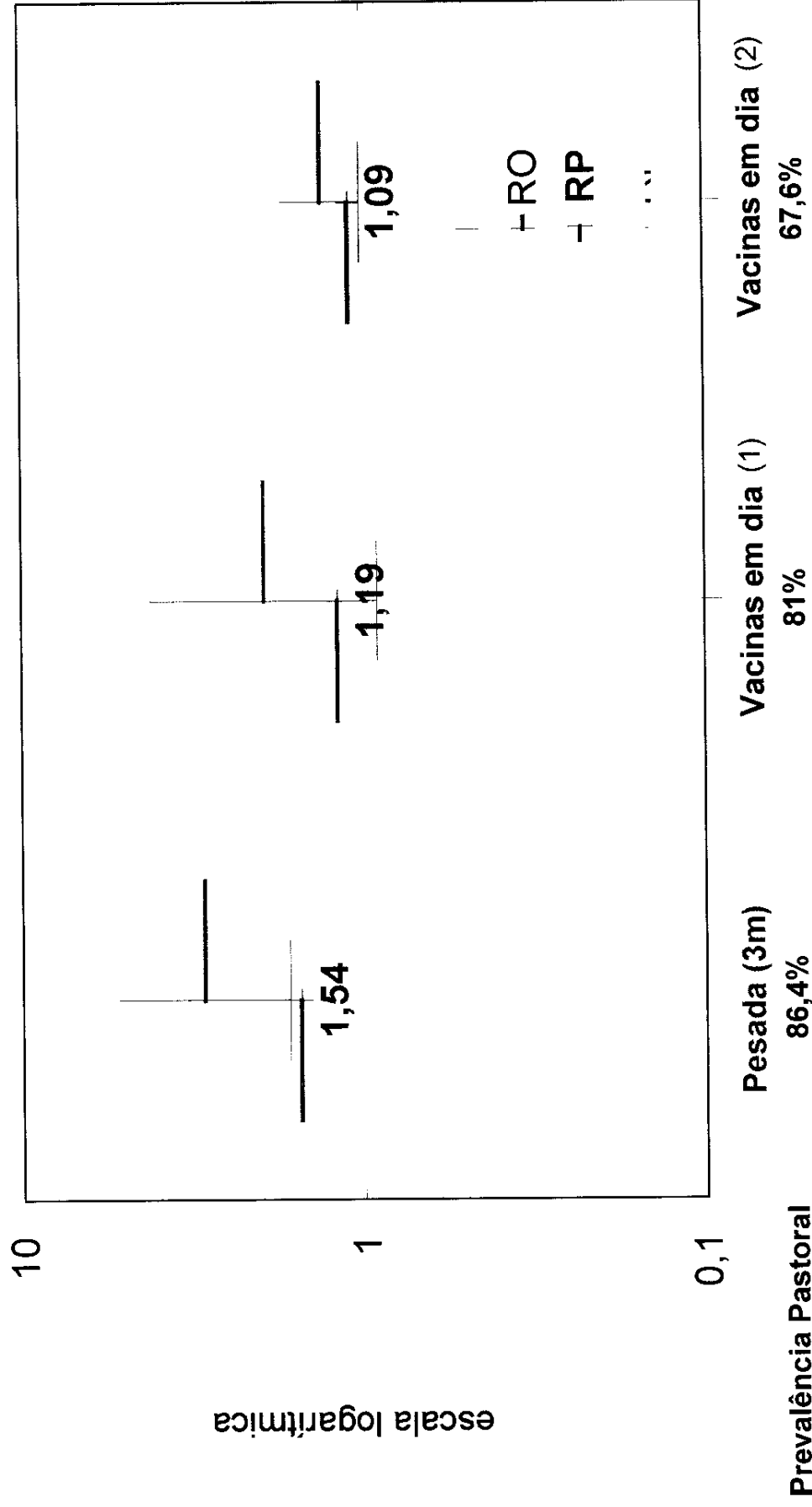
alimentação/líquidos reidratante 53,5%

medicamento 35,5%

Tem colher medida 47,4%

Monitorização do Crescimento e Imunização

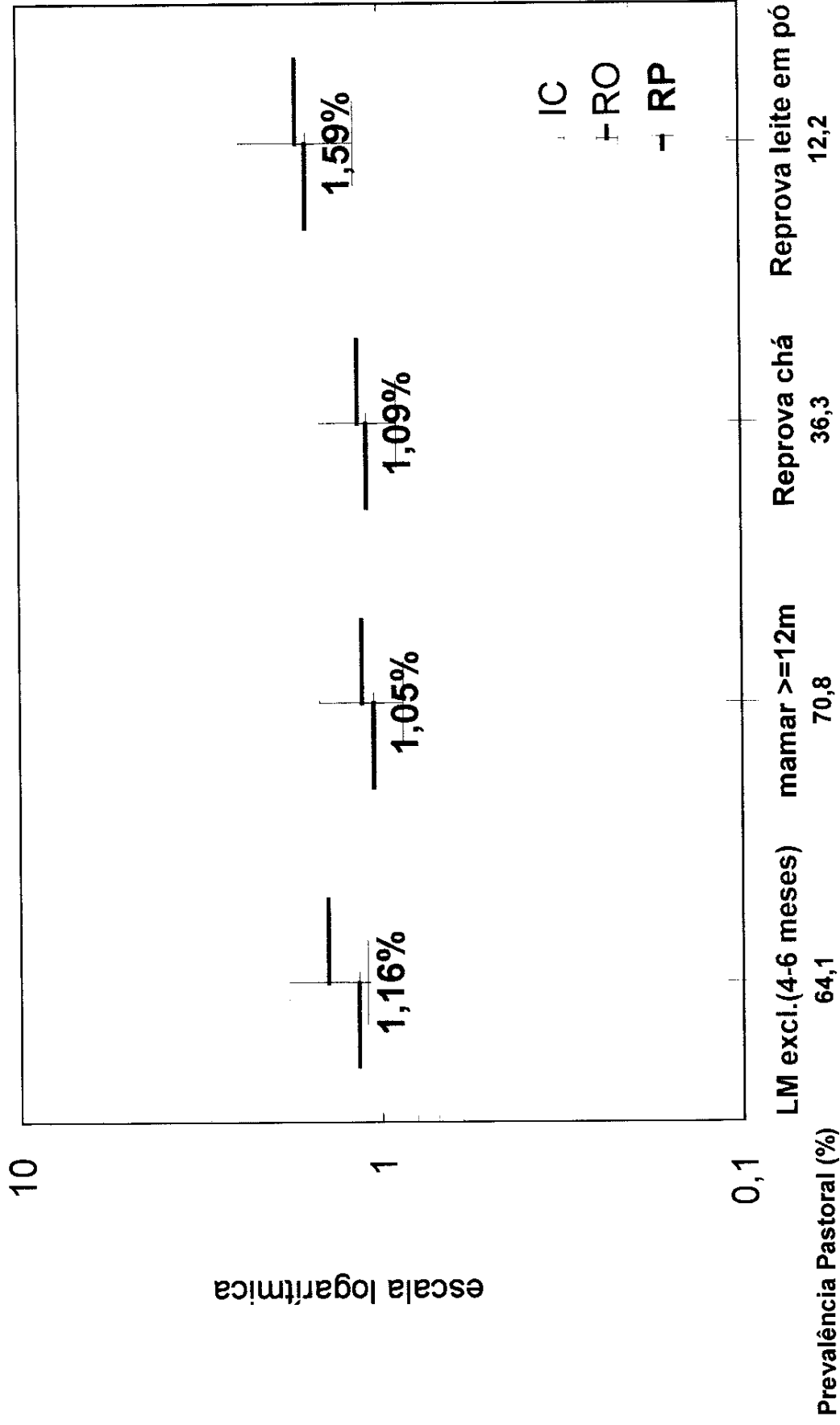
comparação entre Pastoral da Criança e grupo controle - Criciúma/SC - 1996



(1) acompanhados pela Pastoral na gestação ou 1º mês de vida
(2) mães que participam ou participaram da Pastoral

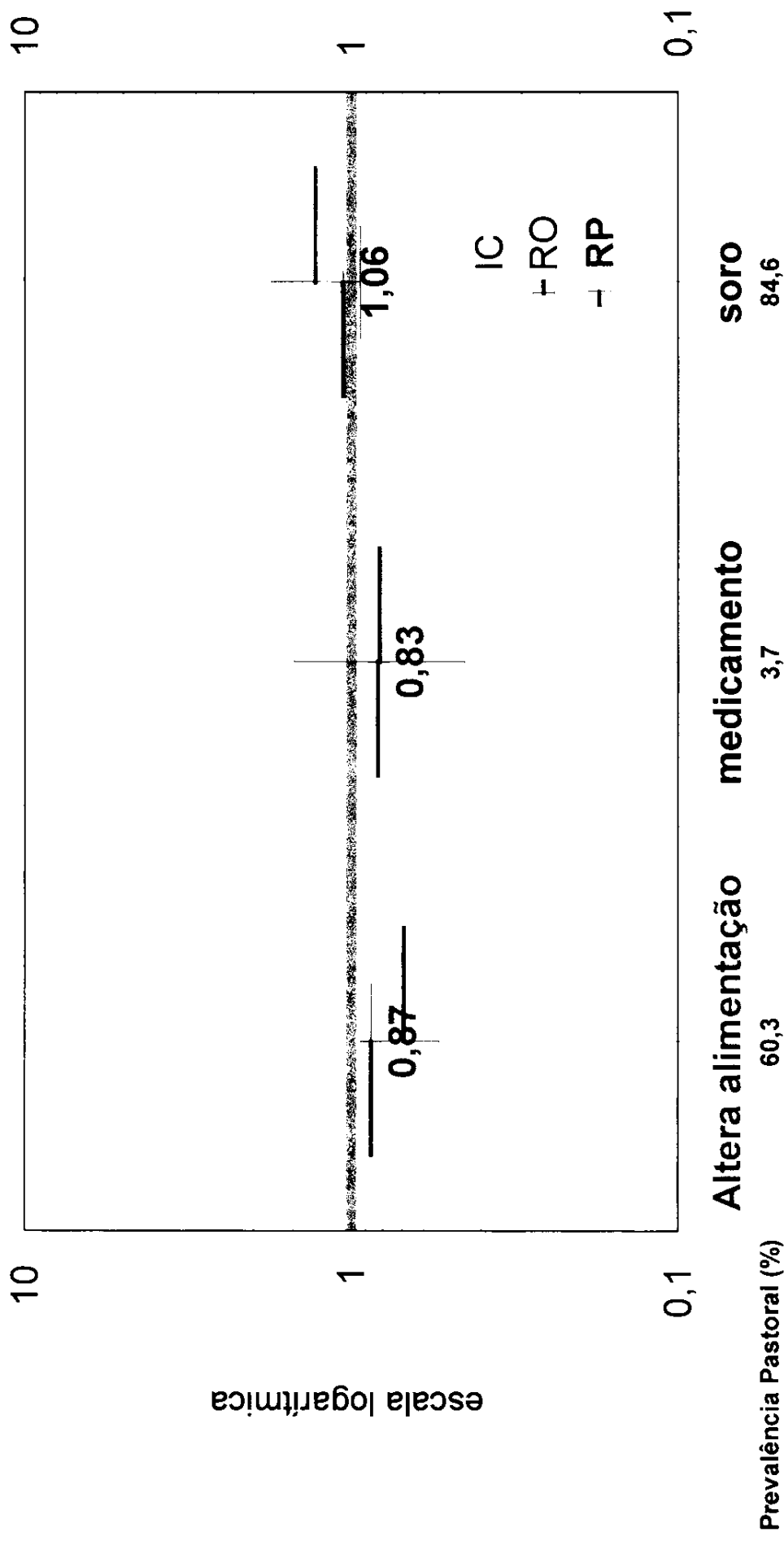
Conhecimento sobre aleitamento materno

comparação entre Pastoral da Criança e grupo controle - Criciúma/SC - 1996



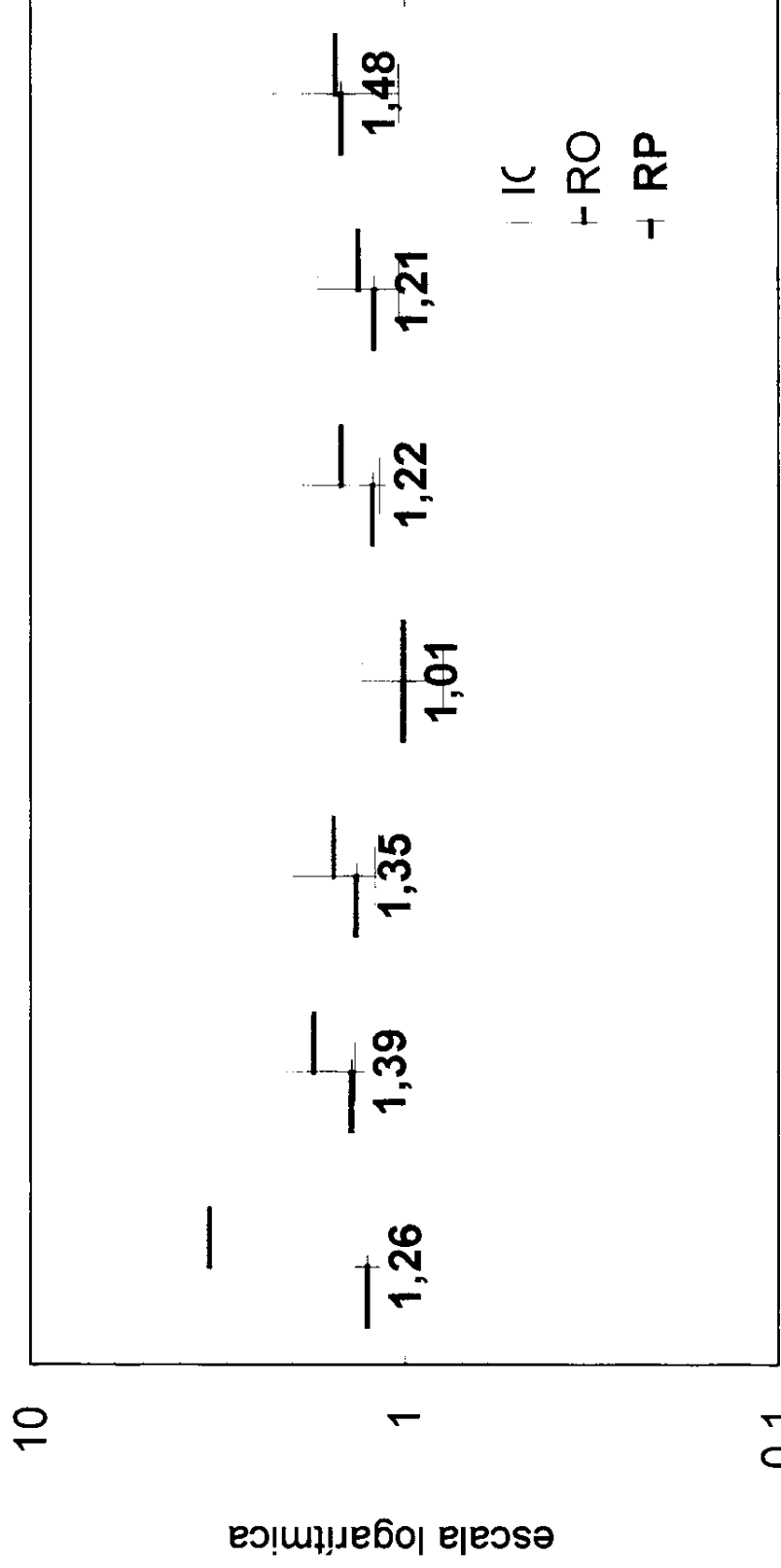
Conhecimento sobre manejo da diarreia

comparação entre Pastoral da Criança e grupo controle - Criciúma/SC - 1996



Conhecimento sobre monitorização do crescimento e imunização

comparação entre Pastoral da Criança e grupo controle - Criciúma/SC - 1996



Conhece curva cresc.	86,4%	sabin	33,2%	BCG	49,5%	todas	10,9%
Interpreta a curva	42,4%	antisaram.	37,3%	DPT	39,1%		

Referências:

1. Nações Unidas. Declaração mundial sobre a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento da criança. Encontro Mundial de Cúpula pela Criança; 1990 set 30; Nova Iorque. Nova Iorque: Nações Unidas, 1990.
2. Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. Situação Mundial da Infância. Brasília : UNICEF, 1994: 16.
3. Gwatkin DR, Wilcox JR, Wray JD. Can health and nutrition interventions make a difference. Washington, DC. :Overseas Development Council Monograph ,13,1979.
4. McCormick, J. Evaluating primary care. In: Holland WW. Evaluation of health care. Oxford: OUP, 1983: 83-92.
5. Pcaxis: Base de dados - censo demográfico 1991 [programa de computador]. Versão MS-DOS. Brasília: IBGE, UNICEF, 1995.
6. Pastoral da Criança. Relatório Trimestral do primeiro trimestre de 1997. Curitiba, 1997.
7. Victora CG, Barros FC, César J, Horta B, Lima SM. A Pastoral da Criança e a Saúde Materno-Infantil em Dois Municípios do Maranhão, Brasília : Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 1991.
8. Neumann NA, Victora CG, Guimarães PRV, Halpern R, César JA. Caracterização Epidemiológica da participação das mães de Criciúma na Pastoral da Criança (em preparação).
9. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons, 1981.
10. Kirkwood BR. Essentials of medical statistics. London: Blackwell Scientific Publications, 1988.
11. Armitage P, Berry G. Statistical methods in medical research. 2 ed. Oxford:Blackwell, 1987.
12. Béria JU: Epidemiologia do consumo de medicamentos em crianças de Pelotas, RS, Brasil (Remédio não é brinquedo)[Tese de Doutorado]. Porto Alegre (RS):Univ. Federal do Rio Grande do Sul, 1991.
13. Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. Municípios Brasileiros: Crianças e suas Condições de Sobrevivência. Censo Demográfico 1991. Brasília : UNICEF, IBGE, 1994.

14. Barros FC, Semer TC, Tonioli FS, Tomasi E, Victora CG. The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a birth cohort study. *Acta Pædiatrica* 1995;84(11):1221-6.
15. Barros FC, Halpern R, Victora CG, Teixeira AMB, Beria JU. Promoção da amamentação em localidade urbana da região sul do Brasil: estudo de intervenção randomizado. *Revista de Saúde Pública* 1994;28(4):277-83.
16. Barros FC, Cesar JA, Horta BL, Victora CG. Saúde e Nutrição das Crianças Nordestinas - pesquisas estaduais 1987-1992. Brasília: UNICEF, 1995.
17. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BENFAM). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996. Relatório Preliminar. Rio de Janeiro: BENFAM, 1996.
18. Lannon C, Brack V, Stuart J, Caplow M, McNeill A, Bordley CW et al. What mothers say why poor children fall behind on immunizations. A summary of focus groups in North Carolina. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149(10):1070-5.

Projeto de Dissertação

**A Pastoral da Criança
e a saúde das crianças menores
de 3 anos em Criciúma/SC**

Mestrando: Nelson Arns Neumann

Orientador: Cesar Victora

Coorientador: Ricardo Halpern

I - Introdução:

O Encontro Mundial de Cúpula pela Criança (1990)¹ reconheceu como desafio a ser superado a situação de incontáveis crianças no mundo inteiro que estão expostas a perigos que dificultam seu crescimento e desenvolvimento. Todos os dias, milhões de crianças sofrem os flagelos da pobreza e da crise econômica - fome, falta de um lar, epidemias e analfabetismo, degradação do meio ambiente. Sofrem ainda os graves efeitos dos problemas do endividamento externo e da estagnação do crescimento econômico em muitos países em desenvolvimento, particularmente naqueles menos desenvolvidos. Todos os dias, 40.000 crianças morrem de desnutrição.

Este encontro aprovou um Plano de Ação² com as seguintes metas globais: redução da mortalidade de menores de 5 anos; redução da mortalidade materna; redução de desnutrição grave e moderada entre os menores de 5 anos; acesso universal à água potável e ao saneamento básico; acesso universal à educação básica; redução do analfabetismo entre os adultos, com ênfase nas mulheres e proteção às crianças que vivem em circunstâncias particularmente difíceis.

Problemas nutricionais afetam grande parte das crianças de todo planeta. Embora apenas 1 ou 2% das crianças em todo o mundo exibam sinais clínicos visíveis de desnutrição; estima-se que 190 milhões de crianças menores de 5 anos sejam cronicamente desnutridas, condenadas desde cedo a um padrão de falta de saúde e desenvolvimento precário³.

No Brasil, a prevalência de desnutrição (peso relativo à idade menor que dois desvios padrão da mediana do peso esperado em relação ao padrão NCHS) foi 7,1% em 1989, variando de 2,5% no Sul a 12,8% no Nordeste do Brasil⁴. A situação dos grupos sociais com menor renda é ainda mais dramática: no Ceará 16,2% das crianças menores de 3 anos com renda familiar inferior a meio salário mínimo eram desnutridas, segundo os mesmos critérios já citados, enquanto as famílias com renda igual ou superior a 5 salários mínimos a prevalência era de 6%, indicando um risco quase 3 vezes maior de desnutrição entre as famílias de baixa renda. O mesmo ocorreu nos estados do Sergipe e Rio Grande do Norte⁵.

Segundo dados Censo Demográfico de 1991⁶, 40,3% das crianças de até seis anos do Brasil vivem em domicílios em que o chefe recebe até 1 salário mínimo. Dentre as pessoas com 15 anos ou mais, 20,1 % são analfabetas. Das crianças de 0 a 6 anos, 37,8% vivem em domicílios com abastecimento de água inadequado; 67,2% com esgoto inadequado e em 36,2% dos domicílios o lixo não é coletado. Somavam 1.468.329 as crianças de até seis anos que vivem em favelas e assemelhados em todo o Brasil.

O coeficiente de mortalidade materna no Brasil foi estimado para 1987 em 141 por 100.000 nascidos vivos, variando de 298 na região Norte a 110 na região Sul⁷. O UNICEF estimou a taxa de mortalidade infantil foi estimada para 1993 em 52 mortes por mil nascidos vivos e a taxa de mortalidade de menores de 5 anos em 63 mortes por mil nascidas vivas⁸.

5 Dentro deste contexto, as intervenções em cuidados primários à saúde e nutrição tem sido propostas como capazes de minimizar os agravos sofridos pelas crianças e suas mães^{9,10}; nesta prática se insere a Pastoral da Criança, organismo de ação social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil -CNBB¹¹.

10 **Pastoral da Criança**

A Pastoral da Criança, entidade ligada a Igreja Católica, foi criada pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil em 1983. A experiência piloto, realizada no município de Florestópolis/Paraná gradualmente expandiu-se para todo o Brasil. Dados referentes ao 1º trimestre de 1995 situam a Pastoral da Criança em 2.158 municípios de todos os Estados
15 brasileiros e relatam acompanhamento médio mensal de 725.930 crianças menores de 6 anos, através de 68.171 Líderes Comunitárias.

As ações da Pastoral da Criança são realizadas pelos Líderes Comunitários, agentes voluntários, treinados e que vivem na própria comunidade em que atuam. Estes Líderes são capacitados inicialmente em ações básicas de saúde como: acompanhamento da gestante,
20 aleitamento materno, vigilância nutricional e promoção do crescimento, educação essencial, incentivo às imunizações e controle das infecções diarreicas. Gradualmente esta capacitação vai se estendendo para outros temas, como o controle das infecções respiratórias a nível domiciliar e prevenção de acidentes domésticos. Ações complementares como a capacitação em temas ligados à cidadania, projetos de auto-sustentação através da Geração de Renda e alfabetização de
25 jovens e adultos são oferecidos às comunidades acompanhadas, depois que as mesmas se encontram com as ações de saúde implantadas e consolidadas por um prazo mínimo de 6 meses.

Efetividade da Pastoral da Criança:

O custo mensal de cada criança ou gestante acompanhada pela Pastoral da Criança
30 é de cerca de R\$0,50 (cinquenta centavos de real). Este custo bastante baixo é proporcionado especialmente pelo trabalho voluntário das Líderes comunitárias e pela infra-estrutura proporcionada pela Igreja, sem ônus para a Pastoral da Criança.

As ações realizadas pela Pastoral da Criança foram objeto de estudo pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel)¹². Nesta pesquisa, comunidades com Pastoral da Criança há mais de um ano e comunidades controle foram avaliadas. As mães e crianças acompanhadas pela Pastoral da Criança mostraram-se nitidamente superiores ao grupo controle em uma série de indicadores de processo e alguns indicadores de impacto. No entanto, foi feita a ressalva que a interpretação dos dados deveria ter em conta que o estudo não foi experimental, uma vez que as crianças não foram aleatoriamente distribuídas para receber ou não o acompanhamento da Pastoral. Notou-se ainda que a ausência de impacto sobre o estado nutricional deveria ser interpretado com cautela, pois as Líderes são instruídas para recrutar preferencialmente crianças que se encontram em piores condições de saúde e nutrição.

Alguns indicadores avaliados no estudo do Maranhão, 1990:

Indicador	São Luís		Timbiras	
	Pastoral	Controle	Pastoral	Controle
Baixo peso ao nascer	8,6 %	11,6 %	9,6 %*	18,8%
Gestante vacinada (anti-tetan.)	82,7%*	71,3%	53,6%	44,6%
Reconhece o cartão de peso	91,0%*	63,2%	78,1%*	19,6%
Cobertura vacinal básica	81,6%*	71,8%	4,5%	7,1%

*p<0,05

II - Objetivos da Dissertação:

Objetivo Geral

5 Avaliar a contribuição da Pastoral da Criança para o desenvolvimento integral das crianças por ela acompanhadas no município de Criciúma (Santa Catarina) e subsidiá-la com elementos que possam aperfeiçoar sua forma de intervenção.

Objetivos Específicos:

- 10 1. Caracterizar epidemiologicamente a população urbana servida pela Pastoral da Criança em relação à respectiva população municipal;
- 15 2. Avaliar a contribuição dos programas da Pastoral da Criança (acompanhamento da gestante, incentivo ao aleitamento materno, vigilância nutricional e promoção do crescimento, educação essencial, incentivo às imunizações, controle das infecções diarreicas, controle das infecções respiratórias agudas, prevenção de acidentes domésticos) sobre a saúde das crianças menores de 3 anos e de suas mães através da comparação com um grupo controle;

Hipóteses:

- 20 1. A Pastoral da Criança acompanha preferencialmente crianças de mais baixo nível sócio-econômico.
- 25 2. A população acompanhada pela Pastoral da Criança tem melhores condições de saúde que a população não servida, da mesma faixa etária e situação sócio-econômica.

III - Justificativa:

É necessário entender melhor as características epidemiológicas das famílias acompanhadas em relação à população em geral. Esta caracterização da população servida pela Pastoral da Criança serviria para se entender se a população acompanhada é realmente a que mais necessita . Este estudo é importante também para melhor entendimento dos motivos que levam as famílias a entrarem na Pastoral da Criança e fatores que levariam a famílias que poderiam ser beneficiadas a não aderirem ao mesmo.

A caracterização epidemiológica da população servida em relação à população em geral poderá contribuir para direcionar melhor a intervenção da Pastoral, bem como entender melhor o estado de saúde em que se encontram suas crianças, comparando-se com a população não servida

É necessário replicar os resultados do Maranhão em situações diversas. Criciúma é uma cidade com bons indicadores de saúde e as ações propostas pela Pastoral da Criança poderiam não ter impacto.

A partir do estudo realizado no Maranhão pela UFPel a Pastoral da Criança procurou reforçar os pontos fracos da sua intervenção e acrescentar novas ações à sua estratégia.

A caracterização epidemiológica e dos dados obtidos na pesquisa proposta facilitarão a avaliação da situação de saúde e nutrição das crianças a partir dos dados gerados pelo Sistema de Informações da Pastoral da Criança.

IV - Intervenções realizadas pela Pastoral da Criança:

1. Acompanhamento da gestante:

5 No Brasil, em 1989, pouco mais de 60% das mulheres que estavam grávidas haviam recebido algum tipo de atendimento pré-natal, com acesso desigual conforme a renda: dentre as que pertenciam a unidades familiares pobres - até 1/2 salário mínimo familiar per capita - apenas 44,8% haviam recebido atendimento pré-natal, contra 90,7% das com renda maior que 2 salários mínimos.

10 O programa de acompanhamento da gestante da Pastoral da Criança consiste em dar suporte emocional e espiritual às gestantes, orientar sobre a importância do pré-natal realizado nos serviços de saúde e preparar para o aleitamento materno, acompanhando também a sua situação vacinal (anti-tetânica) e estado nutricional, através da fita braquial.

2. Incentivo ao aleitamento materno

15 O leite materno é o alimento ideal para a criança até os seis meses de idade, já que nele se encontram os nutrientes essenciais em quantidades e proporções adequadas.

O leite protege a criança da exposição precoce aos agentes geradores de doenças infecciosas encontradas no meio ambiente, ao reduzir a possibilidade de contaminação e conter anticorpos maternos que resistem à infecção⁴.

20 No Brasil, a proporção de crianças desmamadas aos 3 e aos 6 meses é de, respectivamente, 43% e 61%. No sul do Brasil a mediana do aleitamento é de 134 dias⁴ e apenas 30% continuam sendo amamentadas aos 6 meses, 20% aos 9 e 16% aos 12 meses, sendo que as mães mais pobres tendem a amamentar por menos tempo^{13,14}.

25 O programa de incentivo ao aleitamento materno da Pastoral da Criança orienta as mães a partir da gestação sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida e sua continuidade até os 2 anos de vida da criança ou mais, bem como sobre a alimentação de desmame.

3. Vigilância nutricional e promoção do crescimento

30 O objetivo da monitorização é detectar falhas de crescimento mais do que detectar o pobre estado nutricional em quem a promoção do crescimento já falhou¹⁵. Em geral, as crianças em maior risco são as menos atendidas; os trabalhadores da saúde, seja por falta de tempo ou

conhecimento, não individualizam a orientação, perdendo assim todo o sentido da atividade que poderia justificar a perda de um dia de trabalho de subsistência da mãe e sua longa espera pelo peso e consulta.

5 Pesquisa realizada pela UFPel, "A Pastoral da Criança e a saúde materno-infantil em dois municípios do Maranhão" (1991)¹², não demonstrou diferença no estado nutricional nas crianças acompanhadas pela Pastoral da Criança, muito embora as mães soubessem interpretar muito melhor a curva de crescimento do cartão da criança. A análise das crianças mais novas, indicou que a Pastoral da Criança tendia a procurar as crianças mais desnutridas e que poderia indicar uma certa eficácia do programa, uma vez que as crianças encontravam-se no mesmo estado nutricional. Pesquisa realizada pela UFPel "Avaliando as Ações Integradas em Saúde Materno-Infantil e Nutrição: o estudo de São Luís, MA" (1992)¹⁶ também não encontrou diferenças no estado nutricional das crianças acompanhadas pelo AISMIN e controle, muito embora as mães do primeiro acertassem duas vezes mais na interpretação da curva de crescimento.

15 O programa de vigilância nutricional e promoção do crescimento da Pastoral da Criança consiste na pesagem mensal das crianças acompanhadas, anotação do peso na curva de crescimento e envolvimento da comunidade, como um todo, na solução dos problemas encontradas, de forma que uma criança desnutrida não seja problema apenas de sua mãe ou família e sim de toda a comunidade a que pertence a criança.

4. Educação essencial:

20 O desenvolvimento depende, além do estado nutricional, da saúde e do meio social, das oportunidades de aprendizagem oferecidas à criança. Os programas dirigidos às crianças de até 6 anos têm efeito preventivo sobre o fracasso escolar e sobre o rendimento futuro da criança exposta à desnutrição, doenças e meio social não-estimulante.

25 No Brasil 16,9% das crianças de até 6 anos frequentavam a creche ou pré-escola em 1989; dentre as crianças menores de 3 anos 5,1% frequentavam creche, maternal ou pré-escola; 2,7% das que tem renda familiar mensal per capita de até 1/2 salário mínimo e 14,1% das com renda superior a 2 salários⁴.

30 Na Pastoral da Criança, Educação Essencial é entendida como a educação dada pelos pais e família, diferente da que é dada nas creches e pré-escolas, sendo fundamental para o desenvolvimento da criança. O acompanhamento da criança é feito com a utilização de

indicadores simples, por faixa etária, com a finalidade de despertar a família e a comunidade para o desenvolvimento da criança e as oportunidades de aprendizagem que precisam ser colocadas ao alcance das mesmas, de forma que alcancem todo o seu potencial de desenvolvimento.

5. Incentivo às imunizações:

Aplicando das vacinas injetáveis BCG, DPT, anti-sarampo e a vacina oral anti-pólio, de maneira homogênea no território, em alta porcentagem de crianças pré-escolares (90% ou mais), pode-se obter o controle ou a eliminação das doenças para as quais elas foram desenvolvidas.

10 A cobertura de vacinação em menores de 1 ano, no Brasil em 1990, era: 78,2% para anti-sarampo; 79,3% para BCG e 65,8% para DPT⁴.

A Pastoral da Criança não aplica as vacinas: incentiva as mães a procurarem os serviços de saúde e pressiona os mesmos para que tenham vacinas e facilitem o acesso das comunidades mais distantes às mesmas.

15

6. Controle das infecções diarréicas:

As doenças diarréicas tem sido as principais causas de morbi-mortalidade, especialmente em países em desenvolvimento, com número estimado de 0,7 a 1bilhão de episódios (2,2-3,0 /criança-ano) ocasionando 4,6 milhões de mortes (7%/5anos)¹⁷.

20 O uso adequado de reidratantes orais pode prevenir a desidratação e a mortalidade por diarréia aguda, embora o dano nutricional resultante da diarréia persistente é comum devido a perdas fecais de nutrientes e da redução da ingestão de alimentos e nutrientes.

25 Na Pastoral da Criança as Líderes orientam as mães sobre origem e prevenção da diarréia, prevenção da desidratação com o uso do soro caseiro e sais de reidratação oral e sinais de risco, para encaminhamento aos serviços de saúde.

7. Controle das infecções respiratórias agudas

30 Tanto em sociedades desenvolvidas como em não desenvolvidas é grande a importância epidemiológica da doença respiratória infantil, decorrendo tal fato da expressão populacional da doença e do impacto exercido sobre os índices de mortalidade na infância.

Crianças residentes no município de São Paulo apresentaram, no dia do exame, prevalência de 29% de doença respiratória, sendo os episódios altos (até laringe inclusive) três

vezes mais comuns do que os episódios baixos. A incidência de internações por doença respiratória foi 6,5 internações por 100 crianças-ano, sendo 3,5 por pneumonias. O risco de internação se eleva intensamente com a deterioração do nível sócioeconômico da população: o pior extrato tem um risco 20 vezes superior em relação ao melhor nível (5 extratos)¹⁸. As infecções respiratórias agudas foram responsáveis por 10% das mortes em menores de 1 ano, no Brasil, em 1990 (CENEPI/MS).

Na Pastoral da Criança, o controle das infecções respiratórias consiste em ensinar às mães a identificar sinais de risco, visando a procura imediata dos serviços de saúde, e medidas preventivas.

8. Prevenção de acidentes domésticos:

Os acidentes podem atingir o ser humano em qualquer idade, mas a infância e a adolescência são as fases da vida de maior susceptibilidade ao acidente¹⁹.

A Pastoral da Criança incentiva a comunidade a mapear as situações de risco a que estão expostas suas crianças de forma que medidas coletivas de prevenção sejam adotadas.

9. Alternativas Alimentares:

O conceito das Alternativas Alimentares é o de enriquecimento da alimentação de costume com outros alimentos de baixo custo, alto valor nutritivo, fácil disponibilidade e bom paladar. Estas alternativas variam muito de região para região do Brasil, sendo ensinado desde o aproveitamento de sementes como o gergelim, abóbora, melancia, uso de folhas verdes escuras; aproveitamento de alimentos com casca: abóbora, pepino; utilização de alimentos de forma não convencional: limonada feita com limão batido com casca e folha de couve; evitando desperdício: aproveitando a água de cozimento dos alimentos. Este enriquecimento enfatiza as qualidades da multimistura: alimentos consumidos em conjunto tem melhor capacidade de aproveitamento: vitamina A e gorduras; ferro e vitamina C, etc.

Anemia

A freqüência de crianças anêmicas, com concentração de hemoglobina < 11g/dl, em São Paulo (1984) foi de 37%, sendo que os casos severos, <9,5 g/dl, foram 15%, sendo as maiores prevalências na faixa etária de 6 a 24 meses, onde mais da metade das crianças se mostraram anêmicas²⁰. Entre os fatores responsáveis pelo déficit de ferro, o baixo poder aquisitivo da população condiciona insuficiente disponibilidade de alimentos, principalmente a partir dos 2

anos. Antes desta idade, fatores relacionados ao desmame precoce e ao atraso na introdução de alimentos ricos em ferro aparentemente seriam mais importantes²¹.

Cerca de 150 ml de suco de laranja ou 30 g de mamão, ambos contendo mais de 50 mg de ácido ascórbico, seriam suficientes para amplamente neutralizar os efeitos inibitórios de absorção de ferro em uma dieta de pão contendo farelo, ingrediente frequente das alternativas alimentares, com o equivalente a 40-50 mg de fitato P²².

V - Indicadores:

Para avaliar a efetividade das intervenções realizadas pela Pastoral da Criança, dentro da análise, levar-se-á em consideração tanto os indicadores de processo como os de impacto. Melhores indicadores de impacto nas crianças acompanhadas, sendo esta diferença positiva e significativa após controle dos fatores de confusão, rejeitaria a hipótese das crianças acompanhadas serem semelhantes as crianças não acompanhadas.

Os indicadores de processo poderiam demonstrar que as ações da Pastoral estariam influenciando positivamente as crianças. A avaliação dos indicadores de processo ajudariam na inferência dos bons resultados à Pastoral da Criança. Se não houver diferença nos indicadores de impacto, mas as crianças forem diferentes quanto aos indicadores de processo, poderia-se pensar que a Pastoral da Criança estaria alcançando algum grau de efetividade, mas que as suas ações não seriam o suficiente para gerar impacto ou também que o estudo não teve poder suficiente para encontrar uma diferença onde ela realmente existe.

Havendo positividade no impacto e não no processo, levaria-nos a pensar que: ou o desfecho foi influenciado por outro mecanismo que não a Pastoral, ou que esta tem mecanismos de atuação diferentes dos avaliados, o que seria menos provável. Ambos tipos de indicadores associados dariam bom grau de certeza da efetividade dos programas e atividades propostos pela Pastoral. Serão avaliados:

1. Indicadores de impacto:

Desnutrição: com as medidas de peso e altura, avaliar-se-ão as relações peso/altura. altura/idade e peso/idade. O ponto de corte para considerar uma criança desnutrida será menos dois desvios padrão das curvas de referência do National Center of Health Statistics (NCHS) normalizadas pelo Center for Disease Control (CDC) para as referidas razões²³.

Baixo Peso ao Nascer: o ponto de corte para considerar uma criança nascida com baixo peso será peso inferior a 2500 gramas, independentemente da idade gestacional²⁴.

Aleitamento Materno: as definições das categorias de aleitamento utilizadas pela Organização Mundial de Saúde, para o período de 24 horas que precede a entrevista são: (1)

5 Aleitamento materno exclusivo: a criança recebeu somente de peito e nenhum outro líquido ou sólido com exceção de remédios ou complementos minerais ou vitamínicos; (2) Aleitamento materno predominante: o aleitamento materno foi a principal fonte de nutrição da criança. No entanto, a criança também recebeu água e líquidos (chás, infusões); nenhuma comida líquida é permitida sob esta definição; (3) Alimentação complementar: a criança recebeu leite
10 materno e alimentos sólidos (ou semi-sólidos); (4) Alimentação por mamadeira: a criança recebeu líquidos ou alimentos semi-sólidos de uma mamadeira.

Diarréia: definidas como três ou mais episódios de evacuação líquida dentro de 24 horas, sendo que para crianças amamentadas ao seio a definição é baseada no que a mãe considera como diarréia. Seu início é definido como o período de 24 horas que inclui a definição de
15 diarréia; e seu término como o último dia de diarréia que é seguido por pelo menos 2 dias consecutivos que não incluem a definição de diarréia. O primeiro dia subsequente é considerado como sendo um novo episódio²⁵. Será considerado diarréia aguda a diarréia sem sangue com duração menor que 14 dias e como diarréia persistente a diarréia sem sangue que persiste por 14 dias ou mais²⁶.

20 Infecção Respiratória Aguda: tosse associada a um ou mais dos seguintes sintomas referidos pela mãe há sete dias: respiração difícil, cansaço/falta de ar, obstrução nasal, ronqueira/catarro e febre²⁷.

Anemia: será dosada a hemoglobina, sendo levado em consideração a idade da criança para os pontos de corte para anemia, com os seguintes graus: leve, moderada e severa²⁸.

25

2. Indicadores de processo:

Pesagem das crianças: número de vezes que a criança foi pesada no último mês e nos últimos 3 meses.

30 Terapia de Reidratação Oral: administração de sais de reidratação oral ou soro caseiro à criança durante o episódio de diarréia e manutenção da alimentação.

Vacinas: esquema vacinal completo para a idade da criança segundo o esquema do Ministério da Saúde e também crianças com mais de um ano que completaram o esquema básico.

Conhecimento: conhecimento da mãe ou pessoa responsável pela criação da criança sobre a interpretação da curva de crescimento do Cartão da Criança; esquema vacinal: nomes e contra o que protege cada vacina e época de vacinação; amamentação: vantagens do aleitamento materno, uso de bicos e mamadeiras, horário (livre demanda), época de introdução de novos alimentos; manejo da diarreia: administração de líquidos e soro, manutenção e insistência para alimentação durante o episódio .

VI - Sistema de Informação:

O Sistema de Informações da Pastoral da Criança utiliza uma forma bastante simplificada de questionário, com 23 perguntas quantitativas e um espaço para descrição de problemas de atendimento e causas de morte, na forma de perguntas abertas.

Com metodologia um tanto diferente dos Sítios Sentinelas descritos pelo UNICEF, que fazem amostragem aleatória, dentro de agrupamentos prévios²⁹ ou selecionadas por serem representativas de determinadas áreas³⁰, as comunidades que compõem o Sistema de Informações da Pastoral da Criança são selecionadas por uma equipe local, que tem entre os seus critérios, a busca das comunidades em que as crianças encontram-se em piores condições de vida. As comunidades que enviam dados regularmente para a Pastoral da Criança encontram-se espalhadas por todos os estados do Brasil, em 2.100 municípios. Este Sistema têm seus dados informatizados desde janeiro de 1988 e é intensamente utilizado por todos os níveis de coordenação da Pastoral da Criança no acompanhamento e avaliação das ações executadas.

VII. Modelo Conceitual:

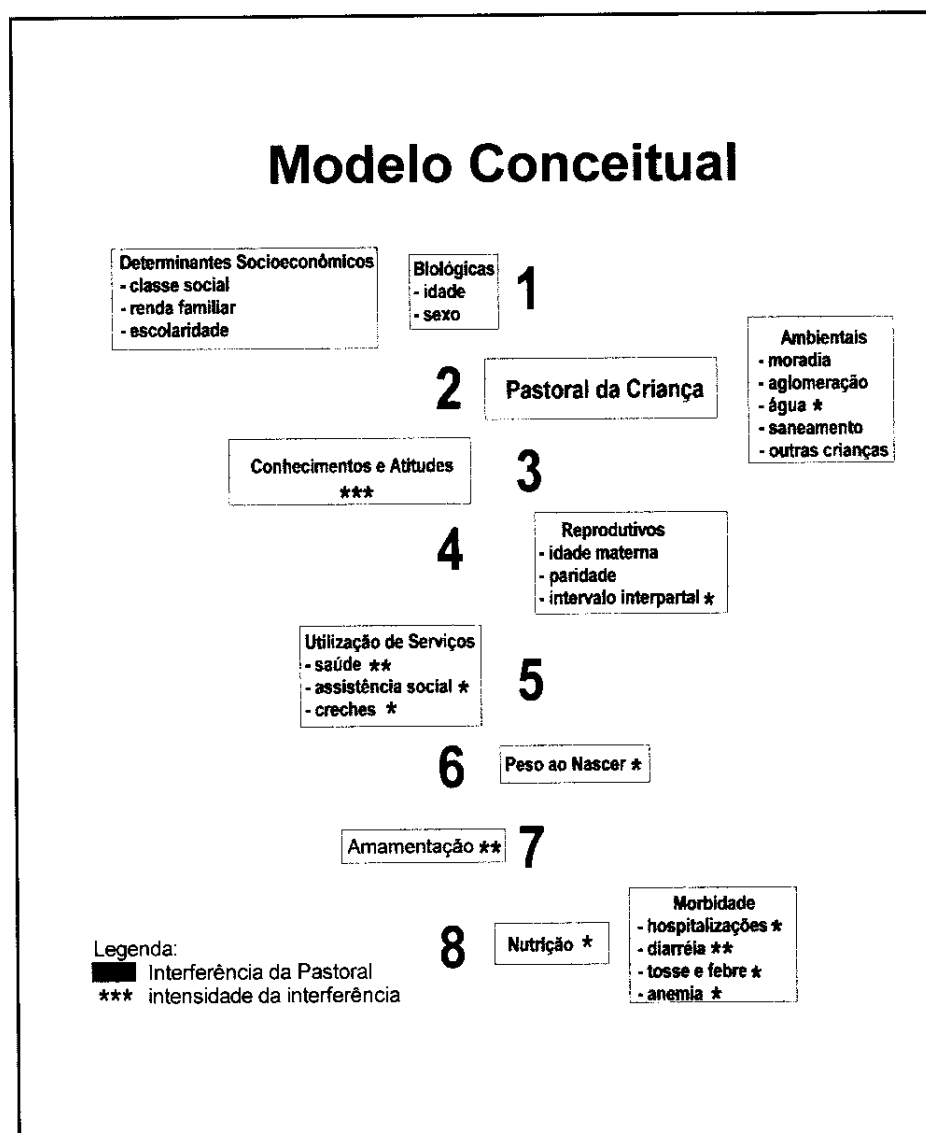
O modelo conceitual coloca as variáveis biológicas (sexo e idade) e as socioeconômicas como sobredeterminantes. Estas últimas determinam diretamente a escolha das comunidades, pois a Pastoral da Criança tem por objetivo atender as comunidades carentes.

Em um segundo nível encontra-se a Pastoral da Criança e as

variáveis ambientais. Embora a Pastoral da Criança possa exercer influência sobre a capacidade de organização comunitária, esta dificilmente seria significativa a ponto das variáveis ambientais estarem determinadas pela ação da Pastoral da Criança.

No terceiro nível, estariam as variáveis de conhecimento e atitudes: a educação em saúde é o foco de atuação da Pastoral da Criança e estas determinam, em parte, as variáveis reprodutivas (4º nível) e utilização dos serviços de saúde e assistência social (5º nível).

No quarto nível, variáveis reprodutivas, a Pastoral da Criança teria pouca influência: basicamente sobre o intervalo interpartal - através do aleitamento materno exclusivo.



5

10

15

20

25

30

Os serviços de saúde são mediadores de algumas ações da Pastoral da Criança, e.g., a imunização. A Pastoral da Criança não aplica vacinas, mas orienta as mães sobre a sua importância e pressiona os serviços de saúde para que ofereçam o serviço de maneira acessível a população por ela acompanhada.

5 O peso ao nascer pode ser determinado diretamente pelas variáveis sócio-econômicas, mas é influenciado por todos os níveis anteriores e pode influenciar a amamentação, principalmente entre as crianças de baixo peso.

Como desfecho, temos a nutrição e a morbi-mortalidade das crianças.

10 Na análise as variáveis sócio-econômicas, biológicas e reprodutivas serão controladas como possíveis fatores de confusão.

VII - Metodologia:

1. Escolha do município:

15 O município de Criciúma foi escolhido para o estudo por estar situado na Diocese com maior número de crianças acompanhadas pela Pastoral da Criança em todo o Brasil. Na Diocese de Tubarão é o município com maior número de crianças acompanhadas.

20 O município de Criciúma tem, segundo o Censo de 1991⁶, 146.320 habitantes, sendo 132.313 na região urbana . As crianças de até 3 anos são 8.990 (6,8%). Existem 37.962 Domicílios, dos quais 34.560 urbanos; o número médio de pessoas por domicílio urbano é 3,86.

25 Das 23.679 crianças menores de 6 anos, 10,1% vivem em domicílios em que a renda do chefe de família é de até 1 salário mínimo; 6,7% dos domicílios chefiados por pessoa com menos de 1 ano de estudo; . Apenas 2,6% dos domicílios apresentam abastecimento de água inadequado³¹. Segundo o índice de sobrevivência elaborado pelo IBGE e UNICEF com base nos indicadores supra-citados, Criciúma está entre os trinta melhores municípios de Santa Catarina e entre os cinquenta melhores do Brasil. Em Criciúma, a vacinação de rotina atingia 57% de cobertura na anti-pólio, 81% em BCG e 52% na DPT, segundo dados do Programa Nacional de Imunizações, em 25/09/95.

30 A Pastoral da Criança acompanhou mensalmente neste município a 2.074 crianças menores de 6 anos no 4º trimestre/94. Segundo o Sistema de Informações da Pastoral da Criança,

70% destas crianças foram pesadas a cada mês, estando apenas 19 desnutridas¹; 1% teve diarreia ao mês e 99% destas tomaram soro caseiro; 99% estão com as vacinas completas para sua idade; 87% das crianças com 4 meses mamam exclusivamente ao seio; cerca de 870 crianças foram acompanhadas em Educação Essencial (acompanhamento do desenvolvimento) e 99% destas alcançavam o indicador referente a sua idade descrito no Guia do Líder Comunitário da Pastoral da Criança. Foram acompanhadas cerca de 71 gestantes ao mês, das quais 5% estavam desnutridas (fita braquial do UNICEF, com corte para desnutrição aos 23,5 cm) e 95% estavam com vacinas completas para sua idade gestacional². Alguns destes resultados do Sistema de Informações são incrivelmente baixos e ainda necessitam ser validados.

10

2. Delineamento:

O estudo terá um delineamento transversal de base populacional, representando a área urbana do município de Criciúma, Santa Catarina.

15 Coletar-se-á também todas as medidas de peso e altura disponíveis para todas as crianças da amostra, bem como as datas de participação na Pastoral da Criança. Com isto se construirá uma coorte histórica.

Uma vez que a Pastoral da Criança cobre apenas 10% das crianças do município, uma amostra não estratificada comprometeria o poder estatístico do estudo. Portanto, setores com presença marcante da Pastoral da Criança (ver definição abaixo) serão sobre-amostrados com o objetivo de dispor de uma criança da Pastoral para cada duas crianças controles.

20 Serão considerados com presença marcante da Pastoral da Criança, os setores com mais de uma Líder Comunitária.

O único outro estudo de avaliação da Pastoral da Criança, realizado no Maranhão, teve também um delineamento transversal, mas comparou 60 grupos de cerca de 20 crianças, cada qual acompanhado por uma líder da Pastoral da Criança, com 60 grupos controle do mesmo tamanho, emparelhados por vizinhança. Uma vez que esta pesquisa não tinha base populacional, não foi possível caracterizar o perfil das mães e crianças acompanhadas com em relação à comunidade como um todo. Por exemplo, não se pode responder se as crianças mais desnutridas

25

¹O Sistema de Informações da Pastoral da Criança considera criança desnutrida como aquela que tem seu peso abaixo da linha inferior (percentil 10) da curva de peso do Cartão da Criança do Ministério da Saúde. Em Criciúma a coleta o dado desnutrição não segue esta orientação: é considerado a evolução do peso da criança - se a criança está aumentando de peso a cada mês não é considerada desnutrida.

estariam sendo preferencialmente recrutadas pela Pastoral da Criança², nem traçar um perfil das condições socioeconômicas, ambientais, reprodutivas e religiosas das famílias acompanhadas em relação às demais.

5 **Estudo randomizado:**

Para testar a efetividade de uma intervenção o ideal seria dispor de um estudo experimental randomizado. No entanto, os seguintes argumentos mostram que tal estudo seria de difícil, para não dizer impossível, implementação:

- 10 - uma vez que as intervenções se dão ao nível de comunidade, a análise deveria ser ecológica, provavelmente com três grupos: sem interferência e com interferência da Pastoral. Isto exigiria um número considerável de comunidades.
- pode haver grande dificuldade em se obter comunidades comparáveis: mesmo observadores experientes, ao cabo de dois ou três anos de intervenção, acabam se dando conta que a aparente comparabilidade pode embutir diferenças fundamentais (Gwatkin, 1980).
- 15 - seria éticamente questionável diagnosticar crianças doentes ou em risco e não adotar medidas para minimizar ou mesmo resolver estes agravos. Por outro lado, o tratamento destas crianças inviabilizaria a medida dos desfechos propostos.
- as comunidades selecionadas deveriam permanecer imunes a outras intervenções: programas governamentais, catástrofes naturais ou provocadas poderiam introduzir novas variáveis que a posteriori diferenciariam as comunidades, prejudicando sua comparabilidade inicial.
- 20 - a espiritualidade e o trabalho voluntário, as grandes forças do trabalho da Pastoral da Criança, dificilmente poderiam ser encontrados de forma imediata nas comunidades aleatoriamente distribuídas de forma a concretizar um estudo experimental.
- a intervenção controlada é demorada e cara.

25 **Levantamento de base populacional:**

Dada a impraticabilidade de realizar um estudo experimental, a opção recai nos estudos não randomizados. A escolha de um levantamento de base populacional procura tornar possível a caracterização epidemiológica da população atendida e não atendida pela Pastoral da Criança de forma a colaborar na compreensão dos fatores acima expostos.

² No presente estudo, a questão de se as crianças mais desnutridas estão sendo preferentemente recrutadas pela Pastoral será respondida através da investigação nos cadernos das líderes, após a realização do estudo de campo, da relação peso/idade das crianças por ocasião de seu ingresso na Pastoral, e da posterior comparação deste índice com a população da cidade como um todo.

É necessário, no entanto, ter em mente a série de possíveis vieses, que serão discutidos abaixo:

Autoseleção: mesmo com a caracterização das populações servidas e não servidas, a auto-seleção das mães que entram na Pastoral pode conter fatores que por si só induziriam a um desfecho favorável ou não. Entre outros fatores, podem ser mais organizadas e buscarem a Pastoral ou justamente ao contrário, serem mais passivas e se subordinarem a participar; no estudo do Maranhão havia mais mães com perda de filhos prévia no grupo Pastoral; as Líderes são orientadas a dar maior atenção e mesmo procurar as crianças desnutridas e as que nasceram com baixo peso; pertencer a outras religiões poderia dificultar a inserção na Pastoral da Criança.

Viés do entrevistador: é comum no Sistema de Informações da Pastoral da Criança o viés do respondente: a mãe que é ensinada sobre a importância do aleitamento materno exclusivo tende a responder que cumpre esta recomendação quando indagada pela mesma pessoa que a ensinou, a Líder Comunitária. Para evitar este viés, contratar-se-á entrevistadores não vinculados ao trabalho da Pastoral. Se as mães, líderes ou equipe de coordenação viessem a saber que a Pastoral da Criança está participando da pesquisa poderiam pressionar as mães a responder as questões conforme a orientação dada. Para evitar este viés em momento algum a Pastoral da Criança aparece como patrocinadora da pesquisa, nem como envolvida na mesma. Para todos os efeitos a pesquisa é uma iniciativa da UFPel em parceria com a prefeitura municipal de Criciúma, através da secretaria municipal de saúde. Os coordenadores da Pastoral da Criança de todos os níveis estão cegos aos objetivos da pesquisa: embora soubessem do levantamento inicial dos setores censitários com presença da Pastoral foram comunicados que o município não fora contemplado com a pesquisa. Os entrevistadores também estarão cegos aos objetivos da pesquisa.

Caracterização da exposição à Pastoral: há mães que iniciam a participação, param e voltam a participar. Há comunidades que têm este mesmo comportamento. A validação estes dados pelo caderno da líder que acompanha cada criança poderá ajudar a entender esta dinâmica, ainda que as anotações não sejam perfeitas e as Líderes também migrem, dificultando o acesso aos dados. Caracterizar a exposição à Pastoral como "tentativa de tratar" poderia carregar consigo alguns vieses, seja pela pouca exposição, seja por selecionar apenas mães que teriam maior interesse ou motivação. A caracterização da exposição à Pastoral por suas ações - por exemplo: mães que pesam seus filhos na Pastoral, que possuem colher medida, que usam alternativas alimentares - poderia selecionar um grupo atípico de mães e caracterizar sua eficácia pelas mesmas de características de exposição, num ciclo epidemiologicamente inaceitável.

Dependência dos serviços de saúde: alguns esforços realizados pela Pastoral podem resultar infrutíferos por serem mediados pelos serviços de saúde, dependendo destes para sua realização (e.g. imunização, pré-natal). Por outro lado, há relatos de que a organização comunitária desenvolvida pela Pastoral pressiona a instalação de serviços de saúde e exige de qualidade de atendimento, bem como do pessoal de saúde motivar a implantação da Pastoral em sua área de atuação, como forma de organizar a demanda destes serviços e estabelecer uma referência e contra-referência com as Líderes Comunitárias.

Contaminação: as ações desenvolvidas pela Pastoral da Criança podem "contaminar" outras comunidades, e.g., o sucesso do aleitamento materno com as mães da Pastoral pode induzir os vizinhos, parentes a fazer o mesmo. A veiculação de suas ações pelos meios de comunicação em massa, como o Criança Esperança deste ano na Rede Globo, pode fazer o mesmo.

Características do grupo controle: a Pastoral pode estar na maior parte das comunidades carentes do município e tal acontecendo sobriam poucas crianças do mesmo nível sócio-econômico para comparação, ou ainda, as crianças que estiverem fora da Pastoral podem ter características diferentes: tempo de migração para a cidade, local de origem, situação de moradia, etc.

Coorte histórica:

Coletando-se todos os pesos e comprimentos disponíveis e as datas de participação na Pastoral da Criança pode-se modelar os padrões de crescimento dos participantes e não participantes da Pastoral da Criança. Desta forma poderia-se conhecer o estado nutricional da criança antes de entrar na Pastoral e verificar a velocidade de crescimento durante o período em que a mesma participou do programa.

3. Variáveis a serem avaliadas:

1.a Biológico:

Sexo: masculino / feminino

Idade: em meses

1.b Sócio-econômico:

Classe social³³: sub-proletariado, proletariado típico, proletariado não típico, pequena burguesia tradicional, nova pequena burguesia, burguesia.

Renda familiar: em reais/salários mínimos, a partir do somatório das rendas individuais de todas as pessoas que moram na casa.

Bens de consumo: fogão/geladeira... => sim/não

Escolaridade dos pais: em anos aprovados

Tipo de trabalho: ocupação

Estado civil da mãe: solteira, casada, viúva

5 Religião: católica praticante, cat. não praticante, protestante, outros

2. Ambientais:

Água: em casa / no pátio / não tem

Saneamento: descarga / fossa / não tem

10 Tamanho da Família: número pessoas na casa

Aglomeração: número cômodos usados para dormir

Tipo de casa: tijolo / madeira / material não próprio (papelão, lona, plástico, costanera, ...)

Bairro: nome do bairro

2.a Filiação à Pastoral da Criança:

15 Declara pertencer a Pastoral da Criança: sim/não e tempo de filiação
(Validação por consulta às Líderes comunitárias e seus Cadernos)

3. Conhecimentos/Atitudes maternos:

Curvas de crescimento

20 Esquema vacinal

Manejo da diarreia

Amamentação

Alimentação alternativa

Educação essencial (desenvolvimento da criança)

25

4. Reprodutivas:

Idade da mãe: em anos completos

Número de filhos: vivos que moram com ela, vivos que não moram com ela

Número de gestações

30 Número de filhos mortos: idade da morte em anos

Intervalo interpartal das crianças entrevistadas: em meses

Uso de métodos contraceptivos e tipo

5. Utilização dos Serviços de Saúde:
 Número consultas pré-natal
 - Exame físico realizado no pré-natal: pressão sanguínea, altura uterina, batimentos cardíacos fetais
 5 - Exames realizados no pré-natal: sangue/urina/secreção vaginal
 - Vacinação antitetânica: doses de acordo com esquema do Ministério da Saúde
 Distância do Posto de Saúde: em 100 metros
 Número de consultas realizadas pela criança nos últimos 3 meses e motivo
 Pesagens da criança realizadas nos últimos 3 meses e no último mês.
 10 Estado vacinal da criança e de sua mãe (antitetânica): doses e data
6. Peso ao Nascer: em gramas
7. Amamentação:
 15 Início: em horas
 Duração: em meses e dias
 Chás, sucos e água: idade de introdução em meses e dias
 Alimentos sólidos: idade de introdução
 Uso de leite em pó e de vaca: idade de introdução
 20 Recebe doação de leite em pó / vaca
 Inscrição em programas de suplementação alimentar
- 8.a Nutrição da Criança:
 Altura: em cm. Serão coletadas todas as alturas que a criança tem registrado.
 25 Peso: em 100 gramas. Serão coletados todos os pesos que a criança tem registrado
 Hemoglobina: em dg/l
 Perímetro cefálico: em cm
- b Nutrição da mãe:
 Fita Braquial: gestantes e nutrízes, com ponto de corte 23,5 cm
- 30 c Morbidade:
 Diarréia: no dia, nos 15 dias anteriores
 Tosse e febre: no dia, nos 07 dias anteriores

Hospitalizações: no último ano, causa relatada

5. Instrumentos:

1. Questionário:

5 A mãe ou pessoa que normalmente cuida da criança será entrevistada através de questionário, aplicado por entrevistadores treinados, com procedimentos uniformizados por Manual de Instrução.

2. Antropometria:

10 a. Peso³⁴: obtido através de pesagem das crianças somente com calcinha/cueca, com balança portátil (provavelmente CMS-PBW 235), aferidas diariamente por peso padrão e reguladas antes de cada pesagem.

15 A criança será suspensa no ar, dentro de suporte de pano. Será anotada uma única medida, feita com a criança tranquila, com aproximação do peso para a marca de 100 gramas mais próxima.

b. Comprimento³⁴: medido com a criança deitada sobre as suas costas, utilizando-se o infantômetro desenvolvido pelo grupo AHRTAG (Appropriate Health Resources and Technologies Action Group, Ltda), em centímetros.

20 c. Perímetro Cefálico³⁵: medido, em centímetros, com fita métrica passando pelo ponto mais saliente do occipital e imediatamente acima dos sulcos supra-orbitários.

d. Medida do perímetro braquial das gestantes e nutrízes³⁴: medida por fita braquial, fornecida pelo UNICEF, com ponto de corte para desnutrição aos 23,5 cm. Será medida no ponto médio do braço esquerdo, estando este caído ao longo do tronco, com medida justa, mas sem apertar.

25 3. Dosagem de Hemoglobina:

Através de punção digital, por análise fotométrica, utilizando o método da cianometahemoglobina. Provavelmente o CYNEX I-BMS, cuja acurácia seria $\pm 0,4\text{g/dl} - \pm 0,3\text{ mmol/L}$. A dosagem será feita em uma subamostra de crianças por equipe independente.

6. Amostragem:

1. Objetivo: tentar de coletar dados na base de 1:2 Pastoral/Controle.

O município de Criciúma possui 105 setores censitários, atualizados pela última vez para o Censo Demográfico de 1991. As áreas de ocupação foram levantadas neste ano pela Secretaria Municipal de Saúde do Município, e o número de novos domicílios está disponível por setor.

Os setores têm número de domicílios particulares variando entre 200 a mais de 600, desconsiderando o levantamento deste ano.

O sorteio dos setores será feito por:

- a. Estratificação de todos os setores em dois extratos: com e sem cobertura da Pastoral da Criança.
- b. Seleção aleatória dos setores censitários a serem visitados em cada estrato, com probabilidade proporcional ao seu tamanho.

A probabilidade proporcional foi escolhida em virtude da grande variabilidade de domicílios por setor censitário: uma amostragem aleatória simples daria chances desiguais às crianças. Com a amostragem proporcional ao tamanho, os setores maiores têm maior chance de serem sorteados.

Os setores com presença da Pastoral da Criança já foram mapeados, segundo o endereço das Líderes Comunitárias, agentes voluntários que acompanham as crianças nas próprias comunidades onde moram. Serão selecionados todos setores com Líderes da Pastoral da Criança. Nos casos em que uma única comunidade abrange mais de um setor, serão excluídos os setores com pouca presença da Pastoral.

2. Cálculo do tamanho da amostra:

O cálculo do tamanho da amostra das crianças e gestantes da Pastoral da Criança foi feito levando-se em consideração os dados do Sistema de Informações da Pastoral da Criança, com correção dos que se apresentam incrivelmente baixos para valores mais conservadores, e também do estudo do Maranhão (1991).

Crianças e suas mães:

Indicador (menores de 3 anos)	Frequência		Tamanho da amostra ($\alpha=95\%$, $\beta=80\%$, Past 1:2 Cric)		
	Pastoral (n=1.037)	Criciúma (n=11.840)	Pastoral	Criciúma	Total
Desnutridas ($< P10$ (%) Peso/idade)	10%	15%	555	1.110	1.665
Pesadas (ao mês)	70%	60%	284	568	852
Diarréia (nos últimos 15 dias)	10%	15%	555	1.110	1.665
TRO	94%	75%	520	693	1.213
Vacinas (completas para a idade)	90%	80%	169	338	507
Aleitamento Materno (aos 4 meses)	60%	50%	306	612	918
Baixo peso ao nascer	5%	9%	531	1062	1.593***
IRA (internações/ano)	5/100ano	2/100ano	464	927	1.391
Conhecimento sobre:					
Curva de Crescimento (Cartão da Criança)	80%	70%	238	476	714
Esquema vacinal	50%	40%	304	608	912
Amamentação	80%	70%	238	476	714
Manejo da diarreia	60%	50%	306	612	918

Para Criciúma foram considerados valores das pesquisas de Pelotas; para conhecimento das mães, os dados das comunidades controle de São Luís do estudo do Maranhão.

Os dados de anemia foram estimados a partir do estudo de Monteiro em São Paulo.

As tabelas foram calculadas pelo programa Epi Info 6 (CDC/OMS - vs6.01 - sample size/cross sectional). Em virtude do relativamente pequeno número de crianças acompanhadas pela Pastoral da Criança foi utilizada a a relação Pastoral 1:2 controles.

Levando-se em conta que a Pastoral da Criança acompanha cerca de 1.037 crianças a cada mês e que em Criciúma devam existir cerca de 11.840 crianças nesta faixa etária e

***Serão consideradas crianças da Pastoral, para efeitos de cálculo de baixo peso ao nascer, aquelas acompanhadas desde a gestação pela Líder Comunitária, por no mínimo por 2 meses antes do parto. Dentro desta restrição, o estudo poderá não ter poder suficiente para detectar uma diferença, se ele houver.

considerando que a maior amostra requerida é de 1.665 crianças (555 da Pastoral e 1.110 outras crianças), acrescentou-se mais 10% para eventuais perdas e recusas. Assim teremos a necessidade de 1.832 crianças menores de 3 anos ao todo.

Para controlar de fatores de confusão teríamos que acrescentar mais crianças ao estudo de forma a preservar o poder: se aumentarmos em 30% o número de crianças subirá para 2.382, o que inviabilizaria financeiramente o estudo; considerando um aumento de **15% teremos 2.107 crianças**, que é a amostra escolhida.

Outras variáveis:

Indicador	Frequência		Tamanho da amostra ($\alpha=95\%$ e $\beta=80\%$)		
	Pastoral (n=80)	Criciúma (n=1700)	Pastoral	Criciúma	Total
(Gestantes)					
Gestantes (1:20)					
- Desnutridas (fita braquial)	7.8%	20%	80	1600	1680
- Vacinadas	92.2%	80%	80	1600	1680
Anemia (hemoglobina em crianças)	25%	35%	264	528	792
	25%	30%	975	1950	2925
	20%	35%	115	230	345

Gestantes:

As gestantes acompanhadas pela Pastoral da Criança em Criciúma são aproximadamente em número de 80. O município deve ter uma média mensal de aproximadamente 1.700 gestantes. Tendo isto em consideração, o cálculo da amostra foi realizado levando-se em conta que todas as gestantes acompanhadas pela Pastoral seriam avaliadas.

O cálculo demonstrou que seria necessário entrevistar praticamente todas as gestantes do município, o que torna inviável o estudo de gestantes com o intuito de comparar as acompanhadas pela Pastoral da Criança com as não acompanhadas. No entanto, os dados serão colhidos com a finalidade de compará-los com os obtidos pelo Sistema de Informações da Pastoral.

Anemia:

Para a amostragem da anemia, considerou-se dois níveis: com diferencial de 15% e 10% entre os dois grupos. Com o primeiro pressuposto, a amostra seria 345 crianças, que acrescidos mais 10% para perdas daria 380. Com o acréscimo de 30% para controle de fatores de confusão 494 crianças a terem sua hemoglobina avaliada. Considerando-se a segunda possibilidade, teríamos uma amostra de 792 crianças que acrescidas de 10% para perdas (871) de 30% para controle de fatores de confusão daria 1.133 crianças, número superior a capacidade orçamentária deste estudo.

10 **7. Logística:**

Nº de domicílios a serem visitados: considerando controle confusão 15%, deverão ser entrevistadas 2.107 crianças, que divididas pela média de pessoas por domicílio (3,86) e multiplicado pela proporção de crianças menores de 3 anos em cada casa (6,8%), totalizam 8.025 domicílios a serem visitados.

15 Considerando que são 30 os setores com Pastoral e que seria necessário entrevistar 702 crianças por ela acompanhadas, teríamos que visitar 190 domicílios em cada setor. Desta forma totalizaríamos 1.500 crianças entrevistadas, ou 50 crianças cada setor.

20 Quinze outros setores seriam sorteados para entrevistar as 607 que faltam. Visitando 155 domicílios, acharíamos cerca 40 crianças em cada setor, completando o número necessário para a pesquisa.

Entrevistadores: serão contratados 14, que fazendo uma média de 6 entrevistas por dia poderão terminar o trabalho em cerca de 25 dias úteis ($2.107 \text{ crianças} / 6 \text{ entrevistas} = 351$ por $14 \text{ entrevistadores} = 25$), ou um mês e meio de trabalho.

25 Equipe das mensurações de hemoglobina: considerando que as crianças serão selecionadas aleatoriamente, após a entrevista e que serão dois os mensuradores exclusivamente dedicados a esta dosagens teremos: 494 dosagens divididos por 25 dias úteis (tempo do trabalho de campo) dará uma média de 20 mensurações por dia. Assim sendo cada mensurador teria que efetuar uma média de 10 dosagens por dia. Serão dosadas 12 crianças por setor Pastoral e 9 por setores outros.

8. Seleção e Treinamento dos Entrevistadores:

Os entrevistadores serão selecionados segundo os seguintes critérios:

- escolaridade: cursando 3º ano do segundo grau ou curso superior.
- sexo: feminino, para melhor aceitação das mães.
- 5 - avaliação durante o treinamento teórico-prático: prova escrita de raciocínio e matemática de 1º grau; interesse em pesquisa; desempenho .

É oferecido:

- 10 1. Treinamento teórico-prático de 1 semana em pesquisa (5 a 9 de fevereiro/96), seguido de mais uma semana de treinamento prático, em campo (estudo piloto - de 12 a 16 de fevereiro).
2. Bolsa auxílio no valor de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por mês trabalhado considerando a média 7-8 entrevistas por dia e vale transporte..

Composição da equipe:

15 Serão selecionados 20 entrevistadores e 5 suplentes. Dos 20 entrevistadores:

- 14 farão as entrevistas
- 03 serão supervisores
- 02 farão apenas as mensurações de hemoglobina
- 01 fará o controle de qualidade.

20 A equipe contará ainda com: um mestrando que acompanhará todo o trabalho e duas pessoas da equipe de saúde da secretaria municipal de saúde. O mestrando é funcionário da Pastoral da Criança, instituição que patrocina a pesquisa; para evitar viés de informação, em momento algum, os entrevistadores tomarão conhecimento que o mesmo trabalha na Pastoral da Criança e que o objetivo da pesquisa é avaliá-la.

25 Tentar-se-á que a Prefeitura disponibilize três carros, apenas para o início da manhã, para colocar os entrevistadores em campo.

Conteúdo do Treinamento Técnico-Prático:

1. Apresentação da logística e metodologia da pesquisa
- 30 2. Leitura dos questionários
3. Role-playing
4. Pesagem, medição, perímetro cefálico e dosagem de hemoglobina

5. Trabalho de campo
6. Avaliação do treinamento
7. Seleção de trabalhadores
8. Conclusão

5

9. Processamento e análise dos dados:

Entrada dos Dados: os questionários serão digitados durante o trabalho de campo, imediatamente após sua codificação pelos próprios entrevistadores. Todos os questionários serão revisados e será utilizado o programa de inclusão do Epiinfo, com crítica automática de dados. Estes serão redigitados em uma segunda etapa para, comparação de arquivos, antes da limpeza e análise de dados.

10

Limpeza e preparo do arquivo: será verificada a consistência e magnitude dos dados, além de cruzamento de variáveis, visando a limpeza do banco de dados. Serão denominadas as variáveis e seus valores, bem como os "missings".

15

Freqüências: serão listadas e verificadas as distribuições das variáveis, bem como suas medidas de tendência central e desvios, quando couber.

Cruzamento de variáveis:

1. Serão comparadas as características sócio-econômicas, biológicas, ambientais e reprodutivas das crianças/famílias acompanhadas pela Pastoral da Criança com relação as demais famílias, visando obter um perfil da Pastoral e dos fatores associados com a entrada na mesma; análise de peso da Pastoral da Criança na entrada relativa a cidade como um todo;
2. Análise bruta dos indicadores visando perceber associação entre a Pastoral e os desfechos;
3. Análise de características sócio-econômicas, ambientais e reprodutivas com relação aos desfechos. Esta análise, em combinação com a etapa anterior, identificará possíveis fatores de confusão;
4. Análise ajustada da Pastoral da Criança com relação aos desfechos;
5. Análise de fatores mediadores;
6. Análise do tempo de permanência na Pastoral da Criança versus desfechos.

20

25

Para as análises dos itens 1 a 3 se utilizará testes bivariados (ex. Qui-quadrado). Para os itens 4 a 6 métodos multivariados (ex. regressão logística não condicional, tábua de sobrevivência com variável tempo-dependente e Multi-Level Modelling).

30

Sempre que na análise for desejado reproduzir os resultados para Criciúma como um todo, os dados serão ponderados para levar em conta a amostragem estratificada.

10. Controle de Qualidade:

5 O controle de qualidade será efetuado por um entrevistador que terá esta única função, tendo capacidade, portanto, de refazer 5% das entrevistas e revisão dos questionários.

11. Aspectos Éticos:

10 A entrevista e mensuração de hemoglobina só será feita com autorização verbal da mãe ou responsável pela criança. As gravemente enfermas serão encaminhadas para os serviços de saúde municipais, com prioridade de atendimento, conforme entendimento com a secretaria municipal de saúde. O mesmo se dará com as crianças que apresentarem anemia.

15 As mães ou responsáveis serão orientadas sobre o manejo de situações doenças comuns incluídas no questionário e aconselhadas a procurar o serviço de saúde em caso de outras enfermidades. Será anotado o peso, estatura e, se for o caso, hemoglobina no Cartão da Criança.

Esta pesquisa será submetida à Comissão de Ética a que está subordinado o Mestrado de Epidemiologia/UFPel.

VIII - Divulgação dos Resultados:

20

Os resultados serão divulgados:

- dois artigos científicos para revistas especializadas;
- livreto contendo as principais informações e recomendações para as equipes de coordenação da Pastoral da Criança;
- 25 - release para imprensa;
- divulgação dos resultados nos principais meios de comunicação locais;
- debate aberto com os candidatos a prefeito do município no mês anterior a eleição.

IX - Cronograma

		1.995					1.996										
Etapas \ mês		8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Elaboração e teste do questionário	☺	☺	☺	☺												
5	Preparação do trabalho de campo				☺	☺	☺										
	Seleção, treinamento de entrevistadores e estudo piloto					☺	☺	☺									
	Coleta dos dados							☺	☺	☺							
	Codificação e digitação							☺	☺	☺	☺						
10	Limpeza e análise dos dados									☺	☺	☺	☺				
	Elaboração de Relatório/Tese													☺	☺	☺	
	Apresentação dos dados em debate municipal														☺		
15	Defesa de Tese																☺

X - Orçamento

Recursos Internos:		nº	R\$ unit.	R\$ total
20	Analistas	3	1000	3.000
	Digitadores	2	300	600
	Computadores	2	1500	3.000
	Balanças	15	40	600
	Subtotal R\$			7.200
25	Recursos adicionais	nº	R\$ unit.	R\$ total
	Supervisores e Mensuradores hemoglobina	5	600	3.000
	Entrevistadores	14	400	5.600
	Hemoglobinômetro	4	400	1.600
	Impressão Questionários	2300	1	2.300
30	Passagens urbanas (35 dias * 20 entrev. * 4 passag.)	2800	0,50	1.400
	Miscelânea			1.900
	Subtotal R\$			15.800
	Total R\$			23.000

Referências:

1. Encontro Mundial de Cúpula pela Criança. Declaração mundial sobre a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento da criança. Nova Iorque: Nações Unidas, 30 set 1990: 5p.
2. Encontro Mundial de Cúpula pela Criança. Plano de ação para a implementação da declaração mundial sobre a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento da criança nos anos 90. Nova Iorque: Nações Unidas, set 1990: 7-27.
3. Situação Mundial da Infância 1994, UNICEF, Brasília/DF Brasil, página 16.
4. Victora CG, Fuchs SC, Kirkwood BR, Lombardi C, Barros FC. Breast-feeding, nutritional status, and other prognostic factors for dehydration among young children with diarrhoea in Brazil. *Bull World Health Organ* 1992, 70 (4): 467-475.
5. Victora, C.G. et al. Saúde das crianças dos Estados do Ceará, Rio Grande do Norte e Sergipe, Brasil: descrição de uma metodologia para diagnósticos comunitários. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, 25 (3):218-25, 1991.
6. IBGE, UNICEF. Base de dados - censo demográfico 1991. Brasília: PC-AXIS, 1995, 11 disquetes.
7. Ministério do Saúde. Manual dos comitês de mortalidade materna. Brasília: Coordenação Materno Infantil, 1994:12.
8. Grant JP. Situação mundial da infância. Brasília: UNICEF, 1995:90pp.
9. Gwatkin DR, Wilcox JR, Wray JD. The policy implications of field experiments in primary health and nutrition care. *Soc. Sci & Med. Vol.*, Great Britain, vol 14C.pp121-128.
10. McCormick, J. Evaluating primary care. Ed Holland WW. Oxford, OUP, 1983;83-92.
11. Pastoral da Criança - 1995. Curitiba, PR: Revista anual, 1995.
12. Victora CG, Barros FC, César J, Horta B, Lima SM. A Pastoral da Criança e a Saúde Materno-Infantil em Dois Municípios do Maranhão, 1ª edição, Brasília, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), nov 1991, 71p.
13. Barros FC, Victora CG, Vaughan JP. Breastfeeding and Socioeconomic Status in Southern Brazil. *Acta Pædiatr Scand* 1986, 75:588-562.
14. Monteiro CA, Zuñiga HPP, Benício MHD, Rea MF. Estudo das condições de saúde das crianças no município de São Paulo, SP (Brasil), 1984-1985: III - aleitamento materno. *Rev. Saúde Publ*, 1987: 21:13-22.
15. Anonymous. What happened to growth monitoring? [Editorial]. *Lancet*; vol 340, jul 18, 1992;pp.149-50

16. Cesar J et al. Avaliando as Ações Integradas em Saúde Materno-Infantil e Nutrição: o estudo de São Luís, MA. UFPel (1992)
17. Lima AAM, Guerrant RL. Persistent diarrhea in children: epidemiology, risk factors, pathophysiology, nutritional impact, and management. *Epidemiologic reviews* 1992; vol 14:222-242.
18. Monteiro CA, Benício MH. Estudo das condições de saúde das crianças do município de São Paulo, SP (Brasil), 1984/1985: VI - doença respiratória. *Rev. Saúde Públ*, 1987; 21(5):380-86.
19. Waller AE, Baker SP, Szocka A. Childhood injury deaths: national analysis and geographic variations. *Am J Public Health* 1989; 79:310-315.
20. Monteiro, CA. Szarfarc, SC. Estudo das condições de saúde das crianças no município de São Paulo (Brasil), 1984-1985. V - Anemia. *Rev. Saúde Públ.*, S. Paulo, 21:255-60, 1987.
21. Szarfarc SC, Monteiro CA, Meyer M, Tudisco ES, Reis IM. Estudo das condições de saúde das crianças do município de São Paulo, SP (Brasil), 1984/1985: X - consumo alimentar. *Rev. Saúde Públ.*, 1988; 22(4):266-72,1988.
22. Siegenberg, D et al. Ascorbic acid prevents the dose-dependent inhibitory effects of polyphenols and phytates on non-heme-iron absorption. *Am J Clin Nutr* 1991; 53:537-41.
23. Mora JO. Nuevo método para estimar una prevalencia estandarizada de desnutrición infantil a partir de indicadores antropométricos. *Bol. of Sanit. Panam.* 107 (5):397-408, 1989.
24. World Health Organization (1984). The incidence of low birth weight: an update. *Weekly Epidemiology Record*, 59, 205-211.
25. Lima AAM, Guerrant RL. Persistent Diarrhea in Children: Epidemiology, Risk Factors, Pathophysiology, Nutritional Impact, and Management. *Epidemiologic Reviews*, 1992; vol 14: 222-242.
26. Victora CG, Huttly SRA, Fuchs SC. International Differences in Clinical Patterns of Diarrhoeal Deaths: A Comparison of Children from Brasil, Senegal, Bangladesh, and India. *J Diarrhoeal Dis Res*, 1993 mar, 26-29.
27. Amaral JJF. Prevalência e fatores de risco para infecção respiratória aguda em crianças aos seis meses de vida em Pelotas, RS. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Medicina, 1995: 70pp.
28. United Nations. Controlling iron deficiency. Administrative Committee on Coordination / Subcommittee on nutrition: ACC/SCN state-of-the-art series nutrition policy discussion paper nº 9, february 1991, p 15.
29. Equipo Monitoreo y Evaluacion Metodologia de Sitios Centinela, Encuesta Salude en los Asentamientos Precarios urbanos de la Ciudad de Guatemala, segun estratos,

UNICEF, Guatemala, nov 1991, 71p.

30. Ministério de Salud Republica de Nicaragua, Informe preliminar de la estimacion de la mortalidade infantil y de prevalencia de diarrea en la region autonoma del atlantico norte, Ministerio de Salud, Nicaragua, jul, 1989, 11p.

31. Municípios Brasileiros: Crianças e suas Condições de Sobrevivência. Censo Demográfico 1991. Fundo das Nações Unidas para a Infância / Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília. 1994, 248 p.

32. CNBB - Pastoral da Criança. Relatório Trimestral das Ações Básicas de Saúde e Educação na Comunidade, Curitiba, 1º trimestre de 1995.

33. Lombardi, C et al. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. Rev. Saúde Públ. 1988;22(4):253-65.

34. Barros FC, Victora CG. Epidemiologia da Saúde Infantil. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC - UNICEF, 1994:177.

35. Valadares ER, Pena SDJ. Manual para o exame morfológico da criança. 1ª ed. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Pediatria - Comitê de Genética, 1988:14.

Relatório do trabalho de campo e análise dos dados

Seleção e Treinamento dos Entrevistadores:

A seleção para entrevistadores foi iniciada em novembro de 1995, através de contato com professores e editais na Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina (UNESC) visando a busca de candidatos.

O treinamento foi efetivamente realizado na UNESC em 19 a 23 de fevereiro de 1996, incluindo o período da manhã e da tarde. No primeiro dia pela manhã foi apresentado o estudo a ser desenvolvido, bem como a função de cada um dos participantes e como trabalhariam. Em seguida, foi feita a primeira seleção, através de prova teórica, com conteúdos de raciocínio lógico e matemática básica. Os melhores colocados foram convocados para continuar participando do treinamento. No período da tarde deu-se início à leitura do questionário e do manual de instruções. No segundo dia, praticou-se a técnica da entrevista através de simulação da entrevista entre os próprios participantes, com supervisão dos coordenadores da pesquisa. No terceiro dia, dividiu-se os participantes em dois grupos: enquanto o primeiro praticou a antropometria em uma creche o segundo continuou praticando a técnica da entrevista. A tarde houve inversão das atividades entre os grupos. No quarto dia discutiu-se as dúvidas com os participantes e continuou-se a prática de entrevistas pela manhã. Durante o período da tarde procedeu-se ao ensaio do trabalho de campo em um bairro próximo, que continuou pela manhã do quinto dia. No período da tarde fez-se a avaliação do treinamento, a seleção dos supervisores e a divisão das equipes para o estudo piloto.

A seleção da equipe de hemoglobina foi realizada posteriormente, dentre técnicos em enfermagem da própria secretaria municipal de saúde. Foram convocados todos os técnicos em enfermagem da secretaria e o teste de seleção foi realizado em duas etapas: prova teórica e prática, realizada no Laboratório Municipal de Criciúma.

Dois técnicos em enfermagem foram selecionados entre sete candidatos por sua maior precisão e habilidade com o hemoglobinômetro.

Estudo Piloto

Para o estudo piloto foram utilizados dois setores não sorteados para esta pesquisa. Durante os três dias, foram realizadas 65 entrevistas. Nenhuma delas foi aproveitada pois as modificações no questionário, especialmente na seqüência das perguntas, foram muitas. Durante o estudo piloto foi utilizado um ônibus da Secretaria de Educação que levava as equipes até o local do estudo. No final do dia era fornecido vale transporte. O seguinte material foi utilizado para o trabalho de campo: mapas, bonés, folhas de conglomerado, questionários, pranchetas, caderneta de saúde, gráfico de conhecimento, lápis e borrachas, apontadores, carta de apresentação, crachás, sacos plásticos transparentes, balanças, ganchos para balança, calças de borracha, antropômetro, saco para antropômetro impermeável, pastas, sacolas para carregar balança e peso para calibrar balanças.

Definição dos Setores

A amostragem proporcional ao tamanho foi realizada em dois estratos: com e sem cobertura da Pastoral da Criança. Optou-se por visitar todos os setores com Pastoral, com uma amostra fixa em termos percentuais (54%). Nos demais setores, sorteou-se aleatoriamente 15 setores e um número fixo de 155 domicílios por setor foi visitado.

O município de Criciúma possui 105 setores censitários, atualizados pela última vez para o Censo Demográfico de 1991. O número de domicílios a serem visitados foi alterado em relação ao projeto de dissertação (Anexo I), acrescentando-se o distrito de Rio Maina. Com isso, o número de domicílios urbanos subiu de 34.560 para 35.768. As áreas de ocupação foram levantadas em 1995 pela Secretaria Municipal de Saúde do Município e o número de novos domicílios já estava disponível por setor. Tendo em vista que já no primeiro setor não foram encontradas todas as famílias apontadas pela Secretaria como sendo de novas ocupações, optou-se por recontar todos os domicílios de cada um dos setores com ocupações. Este número exato foi utilizado para o cálculo do número de domicílios a serem visitados nos setores Pastoral.

A definição de setores com presença marcante da Pastoral da Criança sofreu modificação. Originalmente, previu-se considerar setores com presença marcante da Pastoral da Criança os que tivessem mais de uma Líder Comunitária. Tendo em vista que a Pastoral da Criança local e diocesana deveria permanecer cega ao estudo, foi impossível mapear os endereços das Líderes. Optou-se então por considerar setores com Pastoral aqueles que fizessem parte de um bairro ou comunidade cadastrada no Sistema de Informações da mesma. Ainda assim a definição tornou-se um tanto problemática pois muitos bairros/comunidades abrangiam diversos setores e estes não tinham relação com os bairros, sendo necessário incluir, por exemplo, até quatro setores para tentar atingir uma única comunidade com cerca de 30 famílias acompanhadas. Entrevistar estas famílias dependia ainda do sorteio da quadra que se iniciavam as entrevistas: se o sorteio recaísse sobre a parte sem Pastoral, nenhuma família da Pastoral seria entrevistada. Outro problema com relação à definição dos setores com Pastoral foi o fato de algumas das comunidades com maior número de crianças ficarem de fora, seja por estarem dentro do distrito urbanizado mas definido como rural, como o caso de São Defende, seja por na realidade pertencerem a outro município, como o caso das comunidades dos municípios de Forquilha e Içara. Neste último caso, houve falha de definição no projeto de dissertação, o qual havia considerado as crianças acompanhadas pelas **paróquias** situadas no município de Criciúma e, no entanto, muitas comunidades pertencentes a estas Paróquias situam-se nos dois municípios adjacentes. A exclusão destas comunidades e a definição deficiente da localização da Pastoral acabou diluindo muito a relação pretendida, de duas crianças controle para cada criança da Pastoral.

Coleta de Dados

Foi organizado um escritório central na Prefeitura de Criciúma em sala com uma mesa grande, ramal telefônico e armário para guardar o material.

A equipe de coordenação foi formada por dois coordenadores, um digitador em cada turno e uma supervisora para auxiliar na revisão. Foram formadas três

equipes de trabalho de campo, cada qual com um supervisor. Estas se encontravam todas as manhãs no escritório central para tirar possíveis dúvidas, bem como para esclarecer questões da revisão. Chegavam às 8:00 h e dirigiam-se para os setores às 8:30 com carros fornecidos pela prefeitura. Os motoristas apenas deixavam as equipes nos setores, sendo que estas utilizavam vales-transporte para a passagem de volta. As equipes recebiam cada uma um setor e seu respectivo mapa, já numerado, onde era realizado sorteio da quadra e a esquina que iria se iniciar a coleta.

As balanças portáteis foram aferidas duas vezes por semana e reguladas antes de cada pesagem.

Foi utilizado para a coleta de hemoglobina o hemoglobinômetro da marca BMS, da Omron Healthcare Inc., Illinois, E.U.A., modelo 10-101D, álcool 70%, lancetas, luvas descartáveis e guardanapo de papel.

A coleta de hemoglobina iniciou em abril, após todos os domicílios dos primeiros setores terem sido visitados. Um dos dois técnicos de enfermagem realizou praticamente todas as dosagens de hemoglobina, em virtude de dedicar-se exclusivamente a esta tarefa. O outro técnico realizava as dosagens após o expediente, de 6 horas na época. Houve grande aceitação das mães para a coleta de hemoglobina, em grande parte devida a habilidade da técnica em enfermagem, que na secretaria de saúde, era responsável pelo “teste do pezinho” (fenilcetonúria) em Criciúma. Os maiores fatores de rejeição eram a realização de teste semelhante em data muito próxima: estes exames foram realizados em sua maioria pelo Laboratório Municipal, e seu resultado foi anotado e checado no próprio Laboratório Municipal. Para a coleta de hemoglobina foram visitadas uma a cada quatro crianças entrevistadas, sendo a primeira criança da seqüência sorteada dentre as quatro primeiras crianças entrevistadas de cada setor. Os resultados dos exames de hemoglobina não constam da presente dissertação e serão publicados separadamente.

O trabalho de campo teve seu início em 5 de março e seu término em primeiro de junho. Ao final deste, a equipe central foi aumentada em duas pessoas para a revisão, sendo duas supervisoras e uma entrevistadora. Esta foi escolhida

por ter se saído melhor tanto na codificação de seus questionários como na frequência de erros cometidos.

Controle de Qualidade

A codificação das questões foi realizada pelo próprio entrevistador e entregue a seu supervisor no dia seguinte à entrevista. Este entregava o questionário revisado à equipe central que novamente revisava antes da digitação. Caso o programa de checagem dos questionários apontasse alguma inconsistência, o questionário percorria o mesmo fluxo só que em sentido inverso. As perguntas abertas foram codificadas exclusivamente pela equipe central.

O melhor entrevistador selecionado ficou responsável pelo controle de qualidade e as revisitas. Os questionários revisados pela equipe central que apresentassem dúvida quanto ao seu preenchimento eram repassados para esse supervisor da qualidade, que visitava novamente a família e reaplicava algumas questões que constavam em instrumento específico. Ambos os questionários eram comparados e avaliados quanto à coincidência ou não das respostas. Em caso de discordância, a entrevistadora era chamada e, caso houvesse ainda dúvida, a mesma revisitava a família, juntamente com a supervisora de sua equipe, para a checagem dos dados. Uma vez constatada alguma diferença, esta era corrigida no questionário original.

A partir do momento em que se iniciaram as coletas de hemoglobina, a revisita passou a ser feita por esta equipe, sendo que o supervisor de qualidade continuou comparando os questionários e revisitando os casos em que houve dúvida.

Os coletores de hemoglobina foram acompanhados em suas primeiras 20 coletas por um dos coordenadores e os resultados apurados por um e outro nunca ultrapassaram uma diferença de 0,5 grama de hb/100 ml. Cerca de um terço das coletas foram acompanhadas pelo supervisor de qualidade.

Durante a seleção dos coletores de hemoglobina percebeu-se que os resultados apontados pelo aparelho portátil foram consistentemente mais baixos que os apontados pelo Laboratório Municipal (cerca de 1 g Hb/100 ml). Ao final da

pesquisa levou-se a coletora que mais fez coletas para Curitiba e comparou-se a leitura realizada por ela com o aparelho portátil com o aparelho eletrônico de última geração da Faculdade de Farmácia e Bioquímica da Universidade Federal do Paraná, em diversas amostras de sangue.

A revisão foi concluída em 30 de julho. Os questionários à medida em que eram revisados, eram enviados a Curitiba para a segunda digitação. O total de entrevistas ficou em 2208, com 2,8% de perdas. Para a hemoglobina foram sorteados 556 crianças e realizados efetivamente 502 testes (9,4% de perdas).

Estratégia para evitar viéses:

Para que os entrevistadores ficassem “cegos” com relação ao objetivo de avaliar a Pastoral da Criança, esta não foi mencionada em momento algum, e a montagem da sede da pesquisa na Prefeitura foi parte da estratégia utilizada com este fim. O questionário continha uma série de perguntas sobre agentes comunitários de saúde e de utilização de outros serviços como despiste. O pagamento era atribuído à UFPel e os recibos foram feitos em nome da ANAPAC, que para os entrevistadores era uma associação ligada à Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e na verdade era a Associação Nacional de Amigos da Pastoral da Criança. Na avaliação final, após o encerramento inclusive da primeira digitação, quando indagados, nenhum dos entrevistadores foi capaz de identificar a Pastoral como tendo relação com o estudo. Da mesma forma, os entrevistadores se apresentavam como sendo da UFPel para que também as mães se mantivessem cegas.

Os coordenadores da Pastoral da Criança também foram mantidos alheios em relação aos objetivos da pesquisa. Embora soubessem do levantamento inicial dos setores censitários com presença da Pastoral, foram comunicados que o município não fora contemplado com a pesquisa e que o mestrando Nelson Arns Neumann (o qual trabalha na Coordenação Nacional da Pastoral da Criança) encontrava-se lá para ajudar a nutricionista Paula Guimarães em sua tarefa para o mestrado, em troca da ajuda desta para o mesmo, em pesquisa futura.

Principais problemas:

A caracterização da exposição à Pastoral foi o ponto mais crítico da pesquisa, não só porque há mães que iniciam a participação, páram e voltam a participar, mas também porque a Pastoral sofreu com a crise de emprego vivida pelo município de Criciúma. Segundo relato da coordenadora da Pastoral do município a renda das famílias foi bastante abalada pelo fechamento das minas de carvão, agravada pela concorrência chinesa, com relação à confecção, e pela crise das indústrias cerâmicas. Isto teria obrigado as mães a saírem de seus lares em busca de uma ocupação, havendo, em consequência, maior dificuldade de as Líderes voluntárias permanecerem na Pastoral e de as mães continuarem participando.

Outro problema importante foi o fato de muitas mães não se considerarem participantes da Pastoral muito embora freqüentassem a mesma e fossem visitadas. Na interpretação dos entrevistadores isto se daria pelo fato destas mães considerarem o termo “participar” como ser líder da Pastoral. Ao ser percebido este problema, durante o trabalho de campo, orientou-se que os entrevistadores não pulassem a questão sobre a visita da líder, mesmo que a mãe declarasse não participar da Pastoral.

Estava prevista a coleta de todas as medidas de peso e altura disponíveis para todas as crianças da amostra. O mesmo foi feito tomando-se por base a caderneta de saúde; quando esta não estava disponível, se recorria a outro tipo de informação.

Estimou-se que a Pastoral da Criança cobriria 10% das crianças do município: já no primeiro setor Pastoral percebeu-se que a cobertura estava bem abaixo do previsto e que havia grande número de mães que, no passado, participaram da Pastoral da Criança. Neste momento, tomou-se a decisão de aumentar um pouco o tamanho da amostra e de se anotar a data de saída da Pastoral, para se tentar estimar, não só o tempo de permanência na Pastoral, mas também o de abandono. A data de saída foi acrescentada ao questionário através de carimbo, após a pergunta 164, com a seguinte pergunta: “Há quanto tempo deixou de participar da Pastoral:”, obtendo-se a resposta em anos e meses.

A análise inicial da relação crianças por domicílio e o número de crianças participantes ou não da Pastoral da Criança em setor com Pastoral apontou uma cobertura abaixo da esperada. Optou-se então por aumentar a amostra em cerca de 10%.

Com o aumento da amostra, a estratégia que já vinha sendo empregada, de visitar casa sim casa não, necessitou ser alterada, uma vez que nos setores com Pastoral necessitariam ser visitados 54% dos domicílios. Como eram três as equipes de entrevistadores, os três primeiros setores iniciaram a coleta de dados com pulo de casas. Ao final da coleta de dados, voltou-se a estes três setores a fim de visitar as casas que haviam sido puladas, buscando-se a padronização da coleta. Nestes setores, foram visitados todos os domicílios pulados até completar o número de domicílios inicialmente previsto, na seqüência correta. Os questionários excedentes, dos domicílios visitados na fase com pulo, foram excluídos.

Processamento e análise dos dados:

Dentre os problemas enfrentados, destacamos o limite de consistências que pode ser utilizada pelo Epiinfo6 através do "check". Devido a esta dificuldade optou-se por manter apenas as checagens mais críticas quanto à entrada de dados e utilizar até o limite máximo as consistências entre diferentes variáveis, e.g., data de vacina não pode ser anterior a data de nascimento. Com esta deficiência de evidenciação automática das inconsistências, houve necessidade de ampliação da equipe central e do tempo de revisão manual dos questionários. Os questionários que apresentaram inconsistências foram novamente revisados pelos mestrados, já em Curitiba.

A análise do tempo de permanência na Pastoral da Criança versus desfechos ficou prejudicada pela baixa cobertura atual da Pastoral e pelo alto número de valores ignorados entre os que já a abandonaram, uma vez que esta informação dependia da pergunta acrescentada posteriormente através de carimbo, e também pela dificuldade das mães em lembrarem com exatidão há quanto tempo deixaram a Pastoral.

A ponderação também revelou-se um problema por impedir a utilização da tábua de sobrevivência do SPSS e por distorcer os níveis de significância. O primeiro problema foi contornado pela comparação do cálculo manual (pelo QuatroPro) com os resultados obtidos pela curva feita pelo SPSS, com fator de ponderação multiplicado por um milhão a fim de tornar cada criança um número inteiro, de forma a “enganar” o SPSS. O cálculo atuarial foi realizado considerando a inserção de cada criança em seu respectivo quartil de renda familiar total e tipo de participação na Pastoral da Criança: estes oito grupos foram então ponderados segundo o setor censitário a que pertenciam (com ou sem Pastoral) e então foi aplicada a curva de sobrevivência. Os resultados deste cálculo foram iguais ao do SPSS, com ponderação multiplicada por um milhão, até a quarta casa decimal. No entanto, o p valor não pode ser utilizado em virtude de o SPSS utilizar os números ponderados como sendo absolutos em seu cálculo, ou seja, qualquer resultado multiplicado por um milhão de casos tende a ser altamente significativo. Quanto ao cálculo do p valor para as demais análises, para não serem distorcidos pela ponderação, calculou-se a mesma de forma a reproduzir o exato número de crianças que seria entrevistada caso a amostragem não fosse ponderada: 2.208, sendo o fator de ponderação dos setores sobreamostrados 0,5749 e dos sem Pastoral 2,9412.

Ao final da pesquisa, tentou-se a validação pelo Caderno do Líder, que foi inviável pois é costume local fazer as anotações a lápis e, no final do ano, apagar o caderno para reaproveitá-lo no ano seguinte. A própria coordenadora local sugeriu que os pesos iniciais da criança ao entrar na Pastoral fossem buscados no Cartão da Criança e só neste momento os pesquisadores tomaram conhecimento que a Pastoral local utilizava o Cartão da Criança e não a Caderneta de Saúde. Foram coletados os pesos através da Curva de Peso das crianças da Pastoral para tentar validar o estudo. Os mesmos, pela pouca exatidão devido a múltiplas transcrições (leitura da balança, anotação no caderno da líder, anotação na curva, leitura pela líder que a acompanhava e transcrição no relatório dos pesquisadores) não foi aproveitado. Devido ao baixo número de participantes e das datas de saída de um terço das crianças que abandonaram a Pastoral da Criança optou-se por não avaliar

o estado nutricional da criança antes de entrar na Pastoral e a velocidade de crescimento durante o período em que a mesma participou do programa.

Questões éticas

A entrevista e mensuração de hemoglobina só foi feita após autorização verbal da mãe ou responsável pela criança. O valor da hemoglobina foi anotado na Caderneta de Saúde da criança e os valores baixos, segundo uma tabela por faixa etária entregue à equipe de mensuração, foram referidos ao SUS, com a prévia determinação do secretário municipal de saúde que seriam atendidas com prioridade.

As crianças desnutridas foram identificadas em análises parciais dos resultados pelo Epiinfo e seus nomes e endereços entregues às unidades de saúde a que pertencia o setor. O serviço de saúde fez busca ativa destas e incluiu-as no programa de suplementação alimentar.

Divulgação dos resultados

A divulgação dos resultados foi feita através de release para imprensa (vide anexo VII) e debate aberto com o público, no qual compareceram cerca de 100 pessoas, entre as quais o secretário municipal de saúde e seus assessores, a coordenação diocesana e municipal da Pastoral da Criança, dezenas de Líderes comunitárias. A TV Globo noticiou os principais achados no Jornal Estadual, com entrevista e imagem deste debate.

**ESTUDO SOBRE SAÚDE
DAS CRIANÇAS MENORES DE 3 ANOS EM
CRICIÚMA- 1996**

Nº 2120

1. NÚMERO DA FOLHA DE CONGLOMERADO: _____
2. ENTREVISTADOR: _____
SUPERVISOR: _____
ENTREVISTA SUPERVISIONADA: () Sim (2) Não
3. SETOR: _____
4. BAIRRO: _____
5. DIA DA SEMANA:
(1) Dom (2) Seg (3) Ter (4) Qua (5) Qui (6) Sex (7) Sab
6. TENTATIVAS: 1ª _____ 2ª _____ 3ª _____ 4ª _____
(1) Sim, entrevistada (2) Recusa (8) NSA
(2) Sim, marcou para outro dia (4) Não, ausente
() Outro: _____

numqes _____
congl _____
entrev _____
superv _____
entsup _____
setor _____
bairro _____
diase _____
tenta1 _____
tenta2 _____
tenta3 _____
tenta4 _____

Meu nome é Faça parte do grupo que está estudando a saúde das crianças pequenas de Criciúma.

Gostaria de saber se tem criança menor de 3 anos de idade nesta casa?

(1) sim (2) não

NÃO ESQUEÇA DE ANOTAR NAS FOLHAS DE CONGLOMERADO

- 7 HORA DA ENTREVISTA: _____ : _____
- 8 Nome da mãe: _____
- 9 NÚMERO DA CRIANÇA: ____ (COMEÇAR PELA MAIS NOVA)
- 10 Como é o nome da criança: _____
(ONDE CONSTAR <CRIANÇA>, SUBSTITUIR PELO NOME)
- 11 SEXO: (1) Masculino (2) Feminino
- 12 Quem está cuidando <CRIANÇA> a maior parte do tempo no último mês?
1ª pessoa _____ 2ª pessoa _____
(01) Mãe (02) Pai
(03) Avó (04) Funcionária da creche
(05) amiga / vizinha < 15 anos (06) Empregada/babá < 15 anos
(06) amiga / vizinha >= 15 anos (07) Empregada/babá >= 15 anos
(08) irmã(o) / parente < 15 anos (09) irmã(o) / parente >= 15 anos
(88) NSA (99) IGN
() Outro _____

hor _____ : _____

nucria _____

sexo _____

cuida1 _____

cuida2 _____

dn ____/____/____

confdn _____

13 A senhora tem certidão de nascimento e caderneta de saúde? A Sra. poderia me trazer?

- 14 DATA DE NASCIMENTO ____/____/____
SE NÃO TEM REGISTRO DA DATA DE NASCIMENTO PERGUNTAR:
Qual a data de nascimento de <CRIANÇA> (aniversário)?
A DATA DE NASCIMENTO FOI:
(1) vista no registro/caderneta (2) Só informada (9)IGN

15 TEM CADERNETA DE SAÚDE

- (1) Sim, visto (2) Sim, não visto (3) Tinha mas perdeu
(4) Nunca teve (9) IGN

cadern __

16 Durante a gravidez de <CRIANÇA> a Sra fez alguma consulta pré-natal?

- (1) Sim (2) Não → # 22

conspre __

SE SIM:

17 Em que mês da gravidez de <CRIANÇA> a Sra fez a primeira consulta de pré-natal

- __ __ (01=primeiro mês, 88=NSA, 99=IGN)

mescon __ __

18 Quantas consultas de pré-natal a Sra fez na gravidez de <CRIANÇA>?

- __ __ (8=não se aplica)

numcos __ __

19 Durante as consultas de pré-natal o médico ou a enfermeira alguma vez?

Perguntou data da última menstruação? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

ultmen __

Verificou o seu peso? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

prepes __

Mediu a sua barriga? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

medbar __

Mediu a sua pressão? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

medpre __

Fez exame ginecológico (por baixo)? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

exginec __

Receitou remédio para anemia (ferro)? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

reman __

Receitou vitaminas? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

recvit __

Orientou sobre amamentação? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

orama __

Exame de sangue? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

exsan __

Exame de secreção vaginal? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

exvag __

Preventivo de câncer? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

precan __

Examinou seus seios? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

exseio __

Orientou sobre a vacina contra o tétano? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

vactet __

20 A Sra. tomou alguma vacina antitetânica durante a gestação de <CRIANÇA>?

- (0) não () sim. Quantas doses recebeu? __ doses
(0= Não recebeu; 9=IGN; 7=já imunizada)

doste __

21 Onde a Sra fez o pré-natal?

- (1) Particular (2) Posto de Saúde/SUS (3) Convênio/Seguro Saúde
(4) Outro: _____

ondpre __

22 Em que hospital foi o parto de <CRIANÇA>?

- (1) São José (2) São João (3) Outro: _____

hospart __

23 O parto de <CRIANÇA> foi normal ou cesária ?

- (1) Normal (2) Cesárea (9) IGN
(3) outro _____

parto __

24 Quanto <CRIANÇA> pesou ao nascer ? __, __, __ (9,99 = IGN)

O PESO DE NASCIMENTO FOI:

- (1) Confirmado (2) Só informado (9) IGN

pn __, __, __

confpn __

25 Quanto tempo depois de nascida <CRIANÇA> foi colocada no seio para mamar?
___ horas ___ minutos

temmam ___:___

26 Na maternidade <CRIANÇA> ficou o tempo todo com a mãe?
(1) Não / berçário (2) Sim / alojamento conjunto

alomae ___

27 No hospital depois do parto de <CRIANÇA> a Sra recebeu alguma orientação sobre como cuidar da criança?
(1) Sim (2) Não

orient ___

SE SIM: Qual?

- (1) amamentação (2) umbigo
- (3) higiene (4) cólicas
- (5) vacinas
- () outro _____

qual1 ___
qual2 ___
qual3 ___
qual4 ___

28 O parto foi particular ou pelo INPS?
(1) Particular (2) Pelo SUS/INPS (3) convênio/seguro saúde
(4) outro _____

parpag ___

29 A Sra teve filhos ou filhas antes de <CRIANÇA>?
Quantos? ___ (00 = Nenhum →#33)
Algum deles nasceu morto?
(1) sim (2) não →# 31

filan ___
nmoant ___

SE SIM:

30 A Sra. lembra com quantos meses de gestação ocorreu a perda?
___ nascidos mortos (28 semanas ou mais de gestação; 1000 g ou mais)
___ NASCIDOS VIVOS ANTES (0=NENHUM; 7= FILHO ÚNICO ; 9=IGNORADO)

temoan ___
tevian ___

31 Dos filhos que a Sra teve antes de <CRIANÇA>, quantos estão vivos? ___
SE NÚMERO DE FILHOS DIFERENTE DO NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS:
idade da morte1 ___ anos ___ meses (88 88 = NSA)
idade da morte2 ___ anos ___ meses
idade da morte3 ___ anos ___ meses

vivant ___
moran1 ___
moran2 ___
moran3 ___

SE TEM IRMÃS OU IRMÃOS MAIS VELHOS:

32 Qual a data de nascimento do irmão (ou irmã) que nasceu antes de <CRIANÇA> ? ___/___/___ (08/08/08= NSA; 09/09/09=IGN)

dnfian ___/___/___

33 A Sra ficou grávida depois de <CRIANÇA>? (1) Sim (2) Não →#36
SE SIM: Quantas vezes: ___ (8=NSA)
Algum deles nasceu morto? (1) sim (2) não →#35

gradep ___
graqua ___
mordep ___

SE SIM:

34 A Sra. lembra com quantos meses de gestação ocorreu a perda?
___ nascido mortos (28 semanas ou mais de gestação; 1000 g ou mais)
___ NASCIDOS VIVOS DEPOIS (0=NENHUM; 7= FILHO ÚNICO ; 9=IGNORADO)

namode ___
navide ___

35 Dos filhos que a Sra teve depois de <CRIANÇA>, quantos estão vivos? ___
SE NÚMERO DE FILHOS NASCIDOS DEPOIS DIFERENTE DO NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS NASCIDOS DEPOIS:
idade da morte ___ anos ___ meses (88.88=NSA)

nvidep ___
idmor ___

Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre o que <CRIANÇA> gosta de comer.

36 Ontem <CRIANÇA> se alimentou como sempre?
(1) Sim (2) Não (9) IGN
SE NÃO: Quando foi o último dia que <CRIANÇA> se alimentou como sempre?
___/___ (IGN = 01/01, NSA = 88/88)

alimen ___
alitem ___/___

37 Por favor diga-me tudo que <CRIANÇA> comeu neste dia ?

RECORDATÓRIO ALIMENTAR - 24 HORAS

Alimento	Acordar	Manhã	Almoço	Tarde	Janta	Dormir	Madrugada
LM							
L Vaca							
L Pó							
Café							
Água							
Chá							
Suco							
Pão							
Bolacha							
Iogurte							
Mingau							
Caldo							
Frutas (qual?)							
Ovo							
Arroz							
Feijão							
Legume/ verdura							
Massa							
Batata/ Aipim							
Farinha mandioca							
Carne							
Engros- sante							
Outro1							
Outro2							
Refeições							

lm ___

vac ___

po ___

caf ___

agu ___

cha ___

suc ___

pao ___

bol ___

iog ___

ming ___

cal ___

fru ___

ovo ___

arr ___

fej ___

leg ___

mass ___

bataip ___

fman ___

carn ___

engr ___

out1 ___

out2 ___

refei ___

38 Desde <DIA DA SEMANA > passada a <CRIANÇA> comeu, algum destes alimentos que eu vou lhe dizer?

- figado	(1) Sim	(2) Não
- cenoura	(1) Sim	(2) Não
- batata-doce	(1) Sim	(2) Não
- espinafre	(1) Sim	(2) Não
- abóbora	(1) Sim	(2) Não
- melão	(1) Sim	(2) Não
- brócoli	(1) Sim	(2) Não
- pêssego	(1) Sim	(2) Não
- gema de ovo	(1) Sim	(2) Não
- laranja	(1) Sim	(2) Não
- maçã	(1) Sim	(2) Não
- couve	(1) Sim	(2) Não
- abacate	(1) Sim	(2) Não
- manga	(1) Sim	(2) Não
- banana	(1) Sim	(2) Não
- pó de folhas verdes (mandioca, aipim, batata doce, outras)	(1) Sim	(2) Não
- farelo de arroz ou de trigo	(1) Sim	(2) Não

figad ___
 cenou ___
 batado ___
 espin ___
 abob ___
 melao ___
 broc ___
 pesseg ___
 gema ___
 laran ___
 maca ___
 couve ___
 abac ___
 manga ___
 banan ___
 pofol ___
 far ___

APLICAR APENAS PARA CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO:

39 Agora eu vou lhe dizer uma lista de líquidos e alimentos e peço que a Sra. me diga se já começou a dar para <CRIANÇA>.

Quando eu digo começou eu quero saber se <CRIANÇA> recebe(eu) este líquido ou alimento todos os dias, ou quase todos os dias da semana.

Se a Sra. já começou a dar, eu quero saber quando começou:

Leite de vaca/saquinho:	___ meses	(00=menos de 1 mês)	iniva	___
Leite em pó:	___ meses	(77=não começou)	inipo	___
Chá:	___ meses	(88=NSA)	inich	___
Suco:	___ meses	(99=IGN)	inisu	___
Papa de frutas/fruta amassada:	___ meses		inifru	___
Papa salgada (leg/ver):	___ meses		inileg	___
Mingau:	___ meses		inimin	___
Iogurte:	___ meses		iniog	___
Pão/bolacha:	___ meses		inipao	___
Ovo (gema):	___ meses		inovo	___
Ovo (clara):	___ meses		inicla	___
Carne:	___ meses		inicar	___
Caldo de feijão:	___ meses		inical	___
Feijão (grão):	___ meses		inifej	___
Farinha de mandioca	___ meses		inifman	___
Arroz:	___ meses		iniarr	___
Massa:	___ meses		inimas	___
Farelo de arroz:	___ meses		inifara	___
Farelo de trigo:	___ meses		inifatri	___
Pó folhas verdes:	___ meses		inifove	___
Pó casca de ovo:	___ meses		inicaov	___
Sementes (melancia/abóbora):	___ meses		iniseme	___

40 Tem alguma outra comida que ele(a) já recebeu e que eu não falei agora ?

Outro1 _____ : ____ meses

Outro2 _____ : ____ meses

Outro3 _____ : ____ meses

(nunca tomou =88 meses; ignorado = 99 meses)

inout1 ___

inout2 ___

inout3 ___

41 <CRIANÇA> chegou a usar mamadeira?

(1) Não → #43

(2) Sim, já parou. Até que idade usou mamadeira? ____ meses

(3) Sim, ainda usa. Quantas vezes usou a mamadeira desde ontem a esta hora?

____ vezes

mad ___

idmad ___

fremad ___

SE SIM:

42 Quando começou? ____ meses ____ dias

commad _____

SE NO RECORDATÓRIO A MÃE NÃO CITOU LEITE MATERNO, PERGUNTAR; SE JÁ FOI CITADO ASSINALE A OPÇÃO 1 NA PRÓXIMA PERGUNTA.

43 <CRIANÇA> chegou a mamar no peito ?

(1) Nunca mamou (2) Sim, ainda mama →#46

(3) Sim, já parou. Até que idade mamou ____ anos ____ meses ____ dias →#45

(8.88.88= NSA; 9.99.99= IGN)

mam ___

tempma _____

SE NUNCA MAMOU:

44 Porque não chegou a mamar? RAZÕES 1ª _____ 2ª _____

(01) Mãe não quis (02) Ele não quis (99) IGN

(03) Seio sem bico (04) Não tinha leite (88) NSA

(05) Ele foi adotado (06) Mãe doente

(07) Prematuro/doente (08) Alguém aconselhou

(09) Dor, rachadura ou infecção no seio

() Outro: _____

pqnma1 ___

pqnma2 ___

CASO NÃO MAME MAIS NO PEITO

45 Eu gostaria que a Sra. me contasse tudo o que estava acontecendo na época em que ele(a) parou de mamar, e porque a Sra. acha que ele(a) não mamou mais?

caufin ___

causin ___

caubas ___

SE AINDA MAMA:

46 Até que idade pretende dar o peito ?

____ meses OU outro: _____

(77= enquanto a criança quiser; 78= enquanto tiver leite)

47 Está tendo alguma dificuldade agora para dar de mamar?

(1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

SE SIM: Qual? _____

idadam ___

difiam ___

difamq ___

PADRÃO ALIMENTAR:
 (PREENCHA DE ACORDO COM O RECORDATÓRIO ALIMENTAR E O PERÍODO DE INÍCIO DOS ALIMENTOS)
 (1) SÓ LEITE MATERNO
 (2) LM + LÍQUIDOS
 (3) LM + OUTROS ALIMENTOS SÓLIDOS E LÍQUIDOS
 (4) LM + OUTRO LEITE + LÍQUIDOS
 (5) LM + OUTRO LEITE + OUTROS ALIMENTOS SÓLIDOS E LÍQUIDOS
 (6) SÓ OUTRO LEITE
 (7) OUTRO LEITE + LÍQUIDOS
 (8) OUTRO LEITE + OUTROS ALIMENTOS SÓLIDOS E LÍQUIDOS
 (9) OUTRO _____

padali —

48 <CRIANÇA> chupa bico?
 (1) Sim →#50 (2) Não

chbica —

SE NÃO CHUPA BICO:

49 Já parou ou nunca chupou?
 (1) Já parou - Quando parou de chupar bico? ___ anos ___ meses
 (2) nunca chupou →#53 (8.88 = NSA; 9.99 = IGN)

nchubc —

qnpacr —

SE CHUPA OU JÁ CHUPOU BICO:

50 Qual era a idade de <CRIANÇA>, quando começou a chupar bico?
 (pegar mesmo) ___ meses ___ dias (88.88 = NSA; 00.00 = 1° dia; 99.99 = IGN)

qncocr —

51 Ele(a) usa(va) o bico de dia? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

bicdic —

SE SIM:

(1) o dia todo (2) de vez em quando (3) só para dormir
 (4) outro (8) NSA (9) IGN

bicdia —

52 Ele(a) usa(va) o bico de noite? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

bicnoc —

SE SIM:

Toda a noite ou só para dormir?
 (1) a noite toda (2) só para dormir
 (3) outro (8) NSA (9) IGN

bicnqc —

Agora eu gostaria de saber a sua opinião sobre alguns assuntos gerais de crianças.

53 A Sra. já ouviu falar em cozinha alternativa ou alternativas alimentares como a multimistura de farelo, pó de folhas verdes escuras, pó de sementes, casca de ovo?
 (1) sim (2) não →#62

alalim —

SE SIM:

54 Quem lhe falou?
 (1) Pastoral da Criança/Líder/Igreja (2) Agente de Saúde
 (3) médico, enfermeira ou outra pessoa da equipe de saúde
 (4) rádio, TV (5) parente (6) vizinha
 (7) outro: _____

alaliq —

55 Já experimentou este tipo de alimentação? (1) sim (2) não →#59 (8) NSA

alalex —

SE SIM:

56 A Sra gostou deste tipo de alimento? (1) sim (2) não (8) NSA

alalig —

Por que? _____

alapor —

57 Já fez alguma receita com estes alimentos em casa? (1) sim (2) não

58 Nos últimos 3 dias, a Sra. fez ou comeu algum alimento alternativo?
(1) sim (2) não (8) NSA

59 E <CRIANÇA> já experimentou algum alimento alternativo?
(1) sim (2) não → #62 (8) NSA

SE SIM

60 A <CRIANÇA> gostou deste tipo de alimento? (1) sim (2) não (8) NSA

Por que? _____

61 Nos últimos 3 dias, <CRIANÇA> comeu algum alimento alternativo?
(1) sim (2) não (8) NSA

Agora vou fazer algumas perguntas, sobre como está a saúde da <CRIANÇA>

62 <CRIANÇA> teve diarreia desde ontem a esta hora?
(1) Sim (2) Não

63 <CRIANÇA> teve diarreia desde <DIA DA SEMANA> de duas semanas atrás?
(1) Sim (2) Não → #72 (9) IGN

SE SIM

64 Há quantos dias <CRIANÇA> está/estive com diarreia? ___ dias
(88=NSA; 99 = IGN)

65 A Sra. deu para <CRIANÇA> algum tipo de líquido para tratar a diarreia?
(1) sim (2) não → #68 (8) NSA (9) IGN

66 SE SIM: O que?

Soro CEME/pacote (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

Soro caseiro - colher medida (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

Soro caseiro - punhado e pitada (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

Outra solução caseira (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

Soro farmácia (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

Água (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

Água de arroz (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

Chá (1) sim (2) não (8) NSA (9) IGN

SE USOU SORO

67 Quem indicou?

(1) familiares (2) Líder/Pastoral (3) farmácia (4) Agente Comun. Saúde

(5) médico ou outro membro da equipe de saúde (8) NSA (9) IGN

(6) vizinha (7) outro _____

68 Usou algum tipo de remédio para tratar a diarreia? (1) sim (2) não → # 70

SE USOU REMÉDIO: Qual?

Remédio caseiro: Qual 1? _____

Qual 2? _____

Remédio farmácia: Qual 1? _____

Qual 2? _____

69 Quem indicou?

(1) familiares (2) Líder/Pastoral (3) farmácia (4) Agente Comun. Saúde

(5) médico ou outro membro da equipe de saúde (8) NSA (9) IGN

(6) vizinha (7) outro _____

alafez ___

alalit ___

alalec ___

crigo ___

cripor ___

criali ___

diaho ___

diar14 ___

qndiar ___

trat ___

ce me ___

scolhi ___

spita ___

soutr ___

farm ___

trag ___

agarr ___

cha ___

sqind ___

remdia ___

cha1 ___

cha2 ___

trem1 ___

trem2 ___

reqind ___

70 Durante a diarreia a Sra. ofereceu: (1) mais água do que o costume
(2) menos água do que o costume (3) normal (9) IGN

ofdiag ___

71 Durante a diarreia a senhora ofereceu: (1) mais vezes comida do que o costume
(2) menos vezes comida do que o costume (3) normal (9) IGN

ofdico ___

72 Desde que nasceu <CRIANÇA> teve alguma vez, diarreia que durasse 2 semanas ou mais sem parar? (1) Sim (2) Não (9) IGN

diapro ___

73 <CRIANÇA> teve tosse desde <DIA DA SEMANA> passada?
(1) Sim (2) Não (9) IGN

tos7 ___

SE TEVE TOSSE:

Estava com respiração difícil? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

respdi ___

Estava com canseira/falta de ar? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

faltar ___

Estava com o nariz entupido? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

nariz ___

Estava com ronqueira/catarro? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

catarr ___

Estava com nariz escorrendo? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

naries ___

Tinha febre? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

febre ___

SE SIM: Como mediu? (1) termômetro (2) mão (3) Não mediu (8) NSA (9) IGN
(4) Outro: _____

medfeb ___

74 <CRIANÇA> já teve chia no peito alguma vez? (1) Sim (2) Não → #79

chia ___

SE SIM:

75 Com que idade <CRIANÇA> teve chia pela primeira vez? ___ meses
(88= NSA)

d1chi ___

76 Tinha falta de ar ou canseira junto com a chia? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

canchi ___

77 Quantas vezes <CRIANÇA> teve chia nos últimos 3 meses? ___ vezes
(não teve=00; 88 = NSA; 99= IGN)

vezchi ___

78 Alguma vez que teve chia, precisou fazer inalação/cheirinho?
(1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

nebuli ___

79 Desde que nasceu, <CRIANÇA> teve pontada/pneumonia?
(1) Sim (2) Não → #84

pontad ___

SE SIM:

80 Quantas vezes? ___ (8= NSA; 9= IGN)

vezpon ___

81 Quem disse que era pontada? 1ª vez ___ 2ª vez ___ 3ª vez ___ 4ª vez ___
(1) médico (2) mãe ou pai da criança (3) parente (8) NSA
(4) vizinha () Outro: _____ (9) IGN

diag1p ___

diag2p ___

diag3p ___

diag4p ___

trat1p ___

trat2p ___

trat3p ___

trat4p ___

82 Onde recebeu tratamento? 1ª vez ___ 2ª vez ___ 3ª vez ___ 4ª vez ___
(1) Casa (2) Hospital (8) NSA (9) IGN
(3) Posto de Saúde ou Ambulatório () outro: _____

83 <CRIANÇA> fez chapa de pulmão alguma vez? (1) Sim (2) Não

rxpulm ___

84 <CRIANÇA> teve dor de ouvido no último mês? (1) Sim (2) Não → #88

ouvido ___

SE SIM:

85 Saía pús do ouvido? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

pusouv ___

86 Quem disse que era problema de ouvido?
(1) médico (2) mãe ou pai da criança (3) parente (8) NSA
(4) vizinha () Outro: _____ (9) IGN

diaouv ___

87 Onde recebeu tratamento?
(1) casa (2) hospital (3) posto ou ambulatório (4) farmácia
(5) outro _____ (8) NSA (9) IGN

tratouv ___

88 <CRIANÇA> foi internada em hospital desde <MÊS> do ano passado?
(0) Não () Sim. Quantas vezes: ___ (9) Não sabe

inter ___

SE FOI HOSPITALIZADA: Qual o motivo?

Diarréia ___ vezes (0=não foi; 9=não sabe; 8=NSA)

Pneumonia/pontada ___ vezes

Acidente ___ vezes

Outro: _____

hosdia ___

hospne ___

hosaci ___

hosout ___

89 <CRIANÇA> foi pesada nos últimos 3 meses?

(0) Não →# 92 () Sim, quantas vezes ___ (9) IGN

peso3 ___

SE SIM:

90 Onde ?

(1) Posto de Saúde ___ vezes (2) em casa ___ vezes

(3) Pastoral da Criança ___ vezes (4) farmácia ___ vezes

(5) hospital (6) outro: _____ (8) NSA

pespos ___

pescas ___

pespas ___

pesfar ___

peshos ___

pesout ___

91 A Sra lembra quanto <CRIANÇA> pesou na última vez?

(1) Sim, quanto: _____ (2) Não (8) NSA

lempes ___

lemqua ___

92 <CRIANÇA> consultou com médico nos últimos três meses?

(1) Sim (2) Não (9) IGN

consu3 ___

SE SIM: Qual o motivo?

Diarréia (1) Sim (2) Não

Infecção respiratória (1) Sim (2) Não

Problema de pele (1) Sim (2) Não

Outro: _____

condia ___

conira ___

conpel ___

conout ___

93 <CRIANÇA> esta cadastrada ou inscrita em algum programa para receber alimento? (1) Não (2) Posto de Saúde (3) AFASC

() outro: _____ (9) IGN

progra ___

94 <CRIANÇA> foi para a creche ou maternal alguma vez?

(1) Sim (2) Não →#97 (9) Ignorado

SE SIM: Com que idade começou? ___ anos ___ meses
(8.88 = NSA)

creche ___

creini ___

95 <CRIANÇA> continua freqüentando a creche? (1) Sim (2) Não (8) NSA

SE NÃO: Com que idade parou? ___ anos ___ meses
(7.77=continua; 8.88 =NSA)

crecon ___

crepar ___

96 Quantas horas por dia <CRIANÇA> fica(va) na creche? ___ horas (88=NSA)

crehor ___

97 O que a Sra. acha de uma criança de um mês que mama no peito e recebe chá todos os dias?

(1) Bom (2) Ruim (3) Não faz diferença (9) IGN/não sabe

() Outro: _____

alemix ___

98 Até que idade a Sra acha que uma criança deveria mamar somente no peito sem receber água, chá, sucos ou outros alimentos? ___ meses

aleiex ___

99 Na sua opinião, até que idade uma criança deveria mamar no peito?
___ meses

oplei ___

100 A partir de que idade a Sra acha que uma criança deveria começar a receber:

Leite de vaca/saquinho ___ meses (00 = menos de 1 mês)

Leite em pó ___ meses (99 = ignorado/não sabe)

Suco ___ meses (77 = nunca deve receber)

Papa de frutas/amassada ___ meses

Papa salgada(leg/verd) ___ meses

oplv ___

oplpo ___

opsu ___

opfru ___

opleg ___

101 A Sra saberia me dizer as vacinas que uma criança deveria receber no primeiro ano de vida? **(NÃO CITAR)**

Tríplice/DPT	(1) Sim	(2) Não
Tétano	(1) Sim	(2) Não
Difteria/crupe	(1) Sim	(2) Não
Coqueluche/tosse comprida	(1) Sim	(2) Não
Sabin/Pólio/Paralisia/Gotas	(1) Sim	(2) Não
Sarampo	(1) Sim	(2) Não
BCG/Tuberculose	(1) Sim	(2) Não
Hepatite	(1) Sim	(2) Não

sdpt ___
stet ___
sdift ___
scoq ___
spol ___
ssaram ___
sbcg ___
shep ___

102 Agora eu vou dizer algumas vacinas e gostaria que a senhora me dissesse quantas doses uma criança deve receber durante o 1º ano de vida?

(DOSES DE ROTINA - NÃO CONSIDERAR AS DOSES DE CAMPANHA)

Vacina	doses
Tríplice ou DPT	
SABIN /contra paralisia infantil	
Antisarampo	
BCG / contra tuberculose	
Hepatite	

dosdpt ___
dospol ___
dossar ___
dosbcg ___
doshep ___

(7ou mais = 7; IGN = 9)

SE A MÃE NÃO TINHA A CADERNETA DE SAÚDE, PERGUNTAR:

103 A Sra já viu esta caderneta? (**mostrar a caderneta de saúde**)

(1) Sim (2) Não →#108

carvi ___

OBSERVAR SE O PESO ESTA ANOTADO NA CURVA DA CADERNETA DE SAÚDE OU DO CARTÃO DA CRIANÇA: (1) Sim (2) Não

pescur ___

SE SIM:

104 Pode me dizer para que serve esta parte da caderneta?

(MOSTRAR A PÁGINA 12 OU 14)

(1) não sabe (2) Peso (3) Desenvolvimento da criança (8=NSA)
(4) crescimento (5) desnutrição () outro: _____

carser ___

SE RESPONDEU CORRETAMENTE:

105 Este cartão mostra o peso de uma criança no seu primeiro ano de vida. A Sra acha que a criança está bem? (**cartão 1**)

(1) Sim (2) Não (3) Mais ou menos (8=NSA; 9=IGN)
() Outro: _____

cart1 ___

106 E esta outra criança, está bem? (**cartão 2**)

(1) Sim (2) Não (3) Mais ou menos (8=NSA; 9=IGN)
() Outro: _____

cart2 ___

107 Qual destas crianças a Sra acha que está doente agora? (**cartão 3 e 4**)

(1) criança do cartão 3 (2) criança do cartão 4
(3) as duas (4) nenhuma (8=NSA; 9=IGN)
() Outro: _____

cart3 ___

108 O que a Sra. acha de uma mulher grávida que fuma durante a gestação.

(1) bom (2) mal (3) não faz diferença (9) IGN/não sabe

fuges ___

109 Uma criança que nasce em hospital ou maternidade e está bem, deve ficar o tempo todo com a mãe ou ir a noite para o berçário?

(1) Com a mãe
(2) No berçário
(3) Com a mãe se parto normal e berçário se cesárea
(9) IGN/não sabe
() outro: _____

locon ___

110 O que a mãe deve fazer quando uma criança está com diarreia? (NÃO CITAR)

- (01) levar ao médico / Posto de Saúde (09) procurar a Líder/Past. da Criança
 (02) procurar o agente de saúde (10) dar soro
 (03) dar bastante líquidos (11) benzer
 (04) remédio/chá caseiro (12) não sabe
 (05) remédio farmácia (13) esperar passar / nada
 (06) suspender a alimentação () outro _____
 (07) insistir com a alimentação
 (08) não modificar dieta

fazdi1 ___
 fazdi2 ___
 fazdi3 ___
 fazdi4 ___

SE A MÃE NÃO CITAR ALIMENTAÇÃO OU COMIDA, PERGUNTAR:

E quanto a alimentação (comida) de uma criança com diarreia, o que a mãe deve fazer?

- (1) suspender a alimentação (SE A MÃE CITOU ALIMENTAÇÃO NA
 (2) oferece mais comida QUESTÃO ANTERIOR, CODIFICAR COM 8)
 (3) oferece menos comida
 (4) não modificar a oferta de comida
 () outro _____

fazal ___

111 Que tipos de soro para tratar a diarreia a Sra. conhece?

- (01) soro CEME/pacote (05) soro caseiro - pitado e punhado
 (02) soro farmácia (06) soro caseiro com colher-medida
 (03) soro com cereais (água de arroz) (07) outra solução caseira
 (04) nenhum () Outro: _____

conso1 ___
 conso2 ___
 conso3 ___
 conso4 ___

112 A senhora tem colher-medida de plástico, como esta, para fazer soro caseiro?

- Posso ver?
 (1) sim, visto (2) sim, não visto (3) sim, tinha mas perdeu
 (4) sim, emprestado (5) nunca teve (6) não conhece

colmed ___

SE SIM:

113 Quem deu:

- (1) Pastoral da Criança/Igreja
 (2) Posto de Saúde
 (3) Agente Comunitário
 (4) Parente/Comadre/Vizinha
 (5) Farmacêutico
 () Outro: _____

qcolme ___

114 Como a Sra acha que <CRIANÇA> está crescendo?

- (1) Bem
 (2) Não muito bem (mais ou menos)
 (3) Mal
 (4) IGN/não sabe

pecres ___

115 Por que?

- (01) fez referência ao peso
 (02) fez referência à altura
 (03) fez referência às linhas da curva da caderneta de saúde
 (04) tem saúde
 (05) Porque a Líder da Pastoral disse
 (06) Porque o Agente Comunitário de Saúde disse
 (07) Porque o médico disse
 (08) Porque a enfermeira disse
 () Outro: _____

pcr1 ___

pcr2 ___

pcr3 ___

pcr4 ___

OBSERVE SE A CRIANÇA FAZ AS ATIVIDADES REFERENTES À SUA FAIXA ETÁRIA, FAIXA ETÁRIA ANTERIOR À SUA IDADE E FAIXA ETÁRIA POSTERIOR A SUA IDADE. SE NÃO CONSEGUIR OBSERVAR, PERGUNTE PARA A MÃE.

CÓDIGOS: (1) sim, visto (2) sim, não visto (3) não

Idade	<CRIANÇA>	código
1 a 2 meses	Responde ao sorriso com outro sorriso	
3 a 4 meses	Apoiada nas mãos, levanta cabeça e ombros	
5 a 6 meses	Vira a cabeça para o lado do barulho	
7 a 8 meses	Arrasta-se ou engatinha	
9 a 10 meses	Comunica-se com gestos: dá adeus, bate palminhas	
11 a 12 meses	Fala pelo menos 2 palavras como: mamãe, papai, bola, água	
13 a 15 meses (1a e 1m -> 1a e 3m)	Bota e tira coisas uma de dentro da outra	
16 a 18 meses (1a e 4m -> 1a e 6 m)	Anda sozinha	
19 a 21 meses (1a e 7m -> 1a e 9m)	Empilha 3 coisas	
22 a 24 meses (1a e 10m -> 2 anos)	Mostra apontando: cabeça, boca, barriga, mão, pé	
25 a 30 meses (2a e 1m -> 2a e 6 m)	Empilha 5 coisas	
31 a 36 meses (2a e 7m -> 3 anos)	Fala frases pequenas: "Quero brincar de boneca"	
37 a 42 meses (acima 3 anos)	Desenha bolinhas (formas fechadas)	

desan ___

desfa ___

despos ___

Agora vamos conversar sobre a Sra.

116. Em que município a Sra. nasceu? _____

Estado: _____

natura ___

estado ___

117 Há quanto tempo a Sra. mora neste bairro? ___ anos

tembai ___

118 SE MUDOU HÁ MENOS DE 5 ANOS: Morava antes na cidade ou no interior?

(1) cidade / urbana (2) interior / rural (8) NSA

area ___

119 E em Criciúma, a senhora mora há quanto tempo? ___ anos

temcri ___

120 A Sra. fuma? (1) sim (2) não

SE SIM: Quantos cigarros por dia: ___ (88) NSA

srafu ___

nucig ___

121 Qual é a sua idade? ___ anos (já completou?)

idmae ___

122 Quais são as pessoas que moram na casa?

Pai: (1) Não (2) Sim, biológico (3) Sim, adotivo

Mãe biológica: (1) Não (2) Sim, biológica (3) Sim, adotiva

Irmãos da <CRIANÇA>: ___ (número)

Outros: ___ (número)

paibio ___
maebio ___
filnum ___
outnum ___

SE A MAE NÃO CITOU ESPOSO OU COMPANHEIRO, PERGUNTAR:

123 A Sra tem esposo ou companheiro?

(1) Sim (2) Não

vivcom ___

SE TEM ESPOSO OU COMPANHEIRO:

124 A quanto tempo vive com ele? ___ anos

É casada com ele?

(1) Sim, no civil (3) ambos (religioso e civil)

(2) Sim, no religioso (4) Não

(5) outro: _____

vivtem ___

cas ___

125 A senhora sabe ler e escrever? E seu companheiro?

Mãe: (1) Sim (2) Não (3) Só assina

Companheiro: (1) Sim (2) Não (3) Só assina

maeler ___

pailer ___

126 Até que série a Sra. estudou na escola? (completou?) E seu companheiro?

Mãe: ___ série do ___ grau

Companheiro: ___ série do ___ grau

maesc ___^a

comesc ___^a

127 A senhora estudou nos últimos 12 meses?

(1) Sim (2) Não (9) Não sabe/IGN

(3) Outra: _____

estu12 ___

128 A senhora trabalhou nos últimos 12 meses?

(1) Sim, trabalhou fora (2) Sim, trabalhou em casa para fora

(3) Não → #131

(9) Não sabe/IGN

(4) Outra: _____

trab12 ___

SE TRABALHOU:

129 Quantos meses trabalhou? ___ meses

Quantos dias por semana? ___ dias

Quantas horas por dia? ___ horas

trabme ___

trabdi ___

tarbho ___

130 Que tipo de trabalho fez?

(01) costureira

(02) vendedora com carteira assinada

(03) vendedora autônoma

(04) empregada doméstica

(05) diarista

(06) professora primário

(07) professora ginásio/segundo grau

() outro: _____

tiptrab ___

131 No mês passado, quanto ganharam as pessoas que trabalharam?

1ª pessoa: R\$ _____ no último mês

(NÃO PREENCHER

2ª pessoa: R\$ _____ no último mês

CENTAVOS ",00")

3ª pessoa: R\$ _____ no último mês

4ª pessoa: R\$ _____ no último mês

renda1 _____

renda2 _____

renda3 _____

renda4 _____

132 A família tem outra renda? R\$ _____ no último mês

orend _____

CONDIÇÕES DE MORADIA:

133 O terreno da casa em que a Sra mora é:

- (1) Próprio (2) Alugado (3) Empréstado
 (4) Posse/ocupação (5) Outro: _____

terren ___

134 TIPO DE CASA: (OBSERVAR, SE NECESSÁRIO PERGUNTAR)

- (1) Tijolos c/ reboco (2) Tijolo s/ reboco (3) Apartamento
 (4) Madeira regular (5) Madeira irregular
 (6) Papelão, plástico ou lata () Outro: _____

morad ___

135 TIPO DE PISO: (OBSERVAR, SE NECESSÁRIO PERGUNTAR)

- (1) Terra (2) Cimento (3) Madeira (4) Forração
 (6) Lajota (cerâmica) (7) Tijolo
 () Outro: _____

piso ___

136 Quantas peças da casa usam para dormir? ___

dormir ___

137 Tem água encanada em casa?

- (1) Sim, dentro de casa (2) Sim, no quintal (3) Não

aguaen ___

138 De onde vem a água usada para beber?

- (1) Rede pública/CASAN (2) Poço (3) água mineral
 () Outro: _____

fonte ___

139 Tem banheiro em casa?

- (1) sim (2) privada (3) não tem
 () Outro: _____

privad ___

SE SIM: O vaso sanitário tem descarga? (1) sim (2) não

vaso ___

140 Na sua casa tem?

- | | | | |
|----------------|---------|---------|------------------|
| Rádio? | (1) Sim | (2) Não | (3) Não funciona |
| Televisão? | (1) Sim | (2) Não | (3) Não funciona |
| Geladeira? | (1) Sim | (2) Não | (3) Não funciona |
| Liquidificador | (1) Sim | (2) Não | (3) Não funciona |
| Fogão a gás? | (1) Sim | (2) Não | (3) Não funciona |
| Video cassete? | (1) Sim | (2) Não | (3) Não funciona |

radio ___
 tv ___
 gelad ___
 Liqui ___
 fogao ___
 video ___

141 A Sra está grávida?

- (1) Sim → #145 (2) Não (9) IGN

gravid ___

142 A Sra deseja engravidar?

- (1) Sim → #145 (2) Não (3) Não sabe/ não pensou nisso
 (8) NSA (9) IGN () Outro: _____

degrav ___

143 A Sra está fazendo alguma coisa para não engravidar?

- (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

naengr ___

SE SIM: 144 O quê?

- | | | |
|-------------------------|--|-----------------------------|
| (01) Pílula | (03) Camisinha | (04) DIU |
| (02) Coito interrompido | (06) Tabela | (07) Vasectomia |
| (05) Laqueadura tubária | (09) Não menstruou | (10) Aleitamento |
| (08) Não tem parceiro | (11) Não voltou a ter relações sexuais | (12) Billings/muco cervical |
| (13) Temperatura basal | (88) NSA | (99) IGN |
- () Outro: _____

metcon ___

145 A Sra sabe o que é método natural para evitar filhos?

(1) Sim → #146 (2) Não (LER O ENUNCIADO ABAIXO)

conmet ___

Métodos naturais são métodos em que o casal evita ter relações em determinados dias como forma da mulher não ficar grávida.

146 A Sra conhece algum método natural para não engravidar? Quais?

(01) Coito interrompido (02) Tabela (03) Aleitamento
(04) Billings/muco cervical (05) temperatura basal (77)camisinha/pílula
(06) não conhece () outro _____

qalmet ___

147 Alguém lhe ensinou algum método natural para evitar gravidez?

(1) sim (2) não (8) NSA

palmet ___

SE SIM:

148 Quem lhe ensinou?

(1) Pastoral da Criança/Líder/Igreja (5) Agente de Saúde
(2) Curso de noivos (6) Mãe ou avó
(3) médico, enfermeira ou outra pessoa da equipe de saúde
(4) rádio () outro _____

palq
palq1 ___

Agora nós vamos conversar sobre religião:

149 A Sra. tem religião?

(01) não → #154 (05) Testemunha de Jeová
(02) Católico (06) Batista
(03) Luterano (07) Metodista
(04) Assembléia de Deus (08) Espírita
() Outra: _____

relig ___

150 No mês passado a senhora participou de alguma missa, culto ou cerimônia religiosa?

(00) não. () sim. Quantas vezes: ___ (88) NSA

cultme ___

151 A Sra. participa ou faz parte de algum movimento ou atividade de sua religião?

(1) Não (2) Sim Qual? _____

outrel ___

152 Na sua opinião, quem deve educar uma criança na fé ou religião?

(1) mãe (2) pai (3) família/em casa (4) na igreja/catequista
() outro: _____

edurel ___

153 A partir de que idade uma criança deve ser educada para a fé/religião?

___ anos ___ meses (se durante gestação= 77.77; quando falar=66.66)

qedrel ___

154 A senhora já ouviu falar nos Agentes Comunitários de Saúde?

(1) sim (2) não → #161

fageco ___

SE SIM

155 Foi visitada por eles:

(1) sim (2) não → #161 (9) IGN

visgec ___

156 Durante a gestação de <CRIANÇA> a senhora já era acompanhada pelo agente comunitário de saúde? (1) sim (2) não

gescom ___

157 No primeiro mês depois que <CRIANÇA> nasceu, a senhora recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde?

(1) Sim (2) Não → # 159

visnas ___

SE SIM:

158 Conversaram sobre aleitamento materno?

(1) Sim (2) Não (8)NSA

159 Nos últimos três meses a senhora recebeu alguma visita de Agente Comunitário de Saúde? (1) Sim (2) Não (8)NSA

160 A senhora está satisfeita com o visitas/trabalho do Agente Comunitário de Saúde?

(1) Sim. Porque: _____

(2) Não. Porque: _____

161. A senhora já ouviu falar na Pastoral da Criança?

(1) sim (2) não → # 173

162 A Sra sabe o que faz a Pastoral da Criança? (1)Sim (2)Não → #167 (9)IGN

SE SIM: O que ela faz? (1) pesa (2) ensina cuidar das crianças

(3) ensina alternativas alimentares (4) ensina remédios caseiros

(5) faz visitas () outros: _____

163 Participa ou já participou?

(1) sim, ainda participa. (2) sim, mas não participa mais

(3) nunca participou.

PERGUNTAR SEMPRE: Porque: _____**SE PARTICIPA OU PARTICIPOU: A quanto tempo deixou de participar da Pastoral:**

164 Quanto tempo: __ anos __ meses

_____ a _____ m

165 De quais atividades a senhora participa/participou na Pastoral da Criança:

(1) peso (2) reuniões/aulas/cursos (3) visitas

() outro: _____

166 Quais mais gosta: (1) peso (2) reuniões/aulas/cursos (3) visitas

() outro: _____

167 Foi visitada pela Líder Comunitária:

(1) sim (2) não → # 173

168 Durante a gestação de <CRIANÇA> a senhora já era acompanhada pela Líder da Pastoral da Criança?

(1) sim (2) não

169 No primeiro mês depois que <CRIANÇA> nasceu, a senhora recebeu visita da Líder da Pastoral da Criança?

(1) Sim (2) Não

SE SIM:

170 Conversaram sobre aleitamento materno? (1) Sim (2) Não (8)NSA

171 Nos últimos três meses a senhora recebeu alguma visita da Líder da Pastoral da Criança? (1) Sim (2) Não (8)NSA

172 A senhora está satisfeita com o visitas/trabalho da Líder da Pastoral da Criança?

(1) Sim. Porque: _____

(2) Não. Porque: _____

conale ___

vis3ag ___

satagc ___

pqsata ___

fapasc ___

sapfaz ___

oqfazp ___

parti ___

partpq ___

partem ___

qativ ___

qgost ___

vislid ___

gespas ___

naspsc ___

alepst ___

vis3me ___

satpa1 ___

satpa2 ___

173 NA CADERNETA DE SAÚDE (PÁGINA 16) VERIFICAR E ANOTAR A DATA DAS DOSES DE VACINAS

VACINA	Antipólio - Sabin (gotas)	Tríplice-DPT (nádegas)	Anti-Sarampo	BCG (ver cicatriz no ombro)	Hepatite
1ª dose	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
2ª dose	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
3ª dose	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Reforço	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

sab1 ___/___/___
 sab2 ___/___/___
 sab3 ___/___/___
 sabre ___/___/___
 dpt1 ___/___/___
 dpt2 ___/___/___
 dpt3 ___/___/___
 dptre ___/___/___
 sar ___/___/___
 sarre ___/___/___
 bcg ___/___/___
 hepns ___/___/___
 hep2m ___/___/___
 hep6m ___/___/___
 hep2d ___/___/___
 hep2e ___/___/___

174 NA CADERNETA DE SAÚDE (PÁGINA 11) COPIAR DATA OU IDADE, PESOS e ESTATURAS DA CRIANÇA

Data (1)	OU	Idade (2)	Peso	Altura Comprimento	Onde
___/___/___		0 anos ___ meses 00			
___/___/___		0 anos ___ meses 00			
___/___/___		0 anos ___ meses 00			
___/___/___		0 anos ___ meses 00			
___/___/___		0 anos ___ meses 00			
___/___/___		0 anos ___ meses 00			
___/___/___		0 anos ___ meses 00			
___/___/___		0 anos ___ meses 00			
___/___/___		0 anos ___ meses 00			
___/___/___		0 anos ___ meses 00			
___/___/___		0 anos ___ meses 00			
___/___/___		0 anos ___ meses 00			
___/___/___		0 anos ___ meses 00			
___/___/___		0 anos ___ meses 00			
___/___/___		0 anos ___ meses 00			
___/___/___		0 anos ___ meses 00			
___/___/___		0 anos ___ meses 00			
___/___/___		0 anos ___ meses 00			
___/___/___		0 anos ___ meses 00			
___/___/___		0 anos ___ meses 00			
___/___/___		0 anos ___ meses 00			

doud1 ___
 datac1 ___
 pesoc1 ___
 altuc1 ___
 ondec1 ___
 doud2 ___
 datac2 ___
 pesoc2 ___
 altuc2 ___
 ondec2 ___
 doud3 ___
 datac3 ___
 pesoc3 ___
 altuc3 ___
 ondec3 ___
 doud4 ___
 datac4 ___
 pesoc4 ___
 altuc4 ___
 ondec4 ___
 doud5 ___
 datac5 ___
 pesoc5 ___
 altuc5 ___
 ondec5 ___
 doud6 ___
 datac6 ___
 pesoc6 ___
 altuc6 ___
 ondec6 ___
 doud7 ___
 datac7 ___
 pesoc7 ___
 altuc7 ___
 ondec7 ___
 doud8 ___
 datac8 ___
 pesoc8 ___
 altuc8 ___
 ondec8 ___
 doud9 ___
 datac9 ___
 pesoc9 ___
 altuc9 ___
 ondec9 ___

CÓDIGOS:

Onde : (1) Posto de saúde (2) Em casa
 (3) Pastoral da criança (4) agente comunitário
 () Outro: _____

CASO A MÃE TENHA MENOS DE DUAS ANOTAÇÕES (DATA E PESO), PERGUNTAR:

- 176 Onde (mais) a criança foi pesada para que possamos procurar esta informação?
 (1) a criança não foi pesada (desconsiderar o peso ao nascer)
 (2) foi pesada mas não teve seu peso anotado
 (3) a mãe não tem anotação mas esta foi feita.

SE ANOTAÇÃO FOI FEITA - NÃO CODIFICAR ESTA QUESTÃO

177 Aonde?
 (1) no hospital (2) Posto de Saúde (3) Pastoral da Criança

DESCRIÇÃO DO LOCAL:

(a) Aonde __ DATA: __/__/__
 LOCAL: _____

(b) Aonde __ DATA: __/__/__
 LOCAL: _____

(c) Aonde __ DATA: __/__/__
 LOCAL: _____

SE O PESO FOI ANOTADO PELA PASTORAL, PERGUNTAR O NOME DA LÍDER.

OBSERVAR

- 178 **COR DA PELE DA CRIANÇA (SE NECESSÁRIO PERGUNTAR):**
 (1) Branca (2) Parda (3) Preta (4) Outra

- 179 **CICATRIZ DA BCG**
 (1) sim (2) não

180 Peso _____ Kg

181 Comprimento _____ cm

182 Hemoglobina: _____

183 Data da entrevista __/__/__

AGRADECER A MÃE PELA SUA COLABORAÇÃO!

doud10 __
 datac10 _____
 pesoc10 ____, __
 altuc10 _____
 ondec10 __
 doud11 __
 datac11 _____
 pesoc11 ____, __
 altuc11 _____
 ondec11 __
 doud12 __
 datac12 _____
 pesoc12 ____, __
 altuc12 _____
 ondec12 __
 doud13 __
 datac13 _____
 pesoc13 ____, __
 altuc13 _____
 ondec13 __
 doud14 __
 datac14 _____
 pesoc14 ____, __
 altuc14 _____

ondec14 __

=====

(PERGUNTA 176)
 pesmais __

cor __

cicbcg __

peso ____, __

compr ____, __

hemog ____, __

dataen __/__/__

MANUAL DE INSTRUÇÕES

INSTRUÇÕES GERAIS

Formule as perguntas exatamente como estão escritas, sem enunciar as opções de resposta. Se necessário, explicar sucintamente a pergunta (conforme instruções específicas) e, em último caso, enunciar todas as opções, tendo o cuidado de não induzir a resposta.

Onde constar <CRIANÇA> substitua pelo nome da criança. Por exemplo: Quando <CRIANÇA> começou a tomar leite do peito? DIGA: Quando Márcio (se for este o nome) começou a tomar leite do peito?

Caso a criança não esteja presente, pergunte à mãe por ela.

Sempre que houver dúvida, escreva por extenso a resposta dada pela informante. Quando uma resposta parecer pouco confiável, anote-a e faça um comentário sobre sua má qualidade.

Não deixe respostas em branco. Observe a aplicação dos códigos especiais:

- **Ignorado ou IGN:** código 9, 99 ou 999...= resposta desconhecida do informante, não sabe ou informação muito pouco confiável. Use a resposta "ignorado" somente em último caso. Abrevia-se IGN.

- **Não se aplica ou NSA:** código 8, 88 ou 888...= quando a pergunta não pode ser aplicada para aquele caso. Quando houver instruções para pular de uma pergunta para outra mais adiante, utiliza-se o código 8 ou 88... nas perguntas que não forem aplicáveis. O símbolo _# indica pular para pergunta. Por exemplo: _#33 indica pular para a pergunta 33.

- **código "0"** não deve ser aplicado como sinônimo de "não", a não ser quando isto esteja especificado claramente nas opções da pergunta. Deve-se considerá-lo normalmente em seu significado numérico. Assim, 00 meses e 02 dias = 2 dias; 00 dias = menos que 24 horas, 00 meses = menos de 30 dias.

Para o uso de outros códigos, siga as instruções que constam abaixo de cada pergunta. As instruções em **LETRAS MAIÚSCULA** não devem ser perguntadas às mães pois servem apenas para orientar o entrevistador. Já as frases **em negrito e em**

minúsculas devem ser lidas exatamente como estão, pois servem para introduzir um novo assunto.

Utilizar lápis grafite e borracha para preencher o questionário. Atenção especial deve ser dada para a escrita e legibilidade dos números.

O pronome de tratamento (tu ou senhora) ficará a critério da entrevistadora e seu uso dependerá das circunstâncias de cada entrevista. Na dúvida, use sempre senhora.

Apresentação da entrevistadora ao informante: porte **SEMPRE** seu crachá. Em caso de perda ou extravio comunique aos supervisores que providenciarão um novo. Apresente-se como sendo integrante do grupo que está estudando a saúde das crianças pequenas de Criciúma. Se necessário, mostre a carta de apresentação. Pergunte se tem criança com menos de três (3) anos morando naquela casa e se a mãe está em casa. Diga que gostaria de falar com ela. Em caso de uma mesma família ter 2 crianças menores de 3 anos, deverá ser preenchido um questionário para cada criança.

Mãe ausente: caso a mãe não esteja, pergunte aos parentes ou vizinhos qual o melhor horário para encontrá-la. Caso a mãe não more com a criança, pergunte pela pessoa responsável e aplique o questionário a esta pessoa. Nos casos em que a criança passa a maior parte do tempo com um responsável pela criança que não a mãe, ou seja, com um "substituto", e a mãe não se encontra em casa, o questionário pode ser aplicado a esta pessoa. Se houver necessidade de complementar a entrevista com informações da mãe, deve-se voltar a casa e formular à mãe somente as perguntas que o "substituto" não soube responder.

Caso não encontre a criança no endereço principal, procure obter informações de como encontrá-la ou localizá-la. Depois de esgotadas essas tentativas, comunique aos supervisores que tentarão nova busca.

Recusas: muitas recusas são temporárias, isto é, o entrevistador chegou em um momento não muito propício, mas ao retornar mais tarde, é provável que consiga realizar a entrevista. Não desista antes de três tentativas em horários diferentes. Tente "trocar" a visita com outra entrevistadora, que talvez tenha mais sorte que você.

Casas vazias (desabitadas): onde dois vizinhos diferentes informam que "não mora ninguém" devem ser ignoradas. Na folha de conglomerados anota-se "casa vazia".

Casas com moradores ausentes: se os moradores estão temporariamente ausentes, sugerimos que se pergunte a dois vizinhos diferentes se existem crianças pequenas naquela casa. Se ambos informarem que não, anota-se o endereço na folha

de conglomerado e marca-se "zero" na coluna da criança. Se os vizinhos informarem que há criança, ou se estiverem em dúvida, a entrevistadora deverá retornar duas vezes ou mais neste domicílio nos horários referidos pelos vizinhos como mais prováveis de serem encontrados os moradores. Depois de esgotadas essas tentativas considerar como morador ausente e informar ao seu supervisor, não esquecendo de registrá-la na folha de conglomerado.

Deixar claro à informante, no início da entrevista, que as suas respostas serão completamente sigilosas.

Diário de trabalho de campo: mantenha, para seu controle, um diário de trabalho de campo, anotando quais crianças visitou, se foram ou não realizadas as entrevistas. Caso não tenham sido, anote o motivo e seu plano para retornar e visitá-la (voltar no emprego do pai, da mãe ou em endereço secundário). Não confie na memória. São muitas crianças e confusões só atrapalharão seu próprio trabalho.

Codificação: no final do dia de trabalho faça a codificação das questões, utilizando a coluna da direita do formulário. Codifique apenas as questões "fechadas", isto é, aquelas cujas respostas são do tipo múltipla escolha e quando não tiver dúvidas quanto a que código usar. Caso tenha dúvidas, deixe a questão em branco. As questões abertas - aquelas que devem ser respondidas por extenso - serão codificadas posteriormente.

Cálculos: caso seja necessário algum cálculo, não o faça durante a entrevista porque isso geralmente resulta em erro. Faça-o no momento da codificação. Por exemplo, se o salário for indicado sob a forma de pagamento diário ou semanal, anotá-lo por extenso e não tentar a multiplicação para obter o valor mensal. Isto deve ser feito por ocasião da codificação.

Não anote nada além dos códigos na coluna da direita. Reserve este espaço somente para a codificação. Use números LEGÍVEIS, bem desenhados. Um lembrete importante, use somente lápis tanto para a entrevista, como para a codificação.

Devolva o questionário preenchido na manhã do dia seguinte à entrevista.

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS

Ao receber os questionários, verifique se as páginas estão completas, ou seja, se os questionários possuem todas as folhas. Trace seu itinerário de visitas no início do dia, em acordo com seu supervisor.

PERG.1 Número do questionário: esta questão será preenchida pelos coordenadores da pesquisa.

Número da folha de conglomerado: anote o número da folha de conglomerado no espaço correspondente. Não esquecer de anotar o endereço completo no questionário.

PERG.2 Entrevistadora: preencha com seu nome. E o código referente ao seu número. Anote aqui o seu nome: _____ e Código: ____

Supervisora: Anote o nome de sua supervisora.

Entrevista supervisionada: visa saber se na hora da entrevista esta era supervisionada ou não pelo supervisor do trabalho de campo.

PERG.3 Setor: anotar o número do setor correspondente.

PERG.4 Bairro: deverá ser preenchido conforme o bairro onde os dados estão sendo colhidos e o endereço completo. * **O endereço** tem que ser anotado detalhadamente no questionário. Na folha de conglomerados pode ir só o número do questionário, mas não esquecer o endereço no questionário pois a visita para coleta de sangue depende deste endereço e se houver algum problema maior na codificação voce também necessitará utilizar este endereço.

PERG.5 Dia da semana: marcar o dia da semana correspondente.

PERG.6 Tentativas: destina-se a anotação do número de visitas necessárias para localizar cada mãe e criança.

Comunique à supervisora caso ocorram problemas com a localização. Se você conseguiu entrevistar a mãe na primeira tentativa, anote a opção 1 (Sim, entrevistada) e nas demais alternativas marcar a opção 8 (NSA).

Se por exemplo na primeira tentativa a mãe marcou para outro dia a entrevista, marque na primeira tentativa a opção 2 (Sim, marcou para outro dia) e na segunda visita no dia marcado pela mãe, você conseguiu realizar a entrevista, marque na segunda tentativa a opção 1 (Sim, entrevistada) e nas demais alternativas 8 (NSA).

APRESENTAÇÃO: logo após a PERG.6, apresente-se de forma clara e breve, lendo à apresentação existente no questionário.

Se houver criança menor de 3 anos no domicílio, aplique o questionário completo. Se não houver, aplique apenas as perguntas da Folha de Conglomerado, conforme instruções abaixo:

INSTRUÇÃO PARA PREENCHIMENTO DA FOLHA DE CONGLOMERADO:

1. Bairro, setor, entrevistador, código do entrevistador: seguir as mesmas instruções utilizadas no questionário.
2. Nome e endereço: nome da pessoa que prestou informação, rua e número da casa.

PERG.7 **Hora da entrevista:** registrar a hora em que a entrevista teve início.

PERG.8 **Nome da mãe:** anotar o nome completo da mãe por extenso (sem abreviar), de forma legível, preferentemente em letra de forma.

No caso de não ter sido a mãe quem respondeu o questionário, anotar também o nome da pessoa responsável pelas informações.

Procure chamar a mãe ou responsável pelo nome.

PERG.9 **Número da criança:** em famílias que tiverem mais de uma criança menor de 3 anos, a mais nova será a nº 1 e a seguinte será a nº 2.

Se houver apenas uma criança seu nº será 1. O número 1 deverá ser sempre da criança de menor idade, ou seja, a mais nova.

PERG.10 **Nome da criança:** anotar o nome completo da criança por extenso (sem abreviar), de forma legível, em letra de forma e deste momento em diante, onde constar <CRIANÇA>, substituir pelo nome.

PERG.11 **Sexo:** definir o sexo da criança pelo nome ou pela aparência pode, algumas vezes, provocar engano.

Por exemplo uma criança de nome Juraci com cabelos compridos tornaria bastante difícil afirmar a que sexo pertence. A cor da roupa pode enganar. Em caso de dúvida pergunte a mãe se é menino ou menina.

PERG.12 **Quem cuida...?:** Identificar quem tomou conta da criança **a maior parte do dia no último mês**; entender que "cuida da criança" diz respeito aquela pessoa que é responsável pela alimentação, pelo sono e pelo cuidado com as roupas. Em caso de dúvida, anote por extenso.

Caso a mãe e outra pessoa cuidem da criança exatamente a mesma proporção de tempo, considere a mãe como responsável, codificando com 1 (Mãe) na 1ª pessoa e na 2ª pessoa o código referente a esta pessoa. Se parente/vizinho receber remuneração para cuidar da criança, considere como "empregada". Perguntar também a idade da pessoa que cuida caso parente, amiga, vizinha, empregada ou babá para saber se é maior de 15 anos ou menor de 15 anos.

Caso não se encontre a mãe ou responsável, pergunte a que horas pode voltar para encontrá-la. Caso a mãe ou responsável cuide a criança sozinha, codifique 8 (NSA) na variável "cuida2".

PERG.13 Tem Certidão de nascimento: perguntar à mãe se ela tem a certidão de nascimento ou caderneta de saúde e pedir para trazer.

PERG.14 Data de nascimento da criança. anotar a data de nascimento e caso a mãe não tenha o documento, perguntar pela data de aniversário e quantos anos a criança fez no último aniversário.

Certidão de nascimento, confirmação: confirmar a idade com algum documento, de preferência a certidão de nascimento. Se não estiver disponível, pedir a caderneta de saúde ou carteira de vacinas. Em caso de discordância com a informação fornecida pela mãe, perguntar a esta sobre a diferença. Caso a discordância permaneça, codificar com a idade fornecida pelo documento. **Em ambos os casos anotar a data de nascimento e ler em voz alta para a mãe.**

PERG.15 Tem caderneta de saúde: Marcar a informação dada pela mãe. Quando a caderneta de saúde foi vista codificar a questão **103** como 8 = NSA.

PERG.16 Consulta pré-natal: considerar consulta do parto, como consulta de pré-natal, somente se a mãe compareceu a consulta como rotina pré-natal, sem saber que já ficaria hospitalizada. Não considerar grupos de gestante como consultas. **SE NÃO:** pular para a questão # 22.

PERG.17 Em que mês fez a primeira consulta pré-natal? Se a mãe não souber dizer com quantos meses estava, aceitar o nome do mês em que iniciou e anotar na margem do questionário, fazendo a conta no momento da codificação.

Marcar 01 se iniciou o pré-natal antes de completar um mês. Não contar como consulta pré-natal aquela em que apenas foi feito o diagnóstico de gravidez.

PERG.18 Quantas consultas pré-natal? Anotar quantas vezes a mãe consultou. Se a mãe responder por exemplo, entre 5 e 6 consultas insistir para obter o número mais provável de consultas.

PERG.19 Esta questão refere-se a **qualidade do pré-natal**. Perguntar exatamente como está escrito e anotar a resposta da mãe.

PERG.20 Se fez vacina anti-tetânica, quantas doses: a vacina é normalmente feita no braço. Se já havia sido imunizada em gestação anterior há dez anos ou menos,

responder com a opção 7 (já imunizada). Aplicar esta questão mesmo que a mãe não tenha sido orientada sobre a vacina contra o tétano durante a gestação.

PERG.21 **Onde fez pré-natal:** marcar o local referido pela mãe. Caso seja outro local anotar detalhadamente. Onde constar posto de saúde entender unidade básica de saúde ou referencial de saúde e também posto de puericultura. Particular caso tenha pago consulta e conveniado caso possua algum convênio. Quando a mãe referir consultório, saber se foi particular ou com convênio.

PERG.22 **Hospital do parto:** marcar a opção referida pela mãe. Caso outro hospital, por exemplo de outra cidade, anotar detalhadamente.

PERG.23 **Parto:** marcar a resposta da mãe sobre o tipo de parto referente a criança em questão. Caso a mãe refira que o parto foi a fórceps ou a ferro, assinalar parto normal. Se obtiver outra resposta, marque outro e escreva por extenso o que a mãe disse.

PERG.24 **Peso:** perguntar para a mãe o peso de nascimento da criança e anotar , após olhar a caderneta de saúde ou cartão do hospital para confirmar o peso.

PERG.25 Queremos saber **quantos minutos ou horas** depois de nascida a criança mamou no peito. Tentar aproximar com a mãe quantas horas e minutos. Se não for possível, perguntar a que hora a criança nasceu e quanto tempo depois ela foi mamar pela primeira vez, anotar por extenso e depois fazer os cálculos. Na hora de codificar usar o código 77:77 para a criança que não chegou a mamar ou nunca mamou; e 78:78 para crianças que mamaram com mais de 99 horas depois do nascimento.

PERG.26 **Alojamento conjunto:** visa saber se na maternidade a criança ficou com a mãe o tempo todo após o nascimento. Se a criança era levada a noite para o bercário, ou se ficou na incubadora por algum tempo, considerar não/bercário.

PERG.27 Visa saber se a **mãe recebeu alguma orientação** para cuidados da criança, do umbigo, sobre amamentação, vacinas. Não importa se foi o obstetra, o pediatra, o enfermeiro, médico, anestesista, auxiliar etc. Queremos saber se recebeu e **se sim** qual foi a orientação. Anotar detalhadamente o referido pela mãe.

PERG.28 **Parto particular ou não:** visa saber se o parto foi pago, feito por convênio ou foi gratuito, pelo SUS/INPS ou outro.

PERG.29 **Filhos antes:** nessa questão deverá ser anotado o número de filhos nascidos mortos e nascidos vivos que a mãe teve **antes** desta criança em estudo. Caso a mãe cite aborto, este não deve ser considerado na contagem dos filhos.

Considerar como natimorto (nascido morto) aqueles que tenham 28 semanas ou mais de gestação (mais ou menos 7 meses) ou peso igual ou superior a 1000 gramas. Se algum for gemelar (gêmeos) anotar na margem. Se não teve filhos antes pular para pergunta **#33. Se Sim:** fazer a pergunta 30.

PERG.30 Mãe lembra da perda: queremos saber com quantos meses ocorreu a perda,

Considerar como natimorto (nascido morto) aqueles que tenham 28 semanas ou mais de gestação (mais ou menos 7 meses) ou peso igual ou superior a 1000 gramas. Se algum for gemelar (gêmeos) anotar na margem.

NASCIDOS VIVOS ANTES: sempre codificar, independentemente do pulo da questão 29. O número de nascidos vivos antes é a diferença entre o número de filhos antes (perg. 29) e o número de perdas/nascidos mortos (perg. 30). Ex. se a mãe refere que teve 3 filhos antes da <criança> e que 1 nasceu morto, o número de nascidos vivos é 2; se teve 3 filhos antes e nenhum nasceu morto, o número de nascidos vivos antes é 3.

PERG.31 Quantos estão vivos: SE NÚMERO DE FILHOS DIFERENTE DO NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS queremos saber se algum filho morreu antes da criança em estudo. É necessário comparar o número de nascidos vivos antes com quantos estão vivos (perg. 31). Ex. se a mãe refere que teve 4 filhos e 3 estão vivos perguntar pelo filho que falta e anotar a idade da morte do mesmo.

PERG.32 Data de nascimento do(a) irmão(ã) mais velho(a): somente fazer esta pergunta a mães que tenham filhos mais velhos do que a criança em estudo. Quando a criança for primogênita (primeiro filho) codificar com 08/08/00. Esta pergunta visa saber o intervalo entre o nascimento da <criança> e o filho anterior. No caso de gêmeos, perguntar pelo parto anterior.

PERG.33 Gravidez depois do nascimento da criança: nessa questão deverá ser anotado o número de filhos nascidos mortos e nascidos vivos que a mãe teve depois do nascimento da criança em estudo.

Considerar como natimorto (nascido morto) aqueles que tenham 28 semanas ou mais de gestação (+ ou - 7 meses) ou peso igual ou superior a 1000 gramas. Se algum for gemelar (gêmeos) anotar na margem. **Se sim:** saber quantas vezes e perguntar se algum deles nasceu morto, **Se sim:** fazer a questão # 34. **Se não:** pular para a # 35.

PERG.34 Mãe lembra da perda: queremos saber com quantos meses ocorreu a perda, Considerar como natimorto (nascido morto) aqueles que tenham 28 semanas ou mais de gestação (mais ou menos 7 meses) ou peso igual ou superior a 1000 gramas. Se algum for gemelar (gêmeos) anotar na margem.

NASCIDOS VIVOS DEPOIS: sempre codificar, independentemente do pulo. O número de nascidos vivos depois é a diferença entre o número de filhos depois (perg. 33) e o número de perdas/nascidos mortos.

PERG. 35 Quantos estão vivos : esta questão visa saber quantos estão vivos. Caso tenha havido alguma morte, procurar saber a idade da criança e anotar por extenso ao lado; na codificação anotar em meses. Por exemplo: se a criança tinha 1 ano e 9 meses. Anote por extenso e depois em casa faça o cálculo que dará 21 meses.

PERG.36 Ontem se alimentou como sempre ? pergunte se no dia anterior a criança se alimentou como sempre. Estamos preocupados principalmente com a diminuição do apetite por causa de doenças.

Eventualmente a criança pode ter estado muito "enjoada" ou ter passado o dia em outra casa que não a sua e isso ter modificado seu apetite. Alterações do apetite, como por exemplo pelo calor, que não forem muito importantes não precisam ser levadas em conta. Caso a resposta seja afirmativa, passe direto para o recordatório alimentar das últimas 24 horas .

SE NÃO: quando foi o último dia que se alimentou como sempre? Esta questão só se aplica caso a criança não tenha se alimentado como habitualmente no dia anterior. Anote então quando foi o último dia que a criança se alimentou como de costume, direcionando as questões do recordatório alimentar para este dia.

Use os seguintes códigos especiais, 01/01 (IGN) se a mãe ou responsável não souber responder e 88/88 (NSA) se a criança tiver se alimentado normalmente no dia anterior.

PERG.37 RECORDATÓRIO ALIMENTAR (24 horas): o recordatório alimentar deverá corresponder às 24 horas anteriores a entrevista.

Por exemplo, se a entrevista está iniciando às 13h30 (este horário corresponde ao início da tarde), perguntar à mãe tudo o que a criança tomou desde o dia anterior após o almoço até o almoço do dia da entrevista (inclusive).

A entrevistadora deverá **marcar em cima da tabela com uma flecha** o período de início do recordatório, para que não haja confusão quanto ao término do mesmo. Anotar sempre que possível o horário da refeição.

Se a mãe desconhece as refeições do dia anterior (por exemplo, a criança passou o dia na casa de outra pessoa), perguntar com relação há dois dias atrás. Caso a criança faça suas refeições em creche ou similares, vá à creche, de preferência no mesmo dia, e faça o recordatório do período em que a criança esteve ali, com a responsável pela alimentação das crianças e obtenha da mãe as informações referentes ao período em que a criança ficou em casa.

A descrição dos alimentos consumidos pela criança deverá ser feita de acordo com cada período correspondente do dia. Caso a <CRIANÇA> não tenha recebido o alimento codifique 00.

Durante o recordatório a entrevistadora deve **ênfatizar o período do dia** ao qual ela está se referindo naquele momento. Por exemplo: "diga-me o que a criança comeu **ontem à tarde**".

Caso a entrevistada responda que a criança mama "toda hora" tente precisar o número de mamadas em cada período, inclusive durante a noite.

No caso da criança não ser amamentada exclusivamente, anote o alimento realmente **INGERIDO**, o que a criança realmente comeu. Isto é, não considere caso a mãe tenha oferecido um determinado alimento que a criança não tenha aceitado (não tenha ingerido nada).

Número de refeições: o último código da folha do recordatório alimentar refere-se ao número total de refeições feitas pela criança durante as 24 horas. Considere um intervalo de 45 minutos para cada refeição, ou seja se a criança tomou uma mamadeira e comeu um pedaço de maçã, juntas considerar isto como uma

refeição, mas se outra criança as 8 hs da manhã tomou uma mamadeira de leite e 9 hs comeu um pedaço de fruta, serão consideradas duas refeições, pois houve um intervalo superior a 45 minutos entre ambas. Chá, café e água, quando consumidos isoladamente não são considerados como refeição.

Mamadeira incompleta: Refere-se ao uso de mamadeira com intervalo de 45 minutos ou mais. Por exemplo a Mãe preparou uma mamadeira de 200 ml para a criança, mas ela só ingeriu 100 ml e dormiu, após 46 minutos, ao acordar ela deu para a criança o restante, considera-se duas mamadeiras; e marque em leite de vaca ou pó dependendo do tipo de leite.

Água, chás,: Quer se saber quantas vezes a criança tomou nas 24 horas. Neste caso não se aplica o intervalo de 45 minutos.

Leite materno: Quando a criança der duas mamadas com intervalo menor de 45 minutos, em refeição considerar apenas uma, mas na codificação do número de mamadas as duas deverão ser computadas.

Leite de vaca: considere leite de saquinho, de tambor, leiteiro ou caixinha.

Café: algumas mães misturam café na mamadeira de seus filhos ou até mesmo dão café puro as crianças. Quando a entrevistada descrever a preparação da mamadeira, pergunte se ela mistura "alguma coisa". Caso misture café com leite, anote separadamente o café e o leite.

Suco: quer saber quantas vezes a mãe ofereceu suco a criança nas últimas 24 horas, considerar qualquer tipo de suco (frutas).

Pão: considere quando a mãe referiu pão caseiro ou de padaria.

Bolacha: considere quando a mãe deu para a criança e esta ingeriu, não importa se doce ou salgada.

iogurte: Considere quando oferecido para a criança, danoninhos etc.

Mingau: Caso seja preparado para a criança leite misturado com algum tipo de farinha que seja consistente a ponto de não ser oferecido pela mamadeira, considere como mingau.

Caldo: considere que a mãe fez uma sopa e deu oferecendo a parte líquida. Exemplo de caldos que podem aparecer: Caldo de Ameixa, Caldo de Feijão, de verduras...

Frutas: Caso a criança receba apenas o suco de frutas, anote em suco. Anote se receber a parte semi-sólida em forma de papa, anote como fruta e procure anotar o nome da fruta usada. Algumas frutas que podem ser citadas: banana, maçã, mamão, laranja, abacate, pera, manga, morango, abacaxi...

Ovo: Considere o que a mãe deu a criança, não importa se a criança comeu apenas parte da clara ou gema, anotar que a criança ingeriu ovo;

Arroz: considere quando ela referir arroz. Caso a mãe tenha dado água de arroz para a criança, não considere neste item, marque em outros

Feijão: considere tanto quando a mãe ofereceu a parte sólida como também apenas o caldo.

Legumes e verduras: O que poderemos encontrar são alguns vegetais verdes e amarelos como: repolho, couve, abóbora, chuchu, espinafre, brócolos, tomate, cebola, cenoura, beterraba. Esmagadas ou batidas no liquidificador, e que a criança tenha realmente comido.

Massa: considere quando oferecido o produto, anotar quantas vezes a criança comeu.

Batata e aipim: considere papa de batata ou de aipim, se a mãe preparou um purê ou simplesmente amassou a batata pura ou o aipim e ofereceu a criança separadamente ou misturado a outro alimento.

Farinha de mandioca: caso a mãe tenha referido ou utilizado para alguma preparação, como por exemplo engrossar o caldo do feijão.

Carne: Só anotar como carne quando realmente a criança comeu. Por exemplo quando a mãe passou no liquidificador a carne e realmente a criança comeu. Não considerar quando apenas oferecido apenas o caldo de carne.

Engrossante: caso a mãe ofereça leite com algum tipo de engrossante, procure anotar o nome. Podem aparecer mucilon, aveia, maizena, etc.

Outro 1 e 2: Anotar qualquer tipo de preparação diferente das que foram descritas anteriormente e quantas vezes a criança comeu.

Sopas: quando a mãe referir sopa, tente identificar que tipo de sopa. Se sopa de legumes e carne, anotar em legumes e carne, não esquecendo de se certificar que a criança comeu a carne. Se sopa de galinha ou canja, perguntar se levou arroz na preparação; anotar em arroz e carne, não esquecendo de se certificar que a criança comeu a carne. Se algum outro tipo de sopa como sopa de farinha de milho ou fubá, anotar em outros.

PERG.38 Comeu algum destes alimentos na última semana: estas questões visam saber se a criança ingeriu, comeu algum destes alimentos na última semana, ou seja, no período de sete dias atrás. Importa saber se ela ingeriu pelo menos uma vez o alimento na semana que passou.

Ao perguntar, substitua <DIA DA SEMANA> pelo dia da entrevista. Por exemplo: se a entrevista está sendo realizada numa terça-feira, a pergunta ficaria: Desde terça-feira da semana passada a <CRIANÇA> comeu algum destes alimentos que eu vou lhe dizer?

PERG.39 Começou a ingerir alimentos: APLICAR APENAS PARA CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO (11 meses e 29 dias). As questões a seguir visam saber quando a criança iniciou a ingerir tais alimentos regularmente.

Considera-se como regularmente o alimento oferecido pelo menos duas vezes em dias diferentes dentro de uma semana, desconsiderando os alimentos oferecidos esporadicamente.

Se a criança nunca recebeu regularmente o alimento citado para a mãe, completar com o código 77 (não começou). Se a criança não come mais o alimento, mesmo assim perguntar para a mãe com que idade começou a comer e anotar a resposta.

Devem ser anotados os meses de vida que a criança tinha quando recebeu pela primeira vez os diversos alimentos. Evite arredondamentos por parte da mãe: quando for no 1º dia (menos de 24 horas), ou menos de 1 mês (30 dias) codificar como 00. Quando a criança não começou a ingerir o alimento, codifique 77. Quando a criança for maior de 1 ano, não aplicar a questão e codificar com 88 (NSA).

Considere "papa salgada" preparações de papas com ovos, arroz, feijão, mingau, legumes/verduras, massa, batata/aipim, cenoura/beterraba, carne, ou outro tipo de preparação que não leve açúcar.

PERG.40 Após perguntar para a mãe sobre a **introdução dos alimentos** presentes no questionário, pergunte para a mãe se a criança recebeu algum outro alimento que não foi citado, anotando em **Outro** o nome do alimento como também a idade em que começou a recebê-lo. Atenção, no questionário consta 88 (nunca tomou), está errado. Considere na codificação 77 (não começou).

PERG.41 **Criança chegou a usar mamadeira:** queremos saber se a criança algum dia usou mamadeira. **SE SIM já parou:** saber até que idade usou mamadeira. Se a criança usou mas já não o faz, marcar a opção 2 (Já parou), e perguntar "Quando parou usar mamadeira?" e anotar detalhadamente a idade da criança em meses.

Se a criança ainda usa mamadeira, anotar 88 (NSA). **Se opção 3, ainda usa** perguntar **quantas vezes a criança usou mamadeira:** desde de ontem, ou dia anterior no mesmo horário. Queremos saber quantas vezes ela usou a mamadeira nas últimas 24 horas e fazer a questão # 42. **Se não, opção 1:** pular para # 43.

PERG. 42 **Quando começou:** aplica-se caso a mãe tenha respondido positivamente a opção 2.

PERG.43 **Leite materno:** se no recordatório alimentar a mãe citar leite materno ou leite de peito, assinalar a opção 2 (Sim, ainda mama), responder "até que idade mamou" com 8 88 88 (NSA) e pular para a questão # 46.

Se a mãe não citou leite materno, perguntar "<CRIANÇA> chegou a mamar no peito?" Responder "Sim, ainda mama" quando a criança mamar no peito todos os dias, mesmo que a mãe informe que "mama mas não sai leite".

Se a criança mamar de vez em quando, mas não todos os dias, ou já parou de mamar responder com a opção 3 (**Sim, já parou**) e perguntar "Até que idade mamou?", anotando a idade em que parou de mamar, não aceitando respostas arredondadas como "dois meses" sem perguntar à mãe: foi aos dois meses mesmo ou alguns dias antes ou depois ? Procurar saber quantos dias somente se a criança for **menor de 4 meses**.

Perguntar se a <criança> foi colocada ao seio para mamar visando identificar as crianças que foram desmamadas nos primeiros dias de vida. Se a criança realmente **nunca mamou** responder "até que idade mamou" com 8 88 88 (NSA) e aplicar o quadro abaixo no questionário # 45.

PERG. 44 **Por que não chegou a mamar:** esta pergunta visa saber o motivo da criança não ter chegado a mamar, anotando as duas principais razões para a criança nunca ter sido amamentada.

Se a mãe citar mais de dois motivos, codifique os dois motivos mais importantes e escreva em baixo do questionário, os demais motivos e pule para a pergunta #48.

PERG.45 História do desmame: esta pergunta aplica-se apenas às crianças ABAIXO DE 12 MESES que foram amamentadas mas já pararam de mamar.

É de fundamental importância saber quais foram os motivos que levaram a mãe a interromper o aleitamento. Faça a pergunta para a mãe e deixe que ela conte sua história livremente, sem fazer interrupções. Caso a mãe dê uma resposta sucinta, estimule-a a falar mais, repetindo sua resposta na forma de pergunta.

Exemplo 1: Mãe: "parou de mamar porque eu não tinha leite"; Entrevistadora: "Por que a Sra não tinha leite?"; Mãe: "não tinha leite porque ele não pegava o peito"; Entrevistadora: "E por que ele não pegava o peito?"; Mãe: "Não pegava o peito porque meu leite era fraco"; Entrevistadora: "E porque acha que seu leite era fraco?"... e assim sucessivamente até esgotar as respostas.

É muito importante que a entrevistadora não induza a resposta para a mãe, como no próximo exemplo (**que não deve ser feito**). Exemplo 2: Mãe: "<CRIANÇA> parou de mamar porque meu leite era fraco". Entrevistadora: "A Sra. acha que seu leite era fraco porque ele chorava muito?". Neste exemplo a tendência da mãe poderá ser de concordar com a entrevistadora, o que pode levar a falsos resultados.

Quando a mãe terminar de contar sua história, escreva-a detalhadamente, com as palavras da mãe. Não codifique esta questão.

Atenção: Procurar detalhar mais as respostas, explorar mais a questão.

PERG.46 Até quando pretende dar o peito? Visa saber até quando a mãe pretende amamentar. A resposta pode ser em meses ou mais vaga, tal como: "até quando ele quiser" = usar código 77"; "até quando tiver leite" = usar código 78.

Caso a mãe dê outras respostas vagas tais como "até quando sustentar", tente perceber se a mãe já está determinada a interromper o aleitamento em uma determinada data (exemplo: vai trabalhar aos 8 meses e acha que a partir de então seu leite não sustentará: anote 8 meses). Caso isso não ocorra, anote a resposta dada, com as palavras da mãe, no espaço destinado a "outro".

PERG.47 Está tendo alguma dificuldade agora para dar de mamar? Visa saber se a mãe, no momento, está tendo algum tipo de dificuldade ou problema com a amamentação.

Caso a resposta seja afirmativa, faça a próxima pergunta. Caso a resposta seja negativa, vá para a PERG. **#48**.

SE SIM: Qual? Aplica-se apenas para as mães que estão tendo dificuldades em amamentar, isto é, que responderam afirmativamente a pergunta # 47. Perguntar qual o tipo de dificuldade que estão tendo e anotar detalhadamente a resposta, na ordem que as dificuldades forem citadas. Deixe a mãe falar livremente, sem interrompê-la.

PADRÃO ALIMENTAR:

Esta questão não deve ser feita à mãe, mas sim respondida pela entrevistadora de acordo com as informações obtidas no recordatório alimentar e período de início dos alimentos (perguntas # 37 e # 39).

Assinale o padrão alimentar da criança, isto é:

- (1) se a criança é amamentada exclusivamente ao seio;
- (2) se é amamentada mas recebe também outros líquidos como água, chás ou sucos;
- (3) se só recebe leite materno, outros alimentos sólidos e líquidos;
- (4) se é amamentada, recebe também outros tipos de leite (leite de vaca ou em pó) e outros alimentos líquidos;
- (5) se é amamentada, recebe outros tipos de leite e outros alimentos sólidos e líquidos;
- (6) se só recebe leite de vaca ou outro tipo de leite;
- (7) se recebe leite de vaca ou outro leite, mais outros líquidos;
- (8) se recebe leite de vaca ou outro leite, mais outros alimentos sólidos e líquidos;
- (9) outra situação (que não se encaixe nas anteriores), deve ser anotada por extenso. Não codifique este item.

PERG.48 Chupa bico: visa saber se a criança fica com o bico na boca e suga. Não basta apenas ficar como mesmo atado a roupa, só no berço ou carrinho. **SE SIM:** vá para a pergunta #50.

PERG.49 Parou ou nunca chupou? Aplica-se caso a mãe tenha respondido negativamente a pergunta anterior.

Se a criança chupou mas já não o faz, marcar a opção 1 (Já parou), e perguntar "Quando parou de chupar bico?" e anotar detalhadamente a idade da criança em anos, meses e dias.

Se a criança ainda chupa bico, anotar 8 88 88 (NSA). Se a criança nunca chupou, ou seja, mesmo tendo a mãe ou outra pessoa oferecido a chupeta, não chegou a chupar ou o fez por menos de 24 horas marcar a opção 2 (nunca chupou) - neste caso pular para a pergunta # 53.

#50 à #52 - APLICA-SE APENAS PARA QUEM CHUPA OU JÁ CHUPOU BICO

PERG.50 Qual era a idade da criança quando começou a chupar bico? Aplica-se para crianças que chupam ou já chuparam bico.

Começar a chupar significa sugar efetivamente ("pegar mesmo"). Não esqueça de anotar detalhadamente a data, em anos e meses, não aceitando respostas arredondadas. Se nunca chupou usar código 88 88 (NSA).

PERG.51 Ele(a) usa(va) bico de dia? Fazer a pergunta e esperar a resposta da mãe. Caso responda "Às vezes", considere como sim e pergunte para a mãe se a criança chupava bico todo o tempo ou só de vez enquanto ou só para dormir.

PERG.52 **Ele(a) usa(va) bico de noite?** Seguir as mesmas orientações da questão anterior.

PERG.53 **Cozinha alternativa ou alternativas alimentares:** queremos saber se a mãe tem conhecimento sobre alimentação alternativa como multimistura, farelo de arroz, farelo de trigo, fubá, pó de folha de aipim ou outras folhas verdes escuras, pó de sementes ou sementes torradas, pó de casca de ovo etc.

SE NÃO: pular para #62.

PERG.54 **Quem lhe falou?** Queremos saber se a mãe lembra ou sabe quem lhe falou sobre cozinha alternativa.

Considere a opção 1 se a mãe referiu Pastoral da Criança, Líder, Agente(s) ou mulher(es) da Igreja; opção 2 se foi o agente de saúde vinculado à Unidade de Saúde (Posto de Saúde); opção 3: médico, enfermeira ou outra pessoa da equipe de saúde que não o agente comunitário de saúde; opção 4: se ouviu no rádio; opção 7: outro - escreva por extenso a resposta dada pela mãe.

PERG.55 **Já experimentou...?** Se a mãe já teve oportunidade de experimentar este tipo de alimentação. **SE NÃO:** pular para a pergunta #59.

PERG.56 **Se gostou...?** Visa saber se a mãe gostou do alimento que experimentou e porque. Anote tanto porque sim como porque não. Deixar a mãe falar livremente e anotar exatamente o que a mãe falou.

PERG.57 **Fez alguma receita:** procurar saber se ela já fez alguma receita com estes alimentos alternativos em casa.

PERG.58 **Nos últimos 3 dias ela fez ou comeu:** Também queremos saber se nos últimos 3 dias ela fez ou comeu algum alimento alternativo.

PERG.59 **Criança já experimentou...?** Se a criança já teve oportunidade de experimentar este tipo de alimentação. **SE NÃO:** pular para a pergunta #62.

PERG.60 **Se gostou...?** Visa saber se a criança gostou do alimento que experimentou e porque. Tanto porque sim como porque não. Deixar a mãe falar livremente e anotar exatamente o que a mãe falou.

PERG.61 **Nos últimos 3 dias criança comeu:** Também queremos saber se nos últimos 3 dias a criança comeu algum alimento alternativo.

PERG.62 **Se teve diarreia desde ontem:** nesta questão o critério de diarreia será definido a partir do número de vezes que a criança fez cocô nas últimas 24 horas e de sua consistência:

(a) Para crianças de até 5 meses e 29 dias: aumento no número de evacuações acompanhado de um amolecimento na sua consistência que deixam a mãe preocupada.

(b) Para crianças com 6 meses ou mais: três ou mais evacuações de consistência amolecida (líquida) dentro de um período de 24 horas.

Não deve ser considerada como diarreia, quando a criança apresentar fezes moles e freqüentes devido ao uso de laxantes, e que estava com as fezes normais antes de recebê-lo. .

Se teve diarreia ontem, considerar SIM, e se sim considerar a questão 63 como **SIM**.

PERG.63 <CRIANÇA> teve diarreia desde <DIA DA SEMANA> de duas semanas atrás? Especifique o dia da semana retrasada. Por exemplo, se a entrevista estiver sendo realizada em uma segunda- feira, pergunte "desde segunda-feira de duas semanas atrás/retrasada?".

Utilizar os mesmos critérios de diarreia da pergunta anterior. Considerar diarreia ocorrida nas últimas duas semanas, mesmo que já tenha terminado.

SE NÃO: se a criança não teve diarreia pular para a pergunta #72.

PERG.64 Há quantos dias? Aplica-se apenas para as crianças que tiveram diarreia dentro das duas semanas anteriores a entrevista.

Pergunte quando iniciou a diarreia e anote o número de dias decorridos até a data da entrevista. Caso a criança tenha tido mais de um episódio de diarreia na última quinzena, anote o último.

A entrevistadora não deverá fazer a conta no momento da entrevista; deverá anotar como a mãe referir. Por exemplo: domingo passado, quarta-feira da outra semana, etc. Só por ocasião da codificação a entrevistadora verificará a época exata de início.

PERG. 65 A sra. deu para <criança> algum tipo de líquido para tratar a diarreia? Quer saber se foi dado algum líquido especificamente para tratar a diarreia. Se a resposta for não vá para a pergunta # 68.

PERG.66 O quê? Anotar os líquidos utilizados, sem induzir. A criança pode ter utilizado mais de um tipo de soro ou líquido durante a diarreia e todos devem ser marcados e no restante codificar com 2 (Não).

Se a mãe respondeu anteriormente que não utilizou líquido para tratar a diarreia, codificar com 8 (NSA), todas as opções desta pergunta.

PERG.67 Se usou soro - quem indicou: para aquelas crianças que utilizaram soro, perguntar quem indicou.

A opção 5 (outro membro da equipe de saúde) inclui respostas como enfermeiras, auxiliar de enfermagem, etc. Considerar farmácia, somente quando o mesmo prescreveu o soro, e não quando apenas o vendeu. Cuidar quando a mãe diz agente, tentar especificar se é agente da Pastoral da Criança ou da equipe de saúde, ou PSF (programa de saúde familiar).

PERG. 68 **Se usou remédio:** perguntar qual e anotar como remédio de farmácia os industrializados ou os preparados em farmácia. Como remédios caseiros considerar os feitos em casa ou artesanais.

PERG.69 **Se usou remédio - quem indicou:** para aquelas crianças que utilizaram remédio, perguntar quem receitou.

A opção 5 (outro membro da equipe de saúde) inclui respostas como enfermeiras, auxiliares de enfermagem, etc. Considerar farmácia, somente quando o mesmo forneceu e não apenas quando o vendeu. Cuidar quando a mãe diz agente, tentar especificar se é agente da Pastoral da Criança ou da equipe de saúde.

PERG. 70 e 71 Durante a diarreia a **Sra. ofereceu:** nestas perguntas entender que ofereceu é diferente de tomou ou comeu.

Não queremos saber se a criança tomou ou comeu mais ou menos durante a diarreia. Queremos saber se a mãe ofereceu mais, menos ou normal.

PERG.72 **Diarreia persistente:** perguntar para a mãe se desde que a criança nasceu, teve alguma vez diarreia que durasse 2 semanas ou mais, sem interrupção.

Considerar interrupção se a diarreia parou por dois dias consecutivos ou mais. Se a criança no intervalo de 2 semanas teve dois ou mais episódios de diarreia, não considerar e assinalar a opção 2 (Não). Por exemplo: a criança teve diarreia durante 10 dias e três dias depois teve novamente diarreia por mais oito dias - foram dois episódios menores de 14 dias, portanto assinalar opção 2 (Não).

Não se esqueça de que o critério de diarreia, três ou mais evacuações de consistência amolecida dentro de um período de 24 horas, não vale para crianças com idade abaixo de 6 meses, neste caso utilizar o critério da mãe sobre se a criança teve ou não diarreia conforme instruções da pergunta #62.

PERG.73 **Teve tosse desde <DIA DA SEMANA> passada?** Ao perguntar, substitua <DIA DA SEMANA> pelo dia da entrevista.

Por exemplo: se a entrevista está sendo realizada numa terça-feira, a pergunta ficaria: Teve tosse desde terça-feira da semana passada?

Nesta questão interessa saber se a criança teve tosse mesmo, não considere engasgadas na mamada ou ao tomar água ou chá, mas tosse provocada por algum problema respiratório que a mãe tenha observado acontecer mais de uma vez por dia.

SE NÃO teve tosse, vá para #74.

SE TEVE TOSSE, fazer as seguintes perguntas:

Estava com a respiração difícil? Visa captar a percepção subjetiva da mãe quanto alterações do fluxo aéreo da criança (sibilos, estridor, ronco, etc).

Estava com canseira ou falta de ar? As crianças apresentavam dificuldade de respirar, com aumento da frequência respiratória.

Estava com o nariz entupido? Visa captar a presença de obstrução nasal, coriza ou secreção purulenta.

Estava com ronqueira/catarro? Visa saber se a mãe percebeu ronco ou secreção, como catarro.

Tinha febre? Visa saber a percepção da mãe sobre a elevação anormal de temperatura na criança. Independe de medição com termômetro. Se a mãe responder que "o médico disse que tinha", considere "sim". **SE SIM:** perguntar se mediu com termômetro. Caso tenha usado outro método para conferir a temperatura, anotar em outro.

PERG.74 <CRIANÇA> já teve chia no peito alguma vez? Visa saber se desde que nasceu a criança alguma vez teve por algum motivo, uma alteração do fluxo aéreo, apresentando sibilos ("miado").

SE NÃO: pular para a pergunta #79.

PERG.75 Com que idade <CRIANÇA> teve chia pela primeira vez? Procure obter esta resposta da forma mais completa possível, não aceitando respostas arredondadas, perguntando a idade em meses e dias em que a criança teve chia pela primeira vez.

Se ela não teve chia, codificar com 88 (NSA).

PERG.76 Tinha falta de ar ou canseira junto com o chia ? Interessa saber se junto com a chia a criança apresentava dificuldade respiratória, se isto ocorreu na maioria das vezes, marcar a opção 1 (Sim).

PERG.77 Quantas vezes <CRIANÇA> já teve chia ? Ou seja quantos episódios de chia a criança apresentou desde os últimos 3 meses ou nascimento, caso a criança tenha menos de 3 meses, não interessando saber a gravidade do(s) mesmo(s) ou o seu tempo de duração.

PERG.78 Alguma vez que teve chia, precisou fazer inalação/cheirinho (nebulização)? Somente considere como Sim a resposta se a mesma foi feita por ordem médica.

Portanto se a mãe responder que precisou fazer inalação, perguntar "O médico mandou fazer a nebulização (inalação ou cheirinho)?" Se a mãe responder que em um dos episódios de chia a criança foi ao médico e o mesmo mandou fazer nebulização marcar a opção 1 (Sim), mesmo que nas outras vezes a criança não tenha feito nebulização ou que a mãe tenha feito sem indicação médica. Se a criança teve chia e fez nebulização (inalação ou cheirinho) porque a mãe ou outra pessoa achavam necessário, sem ter ocorrido indicação médica anterior, marcar a opção 2 (Não).

PERG.79 Desde que nasceu <CRIANÇA> teve pontada? Interessa saber se a criança já teve pneumonia (pontada).

SE NÃO TEVE PONTADA: pular para a questão #84.

PERG.80 Quantas vezes? Ou seja quantos episódios de pneumonia/pontada a criança apresentou desde o nascimento.

PERG.81 Quem disse que era pontada? Perguntar para a mãe, quem disse que a criança tinha pneumonia.

Se ela teve mais de uma vez, anotar para cada vez, quem disse, mesmo que tenha sido sempre a mesma pessoa. Por exemplo, a criança desde que nasceu teve pneumonia duas vezes e em ambas o médico foi quem disse que a criança tinha pontada, neste caso anotar em 1ª vez a opção 1 (médico) e em 2ª vez o mesmo código, e em 3ª e 4ª vez codificar com 8 (NSA). Se alguma vez a pessoa que disse que a criança estava com pontada não for nenhuma das existentes nas opções, escrever em outro e deixar em branco o espaço correspondente a vez, para posterior codificação.

PERG.82 Onde recebeu tratamento? Anotar o local em que a criança fez o tratamento, ou seja, onde fez aplicação das injeções na maioria dos dias.

Se a criança teve pontada mais de uma vez, anotar para cada vez o local em que foi feito o tratamento. Por exemplo: a criança teve pontada duas vezes, na primeira vez o tratamento foi feito em casa e na segunda vez, foi necessário hospitalizar para fazer o tratamento - anotar em 1ª vez a opção 1 (Casa) e em 2ª vez a opção 2 (Hospital) e em 3ª e 4ª vez a opção 8 (NSA).

PERG.83 <CRIANÇA> fez chapa de pulmão alguma vez? Interessa saber se a criança fez alguma vez uma chapa de pulmão (raio X), não interessando saber o motivo do pedido da mesma, como também o seu resultado.

PERG.84 <CRIANÇA> teve dor de ouvido no último mês? Nesta pergunta interessa saber se a criança teve dor de ouvido, não interessando saber o motivo da mesma.

SE NÃO TEVE: pular para a questão # 88.

PERG.85 Saía pús do ouvido? Se a criança teve mais de um episódio de dor de ouvido anotar se um destes, saía pus (secreção) do ouvido, não interessa a cor da mesma.

PERG.86 Quem disse que era problema de ouvido? Interessa saber quem foi que disse para a mãe que a criança estava com problema de ouvido.

PERG.87 Onde recebeu tratamento? Perguntar para a mãe, pelo local onde foi feito o diagnóstico e posterior acompanhamento.

Se a criança foi no consultório médico marcar a opção 3 (Ambulatório, posto), mas se o médico foi na casa da criança, marcar 1 (Casa).

PERG.88 Já foi internada em hospital? (Excluir parto) Quer saber se a criança foi hospitalizada no último ano ou últimos 12 meses e o número de vezes que isto ocorreu.

Considere hospitalizada a criança que, após 24 horas ou mais de alta do parto, retorna ao hospital permanecendo aí por mais de 24 horas. Caso a criança tenha tido alta após o parto e retornado ao hospital pelo menos no mesmo dia, não considere

como internação. Se a criança foi hospitalizada para fazer exames ou ser reidratada, perguntar se ficou mais de 24 horas.

SE SIM: perguntar qual o motivo e anotar o número de vezes, caso outro motivo anotar por extenso. Se a criança não foi hospitalizada ou foi por menos de 24 horas, codifique com 00 e vá para a questão #89.

PERG.89 **Pesou nos últimos 3 meses:** referir o mês correspondente a 3 meses atrás e perguntar quantas vezes.

SE NÃO: pular para a pergunta #92.

PERG.90 **Onde?** Anotar o local referido pela mãe e o número de vezes. Caso a mãe tenha pesado em mais de um local diferente, marcar cada um e o número de vezes.

PERG.91 **Quanto pesou?** Queremos saber se a mãe lembra do último peso da criança.

PERG.92 **Consultou médico nos últimos 3 meses:** se necessário referir o mês correspondente a 3 meses atrás. **SE SIM:** anotar qual o motivo. Ex. se a mãe referiu febre perguntar o motivo e anotar.

PERG.93 **Programa de alimento:** visa saber se a criança está recebendo alimento de alguma instituição para ser consumido em casa. Não considere alimentação fornecida na creche para a criança comer na mesma como inscrição em programa de alimento.

SE SIM: anote qual a instituição que está dando o alimento para a criança.

PERG.94 **<Criança> já foi a creche ou maternal alguma vez?** Considere "sim" se a criança chegou a freqüentar creche, maternal, escolinha, "mãe crecheira" ou outra instituição que dê assistência à criança pequena na ausência da mãe.

SE NÃO: pule para a pergunta #97.

SE SIM (freqüentou alguma das instituições já citadas): Pergunte com que idade a criança começou a freqüentar e procure obter a resposta da forma mais completa possível, anotando a idade em anos e meses em que a criança iniciou a freqüentar a instituição.

PERG.95 **Continua freqüentando a creche:** anotar se a criança continua freqüentando a creche, caso a criança tenha freqüentado creche ou similares mas já não o faça, pergunte com que idade a criança parou de ir a creche, procurando colher a informação da forma mais detalhada possível.

PERG.96 **Quantas horas por dia <CRIANÇA> fica(va) na creche ?** Esta pergunta deverá ser feita tanto para crianças que ainda frequentam como frequentaram a creche.

PERG.97 **Criança de 1 mês que mama e recebe chá:** marcar a opinião da mãe sem influenciá-la. **SE OUTRO:** anotar detalhadamente.

PERG.98 **Mamar somente no peito:** visa saber a opinião da mãe sobre amamentação exclusiva. Procurar obter resposta precisa sem arredondamentos.

Anotar em meses: caso a mãe refira 1 ano e meio, anotar por extenso e deixar para fazer as contas na hora da codificação em casa. Codificar 77 quando a resposta for - não sabe.

PERG.99 **Opinião da mãe:** queremos saber a opinião da mãe sobre a idade de desmame, ou seja, até que idade ela acha que uma criança deveria mamar no peito. Reforçar que é a opinião dela a este respeito.

PERG. 100 **A partir de que idade ...** Visa saber qual a idade, na opinião da mãe, que a criança deve começar a receber os alimentos citados abaixo.

Citar um por um e anotar. Caso a mãe refira 1 ano e meio, anotar por extenso e deixar para fazer as contas na hora da codificação em casa. Caso a mãe refira por exemplo no leite da mãe ou leite materno, "quando nasce" ou "no mesmo dia que nasce" codificar 00; 99 para ignorado ou não sabe; 77 para não deve receber ou nunca.

PERG.101 **Conhecimento de vacinas:** visa saber se a mãe sabe quais as vacinas que a criança deve receber. Não citar as opções.

PERG.102 **Número de doses da vacina:** visa saber se a mãe sabe quantas doses de vacinas que a criança deve receber no primeiro ano de vida como rotina. Citar as vacinas. As doses das campanhas de imunização não devem ser consideradas.

SE A MÃE NÃO TINHA A CADERNETA DE SAÚDE, PERGUNTAR :

PERG.103 **Reconhecimento da caderneta de saúde:** nesta questão vamos mostrar para mãe a caderneta de saúde. **SE NÃO:** pular para a questão #108. Case a mãe tenha trazido a caderneta quando pedida na perg. 15, codificar 8, observar a curva na caderneta e seguir com a perg. 104.

Anotação na Curva de Peso: observar na caderneta de saúde ou cartão da criança se os pesos foram marcados na curva. Marcar as opções.

PERG.104 **Mostrar a página 12 ou 14 da caderneta** e anotar a resposta.

SE RESPONDEU CORRETAMENTE: considerar como respostas corretas (2) peso, (3) desenvolvimento da criança, (4) crescimento e (5) desnutrição. Se a mãe não sabe ou referir altura da criança, não aplicar as questões 105 à 107. Caso a mãe dê outra resposta anote por extenso e aplique as questões. Antes de codificar, discuta com a sua supervisora sobre a resposta dada pela mãe ou informante.

PERG. 105 **Mostrar cartão 1;** anotar a resposta.

PERG.106 **Mostrar cartão 2 :** anotar a resposta.

PERG. 107 **Mostrar cartão 3 e 4 :** anotar a resposta.

PERG.108 **Fumo na gestação:** visa saber a opinião da mãe sobre fumo na gestação.

PERG.109 **Alojamento conjunto:** opinião da mãe sobre alojamento conjunto.

PERG.110 **Diarréia - o que fazer:** aplicar a questão e não citar as opções. Deixar a mãe falar livremente e depois anotar detalhadamente. Anotar todas as alternativas que a mãe referir. No final perguntar apenas uma vez "algo mais?". **SE A MÃE NÃO CITAR ALIMENTAÇÃO OU COMIDA, PERGUNTAR:** E quanto a alimentação (comida) de uma criança com diarreia, o que a mãe deve fazer? Nesta questão queremos saber a opinião da mãe sobre a alimentação da criança durante a diarreia. Se a mãe citou alimentação na questão anterior, codificar com 8 (NSA). Caso a mãe refira apenas líquidos quando perguntada sobre a alimentação, repetir a pergunta tal qual esta escrita.

PERG.111 **Tipos de soro:** fazer a questão e não citar. Anotar todas as alternativas que a mãe referir. No final perguntar apenas uma vez "algo mais?".

PERG.112 **Colher medida:** visa saber se a mãe tem a colher medida.

SE NUNCA TEVE: pular para a questão #114.

PERG113. **Quem deu:** de quem ela ganhou a colher medida.

Considere a opção 1 se a mãe referiu Pastoral da Criança, Líder, agente(s) ou mulher(es) da Igreja; opção 2: médico, enfermeira ou outra pessoa da equipe de saúde que não o agente comunitário de saúde; opção 3: se foi o agente de saúde vinculado à Unidade de Saúde (Posto de Saúde); opção 4: parente; comadre; vizinha opção 5: farmacêutico; outro - escreva por extenso a resposta dada pela mãe.

PERG.114 **Como acha que a criança esta crescendo?** marcar o que a mãe referir e perguntar o porquê.

PERG.115 **Por que?** Deixar a mãe falar livremente. Caso o referido pela mãe não se encaixe em nenhuma opção anotar em outro. Codificar esta questão com os códigos referidos no questionário.

OBSERVE SE A CRIANÇA FAZ A ATIVIDADE REFERENTE A SUA FAIXA ETÁRIA, FAIXA ETÁRIA SUPERIOR A SUA IDADE E FAIXA ETÁRIA POSTERIOR A SUA IDADE. SE NÃO CONSEGUIR OBSERVAR PERGUNTE A MÃE.

Utilize os códigos abaixo para completar o quadro de desenvolvimento.

Desenvolvimento: identificar na tabela de desenvolvimento a idade da criança e observar se ela faz a atividade prevista. Observar se a criança realiza as atividades previstas para a faixa etária imediatamente anterior, a faixa etária atual e a faixa etária posterior a que se encontra a criança. Caso não consiga observar, pergunte para a mãe se a criança faz as referidas atividades. Assinalar sim visto se voce observou a criança realizar a atividade. Assinalar (2) sim, não visto se a mãe ou informante referiu que a criança realiza a atividade.

PERG.116 **Onde nasceu?** Anotar por extenso o nome do município e o estado. Na codificação do município: Criciúma = 01, Içara = 03, Urussanga = 08, Orleans = 09, Meleiro = 13, Maracaja = 14, Tubarão = 17; se surgirem outros municípios deixe em branco para posterior codificação. Na codificação de estado: Santa Catarina = SC, Paraná = PR, São Paulo = SP, Rio Grande do Sul = RS.

PERG.117 **Há quanto tempo mora no bairro:** anotar detalhadamente em anos completos. Evitar cálculos na hora. Por exemplo se a mãe referir 1 ano, 11 meses e 29 dias considerar 1 ano.

PERG.118 **Se mudou há menos de 5 anos:** interessa saber se morava no interior (zona rural) ou na cidade (área urbana).

PERG.119 **Tempo de moradia em Criciúma:** anotar em anos completos. Por exemplo se a mãe referir 1 ano, 11 meses e 29 dias, considerar 1 ano.

PERG.120 **A Sra. fuma?** Saber se a mãe da criança fuma.

SE SIM: anotar o número de cigarros diários. Se a mãe referir número de carteiras, anotar e na hora da codificação anotar em número de cigarros, lembrando que cada carteira tem 20 cigarros.

PERG.121 **Idade da mãe:** anotar em anos completos. Por exemplo: se a mãe vai fazer 26 anos amanhã, sua idade é 25 anos completos.

Se outra pessoa que não a mãe da criança estiver respondendo o questionário, pergunte e anote a idade da mãe biológica ou adotiva em anos completos.

PERG.122 **Moram na casa:** Considerar a família como sendo constituída por todos aqueles que dormem na casa e fazem regularmente pelo menos uma refeição juntos. Pai biológico é o pai da criança.

A casa da criança é aquela onde ela dorme, mesmo que ela fique durante o dia em outra casa (por exemplo na casa dos avós). Se a criança mora na casa dos avós, no mesmo terreno da casa dos pais, considerar como sendo uma só família, incluindo todas as pessoas que moram nas duas casas, inclusive em relação a renda.

Se a casa onde a criança mora com os avós fica em outro terreno, considerar como sendo a casa da criança aquela onde ela reside com os avós. Em outros anotar todas as outras pessoas que moram na casa, além de pais e irmãos. Não considerar como moradores da casa pessoas que estiverem temporariamente residindo no domicílio, como por exemplo avó que vem passear um tempo ou ajudar a cuidar do neto/neta. Quando tem irmãos da criança os **Outros** codificar como 00.

SE A MÃE NÃO CITOU ESPOSO OU COMPANHEIRO, PERGUNTAR:

PERG.123 **Se tem esposo ou companheiro:** visa saber se o esposo ou companheiro mora na mesma casa.

SE NÃO: pule para a questão #125.

PERG.124 **Há quanto tempo:** em anos e meses completos. Por exemplo se a mãe referir 1 ano, 11 meses e 29 dias, só então considerar 2 anos, menos do que isto considerar 1 ano.

Tipo de união: visa saber se a mãe e o atual companheiro são casados. Marque "civil" se forem casados apenas no civil; "religioso" se apenas no religioso; "ambos" se casada no religioso e no civil; "outro" se a mãe der outra resposta anote por extenso.

PERG.125 **Ler e escrever:** somente perguntar se o esposo ou companheiro sabe ler escrever, caso for referida a sua presença dentro de casa na questão #98.

PERG.126 **Escolaridade:** anotar somente a última série **concluída** na escola para os pais que vivem com a criança (biológicos ou adotivos). Exemplo: a mãe referiu 4ª série do 1º grau, perguntar: completou, concluiu a 4ª série? Caso não tenha concluído nenhum ano de escolaridade (analfabeto) codificar 00.

PERG.127 **Estuda fora:** aqui interessa se a mãe estudou/estuda fora, nos últimos 12 meses, no último ano.

PERG.128 **Trabalhou nos últimos 12 meses, no último ano.** aqui interessa se a mãe trabalhou ou trabalha para fora, ou ainda, trabalha em casa para fora(ex. costureira, lavadeira); se mora no emprego e esta trabalhando (ex. caseira), nos últimos 12 meses ou último ano. Não importa a situação legal - com ou sem carteira assinada, ou a forma de remuneração (cuida a casa e em troca pode morar nela, por exemplo). Caso tenha voltado a trabalhar e parado, considere SIM. Na negativa, vá para #131.

PERG.129 **Quantos meses:** não aceite arredondamentos, tente precisar ao máximo a data, caso a mãe não se lembre ao certo.

Se a mãe está empregada mas em licença gestante, não considere os meses de licença no cálculo.

Quantos dias: considerar quantos dias por semana a mãe fica fora de casa ou se mora no emprego quantos dias por semana dedica-se ao trabalho.

Quantas horas: considerar quantas horas por dia a mãe fica fora de casa ou se mora no emprego quantas horas por dia dedica-se ao trabalho.

PERG.130 **Tipo de trabalho:** anotar o mais detalhadamente possível o tipo de trabalho da mãe. É importante diferenciar se é proprietário, autônomo ou empregado. Por exemplo se é "comerciária ou comerciante", saber se é dona, empregada ou vendedora ambulante? Portanto é necessário detalhar. Interessa saber o trabalho feito por ela no último ano e não o que ela fazia antes dos últimos doze meses.

PERG.131 **Renda:** perguntar quais as pessoas da casa que recebem salário ou aposentadoria e responder nos itens correspondentes. Perguntar separadamente a renda que cada pessoa recebeu. Ex. se a mãe refere R\$ 900,00. Perguntar 900,00 de uma pessoa que recebeu?

Se a resposta for em salários mínimos, fazer a conversão para reais no momento da codificação. Quando não houver renda, preencher com zeros e não 88.

Importante: considerar apenas a renda do mês anterior. Considerar em salário líquido. Se uma pessoa começar a trabalhar no mês corrente, não incluir seu salário. Se uma pessoa está atualmente desempregada, mas trabalhou no mês que passou e ainda recebeu salário, deve ser incluído no orçamento familiar. Se estiver desempregado há mais de um mês, considerar a renda do trabalho ou biscoite atual. Se tiver seguro desemprego, somar aos biscates. Incluir aposentadorias.

Quando a mãe não souber informar a renda de outros membros da família, tentar aproximar ao máximo, aceitando a resposta "ignorado" somente em último caso. Quando isto ocorrer, anotar detalhadamente o tipo de ocupação desta pessoa de renda ignorada, para que se possa tentar estimar o seu salário posteriormente.

Se mais de quatro pessoas tiverem renda no último mês, anotar na margem do questionário e, por ocasião da codificação, somar a renda, por exemplo da quarta e quinta pessoa e anotar na renda da quarta pessoa.

PERG.132 Outra renda: se a família recebe regularmente rancho de alguma instituição, tentar saber a quanto corresponde este rancho em dinheiro, mesmo que aproximado, e anotar em outra renda. Isto também é válido para aluguéis, etc.

PERG.133 Propriedade do terreno: assinalar se o terreno que a família mora é própria ou não. Se for alugada, anotar o valor do aluguel pago no último mês ao lado da alternativa "alugada".

PERG.134 Tipo de casa: o tipo da casa não deve ser perguntado, mas sim observado pelo entrevistador. Observar a maior parte da casa. Por exemplo se casa mista com madeira e alvenaria, considere a maior parte. Se houver dúvidas, pergunte.

PERG.135 O tipo de piso não deve ser perguntado, mas sim observado pelo entrevistador. Se houver dúvidas, pergunte.

PERG.136 Quantas peças usam para dormir: muitas vezes as pessoas não possuem quartos, mas dormem em outras peças (como sala ou cozinha), por isso devemos perguntar por peças da casa que são usadas para dormir.

PERG.137 Observar e se necessário perguntar: caso utilize água encanada do vizinho, anotar "não". Se tem água encanada, mas apenas do lado de fora da casa, dentro do terreno, responder com a opção 2 (Sim, no quintal).

PERG.138 De onde vem a água: anotar se é da rede pública ou poço. Se água de cacimba, caminhão, bica etc, anotar em outros.

PERG.139 Banheiro: se a família usa o sanitário de outras casas no mesmo terreno, aceitar como se fosse da casa e especificar o tipo. Perguntar também se o vaso sanitário tem descarga.

PERG.140 **Equipamentos:** observar e se necessário perguntar sobre a presença e funcionamento dos equipamentos domésticos. Perguntar cada item e apenas no final perguntar se algum destes não funciona.

PERG.141 **Atualmente grávida:** esta pergunta visa saber se a mãe já esta grávida.

SE SIM: pule para a pergunta #145.

PERG.142 **Engravidar de novo:** visa saber os planos da mãe da criança com relação a uma outra gravidez. Pergunte mesmo que ela tenha respondido que não tem companheiro ou esposo na questão #123.

SE SIM: pular para a questão #145.

PERG.143 **Contracepção:** Visa saber o que ela está fazendo ou fez com relação a evitar outra gravidez . Se a resposta for NÃO vá para a #145.

Atenção: se a mãe referir que não está fazendo nada pois já fez laqueadura, anotar como SIM e na questão 144 codificar o número 05 referente a laqueadura.

PERG.144 **O quê?** Considere a resposta dada, anotando qual o método anticoncepcional que a mãe da criança esta usando para evitar outra gravidez.

PERG.145 **Métodos naturais:** visa saber se a mãe tem conhecimento a respeito de métodos naturais para evitar filhos. **SE NÃO:** Leia o enunciado abaixo. **SE SIM:** FAÇA #146.

PERG.146 **Quais:** assinalar as opções referidas; se outro, anotar detalhadamente.

PERG.147 **Onde aprendeu:** visa saber se a mãe assistiu alguma palestra, ou alguém lhe falou em alguma reunião ou grupo, sobre método natural para evitar filhos.

PERG.148 **Quem ensinou:** anotar com quem ou onde a mãe aprendeu sobre métodos naturais.

PERG.149 **Religião:** se participa ou tem alguma religião e qual é esta religião, anotar detalhadamente, caso a mãe refira evangélica, perguntar qual evangélica. **SE NÃO:** pular para a questão #154.

PERG.150 **Culto:** queremos saber se no mês que passou ela participou de alguma missa, culto ou cerimônia religiosa. **SE SIM:** anotar o número de vezes.

PERG.151 **Participa de atividade religiosa:** atividades como grupos religiosos, novenas, reuniões, etc. **SE SIM:** anotar detalhadamente.

PERG.152 **Educação religiosa da criança:** ouvir a opinião da mãe e anotar detalhadamente.

PERG.153 **Idade de início para a educação religiosa:** anotar em anos e meses e perguntar como, deixar a mãe falar livremente, após anotar detalhadamente. Caso a

mãe diga "quando nasce", codificar 00 00, se disser "quando falar", codificar 66 66, quando a mãe referir que é "quando começar a entender", insistir pela idade que ela acha que a criança vai começar a entender.

PERG.154 Agentes Comunitários de Saúde: visa saber se a mãe já ouviu falar dos agentes comunitários de saúde.

SE NÃO: pular para a questão #161.

PERG.155 Foi visitada: queremos saber se ela foi visitada pelos agentes comunitários de saúde. **SE NÃO:** pular para a questão 161.

PERG.156 Acompanhamento na gestação: visa saber se durante a gestação da criança em estudo a mãe foi acompanhada por algum agente comunitário da equipe de saúde.

PERG.157 Visita depois: visa saber se no primeiro mês depois que a criança em estudo nasceu, a mãe recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde ou alguém da equipe de saúde, **SE NÃO:** pular para a questão #159.

SE SIM: anotar quem e fazer a pergunta #158.

PERG.158 Conversaram sobre aleitamento: se a resposta é positiva na questão #104 queremos saber se conversaram sobre aleitamento materno. Se necessário especificar para a mãe os pontos como importância do leite materno, horário de mamadas, etc.

PERG.159 Visita nos últimos 3 meses para orientação: visa saber se nos últimos 3 meses, a mãe recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde.

PERG.160 Satisfação com o trabalho das agentes: visa saber se a mãe está satisfeita com as visitas ou trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

SE SIM ou **SE NÃO:** saber o porquê. Anotar tudo detalhadamente.

PERG.161 Pastoral da Criança: visa saber se a mãe já ouviu falar da Pastoral da Criança. **SE NÃO:** pular para # 173 e anotar vacinas.

PERG.162 O que ela faz: SE SIM: deixar a mãe falar livremente e após anotar tudo.
SE NÃO: Pular para # 167.

PERG.163 Participa: se participa, anotar porque e se não participa também anotar o porquê. **SE NÃO:** pular para a questão #167.

PERG.164 Há quanto tempo: anotar em anos e meses completos.

PERG.165 De quais atividades : anotar de quais atividades da Pastoral que ela participa.

PERG.166 **Quais mais gosta:** anotar tudo detalhadamente.

PERG.167 **Se foi visitada pela Líder:** se não pular para # 173 e anotar vacinas.

PERG.168 **Acompanhamento na gestação:** visa saber se durante a gestação da criança em estudo a mãe foi acompanhada por alguém da Pastoral da Criança.

PERG.169 **Visita depois:** visa saber se no primeiro mês depois que a criança em estudo nasceu, a mãe recebeu visita da Líder da Pastoral da Criança.

PERG.170 **Conversaram sobre aleitamento:** se a resposta é positiva na questão #168 queremos saber se conversaram sobre aleitamento materno. Se necessário especificar para a mãe os pontos como importância do leite materno, horário de mamadas, etc.

PERG.171 **Visita nos últimos 3 meses para orientação:** visa saber se nos últimos 3 meses, a mãe recebeu visita da Líder da Pastoral da Criança.

PERG.172 **Satisfação com trabalho da Pastoral:** visa saber se a mãe está satisfeita com as visitas ou trabalho da líder da Pastoral.

SE SIM ou SE NÃO: saber o porquê. Anotar tudo detalhadamente.

PERG.173 **Vacinas:** na caderneta de saúde, página 16, verificar e anotar as doses de vacinas. **Datas de vacinação:** se o **cartão de vacinas foi visto**, copiar as datas na coluna correspondentes as doses anotadas no quadro, e onde constar reforço anotar as doses que constam no cartão. Se o cartão de vacinas não foi visto, preencher o "cartão do questionário" com zero e na última linha preencher o número total de doses referidos pela mãe. A informação referida pela mãe somente será válida quando o método de aplicação da vacina (o qual esta entre parênteses no questionário) for mencionado. Para a vacina BCG, examinar os braços da criança para confirmar a presença de **cicatriz** vacinal (tanto para as com cartão, como para as sem cartão). Marcar com um visto na segunda linha da coluna BCG quando tiver cicatriz. Anotar somente se foi carimbado no cartão.

PERG.174 **Pesagens:** nesta questão é necessário anotar todas as datas, idades, pesos e alturas da criança, na página 11 da caderneta de saúde. No espaço **onde** marcar o local se houver opção, se não, anotar em outro detalhadamente e não codificar. Na hora de codificar optar pela data e assinalar no datac se é data ou idade de acordo com os códigos acima do quadro. Anotar a data em que foi feito o peso. Caso esta não esteja disponível anotar a idade. Na codificação "doud1" é (1) se foi anotada a data e (2) se a idade da criança. Na hora de codificar o peso, usar apenas casa decimal, por exemplo: 4,850 na codificação ficaria 4,9 pois o cinco sempre arredonda para cima. Quando o peso ou altura for ignorado IGN, codificar como 009; e quando NSA com 008.

PERG.175 **Menos de dois pesos marcados:** caso a mãe tenha menos de duas anotações completas, perguntar onde a criança foi pesada.

SE a criança não foi pesada ou nenhuma anotação foi feita: pular para #178.

PERG.176 **A onde:** se a criança foi pesada, a mãe não tem anotação, mas esta foi feita, perguntar a onde.

Ver as opções e assinalar o tipo de local e por extenso a data do peso e a localização. Se a criança foi pesada pela Pastoral da Criança, perguntar pelo nome da Líder que a acompanhava. Na dúvida anote por extenso e depois pergunte a supervisora.

Atenção: não codifique esta questão.

PERG. 177 **Cor da pele da criança:** se necessário pergunte.

PERG.178 **Cicatriz da BCG:** não esquecer de verificar se existe cicatriz.

ANTROPOMETRIA

Neste momento, explique à mãe que precisa pesar e medir a criança e que isso é importante para saber se ele(a) está ganhando peso adequadamente. Case a mãe diga que já foi pesado há alguns dias, argumente que crianças assim pequenas ganham ou perdem peso muito rápido e é necessário saber exatamente quanto está ganhando ou perdendo.

Peça para a mãe retirar **TODA** a roupa da criança. Caso a mãe se recuse a tirar toda roupa da criança, insista. Se mesmo assim recusar, anote cuidadosamente cada peça de roupa com que a criança foi pesada. **SIGA AS INSTRUÇÕES DO MANUAL DE ANTROPOMETRIA PARA AS MEDIDAS.**

PERG.179 **Data da entrevista:** anote a data da entrevista. Caso esta seja feita em duas etapas, anote ao lado, especificando o dia que foi feito o recordatório alimentar e o dia de realização da antropometria.

NÃO ESQUEÇA DE AGRADECER A MÃE PELA GENTILEZA E COLABORAÇÃO PRESTADA, AO DEDICAR SEU TEMPO RESPONDENDO AS QUESTÕES!

**ESTUDO SOBRE A SAÚDE
DAS CRIANÇAS MENORES DE 3 ANOS EM
CRICIÚMA - 1996
REVISITA**

*Fundo
Mudou-se
Para Tramandaí*

1 Número do questionário: 1508
 2 Setor: 047
 3 Folha de conglomerado: 272
 4 Bairro: St. Dumont
 5 Endereço: R. Augusto Kurico, 31
 6 Nome da criança: Andreele Beltrami
 Sexo: (1) masc (2) fem
 7 Nome da mãe: M^{te} Zelina Borba Beltrami
 8 Durante a gravidez de <CRIANÇA> a Sra fez alguma
 consulta pré-natal?
 (1) Sim (2) Não

*Ao lado
comercio pescarias
CASA BRANCA
WRYON*

numdes _____
 setor _____
 congl _____
 bairro _____
 sexo _____
 conspre _____
 mescon _____
 numcos _____
 mad _____
 idmad _____
 fremad _____
 commad _____
 marn _____
 tempma _____

SE SIM:

9 Em que mês da gravidez de <CRIANÇA> a Sra fez a
 primeira consulta de pré-natal ____ (01=primeiro mês,
 88=NSA, 99=IGN)

10 Quantas consultas de pré-natal a Sra fez na gravidez de
 <CRIANÇA>? ____ (8=não se aplica)

11 <CRIANÇA> chegou a usar mamadeira?

(1) Não
 (2) Sim, já parou. Até que idade usou mamadeira? ____ meses
 (3) Sim, ainda usa.

SE SIM:

12 Quando começou? ____ meses ____ dias

13 <CRIANÇA> chegou a mamar no peito ?

(1) Nunca mamou (2) Sim, ainda mama
 (3) Sim, já parou. Até que idade mamou
 ____ anos ____ meses ____ dias

(8.88.88= NSA; 9.99.99= IGN)

14 Quantas vezes a Sra ficou grávida? ___
Quantos filhos estão vivos? ___

gratqua
vivant

(1) aborto (2) Nasc. morto (3) nasc. vivo (falecido)

15 A Sra. já experimentou alimentação alternativa como a
multimistura de farelo, pó de folhas verdes escuras,
po'de sementes, csaca de ovo?
(1) sim (2) não

alalex

16 Desde que nasceu <CRIANÇA> teve alguma vez,
diarréia que durasse 2 semanas ou mais?
(sem interrupção por mais de 48 horas)
(1) Sim (2) Não (9) IGN

diapro

17 Desde que nasceu, <CRIANÇA> teve pontada/
pneumonia? (1) Sim (2) Não

pontad

SE SIM:

18 Quantas vezes? ___ (8=NSA; 9=IGN)

vezpon

19 <CRIANÇA> foi internada em hospital desde <MÊS>
do ano passado? (por mais de 24 horas)
(0) Não () Sim. Quantas vezes: ___ (9) Não sabe

inter

SE FOI HOSPITALIZADA: Qual o motivo?

Diarréia ___ vezes (0=não foi; 9=não sabe; 8=NSA)

Pneumonia/pontada ___ vezes

Acidente ___ vezes

Outro: _____

hosdia
hospne
hosaci
hosout

20 No mês passado, quanto ganharam as pessoas que
trabalharam?

1ª pessoa: R\$ _____ no último mês

renda1

2ª pessoa: R\$ _____ no último mês

renda2

3ª pessoa: R\$ _____ no último mês

renda3

4ª pessoa: R\$ _____ no último mês

renda4

21 A família tem outra renda?

R\$ _____ no último mês

orend

22 A Sra sabe o que é método natural para evitar filhos?

(1) Sim → #24

(2) Não (LER O ENUNCIADO ABAIXO)

Métodos naturais são métodos em que o casal evita ter relações em determinados dias como forma da mulher não ficar grávida.

23 A Sra conhece algum método natural para não engravidar? Quais?

(01) Coito interrompido

(02) Tabela

(03) Aleitamento

(04) Billings/muco cervical

(05) temperatura basal

(06) camisinha/pílula

(07) não conhece () outro _____

24. A senhora já foi visitada pelos Agentes Comunitários de Saúde? (1) sim (2) não

SE SIM: 25 Durante a gestação de <CRIANÇA> a senhora já era acompanhada pelo agente comunitário de saúde?

(1) sim (2) não

26 No primeiro mês depois que <criança> nasceu, a Sra recebeu visita do Agente Comunitário de saúde?

(1) sim (2) não

27. A senhora participa ou já participou da Pastoral da Criança?

(1) sim, ainda participa

(2) sim, mas não participa mais (3) nunca participou

Porque? _____

SE SIM: 28 Foi visitada pela Líder Comunitária:

(1) sim (2) não **ANOTAR VACINAS**

29 Durante a gestação de <CRIANÇA> a senhora já era acompanhada pela Líder da Pastoral da Criança?

(1) sim (2) não

30 Nos últimos três meses a senhora recebeu alguma visita da Líder da Pastoral da Criança?

(1) Sim (2) Não (8)NSA

conmet

qalmet

visgec

gescom

visnas

partí

partpq

vislid

gespac

vis3me

22 A Sra sabe o que é método natural para evitar filhos?
(1) Sim → #24
(2) Não (LER O ENUNCIADO ABAIXO)

conmet —

Métodos naturais são métodos em que o casal evita ter relações em determinados dias como forma da mulher não ficar grávida.

qalmet —

23 A Sra conhece algum método natural para não engravidar? Quais?

- (01) Coito interrompido (02) Tabela
(03) Aleitamento
(04) Billings/muco cervical (05) temperatura basal
(77)camisinha/pílula
(06) não conhece () outro _____

24. A senhora já foi visitada pelos Agentes Comunitários de Saúde? (1) sim (2) não

visgec —

SE SIM: 25 Durante a gestação de <CRIANÇA> a senhora já era acompanhada pelo agente comunitário de saúde?

- (1) sim (2) não

gescom —

26 No primeiro mês depois que <criança> nasceu, a Sra recebeu visita do Agente Comunitário de saúde?

- (1) sim (2) não

visnas —

27. A senhora participa ou já participou da Pastoral da Criança?

(1) sim, ainda participa

(2) sim, mas não participa mais (3) nunca participou

Porque? _____

parti —

partpq —

SE SIM: 28 Foi visitada pela Líder Comunitária:

- (1) sim (2) não ANOTAR VACINAS

vislid —

29 Durante a gestação de <CRIANÇA> a senhora já era acompanhada pela Líder da Pastoral da Criança?

- (1) sim (2) não

gespac —

30 Nos últimos três meses a senhora recebeu alguma visita da Líder da Pastoral da Criança?

- (1) Sim (2) Não (8)NSA

vis3me —

173 NA CADERNETA DE SAÚDE (PÁGINA 16) VERIFICAR E ANOTAR A DATA DAS DOSES DE VACINAS

VACINA	Antipólio - Sabin (gotas)	Triplíce-DPT (nádegas)	Anti-Sarampo	BCG (ver cicatriz no ombro)	Hepatite
1ª dose	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
2ª dose	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
3ª dose	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Reforço	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

sab1 ___/___/___
 sab2 ___/___/___
 sab3 ___/___/___
 sabre ___/___/___
 dpt1 ___/___/___
 dpt2 ___/___/___
 dpt3 ___/___/___
 dptre ___/___/___
 sar ___/___/___
 sarre ___/___/___
 bcg ___/___/___
 hepns ___/___/___
 hep2m ___/___/___
 hep6m ___/___/___
 hep2d ___/___/___
 hepre ___/___/___

1. NA CADERNETA DE SAÚDE (PÁGINA 11) COPIAR DATA OU IDADE, PESOS e ESTATURAS DA CRIANÇA

Data (1)	OU	Idade (2)	Peso	Altura Comprimento	Onde
/ /		0 anos meses 00			
/ /		0 anos meses 00			
/ /		0 anos meses 00			
/ /		0 anos meses 00			
/ /		0 anos meses 00			
/ /		0 anos meses 00			
/ /		0 anos meses 00			
/ /		0 anos meses 00			
/ /		0 anos meses 00			
/ /		0 anos meses 00			
/ /		0 anos meses 00			
/ /		0 anos meses 00			
/ /		0 anos meses 00			
/ /		0 anos meses 00			
/ /		0 anos meses 00			

douid1 ___
 datac1 ___
 pesoc1 ___
 alluc1 ___
 ondec1 ___
 douid2 ___
 datac2 ___
 pesoc2 ___
 alluc2 ___
 ondec2 ___
 douid3 ___
 datac3 ___
 pesoc3 ___
 alluc3 ___
 ondec3 ___
 douid4 ___
 datac4 ___
 pesoc4 ___
 alluc4 ___
 ondec4 ___
 douid5 ___
 datac5 ___
 pesoc5 ___
 alluc5 ___
 ondec5 ___
 douid6 ___
 datac6 ___
 pesoc6 ___
 alluc6 ___
 ondec6 ___
 douid7 ___
 datac7 ___
 pesoc7 ___
 alluc7 ___
 ondec7 ___
 douid8 ___
 datac8 ___
 pesoc8 ___
 alluc8 ___
 ondec8 ___
 douid9 ___
 datac9 ___
 pesoc9 ___
 alluc9 ___
 ondec9 ___

CÓDIGOS:
 Onde: (1) Posto de saúde (2) Em casa
 (3) Pastoral da criança (4) agente comunitário
 () Outro: _____

**Pesquisa sobre a Nutrição das Crianças Acompanhadas
pela Pastoral da Criança de Criciúma:**

Numqes:1548 Setor: 47
 Bairro: Santos Dumont (16)
 Mãe: Maria de Fatima Henrique
 Criança: **Grasiele Inacio Henrique**
 Endereço: Rua Itapena s/n, perto 1113

Começar a preencher pelo primeiro peso que você tem anotado no caderno do líder:

Mes e Ano do peso		Peso da Criança	Foi o primeiro peso na Pastoral? ()sim ()não
1	/		
2	/		
3	/		
4	/		
5	/		
6	/		
7	/		
8	/		
9	/		
10	/		
11	/		
12	/		
13	/		
14	/		
15	/		
16	/		
17	/		
18	/		
19	/		
20	/		
21	/		

Nome da Líder: _____

Atenção Chefe de Reportagem

Sugestão de pauta

Assunto:

A Universidade de Pelotas, RS, começa a realizar, nesta quarta-feira, dia 6 de março, uma pesquisa no Município de Criciúma para conhecer as condições de vida e saúde das crianças menores de 3 anos de idade. Serão visitados cerca de 9 mil domicílios, para pesar, medir e fazer todos os exames em aproximadamente 2.300 crianças. Destas, 500 crianças terão também exame de sangue, para dectar níveis de anemia.

A pesquisa, coordenada pelo médico e pós-graduando da Universidade de Pelotas, Dr. Nelson Arns Neumann, deverá estar concluída em setembro e será útil para os serviços públicos e comunitários de saúde elaborarem seus planos de intervenção, com vistas a reduzir a mortalidade infantil no município. Ao mesmo tempo, a metodologia e os instrumentos de trabalho a serem utilizados nesta pesquisa servirão de modelo para outros municípios que desejam conhecer a realidade da saúde e desenvolvimento de suas crianças, para melhor planejar suas ações na área da saúde.

INFORMAÇÕES GERAIS:

Data: 06 de março de 1996, quarta-feira

Horas: 8:30 horas (manhã)

Local: Saída da Prefeitura Municipal de Criciúma em direção ao Bairro Rio Maina

Entrevistado: Dr. Nelson Arns Neumann

Sugestão:

Às 8:30 horas da quarta-feira, um carro sairá da Prefeitura Municipal de Criciúma em direção ao Bairro, levando os pesquisadores. A Equipe de Reportagem pode acompanhar, para fazer imagens e entrevistas, algumas das residências que serão visitadas e o trabalho dos pesquisadores, que envolve respostas a um questionário e ações como pesagem e medição das crianças.

Release para Rádio - 02 / 02 / 1996

**Prezado(a) Diretor(a) de Jornalismo
Rádio Joven Pan - Tubarão**

Solicitamos a gentileza de divulgar a notícia a seguir, que é de interesse da comunidade local. Gostaríamos, se possível, que essa Emissora, muito ouvida em Criciúma segundo informações que recebemos aqui em Curitiba, divulgasse aos moradores dessa cidade, especialmente jovens estudantes do 3º ano do 2º grau, ou de cursos universitários, a existência desta pesquisa, para que participem como entrevistadores. É uma chance de aprenderem mais e ganhar algum recurso.

Obrigado pela atenção.

Elson Faxina
Jornalista

Pesquisa vai estudar a saúde das crianças de Criciúma

Uma pesquisa do curso de mestrado em epidemiologia da Universidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, vai estudar a questão da saúde de mães e crianças menores de 3 anos em Criciúma. O trabalho faz parte dos estudos do médico e pesquisador Nelson Arns Neumann, e da nutricionista e pesquisadora Paula Guimarães, da Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma.

A pesquisa começa a ser realizada no final de fevereiro e vai envolver 45 bairros de Criciúma. Serão pesquisadas 2.300 crianças menores de 3 anos, sendo que em 450 delas será feito exame de sangue para diagnóstico de anemia. Com esta pesquisa será possível saber como os programas de saúde atingem a população, e como aprimorá-los.

Para realizar este trabalho, os pesquisadores estão selecionando pessoas, que estejam estudando o 3º ano do 2º grau ou um curso universitário, para atuarem como entrevistadores. Cada pessoa selecionada receberá uma bolsa auxílio de 250 reais, mais vale transporte. Os interessados devem procurar a Secretaria de Saúde da Prefeitura de Criciúma, ou comparecerem nesta segunda-feira, até às 8 horas da manhã, no bloco B, sala 1, da Fucri-Unesc, para participarem do curso de treinamento, que começa logo a seguir.

OK
21:26h
Claudio Rofin

Curitiba, 04 de março de 1996

Ilmo. Sr.
SILMAR WELTER
Editor Chefe
RBS/Criciúma, SC
Fax (048) 437-0434

Prezado Silmar:

Tomo a liberdade de fazer chegar a suas mãos uma sugestão de pauta que, creio, será interessante a essa Televisão.

Acontece que nesta quarta-feira, meu amigo Dr Nelson Arns Neumann estará iniciando uma pesquisa em Criciúma que seguramente produzirá bons frutos num futuro próximo. Presto assessoria à Pastoral da Criança aqui em Curitiba e também trabalho em televisão. Quando o Nelson me falou desta pesquisa, já a vi com os olhos de quem faz televisão e, tenho certeza, dará uma boa matéria. Por isso tomei a liberdade de sugerir a pauta que segue em anexo.

Caso você tenha necessidade de novas informações, amanhã, terça-feira, você já pode encontrar o Dr. Nelson na Secretaria de Saúde da Prefeitura de Criciúma, que está dando todo o apoio à pesquisa.

Obrigado pela sua atenção.

Atenciosamente,


Elson Faxina
jornalista

Pesquisadores visitam 200 casas para verificar saúde de crianças

Cerca de 200 residências foram visitadas ontem, no primeiro dia da pesquisa desenvolvida pelo Departamento de Medicina Social da Universidade de Pelotas para verificar as condições de saúde das crianças menores de três anos em Criciúma. O trabalho da instituição no município iniciou ainda no mês de fevereiro, com a etapa de treinamento dos pesquisadores e ontem iniciou efetivamente o trabalho de campo. De acordo com Nelson Arns Neumann, um dos coordenadores da pesquisa de campo, foram visitados ontem os bairros São Sebastião e Santa Luzia. Até o final do trabalho, em abril, devem ser visitadas cerca de nove mil residências em vários pontos do município.

O relatório final do trabalho deve ficar pronto em setembro e vai servir para se conhecer a situação de saúde das crianças e também as principais ações que devem ser elaboradas. De acordo com Neumann, o trabalho vai servir como ponto de apoio para a Prefeitura, entidades não governamentais e outras que

atendem crianças no momento de fazer investimentos.

Durante a pesquisa serão avaliadas as condições de peso e altura das crianças, além de teste de hemoglobina para verificar o grau de

anemia entre a crianças. O coordenador explicou que em cada grupo de quatro, uma criança vai passar pelo exame de sangue. Ele será feito na própria residência, com o resultado na hora.

Nelson Arns Neumann

disse que o trabalho de campo foi bem recebido pelas famílias visitadas. "A receptividade foi muito boa", destacou. Neste ano, Criciúma deve ser o único município do país a passar por um projeto deste tipo.

Arquivo/JM



Proposta da pesquisa é levantar situação da saúde entre crianças. Periferia será prioridade

Classifica