



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS – I CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO E LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

MÔNICA BORBA DA SILVA

IMPLANTAÇÃO E USO DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA EM MUNICÍPIO  
DA PARAÍBA, NORDESTE DO BRASIL

CAMPINA GRANDE – PB  
2013

MÔNICA BORBA DA SILVA

IMPLANTAÇÃO E USO DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA EM MUNICÍPIO  
DA PARAÍBA, NORDESTE DO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na modalidade de artigo ao curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel e Licenciado em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. DixisFigueroa Pedraza

CAMPINA GRANDE  
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

S586i Silva, Mônica Borba da.  
Implantação e uso da caderneta de saúde da criança em município da Paraíba, Nordeste do Brasil [manuscrito] / Mônica Borba da Silva. – 2013.  
36 f. : il. color

Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.  
“Orientação: Prof. Dr. Dixis Figueroa Pedraza, Departamento de Enfermagem”.

1. Saúde da criança. 2. Promoção da saúde. 3. Saúde Pública. I. Título.

21. ed. CDD 362.7

MÔNICA BORBA DA SILVA

IMPLANTAÇÃO E USO DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA EM MUNICÍPIO  
DA PARAIBA, NORDESTE DO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na modalidade de artigo ao curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento a exigência para obtenção do grau de Bacharel e Licenciado em Enfermagem

Aprovado em: 01/08/2013



Prof. Dr. Dixis Figueroa Pedraza  
Orientador



Prof. Dr. Alessandro Silva Coura  
Examinador



Prof. Ms Daiane de Queiroz  
Examinador

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos maiores mestres que tenho em minha vida: meus pais, Maria José Borba da Silva, que com todo amor, sabedoria e paciência não mediu esforços para possibilitar que eu chegasse até aqui, e ao meu padrasto Heriberto Antônio Paixão (mais que um pai) por todo carinho e atenção dedicados a mim. Vocês constituem minha maior referência de amor, humildade, respeito, e zelo. A vocês dedico mais que essa conclusão de curso, dedico todas as conquistas de minha vida, Obrigado!

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua bondade e amor derramados em mim em todos os momentos da minha vida. Sou grata por sempre me guiar nos momentos em que parecia estar sozinha, por me dar força quando acreditava não suportar mais, por sentir sua presença em todos os sonhos realizados em minha vida; enfim, por nunca desistir de mim.

A minha Grande e divertida Família. Meus Irmãos: Monaliza Borba, Wagner Paixão, Fagner Paixão, Wanessa Paixão, Airton Júnior, Isabelle Alves e Wilyanna Andrade; minha tia Native e meus cunhados, Bárbara e Danillo, que foram o motivo de tanta saudade durante esses cinco anos de curso longe de casa. Vocês me ensinam a cada dia o quanto é maravilhoso vivermos em união apesar das diferenças. Obrigado pelo apoio de todos vocês.

A meus sobrinhos, Ícaro, Lavínia e Luíza (que está a caminho), por me fazer descobrir uma nova forma de amor, o amor de tia. É sempre muito prazeroso tê-los por perto.

A minha avó, por ser meu exemplo de força e superação. Não foi fácil prestar cuidados de enfermagem a senhora durante momentos de tanta dor e sofrimento na nossa família, mas me sinto orgulhosa e grata a Deus hoje, pois posso vê-la andar e sorrir novamente.

A meu grande amigo e companheiro Jota (Jucivan Amorim), por todo amor, carinho, cuidado, compreensão, e incentivos dedicados a mim durante essa caminhada. Foram incansáveis idas e vindas de Agrestina à Campina Grande, mas você sempre estava lá, me esperando com alegria. Obrigado pela sua presença sempre.

A meus amigos (Yalle, Karol, Miltinho, Gabriela, YrisLuanna) por toda atenção e carinho que tive de vocês ao longo desses anos. Vocês não me deixaram sentir sozinha, os tenho como irmãos. Obrigado pela lealdade.

A Larissa Luise, por ter se tornado minha irmã. Juntas, percebemos o quanto foi difícil deixar o conforto de casa e encarar a vida longe dos pais. Mas, você foi minha companhia Lari, às vezes foste à irmã mais velha, às vezes a mais nova. Foi uma experiência incrível, pois tivemos que crescer, e fizemos isto juntas. Serei sempre grata pela sua amizade.

As minhas amigas (Alessandra, Morga, Maria Mônica, Larissa Cirne) por ter compartilhado comigo todos os medos, expectativas, conquistas e alegrias vivenciadas desde o início do curso. Vocês permitiram que eu sentisse parte da família de vocês, pois sempre fui querida e cuidada por vocês. Tenho certeza que a amizade e irmandade que construímos permitirá que estejamos sempre unidas apesar da distância.

A Ana Carolina (Carol), não só por seus ensinamentos como pesquisadora, mas principalmente por sua paciência e compreensão diante das minhas limitações. Foi um imenso prazer trabalhar e apreender com você Carol. Agradeço-te infinitamente.

Ao meu orientador Dixis Figueroa Predraza pela confiança depositada em mim. Sou muito grata pela oportunidade de trabalhar e compartilhar conhecimentos ao longo de dois anos, com um professor pesquisador tão habilidoso e competente como você. O que aprendi me fez crescer não só como profissional, mas principalmente como pessoa, pois foi uma grande experiência de vida. Obrigado mesmo professor.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	09
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	14
3.1	LOCAL, POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	14
3.2	PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE INFORMAÇÃO, VARIÁVEIS DE ESTUDO E ANÁLISE DOS DADOS.....	16
4	RESULTADOS.....	18
5	DISCUSSÃO.....	21
6	CONCLUSÃO.....	25
	REFERÊNCIAS.....	26
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

# **IMPLANTAÇÃO E USO DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA EM MUNICÍPIO DA PARAÍBA, NORDESTE DO BRASIL**

SILVA, Mônica Borba<sup>1</sup>

## **RESUMO**

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC), implantada pelo Ministério da Saúde em 2005, em substituição ao Cartão da Criança (CC), apresenta-se como um instrumento imprescindível para a vigilância e promoção da saúde infantil. Contudo, para que a CSC cumpra essa função, é essencial o registro correto e completo das informações por todos os profissionais da saúde que assistem à criança. Este estudo teve como objetivo avaliar a substituição do CC pela CSC e a qualidade do preenchimento deste último instrumento no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. Foi realizado um estudo transversal envolvendo 830 crianças do município de Campina Grande, Paraíba. As informações foram coletadas mediante verificação direta da CSC e do CC. O preenchimento das CSC foi avaliado considerando um conjunto de 17 variáveis de preenchimento mínimo indispensável e a variável resposta estudada foi o escore de preenchimento das CSC, analisando diferenças segundo idade, sexo e peso ao nascer das crianças, bem como em relação à cobertura por distrito sanitário. Em 48,4% dos casos as crianças dispunham da CSC. A proporção de crianças portando a CSC foi mais elevada entre aquelas com maior idade (> 36 meses). O preenchimento incorreto dos itens analisados deu-se, principalmente, entre aqueles relacionados ao crescimento e desenvolvimento. Em 62,7% das CSC o escore de preenchimento foi considerado insatisfatório, não sendo influenciado pelas características das crianças e sim pela distribuição das unidades de saúde por distritos. Conclui-se sobre o baixo percentual de crianças que dispõem da CSC e a precariedade do preenchimento no caso da posse do instrumento.

**PALAVRAS- CHAVE:** Registros de Saúde Pessoal. Saúde da Criança. Promoção da Saúde

---

<sup>1</sup>Concluinte do Curso de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba.  
Email: [monicaborbas@hotmail.com](mailto:monicaborbas@hotmail.com)

## 1 INTRODUÇÃO

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC), implantada pelo Ministério da Saúde em 2005, em substituição ao Cartão da Criança (CC), apresenta-se como um instrumento imprescindível para a vigilância e promoção da saúde infantil (ALVES et al., 2009). A CSC contém informações sobre vacinação; registro da história obstétrica e neonatal; indicadores do crescimento e desenvolvimento; aspectos importantes da alimentação, como o aleitamento materno, uso do sulfato ferroso e vitamina A; dados sobre a saúde bucal, auditiva e visual; registro das intercorrências clínicas e orientações para a promoção da saúde e prevenção de agravos (GOULART et al., 2008).

A CSC é um documento gratuito e de fácil obtenção destinado a todas as crianças brasileiras, nela são registrados dados e eventos significativos para a saúde infantil. Além disso, possibilita o diálogo entre as famílias e os profissionais, devendo acompanhar a criança em qualquer serviço de saúde (GOULART et al., 2008; ALVES et al., 2009, SARDINHA; PEREIRA, 2011).

Contudo, para que a CSC cumpra seu papel de instrumento de comunicação, educação, vigilância e promoção da saúde infantil, é essencial o registro correto e completo das informações por todos os profissionais da saúde que assistem à criança (ALVES et al., 2009). A utilização adequada da CSC pelos profissionais de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde permite uma melhor adesão e valorização desse instrumento pela família constituindo-se num importante indicador da qualidade da atenção às crianças oferecidas pelos serviços de saúde (GOULART et al., 2008; ALVES et al., 2009). Os registros de forma adequada e com a devida frequência refletem o funcionamento dos serviços e a qualidade de atuação dos seus profissionais (ALVES et al., 2009). O estudo do baixo peso ao nascer, nesse contexto, tem merecido atenção crescente por constituir um importante indicador de saúde e das condições de vida (GURGEL et al., 2005).

Países como a Indonésia e o Japão também fazem uso de instrumentos de acompanhamento da saúde da criança similar à CSC no Brasil. Na Indonésia, constitui o principal instrumento de registros domiciliares de saúde desde 2004 e sua posse está associada a uma melhor cobertura vacinal da criança (OZAKI et al., 2009). No Japão, o instrumento existe desde 1966 e é amplamente utilizado pelas mães, influenciando positivamente no comportamento das mesmas durante a gravidez e criação dos filhos (NAKAMURA et al.,

2010). No Brasil, porém, as dificuldades na utilização da CSC são variadas e conjunturais tanto aos profissionais quanto às mães (ALVES et al., 2009; ABREU; VIANNA; CUNHA, 2012).

Considerando a importância da CSC no acompanhamento e avaliação da saúde das crianças, o presente estudo teve como objetivo avaliar a substituição do Cartão da Criança pela Caderneta de Saúde da Criança e a qualidade do preenchimento deste último instrumento no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Durante muito tempo, o modelo assistencial da prática obstétrica e neonatal esteve centrado no modelo biomédico, hospitalocêntrico e nas práticas curativas (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005). Esse modelo tinha como objeto a doença e utilizava como meios de trabalho os conhecimentos e tecnologias que permitiam o diagnóstico e a terapêutica das diversas doenças, sendo o hospital o lócus privilegiado dessa assistência. No entanto, além das doenças infecto contagiosas, as doenças crônicas degenerativas passaram a ocupar um lugar predominante no perfil epidemiológico das populações em sociedades industriais. Isso levou a necessidade de criação de um modelo de cuidado ampliado que abarca também as determinações sociais que afetam a saúde dos distintos grupos populacionais em função de suas condições de vida (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

No Brasil, os primeiros esforços por outros modelos de atenção à saúde surgem no final da década de 70 influenciado por movimentos internacionais. Entre esses movimentos, destaca-se a Conferência de Alma Ata em 1978, que estabeleceu como meta a “Saúde para Todos no Ano 2000” (ANDRADE, 2011) e difundiu a Atenção Primária à Saúde (APS) definindo-a como:

“a assistência sanitária essencial, baseada em tecnologias e métodos práticos cientificamente fundados e socialmente aceitos, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, constituindo-se no primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária” (SAMICO, 2003).

A APS foi reconhecida em Alma Ata como a chave para alcançar um nível mínimo satisfatório de saúde e seu conceito incorpora mudanças no modo de pensar e de agir dos sistemas de saúde, das instituições e das comunidades. Desse modo, as ações de saúde, incluindo as voltadas para a criança, passariam a ser consideradas no âmbito de cuidados

primários de saúde, com enfoque na vigilância à saúde (SAMICO, 2003; BEZERRA-FILHO; KERR-PONTES; BARRETO, 2007; ANDRADE; 2011).

Nesta perspectiva, no ano de 1984, o Ministério da Saúde do Brasil implantou Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) considerado um marco no modelo da assistência à saúde infantil (OLIVEIRA et al., 2009). Suas propostas apresentam forte caráter educativo que modifica o enfoque da atenção voltado às doenças e prioriza ações preventivas. As ações propostas pelo PAISC visam assegurar a integralidade na assistência prestada pelos serviços de saúde envolvendo ações destinadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde (OLIVEIRA et al., 2008). Tais ações compreendem: promoção do aleitamento materno e orientação alimentar no primeiro ano de vida, controle da diarreia, controle das doenças respiratórias na infância, imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na faixa etária de zero a cinco anos. O eixo principal das ações do PAISC está na garantia do adequado crescimento e desenvolvimento infantil (FIGUEIREDO; MELLO; 2007; OLIVEIRA et al., 2008).

Em 1988, com a promulgação da Constituição da República, a saúde passa a ser considerada como direito de cidadania. De acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência deve ser universal, equitativa e com enfoque na integralidade, considerando as especificidades de cada pessoa. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por sua vez, promulgado em 1990 reforça o compromisso de promover o bem-estar à população infantil cabendo ao Estado assegurar-lhe esse direito (BRASIL, 2004; ANDRADE, 2011; FIGUEIREDO; MELLO, 2007).

A maior parte dos serviços de saúde, até então, encontravam-se nas áreas urbanas e mais ricas do país. Com isso, o Ministério da Saúde lançou em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), criado inicialmente como um programa que oferecia especialmente serviços de saúde materno-infantis a populações mais carentes ou de alto risco. O programa faz parte de uma estratégia governamental para reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS e conjuga ações de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento de doenças e reabilitação da saúde em um território definido. O PSF visa ao trabalho na lógica da Promoção da Saúde, almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade, utilizando trabalho de equipes de saúde responsável pelo atendimento na unidade local e na comunidade no nível da APS. (SAMICO, 2003; BESEN et al., 2007; PAIM et al., 2011; RODRIGUES, 2011).

Atrelada à APS, em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) implantaram no Brasil a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) tendo como objetivo reduzir a mortalidade de menores de cinco anos de idade. Esta estratégia foi adaptada às características epidemiológicas das crianças no país e sua operacionalização vem sendo efetivada principalmente pelas Equipes de Saúde da Família (ESF). As condutas da AIDPI incorporam todas as normas do Ministério da Saúde relativas à promoção, à prevenção e ao tratamento dos problemas infantis mais frequentes, como aqueles relacionados ao aleitamento materno; promoção de alimentação saudável; crescimento e desenvolvimento; imunização; assim como o controle dos agravos à saúde tais como: desnutrição, doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas e malária, entre outros (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2004, ANDRADE, 2011).

Em 2004, com o objetivo de reorganizar a assistência à população infantil com ênfase na promoção da saúde e na integralidade do cuidado, o Ministério da Saúde lança a Agenda de Compromisso à Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade infantil. Esta agenda propõe 13 linhas de cuidado que privilegiam ações como: acompanhamento e crescimento infantil; incentivo ao aleitamento materno e alimentação saudável; prevenção de distúrbios nutricionais; imunização e atenção às doenças prevalentes; saúde bucal; saúde mental; prevenção de acidentes e maus tratos, além de ações específicas dirigidas à mulher e ao recém-nascido. Tais ações são direcionadas para o compromisso de oferecer qualidade de vida para que a criança possa crescer e desenvolver todo seu potencial (BRASIL, 2004; ALVES et al., 2009; ANDRADE, 2011).

Muitos foram os esforços e as estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde do Brasil ao longo dos anos no sentido de melhorar a saúde da criança. Tais iniciativas contribuíram substancialmente para a redução da mortalidade infantil. Entretanto, a mortalidade de crianças menores de 5 anos no Brasil ainda é sete vezes maior que a verificada em países com os menores coeficientes de mortalidade infantil, e a prevalência de *déficit* de altura é três vezes maior que a encontrada em populações bem nutridas (VICTORIA et al.,2011). Um dos desafios da assistência à criança na atenção primária nos dias atuais consiste em efetivar as novas ações propostas para promoção, prevenção e vigilância à saúde infantil, principalmente pelos gestores e profissionais da saúde para uma assistência integral de qualidade a todas as crianças em todas suas necessidades (ANDRADE, 2011).

O monitoramento do crescimento infantil é recomendado desde a Conferência de Alma Ata pela OMS, mas no Brasil só teve início com a criação do PAISC pelo Ministério da Saúde. A partir de então, é considerado uma ação básica de saúde, e cada vez mais recomendada como atividade de rotina na atenção à saúde infantil, sendo a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) o instrumento que permite esse monitoramento (ZERERINO et al., 2003; CEIA; CESAR, 2011). O acompanhamento sistemático do crescimento objetiva promover e proteger a saúde da criança, além de permitir o diagnóstico e tratamento precoce da subnutrição e obesidade, evitando que desvios do crescimento possam comprometer a saúde atual e a qualidade de vida futura (BRASIL, 2012a).

O crescimento é um processo biológico, dinâmico e contínuo de multiplicação e aumento do tamanho celular, expresso pelo aumento do tamanho corporal. Tal processo sofre influência de fatores intrínsecos (herança genética transmitida de pai para filho), mas também é fortemente influenciado por fatores extrínsecos (ambientais). A alimentação, a saúde, a higiene, a habitação e os cuidados gerais com a criança, são alguns dos fatores ambientais que atuam acelerando ou restringindo o processo de crescimento (BRASIL, 2002b; ZEFERINO et al., 2003; ALVES et al., 2009). O crescimento é, então, o resultado da interação entre o potencial genético do indivíduo e as condições de vida, sendo estas determinadas por sua inserção social (CUERVO; AERTS; HALPERN, 2005). Essa influência direta dos fatores ambientais sobre o crescimento, faz com que este seja considerado um dos melhores indicadores de saúde da criança (BRASIL, 2004).

O método para avaliação do crescimento infantil baseia-se em parâmetros antropométricos, por meio do registro periódico do peso, da estatura e do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) da criança (BRASIL, 2012a). O peso mede o aumento ou diminuição da massa corporal, e a estatura mede a dimensão longitudinal do corpo. O IMC é um índice constituído pelas variáveis peso e estatura utilizado para verificação de gordura corporal. Para que seja um índice de crescimento, o peso e a estatura precisam estar associados a outras variáveis que são: peso para idade, peso para estatura, estatura para idade (VASCONCELOS, 2008; FIGUEROA PEDRAZA; QUEIROZ, 2011).

Esses parâmetros estão presentes na Caderneta de Saúde da Criança em forma de gráficos a serem preenchidos e avaliados periodicamente, como forma de monitorar o estado nutricional individual da criança, sendo gráficos diferentes para meninos e meninas, pois o desenvolvimento físico é diferente em ambos os sexos (BRASIL, 2012a). Nutrição e crescimento estão intimamente associados, uma vez que as crianças só alcançam seus

potenciais genéticos de crescimento, se suas necessidades básicas forem adequadamente atendidas. A observação da curva do crescimento identifica com facilidade ganhos ou perdas de massa corporal indicando possíveis desvios nutricionais. O acompanhamento da situação nutricional das crianças é fundamental para avaliar as condições de saúde dessa população (CUERVO; AERTS; HALPERN, 2005; SARDINHA; PEREIRA, 2011).

A CSC, criada em 2005, em substituição ao CC, aborda também outros aspectos importantes para a vigilância da saúde infantil. A nova CSC, além de informações antropométricas e relacionadas à vacinação, apresenta também o registro da história obstétrica e neonatal; indicadores de crescimento e desenvolvimento infantil; aspectos importantes da alimentação, como aleitamento materno, uso de sulfato ferroso e vitamina A; dados sobre a saúde bucal, auditiva e visual, orientações para promoção da saúde e prevenção de acidentes e violência; e as intercorrências clínicas. Além disso, esse novo instrumento ampliou a faixa etária de avaliação estendendo-a para dez anos de idade (VIEIRA et al., 2005; GOULART et al., 2008; SARDINHA; PEREIRA, 2011).

A CSC é destinada a todos os nascidos em território brasileiro e, por estar ancorada em ações de acompanhamento e promoção da saúde, inclui-se como estratégia privilegiada nas políticas de redução da morbimortalidade infantil. Esse instrumento é fundamental para vigilância à saúde, pois é um documento destinado ao registro dos dados e eventos mais significativos para a saúde infantil e deve acompanhar a criança em qualquer serviço de saúde. Além disso, possibilita o diálogo entre a família e os diversos profissionais que atendem a criança (GOULART et al., 2008; ALVES et al., 2009).

Contudo, é indispensável a utilização adequada da CSC, com o registro correto e completo das informações, para que a mesma cumpra seu papel de instrumento de comunicação, vigilância e promoção da saúde infantil (GOULART et al., 2008). As informações relacionadas ao parto, puerpério, recém nascido, assim como os dados de identificação da criança e de sua família devem ser feitos na maternidade. Os registros posteriores são efetuados pelos profissionais da saúde responsáveis pelo acompanhamento da criança (ALVES et al., 2009).

No Brasil, são poucos os estudos que avaliam o preenchimento da CSC. No entanto, os que existem apontam falhas consideráveis na utilização desse instrumento. Vieira et al (2005) estimaram, em 2003 uma prevalência de 39,6 % de CC sem o preenchimento da curva de crescimento. Segundo Sardinha & Pereira, (2011) apenas 21,1% dos cartões avaliados apresentavam o gráfico de crescimento devidamente preenchido. Já Goulart et al

(2008) constataram em 2005, que em 100% das CSC existiam falhas no preenchimento, com predominância de campos deixados em branco.

### **3PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **3. 1 Local, população e amostra de estudo**

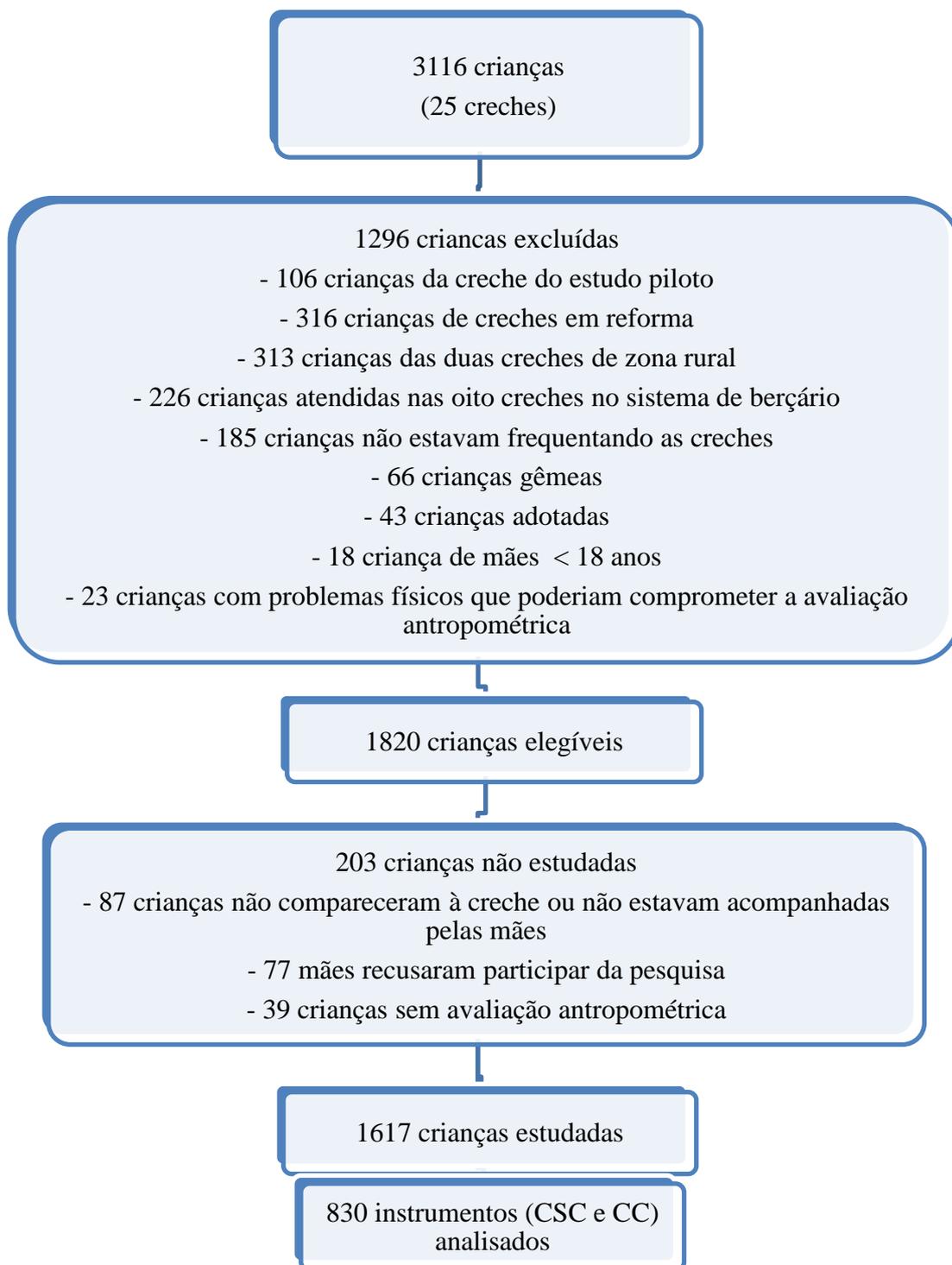
Os resultados do presente estudo estão integrados ao projeto “Cartografia da baixa estatura em crianças pré-escolares e escolares do município de Campina Grande, Paraíba”. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, protocolada com o número 0273.0.133.000-12 (ANEXO A). Nesse estudo, foi realizado um censo para avaliar o estado nutricional das crianças pré-escolares, de zona urbana e idade  $\geq 2$  anos, matriculadas nas creches públicas da Secretaria de Educação do município de Campina Grande, Paraíba.

Ao todo funcionavam 25 creches (3116 crianças), no momento do trabalho de campo, em bairros distintos do município, situadas, geralmente, em áreas carentes. Das 25 creches, uma foi escolhida aleatoriamente para o estudo piloto (106 crianças), três estavam em reforma (316 crianças) e as duas da zona rural foram excluídas (313 crianças). Além disso, foram excluídas as crianças atendidas no modelo de berçário (226), gêmeas (66), adotadas (43), de mães menores de 18 anos (18) e aquelas com problemas físicos que comprometessem a avaliação antropométrica (23). Foi também confirmado com os diretores e professores das creches que 185 crianças cadastradas nas listas de alunos não estavam frequentando as creches. Assim, foi considerado elegível para o estudo um total de 1820 crianças. Dessas, 203 crianças não foram estudadas, 87 não compareceram à creche ou não estavam acompanhadas pelas mães no dia da coleta de dados, 77 mães recusaram participar da pesquisa e em 39 crianças, por resistência das mesmas, foi impossível realizar a avaliação antropométrica. Assim, foram analisados os dados correspondentes a 1617 crianças pré-escolares assistidas em creches (88,85% das elegíveis). A Figura 1 mostra uma síntese da amostra de crianças elegíveis e estudadas.

Os responsáveis por todas as crianças elegíveis para o estudo foram convidados a comparecer às creches, em data e horário previamente agendado, portando a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) ou o Cartão da Criança (CC). A adesão nesse sentido em relação às

crianças estudadas foi de 51,33%, ou seja, foram analisados dados de 830 crianças. A coleta dessas informações aconteceu nos meses de fevereiro e março de 2013.

Figura 1. Modelo explicativo de configuração da amostra (crianças excluídas, elegíveis, perdidas e estudadas).



### **3.2 Procedimentos para a coleta de informação, variáveis de estudo e análise dos dados**

As informações foram coletadas por acadêmicos do curso de enfermagem e do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, devidamente treinados, supervisionados pelo coordenador da pesquisa. Todas as informações foram coletadas mediante verificação direta das CSC (data de nascimento, sexo, peso ao nascer, preenchimento de 17 itens) ou dos CC (idade, sexo, peso ao nascer). A idade das crianças foi calculada pela diferença entre a data da entrevista e a data de nascimento. Como medida de possíveis diferenças nas práticas sanitárias e do contexto topográfico, o distrito sanitário (enquadramento do núcleo familiar segundo a divisão distrital do município considerando as coberturas das unidades básicas de saúde da família) também foi usado como variável independente. Os dados foram digitados no programa Excel 2000, com dupla digitação dos questionários, para comparação e detecção de possíveis erros. Foi utilizado o aplicativo Validate do programa Epi-Info para verificar a consistência dos dados.

Foram realizadas duas análises: i) influência das características demográficas, do peso ao nascer e do processo de distritalização no fato de as crianças disporem da CSC ou da CC, ii) associação das características demográficas, do peso ao nascer e do processo de distritalização com o escore de preenchimento da CSC. Para isso foram consideradas como variáveis independentes: sexo das crianças, idade das crianças, peso ao nascer das crianças, distrito sanitário. As diferenças nas proporções relacionadas à posse de CC ou CSC e ao escore de preenchimento da CSC, segundo variáveis demográficas, peso ao nascer e distrito sanitário, foram verificadas através do teste qui-quadrado de Pearson. A associação entre as variáveis foi verificada pelo cálculo da razão de chances (RC) e seu respectivo IC95%. Foram considerados como estatisticamente significantes valores bicaudais de  $p$  iguais ou menores do que 5,0%. O programa estatístico utilizado foi Rv2.10.0.

Para avaliar o preenchimento da CSC foram analisadas um conjunto de 17 variáveis essenciais ao acompanhamento da saúde da criança e de preenchimento mínimo indispensável (ALVES et al, 2009). Essas variáveis foram: 1. Nome da criança, 2. Data de nascimento, 3. Endereço, 4. Peso ao nascer, 5. Comprimento ao nascer, 6. Perímetro cefálico ao nascer, 7. Apgar no 5o minuto, 8. Tipo de parto, 9. Trimestre de início do pré-natal, 10. Número de consultas de pré-natal, 11. Idade gestacional da criança, 12. Tipo de alimentação da criança na alta da maternidade, 13. Perímetro cefálico ao nascer marcado no gráfico, 14. Idade em que o último ponto de perímetro cefálico foi marcado no gráfico nos dois primeiros anos de vida, 15.

Peso ao nascer marcado no gráfico, 16. Idade em que o último ponto de peso foi marcado no gráfico, 17. Anotações sobre o desenvolvimento neuropsicomotor. (Apêndice A).

A avaliação do preenchimento da CSC tomou como referência as orientações do *Manual para Utilização da Caderneta de Saúde da Criança* (BRASIL, 2005). O item foi considerado preenchido corretamente quando estava de acordo com as orientações do Ministério da Saúde. Quando não havia normalização sobre o assunto, consideraram-se critérios previamente estabelecidos pelo coordenador do projeto. Atribuiu-se o valor 1 para itens preenchidos corretamente e o valor zero para os itens preenchidos incorretamente ou não preenchidos.

O nome da criança e a data de nascimento presente nas CSC foram comparados àqueles do Registro de Nascimento Civil (RNC) das crianças, disponível na documentação exigida pela creche ao responsável pela criança no ato da matrícula. O nome foi considerado corretamente preenchido sempre que estava sem abreviatura, completo e sem permuta na sequência dos nomes e sobrenomes. A data de nascimento foi considerada de preenchimento correto quando possuía a sequência correta do dia/mês/ano. Com relação ao endereço, o mesmo foi avaliado apenas quanto à existência do registro do nome da rua, número do domicílio e bairro, entretanto a veracidade deste registro não foi verificada. O preenchimento foi considerado correto quando fornecidas todas as informações.

Os registros de peso ao nascer (gramas), comprimento ao nascer (cm), perímetro cefálico ao nascer (cm), apgar no 5º minuto, número de consultas de pré-natal e idade gestacional (semanas) foram considerados adequadamente preenchidos sempre que havia apenas um único valor, registrado em local apropriado, e a sua unidade de referência (caso existisse) estava correta.

As variáveis tipo de parto, trimestre de início do pré-natal, tipo de alimentação da criança na alta da maternidade, perímetro cefálico ao nascer marcado no gráfico e peso ao nascer marcado no gráfico foram consideradas apenas como preenchidas ou não preenchidas (equivalente a preenchimento incorreto, atribuindo valor zero).

O intervalo máximo admitido para os registros de peso no gráfico correspondente da CSC foi de três meses (diferença entre idade marcada e idade cronológica  $\leq 3$  meses = 1 e  $> 3$  meses = 0), de acordo com o calendário mínimo de acompanhamento da saúde da criança na faixa etária estudada (BRASIL, 2004). O registro do perímetro cefálico no gráfico correspondente da CSC foi considerado corretamente preenchido quando existia alguma anotação na faixa etária de 23 a 24 meses.

O item desenvolvimento neuropsicomotor foi avaliado como corretamente preenchido sempre que existiam todos os registros sobre as habilidades esperadas em conformidade com a idade cronológica da criança, independente do marco ter sido presente, ausente ou não verificado. Como todas as crianças tinham no mínimo 24 meses de idade, considerou-se preenchimento adequado quando todos os espaços disponíveis para os registros sobre desenvolvimento neuropsicomotor na CSC, até 2-3 anos ou 3-6 anos, dependendo da idade da criança, estavam preenchidos.

O somatório dos valores recebidos em cada item foi utilizado para indicar a pontuação final de preenchimento por cada CSC. Assim, admitiu-se variação de 0 a 17 pontos, e quanto maior o valor do escore mais itens estavam preenchidos corretamente segundo os critérios adotados.

Foi estudada como variável resposta o escore de preenchimento da CSC, transformada em variável binária segundo o percentual de preenchimento dos itens incluídos no sistema de escore. Diante da inexistência de referências na literatura que pudessem nortear o ponto de corte, o mesmo foi definido com base na distribuição estatística dos escores encontrados. Deste modo, a CSC foi considerada adequadamente preenchida sempre que alcançou pontuação de preenchimento superior a 8 pontos (47% de itens preenchidos corretamente).

#### **4 RESULTADOS**

A Tabela 1 mostra a influência das características demográficas e do peso ao nascer no fato de as crianças disporem do CC ou da CSC. Das 830 crianças estudadas, a maioria (88,3%) possuía idade superior a 36 meses, 52,2% eram do sexo masculino e 9,2% foram baixo peso ao nascer. A posse da CSC foi constatada em 402 (48,4%) dos casos, com diferença segundo a idade das crianças. As crianças que possuíam 36 meses de idade ou menos apresentaram chance 4,5 vezes maior de portar CC quando comparadas àquelas com mais de 36 meses. Diferenças nesse sentido não foram observadas entre os distritos ( $p = 0,5146$ ) (dados não tabulados).

Em todas as CSC foram identificadas falhas no preenchimento. A situação de preenchimento dos itens referentes aos dados de identificação da criança e condições do recém-nascido é apresentada na Figura 2. Neste bloco de informações encontram-se os itens que obtiveram as melhores situações de preenchimento na CSC, tendo sido o peso ao nascer o de melhor preenchimento, registrado corretamente em 97,8% das CSC, seguido da data de

nascimento (96,8%), comprimento ao nascer (94,3%) e do perímetro cefálico ao nascer (87,8%).

A Figura 3 mostra a situação das 402 CSC em relação ao preenchimento dos dados sobre gravidez e parto. Neste bloco de informações, destacam-se os baixos percentuais de preenchimento dos itens trimestre de início de pré-natal (17,7%) e número de consultas de pré-natal (15,2%), ambos relativos a informações da gravidez.

As porcentagens de preenchimento dos itens sobre o crescimento e desenvolvimento das crianças são apresentados na Figura 4, englobando os itens com as piores situações de preenchimento, que variaram de 13,7% (perímetro cefálico ao nascer marcado no gráfico) a 2% (idade em que o último ponto de peso foi marcado no gráfico e anotações sobre o desenvolvimento neuropsicomotor). Chama atenção o baixo percentual de cadernetas em que os gráficos disponíveis foram utilizados adequadamente. Embora o peso ao nascer e o perímetro cefálico ao nascer estivessem registrados corretamente em 97,8% e 87,8% dos casos, respectivamente, nas primeiras páginas das CSC, em apenas 32,8% e 13,7% as informações estavam devidamente registradas nos seus respectivos gráficos.

O escore de preenchimento da CSC variou entre dois e 15 pontos. Em 62,7% das cadernetas avaliadas o escore obtido foi menor ou igual a oito, considerado insatisfatório. Na Tabela 2 é apresentada a associação das características demográficas e do peso ao nascer com o escore de preenchimento da CSC, indicando que nenhuma das características das crianças consideradas representou um determinante importante no valor do escore. Entretanto, a inadequação em relação ao escore de preenchimento da CSC mostrou diferença estatística ( $p = 0,0005$ ) entre os distritos (proporções de 4,4; 12,7; 13,1; 14,3; 23,0 e 32,5% nos distritos 1; 3; 6; 4; 2 e 5, respectivamente (dados não tabulados).

Tabela 1. Influência das características demográficas e do peso ao nascer na posse de Caderneta de Saúde da Criança (CSC) ou Cartão da Criança (CC). Campina Grande, Paraíba, 2013.

Variáveis	Geral		CSC		CC		OR	IC 95%		p-valor*
	N=830	%	N=402	%	N=428	%		Inf	Sup	
<b>Idade (meses)</b>										
> 36	733	88,3	383	95,3	350	81,8	1,00			
≤ 36	97	11,7	19	4,7	78	18,2	4,49	2,72	7,77	< 0,0001
<b>Sexo</b>										
Masculino	433	52,2	214	53,2	219	51,2	1,00			
Feminino	397	47,8	188	46,8	209	48,8	1,09	0,83	1,43	0,5516
<b>Peso ao nascer (gramas)**</b>										
≥ 2500	735	90,8	359	90,7	376	91,0	1,00			
< 2500	74	9,2	37	9,3	37	9,0	0,95	0,59	1,54	0,8496

\*Qui-quadrado; \*\*Os valores diferem do total devido às perdas na categoria de análise (sem informação sobre o peso ao nascer na CSC ou CC).

Figura 2. Porcentagem de preenchimento correto dos itens de identificação da criança e condições do recém-nascido na Caderneta de Saúde da Criança. Campina Grande, Paraíba, 2013.

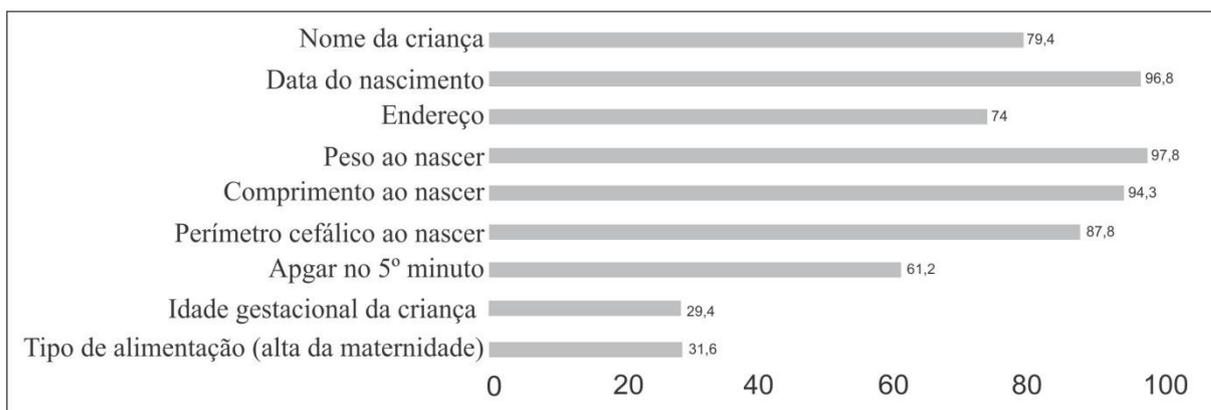


Figura 3. Porcentagem de preenchimento correto dos itens sobre gravidez e parto na Caderneta de Saúde da Criança. Campina Grande, Paraíba, 2013.

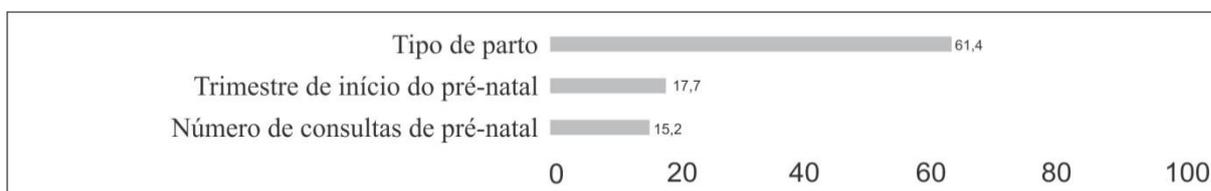


Figura 4. Porcentagem de preenchimento correto dos itens sobre o crescimento e desenvolvimento na Caderneta de Saúde da Criança. Campina Grande, Paraíba, 2013.

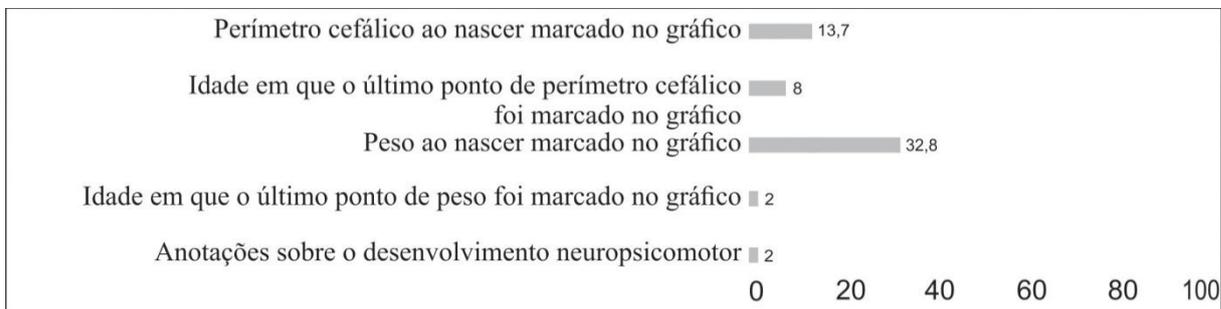


Tabela 2. Associação das características demográficas e do peso ao nascer com o escore de preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança (CSC). Campina Grande, Paraíba, 2013.

Variáveis	Escore de preenchimento da CSC (pontos)				OR	IC 95%		p-valor
	Adequado (> 8)		Inadequado (≤ 8)			Inf	Sup	
	n	%	n	%				
<b>Idade (meses)</b>								
> 36	52	98,1	331	94,8	1,00			
≤ 36	1	1,9	18	5,2	0,81	0,32	2,14	0,6587*
<b>Sexo</b>								
Masculino	75	50,0	139	55,2	1,00			
Feminino	75	50,0	113	44,8	0,81	0,54	1,22	0,3163*
<b>Peso ao nascer (gramas)</b>								
≥ 2500	138	92,0	221	89,8	1,00			
< 2500	12	8,0	25	10,2	1,30	0,65	2,76	0,4742*

\*Qui-quadrado.

## 5 DISCUSSÃO

Desde o ano de 2005 a CSC foi instituída nacionalmente em substituição ao CC (BRASIL, 2005). Tal fato nos leva a refletir a respeito de dois importantes aspectos retratados nos resultados do presente estudo. Primeiro, o baixo percentual de crianças que dispunha da CSC (48,4%) mesmo passados oito anos de sua implantação, o que questiona a sua utilização como instrumento indispensável ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Segundo, foram as crianças de menor idade as que menos dispuseram de CSC, o que mostra que os avanços esperados relacionados à substituição do CC pela CSC com o

progresso do tempo não tem acontecido. Diante deste contexto, é importante conhecer o motivo pelo qual as crianças, de modo geral, e em especial, as de menor idade não estão tendo acesso à CSC, uma vez que a distribuição da mesma acontece pelo Ministério da Saúde em todo território nacional e constitui direito da criança (BRASIL, 2005). Desse modo, é importante conhecer se esse problema é devido aos gestores não estarem garantindo uma adequada disponibilidade de CSC nas maternidades/postos de saúde ou estando disponíveis, se estão ocorrendo dificuldades na distribuição, aspectos que não foram qualificados no presente estudo.

Ao considerar os percentuais de preenchimento dos itens de avaliação CSC, no presente estudo, o nome da criança e a data de nascimento foram preenchidos adequadamente em 79,4% e 96,8% dos casos, respectivamente. Outros estudos mostraram melhores resultados no preenchimento desses dados. Em Belo Horizonte (ALVES et al., 2009) e Pelotas (LINHARES et al., 2012), respectivamente, as proporções de preenchimento correto foram de 93,8% e 93,5% para o nome da criança e de 99,7% e 100% para a data de nascimento. O menor percentual de preenchimento correto do nome da criança neste estudo pode ter explicações relacionadas às especificidades de obtenção do dado, tendo que estar sem abreviatura, completo e sem permuta na sequência dos nomes e sobrenome em conformidade com o registro de nascimento da criança para ser considerado corretamente preenchido.

A falta de informação sobre o endereço da criança apresentou melhor situação em Campina Grande do que em outras localidades, como em Belo Horizonte (GOULART et al., 2008) e no Rio Grande do Sul (LINHARES et al., 2012). É preciso destacar a importância dos cuidados no preenchimento do endereço, pois, além de mostrar o nível de risco socioambiental, é um dado fundamental na comunicação do sistema de saúde com a criança possibilitando a continuidade da assistência. Por outro lado, o endereço e o nome da criança podem ajudar na devolução da caderneta em casos de perda ou extravio (GOULART et al., 2008).

O preenchimento das informações sobre início do pré-natal, número de consultas e tipo de parto nas CSC do município de estudo pode ser considerado insatisfatório se comparado aos resultados apresentadas por outros estudos que mostraram proporções de mais de 50% de preenchimento correto (ALVES et al., 2009; GOULART et al., 2008). Consequências negativas, como o risco de morte perinatal, podem ser prevenidos se garantidos os cuidados/registros adequados da gravidez, parto e puerpério de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde (primeira consulta ainda no 1º trimestre de gravidez; seis

consultas de pré-natal, no mínimo; e incentivo ao parto normal e, conseqüentemente, a redução da cesárea desnecessária) (BRASIL, 2012b).

De acordo com o manual de preenchimento da CSC, são tarefas, indispensáveis dos profissionais da saúde, orientar, apoiar e identificar as situações de risco para a não amamentação ou para o desmame precoce (BRASIL, 2005). Diante deste contexto, sobressai a importância do registro da alimentação da criança na alta da maternidade como meio de permitir a intervenção imediata da equipe de saúde diante das questões relativas à amamentação (GOULART et al., 2008). Apesar disso, esse registro não estava presente em 68% das CSC observadas.

Com relação ao preenchimento dos itens de nascimento da criança (peso ao nascer, comprimento ao nascer, perímetro cefálico ao nascer, Apgar no 5º minuto e idade gestacional da criança), os melhores resultados para o peso e o comprimento ao nascer, com proporções de adequação superiores a 90% nesta pesquisa, coincidem com os resultados apontados em estudos anteriores (VIEIRA et al., 2005; GOULART et al., 2008; ALVES et al., 2009). Essa realidade pode ser explicada pelo fato da vigilância do crescimento, como ação pioneira e básica do acompanhamento da saúde da criança, foi incorporada desde a primeira versão do CC em 1984, com as anotações sobre o peso e o comprimento ao nascer (ANDRADE, 2011), contribuindo na incorporação desses registros na rotina dos profissionais de saúde.

A idade gestacional, foi o item de pior desempenho dos dados descritos nesse conjunto, apresentou proporção de correção bem inferior aos percentuais apontados por outros estudos, nos quais esse item estava preenchido em mais de 70% das cadernetas avaliadas (GOULART et al., 2008; ALVES et al., 2009). O registro da idade gestacional ao nascer é fundamental ao passo que permite estabelecer parâmetros de crescimento e prever problemas potenciais relacionados com a prematuridade, pós-maturidade e anomalias do crescimento em casos de neonato pequeno ou grande para idade gestacional (RICCI, 2008), sendo, pois urgente investimento na melhoria do preenchimento deste item em Campina Grande.

O índice de Apgar no 5º minuto constitui um importante indicador de risco para a morbimortalidade perinatal. Deste modo, condições adversas ocorridas ao nascimento e refletidas em baixos valores de Apgar devem ser identificadas para que medidas de intervenção como a reanimação, por exemplo, possam ser tomadas precocemente (KILSZTAJN et al., 2007; SOUZA, 2011). Neste estudo, a informação foi preenchida em 61,2% dos casos, valor superior ao encontrado em Feira de Santana (28,4%) (VIEIRA et al., 2005) e em Belo Horizonte (53,5%) (ALVES et al., 2009), porém inferior a outro estudo na cidade de Belo

Horizonte (74,0%) (GOULART et al., 2008). Para Vieira et al (2005) a inexistência dessa informação reflete a possibilidade dessas crianças não estarem sendo assistidas adequadamente ao nascer.

O baixo percentual de preenchimento correto das informações sobre o desenvolvimento neuropsicomotor nas cadernetas observadas do presente estudo tinha sido constatação em outras localidades (VIEIRA et al., 2005; ALVES et al., 2009; CEIA;CESAR, 2011). Negligenciar essa informação impossibilita a identificação precoce da criança com distúrbios nessa área e a adoção de intervenções com maior potencial de impacto e menor custo nos casos necessários (CEIA; CESAR, 2011).

Considerando ainda os itens que compuseram o escore de preenchimento da CSC, ressalta-se a subutilização dos gráficos de crescimento. Circunstância semelhante à observada em Campina Grande, em relação à grande diferença entre as proporções de anotações ao nascer do peso e do perímetro cefálico nas primeiras páginas das CSC e nos gráficos de crescimento, foi anteriormente constatada em Belo Horizonte (ALVES et al., 2009). Em relação às outras variáveis de estudo relacionadas ao uso das curvas de crescimento, a correção das CSC nesse estudo foi inferior à obtida em Belo Horizonte, (ALVES et al., 2009), em Pelotas (CEIA; CESAR, 2011; LINHARES et al.,2012) e no Distrito Federal (SARDINHA; PEREIRA, 2011) mesmo alguns deles (CEIA; CESAR, 2011; SARDINHA; PEREIRA, 2011; LINHARES et al., 2012) utilizando critérios de avaliação distintos e mais restritivos baseados no calendário mínimo de consultas (SARDINHA; PEREIRA, 2011).Estudo recente (ANDRADE, 2011)abordou claramente a dificuldade dos profissionais de saúde na utilização das curvas de crescimento da CSC,bem como as implicações das mudanças operacionais, na concepção, no conteúdo e na forma desse novo modelo de instrumento para assistência à criança.

O sistema de escores adotado no presente trabalho foi utilizado de maneira semelhante anteriormente na cidade de Belo Horizonte (ALVES et al., 2009), obtendo melhores resultados relativos ao preenchimento insatisfatório (62,7% vs.31,8%). Diferenças no preenchimento da CSC segundo a idade das crianças, registrada em estudos anteriores (ALVES et al., SARDINHA; PEREIRA, 2011), pode ser explicada por maior frequência das consultas de puericultura durante o primeiro ano de vida e menor valorização nas idades mais avançadas (BRASIL, 2005; ALVES et al., 2009). Esse resultado não foi constatado no município estudado, fato que pode estar relacionado aos altos percentuais de preenchimento inadequado.

Para o peso ao nascer e o sexo também não foram encontradas diferenças nas categorias de análise em relação ao escore de preenchimento, resultado diferente a estudo prévio em Belo Horizonte que indicou a menor chance de preenchimento inadequado nas meninas do que nos meninos e maior chance de preenchimento adequado nas crianças com baixo peso ao nascer do que nas crianças normo peso ao nascer (ALVES et al., 2009). No contexto do peso ao nascer, os resultados podem ser positivos se considerado o maior risco de adoecimento e de óbito no primeiro ano de vida nas crianças baixo peso (FUGIMORI; BORGES, 2009; CEIA; CESAR, 2011). Para o caso do sexo, os resultados podem advir de cuidados diferenciados entre meninos e meninas (NASCIMENTO; TRINDADE, 2010).

Por fim, a diferença encontrada em relação à distritalização sugere a importância do treinamento dos profissionais no adequado preenchimento da CSC, fato não estudado no presente estudo, porém, observado por outros pesquisadores (ALVES et al., 2009; ANDRADE, 2011; LINHARES et al., 2012). Além disso, limitações na estrutura e na organização do trabalho, têm sido fatores apontados de importância para a melhoria da qualidade da assistência (COTTA, 2006). Esses fatos revelam-se de grande importância se a influência que o preenchimento adequado da CSC tem nos cuidados de saúde e no comportamento das mães durante a gravidez e criação dos filhos, verificada em estudos de outros países (OSAKI et al., 2009; NAKAMURA, 2010), também acontecer na experiência brasileira.

## **6 CONCLUSÃO**

Evidencia-se o baixo percentual de crianças que dispõem da Caderneta de Saúde da Criança e a precariedade do preenchimento no caso da posse do instrumento, apesar de passados oito anos de sua implantação no país. Nesse sentido, a má utilização da Caderneta de Saúde da Criança reforça a necessidade de investimentos em capacitação profissional que possam efetivar melhorias nos registros das informações e reorientação dos serviços básicos de saúde com repercussões na vigilância e promoção da saúde infantil.

## **REFERÊNCIAS**

ABREU, T. G.T; VIANA, L.S; CUNHA, C.L.F. Desafios na utilização da Caderneta de Saúde da Criança: entre o real e o ideal. **J Manag Prim Health Care**, v.3, n. 2, p.80-3.

ALVES, C. R. L. et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p.583-95, 2009.

ANDRADE, G. N. **Vivências dos profissionais da atenção primária à saúde com a caderneta de saúde da criança**. 2011. 157f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução- módulo 1**. Comunicação e Educação em Saúde. Série F. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BESEN, C.B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.1, p.57-68, 2007.

BEZERRA-FILHO, J.G; KERR-PONTES, L. R. S; BARRETO, M. L. Mortalidade infantil e contexto socioeconômico no Ceará, Brasil, no período de 1991 a 2001. **Rev Bras Saude Mater Infant**, Recife, v. 7, n. 2, p.135-42, 2007.

CEIA, M. L. M; CESAR, J. A. Avaliação do preenchimento dos registros de puericultura em unidades básicas de saúde em Pelotas, RS. **Rev da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 55, n. 3, p. 244-49, 2011.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol Serv Saúde*, Brasília, V. 15, n. 3, p.7-18, 2006.

CUERVO, M. R. M; AERTS, D. R. G. C; HALPERN, R. Vigilância do estado nutricional das crianças de um distrito de saúde no Sul do Brasil. **J Pediatr**, Porto Alegre, v. 81, n. 4, p.325-31, 2005.

FIGUEIREDO, G. L. A; MELLO, D. F. Atenção à Saúde da Criança no Brasil: Aspectos da vulnerabilidade programática e dos Direitos Humanos. **Rev Latino-Am Enfermagem de Ribeirão Preto**, v 15, n. 6, p.1171-6, 2007.

FUJIMORI, E; BORGES, B. A. V. **Avaliação do crescimento**. In: FUJIMORI, E; OHARA, C. V. S. *Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica*. São Paulo: Manole, p.121-151, 2009.

GOULART, L. M. H. F. et al. Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 26, n. 2, p.106-12, 2008.

GURGEL, R.Q. et al. Distribuição especial do baixo peso ao nascer em Sergipe, Brasil 1995/1998. **Cad de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.5, p.1329-1327, 2005.

KILSZTAJN, S. et al. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no estado de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1886-92, 2007.

LINHARES, A. O. et al. Avaliação dos registros e opinião das mães sobre a caderneta de saúde da criança em unidades básicas de saúde, Pelotas, RS. **Rev AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 3, p. 245-50, 2012.

NAKAMURA, Y. Maternal and Child Health Handbook in Japan. **International Medical Community**, v. 53, n. 4, p. 259-265, 2010.

NASCIMENTO, C. R. R; TRINDADE, Z. A. Criando meninos e meninas: investigação com famílias de um bairro de classe popular. **Arqbraspsicol**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 2, p. 187-200, 2010.

OLIVEIRA, C. B. et al. Avaliação das práticas educativas desenvolvidas nas consultas médicas e de enfermagem nas unidades de saúde da família da região de Maruípe-Vitória-ES. **CadSaudeColet**, Rio de Janeiro, v.16 n. 3, p.513-26,2008.

OLIVEIRA, C.B. et al. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 635-44, 2009.

OSAKI, K et al. Investment in home-based maternal, newborn and child health records improves immunization coverage in Indonesia. **Trans R Soc Trop Med Hyg**, Inglaterra, v. 103, n. 8, p.846-8, 2009.

PAIM, J., et al. O sistema de saúde brasileiro: histórias e desafios. **Lancet**, n. 1, p.11-31, 2011. (Séries sobre saúde no Brasil, 2). Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>.

PEDRAZA, D. F; QUEIROZ, D. Micronutrientes no crescimento e desenvolvimento infantil. **Rev Bras Crescimento Desenvol Hum**, São Paulo, v. 21, n. 1, p.156-61, 2011.

RICCI, S. S. **Conduta de enfermagem para o recém-nascido**. In:\_\_\_\_\_. Enfermagem Materno Infantil. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.391-435, 2008.

RODRIGUES, A. **Do programa de saúde da família à estratégia saúde da família**. In: AGUIAR, A. N. *Sus: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. Martinari, São Paulo, p.117-34, 2011.

SAMICO, I. C. **Avaliação da atenção à saúde da criança: um estudo de caso no estado de Pernambuco**. 2003.160f. Dissertação (Doutorado em Saúde Pública)-Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Recife.

SARDINHA, L. M. V; PEREIRA, M. G. Avaliação do preenchimento do cartão da criança no Distrito Federal. **BrasiliaMed**, Brasília, v.48, n.3, p.245-51, 2011.

SILVA, L. R; CHRISTOFFEL, M. M; SOUZA, K. V. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto Contexto - Enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p.585-93,2005.

SOUZA, A. B. C. **Recepção e avaliação do recém-nascido**. In: \_\_\_\_\_. *Enfermagem neonatal*. São Paulo: Martinari, p. 63-76, 2011.

TEIXEIRA, C.F; PAIM J.S; VILASBÔAS A.L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. IESUS, v.7, n.2, p. 7-28, 1998.

VASCONCELOS, F.A.G. **Indicadores Antropométricos**. In: \_\_\_\_\_. *Avaliação Nutricional de Coletividades*. 4. ed. Florianópolis: Editora da UFSC, p. 31-49, 2008.

VICTORA C.G., et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **Lancet**, n.2, p.32-46, mai. 2011. (Séries sobre saúde no Brasil, 2). Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>.

VIEIRA, G. O. et al. Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia. **RevBrasSaudeMaterInfant**, Recife, v. 5, n. 2, p.177-84, 2005.

ZEFERINO, A. et al. Acompanhamento do crescimento. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v.79, n.1, p. 23-32, 2003.

**APÊNDICE A- FORMULÁRIO PARA REGISTRO DAS INFORMAÇÕES**

**PESQUISA “CARTOGRAFIA DA BAIXA ESTATURA EM CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES E ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE, PARAÍBA”**

Nome da creche ou escola: .....

Endereço da creche ou escola: ... ..

Telefones: .....

Região da creche ou escola ( ) Centro ( ) Norte ( ) Leste ( ) Sul ( ) Oeste

Localização da creche ou escola ( ) Zona urbana ( ) Zona rural

Nome completo da criança: .....

Nome completo do responsável pela criança: .....

Endereço da criança: ... ..

Referência do domicílio: .....

Telefones: .....

Número do questionário

Entrevistador número

Dia e mês da entrevista   /   /2011

Hora de início da entrevista   :   horas

---

(Nome do entrevistador e assinatura)

---

(Nome do supervisor e assinatura)

## CARACTERÍSTICAS PESSOAIS DA CRIANÇA

### 1. Sexo

0. Masculino

1. Feminino

### 2. Data de nascimento

Dia  Mês  Ano 20

### ESTADO NUTRICIONAL DA CRIANÇA

ESTATURA 1 ,  cm

ESTATURA 2 ,  cm

### 3. Cor

1. Amarela

2. Parda

3. Branca

4. Preta

5. Indígena

4. Doenças que a criança já teve: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5. Presença de algum tipo de deficiência

1. Visual ( ) Sim ( ) Não

2. Auditiva ( ) Sim ( ) Não

3. Mental ( ) Sim ( ) Não

4. Motora ( ) Sim ( ) Não

5. Outras: \_\_\_\_\_

## CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

6. Profissão do pai: \_\_\_\_\_

7. Profissão da mãe: \_\_\_\_\_

8. Renda do pai: \_\_\_\_\_

9. Renda da mãe: \_\_\_\_\_

**ESTUDO LONGITUDINAL DO ESTADO NUTRICIONAL**

10. Qual a direção da curva da última medida de estatura em relação à anterior?

1 ( ) Ascendente

2 ( ) Descendente

3 ( ) Horizontal

8 ( ) NSA (sem anotação)

**AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DA CSC**

11. Idade da criança no momento da entrevista: \_\_\_\_\_.

12. Peso ao nascer: (\_\_\_\_\_g).

13. Analise o preenchimento das informações a seguir na CSC considerando o *Manual para Utilização da Caderneta de Saúde da Criança*.

Itens da CSC	Preenchimento		Não preenchido (0)
	Correto (1)	Incorreto (0)	
1. Nome da criança			
2. Data de nascimento			
3. Endereço			
4. Peso ao nascer			
5. Comprimento ao nascer			
6. Perímetro cefálico ao nascer			
7. Apgar no 5o minuto			

8. Tipo de parto			
9. Trimestre de início do pré-natal			
10. Número de consultas de pré-natal			
11. Idade gestacional da criança			
12. Tipo de alimentação da criança na alta da maternidade			
13. Perímetro cefálico ao nascer marcado no gráfico			
14. Idade em que o último ponto de perímetro cefálico foi marcado no gráfico			
15. Peso ao nascer marcado no gráfico			
16. Idade em que o último ponto de peso foi marcado no gráfico			
17. Anotação sobre o desenvolvimento neuropsicomotor			

## ANEXO A- Parecer de aprovação do Comitê de Ética.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB



COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.



**PARECER DO RELATOR: (7)**

Número do Parecer: 0273.0.133.000-12

Data da relatoria: 02 de outubro de 2012

### **Apresentação do Projeto:**

O projeto de Pesquisa intitulado **"CARTOGRAFIA DA BAIXA ESTATURA EM CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES E ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PARAÍBA"**. O presente estudo é para fins de desenvolvimento e publicação oriunda do Mestrado em Saúde Pública (Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde Pública) da UEPB. Estabelecem os pesquisadores como percurso metodológico tratar-se de uma pesquisa de caráter censitário de pré-escolares e escolares da rede pública de ensino do município de Campina Grande do Estado da Paraíba. O universo e amostra será constituída por crianças pré-escolares, na faixa etária de 4 meses a 6 anos, e de escolares do primeiro ciclo da primeira fase do Ensino Fundamental, na faixa etária de 6 a 8 anos, da rede pública de ensino do município de Campina Grande. Do ponto de vista ético, a pesquisa obedecerá os critérios estabelecidos pela Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

**Objetivo da Pesquisa:** " Avaliar com enfoque cartográfico, a magnitude e a distribuição espacial do deficit estatural de crianças e pré-escolares e escolares que frequentam a rede pública de ensino (creches e escolas municipais) do município de Campina Grande-PB".

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:** O presente estudo não importa riscos maiores de natureza direta aos entrevistados-participantes, mas importa destacar os benefícios que

posteriormente irão contribuir para um melhor desenvolvimento físico, afetivo, cognitivo e social das crianças participantes da pesquisa, bem como de toda a população infantil atendidas pela rede pública de ensino do município de Campina Grande-PB. Do ponto de vista ético, a pesquisa obedecerá os critérios estabelecidos pela Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A presente proposta de pesquisa é de suma importância quanto papel e atribuições das Instituições de Ensino Superior (IES), mormente pesquisa (bem como extensão), estando dentro do perfil das pesquisas de construção do ensino-aprendizagem significativa, perfilando a formação profissional baseada na tríade conhecimento-habilidade-competência, preconizada pelo MEC. Portanto, tem retorno social, caráter de pesquisa científica e, contribuição na formação de profissionais do ensino superior em Saúde Pública, dentre outras áreas do saber científico.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:** Os pesquisadores apresentaram, dentro da conformidade e quanto requisitos da Resolução de n. 196/96 do CNS, bem como concorde Protocolo de Projeto de Pesquisa do CEP UEPB, todos os documentos necessários.

#### **Recomendações:**

Estando o presente Projeto de Pesquisa com fim destinado para desenvolvimento e publicação oriunda do Mestrado em Saúde Pública( Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde Pública) da UEPB concorde recomendações e Protocolo do CEP UEPB, bem como conforme a Resolução de n. 196/96 do CNS, nada há que se recomendar quanto emenda ao Projeto inicial.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pelo exposto, sou pela Aprovação do Projeto de Pesquisa para fim de futuras publicações. Salvo melhor juízo.

**Situação do parecer:**

**Aprovado** ( X )

**Pendente** ( )

**Retirado** ( ) – quando após um parecer de pendente decorre 60 dias e não houver procura por parte do pesquisador no CEP que o avaliou.

**Não Aprovado** ( )

**Cancelado** ( ) - Antes do recrutamento dos sujeitos de pesquisa.

Campina Grande, 02 de outubro de 2012

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



---

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa