



ORIGINAL / ORIGINAL / ORIGINAL

Anthropometric epidemiological profile and children accompanied by leaders of ministry of child

Perfil antropométrico e epidemiológico das crianças acompanhadas pelos líderes da pastoral da criança
Perfil epidemiológico antropométricas y niños acompañados por líderes de ministerio del niño

Rafaela Vieira Teotônio¹, Luana Savana Nascimento de Sousa², Luisa Helena de Oliveira Lima³, Edina Araújo Rodrigues Oliveira⁴, Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo⁵, Tereza Maria Gomes Arrais da Cruz⁶

ABSTRACT

Objective: To investigate the anthropometric and epidemiological profile of children monitored by the Children of the municipality of Santa Cruz do Piauí. **Methodology:** A descriptive, cross-sectional study involving 126 children, enrolled in the Pastoral, in the period august-september 2013. To collect data, we used a structured form. **Results:** Of the respondents, 50% male and 50% female with an average age of 36 months, 53,2% were of mixed ethnicity, 48,4% were studying, and 89,7% were breastfed. Anthropometric profile with weight and stature of 14.733,33g 92,37cm. 89,7% with vaccinations up to date. Regarding the last two months, 12,7% of children had diarrhea and 7,1% drank ORS. Socioeconomic conditions of parents / guardians with an average of 670 real. 72,2% were not employed, 79,4% married / common-law marriage and 33,3% have not completed primary education. Number of persons per household / common-law marriage and 33,3% have not completed primary education. Number of persons per household / common-law marriage and 33,3% have not completed primary education. Number of persons per household / common-law marriage and 33,3% have not completed primary education. Number of persons per household / common-law marriage and 33,3% have not completed primary education. As regards cultural aspects 67,5% believed in superstition when the son fell ill and 78.6% used home remedy. 68,3% rated the pastoral work as good and 23,8% very good. **Conclusion:** The activities developed by the leaders of the Pastoral contributed significantly to healthy growth of children.

Descriptors: Child development. Epidemiology. Intervention.

RESUMO

Objetivo: Investigar o perfil antropométrico e epidemiológico das crianças acompanhadas pela Pastoral da Criança do município de Santa Cruz do Piauí. **Metodologia:** Estudo descritivo e transversal, realizado com 126 crianças, cadastradas na Pastoral da Criança, no período de agosto a setembro de 2013. Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário estruturado. **Resultados:** Dos pesquisados, 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino, com faixa etária média de 36 meses, 53,2% eram de cor parda, 48,4% estudavam, e 89,7% foram amamentadas. Perfil antropométrico com peso de 14.733,33g e estatura de 92,37cm. 89,7% com as vacinas em dia. Com relação aos dois últimos meses, 12,7% das crianças apresentaram diarreia e 7,1% ingeriram soro caseiro. Condições socioeconômicas dos pais/responsáveis, com média de 670 reais, 72,2% não trabalhavam, 79,4% casado/união consensual e 33,3% não concluíram ensino fundamental. Quantidade de pessoas por casa, 39,7% habitadas por 4 pessoas, e 8,8% com 7 ou mais pessoas. Quanto aos aspectos culturais 67,5% acreditavam em superstição quando o filho adoecia e 78,6% faziam remédio caseiro. 68,3% classificaram o trabalho da pastoral como, bom e 23,8% muito bom. **Conclusão:** As atividades desenvolvidas pelos líderes da Pastoral da Criança contribuíram significativamente para crescimento saudável das crianças.

Descritores: Desenvolvimento infantil. Epidemiologia. Intervenção.

RESUMEN

Meta: Investigar el perfil antropométrico y epidemiológica de los niños supervisados por los niños del municipio de Santa Cruz do Piauí. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, que implica 126 niños, inscritos en la Pastoral, en el periodo agosto - septiembre 2013. Para la recolección de datos, se utilizó un formulario estructurado. **Resultados:** De los encuestados, 50% varones y 50% mujeres, con una edad promedio de 36 meses, el 53,2% eran de origen étnico mixto, el 48,4% estaban estudiando, y el 89,7% fueron amamentados. Perfil antropométrico con el peso y la estatura de 14.733,33g 92,37cm. 89,7% con las vacunas al día. En cuanto a los dos últimos meses, el 12,7% de los niños tenía diarrea y el 7,1% bebió SRO. Las condiciones socioeconómicas de los padres / tutores con un promedio de 670 reales, el 72,2% no eran empleados, el 79,4% de matrimonio / en unión libre se casó y el 33,3% no han completado la educación primaria. Número de personas por hogar, el 39,7% habitada por 4 personas, y el 8,8% con 7 o más personas. En cuanto a los aspectos culturales 67,5% creía en la superstiación cuando el hijo se enfermó y el 78,6% utiliza remedio casero. 68,3% calificó el trabajo pastoral como el bien y el 23,8% muy buena. **Conclusión:** Las actividades desarrolladas por los líderes de la Pastoral contribuyó significativamente al crecimiento saludable de los niños.

Descriptor: El desarrollo del niño. Epidemiología. Intervención.

¹Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal do Piauí, Picos-Piauí, Brasil. Pós-Graduada em Enfermagem do Trabalho. E-mail: rafaela.teotonho@hotmail.com.

²Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal do Piauí, Picos-Piauí, Brasil. Pós-Graduada em Urgência e Emergência. E-mail: luana5avana@hotmail.com.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Picos-Piauí, Brasil. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/UFPI. E-mail: luisahelena_lima@yahoo.com.br.

⁴Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Picos-Piauí, Brasil. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/UFPI. E-mail: edinasam@yahoo.com.br.

⁵Enfermeira. Mestre em Enfermagem em Terapia Intensiva. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Picos-Piauí, Brasil. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/UFPI. E-mail: lolandalencar2009@hotmail.com.

⁶Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal do Piauí, Picos-Piauí, Brasil. E-mail: therezaarrais@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas, o Brasil experimentou importantes melhoras nos indicadores de saúde e nutrição infantil. Nesse período, os coeficientes de mortalidade infantil foram substancialmente reduzidos e os déficits de altura entre crianças menores de 5 anos diminuíram⁽¹⁾.

Estes fatores compreendem ainda, as modificações socioeconômicas e demográficas (crescimento econômico, redução da disparidade de renda, urbanização, melhoria na educação das mulheres e redução da taxa de fecundidade); intervenções externas ao setor de saúde (programas condicionais de transferência de renda e melhorias no sistema de água e saneamento); programas verticais de saúde nos anos 1980 (promoção da amamentação, hidratação oral e imunizações); criação do Sistema Nacional de Saúde, cuja cobertura foi expandida para atingir as áreas mais pobres do país por intermédio do Programa de Saúde da Família, na metade dos anos de 1990; e a implementação de vários programas nacionais e estaduais para melhoria da saúde e nutrição infantil⁽¹⁾.

Ressaltando que, o nível da renda familiar é um indicador de bem-estar social, pois uma condição econômica favorável permite o acesso à bens de consumo e serviços que proporcionam uma boa qualidade de vida, como moradia adequada, saneamento básico e educação⁽²⁾. Destacando que, as crianças de famílias de baixa renda, podem apresentar padrão de vida insatisfatório, caracterizado pelo consumo de alimentos não saudáveis, e a frequente evasão dos escolares, assim como, o rebaixamento do nível produtivo e cognitivo da criança, podendo causar transtornos na vida adulta.

A Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, em 1983, confiou a tarefa de criação e desenvolvimento da Pastoral da Criança à médica pediatra e sanitarista Zilda Arns Neumann e a Dom Geraldo Majella Agnelo, então arcebispo de Londrina. Uma primeira experiência foi iniciada no município de Florestópolis, que apresentava o maior índice de mortalidade infantil no Estado do Paraná. Não obstante o fato de ser uma organização originalmente articulada no âmbito da Igreja Católica, a Pastoral é um organismo autônomo. A estrutura é composta por uma hierarquia de coordenações, que começa na Coordenação Comunitária, passando pelas Coordenações Paroquiais, Diocesanas, Estaduais e Coordenação Nacional⁽³⁾.

O trabalho voluntário realizado pela Pastoral da Criança contribui significativamente durante o desenvolvimento e crescimento infantil. A Pastoral da Criança é constituída por líderes, que acompanham mensalmente gestantes e crianças de zero a seis anos de idade, com o papel de oferecer soluções para os agravos de saúde dessa população, através de orientações e acompanhamento antropométrico.

A Pastoral da Criança tem caráter voluntário, e com objetivo principal de atuar na promoção humana, via combate à mortalidade infantil, à violência doméstica e à marginalidade social. Visando ofertar suporte às famílias e às comunidades. Assim como, intervir por meio de projetos complementares, ações básicas que consistem, na alfabetização de jovens e adultos, no programa de geração de renda, no programa de segurança alimentar, no planejamento familiar natural, na assistência à terceira idade e na comunicação social. Os membros da pastoral são capacitados quando a alimentação saudável, imunização, e as doenças que surgem na infância.

Portanto, este estudo é de grande relevância às atividades do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde, em relação à saúde da Criança, nas atividades de puericultura, a partir da transmissão de informação dos pais ou responsáveis pela criança, ao enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, para promoção e prevenção da obesidade, desnutrição, e doenças parasitárias. Sendo necessária a participação da equipe de enfermagem nas capacitações dos líderes, mantendo maior contato da pastoral com os profissionais da saúde, proporcionando maior contato com as famílias.

Este estudo teve como objetivo, investigar o perfil antropométrico e epidemiológico das crianças acompanhadas pelos líderes da Pastoral da Criança, do município de Santa Cruz do Piauí.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e transversal. A pesquisa foi realizada com 126 crianças, de ambos os sexos, acompanhadas pela Pastoral da Criança, no município de Santa Cruz do Piauí, no período de agosto a setembro de 2013, por meio de visitas domiciliares. Para participação na pesquisa, foram estabelecidos critérios de inclusão, que consistiram, em crianças de zero a seis anos de idade; ser acompanhada/registrada pela Pastoral da Criança; residir na zona urbana. E como critérios de exclusão, a apresentação de alguma condição que interfira na mensuração dos dados antropométricos.

Os dados foram coletados através de um formulário estruturado, que abordavam informações, como: dados socioeconômicos, perfil antropométrico das crianças, doenças que mais acometiam as crianças, e aspectos culturais. A pesquisa foi desenvolvida com o auxílio de 14 líderes da Pastoral da Criança, que atuavam na zona urbana e que foram orientados pela pesquisadora, sobre a abordagem da pesquisa e a forma de preenchimento do formulário.

Para mensuração dos dados antropométricos, os pais/responsáveis foram convocados a comparecer na quadra poliesportiva da cidade (Santa Cruz do Piauí), com seus filhos para avaliação antropométrica e investigação de agravos à saúde.

Os dados coletados foram descritos no programa Microsoft Office Excel 2007 e analisados no Software Static Package for Social Sciences, versão 20.0. Os resultados foram apresentados em tabelas e

discutidos a partir da estatística descritiva e da literatura pertinente.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 16529013.7.0000.5214. Solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os pais ou responsáveis pela criança, para participação na pesquisa. Esclarecendo aos participantes, a liberdade de desistir do mesmo a qualquer momento, garantia do anonimato, e ainda, que o estudo não trará nenhum prejuízo ou complicações para os participantes⁽⁴⁾.

RESULTADO

A tabela 1 apresenta a caracterização do perfil socioeconômico da criança.

Observou-se um equilíbrio quanto ao sexo da população estudada, com percentual igual a 50% de meninas e meninos, que correspondiam uma faixa etária mediana de 36 meses. Em relação a cor da pele, 53,2% das crianças referiram cor parda. Sendo perceptível ainda que, 48,4% dos participantes, estudavam em creche ou escolas do município.

Quanto à situação conjugal dos pais/responsável, 79,4% eram casados/união consensual, e 33,3% dos pais entrevistados não tinham concluído o ensino fundamental. Detectou-se ainda que a renda familiar das famílias correspondia a uma média de 670 reais por mês, destacando que 72,2% não trabalhavam. A quantidade de pessoas por domicílio, revelou que 39,7% das casas eram habitadas por 4 pessoas, e 8,8% com 7 ou mais pessoas.

A tabela 2 mostra os dados referentes à saúde da criança. De acordo com a tabela 2, das 126 crianças que participaram da pesquisa, 89,7% foram amamentadas, em média até 17,56 meses. Quanto à situação vacinal, 89,7% das crianças estavam com o cartão vacinal em dia. Em relação aos dados antropométricos, as crianças apresentavam média de peso de 14733,33g e a estatura 92,37cm.

Com relação aos dois últimos meses, 12,7% das crianças tiveram diarreia, onde 7,1% foram tratadas com soro caseiro e 11,9% insistiram com a alimentação, ambos oferecidos pelos pais. Mas, 57,1% dessa população foram atingidas por outras doenças, e a de maior concentração, foi a gripe com 48,4 %.

A tabela 3 refere-se aos aspectos culturais e a avaliação do trabalho da Pastoral da Criança.

Quanto aos aspectos culturais, 67,5% dos pais/responsáveis acreditavam em superstição, quando o filho adoecia, relatando como doenças mais comuns, o vento caído com 38,9%, o olho gordo encontrado em 20,6%, e olho gordo e inveja em 2,4% dos achados. Nesta perspectiva, 78,6% dos pais utilizaram de remédios caseiros para tratar seus filhos, entre as alternativas caseiras, encontrou-se os lambedores 31,7%, o soro caseiro 5,6% e os diferentes tipos de chá 26,4%. A avaliação do trabalho voluntário desenvolvido pela Pastoral da Criança,

realizada pelos pais/responsáveis, revelou que 68,3% consideraram bom, e 23,8% muito bom.

Quanto aos aspectos culturais, 67,5% dos pais/responsáveis acreditavam em superstição, quando o filho adoecia, relatando como doenças mais comuns, o vento caído com 38,9%, o olho gordo encontrado em 20,6%, e olho gordo e inveja em 2,4% dos achados. Nesta perspectiva, 78,6% dos pais utilizaram de remédios caseiros para tratar seus filhos, entre as alternativas caseiras, encontrou-se os lambedores 31,7%, o soro caseiro 5,6% e os diferentes tipos de chá 26,4%. A avaliação do trabalho voluntário desenvolvido pela Pastoral da Criança, realizada pelos pais/responsáveis, revelou que 68,3% consideraram bom, e 23,8% muito bom.

DISCUSSÃO

Ao analisar os resultados, percebeu-se que a situação conjugal dos pais ou responsáveis, 79,4% eram casados ou união consensual. No estudo desenvolvido em Minas Gerais, sobre o desenvolvimento motor, destaca que, mães casadas ou que viviam em união conjugal estável apresentavam chance 38,3% maior de oferecer alta oportunidade para o desenvolvimento motor ($p = 0,02$) dos filhos, comparado às mães solteiras, divorciadas ou viúvas. E pais que cursaram até o nono ano apresentaram chance 67% menor de oferecer médias oportunidades de estímulo ambiental ($p = 0,04$), comparados aos pais com ensino médio ou curso superior completo. Nesta pesquisa 33,3% dos pais não concluíram o ensino fundamental⁽⁵⁾.

Com relação à renda, constatou-se que as famílias possuíam uma média de 670 reais por mês, e 72,2% dos pais não trabalhavam. No estudo sobre sedentarismo em escolares, realizado em São Luís, revela que em família de crianças menores de 5 anos, 85% das famílias atingiam renda familiar per capita inferior a 0,5 salário mínimo e essa variável estava estatisticamente associada aos resultados do índice estatura/idade da criança. Podendo afetar as necessidades essenciais de uma criança para desenvolver uma qualidade de vida digna e ter acesso a uma adequada moradia, estudo, lazer, alimentação, saúde, entre outros⁽⁶⁾.

Quanto ao número de pessoas por domicílio, observou-se que 39,7% eram habitadas por 4 pessoas (dois adultos e duas crianças), mas também foram encontrados domicílios com 7 ou mais pessoas, 8,8%. No estudo sobre fatores associados ao excesso de peso, desenvolvido nos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, constatou que crianças menores de 2 anos, que moravam em famílias com maior número de moradores (maior ou igual a 6) apresentavam as menores taxas de excesso de peso, esse dado pode estar relacionado com a quantidade insuficiente de alimentos para o número de pessoas⁽⁷⁾.

Tabela 1- Dados de caracterização do perfil socioeconômico da criança. Santa Cruz do Piauí, ago/set 2013.

Variáveis	n	%		
Cor				
Parda	67	53,2		
Branca	40	31,7		
Negra	18	14,3		
Amarela	01	0,8		
Sexo				
Masculino	63	50,0		
Feminino	63	50,0		
Estuda (criança)				
		%		
Sim	61	48,4		
Não	65	51,6		
Situação conjugal dos pais				
Casada	100	79,4		
Solteira	17	13,5		
Viúva	04	3,2		
Separada	05	4,0		
Escolaridade dos pais ou responsáveis				
Ensino fundamental incompleto	42	33,3		
Ensino fundamental completo	08	6,3		
Ensino médio incompleto	15	11,9		
Ensino médio completo	46	36,5		
Ensino superior incompleto	06	4,8		
Ensino superior completo	09	7,1		
Quantas pessoas na casa				
2 pessoas	03	2,4		
3 pessoas	28	22,2		
4 pessoas	50	39,7		
5 pessoas	25	19,8		
6 pessoas	09	7,1		
7 pessoas	06	4,8		
8 pessoas	04	3,2		
12 pessoas	01	0,8		
Situação laboral dos pais				
Não trabalha	91	72,2		
Trabalha formalmente	13	10,3		
Trabalha informalmente	21	16,7		
Total	126	100,0		
	KS (Valor p)	Média	IQ	Mediana
Idade das crianças	0,019	35,10	32	36,00
Renda familiar	0,000	671,39	577	670,00

KS: Kolmogorov-Smirnov; IQ: intervalo interquartilico (P75 - P25).

Durante a pesquisa notou-se a constante preocupação das mães quanto à importância do aleitamento materno, uma vez que, 89,7% relatam que os filhos receberam leite materno, por média de 17,56 meses. Estudos internacionais mostraram prevalências baixas e decréscimo considerável de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em bebês de até seis meses. Um estudo canadense de abrangência nacional, realizado com 5.615 mulheres com idades > 15 anos, mostrou que quase a metade das mulheres canadenses pesquisadas amamentavam exclusivamente seus bebês aos três meses, e somente 13,8% o fazia aos seis meses⁽⁸⁾. Outro estudo de base populacional realizado nos Estados Unidos da América mostrou que somente 16,8% dos bebês de seis meses estavam sendo amamentados exclusivamente⁽⁹⁾.

Pode-se destacar ainda que no estudo realizado no Reino Unido, utilizando dados de uma coorte de

15.980 crianças, avaliou a introdução de alimentos sólidos e a amamentação com o risco de hospitalizações por infecções. O risco mensal de hospitalização foi significativamente menor em crianças amamentadas, comparadas àquelas que receberam fórmulas lácteas⁽¹⁰⁾.

Quanto à imunização das crianças pesquisadas, observou-se que 89,7% das crianças estavam com o cartão vacinal atualizado. Comparando os achados em questão em relação à vacinação, com os dados da região Nordeste, pode-se destacar o estudo realizado em Teresina-Piauí, sobre Cobertura Vacinal, revelando que a imunização é superior a 85% em todas as idades⁽¹¹⁾. Já no estudo realizado em São Luís, no Maranhão, das 540 crianças entrevistadas, 79% possuíam cartão de vacinas atualizadas no momento e destas 21% estavam desatualizados⁽¹²⁾.

Tabela 2 - Dados de saúde da criança. Santa Cruz do Piauí, ago/set 2013.

Variáveis	n	%			
A criança mamou no peito	113	89,7			
Crianças com diarreia	16	12,7			
Beberam soro caseiro	09	7,1			
Insistiu na alimentação	15	11,9			
Crianças que adoeceram	72	57,1			
Tipos de doenças					
Gripe	61	48,4			
Gripe e infecção urinária	01	0,8			
Alergia	01	0,8			
Dor abdominal	01	0,8			
Gripe e diarreia	01	0,8			
Dermatite provocada pela larva do <i>Toxocara canis</i>	01	0,8			
Problemas dermatológicos	01	0,8			
Amigdalite	01	0,8			
Bolhas na região oral	01	0,8			
Alergia a produtos gelados	01	0,8			
Febre emocional	01	0,8			
Alergia a picada de insetos	01	0,8			
Situação vacinal da Criança					
Atualizado	113	89,7			
Desatualizado	13	10,3			
	KS (Valor p)	Média	IQ	Mediana	
Duração do AM	0,035	17,56	17	16,00	
Peso	0,000	14733,33	6300	14450,00	
Estatura	0,005	92,37	24	95,50	

KS: Kolmogorov-Smirnov; IQ: intervalo interquartilico (P75 - P25); AM: aleitamento materno.

No que se refere aos dados antropométricos, as crianças apresentaram uma média de peso igual a 14.733,33g e uma estatura de 92,37cm. Observou-se que a renda da família (media de 670 reais) não interferiu no peso e estatura. Fator este, que está relacionado às orientações disponibilizadas pelos líderes da Pastoral da Criança, que provocam estímulos nos pais ou responsáveis, a produzir uma alimentação saudável, com os alimentos que existem em casa. Outras formas que contribuem positivamente para uma média de comprimento/idade é a presença da coabitação materna com o companheiro e maior tempo de aleitamento materno exclusivo⁽¹³⁾.

Nas últimas décadas, diversos países em vias de desenvolvimento alcançaram conquistas importantes na redução da desnutrição infantil. Na região da América Latina e Caribe, a prevalência de baixa estatura para a idade teve uma redução de 44% entre 1980 e 2000. Esta conquista, no entanto, tem sido muito desigual, tanto em nível regional como no interior dos países, permanecendo a desnutrição infantil como uma tarefa inconclusa e de alta prioridade. Por outro lado, enquanto se avança no combate à desnutrição, surge o problema da obesidade com um ritmo altamente acelerado⁽¹⁴⁾.

Ao analisar os tipos de doenças, observou-se que a gripe, acomete 48,4% dos participantes. Comparando-se ao estudo proposto sobre Internações hospitalares em menores de 5 anos, no estado do Piauí, observou-se que, crianças em faixa etária de 1-4 anos, o número de hospitalização se deram principalmente por causas relacionadas com doenças

infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho digestivo⁽¹⁸⁾.

Quanto aos aspectos culturais dos pais, 67,5% dos pais acreditam em superstição, estes relataram como doenças mais comuns, o vento caído 38,9%, caracterizado pela inquietação da criança, e choros frequentes; o olho gordo 20,6%, representada pela calma, com bocejos excessivos, e febre; a associação de olho gordo e inveja 2,4%. Os pais/responsáveis levar a criança com esses sintomas, a benzedeiras, pois com a reza acreditam na recuperação da saúde. Lembrando-se que a cura não é definitiva, pois a criança pode estar sujeita a outras doenças.

Essas famílias acreditam na importância da religiosidade na recuperação de algumas doenças que acometem a saúde da criança, tendem a resolver os problemas de saúde primeiramente a partir de conhecimentos que já possuem, e com a não resolução, procuram a atenção básica de saúde. Cabe salientar que tais práticas, aflições e crenças estão presentes na sociedade como um todo e, no campo da saúde, influenciam tanto os doentes e suas famílias quanto os profissionais de saúde que os assistem⁽¹⁹⁾.

Neste estudo constatou-se que 78,6% utilizam de remédios caseiros para tratar seus filhos quando doentes ou como forma de prevenção. Essas crenças são repassadas por gerações, entre as alternativas caseiras, destacam-se os lambedores (mel de cana-de-açúcar ou de abelha, cravo, hortelão, limão e outros), 31,7%. O soro caseiro 5,6% e os diferentes tipos de chá (chá de erva cidreira, coentro, casca de laranja, nós moscada, cebola branca, boldo, outros) 26,4%.

Tabela 3- Aspectos culturais e avaliação do trabalho da Pastoral da Criança. Santa Cruz do Piauí, ago/set 2013.

Variáveis	n	%
Acreditam em superstição	85	67,5
Tipos de superstição		
Olho gordo e inveja	03	2,4
Vento caído	49	38,9
Olho gordo	26	20,6
Gripe devido à frieza	01	0,8
Não banhar depois de comer	01	0,8
Não banhar com febre	01	0,8
Gripou porque cortou o cabelo	01	0,8
Usam remédio caseiro	99	78,6
Tipos de remédios caseiros		
Lambedor	40	31,7
Soro caseiro	07	5,6
Chá de erva cidreira	05	4,0
Lambedor/soro caseiro	04	3,2
Chá de hortelão	04	3,2
Xarope	04	3,2
Chá de coentro	04	3,2
Chá de casca de laranja	04	3,2
Chá de noz moscada	02	1,6
Chá de cebola branca	02	1,6
Chá de boldo	02	1,6
Banho de casca de umburana	02	1,6
Chá de folha de goiaba	02	1,6
Goma com vinagre /soro caseiro	01	0,8
Chá de limão	01	0,8
Mel de abelha com alho	01	0,8
Cebola branca com banha de galinha	01	0,8
Soro caseiro/chá de camomila	01	0,8
Mel de abelha com aguardente	01	0,8
Chá de folha de mamão	01	0,8
Mel de abelha com maçã	01	0,8
Chá/soro caseiro	01	0,8
Mel de abelha com babosa	01	0,8
Chá de linhaça	01	0,8
Banho de alecrim	01	0,8
Chá de alho	01	0,8
Chá de malva do reino com hortelã	01	0,8
Chá de folha de mamão com gergelim	01	0,8
Chá de erva doce	01	0,8
Chá de eucalipto	01	0,8
Mel de abelha com cebola	01	0,8
Avaliação da Pastoral		
Muito bom	30	23,8
Bom	86	68,3
Regular	08	6,3
Ruim	02	1,6

Em outros estudos, percebeu-se que a utilização de remédios caseiros como forma de prevenção para certas doenças foi essencialmente referida por indivíduos do grupo de elite. Na sua generalidade, todos os indivíduos foram tratados, numa ou outra situação, com remédios caseiros para tratar doenças da infância e quase todos são de opinião que estes tratamentos são eficazes⁽²⁰⁾.

O acompanhamento do desenvolvimento e crescimento das crianças no município de Santa Cruz do Piauí, conta com o trabalho dos Agentes Comunitário de Saúde, que acompanham crianças de 0 a 2 anos, como também, com os voluntários que

participam da Pastoral da Criança, que dão assistência a gestantes e crianças de 0 a 6 anos. Em conjunto, oferecem à população uma maior participação nas práticas de saúde e promovem autonomia comunitária. Segundo a pesquisa realizada no município, ao questionar os pais/responsáveis sobre a avaliação do trabalho desenvolvido pela Pastoral da Criança, 68,3% consideraram o trabalho bom e 23,8% muito bom.

Contudo, nota-se que não cabe só aos órgãos públicos de saúde cuidar do crescimento e desenvolvimento saudável das crianças, mas também, a toda comunidade, permitindo assim que

tenham uma vida digna, com direito à educação, alimentação e saúde, para que no futuro sejam cidadãos de bem, e com capacidades para ajudar os que precisam.

CONCLUSÃO

Os dados do presente estudo apontam que as atividades desenvolvidas pelos líderes da Pastoral da Criança contribuem significativamente para o crescimento saudável das crianças cadastradas. Pois todos os meses, são conferidos e registrados os dados antropométricos, e ofertadas orientações de saúde para pais/responsáveis. Esse trabalho é realizado para famílias de baixa renda, desenvolvendo ações e estratégias para evitar e reduzir o sobrepeso e a diarreia, além de, atualizar a vacinação. Levando em consideração o conhecimento preexistente e as crenças da comunidade.

Os casos de diarreia são comuns em crianças de comunidades pobres. Isso porque, a falta de saneamento básico contribui para um ambiente contaminado, e o contato com o esgoto a céu aberto é mais comum. Como exemplo, a ingestão de água não filtrada e o consumo de alimentos contaminados. Com a pastoral, os pais tornam-se conhecedores da importância da ingestão de soro caseiro, como também, o consumo de alimentos saudáveis, no decorrer do tratamento da diarreia e outras doenças.

No decorrer da pesquisa, encontraram-se poucos artigos que abordavam sobre o trabalho que a Pastoral da Criança desenvolve. Esta instituição ajuda no crescimento saudável das crianças carentes em vários países pobres, desenvolvendo um trabalho voltado à saúde e bem-estar dessas crianças, que vivem em ambiente de risco, sujeitos a adquirir várias doenças, como: diarreia, doenças respiratórias, desnutrição e obesidade. E como os líderes da pastoral atuam diretamente na comunidade, é importante que haja parcerias entre as Secretarias Municipais de Saúde, para que juntas, promovam uma maior assistência na atenção primária, impedido assim o surgimento de algumas doenças e tratando as existentes.

REFERÊNCIAS

1. Victora CG et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. Rio de Janeiro. 2011; 377(9780):1863-76.
2. Sousa GRS, Oliveira EAR, Lima LHO, Silva AKA, Formiga LMF, Rocha SS. Perfil das crianças internadas com diarreia em hospital público. *Rev Enferm UFPI*. 2013; 2(2):34-9.
3. Curitiba. Pastoral da Criança, Regimento Interno da Pastoral da Criança [internet]. Curitiba. 2013. [acesso em 2015 jun 08]. Disponível em: <http://www.pastoraldacrianca.org.br/pt/quem-somos/69-regimento-interno-2013>.
4. Brasil. Resolução 466/2012. Decreto nº 12, de 12 de dezembro de 2013. Estabelece critérios sobre pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*, Brasília. 2013; 4(2):59.
5. Defilipo EC et al. Oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor. *Rev Saúde Pública*. Minas Gerais. 2012; 46(4):633-41.
6. Oliveira TC et al. Atividade física e sedentarismo em escolares da rede pública e privada de ensino em São Luís. *Rev Saúde Pública*. São Luís. 2010; 44(6):1004-996.
7. Cocetti M et al. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em crianças brasileiras menores de 2 anos. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro. 2012; 88(6):503-8.
8. Al-Sahab B, Lanes A, Feldman M, Tamim H, Andrea L, Feldman M, Tamim H. Prevalence and predictors of 6-months exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. *BMC Pediatrics*. 2010; 10:20.
9. Jones JR, Kogan MD, Singh GK, Dee DL, Grummer-Strawn LM. Factors Associated With Exclusive Breastfeeding in the United States. *Pediatrics*. 2011; 128(6):1125-1117.
10. Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A. Infant feeding, solid foods and hospitalization in the first 8 months after birth. *Archives of Disease in Childhood*. 2009; 94(2):148-50.
11. Queiroz LLC et al. Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. Paraíba. 2013; 29(2):302-294.
12. Yokokura VCP et al. Cobertura vacinal e fatores associados ao esquema vacinal básico incompleto aos 12 meses de idade, São Luís, Maranhão, Brasil, 2006. *Cad. Saúde Pública*. São Luís. 2013; 29(3):534-522.
13. Queiroz VAO et al. Preditores do crescimento linear no primeiro ano de vida em uma coorte prospectiva de crianças a termo com peso adequado. *Jornal de Pediatria*. Porto Alegre. 2012; 88(1):86-79.
14. Organización Panamericana de la Salud. *Publicación Científica y Técnica*. Washington. 2008; 1(622):263-6.
15. World Health Organization. WHO Global database on child growth and malnutrition. 2006. [acesso em 2015 out 08]. Disponível em: <http://www.who.int/nutgrowthdb/database/countries/dom/en/>.
16. Ono T, Guthold R, Strong K. WHO Global Comparable Estimates, 2005. [acesso em 2015 jun 08] Disponível em: http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBasePolicyMaker/reports/.
17. Torres RMC et al. Uso de indicadores de nível local para análise espacial da morbidade por diarreia e sua relação com as condições de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2013;18(5):1450-1441.
18. Barreto JOM, Nery IS, Costa MSC. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2012; 28(3):526-515.
19. Martins AJ et al. A concepção de família e religiosidade presente nos discursos produzidos por profissionais médicos acerca de crianças com doenças

genéticas. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2012; 17(2):553-545.

20. Bäckström B. Comportamentos de Saúde e Doença numa Comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa. *Saúde Soc*. Rio de Janeiro. 2011; 20(3):772-758.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2015/06/27

Accepted: 2015/10/04

Publishing: 2015/12/01

Corresponding Address

Luana Savana Nascimento de Sousa.

Telefone: (86) 9978-6208.

Endereço: Rua Gabriel Ferreira, nº 570, Bairro: Centro Norte, Teresina-Piauí.

E-mail: luana5avana@hotmail.com.

Universidade Federal do Piauí - UFPI/CSHNB, Picos-Piauí, Brasil.