

FACULDADE LABORO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LILIAN BATISTA PINHEIRO  
SUELEM DOS SANTOS NEVES

**A PASTORAL NO COMBATE À DESNUTRIÇÃO EM CRIANÇAS MENORES DE 6 ANOS: uma revisão de literatura**

São Luís  
2017

**LILIAN BATISTA PINHEIRO  
SUELEM DOS SANTOS NEVES**

**A PASTORAL NO COMBATE À DESNUTRIÇÃO EM CRIANÇAS MENORES DE 6  
ANOS: uma revisão de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Saúde da Família, da  
Faculdade Laboro, para obtenção do título de  
Especialista.

Orientador(a): Prof.(a). Mestre Luciana Cruz  
Rodrigues Vieira

São Luís  
2017

**LILIAN BATISTA PINHEIRO**  
**SUELEM DOS SANTOS NEVES**

**A PASTORAL NO COMBATE A DESNUTRIÇÃO EM CRIANÇAS MENORES DE 6 ANOS: uma revisão de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Mestre Luciana Cruz Rodrigues Vieira**(Orientadora)

Graduada em Farmácia  
Especialista em residência Multiprofissional em Saúde  
Mestre em Saúde Materno-Infantil  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Examinador 1**

---

**Examinador**

## **A PASTORAL NO COMBATE A DESNUTRIÇÃO EM CRIANÇAS MENORES DE 6 ANOS: uma revisão de literatura**

**LILIAN BATISTA PINHEIRO  
SUELEM DOS SANTOS NEVES**

### **RESUMO**

As ações executadas pela Pastoral da Criança compõem um conjunto de práticas educativas simples, baratas e facilmente replicáveis, focalizadas na capacitação das famílias para os cuidados com a criança. Dessa forma, a pesquisa tem como objetivo analisar as medidas antropométricas das crianças através de tabelas encontrados na literatura, identificar as práticas realizadas pela pastoral através de estudos e demonstrar o índice de desnutrição infantil acompanhadas ou não pela pastoral. Este estudo foi realizado através de uma revisão de literatura, buscou artigos completos na base de dados Scielo, revistas e site da Pastoral da Criança, publicados entre os anos de 2005 a 2014 que versam sobre a desnutrição e as ações da Pastoral da Criança. Os dados serão apresentados em tabelas, por afinidades de temáticas abordadas. Nos resultados observa-se que não houve diferença significativa referente à desnutrição em crianças acompanhadas pela pastoral devido a estrutura ambiental e econômica, aliada ao trabalho dos agentes de saúde, pode estar permitindo o incentivo ao aleitamento materno e a prevenção das doenças infecciosas e/ou adoção precoce de cuidados iniciais para evitar complicações, como ocorre com o soro caseiro nas diarreias. No entanto, o consumo alimentar, determinante direto do estado nutricional, depende da condição econômica da família, que delimita a capacidade de compra, sendo comum o consumo de alimentos mais calóricos por pessoas de baixa renda, por serem de custo acessível.

**Palavras- chave:** Pastoral da Criança. Desnutrição. Desenvolvimento.

---

<sup>1</sup>Especialização em Saúde da Família pela Faculdade Laboro, ano de conclusão 2017.

## **PASTORAL DOES NOT COMBAT MALNUTRITION IN CHILDREN UNDER 6 YEARS:**

A literature review

### **SUMMARY**

The actions carried out by Pastoral da Criança comprise a set of simple, cheap and easily replicable educational practices focused on the training of families for child care. Thus, the research aims to analyze the anthropometric measures of children through tables found in the literature, identify the practices carried out by pastoral studies and demonstrate the index of child malnutrition accompanied or not by pastoral. This study was conducted through a review of the literature, searched for complete articles in the Scielo database, journals and the Pastoral da Criança website, published between 2005 and 2014 that deal with malnutrition and the actions of Pastoral da Criança. The data will be presented in tables, by affinities of the topics addressed. The results show that there was no significant difference regarding malnutrition in children accompanied by pastoral care due to the environmental and economic structure, allied to the work of health agents, may be encouraging the breastfeeding and the prevention of infectious diseases and / or early adoption of early care to avoid complications, as occurs with homemade serum in diarrhea. However, food consumption, a direct determinant of nutritional status, depends on the economic condition of the family, which delimits the purchasing power, being common the consumption of foods more caloric by people of low income, because they are affordable.

**Keywords:** Pastoral Care of the Child. Malnutrition. Development.

## 1 INTRODUÇÃO

A desnutrição infantil é um problema que se propaga por boa parte do mundo, porém é predominante nos países em desenvolvimento. Pode estar associada a pobreza e a desigualdade social e é provocada não somente pela falta de alimentos, mas também pela má absorção, infecções e fatores relacionados ao baixo nível sócio econômico (EICKHOFF; NOGUEIRA, 2012, p. 55-8).

A infância é uma das etapas da vida em que ocorrem as maiores modificações físicas e psicológicas. Essas mudanças caracterizam o crescimento e o desenvolvimento infantil e o acompanhamento do mesmo visa à promoção e à manutenção da saúde, bem como à atuação sobre fatores capazes de comprometer a saúde da criança (CASTILHO; BERCINI, 2005, p. 129- 138).

A criança deve sempre ser observada como um todo em relação com seu ambiente e família, pois o desenvolvimento pode ser caracterizado como o crescimento da capacidade do indivíduo na execução de funções cada vez mais complexas. Cada indivíduo se desenvolve a partir de suas possibilidades e do meio em que está inserido (CASTILHO; BERCINI, 2005, p. 129- 138).

Na saúde da criança, a assistência prestada nos serviços de saúde pode ter um impacto limitado se não se considerar que os pais, a família, a comunidade e todos os cuidadores que acompanham essas crianças, incluindo os profissionais de múltiplas áreas que exercem um papel fundamental na proteção da saúde infantil (ANDRADE et al, 2013, p.772-780).

Segundo Higuchi et al (2011, p. 241-7), as doenças prevalentes na infância, se caracterizam pelas infecções respiratórias agudas (IRA'S), doenças diarreicas e

desnutrição, que estão entre as principais causas mais comuns de óbito infantil, que poderiam ser evitadas utilizando-se medidas preventivas, diagnóstico precoce e tratamento adequado.

Além de causar danos na fase infantil, a desnutrição também aumenta o risco da criança desencadear complicações na sua fase adulta, por isso torna-se indispensável observar o desenvolvimento infantil, garantindo segurança alimentar e nutricional para todas as crianças (EICKHOFF; NOGUEIRA, 2012, p. 55-8). Esta patologia é, verificada no Brasil através do déficit de crescimento de 7% em 2006, e a maior frequência desse problema foi observada na região Norte do país (15%), havendo pouca variação entre as demais regiões (6% nas regiões Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e 8% na região Sul) (KULL, 2014, p. 63-74).

Existem várias organizações que tentam melhorar os indicadores de saúde infantil, dentre eles destaca-se a Pastoral da criança que é uma organização não governamental criada em 1983 pela Conferência Nacional de Bispos do Brasil (CNBB) e reconhecida como uma das mais importantes organizações mundiais que trabalham com o objetivo de promover o desenvolvimento integral de crianças carentes, do nascimento aos seis anos de idade, por meio de ações preventivas de saúde, nutrição, educação e cidadania, realizadas por mais de 202 mil voluntários capacitados (EICKHOFF; NOGUEIRA, 2012, p. 55-8).

Baseado em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, a Pastoral da criança afirma que existem 1,3 milhões de crianças menores de 6 anos, 70 mil gestantes e um milhão de famílias em 35,6 mil comunidades de todos os estados do Brasil. A taxa de mortalidade infantil nas comunidades acompanhadas é 8,8 óbitos por mil nascidos vivos, menor que a média nacional que é de 15,6 óbitos por mil nascidos

vivos. Também o nível de desnutrição nas comunidades acompanhadas é mais baixo (1,6%) se comparado à média nacional (2,8%) (PASTORAL DA CRIANÇA, 2013).

A Pastoral mantém sua atuação na organização da comunidade e na capacitação de líderes voluntários que assumem a tarefa de orientar e acompanhar as famílias vizinhas, para que elas se tornem protagonistas de sua própria transformação pessoal e social. As ações executadas pela pastoral compõem um conjunto de práticas educativas simples, baratas e facilmente replicáveis, focalizadas na capacitação das famílias para os cuidados com a criança, tais como pesagem mensal, acompanhamento e desenvolvimento da criança e de outros cuidados básicos como aleitamento materno (AM), terapia de reidratação oral (TRO), imunizações, controle de infecções respiratórias, acompanhamento da gestante, orientação da multimistura e brinquedoteca ( ANDRADE; MELLO, 2006, p. 1- 6).

Destaca-se o uso da multimistura, como uma alternativa encontrada na tentativa de combater a desnutrição infantil, usada desde 1985, preparada com o aproveitamento de produtos de alto valor nutricional, tais como ferro, cálcio, fósforo, zinco e potássio mantendo paladar agradável, com recursos disponíveis nas próprias comunidades, parte de vegetais antes descartados passam a ser reaproveitados com o objetivo de aproveitar ao máximo o valor nutritivo dos alimentos (MARQUIORO; FIORENTIN, 2012, p. 02).

De acordo com Marquioro, Fiorentin (2012, p. 02), entre os benefícios alcançados pela Pastoral, com essa pratica estão a redução da mortalidade infantil, a diminuição do nascimento de criança com baixo peso (abaixo de 2.500 gramas), número de adoecimentos e a melhoria da qualidade de vida.



A enfermagem destaca-se por suas ações preventivas e de educação em saúde, dentro deste contexto pode-se afirmar que a atenção dispensada por esses profissionais durante o seguimento de saúde da criança tem o objetivo de melhorar esses indicadores. Apesar das melhorias ocorridas pelas ações da Pastoral da criança, é importante que a enfermagem esteja mais envolvida na assistência prestada a saúde infantil, analisando o crescimento e desenvolvimento de cada criança, orientando as famílias através de palestras e trabalhos educativos mostrando a importância do acompanhamento integrado da criança, assim proporcionando aos familiares uma maior atenção voltada a saúde infantil (ANDRADE et al., 2013, p. 772- 780).

Observa-se que apesar de muito estudado, a desnutrição ainda tem grande prevalência no que se refere à saúde da criança, o estudo de Eickhoff, Nogueira (2012, p. 55-8) afirma que medidas simples, tais como pesagem mensal, aleitamento materno, acompanhamento e desenvolvimento da criança e de outros cuidados básicos poderiam diminuir este indicador.

O Maranhão ainda possui alto indicador de desnutrição em crianças acompanhadas ou não pela Pastoral da Criança, apesar de pouco divulgados esses dados, torna-se extremamente importante avaliar o impacto das ações da Pastoral da criança nos indicadores de saúde infantil no seguimento de 0 à 6 anos.

Dessa forma, a pesquisa tem como objetivo analisar as medidas antropométricas das crianças através de tabelas encontrados na literatura, Identificar as práticas realizadas pela pastoral através de estudos e demonstrar o índice de desnutrição em crianças acompanhadas ou não pela pastoral.

Este estudo será feito através de uma revisão de literatura, buscou artigos completos na base de dados Scielo, revistas e site da Pastoral da criança, publicados

entre os anos de 2005 a 2014 que versem sobre a desnutrição e as ações da Pastoral da Criança. Os dados serão apresentados em tabelas, por afinidades de temáticas abordadas.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Principais medidas antropométricas das crianças de 0 a 6 anos**

Segundo Motta, (2001) a avaliação antropométrica, individual – como parte dos cuidados pediátricos de rotina – ou em grupos, é um dos indicadores de saúde da criança mais sensíveis e usados, constituindo-se em meio universalmente aplicável, rápido, barato e não invasivo de determinar o estado nutricional. Em comunidades, a antropometria é um importante instrumento epidemiológico, fornecendo uma estimativa da prevalência e gravidade das alterações nutricionais.

Em geral, os países da América Latina têm prevalência baixa ou moderada de desnutrição – 11,9% de peso baixo para a idade, 2,7% de peso baixo para a estatura e 22,2% de retardo de crescimento linear, enquanto na Ásia encontram-se as frequências mais elevadas – 42%, 10,8% e 47,1%, respectivamente. No Brasil, estudo recente detectou 5,7% de peso baixo para a idade, 2,3% de peso baixo para a estatura e 10,5% de retardo de crescimento linear, sendo que na região Nordeste as prevalências para esses indicadores foram 8,3%, 2,8% e 17,9%. Porém, esse não é um problema restrito aos países em desenvolvimento, pois há relatos mostrando cerca de 8 a 10% de retardo de crescimento linear em crianças de países do primeiro mundo (MOTTA, SILVA, 2001).

Tuma, Costa, Schmitz (2005), conforme seu estudo referente às medidas antropométricas encontrou que a maioria das crianças estavam na faixa etária de 24 a 71 meses, apesar de estarem regularmente matriculadas em creche e escolas, o perfil do consumo alimentar habitual apontou alto consumo de produtos lácteos, arroz/macarrão, feijão, açúcar, pães e margarina; consumo médio de frutas, hortaliças, carne bovina, frango, ovos, biscoito; baixo consumo de peixes, vísceras, sucos/chás e leite materno; além do consumo de snacks, refrigerante, fastfood, enlatados/embutidos

e doces/guloseimas, desde a mais tenra idade.

**Tabela 01** - Perfil antropométrico atual das crianças, segundo os indicadores peso/idade, estatura/idade e peso/estatura em três creches. Brasília, DF, 2001.

Indicador	<-2z		- 2 a 2z		>2z		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Peso/idade	5	2,2	209	90,8	16	6,9	230	100,0
Estatura/idade	11	4,8	206	89,6	135,6		230	100,0
Peso/estatura	1	0,4	215	93,5	14	6,1	230	100

FONTE: Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 5 (4): 419-428, out. / dez., 2005

Naves (2010) afirma em sua pesquisa relacionado aos dados antropométricos das crianças com a faixa etária de 0 a 5 anos que apresentam estatura de 49,1 a 110 cm e peso de 3.200 a 18.300 Kg de ambos os sexos, estão dentro do padrão de normalidade para o bom desenvolvimento e crescimento infantil.

A promoção da saúde infantil compreende todas as ações diretas e indiretas que favorecem a criança a atingir seu potencial de crescimento e desenvolvimento. No que diz respeito às ações diretas, destaca-se o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, contemplando a avaliação desse processo e a educação em saúde, a qual consiste em atuar junto aos pais e cuidadores infantis, bem como junto às próprias crianças, mantendo ou promovendo a aquisição de competências para atender às necessidades da criança (CASTILHO; BERCINI, 2005).

## 2.2 Desnutrição infantil

De acordo com Motta (2001) a desnutrição (peso baixo para a idade, peso baixo para a estatura e retardo de crescimento linear) permanece o problema nutricional de maior interesse em países em desenvolvimento, pois, embora observe-se redução gradativa da prevalência ao longo dos anos em algumas áreas, percentual significativo de crianças ainda é afetado.

**Tabela 2** - Distribuição de frequência do estado nutricional de acordo com a faixa etária.

Indicador	Faixa Etária			
	Lactente	Pré-Escolar	Escolar	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Peso/Idade</b>				
< -2 escore z (peso baixo para a idade)	3 (3,2)	9 (4,4)	7 (3,5)	19 (3,8)
-2 a -1 escore z (risco nutricional)	11 (11,8)	57 (27,9)	51 (25,6)	119 (24)
-1 a +1 escore z	56 (60,2)	95 (46,6)	122 (61,4)	273 (55)
+1 a +2 escore z	14 (15,1)	23 (11,3)	11 (5,5)	48 (9,7)
> +2 escore z	9 (9,7)	20 (9,8)	8 (4)	37 (7,5)
<b>Peso/Estatura</b>				
< -2escore z (peso baixo para a estatura)	0 (0)	2 (1)	4(2)	6 (1,2)
-2 a -1 escore z (risco nutricional)	11 (11,8)	51 (25)	45 (22,6)	107 (21,6)
-1 a +1 escore z	65 (69,9)	115(56,3)	130 (65,4)	310 (62,5)
+1 a +2 escore z (sobrepeso)	11 (11,8)	25 (12,3)	14 (7)	50 (10,1)
> + 2 escore z (obesidade)	6(6,5)	11(5,4)	6 (3)	23 (4,6)
<b>Estatura/Idade</b>				
< -2 escore z (retardo de crescimento linear)	6 (6,5)	9 (4,4)	10 (5)	25 (5)
-2 a -1 escore z (risco nutricional)	6 (6,5)	28 (13,7)	37 (18,6)	71 (14,3)
-1 a +1 escore z	54 (58)	121(59,3)	121 (60,8)	296 (59,7)
+1 a +2 escore z	23 (24,7)	34 (16,7)	24 (12,1)	81 (16,3)
> +2 escore z	4 (4,3)	12 (5,9)	7 (3,5)	23 (4,6)

FONTE: Jornal de Pediatria - Vol. 77, N°4, 2001

A prevalência da desnutrição nas crianças brasileiras menores de cinco anos verificada através do déficit de crescimento foi de 7% em 2006, e a maior frequência desse problema foi observada na região Norte do país (15%), havendo pouca variação entre as demais regiões, sendo 6% nas regiões Centro Oeste e Nordeste; e 8% nas regiões Sudeste e Sul (KUHL, et al, 2014).

Segundo Motta (2001) a estrutura ambiental e sócio econômica, aliada ao trabalho dos agentes de saúde, pode estar permitindo o incentivo ao aleitamento materno e a prevenção das doenças infecciosas e/ou adoção precoce de cuidados iniciais para evitar complicações, como ocorre com o soro caseiro nas diarreias. No entanto, o consumo alimentar, determinante direto do estado nutricional, depende da condição econômica da família, que delimita a capacidade de compra, sendo comum o

consumo de alimentos mais calóricos por pessoas de baixa renda, por serem de custo acessível. Possivelmente, o maior consumo energético na comunidade, associado às medidas preventivas e à educação nutricional, estão melhorando o indicador peso para a idade, mas o retardo de crescimento linear pode estar mais acentuado em função de outros fatores, além do déficit calórico crônico e das doenças de repetição, como o baixo conteúdo de micronutrientes na dieta.

A mortalidade de crianças de menos de um ano nas comunidades onde há Pastoral da Criança chega a ser 50% menor do que naquelas onde a Pastoral não está presente. É dessa forma que se consegue reduzir a mortalidade infantil e a mãe se educa como agente de transformação de sua família e da comunidade. Assim, toda a família cresce e vive melhor (PASTORAL DA CRIANÇA 2013).

### **2.3 Atividades e benefícios realizados pela Pastoral da Criança**

A Pastoral da Criança atua nas famílias e comunidades. As líderes pertencem à comunidade. Recebem treinamento para este trabalho voluntário, para a mobilização das famílias em atividades de combate à mortalidade infantil e de melhoria da qualidade de vida familiar. O trabalho da líder é o de acompanhar gestantes e crianças carentes de até seis anos de idade, ensinando as mães e demais familiares ações básicas de saúde, nutrição e educação. Visita e acompanha as famílias que tenham gestantes e crianças, através da pesagem mensal, mensuração e brinquedoteca. É importante salientar que a Pastoral não tem finalidade assistencial: não distribui ranchos, roupas ou outros. O grande diferencial da Pastoral da Criança é que não trata somente de questões técnicas de saúde e nutrição. Mas a líder da Pastoral se faz próxima da vida das mães gestantes, das famílias, visita, ouve, aconselha, consola, ajuda a encaminhar para a comunidade de fé e, também, para as entidades que possam ajudar (PASTORAL DA CRIANÇA, 2013).

A pastoral da criança oferece a multimistura para melhorar o estado nutricional das crianças de 0 a 6 anos de idade, como também orienta as mães sobre o

aleitamento materno, vacinação, higiene, com isso diminui as doenças que poderiam ser prevenidas e evitadas, entre as crianças e as mulheres. A multimistura é elaborada com uma mistura de vários ingredientes como: sementes, folhas verdes escuras e farelos (NAVES, 2010).

O uso da multimistura, em doses pequenas e constantes acrescidas à alimentação, é justificado por fornecer grandes quantidades de ferro, cálcio, fósforo, zinco e potássio, nutrientes indispensáveis para crescimento saudável da criança. Porém estudos relatam que a presença de fatores antinutricionais como o ácido fítico, encontrado nos farelos, e o ácido cianídrico, encontrado nas folhas de mandioca, podem interferir na biodisponibilidade destes minerais (KUHL, et al, 2014).

De acordo com Neuman (2006), a Pastoral realiza um trabalho de prevenção, multiplicando o saber e solidariedade a mais de 1,4 milhão de famílias pobres de 40.970 comunidades, em 4.058 municípios brasileiros. Seus mais de 266 mil voluntários esforçam-se para promover o desenvolvimento integral de quase 1,9 milhão de crianças menores de seis anos – número que equivale a 20% das crianças pobres desta faixa etária no Brasil. Fazem isso conscientes de que a verdadeira inclusão social começa na família e na comunidade. É neste ambiente que a criança começa a ser incluída e educada para a paz. É fortalecendo a família, ajudando na promoção da saúde, da educação, da nutrição, da cidadania, construindo laços de afetividade, aumentando a autoestima, buscando o equilíbrio familiar e comunitário, que se pode garantir um mundo melhor para as futuras gerações.

Entre as principais ações que a pastoral realiza, estão as seguintes:

- Visita domiciliar mensal às famílias acompanhadas. Neste dia, o líder vai até a casa da criança acompanhada ouvir a família e partilhar conhecimentos e experiências sobre saúde, nutrição, higiene, educação infantil, cidadania, prevenção de doenças, gestação, entre outros temas;
- Pesagem mensal das crianças, em um dia denominado “Dia da Celebração da Vida”. Este momento é enriquecido com troca de experiências, informação e confraternização entre as famílias;
- Reunião mensal de avaliação e reflexão. Momento em que os líderes se reúnem e avaliam como está cada criança em sua comunidade.

Em seu trabalho missionário, que une Fé e Vida, multiplicando saber e solidariedade, os líderes da Pastoral da Criança buscam a melhoria da qualidade de vida das crianças brasileiras, acompanhando gestantes e crianças, independentemente de cor, raça, crença religiosa e política. O resultado desse trabalho é a diminuição da desnutrição, da mortalidade infantil e da violência familiar nas comunidades acompanhadas pela Pastoral da Criança; a melhoria do tecido social; a promoção humana e o aumento da autoestima entre as lideranças comunitárias e as famílias acompanhadas e, de forma especial, as mães, que passam a ser as protagonistas de sua própria história, a partir das preocupações com a vida da criança. (NEUMAN, 2006).

Conforme Neuman (2006), os líderes da Pastoral da Criança, em seu trabalho constante junto às famílias mais pobres, comprovam pela própria experiência nas comunidades que o nível de escolaridade das mães é proporcional à mortalidade infantil de seus filhos. Mães alfabetizadas aprendem mais sobre a saúde, a identificação de doenças e o desenvolvimento físico, mental, espiritual e cognitivo de suas crianças. Por isso, a Pastoral da Criança mantém o Projeto de Alfabetização de Jovens e Adultos, uma atividade complementar às ações básicas de saúde, nutrição, educação e cidadania, que visa a alfabetizar voluntários e famílias acompanhadas.

A Pastoral da Criança investe em pesquisas independentes e em parceria com universidades, governo federal, Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e outros organismos internacionais como forma de avaliar e melhorar suas ferramentas de superação das desigualdades e, assim, chegar às crianças mais pobres do país. Merecem especial destaque, entre elas, a estratégia de recuperação nutricional, o reforço do aleitamento materno exclusivo, a adequação do sistema interno de informações e a mudança no sistema de capacitações dos líderes da Pastoral da Criança. Especial atenção tem sido destinada ao fornecimento de colheres-medida para preparar o soro caseiro (NEUMAN, 2006).

DE acordo com Neuman (2006) cerca de uma dezena de estudos quantitativos e qualitativos foram realizados por investigadores independentes ao longo desses 22 anos. Na região Nordeste, por exemplo, pesquisa realizada em vários municípios dos estados do Maranhão, Sergipe, Ceará, Rio Grande do Norte, Bahia e

Paraíba verificou que, mesmo entre os pobres, a Pastoral da Criança acompanha aqueles com mais necessidades, incluindo crianças com mais déficits nutricionais.

As mães visitadas pelos líderes comunitários nestas localidades têm mais conhecimento em sobrevivência infantil e seus filhos têm maior cobertura de serviços preventivos. Particularmente no estado de Sergipe, onde um estudo mais detalhado foi realizado, em diversas comunidades, os únicos prestadores de serviços em saúde na comunidade eram os líderes da Pastoral da Criança. Em Criciúma, Região Sul do Brasil, observou-se que a maior parte das crianças acompanhadas era de famílias de baixa renda, mas a cobertura era menor no primeiro quartil de renda. Neste quartil, houve mais interrupção de atividades da Pastoral da Criança. Intervenções pontuais também estão sendo testadas antes de serem adotadas pela Pastoral (NEUMAN, 2006).

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em virtude do que foi mencionado, o investimento no desenvolvimento da solidariedade humana organizada com objetivos definidos e a soma de esforços entre famílias, sociedade e governo reduzem os gastos e produzem resultados mais rápidos na promoção de saúde, educação, nutrição, emprego e, conseqüentemente, paz e justiça social. A Pastoral da Criança trabalha fundamentada nessa reflexão, alcançando, mais do que bons índices, as transformações na organização social, mais participação comunitária e compromisso entre as pessoas.

É fundamental incentivar a organização comunitária em questões simples, que atendam às necessidades básicas das famílias e que tenham como mola propulsora o beneficiário, tornando-o protagonista de sua própria transformação social.

Na Pastoral da Criança, o protagonista da ação transformadora é o próprio excluído. Nossos líderes comunitários são pessoas que vivem nas próprias comunidades onde atuam – 92% são mulheres. São pessoas simples, de coração imenso; verdadeiros doutores em cidadania que aprendem as ações básicas de saúde, nutrição e educação e assumem o compromisso de multiplicar este saber entre as



famílias vizinhas acompanhadas. Eles, como milhares de outros voluntários, são a pedra angular para a melhoria da condição social do país.

São pessoas que entendem que a solução dos problemas não está reduzida à questão econômica: relaciona-se, também, à fragilidade do tecido social. Nesse mundo globalizado da economia, é urgente revalorizar as relações humanas e sociais, a criação de uma nova ética de convivência humana, em que a solidariedade e a corresponsabilidade social cuidem principalmente das crianças, em seu contexto familiar e comunitário.

## REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, R. Dully et al. Integralidade das Ações entre profissionais e Serviços: Prerrogativa ao Direito à Saúde da Criança. **Esc. Anna Nery (impr.)** 2013 out-dez; 17(4): p.772-780.
2. ANDRADE, R. Dully; MELLO, D. Falleiros de. Organizações Sociais e Instituições Governamentais: Perspectivas de Parceria na Atenção à Saúde da Criança Através dos Voluntários de da Pastoral da Criança. **Rev.esc. enferm.** mar.2006, São Paulo.USP vol.40, n.1, p. 1-6.
3. ALBUQUERQUE, S. S. Lins de et al. A influência do padrão de aleitamento no desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritivos na primeira infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010. 15(2):371-378.
4. BENGUIGUI, Yehuda. As Infecções Respiratórias Agudas na Infância como Problema de Saúde Pública. **Boletim de Pneumologia Sanitária** - jan/jun – 2002. Vol. 10, Nº 1.
5. BISCEGLI, T. Soares et al. Avaliação do Estado Nutricional e do Desenvolvimento Neuropsicomotor em Crianças Frequentadoras de Creche. **Rev Paul Pediatr** 2007;25(4):337-42.
6. CAMINHA, M de F Costa et al. Aleitamento materno exclusivo entre profissionais de um Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011 16(4):2245-2250.
7. CASTILHO, S. Gestal; BERCINI, L. Olga. Acompanhamento de Saúde da Criança: Concepções das Famílias do Município de Cambira, Paraná. Maringá. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**. Maio/ago. 2005 n. 2, p. 129-138.

8. EICKHOFF, S; NOGUEIRA, L. de Alcântara. Acompanhamento de Crianças Desnutridas e Fatores de Risco: Uma Parceria com a Pastoral da Criança. Rev. UNOPAR **Cient. Ciênc. Biol. Saúde**; novem 2012 15 (1): p. 55-8.
9. ESCARCE, A. Gonzalez et al. Escolaridade Materna e Desenvolvimento da Linguagem em Crianças de 2 meses à 2 anos. **Rev. CEFAC**, mar/ jul 2011, São Paulo.
10. HIGUCHI, C. Hiroko. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDIP) na Prática de Enfermeiros Egressos na USP. **Rev. Gaúcha Enferm**, jun 2011; 32(2): p.241-7.
11. KAPPEL, M. D. Bombardelli; CARVALHO, M. Cristina; KRAMER, S. Perfil das Crianças de 0 a 6 anos que Frequentam Creches, Pré-Escolas e Escolas: Uma Análise dos Resultados da Pesquisa sobre Padrões de Vida/IBGE. **Revista Brasileira de Educação**, jan/fev/mar/abr 2001 nº 16.
12. KUHL, A. Masiero et al. Hábitos Alimentares e Estado Nutricional de Crianças Após o Uso da Multimistura. **Rev. da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**. 2014 v.11, n.2, p.63-74.
13. MARQUIORO, A. Karina; FIORENTIN, M. I. Schneider. Utilização da Multimistura como Alimento Alternativo: A ação da pastoral da criança no Combate a desnutrição Infantil no Município de Maripá- PR. **Rev. ThêmaetScientia-** , jul/dez 2012, vol.2, nº 2.
14. MOTTA, M. Eugênia. F.A; SILVA, Gisélia. AP da. Desnutrição e obesidade em crianças: delineamento do perfil de uma comunidade de baixa renda. **Jornal de Pediatria** - Vol. 77, Nº4, 2001.

15. NAVES, A. Rodrigues. Segurança Alimentar e Desenvolvimento Infantil no Bairro Esperança, em Uberlândia-MG. 2010.
16. NEUMAN, Z. Arns. Conhecimento e solidariedade que geram inclusão social – o caso da Pastoral da Criança. v. 1, n. 2, p. 88-91, abr./set. 2006.
17. OLIVEIRA, A. K. Pessoa de; BORGES, D. Freire. Programa de Saúde da Família: uma Avaliação de Efetividade com base na Percepção de Usuários. **RAP-Rio de Janeiro** mar./abr. 2008 42 (2): 369-89.
18. OSIS, M. J. Duarte. Aleitamento Materno Exclusivo entre Trabalhadoras com Creche no local de Trabalho. **Rev. Saúde Pública** 2004; 38(2): 172-9.
19. PASSANHA, Adriana; MANCUSO, A. M. Cervato; SILVA, M. E. M. Pinto e. Elementos protetores do leite Materno na Prevenção de doenças Gastrointestinais e Respiratórias **Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum.** 2010; 20(2): 351-360.
20. PASTORAL DA CRIANÇA 2013. Disponível em: <[www.pastoraldacrianca.org.br/pt/noticias-dos-30anos/2377-pastoral-da-crianca...](http://www.pastoraldacrianca.org.br/pt/noticias-dos-30anos/2377-pastoral-da-crianca...)> Acesso em: set.2014.
21. PASTORAL DA CRIANÇA 2013. Disponível em:<[www.pastoraldacrianca.org.br/pt/noticias-dos-30anos/2377-pastoral-da-crianca...](http://www.pastoraldacrianca.org.br/pt/noticias-dos-30anos/2377-pastoral-da-crianca...)> Acesso em out.2017
22. PRIMO, C. Caniçali; LEITE, F. M. Costa; AMORIM, M.H. Costa; SIONI, R. Marchesini; SANTOS, S. Helmer dos. Uso da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem na assistência a mulheres mastectomizadas. **Acta paul. enferm.** São Paulo 2010,vol.23 no.6.

23. SANTOS, A. R. Milhomen. As Ações da Pastoral da Criança na Comunidade Santos Apóstolos Pedro e Paulo Com Perspectivas de Desenvolvimento Local em Campo Grande. MS. Universidade Católica. 2006.

24. SANTOS, L A da S; LIMA, A M P; PASSOS, I V; SANTOS, L M P; SOARES, M D; SANTOS, M C dos. Uso e Percepções da Alimentação Alternativa no Estado da Bahia: um Estudo Preliminar. **Rev. Nutr.**, 2001, Campinas, 14 (suplemento): 35-40.

25. TUMA, R. C. F. Brito; COSTA, T. H. Macedo da; SCHMITIZ, B. de A. Soares. Avaliação Antropométrica e Dietética de Pré-Escolares em Três Creches de Brasília, Distrito Federal. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, out. / dez., 2005. Recife, 5 (4): 419-428.

## **ANEXOS**

## ANEXO A: AÇÕES DA PASTORAL DA CRIANÇA

Figura 1- Visita domiciliar



Fonte: Internet

Figura 2- Pesagem mensal



Fonte: internet

Figura 3- Reunião Mensal com as líderes da Pastoral



Fonte: internet