

## Parte III – Condições de Saúde e Afecções Específicas

### 20. Condições de Vida e Saúde de Crianças Atendidas em um Centro de Saúde Escola

Carla Andréa Trapé  
Maria Rita Bertolozzi  
Maria de La Ó Ramallo Veríssimo  
Cecília Helena Siqueira Sigaud  
Anna Maria Chiesa

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

TRAPÉ, C.A., *et al.* Condições de Vida e Saúde de Crianças Atendidas em um Centro de Saúde Escola. In: CUNHA, A. J. L. A., BENGUIGUI, Y., and SILVA, M. A. S. F., orgs. *Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: implantação e avaliação no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, pp. 387-400. ISBN: 978-85-7541-604-4. Available from: doi: [10.7476/9788575416044.0021](https://doi.org/10.7476/9788575416044.0021). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/v3d7g/epub/cunha-9788575416044.epub>.

---



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

# CONDICÕES DE VIDA E SAÚDE DE CRIANÇAS ATENDIDAS EM UM CENTRO DE SAÚDE ESCOLA

---

## 20

*Carla Andréa Trapé*

*Maria Rita Bertolozzi*

*Maria de La Ó Ramallo Veríssimo*

*Cecília Helena Siqueira Sigaud*

*Anna Maria Chiesa*

## INTRODUÇÃO

O quadro de mortalidade da população infantil no Brasil, ainda que revele uma tendência descendente nos últimos 15 anos, apresenta uma elevada taxa, estimada em 1998 em 33,1 óbitos em menores de um ano por mil nascidos vivos (Brasil/MS, 2003). Essa cifra, entretanto, oculta enormes diferenças regionais. Tais iniquidades referem-se, sobretudo, às condições de vida a que estão expostas as crianças, o que causa impacto tanto no que diz respeito às maiores chances de adoecimento, como no resultado desse processo, ou seja, na melhora, na cura e/ou na ocorrência de óbito.

Nesse sentido, é fundamental compreender como ocorre a dinâmica da vida, para que as intervenções em saúde tenham caráter mais efetivo. Sendo assim, este trabalho teve como objetivo identificar as condições de vida e saúde de crianças menores de um ano, usuárias de uma unidade básica de saúde, quanto a aspectos socioeconômicos, demográficos, ambientais e características relativas ao processo saúde-doença.

A caracterização das condições de vida e saúde das crianças visa fornecer subsídios para direcionar a assistência prestada pelo serviço aos perfis epidemiológicos locais.

Cabe destacar que o estudo resultou de projeto desenvolvido com o auxílio do CNPq, na modalidade Iniciação Científica. Tal projeto se constitui em uma das vertentes de um Projeto-Matriz, concebido pela equipe multiprofissional que compõe o Núcleo de Apoio às Atividades de Cultura e Extensão Universitária – Assistência de Enfermagem em Saúde Coletiva (Nace-Aense) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

## METODOLOGIA

O estudo é transversal e exploratório. A população foi constituída por crianças menores de um ano atendidas no setor de Saúde da Criança do Centro de Saúde Escola Prof. Samuel Barnsley Pessoa (CSE), localizado no Distrito de Saúde Escola do Butantã, no município de São Paulo. Sua área de abrangência corresponde a uma população aproximada de 45 mil pessoas (USP, 1996). Trata-se de uma unidade básica de saúde que pertence à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

O desenvolvimento do projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto da Criança da FMUSP e pela Comissão de Ética do CSE.

Os dados foram coletados entre dezembro de 1999 e fevereiro de 2000. Para as crianças que compareciam aos atendimentos agendados, realizou-se sorteio sistemático, no início de cada período do dia (manhã ou tarde). Todas as crianças que compareciam à unidade de saúde para atendimento eventual (não agendado e motivado por problema de saúde) fizeram parte da amostra. Trabalhou-se, portanto, com um total de 153 crianças.

Após o consentimento do responsável pela criança, seguiu-se à entrevista, com formulário previamente testado. Foram também utilizados dados dos prontuários do CSE para a complementação das informações. Os dados foram sistematizados utilizando-se o software Epi-Info versão 6.02 (CDC/WHO, 1994), por percentuais.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maior parte das crianças que participou do estudo (54,2%) tinha entre um e seis meses de idade; as de seis a 12 meses corresponderam a

39,2%, seguidas das menores de 30 dias (6,5%). As crianças do sexo masculino predominaram, com 58,2%.

Verificou-se que a maior parte das crianças vivia em famílias com três e quatro pessoas (27,5% e 26,8%, respectivamente), seguidas pelas famílias com cinco e seis membros (18,3% e 10,5%, respectivamente). Destaca-se, entretanto, que havia famílias com sete a 13 pessoas (17,2%).

Em relação aos chefes de família, os entrevistados responderam ser o pai da criança (75%), a avó (12%) e a mãe (7%). Cerca de 1% respondeu que ambos, pai e mãe, ocupavam essa posição. Verificou-se que o chefe não remete necessariamente àquele que sustenta financeiramente a família, mas a quem exerce uma posição de mando.

Quanto à escolaridade, mais da metade dos chefes das famílias das crianças não havia completado o ensino fundamental (56,2%), 20,3% concluíram essa etapa, 15,7% completaram o ensino médio e apenas 1,3% completou o ensino superior. Vale ressaltar que 2,6% dos chefes não sabiam ler ou escrever. Depreende-se, desses dados, que a maioria dos responsáveis tinha baixo nível de escolaridade, o que põe em evidência um fator de vulnerabilidade.

No que se refere ao tipo de ocupação dos chefes de família, considerando as categorias da Classificação Nacional de Atividades Econômicas do Ministério da Fazenda (IBGE, 2003a), grande parte se encontrava inserida no setor de serviços (52,9%), o que não difere da tendência de ocupação dos trabalhadores da sociedade brasileira, que vem, nos últimos anos, mudando o perfil de produção industrial para serviços. 23,1% eram trabalhadores da produção industrial, 8,5% do comércio, 9,1% trabalhadores administrativos e assemelhados e 5,5% distribuía-se em variadas ocupações. Destaca-se que oito chefes de família encontravam-se desempregados na ocasião da entrevista. A maioria dos chefes de família exercia funções que exigem pouca qualificação (84,4%), o que é compatível com sua baixa escolaridade e, conseqüentemente, acarreta baixa remuneração, o que constitui outro marcador de vulnerabilidade.

Constatou-se ainda que mais da metade dos chefes de família que estavam trabalhando (53,8%) possuíam carteira assinada, enquanto 36,4%

não, apesar de terem vínculo empregatício; 9,0% eram autônomos. De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (IBGE, 2003b), 50,0% dos trabalhadores do país possuíam carteira assinada e 23,0% eram autônomos, o que evidencia na população do estudo um maior número de trabalhadores informais do que na população geral do país.

No que se refere às mães das crianças, 46,4% não haviam completado o primeiro grau, 24,8% tinham ensino fundamental completo, 24,2% haviam completado o ensino médio e 2% haviam concluído ensino superior.

A escolaridade dos pais, principalmente da mãe, influencia o estado de saúde infantil, pois, em geral, é esta última que responde pelo cuidado da criança. A pesquisa sobre demografia e saúde, realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), demonstra que, no Brasil, a taxa de mortalidade infantil das crianças cujas mães são analfabetas corresponde a 115 por mil nascidas vivas, em contraposição à taxa de 91 mortes por mil dos filhos de mulheres que possuem nível primário de educação e de 25 mortes por mil filhos nascidos vivos cujas mães têm nível secundário ou superior (Yunes & Dias, 1997).

Quanto à situação de trabalho das mães no momento da entrevista, 41% tinham trabalho remunerado, 29% encontravam-se desempregadas e 30% desempenhavam atividades no lar. Em relação aos tipos de ocupação, 51,4% trabalhavam na prestação de serviços, 22,4% exerciam trabalhos administrativos e 9,3% trabalhavam no comércio. Verifica-se, mais uma vez, que esses dados corroboram a situação de ocupação da classe trabalhadora da sociedade brasileira.

Dentre as 63 mães que exerciam trabalho remunerado, 61,9% possuíam registro em carteira profissional, 22,2% não tinham registro e 9,5% eram autônomas.

No que diz respeito à renda, detectou-se que 38,6% das famílias percebiam acima de cinco salários mínimos, seguidas das famílias cuja renda era de três a cinco salários (29,4%) e de um a três salários (28,8%). Estes dados caracterizam uma população que supostamente apresenta limitação quanto ao acesso ao consumo, principalmente lembrando que 46% das famílias eram compostas por cinco ou mais pessoas.

No que se refere à agregação social, indicador utilizado também para avaliar a inclusão na sociedade, observou-se que a grande maioria das famílias relatou não participar em atividades grupais ou associações (88,2%). Das famílias que estavam engajadas, a maior parte mencionou participar de grupos ligados à igreja (9,2%).

Em relação às condições de moradia, constatou-se que 95,4% moravam em casas de tijolo ou bloco e 4,6% habitavam casas de material improvisado, o que revela uma parcela que exhibe situação de existência bastante precária e vulnerável. Verificou-se que mais da metade das crianças (52%) moravam em favela ou em cortiços. Esse dado condiz com a realidade da cidade de São Paulo, onde metade da população (5,5 milhões de pessoas) mora em habitações irregulares, sendo 1,9 milhão em favelas (Agége & Góis, 2000).

A habitação deve ser entendida em seu amplo significado, pois, na sociedade capitalista, constitui-se em mercadoria cara e que deve ser consumida mediante as possibilidades oferecidas pelos salários: “é na desigualdade da localização e da qualidade habitacional desfrutada que transparecem as diferenças entre as classes sociais, fazendo-se o urbano como expressão de conflitos sociais” (Bógus & Wanderley, 1992).

Quanto à propriedade da habitação, cerca de um terço das famílias vivia em casas que consideravam próprias, em terrenos pertencentes à prefeitura, e 28% possuíam casa em terreno efetivamente próprio, perfazendo um total de 61% de famílias com posse de seu domicílio.

No que se refere às condições de saneamento básico, 98,7% das famílias tinham acesso à água encanada, dados compatíveis aos dados gerais da região (Sposati, 1996). Vale mencionar que 28% das casas sofriam de falta de água ao menos uma vez ao mês, sendo que, em 7% dos domicílios, a falta de água chegava a ocorrer uma vez por semana.

Quanto à disponibilidade de rede de esgoto, 81% dos entrevistados relataram que dispunham desse serviço, o que denota condições inapropriadas para parcela significativa das crianças. Além disso, deve-se considerar que a população que vive em regiões periféricas nem sempre detém informação a respeito do destino dos dejetos, o que pode superdimensionar esse resultado.

Destaca-se ainda que 2% declararam não possuir banheiro exclusivo, 1,3% apontou não dispor de coleta regular de lixo e apenas 62% afirmaram que as crianças bebiam água filtrada ou fervida.

Esse conjunto de variáveis socioeconômicas e ambientais aponta para uma situação de inclusão/exclusão social não favorável. A exclusão social é caracterizada pela “impossibilidade de poder partilhar da sociedade e leva à vivência da privação, da recusa, do abandono e da expulsão, inclusive com violência, de uma parcela significativa da população” (Sposati, 1996). Assim, a exclusão é também social e não só pessoal, incluindo pobreza, discriminação, subalternidade, iniquidade, não acessibilidade, não representação pública. “É, portanto, um processo múltiplo que se explica por várias situações de privação da autonomia, do desenvolvimento humano, da qualidade de vida, da equidade e da igualdade” (Sposati, 1996).

Cabe aqui demarcar que as condições de vida decorrem da inserção dos sujeitos no sistema de produção social (Breilh & Granda, 1991) e permitem a emergência daquilo que o professor Breilh denomina como potenciais de desgaste ou fortalecimento do corpo biopsíquico. Nesse sentido, a situação socioeconômica do grupo de crianças estudadas desvela importantes potenciais de vulnerabilidade, no que diz respeito às doenças prevalentes na infância, configurados pelas infecções respiratórias agudas (IRA), diarreias, desnutrição e enfermidades que poderiam ser prevenidas por imunização (WHO, 1997).

Os fatores de risco especificamente relacionados às infecções respiratórias agudas (IRA), já descritos na literatura, dizem respeito à aglomeração de pessoas no mesmo cômodo, exposição constante ao mofo, frio, umidade, pó, ventilação inadequada, fumo e partículas alérgicas provenientes de trabalhos realizados no domicílio (Victora, 1998).

A American Public Health Association recomenda que a concentração de pessoas por dormitório não ultrapasse a relação de 1,5 (Westphal, 1982). Em estudo realizado em hospitais no município de São Paulo (Cardoso, 1997), verificou-se que a alta concentração de pessoas no dormitório pode multiplicar em duas vezes e meia a incidência de casos de IRA. Quanto a esse aspecto, 56,9% das crianças do presente estudo compartilhavam o

quarto com mais duas pessoas, 16,3% o dividiam com mais três pessoas e 9,2% compartilhavam-no com mais quatro pessoas, totalizando 82,4% de crianças em situação de aglomeração. Ressalta-se, ainda, que a cidade de São Paulo apresenta um cenário crítico em algumas regiões, pois as casas têm diminuído de tamanho (Carneiro-Sampaio et al., 1984).

Constatou-se ainda uso de carpete (60,1% dos entrevistados), presença de fumantes no domicílio (43%), convivência com animais (34,6%), pó (32,7%), presença de partículas no ar ambiente (2,1%) resultantes de atividade laboral.

A maioria dos entrevistados mencionou que as crianças dormiam em quartos ventilados (85%) e ensolarados (79,1%). Todavia, cabe ressaltar que, nos locais onde predomina a autoconstrução, situação freqüente na população em questão, a falta de acabamento adequado se torna um problema, sendo comum a presença de umidade e friagem, consideradas fatores de risco para os agravos citados (Cardoso, 1997; Carneiro-Sampaio et al., 1984).

Investigou-se ainda a situação de aleitamento das crianças, enquanto um dos fatores protetores da saúde infantil (Bancroft et al., 1997; Murray et al., 1997). Ainda recebiam aleitamento materno 60,8% das crianças. Do restante, 34% deixaram de receber leite materno no sexto mês de vida, 30% até o quarto mês, 3,3% com um mês de vida, 3,9% antes de completar um mês e 2,6% nunca mamaram. Em relação à introdução de leite artificial, 49,7% das crianças o receberam até os quatro meses de vida e 59,5% antes dos seis meses de vida.

Evidenciou-se uma taxa de adesão ao aleitamento materno que parece não ser desprezível. Há que se lembrar que o CSE estimula o aleitamento materno na prática diária de assistência. Ainda assim, a introdução precoce do leite artificial, configurando o aleitamento misto, precisa ser considerada como uma frente de ação, valendo-se principalmente de atividades de caráter educativo.

Quanto aos motivos que levaram ao desmame das crianças, verificou-se que 41,7% haviam deixado de ser amamentadas com leite materno devido à rejeição ou manifestações de desconforto da criança durante o aleitamento.



Pequena parcela relatou que a rejeição ocorreu devido à internação da mãe ou da criança, ocasião em que foi introduzido o leite artificial. Esse dado é extremamente importante e deveria ser melhor investigado, particularmente pela enfermagem, na medida em que há uma série de alternativas para se armazenar e utilizar o leite materno caso seja necessária a internação. Acresce que a rejeição do leite pela criança pode ser contornada por meio de orientações corretas às mães. Segundo o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, é necessário investigar as possíveis causas para se tomar a conduta correta, avaliando a presença de problemas nasais, lesões na boca e crescimento de dentes, ou ainda observar se a mãe tem superprodução de leite e/ou reflexo de ejeção muito ativo, o que faz com que a criança engasgue. Outra situação pode ocorrer quando a criança se acostumou com a mamadeira ou não se encontra em posição adequada para sugar o mamilo (Brasil/MS, 1994).

Outro dado relevante diz respeito ao fato de que 21,7% das mães declararam que seu 'leite secou', ou que o produziram pouco ou não o produziram. Nesses casos, a mãe deve ser incentivada a permanecer maior tempo junto à criança e ser estimulada a amamentar sempre que o bebê manifestar a vontade, sem horários rígidos e sem forçar. É necessário verificar se a criança apresenta boa pega, certificando-se de que a mãe sabe colocar a criança em posição adequada para mamar (Brasil/MS, 1994).

Em 20% dos casos o desmame ocorreu porque a mãe precisou trabalhar, o que evidencia a carência de recursos sociais para que a mãe tenha um respaldo para manter a amamentação. Verifica-se a insuficiência de garantias legais, seja da licença-maternidade, seja do direito à creche. Embora a licença-maternidade no Brasil seja de 120 dias, nada garante que a criança seja amamentada até completar os quatro meses: muitas vezes a mãe precisa começar a gozá-la antes do final da gestação, devido, principalmente, a eventuais intercorrências. Além disso, como precisa de um período de tempo para a adaptação do bebê aos novos alimentos, começa a oferecê-los antes do término da licença. Vale destacar que as mulheres que não contribuem para a previdência social não têm direito à licença remunerada e, portanto, terminam voltando ao trabalho mais precocemente.

Quanto à disponibilidade de creche, esse é um problema ainda maior, pois o número de vagas é irrisório ante a demanda e um grande número de empresas desrespeita a legislação, deixando de oferecer essa possibilidade às mães. A solução, em longo prazo, deveria ser baseada em mudanças sociais e de implantação efetiva da legislação, como a manutenção de creches nos locais de trabalho e a organização das horas de trabalho de forma que a mãe possa continuar a amamentar (Brasil/MS, 1994).

Por fim, quanto às causas de desmame, 11,7% das mães citaram um 'problema na mama', dentre os quais mastite, ingurgitamento mamário, má drenagem, mamilo pouco protuso ou não protuso ou mal-estar durante a amamentação, dificuldades que talvez pudessem ter sido resolvidas com apoio apropriado.

Observa-se nesses resultados a emergência de fatores já descritos na literatura científica, inclusive no que diz respeito às formas de intervenção (Bancroft et al., 1997; Brasil/MS, 1994). Chama a atenção que os motivos mencionados possam ser classificados em 'motivos da mãe' ou 'motivos do bebê', configurando-se uma situação compreendida pelos entrevistados como de âmbito individual.

Entretanto, a amamentação é um comportamento humano complexo, resultante de um conjunto de forças, destacando-se que a opção por amamentar é determinada pelas condições psíquicas e biológicas da mulher, bem como pelo apoio familiar e social, e pelo sistema de valores ou cultura (Rezende et al., 2002). Assim, estando a decisão de amamentar condicionada a uma ampla gama de fatores, para que as intervenções dos trabalhadores de saúde possam influenciar positivamente o aleitamento materno, é fundamental o estabelecimento de um processo de comunicação capaz de considerar todos os aspectos (Rezende et al., 2002).

Em relação à introdução de novos alimentos, 24,2% das crianças começaram a receber frutas e sopinhas aos quatro meses de idade, o que corresponde à idade mais freqüente de desmame. Dezesesseis crianças (10,5%) receberam outros alimentos antes dessa idade, o que está contra-indicado (Brasil/MS, 1994).

O consumo de suplementos vitamínicos e minerais também foi avaliado e constatou-se que 90,2% da população recebiam vitaminas A e D, 8,5% recebiam sulfato ferroso e 0,7% consumia vitamina C.

## CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DAS CRIANÇAS

No que se refere especificamente ao processo saúde-doença, verificou-se que a grande maioria (89,5%) não apresentava problema de saúde crônico. Os problemas crônicos mais citados foram os respiratórios, os osteoarticulares e os problemas urogenitais com 1,3% cada.

Em relação a hospitalizações, 7,2% das crianças tiveram uma internação. Os problemas respiratórios foram os principais motivos, representando 63,6%, o que mais uma vez coloca em evidência a importância desse tipo de agravo no grupo infantil.

Embora 72% das crianças tenham comparecido ao serviço para seguimento de saúde agendado, apenas 46,2% dos responsáveis citaram este como sendo o principal motivo. Os demais justificaram a consulta por problemas relacionados às seguintes áreas: respiratória (20,1%), nutricional (8,3%), dermatológica (6,5%) e gastrointestinal (5,7%).

Os sinais e sintomas presentes na criança no momento da entrevista foram:

- tosse (17,1%);
- obstrução nasal (14,7%);
- ruídos na respiração (13,6%);
- dificuldade para respirar (11,8%);
- febre (7,1%).

Nos quinze dias anteriores, os sinais mais apresentados foram:

- febre (17%);
- vômitos (12,5%);
- tosse (11,3%);
- obstrução nasal (11,3%).

Foram feitos 177 diagnósticos médicos durante as consultas, sendo que os mais freqüentes podem ser agrupados em:

- problemas respiratórios (26,6%);
- problemas dermatológicos (20,9%);
- problemas urogenitais (12,4%);
- carências nutricionais (11,3%);
- alterações gastrointestinais (10,7%).

Observou-se que tanto os sinais e sintomas referidos quanto os diagnósticos relacionam-se em grande parte aos agravos contemplados na estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI).

## CONCLUSÕES

O desenvolvimento deste estudo possibilitou uma aproximação à realidade de vida de uma parcela das crianças que freqüentam o CSE, além de permitir caracterizar sua situação quanto à exposição a fatores potenciais de risco para as doenças prevalentes na infância, em particular as infecções respiratórias.

No que se refere às condições de vida e trabalho das famílias dessas crianças, constatou-se, de modo geral, que a grande maioria convivia em espaço físico restrito, em favelas/cortiços, sendo 45% formada por mais de cinco membros. Prevaleceu baixa escolaridade dos pais, os quais realizavam ocupações pouco qualificadas, com renda inferior a cinco salários mínimos, o que limita o acesso ao consumo para condições mais adequadas de existência.

Além disso, verificou-se que as crianças estavam expostas a fumo (43%), pó (32,7%) e presença de carpete no domicílio (60%).

Ressalta-se que 34% das crianças deixaram de receber aleitamento materno até o sexto mês e 59,5% receberam leite artificial antes do sexto mês de vida.

Destaca-se que 7,2% das crianças tiveram uma hospitalização, a maioria devido a problemas respiratórios, o que evidencia a necessidade de intervenções específicas no âmbito da atenção básica, como as preconizadas pela estratégia AIDPI. Isso também pode ser corroborado pelos principais

motivos de consulta médica referidos, dentre os quais se destacaram os problemas respiratórios (20,1%).

As precárias condições de existência e os potenciais fatores de risco a que estão expostas as crianças podem se constituir em determinantes de morbidade, principalmente no que diz respeito aos problemas respiratórios, considerados os mais relevantes. Nesse sentido, as práticas preconizadas pela estratégia AIDPI respondem às principais necessidades de atenção observadas nessa população.

Finalizando, aponta-se a necessidade de se atuar junto às famílias para diminuir sua vulnerabilidade, mediante intervenções que promovam seu fortalecimento para o enfrentamento dessas condições de vida. Para tanto, entende-se que os processos educativos devem voltar-se para a construção de relações interpessoais significativas (Rezende et al., 2002), direcionadas a ajudar o outro a reconhecer e utilizar recursos pessoais, comunitários e institucionais existentes.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGÉGE, S. & GÓIS C. Metade de São Paulo mora em habitação irregular. *Folha de São Paulo*, 2000 jun. 04: 3.1.
- BANCROFT, C. et al. Aleitamento materno. In: BENGUIGUI, Y. et al. (Orgs.) *Ações de Saúde Materno-Infantil a Nível Local: segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância*. Washington, D.C.: Opas, 1997. p. 247-263.
- BÓGUS, L. M. M. & WANDERLEY, E. E. W. (Orgs.). *A Luta pela Cidade em São Paulo*. São Paulo: Cortez, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Como ajudar as mães a amamentar. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coeficiente de Mortalidade Infantil por ano segundo Regiões e Unidades da Federação. Brasil, 1989 a 1998. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/mortinf/mibr.htm>>. Acessado em: 01 jul. 2003.

- BREILH, J. & GRANDA, E. *Investigação da Saúde na Sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque epidemiológico*. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1991.
- CARDOSO, M. R. *A Indoor environmental risk factors for lower respiratory diseases in young children in São Paulo, Brazil*, 1997. Tese de Doutorado, Londres: University of London.
- CARNEIRO-SAMPAIO, M. M. S. et al. Tratamento global da criança asmática no período intercrítico. *The Journal of Pediatrics*, 58(3): 115-131, 1984.
- CENTER FOR DISEASES CONTROL/WORLD HEALTH ORGANIZATION (CDC/WHO). Epi-Info 6. [Programa de computador]. Versão 6.02. Atlanta: WHO, 1994.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE).  
Classificação nacional das atividades econômicas. Fundação IBGE.  
Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/concla/atividadeseconomicas.shtm>>  
Acessado em: 05 mai. 2003a.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 1999. Fundação IBGE.  
Disponível em: <<http://www.ibge.net/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad99>>. Acessado em 01 jul. 2003b.
- MURRAY, J. et al. *Ênfase Comportamental na Saúde Materno-Infantil: focalizando o comportamento das pessoas que cuidam de crianças (pais e encarregados da educação) para o desenvolvimento de programas de saúde materno-infantil nas comunidades*. Arlington (EUA): Basics, 1997.
- REZENDE, M. A. et al. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(2): 234-238, 2002.
- SPOSATI, A. (Coord.). Mapa da exclusão/inclusão social da Cidade de São Paulo. São Paulo: Educ, 1996. p. 57-109.
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. Centro de Saúde - Escola "Prof. Samuel Barnsley Pessoa". *Projeto para 1997*. São Paulo, 1996. 31p. (Mimeo.)

- VICTORA, C. G. Fatores de risco nas IRA baixas. In: BENGUIGUI, Y. et al. *Infecções Respiratórias em Crianças*. Washington, D.C.: Opas; 1998. p. 43-61.
- WESTPHAL, M. F. *Participação da mãe no cuidado da criança com a asma brônquica*, 1982. São Paulo. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preface. *Bulletin of the World Health Organization*, 75(1): 5, 1997.
- YUNES J. & DÍAZ A. A situação da saúde materno-infantil e suas tendências na América Latina e no Caribe. In: BENGUIGUI Y. et al. *Ações de Saúde Materno-Infantil a Nível Local: segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância*. Washington, D.C.: Opas; 1997. p. 1-12.