



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

JAIANE KATIA DE OLIVEIRA

**CARACTERIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA NUTRICIONAL NA INFÂNCIA NO ÂMBITO  
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Vitória de Santo Antão  
2015

**JAIANE KATIA DE OLIVEIRA**

**CARACTERIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA NUTRICIONAL NA INFÂNCIA NO ÂMBITO  
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, sob orientação da Professora Mestre Nathália Paula de Souza.

Vitória de Santo Antão  
2015

Catálogo na Fonte  
Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.  
Bibliotecária Giane da Paz Ferreira Silva, CRB4-977

O48c Oliveira, Jaiane Katia de  
Caracterização da vigilância nutricional na infância no âmbito da estratégia de saúde da família / Jaiane Katia de Oliveira.\_ Vitória de Santo Antão: O Autor, 2015.

50 folhas.; tab.

Orientador: Nathália Paula de Souza.  
TCC (Graduação) – Universidade Federal de Pernambuco, CAV. Bacharelado em Nutrição, 2015.  
Inclui bibliografia.

1. Vigilância nutricional. 2. Saúde da família. I. Souza, Nathália Paula de. II. Título.

641.1 CDD (23.ed.)

**BIBCAV/UFPE-085/2015**

## Folha de aprovação

Jaiane Katia de Oliveira.

Titulo: CARACTERIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA NUTRICIONAL NA INFÂNCIA NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição

Data: 17/07/2015

Nota:

Banca Examinadora:

Catarine Santos da Silva.

Marcela Albuquerque de Melo.

Nathalia Paula de Souza.

Dedico primeiramente, à Deus.

A minha mãe Maria Luiza pelo amor, apoio e incentivo.

A todas as pessoas que acreditaram que eu poderia chegar até aqui.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a **DEUS**, por que por mais dispersa ou perdida que eu esteja, ele está ao meu lado, guiando as minhas escolhas em todos os momentos. Aos meus pais **José** e **Maria**, a quem devo a vida, que, com amor, carinho, paciência me preparou pra enfrentar o mundo e caminhar sozinha. Em especial, agradeço à minha mãe, minha grande amiga, confidente, guerreira e a quem tenho como espelho de coragem, força e determinação, a amo infinitamente.

A minha irmã **Michele**, que do jeito dela sempre apoio.

A minha amada tia, amiga, cúmplice **Alcione**, que mesmo distante, sempre me incentivou, me deu força pra seguir.

Aos meus adorados tios **Agnaldo**, **Aluizio** e **Assis** pelo carinho, apoio e incentivo.

À **minha orientadora Nathália Paula de Souza**, a quem admiro e devo a confecção deste trabalho. Obrigada pela amizade e por ter acreditado e confiado em mim pra construção e realização desse sonho. Sou eternamente agradecida pelos ensinamentos transmitidos, os conselhos que permitiram refletir sobre quem quero ser com pessoal e profissional. Aqui registro meu enorme carinho por você.

Às minhas amigas **Gabi**, **Jú** e **Manu** que sempre foram exemplo de esforço, dedicação. Que essa união dure para sempre.

Às **minhas amigas Adrielly, Juliane M., Renata e Vitória** por serem minhas companheiras durante a graduação. Vocês me conheceram um pouco mais do que sou, as minhas qualidades, defeitos e partilham comigo bons momentos e conquistas. Obrigada.

A todos os colegas e amigas (os) que compõem a turma de **Nutrição 2011.1** e **2011.2** que fizeram desses quatro anos e meio os mais divertidos e agradáveis.

Aos **“Vigilantes do Futuro”** que me ajudaram na coleta da pesquisa, pelo apoio na construção do trabalho, pelos conhecimentos partilhados...

Aos membros da banca avaliadora, **Catarine Santos**, **Marcela Melo** e **Nathália Paula**. Obrigada pelas ideias, sugestões e discussões construtivas durante a qualificação e defesa da dissertação.

À **Universidade Federal de Pernambuco**, que oportunizou a minha formação acadêmica, enquanto graduada.

A todos os meu muito Obrigado!

*“Agradeço a todas as dificuldades que enfrentei, não fosse por elas eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar.”*

Chico Xavier

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo caracterizar estrutura e processos da vigilância nutricional na infância nas Unidades de Saúde de Vitória de Santo Antão-PE. Se trata de um estudo transversal descritivo, realizado em cinco Unidades de Saúde (US), direcionado aos profissionais das Equipes de Saúde da Família envolvidos com a vigilância nutricional de crianças menores de 10 anos. A coleta de dados foi realizada através de questionário com perguntas diretas e aplicadas por entrevistadores previamente treinados. As variáveis foram subdivididas de acordo com os indicadores de estrutura e processo, em recursos materiais-físicos e organizacionais, além da dimensão técnica do serviço. Após coleta, os dados foram digitados no programa EpiData 3.1 e posteriormente realizada a análise no mesmo programa. Foram entrevistados 41 profissionais de saúde entre enfermeiro, técnico de enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde. Os resultados obtidos foram que maior parte dos profissionais eram do sexo feminino e dos 27 agentes comunitários de saúde que compuseram a amostra aproximadamente 80% deles acompanhavam mais de 150 famílias. A balança para maiores de 2 anos foi o único equipamento presente em todas as US e metade dos equipamentos estavam em estado de conservação ruim, mas em uso. Nas dimensões técnicas 68,3% não sabiam calcular o Índice de massa corporal; 98% costumam solicitar a caderneta de saúde da criança (CSC), 93% sempre realizam a medida do peso e 85% da altura. Por outro lado, 85% fazem registro na CSC de modo parcial ou não conforme. Sendo relatadas as condições inadequadas dos equipamentos, os diversos tipos de CSC e a falta de tempo como principais dificuldades para prática da vigilância nutricional. Com isso é possível concluir que a prática da vigilância nutricional por meio da CSC é um desafio a ser superado pela ESF, visto os inúmeros percalços que interferem no monitoramento da saúde a criança. A carência de uma boa estrutura física e organizacional ainda compromete essa prática e fragiliza a perspectiva da promoção da saúde e prevenção de agravos nessa fase da vida.

**Palavras-chave:** Vigilância nutricional. Infância. Estratégia de Saúde da Família. Caderneta de Saúde da Criança.

## ABSTRACT

This study aims to characterize the structure and processes of nutritional surveillance in childhood in Health Units Vitoria de Santo Antao, Pernambuco. It is a descriptive cross-sectional study, conducted in five health units (US), directed to professionals of the Family Health Teams involved with nutritional surveillance of children under 10 years. Data collection was conducted through a questionnaire with direct and applied by trained interviewers questions. The variables were subdivided according to the structure and process indicators in physical-material and organizational resources in addition to the technical dimension of service. After collection, the data were entered into EpiData 3.1 software and later performed the analysis in the same program. 41 health professionals were interviewed between nurse, practical nurse, doctors and community health workers. The results were that most professionals were female and 27 community health workers in the sample approximately 80% of them accompanied more than 150 families. The balance for over two years this was the only equipment on all US and half the equipment was in bad state of repair, but in use. The technical dimensions 68.3% did not know calculate body mass index; 98% have applied the child's health booklet (CSC), 93% always perform the measurement of the weight and 85% of the height. On the other hand, 85% do record in the CSC partially or not so compliant. The poor conditions of equipment, various types of CSC and the lack of time as major difficulties in practice of nutritional surveillance still being reported. This makes it possible to conclude that the practice of nutritional surveillance through the CSC is a challenge to be overcome by the ESF, since the many mishaps that interfere with the child health monitoring. The lack of good physical and organizational structure still undertakes this practice and weakens the perspective of health promotion and disease prevention at this stage of life.

**Keywords:** Nutritional Surveillance. Childhood. Family Health strategy. Child Health Handbook.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estrutura organizacional para prática da vigilância nutricional nas Unidades de Saúde do Município de Vitória de Santo Antão-PE, 2015 ..... 27

Tabela 2 – Estado de conservação e uso de equipamentos antropométricos disponíveis nas Unidades de Saúde para realização da vigilância nutricional. Vitória de Santo Antão-PE, 2015..... 28

Tabela 3 – Caracterização de processos referentes a dimensão técnica dos serviços necessários a vigilância do estado nutricional de crianças, no âmbito da atenção primária do Município de Vitória de Santo Antão-PE, 2015..... 29

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CC	Cartão da Criança
CGPAN	Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição
CPMI	Coordenação de Proteção Materno-infantil
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
DNCr	Departamento Nacional de Crianças
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NCHS	<i>National center of Health Statistics</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança
PAISMA	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PBF	Programa Bolsa Família
PSE	Programa Saúde na Escola
Sisvan	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	11
2 JUSTIFICATIVA .....	13
3 OBJETIVOS .....	14
3.1 Objetivo Geral .....	14
3.1 Objetivo Específicos .....	14
4 REVISÃO DA LITERATURA .....	15
4.1 Histórico das estratégias de Vigilância Nutricional até a implantação da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) .....	15
4.2 A caderneta de saúde da criança e sua interface com a vigilância nutricional .....	18
4.3 Recomendações oficiais para prática da vigilância nutricional .....	20
5 METODOLOGIA .....	25
6 RESULTADOS .....	27
7 DISCUSSÃO .....	31
8 CONCLUSÃO .....	35
REFERÊNCIAS .....	36
APÊNDICE .....	41

## 1 INTRODUÇÃO

O monitoramento do estado de saúde e nutrição da população está intimamente ligado a fatores externos, que refletem nas condições de vida e saúde da criança, no passado e no presente. O crescimento e desenvolvimento infantil, por sua vez, é um importante indicador de saúde pública (ROCHA; PEDRAZA, 2013).

O acompanhamento das medidas de peso e estatura das crianças desde o seu nascimento é de grande relevância para o crescimento e desenvolvimento saudável e garante de bom estado de saúde na vida adulta. De acordo com o crescimento da criança, é possível perceber a ocorrência de ganho de peso insuficiente, presença ou não de déficit estatural, que caracteriza a desnutrição e suas variações. Por outro lado, pode-se observar um acelerado ganho de peso com crescimento normal ou retardado, que pode predispor o surgimento da obesidade e suas comorbidades (VITOLLO, 2008).

Para que esse monitoramento seja realizado de modo mais efetivo, tem-se um novo instrumento de registro, a Caderneta de Saúde da Criança (CSC), criada em 2005, substituindo o antigo Cartão da Criança (CC). A CSC tem o intuito de reunir as informações mais importantes sobre crescimento, desenvolvimento e registrar dados e eventos importantes da saúde infantil, desde o puerpério até os 5 anos de idade (ALVES *et al*, 2009).

Em 2007, esse instrumento foi revisado e as novas curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) foram incorporadas. Em 2009, foi realizada nova mudança com a separação da caderneta por sexo, acrescentado um guia básico para o acompanhamento de crianças com diagnósticos de síndrome de Down e autismo, tabelas do Índice de Massa Corporal (IMC) e cuidados com a pressão arterial, além de ampliar a faixa etária de 5 para 10 anos de idade (GAÍVA; SILVA, 2014). Estas mudanças tornaram o instrumento mais amplo, vinculando os responsáveis e profissionais da saúde no monitoramento da saúde da criança (ABREU *et al*, 2012).

O acesso a CSC é um direito de todas as crianças, deve ficar de posse da mãe ou responsável e ser levado em todas as consultas para acompanhamento do peso e crescimento no gráfico da curva de crescimento e para anotações sobre a saúde e a nutrição da criança (CARVALHO *et al*, 2008). Portanto, o papel da Atenção Primária à Saúde, representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), é

fundamental para realização da vigilância clínica e nutricional das crianças, possibilitando identificar maior risco de morbimortalidade infantil e promover o adequado direcionamento na Rede de Assistência à Saúde (ROCHA; PEDRAZA, 2013).

O monitoramento efetivo ocorre através do registro das informações coletadas nas curvas de crescimento presente na CSC, para que seja possível a observação da evolução do estado nutricional ao longo da vida. Para isso, se faz necessário à realização de pesagens periódicas, tendo como primícia o peso ao nascer representando o ponto de partida no gráfico e os demais registros conforme o calendário de consultas da criança ou das visitas realizadas pela Equipe de Saúde da Família (ALVES *et al*, 2009).

A maioria das crianças possui o CC ou a CSC, no entanto ainda é notável a subutilização desse instrumento de vigilância. O preenchimento dos dados não acontece na maioria dos casos, mesmo quando ocorre a coleta das medidas antropométricas. Muitas mães e responsáveis não compreendem o significado das curvas, utilizando esse material apenas como “cartão de vacina” e não como um caderno de acompanhamento da situação de saúde. Diante disso, a capacitação dos profissionais de saúde, deve muni-los de conhecimentos diversos, dos quais auxiliariam na explicação da condição nutricional da criança ao responsável, e assim o envolvendo cada vez mais no compromisso de vigilância a saúde da criança e não somente no processo saúde-doença (ALVES *et al*, 2009; ABREU *et al*, 2012)

Segundo Bagni e Barros (2012) a realização de aferições antropométricas padronizadas é um importante instrumento para a avaliação do estado nutricional, que são preditores das condições de saúde. Erros durante a realização dessas medidas podem interferir diretamente no diagnóstico nutricional e resultar na interpretação e introdução de uma conduta nutricional inadequada. Neste caso, pode ocorrer intervenção desnecessária em indivíduos saudáveis ou indivíduos doentes podem não receber tratamento que necessitavam.

Por este motivo, o monitoramento do estado nutricional na infância se torna necessário para guiar a rede de cuidados integrais à saúde nessa fase da vida. Para isto, a formação dos profissionais e orientação dos responsáveis para utilização contínua da CSC como instrumento de vigilância, reforça o modelo de cuidado voltado para promoção da saúde e prevenção de agravos.

## 2 JUSTIFICATIVA

A subutilização da CSC, importante instrumento de vigilância nutricional e do estado geral de saúde, compromete o monitoramento do estado nutricional e, por conseguinte a tomada de decisões preventivas que possam evitar o agravamento ou surgimento de um agravo que coloque em risco a saúde da criança. A falta de sensibilização dos profissionais, além de capacitação sobre preenchimento, cuidados e repasse de informações para os responsáveis pode comprometer a adesão a este instrumento pelos próprios agentes da saúde. Por outro lado, sem o estímulo dos profissionais de saúde, os pais e responsáveis sentem-se ainda menos responsáveis pela vigilância nutricional de seus filhos e, na maioria das vezes utilizam a CSC apenas como “cartão de vacina”.

No entanto, para a contínua vigilância do estado nutricional da criança, a nível da atenção primária, faz-se necessário garantir o mínimo de estrutura e aspectos processuais para o serviço ser executado de forma contínua e gerar informações confiáveis pelos profissionais. Por isso, o presente estudo se justifica pela necessidade de caracterização dos serviços e práticas necessárias para o aperfeiçoamento da vigilância nutricional nas Unidades de Saúde do Município de Vitória de Santo Antão – PE.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Caracterizar estrutura e processos de trabalho na prática da vigilância nutricional na infância, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família de Vitória de Santo Antão-PE.

#### **3.2 Objetivos Específicos:**

- Verificar aspectos estruturais básicos para prática da vigilância nutricional na atenção primária;
- Descrever questões processuais necessárias ao monitoramento contínuo do estado nutricional da criança;
- Identificar as principais dificuldades para prática da vigilância nutricional por profissionais de saúde;

## **4 REVISÃO DA LITERATURA**

### **4.1 Histórico das estratégias de Vigilância Nutricional até a implantação da Caderneta de Saúde da Criança (CSC)**

O cuidado à criança por muito tempo foi negligenciado tanto pela família quanto pelo Estado, como uma fase do ciclo da vida de pouca relevância, mas com o passar dos anos, essa visão foi modificada devido à alta mortalidade infantil. As transformações e reivindicações no âmbito político, social e da saúde fizeram com que esta visão fosse reavaliada (ARAÚJO *et al*, 2014).

Foi precisamente em 1920 que a sociedade, autoridades públicas e privadas passaram a se preocupar com a saúde das crianças, pois o seu adoecimento interferia diretamente na produtividade das indústrias, pela ausência de muitas trabalhadoras. Devido a isso, as empresas passaram a fornecer uma assistência médica a esse público iniciando as primeiras discussões sobre estímulo ao aleitamento materno (ARAÚJO *et al*, 2014).

Na década de 30 iniciam os programas de proteção à maternidade, à infância e adolescência submetidas pelo Departamento Nacional de Crianças (DNCr). O DNCr tinha a função de delegar atribuições e orientações para implantação de serviços a esses grupos populacionais, nas esferas estadual e municipal, nas quais foi instituído ações de vigilância tanto do cuidado no período gravídico-puerperal quanto com a saúde infantil de caráter curativo e individual. Estas ações foram estabelecidas por hospitais privados ou centros médicos administrados por indústrias, tendo o objetivo de diminuir as taxas de absentéismo das mães e combater a mortalidade infantil (BRASIL, 2011).

Por muito tempo os Ministérios da Educação e Saúde permaneceram juntos desenvolvendo ações para saúde infantil. Apenas em 1953 esses dois Ministérios foram separados, passando apenas o Ministério da Saúde a coordenação do DNCr, que logo foi substituído pela Coordenação de Proteção Materno-infantil (CPMI), em 1970. A CPMI tinha atribuição de planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, conforme Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970. Além disso, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-infantil, com foco na diminuição da mortalidade da mulher e criança através de assistência de caráter preventivo (BRASIL, 2011; ARAÚJO *et al*, 2014).

Com o passar dos anos alguns programas foram substituídos, subdivididos, outros criados até que foi formado em 1980 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), que tinha como prioridade acompanhar as etapas do crescimento e desenvolvimento das crianças. Para isso foram estabelecidas cinco ações básicas para atendimento à criança: o aleitamento materno e orientação familiar em caso de desmame precoce; estratégia para controle de doenças respiratórias; imunização básica; controle efetivo de doenças diarreicas; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil pelos profissionais de saúde (ARAÚJO *et al*, 2014)

Em 1984, o sistema de saúde da criança que permanecia atrelado à saúde materna foi dividido, tendo a implantação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança (PAISC) com objetivo de combater às dificuldades das condições da saúde infantil, promovendo a saúde de modo integral, priorizado as crianças de risco e realizar ações de acompanhamento do crescimento e do calendário de vacinas até os cinco anos de idade, conforme Frias (2008 *apud*. ARAÚJO, *et al* 2014. p.1003).

Para promover melhora do cuidado e atenção à saúde da criança, o Ministério da Saúde (MS) lança o documento “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências – Orientação para gestores e profissionais de saúde”, que tem objetivo de trazer informações, de forma contínua e permanente a sensibilizar todos os profissionais de saúde e gestores, para atuação no cuidado a criança, adolescentes e familiares em situação de violência (BRASIL, 2010).

Sendo assim, as linhas de cuidado têm seu início, a partir do primeiro contato com a criança independente do nível de atenção, onde deve acolher e atender de modo integral, independente da situação que se encontre e juntamente a outras políticas promovendo o cuidado, por qualquer integrante da equipe de saúde.

No que diz respeito ao cuidado da criança, a autora Silva (2014) relata em sua dissertação que as linhas de cuidado são necessárias para realização de ações de promoção, prevenção e proteção à criança como um todo, tanto no seu âmbito social, cultural, ecológico e psicológico. Onde procura buscar mais do que o cuidado com a doença, as linhas de cuidado para a atenção integral à saúde de criança, vêm afirmar a atenção ao e crescimento e desenvolvimento como um direito de toda criança (SILVA, 2014).

Para o controle do crescimento e desenvolvimento infantil foi criado, em 2002, o cartão da criança (CC), instrumento de registro e acompanhamento dos dados destinados exclusivamente para criança, que consta de um gráfico para acompanhamento do ganho de peso pelo índice peso para idade (P/I), utilizando a referência do *National center of Health Statistics* (NCHS) (1977), um calendário de vacinação e com a cobertura de crianças entre 0 e 5 anos de idade. (ANDRADE; REZENDE; MADEIRA, 2014; GAIVA; SILVA, 2014).

Em 2005, o MS realizou uma revisão no CC e o transformou em Caderneta de Saúde da Criança (CSC), tendo como principal objetivo garantir as ações de vigilância integral à saúde, por meio da Portaria nº 1.058, de 4 de Julho de 2005. Nesta versão separada por sexo, permaneceram informações do antigo instrumento, o CC e acrescentado mais dados complementares a saúde integral da criança como, dados sobre gravidez, parto e puerpério, orientação sobre alimentação saudável, um espaço para registro de peso e altura, gráfico de perímetro cefálico por idade, ampliação da faixa de acompanhamento do crescimento pelo gráfico de peso por idade em percentil de 0 a 7 anos, sendo este último separado por sexo, utilizando a referência do NCHS (1977).

Foram acrescentados ainda orientações para saúde auditiva, visual e bucal, informações sobre prevenção de agravos como acidentes e violência; a suplementação com intuito profilático da carência de vitamina A e ferro; os 10 passos para alimentação saudável para crianças menores de 2 anos, o calendário básico de vacinação e um espaço para anotações de cunho clínico. (BRASIL, 2005; VIEIRA, 2005; GOULART *et al*, 2008; ALVES, 2009; ABREU; VIANA; CUNHA, 2012; GAIVA; SILVA, 2014).

Tendo em vista a importância da avaliação do crescimento infantil por meio do acompanhamento do peso e estatura, o MS em 2007 decide atualizar esse instrumento, sendo chamado de Passaporte da Cidadania, agora em versão única, que era a mesma para ambos os sexos, sendo apenas diferenciada internamente as suas curvas de crescimento masculino (parte azul) e feminino (parte rosa). (LINHARES *et al*, 2012). Nessa versão foi acrescentado a curva altura-idade (A/I) e a cobertura foi estendida para até os 10 anos de idade. A referência para crianças de 0 a 4 anos, 11 meses e 29 dias passou a ser as Novas Curvas de Crescimento divulgadas pela OMS em 2006. Por outro lado, manteve-se a referência do NCHS (1977) para a faixa etária entre 5 e 10 anos. Além disso, foram incluídas informações

sobre registro civil de nascimento, os direitos dos pais e das crianças, dicas práticas para amamentação e o desmame, mais detalhes sobre o desenvolvimento da criança, os 10 passos para alimentação saudável para maiores de 2 anos. (BRASIL, 2007; GAIVA; SILVA, 2014).

Em 2009, a nova versão da CSC passou a ser diferenciada novamente por sexo e o conteúdo dividido em duas partes: uma direcionada ao cuidador e outra direcionada aos profissionais de saúde. (ABREU; VIANA; CUNHA, *et al.* 2012). No que se refere a vigilância nutricional foi acrescentado o IMC para idade (IMC/I) apresentado na forma de curva e tabela para o cálculo do mesmo. Todas as curvas de crescimento desta CSC seguem a referência da OMS, sendo a de 2006 referente a crianças até 4 anos, 11 meses e 29 dias, e a de 2007 envolvendo de 5 a 10 anos, todas em escore-z. Além disso, outras informações foram acrescentadas como orientações para crianças diagnosticadas com síndrome de Down e autismo, cuidados com pressão arterial e espaço de registro alimentar da criança (BRASIL, 2009; ANDRADE; REZENDE; MADEIRA, 2014; GAIVA; SILVA, 2014).

#### **4.2 A caderneta de saúde da criança e sua interface com a vigilância nutricional**

O acompanhamento do estado nutricional é tido como essencial na primeira fase da vida. Por ser uma das fases mais delicadas e críticas do desenvolvimento humano, torna-se imprescindível o estabelecimento de intervenções preventivas e curativas, além de requerer padronização das técnicas de medidas para cada faixa etária com o propósito de homogeneizar os critérios de coleta de informação pela equipe de saúde (FARIA, 2013). O acompanhamento contínuo do crescimento e desenvolvimento da criança põe em evidência, precocemente, os transtornos que afetam a sua saúde e, fundamentalmente, sua nutrição, sua capacidade mental e social. Representa a ação central e organizadora de toda a atenção à criança menor de cinco anos.

Segundo Carvalho *et al* (2008) para o acompanhamento do crescimento é necessário que seja realizado registro correto e completo das informações, obtenção dos dados em uma frequência regular e mensuração correta das medidas corporais, o que requer profissionais devidamente treinados. Sendo a Unidade de Saúde da Família (USF) a primeira porta de entrada do Sistema Único de Saúde, os registros do crescimento da criança deveriam ser coletados continuamente nesse espaço.

O PSF surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, sendo atualmente definido como Estratégia Saúde da Família (ESF). (SALES *et al*, 2013). A ESF é formada por uma equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico em enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS)), que busca dar assistência a toda comunidade, realizar o cadastramento das famílias, fazer diagnóstico local e realizar ações corretivas e preventivas (ALMEIDA, 2013).

A CSC é um documento para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança que é complementar a outros instrumentos para registro desses dados, como o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Este corresponde a um sistema de informações de apoio a ações de promoção da saúde que tem como objetivo promover informação contínua sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam. Dessa forma, subsidia medidas corretivas para melhoria da situação nutricional da população, segundo a Portaria Nº 1.156/90. (BRASIL, 2004)

Esse sistema de orientação foi inicialmente proposto na década de 70, na Conferência Mundial de Alimentação (Roma, 1974), que sugeriu que as ações da Vigilância Epidemiológica não deveriam ser restritas às doenças transmissíveis, mas deveriam ser ampliadas e aplicáveis a outros problemas de saúde pública, incluindo os relacionados à alimentação e nutrição (ARRUDA, 1992; BATISTA-FILHO; RISSIN, 1993; COUTINHO, *et al*. 2009 ).

No Brasil, o Sisvan foi implantado e regulamentado em 1990 pelo SUS através da lei no 8.080/90, na qual condensa o Sisvan como atividade formal do MS através do Artigo 6º, Inciso IV que destaca a vigilância nutricional como um de suas áreas de atuação (ARRUDA, 1992; BRASIL, 2004). A baixa adesão, pouca qualidade dos dados coletados, falta de interação entre os sistemas existentes e pouco envio de informações, em 2002, conduz para uma reestruturação do Sisvan pela Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN). Tem-se início capacitações dos profissionais de saúde a nível estadual e municipal, a elaboração de materiais de apoio como, protocolos, normas e orientações que auxiliem a realização do diagnóstico do perfil epidemiológico da população, sendo possível a padronização das técnicas de medidas, além de estruturação das ações de prevenção e controle das carências nutricionais e de promoção da alimentação

saudável no serviço, de acordo com as características e realidade de cada local (BRASIL, 2004; COUTINHO *et al*, 2009).

A realização do perfil epidemiológico exige uma atitude vigilante dos profissionais de saúde, que devem ter um olhar atento e diferenciado para cada fase do ciclo da vida e registrar as informações coletadas para subsidiar ações corretivas. Diante disso os Protocolos do Sisvan descrevem métodos antropométricos que auxiliam na articulação das ações voltadas para saúde e nutrição da criança, auxiliando a CSC no monitoramento do crescimento. (BRASIL, 2004)

Para que a medida antropométrica seja realizada de forma uniforme por todos, o instrumento “Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviço de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e nutricional-SISVAN” (BRASIL, 2008) relata sucintamente cada etapa da antropometria a ser realizada com diferentes equipamentos com relação às medidas de peso, comprimento e altura, além de explicar como determinar a idade em anos e meses; e explica como avaliar os resultados coletados. (BRASÍLIA, 2011)

O Ministério da Saúde determina que toda criança tem o direito de receber a CSC e todo o profissional de saúde tem o dever de realizar os registros necessários, a fim de colocar em prática a vigilância do crescimento infantil, permitindo também que o pais ou responsáveis possam acompanhar a saúde de seu filho. (BRASIL, 2005; GAIVA; SILVA, 2014). Assim, a CSC por meio da vigilância nutricional e do estado de saúde geral da criança, contribui junto com outras estratégias para redução da morbimortalidade infantil. (CARVALHO, 2008; ANDRADE; REZENDE; MADEIRA, 2014).

#### **4.3 Recomendações oficiais para prática da vigilância nutricional**

A prática da vigilância é primordial para boa efetividade do crescimento e todo o desenvolvimento da criança. Para avaliar, de maneira sistemática, os processos de crescimento e desenvolvimento da criança o MS por meio dos Sisvan, da CSC, o Caderno de Atenção Básica – Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento, propõe o normas de acompanhamento da saúde infantil que seguem um calendário mínimo de consultas, que são distribuídas da seguinte forma: no primeiro ano de vida, a criança deverá ser consultada sete vezes ao ano, começando com a primeira consulta na primeira semana de vida; no segundo ano, esta deverá ser atendida

duas vezes por ano; a partir do terceiro ano de vida deverá ser consultada uma vez por ano até completar dez anos de idade (BRASIL, 2012, 2015).

Segundo a publicação “Marco de Referência da Vigilância Alimentar e nutricional na Atenção Básica” (2015), recomenda-se que na atenção primária seja realizada avaliação antropométrica e consumo alimentar em todas as fases da vida: criança, adolescente, adulto, idoso e gestante. Sendo que para aplicação de medidas antropométricas faz necessário observar aplicação correta do método, equipamentos adequados e que estejam em boas condições de funcionamento e ambiente apropriado que atenda as normas do manual de estrutura física das UBS. (BRASIL, 2015).

O Ministério da Saúde por meio do “Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde” determina como deve ser a estrutura da unidade, sua organização, instrumentos essenciais, além da quantidade e os tipos de equipamentos. No que se refere a vigilância nutricional a unidade deve conter: 1 balança antropométrica adulto; 1 balança infantil; 1 régua antropométrica; 2 fitas métricas flexíveis inelásticas e, caso a UBS for abrigar mais de uma ESF as quantidades devem ser ampliadas de acordo com o planejamento de atividades. (BRASIL, 2006, 2008)

Para realização dessas medidas, o documento oficial sobre “Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviço de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e nutricional-SISVAN” (BRASIL, 2011) descreve os parâmetros de avaliação para cada ciclo da vida. Além disso, detalha a técnica para realização de peso em menores e maiores de 2 anos, o comprimento de crianças menores de 2 anos, a altura de maiores de 2 anos, nos respectivos equipamento, além de orientar para o cálculo da idade. Esse documento serve de guia a todos os profissionais de saúde junto aos Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2008).

No que diz respeito ao cuidado da criança o protocolo do Sisvan determina a coleta das seguintes informações: nome completo, a data de nascimento, sexo, raça/cor, data do atendimento da consulta, peso, altura, perímetro cefálico, suplementação de vitamina A e ferro. Os dados antropométricos são registrados em tabelas e curvas de crescimento da OMS contidas na CSC, que é o principal documento para acompanhamento e desenvolvimento da criança até os 10 anos de idade. (BRASÍLIA, 2008, 2015)

A CSC utiliza como parâmetros para avaliação do crescimento de crianças menores de 10 anos os seguintes gráficos: perímetro cefálico (de zero a 2 anos), peso para a idade (de zero a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos), comprimento/estatura para a idade (de zero a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos), índice de massa corporal (IMC) para a idade (de zero a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos). (BRASIL, 2013).

O processo de acompanhamento do crescimento deve ser feito pelo registro do ganho ou perda do peso da criança anotado no gráfico presente na CSC, em seguida os pontos devem ser ligados com um traço, formando, assim, a curva de crescimento. Desse modo, o profissional conseguirá identificar aquelas crianças com risco, sinalizando o alarme precoce para a desnutrição ou sobrepeso (BRASIL, 2002).

Para concretizar o compromisso com monitoramento do cuidado a saúde a criança, a ESF, tem o apoio do Programa Bolsa Família (PBF) e Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2015). Segundo a Portaria MS/GM Nº 2.488, de outubro de 2011, a ESF deve ser formada por no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ser acrescentado à equipe os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2011).

De acordo com Silva (2014, p.27) *“o MS não atribui a um profissional específico a responsabilidade no desempenho das atividades do crescimento infantil, ou seja, todo profissional de saúde habilitado, deve fazer o acompanhamento.”*.

Para os ACS foram formulados dois materiais, “O Guia do Agente Comunitário de Saúde” (2009) e “O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde” (2009), criados com foco de instruir o agente sobre a realização das suas atividades. No que diz respeito ao cuidado a saúde da criança, esses materiais remetem às atribuições e atividades do ACS no acompanhamento da criança nos primeiros meses de vida, acompanhamento do crescimento infantil, controle da vacinação, utilização da CSC no que diz respeito ao crescimento e desenvolvimento de 0 a 10 anos, com intuito de diagnosticar previamente alterações através de peso. (BRASIL, 2009; 2009a)

O acompanhamento das famílias pelas visitas domiciliares realizadas pelos ACS auxilia tanto na questão da saúde como também no processo de

monitoramento do bolsa família, visto que, é atribuição da classe realizar ao menos uma visita mensal e sendo mensalmente o programa responsabiliza a ESF a coleta de dados sobre o crescimento e desenvolvimento da criança que recebe o benefício, e sendo essa uma das atribuições rotineiras dos ACS, fica então a responsabilidade desses profissionais o repasse das informações ao programa. (BRASIL, 2012).

O Bolsa Família (BF), programa federal criado em 2004 pela Lei nº 10.836, que ajuda às famílias em situação de extrema pobreza, por meio da transferência direta de renda, também tem intuito de promoção do acesso a saúde pública, o combater a fome e promoção de segurança alimentar nutricional (BRASIL, 2015). Possui vínculo com ESF e PSE para controle e fiscalização do programa. Na ESF a BF determina que gestantes, nutrizes e crianças de 0 a 6 anos sejam acompanhadas pela US do ponto de vista nutricional e mantendo toda a vacinação em dia. As gestantes devem participar das consultas de pré e pós-natal e, assim como as mães de crianças de 0 a 6 anos devem fazer mensalmente, participar das atividades educativas sobre saúde e nutrição (SENN, 2007).

O PSE em correlação com o BF tem uma agenda de compromissos de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, uma das suas atribuições, devendo ser realizada pelo município duas vezes por ano, a primeira deve ser realizada nos 6 primeiros meses do ano e a segunda nos 6 últimos meses do ano, além de verificado se a criança tem 85% de frequência escolar (BRASÍLIA, 2015; SENNA, 2007).

Instituído em 2007 o PSE tem como objetivo integrar saúde, educação e assistência social, no processo de acompanhamento da saúde da criança, visto que já não tem uma assiduidade no comparecimento a US, o que torna a escola ambiente favorável para avaliação das condições de saúde, promoção da qualidade de vida, proteção à saúde e prevenção de doenças e agravos. As ações de vigilância alimentar e nutricional são desenvolvidas em articulação com as equipes de saúde e educação, sendo a avaliação antropométrica o parâmetro usado pelo PSE que possibilita identificar previamente as crianças que apresentam alterações do seu estado nutricional e que talvez só procuraria a US quando apresentassem um quadro mais grave. (BRASÍLIA, 2015)

O planejamento compartilhado das ações e programas pelos profissionais pode evitar a repetição de atividades tendo em vista que muitas estratégias colocam

como carro chefe o monitoramento do crescimento infantil ou mesmo a vigilância nutricional. À exemplo do acompanhamento realizado pela ESF, os beneficiários do Programa Bolsa Família, as consultas de puericultura e as ações do Programa Saúde na Escola. (BRASÍLIA, 2015).

## 5 METODOLOGIA

O presente estudo epidemiológico é do tipo descritivo, com corte transversal, realizado no município de Vitória de Santo Antão - PE, entre os meses de maio a junho de 2015. Foram utilizados componentes de um projeto de extensão intitulado “Empoderamento da comunidade para realização da vigilância clínica e nutricional: formando multiplicadores”, conhecido institucionalmente como “Vigilantes do futuro”.

A pesquisa foi realizada em 5 Unidades de Saúde da Família (USF) do referido município, que possui atualmente 27 unidades, segundo a prefeitura de Vitória de Santo Antão (Maranhão, 2015).

O público alvo foram os profissionais das Unidades de Saúde (US) envolvidos direta ou indiretamente com a vigilância nutricional de crianças menores de 10 anos de idade, entre eles enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

A população amostral foi selecionada por meio de Censo, ou seja, foram incluídos todos os profissionais, dentre os citados acima, que forneceram o consentimento para participação na pesquisa.

Todos os entrevistadores foram devidamente treinados e orientados para aplicação dos questionários, em etapa anterior ao início da coleta de dados. A partir de então iniciou as visitas às US, e na primeira destas a proposta era apresentada para os profissionais, sendo solicitado o consentimento dos mesmos para participação no estudo.

A coleta de dados foi realizada através de um questionário com perguntas diretas e aplicadas por entrevistadores previamente treinados. As variáveis foram subdivididas de acordo com os indicadores e dimensões de qualidade propostos por Donabedian (1988), através de um modelo de avaliação dividido em três etapas: estrutura, processo e resultados. Para o presente estudo foram avaliadas as etapas de estrutura e processo.

Os aspectos estruturais avaliados foram divididos em recursos materiais-físicos e organizacionais. Nos primeiros verificou-se a presença e os tipos de equipamentos, além das condições de uso e conservação. Para isso os equipamentos e instrumentos encontrados nas US foram classificados em 3 categorias: 1. Bom estado de conservação e em uso; 2. Estado de conservação ruim e em uso; 3. Estado de conservação ruim e em desuso, a partir da análise

observacional de entrevistadores treinados. Em relação aos recursos organizacionais foi identificado se já haviam recebido treinamento ou capacitação para o uso das curvas de crescimento e se sentiam necessidade de uma orientação/capacitação nessa área.

Nas questões processuais foram incluídas as dimensões técnicas do serviço, nas quais se investigou se os profissionais sabiam o que são curvas de crescimento e como interpreta-las; sobre a solicitação da CSC nos atendimentos e visitas domiciliares; realização das medidas de peso e altura nas consultas; local em que costumavam registrar os dados coletados; dados que costumavam anotar na CSC referentes a vigilância nutricional; se o profissional sabia calcular o IMC; se o profissional costumava informar o diagnóstico nutricional na curva de crescimento para a mãe ou responsável pela criança.

Com relação aos dados de vigilância nutricional registrados na CSC, à considerar data da entrevista, data de nascimento, peso, altura, perímetro cefálico, IMC, a variável foi agrupada em 3 categorias conforme descrito a seguir: 1.Conforme, quando todos os dados pertinentes a utilização e aplicação da curva eram anotados; 2.Parcialmente conforme, quando pelo menos três registros eram realizados; 3.Não conforme, quando quatro ou mais dados não eram registrados.

Após a coleta dos dados e revisão dos questionários por toda equipe, os dados quantitativos da etapa de diagnóstico foram digitados no programa EpiData 3.1 e posteriormente realizada a validação da digitação. A análise de frequência foi realizada no mesmo programa.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, sob o protocolo de número 34696114.1.0000.5208, seguindo todas as recomendações éticas da Resolução 466/2012.

## 6 RESULTADOS

O presente estudo foi realizado em 5 USF do Município de Vitória de Santo Antão, todas localizadas na zona urbana. O público alvo foram enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e ACS's inseridos nestas Estratégias de Saúde da Família (ESF), totalizando 54 profissionais. Destes, 4 se recusaram a participar da pesquisa, 4 não estavam presentes nos momentos oportunizados para as entrevistas e 5 questionários foram considerados perdas por conterem informações inconsistentes, o que finaliza uma amostra de 41 profissionais de saúde envolvidos com a vigilância nutricional no âmbito da ESF.

No que se referem à estrutura organizacional das Unidades contempladas, das 5 UBS, 4 possuíam 01 enfermeiro, 01 médico, 01 técnico de enfermagem. Em uma das UBS o técnico de enfermagem que respondeu ao questionário da pesquisa o fez de maneira incompleta, o que o enquadrado nas perdas. A maioria dos profissionais entrevistados eram do sexo feminino 90,2% (n=37). Quando questionados sobre a participação em algum treinamento sobre a CSC, utilização das curvas de crescimento ou vigilância nutricional 56,1% (n=23) afirmaram ter recebido alguma orientação. Entre os ACS, 3 não sabiam informar o número de famílias acompanhadas e cerca de 80% (n=19) informaram acompanhar mais de 150 famílias (Tabela 1).

Tabela 1: Estrutura organizacional para prática da vigilância nutricional nas Unidades de Saúde do Município de Vitória de Santo Antão-PE, 2015

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Categoria profissional</b>		
<b>Médico (a)</b>	5	12,2
<b>Enfermeiro (a)</b>	5	12,2
<b>Téc. De Enfermagem</b>	4	9,8
<b>ACS</b>	27	65,9
<b>Sexo</b>		
<b>Feminino</b>	37	90,2
<b>Masculino</b>	4	9,8
<b>Nº de famílias acompanhadas por ACS</b>		
<b>&gt; 150 famílias</b>	19	79,2

<b>≤ 150 famílias</b>	5	20,8
<b>Recebeu algum treinamento sobre o tema</b>		
<b>Não</b>	18	43,9
<b>Sim</b>	23	56,1

Fonte: Oliveira, 2015

Quanto à presença de equipamentos nas 5 USF, foram encontrados 18 equipamentos do tipo balança infantil < 2 anos, balança para adulto, infantômetro, estadiômetro (acoplado a balança de plataforma para adulto) e fita antropométrica, sendo esta encontrada em todas as US do tipo fita métrica simples, conhecida por “fita de costura”. As balanças para maiores de 2 anos, único equipamento presente em todas as USF, e 50% (n=9) de todos os equipamentos encontrados estavam em estado de conservação ruim e em uso, enquanto que apenas 38,8% (n=7) estavam em bom estado de conservação e em uso. (Tabela 2)

Tabela 2: Estado de conservação e uso de equipamentos antropométricos disponíveis nas Unidades de Saúde para realização da vigilância nutricional. Vitória de Santo Antão-PE, 2015

<b>Características</b>	<b>N=18</b>	<b>%</b>
<b>Tipos de equipamentos</b>		
Balança para < 2 anos	3	16,6
Balança para >2 anos	5	27,7
Trena antropométrica	4	22,2
Infantômetro	4	22,2
Estadiômetro	2	11,1
<b>Estado de conservação e uso</b>		
Bom estado de conservação e em uso	7	38,8
Estado de conservação ruim e em uso	9	50
Estado de conservação ruim e em desuso	2	11,1

Fonte: Oliveira, 2015

No que diz respeito às dimensões técnicas e processuais do serviço, todos os profissionais relataram saber o que são as curvas de crescimento da CSC. Por outro lado, como descrito na tabela 3, 7,3% referiram não saber interpretar as curvas de crescimento e 68,3% não sabiam calcular o IMC. Durante o atendimento realizado no domicílio ou em consulta na US, foram 98% solicitavam a CSC; 93% realizavam

medida de peso e 85% realizam medida de altura. O registro dessas informações na CSC foi referido por 85,4% dos entrevistados, os demais relataram registrar em outros instrumentos, como caderno particular 53,7%, formulário do Sisvan 36,6%, dentre outros. Sendo que para esta pergunta foram consideradas até três possibilidades de resposta para o profissional.

O registro dos dados de vigilância nutricional na CSC foi realizado de forma parcial por 73,2% e não conforme por 12,2% dos profissionais, mas 92,7% relatou que informar aos pais ou responsáveis sobre o diagnóstico nutricional (Tabela 3).

Tabela 3: Caracterização de processos referentes a dimensão técnica dos serviços necessários a vigilância do estado nutricional de crianças, no âmbito da atenção primária do Município de Vitória de Santo Antão-PE, 2015

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sabe interpretar as Curvas de Crescimento</b>		
Não	3	7,3
Sim	38	92,7
<b>Sabe calcular o IMC</b>		
Não	28	68,3
Sim	13	31,7
<b>Costuma solicitar a CSC nos atendimentos</b>		
Não	1	2,4
Sim	40	97,6
<b>Realiza medida de peso nos atendimentos</b>		
Não	1	2,4
Sim	38	92,7
Às vezes	2	4,9
<b>Realiza medida de altura nos atendimentos</b>		
Não	3	7,3
Sim	35	85,4
Às vezes	3	7,3
<b>Onde costuma registrar os dados de peso e altura*</b>		
Caderneta de Saúde da Criança	35	85,4
Caderno particular	22	53,7
Formulário do SISVAN	15	36,6

<b>Formulário e-SUS</b>	10	24,4
<b>Outros</b>	17	41,5
<b>O registro de dados sobre vigilância nutricional na CSC</b>		
<b>Não conforme</b>	5	12,2
<b>Parcialmente conforme</b>	30	73,2
<b>Conforme</b>	6	14,6
<b>Costuma informar aos pais/responsáveis sobre o diagnóstico nutricional</b>		
<b>Não</b>	3	7,3
<b>Sim</b>	38	92,7

Fonte: Oliveira, 2015

Sobre as dificuldades referidas para prática da vigilância nutricional, na percepção dos profissionais de saúde as principais foram às condições inadequadas dos equipamentos (41,5%), que consistem, na falta de calibração, no equipamento estar quebrado e na ausência do mesmo; além da diversidade de cadernetas existentes no serviço (31,7%) e a falta de tempo em virtude da rotina (17,1%).

## 7 DISCUSSÃO

A prática da vigilância do estado nutricional na infância é considerada uma das linhas de cuidado para atenção integral à saúde nessa fase da vida (BRASIL, 2010). A CSC é uma das estratégias para o monitoramento da situação de saúde de crianças de 0 a 10 anos de idade e para isso exige uma Equipe de Saúde da Família integrada e articulada nesse processo, além de recursos estruturais próprios para a atividade.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) define as atribuições de cada profissional nesse escopo de atuação e sugere que para cada ESF deve existir no mínimo 4 e no máximo 12 ACS, sendo coordenados pela enfermeira. Além disso, tanto a PNAB quanto a Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, determinam um limite de acompanhamento de, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2012). Contudo, no presente estudo foi verificado que a maioria dos ACS's acompanha uma quantidade de famílias superior ao recomendado, o que pode comprometer direta ou indiretamente a execução de outras atividades, bem como a vigilância nutricional de crianças.

A CSC, em substituição ao CC, é atualmente a única maneira de monitorar o crescimento e desenvolvimento na infância (FARIA; NOGUEIRA, 2013). Para isso, exige anotações sistemáticas e adequadas das medidas de peso, altura, idade, perímetro cefálico e IMC (GAIVA; SILVA, 2014). Sendo assim, o acompanhamento efetivo requer, além do registro dos dados mensurados, regularidade no atendimento, realização de medidas antropométricas com técnicas apropriadas e profissionais treinados (BRASIL, 2005; CARVALHO, 2008). Entretanto, neste estudo aproximadamente metade dos entrevistados referiram não ter recebido orientações ou capacitações sobre a temática em período anterior à pesquisa ou receberam há muito tempo, o que pode fragilizar a prática da vigilância, considerando as diversas e contínuas mudanças na estruturação da CSC realizadas nos últimos 10 anos.

Abreu e colaboradores (2012) em sua revisão sistemática da literatura identificaram não apenas a ausência de capacitação para uso da CSC, como a falta de tempo para utilização da mesma e não domínio dos novos conceitos agregados como a interpretação das curvas em escore-z e gráficos. Achados de Carvalho e colaboradores (2008), a partir de estudos do banco de dados da pesquisa Atenção a Saúde Materno-Infantil no Estado de Pernambuco, corroboraram com a pesquisa

anterior ao identificar elevado percentual de profissionais de diferentes categorias que não haviam recebido treinamento específico para ações de vigilância e cuidado da criança, sendo 80%, 51,2% e 68% correspondente aos médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem respectivamente.

O principal requisito estrutural para prática da vigilância é a existência de equipamentos específicos, como descritos no “Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família” (BRASIL, 2008) e a existência da própria CSC para distribuição em situações eventuais, embora a orientação do MS seja que a mesma deve ser entregue ainda na maternidade (CARVALHO *et al*, 2000). No entanto, foram verificadas dificuldades estruturais nas US avaliadas, pois a maioria delas não estava totalmente equipada com os equipamentos propostos pelo MS para realização das medidas antropométricas, ou seja, nenhuma delas possuía ao menos uma balança antropométrica para adulto, uma balança infantil (menores de dois anos), uma régua antropométrica e duas fitas métricas flexíveis e inelásticas. (BRASIL, 2008). Rocha e Pedroza (2013) em um estudo realizado no município de Queimadas – PB encontraram resultados semelhantes em relação à ausência de equipamento, uma vez que 20% das unidades não dispunham de equipamentos mínimos completos.

A ausência da balança para menores de dois anos em algumas USF comprometeu a técnica do peso nessa faixa etária e tornou rotineira a realização de medidas de maneira não convencional. Entre as técnicas adotadas estão as diferença entre o peso da mãe com a criança e o peso da mãe sem a criança e, em algumas Unidades, o peso do menor de dois anos era realizado diretamente na balança de maiores de dois anos, desde que fosse possível deixar a criança em pé, sem auxílio. A ausência ou não do funcionamento da balança infantil também foi verificada em 15,8% das USF do estudo de Carvalho *et al*. (2008), o que tornava inviável a obtenção do peso e a continuidade das etapas de monitoramento subsequentes.

A ausência do estadiômetro em mais de 50% das US, também conduziu a estratégias paralelas para realização da medida de altura em maiores de dois anos, à exemplo da utilização da fita métrica comum, popularmente conhecida como “fita de costura” para realização da medida. Além disso, a manutenção e cuidados no armazenamento e uso devem ser estabelecidos na rotina para evitar o desgaste precoce, o que pode comprometer a confiabilidade da medida. Rocha e Pedroza

(2013) reforçam que para o alcance de uma vigilância do crescimento com êxitos é importante a adoção de protocolos confiáveis para estabelecer uma padronização das atividades e técnicas.

Diante de inúmeras atualizações e mudanças na CSC, especialmente no que se refere à vigilância do estado nutricional, em virtude da publicação das Novas Curvas de Crescimento pela OMS, em 2006 e 2007, deve-se projetar que os profissionais envolvidos com essa prática devem acompanhar essas mudanças e aplica-las na rotina. Entretanto, ainda é comum a dificuldade em trabalhar com os novos conceitos e informações contidas nesse instrumento, principalmente no que se refere aos gráficos de crescimento agora apresentados em escore-z (ANDRADE; REZENDE; MADEIRA, 2014). O presente estudo discorda desses achados uma vez que um pequeno grupo relatou não saber interpretá-las. No entanto, é importante destacar que o diagnóstico inadequado pode comprometer estado clínico geral da criança a curto ou longo prazo.

Uma das novas mudanças encontradas na CSC foi à introdução do IMC. Observaram-se aproximadamente dois terços dos profissionais não sabiam calcular o índice, nem utilizavam a tabela presente na CSC, que tem objetivo de auxiliar no cálculo. O IMC é um indicador que avalia proporcionalmente se o peso e estatura se apresentam equilibrados e classifica o indivíduo em baixo peso, eutrófico, sobrepeso e obeso, sendo muito útil para finalizar a avaliação nutricional de uma criança (BRASIL, 2008). Palombo *et al* (2014), em pesquisa realizada num município de pequeno porte do Estado de São Paulo, e Abreu *et al* (2012) em um trabalho de revisão da literatura, evidenciaram baixo preenchimento do gráfico de IMC por idade em escore-z, o que pode ser reflexo do despreparo para lidar com essa informação mais recente.

Neste estudo a realização da medida de peso foi maior que a de altura, neste estudo, entretanto ambas são referidas como rotina nas visitas e atendimentos por mais de 85% dos profissionais. A frequência, em relatos especialmente dos ACS, é mensal em virtude da exigência do Programa Bolsa Família. Foi observada uma organização local em que apenas as enfermeiras faziam as medidas de comprimento de crianças menores de dois anos, o que está de acordo com a Lei nº 7.498/86 que regulamentou o exercício da enfermagem e estabeleceu essa atividade como particular do enfermeiro (BRASIL, 1986). Sendo assim, é dever do profissional monitorar e realizar a vigilância conforme o calendário de consultas da

CSC que é a puericultura, realizando as medidas em crianças menores de 2 anos (CAMPOS, 2011). Em estudos realizadas por Linhares *et al.* (2012) e Faria e Nogueira (2013), realizados no sul e sudeste do país, também evidenciaram um percentual maior no registro de peso do que altura e quanto ao registro na próprio gráfico o P/I consequentemente foi o mais preenchido (96,3%).

Foi considerada rotina estabelecida à solicitação da CSC ao responsável no atendimento ou visita domiciliar e informar o diagnóstico para os responsáveis, embora esse achado discorde daquele encontrado no banco de dados da pesquisa “Atenção à Saúde Materno-Infantil no Estado de Pernambuco” realizada no período de 15 de outubro a 18 de dezembro de 1998 pelos autores Ratis e Batista Filho (2004), em que apenas 18% das mães tinham recebido informação sobre o crescimento do seu filho.

Por outro lado, o registro é feito pela maioria de forma incompleta e outros instrumentos de registro da mesma informação foram citados o que podem confirmar o excesso de outras atividades. Essa realidade foi também registrada por Palombo *et al.* (2014) e Vieira *et al.* (2005), que também obteve um preenchimento incompleto das CSC, levando a família pensar que a caderneta não é tão importante assim para o acompanhamento da saúde da criança.

Frota *et al.* (2007) em uma investigação com os profissionais de 4 unidades de saúde de Fortaleza (CE) e Andrade, Rezende e Madeira (2014) em pesquisa realizada em dois centros de saúde Belo Horizonte (MG), relataram que a ausência do preenchimento se dava pela falta de tempo, pois o excesso de tarefas burocráticas, exigência de produtividade não permitia atendimentos mais completos.

Já Radis e Batistas Filho (2004) declaram que a estrutura física foi um dos fatores a contribuir a ausência do acompanhamento e preenchimento dos dados. Carvalho *et al.* (2008) refere que: “A falta de treinamento reflete na avaliação do processo de monitoramento”. Neste estudo, as principais dificuldades relatadas pelos profissionais para prática da vigilância nutricional foram além das condições inadequadas dos equipamentos a diversidade de cadernetas existentes no serviço e a falta de tempo em virtude da rotina, o que confirma a necessidade de estabelecer um processo de educação permanente e reorganizar a estrutura e distribuição de funções.

## 8 CONCLUSÃO

A prática da vigilância nutricional por meio da CSC é um desafio a ser superado pela ESF, visto os inúmeros percalços, que interferem no monitoramento da saúde da criança. A insuficiência da estrutura física e organizacional para o alcance da proposta de vigilância do cuidado e monitoramento do estado nutricional conduz a estratégias paralelas de técnicas de medida não oficiais para garantia da realização da atividade.

Os profissionais conheciam a CSC, referiam saber interpretar as curvas de crescimento, mas muitos não sabiam utilizar o IMC e a maior parte dos registros eram realizados de forma incompleta. Por outro lado, o número de famílias acompanhadas por ACS era muito superior ao recomendado e a diversidade de Cartões e Cadernetas, além das inúmeras mudanças nestes instrumentos pode comprometer a qualidade do serviço.

Por tudo que foi exposto, torna-se imprescindível a sensibilização e capacitação a todos os profissionais da ESF, pois cada um tem sua função e sua parcela de contribuição para o cuidado da criança e essas atividades precisam de articulação e continuidade. Além disso, observa-se um marco teórico nessa temática predominantemente no sul e sudeste do país e com abordagens que priorizam a percepção das mães. Entretanto, o presente estudo mostra a importância de incluir o olhar dos profissionais de saúde na perspectiva da vigilância à saúde da criança e a necessidade de ampliar esse conhecimento na Região Nordeste.

## REFERÊNCIAS

ABREU, Thaysa G. T.; VIANA, Lucian S.; CUNHA, Carlos L. F. Desafios na utilização da Caderneta de Saúde da criança: entre o real e o ideal. Rio de Janeiro. **J Manag Prim Health Care**, v.3, n.2, p.80-83, 2012. Disponível em: <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/49/63>>. Acesso em: 7 jun. 2014.

ALVES, Claudia R. L. *et al.* Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.583-595, mar. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/13.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2015.

ANDRADE, Gisele N.; REZENDE Tércia, M. R. L.; MADEIRA, Anézia M.F. Caderneta de Saúde da Criança: experiências dos profissionais da atenção primária à saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.48, n.5, p.857-64, ago. 2014. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt\\_0080-6234-reeusp-48-05-857.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-857.pdf)> Acesso em: 2 jun. 2015.

ARAÚJO, Juliane P. *et al.* Historia da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm.**, v.6-7, n.6, p.1000-7, nov./dez. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2015.

ARRUDA, Bertoldo K. G. Sistema de vigilância alimentar e nutricional: frustrações, desafios e perspectivas. **Cad Saúde Pública**, v. 8, n. 1, p. 96-101, 1992. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n1/v8n1a13>>. Acesso em: 29 jun. 2015.

BAGNI, Ursula V.; BARROS, Denise C. Capacitação em antropometria como base para o fortalecimento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.25, n.3, p.393-402, maio/jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v25n3/09.pdf>>. Acessado em: 30 mai. 2014.

BATISTA-FILHO, Malaquias.; RISSIN, Anete. Vigilância alimentar e nutricional: antecedentes, objetivos e modalidades. A VAN no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 9, supl. 1, p.99-105, 1993. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9s1/11.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011.** Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 9 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Organização Pan-Americana da Saúde. **Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde.** Brasília, 2004. P.120. ISBN 85-334-0824-2

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 1.058, de 4 DE JULHO DE 2005**. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1058\\_04\\_07\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1058_04_07_2005.html)>.  
Acesso em: 8 de julho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília – DF, 2009a. Disponível em:  
<[http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia\\_acs.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf)>. Acesso em: 07 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília – DF, 2009. Disponível em:  
<[http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia\\_acs.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf)>. Acesso em: 29 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Série I. História da Saúde; 1ª edição, Brasília, 2011. 80 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de saúde da criança: menina**. 2005. Disponível em:  
<[http://www.avozdocidadao.com.br/images/caderneta\\_de\\_saude\\_da\\_crian%C3%A7a\\_a\\_menina.pdf](http://www.avozdocidadao.com.br/images/caderneta_de_saude_da_crian%C3%A7a_a_menina.pdf)>. Acesso em: 1 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual para utilização da caderneta de saúde da criança**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília, 2005a. Disponível em:  
<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual%200902.pdf>>. Acesso em: 1 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de saúde da criança- passaporte da cidadania. Brasília**. Série A, 2º Tiragem; 3º edição, 2007. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sas\\_dab\\_caderneta\\_da\\_crianca\\_2007\\_menor.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sas_dab_caderneta_da_crianca_2007_menor.pdf) >. Acesso em: 15 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de saúde da criança**. 8ª edição, 2009. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_saude\\_crianca\\_menino.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf)>.  
Acesso em: 1 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília, 2010. ISBN 978-85-334-1688-8. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_crianças\\_famílias\\_violências.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf)>. Acesso em: 4 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. 1ª edição, p.61, Brasília, 2008. ISBN 978-85-334-1536-2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviço de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e nutricional-SISVAN**. Série G. Estratégia e Informação em Saúde. 1ª edição, p.76, Brasília/DF. 2011. ISBN 978-85-334-1813-4. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_coleta\\_analise\\_dados\\_antropometricos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf)> Acesso em: 8 mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. Brasília, 2012. p.110. ISBN 978-85-334-1939-1. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica**. Brasília, p.56, 2015. ISBN 978-85-334-2250-6. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco\\_referencia\\_vigilancia\\_alimentar.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf)>. Acesso em: 8 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília-DF. Série A. Normas e Manuais Técnicos, p.72, 2006. ISBN 8533410018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2ª ed., Brasília. Série A. Normas e Manuais Técnicos, p.52, 2008. ISBN 978-85-334-1487-7

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 7.498, de Junho de 1986**, Brasília, 1986. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm)>. Acesso em: 18 jul. 2015.

CAMPOS, Roseli M. C. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP [online]**., vol.45, n.3, p. 566-574, 2011. ISSN 0080-6234. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a03.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2015.

CARVALHO, Michelle F. *et al.* Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.675-685, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/21.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2015.

COUTINHO, Janine G. *et al.* A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.12,

n.4, p.688-99, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n4/18.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2015.

FARIA, Mariza; NOGUEIRA, Talita A. Avaliação do uso da Caderneta de Saúde da Criança nas Unidades Básicas de Saúde em um município de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 11, n.38, p.8-15 out/dez. 2013. Disponível em: <[http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/1944/1469](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1944/1469)>. Acesso em: 16 jul. 2015.

GAÍVA, Maria A. M.; SILVA, Fabiane B. Caderneta de Saúde da Criança: revisão integrativa. Revisão integrada. **Rev. Enferm. UFPE** on line, Recife, v.8, n.3, p.742-9, mar. 2014. Disponível em:< <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5357/8721>.> Acesso em: 16 jun. 2015.

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

LINHARES, Angélica O. *et al.* Avaliação dos registros e opinião das mães sobre a caderneta de saúde da criança em unidades básicas de saúde, Pelotas, RS. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.56, n.3, p.245-250, jul/set. 2012. Disponível em: < <http://www.amrigs.com.br/revista/56-03/avaliacao%20dos%20registros.pdf>>. Acesso em: 4 jul. 2015.

Maranhão, Veraluce R. L. Secretaria de saúde. **Prefeitura de Vitória de Santo Antão**. Disponível em: <<http://www.prefeituradavitoria.pe.gov.br/www3/secretaria-de-saude/>>. Acesso em: 24 jul. 2015

ROCHA, Ana C. D.; PEDRAZA, Dixis F. Acompanhamento do crescimento infantil em Unidades Básicas de Saúde da Família do Município de Queimadas, Paraíba, Brasil, 2013. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.22, n.4, p.1169-78 out/dez. 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/36.pdf>> Acessado em: 24 jun. 2014.

SALES, Maria L. *et al.* Qualidade da atenção à saúde da criança na estratégia saúde da família. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** [online]. v.23, n.2, p.151-156, 2013. ISSN 0104-1282. Disponível em: < [http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v23n2/pt\\_05.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v23n2/pt_05.pdf)> Acesso em: 10 jul. 2015.

SILVA, Fabiane B. **A caderneta de saúde da criança na percepção dos profissionais que atuam na rede básica de saúde de Cuiabá/MT**. 2014. 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Mato Grosso. Faculdade de Enfermagem. Cuiabá, 2014.

VIEIRA, Graciete O. *et al.* Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** [online]. 2005, vol.5, n.2, p.177-184. ISSN 1806-3829. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n2/a06v05n2.pdf>> Acesso em: 1 jun. 2015.

VITOLLO, Regina M. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. 6ª reimpressão, Rio de Janeiro, Ed. Rubio, 2008, Cap.19, p.167-169. ISBN: 978-85-7771-009-6

## APÊNDICE

Apêndice – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos profissionais de saúde.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Convidamos o(a) senhor(a) para participar como voluntário da pesquisa **“Vigilantes do futuro - Empoderamento da comunidade para realização da vigilância clínica e nutricional: formando multiplicadores”**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Nathália Paula de Souza, com endereço na Rua General Polidoro, 380, CEP: 50740-050, telefone (81) 91245106 e e-mail [na\\_nutri@yahoo.com.br](mailto:na_nutri@yahoo.com.br).

Este Termo de Consentimento pode conter informações que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre sua participação na pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

O Objetivo deste estudo é envolver universidade e comunidade por meio do ensino, pesquisa e extensão no processo de monitoramento da situação clínica e nutricional das crianças do Município de Vitória de Santo Antão-PE. Sabendo da importância da caderneta de saúde da criança como estratégia de monitoramento do estado de saúde, além do papel fundamental do agente comunitário de saúde (Profissionais de saúde) e do responsável/pais na prevenção de agravos.

Para tanto se faz necessário que o (a) senhor (a) responda algumas perguntas sobre sua situação socioeconômica, conhecimento sobre estado nutricional e sinais clínicos em crianças, antes e após a capacitação. Você também participará de oficinas lúdico pedagógicas sobre “vigilância clínica e nutricional de crianças” que acontecerá durante 2 meses, e nesse mesmo período a equipe de pesquisa também o acompanhará em visitas domiciliares. As estratégias para multiplicação das informações recebidas no treinamento, terão como foco os responsáveis diretos pelas crianças e serão planejadas e adaptadas à realidade de cada unidade de saúde, com o apoio dos profissionais de atuação local (Profissionais de saúde).

A pesquisa pode apresentar riscos de constrangimento durante a aplicação de questionários. Este será minimizado aplicando-os de forma individual, sem interferência e presença de terceiros, para garantir a sua privacidade. Vale salientar que esses riscos se justificam pela importância do benefício planejado em nossa pesquisa, que atingirão diretamente os Profissionais de saúde e indiretamente os

responsáveis/pais e crianças, contribuindo para melhor utilização da Caderneta de Saúde da criança como instrumento de monitoramento do estado de saúde.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio de entrevista e das oficinas, ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador específico para pesquisa, sob a responsabilidade do pesquisador orientador, no Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão, pelo período mínimo de 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: [cepccs@ufpe.br](mailto:cepccs@ufpe.br)).

\_\_\_\_\_  
(assinatura do pesquisador)

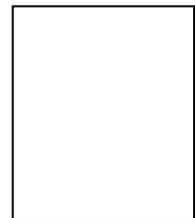
### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo

\_\_\_\_\_, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Vitória de Santo Antão, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_



Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar:

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Apêndice A - Questionário aplicado aos profissionais de saúde.

### Formulário sobre Vigilância Clínica e Nutricional destinado aos Profissionais da Saúde

Número: \_\_\_\_\_  
 Nome entrevistador: \_\_\_\_\_

Data entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Entrevistado (profissão): \_\_\_\_\_  
 Micro-área de abrangência: \_\_\_\_\_ ( ) N.S.A.  
 Nº crianças menores de 10 anos (2014/15): \_\_\_\_\_  
 Nº famílias acompanhadas (2014/15): \_\_\_\_\_

USF: \_\_\_\_\_  
 Nº ACS (2015): \_\_\_\_\_

#### Módulo 1: Dados pessoais, demográficos e socioeconômicos

1. Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2. Sexo (Gênero):  
 1.F  2.M  3.Outro \_\_\_\_\_

3. Nº de residentes no domicílio: \_\_\_\_\_  
 (OBS: Incluir as crianças)

4. Renda familiar: R\$ \_\_\_\_\_ ( )

5. Renda per capita: R\$ \_\_\_\_\_

6. Escolaridade: \_\_\_\_\_ nº de anos de estudo  
 1. Analfabeto  2. 1 – 4 anos  
 3. 5 – 8 anos  4. 9 – 12 anos  
 4. > 12 anos

7. Está fazendo ou já fez algum curso técnico ou superior? (Esta pergunta deve ser realizada apenas SE O ENTREVISTADO for o ACS)  
 1. Não.  
 2. Sim, fez curso técnico  
 3. Sim, fez curso superior  
 4. Sim, está fazendo curso técnico  
 5. Sim, está fazendo curso superior  
 9. NSA (se for outro profissional)

8. Se sim, na questão anterior, qual o tipo de graduação/curso técnico? (Ex: nutrição, enfermagem, saúde coletiva)  9.NSA  
 \_\_\_\_\_

#### Módulo 2: Conhecimentos e práticas quanto à vigilância nutricional

9. Você sabe o que são as Curvas de Crescimento, encontradas na caderneta de saúde da criança?  
 1. Não  2. Sim

10. Você sabe interpretar as Curvas de crescimento da OMS?  1. Não  2. Sim

11. Você sabe calcular o IMC (índice de massa corporal)? Se sim, como você faz? (OBS para o entrevistador: Peso dividido pela altura ao quadrado - Peso/ A<sup>2</sup>)

1. Não  
 2. Sim, e descreve corretamente  
 3. Sim, mas não descreve corretamente  
 4. Sim, mas coloca na tabela/quadro de Cálculo de IMC disponível na Caderneta  
 5. Não, mas coloca na tabela/quadro de Cálculo de IMC disponível na Caderneta

12. Ao atender uma criança em domicílio ou no serviço de saúde costuma solicitar a “Caderneta de Saúde da Criança” para o responsável?  
 1. Não  2. Sim  3. Às vezes

13. Qual tipo de caderneta/cartão está disponível atualmente, na US? (Pode marcar mais de uma opção)

- (pag.15)  
 13.1. Cartões da criança  
 13.2. Caderneta de Saúde da criança – 2005  
 13.3. Caderneta de saúde da criança – Passaporte da cidadania - 2007  
 13.4. Caderneta de Saúde da criança - 2010  
 13.5. Nenhum deles

14. Em sua opinião, de quem é a responsabilidade pelo preenchimento da CSC?

1. Responsável  
 2. Responsável e profissional de saúde  
 3. Profissional de saúde  
 4. Qualquer indivíduo

15. Você acredita que os responsáveis também necessitam preencher as informações complementares contidas na CSC (nome, sexo, endereço etc.)?

1. Não  2. Sim

16. Ao atender uma criança em domicílio ou no serviço de saúde costuma realizar a medida de peso?

1. Não  2. Sim  3. Às vezes

17. Ao atender uma criança em domicílio ou no serviço de saúde costuma realizar a medida de altura?

1. Não  2. Sim  3. Às vezes

18. Onde costuma anotar os dados de peso e altura coletados? (pode marcar mais de 1 opção)

- 18.1 Caderneta de saúde  
 18.2 Caderno particular  
 18.3 Formulário do SISVAN  
 18.4 Formulário e-SUS  
 18.5 Outros \_\_\_\_\_

19. Quanto à utilização da caderneta de saúde da criança, quais dados você costuma registrar? Marque com um “X”. (pode marcar mais de 1 opção)

19.1 Utiliza curva Estatura	
19.2 Utiliza curva Perímetro cefálico	
19.3 Utiliza curva Peso	
19.4 Utiliza curva IMC	
19.5 Data de realização da medida	
19.6 Idade da criança no momento da medida	
19.7 Todos	
19.8 Nenhum deles	

20. Até qual faixa de idade costuma anotar os dados de peso e altura no cartão da criança?

- ( ) 1. De 0 – 2 anos  
 ( ) 2. De 0 – 5 anos  
 ( ) 3. De 0 – 7 anos  
 ( ) 4. De 0 – 10 anos  
 ( ) 9. NSA (Quando não anota na caderneta)

21. Costuma explicar aos pais/responsáveis sobre a importância do registro desses dados e acompanhamento dos mesmos?

- ( ) 1. Não ( ) 2. Sim ( ) 3. As vezes

22. Você costuma informar sobre o diagnóstico nutricional na curva de crescimento para a mãe/responsável pela criança?

- ( ) 1. Não  
 ( ) 2. Sim, sempre explica independente do estado nutricional da criança  
 ( ) 3. Sim, apenas quando a criança encontra-se em risco nutricional (baixo peso ou sobrepeso/obesidade)

23. Você costuma orientar as mães/responsáveis a procurar o serviço de saúde sempre que identificar alguma alteração física (peso e altura) na criança?

- ( ) 1. Não ( ) 2. Sim ( ) 3. Às vezes

24. Você recebe ou já recebeu algum treinamento/capacitação para utilização das curvas de crescimento?

- ( ) 1. Não  
 ( ) 2. Sim. Quando? \_\_\_\_\_

25. Se sim, esse treinamento ocorre com frequência?

- ( ) 1. Não  
 ( ) 2. Sim. De quanto em quanto tempo?  
 \_\_\_\_\_  
 ( ) 9. NSA

26. Você sente necessidade de capacitação nessa área?

- ( ) 1. Não ( ) 2. Sim

### Módulo 3: Medidas antropométricas:

27. Quais os equipamentos para medidas de peso, altura e circunferências existem na Unidade de Saúde (US) em que você trabalha?

Marcar o estado de conservação em que se encontra o equipamentos presentes na Unidade de acordo com os códigos abaixo:

(Solicitar a visualização dos equipamentos da US)

1. Bom estado de conservação e uso

2. Estado de conservação ruim e em uso

3. Estado de conservação ruim e em desuso

Pos-sui	Equipamentos	Estado de conservação			Código equip. (álbum)
		1	2	3	
	1. balança menores 2 anos				
	2. balança maiores 2 anos				
	3. trena antropométrica (pag. 07)				
	4. infantômetro (pag. 07)				
	5. estadiômetro (pag. 07)				
	5. Nenhum equipamento				

OBS: Se no item "3" existir apenas a fita de costura, considerar que não possui a trena antropométrica.

28. Você sabe utilizar todos os equipamentos disponíveis na US?

- ( ) 1. Não ( ) 2. Sim

29. Se não, qual(is) dele(s) você não sabe utilizar?

- ( ) 1. Apenas balança  
 ( ) 2. Apenas fita métrica (pag. 07)  
 ( ) 3. Apenas infantômetro (pag. 07)  
 ( ) 4. Apenas estadiômetro (pag. 07)  
 ( ) 5. Balança e fita (pag. 07)  
 ( ) 6. Balança e estadiômetro (pag. 07)  
 ( ) 7. Balança e infantômetro (pag. 07)  
 ( ) 8. Fita + estadiômetro (pag. 07)  
 ( ) 10. Fita + infantômetro (pag. 07)  
 ( ) 11. Balança, fita, estadiômetro e infantômetro. (pag. 07)  
 ( ) 9. NSA

30. Existe algum tipo de balança disponível na US, que você não sabe utilizar?

(pode marcar mais de 1 opção)

- ( ) 30.1 Sim, Balança manual/mecânica para menores de 2 anos (pag. 05)  
 ( ) 30.2 Sim, Balança digital para menores de 2 anos. (pag. 05)

( ) 30.3 Sim, Balança suspensa tipo pêndulo para menores de 2 anos. (pag. 05)

( ) 30.4 Sim, Balança mecânica/manual de plataforma para maiores de 2 anos. (pag. 06)

( ) 30.5 Sim, Balança digital de plataforma para maiores de 2 anos (pag. 06)

( ) 30.6 Sim, Balança digital para maiores de 2 anos (pag. 06)

( ) 9. N.S.A

31. A balança da US é calibrada periodicamente?

- ( ) 1. Não ( ) 2. Sim  
 ( ) 3. Não sabe ( ) 9. N.S.A

32. Se sim, há quanto tempo foi calibrada pela última vez? (US)

- ( ) 1. < 6 meses ( ) 5. Não sabe  
 ( ) 2. 6-12 meses ( ) 9. N.S.A

3. 1-2 anos  
 4. > 2 anos

33. Na sua opinião, os equipamentos da unidade estão em boas condições de uso?

1. Não  2. Sim  9. N.S.A

34. Você fez visita domiciliar no último mês?

1. Não  2. Sim

35. Você possui algum equipamento de medidas corporais próprio? (Pode marcar mais de uma opção.)

**Perguntar apenas se o entrevistado for o ACS.)**

	Código equip. (álbum)
<input type="checkbox"/> 1. Não	
<input type="checkbox"/> 2. Sim, balança	
<input type="checkbox"/> 3. Sim, trena antropométrica ou fita métrica (pag. 07)	
<input type="checkbox"/> 4. Sim, infantômetro (pag. 07)	
<input type="checkbox"/> 5. Sim, estadiômetro (pag. 07)	

OBS: Se no item "3" existir apenas a fita de costura, considerar que "possui" e colocar o código que consta no álbum.

36. A balança utilizada nas visitas domiciliares é calibrada periodicamente? (Perguntar apenas se o entrevistado for o ACS.)

1. Não  2. Sim  9. N.S.A

37. Se sim, há quanto tempo foi calibrada pela última vez? (Perguntar apenas se o entrevistado for o ACS)

1. < 6 meses  5. Não lembra  
 2. 6-12 meses  9. N.S.A  
 3. 1-2 anos  
 4. > 2 anos

38. Você sabe realizar a medida do peso e altura de forma correta?

1. Não  2. Sim

39. Quais dificuldades você encontra para realizar o preenchimento da caderneta de saúde da criança, em relação às curvas de crescimento? (O entrevistador deve esperar o entrevistado responder e marcar a opção que melhor represente. Pode marcar mais de 1 opção.)

- 39.1 Dificuldade no preenchimento  
 39.2 Insegurança no diagnóstico nutricional  
 39.3 Falta de tempo em virtude da rotina de atendimentos (excesso de burocracia)  
 39.4 Equipamentos inadequados (falta de calibração, quebrado, ausente)  
 39.5 Os diversos tipos de cadernetas disponíveis  
 39.6 Não é minha responsabilidade  
 39.7 Não tem dificuldade  
 39.8 Outros

#### Módulo 4: Conhecimentos e práticas quanto à vigilância clínica (sinais e sintomas)

40. Você observa se os pais/responsáveis estão atentos ao peso da criança, principalmente se tiverem casos de obesidade na família?

1. Não  2. Sim

41. Você sabe identificar sinais clínicos decorrentes da obesidade?

1. Não  2. Sim

42. Se sim, qual ou quais? (Mostrar as figuras do álbum para os profissionais de saúde identificar possíveis sinais de obesidade. Não ler as proposições. Pode marcar mais de 1 opção)

- 42.1 Adiposidade central elevada (pag. 09)  
 42.2 Hipertensão arterial  
 42.3 Fadiga (cansaço físico)  
 42.4 Lesões na pele, como: acantose nigricans (mancha escura nas axilas ou por trás do pescoço), acnes (espinhas), xantomias, estrias ou flacidez. (pag. 09,11,14)  
 42.5 Dor ou edema em articulações (juntas)  
 42.6 Pés planos (pag.13)  
 42.7 Joelho valgo (pag. 12)  
 9. N.S.A

43. Quando identifica sinais de obesidade faz alguma orientação às pais/responsáveis para mudança de estilo de vida do filho?

1. Não  2. Sim  9.NSA

44. Se sim, quais orientações costuma fazer? (pode marcar mais de 1 opção)

- 44.1 Estimula o exercício físico regularmente.  
 44.2 Consumir frutas  
 44.3 Consumir verduras e legumes  
 44.4 Consumir alimentos ricos em fibras  
 44.5 Diminuir o hábito de comer assistindo televisão.  
 44.6 Diminuir o tamanho das porções dos alimentos.  
 44.7 Diminuir alimentos ricos em gordura.  
 44.8 Diminuir refrigerantes.  
 44.9 Outros \_\_\_\_\_  
 9. NSA

45. Você sabe identificar sinais clínicos decorrentes da desnutrição?

1. Não  2. Sim

46. Se sim, qual ou quais? (Mostrar as figuras do álbum para ao profissional de saúde identificar possíveis sinais de obesidade. Não ler as proposições. Pode marcar mais de 1 opção)

- 46.1 Cabelos (fracos com perda de brilho, seco, fino e esparso). (pag.10)

( ) 46.2 Boca (com Língua inflamada e perda do esmalte dos dentes). (Pag.12)

( ) 46.3 Olhos (Cegueira noturna; Lesões corneais; Manchas de Bitot; xerose e inflamação conjuntival e córnea). (Pag.12, 11)

( ) 46.4 Infecções recorrentes

( ) 46.5 Unhas (quebradiças, rugosas, coiloníquias).

(Pag.13)

( ) 46.6 Palidez grave (Pag. 12)

( ) 46.7 Cianose (extremidades roxas) (Pag. 10)

( ) 46.8 Icterícia (pele e olhos amarelados) (Pag.11)

( ) 46.9 Petéquias (manchas vermelhas na pele) (Pag.13)

( ) 46.10 Outros \_\_\_\_\_

( ) 9. NSA

47. Quando identifica sinais de desnutrição faz alguma orientação nutricional aos pais/responsáveis?

( ) 1. Não ( ) 2. Sim ( ) 9.NSA

48. Se sim, quais orientações costuma fazer?

(pode marcar mais de 1 opção)

( ) 48.1 Consumir frutas

( ) 48.2 Consumir verduras e legumes

( ) 48.3 Diminuir o hábito de comer assistindo televisão.

( ) 48.4 Aumentar o tamanho das porções dos alimentos.

( ) 48.5 Adicionar óleo às preparações diariamente

( ) 48.6 Diminuir o consumo de refrigerante.

( ) 48.7 Diminuir o intervalo entre as refeições

( ) 48.8 Evitar trocar refeições principais por alimentos lácteos.

( ) 48.9 Outros \_\_\_\_\_

( ) 9. NSA

49. Ao identificar sinais de desnutrição/obesidade, explica aos pais/responsáveis o estado nutricional da criança?

( ) 1. Não ( ) 2. Sim ( ) 3. Às vezes

50. Você faz o acompanhamento mais detalhado dessa família?

( ) 1. Não ( ) 2. Sim ( ) 9. NSA

51. Quando você identifica crianças com peso excessivo ou desnutrição em sua área, leva esta informação para a USF? (Perguntar apenas se o entrevistado for o ACS)

( ) 1. Não ( ) 2. Sim ( ) 9.NSA

52. Ainda em relação à criança com peso excessivo/desnutrição, costuma referenciar para outros profissionais (NASF, Ambulatório)?

( ) 1. Não ( ) 2. Sim

53. Quando encaminha, o faz para quais profissionais de saúde? (pode marcar mais de 1 opção)

( ) 53.1 Nutricionista

( ) 53.2 Educador físico

( ) 53.3 Fisioterapeuta

( ) 53.4 Enfermeiro

( ) 53.5 Psicólogo

( ) 53.6 Médico

( ) 53.7 Terapeuta Ocupacional

( ) 53.8 Dentista

( ) 53.9 Outros \_\_\_\_\_

( ) 9. NSA

54. Quais pessoas você considera importante para o cuidado da criança? (Pode marcar mais de uma alternativa. Não ler as opções, mas marcar as relatadas pelo(a) entrevistado(a)).

( ) 54.1. Médico

( ) 54.2. ACS

( ) 54.3. Enfermeiro

( ) 54.4. Vizinhos/Amigos

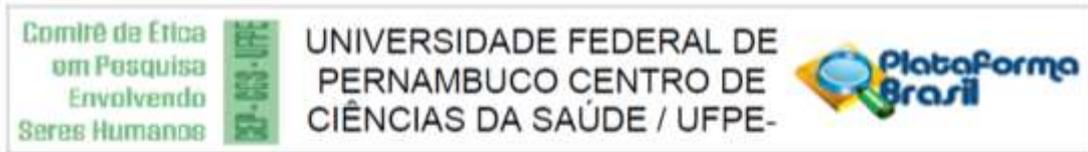
( ) 54.5. Responsável

( ) 54.6. Outros \_\_\_\_\_

55. Qual nota, de 0 a 10 você daria para seu papel na manutenção da saúde da criança?

\_\_\_\_\_

## Apêndice B – Termo de aprovação da pesquisa.



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** VIGILANTES DO FUTURO - Empoderamento da comunidade para realização da vigilância clínica e nutricional: formando multiplicadores

**Pesquisador:** NATHÁLIA PAULA DE SOUZA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 34696114.1.0000.5208

**Instituição Proponente:** Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 790.202

**Data da Relatoria:** 15/09/2014

**Apresentação do Projeto:**

Indicado na relatoria inicial.

**Objetivo da Pesquisa:**

Indicado na relatoria inicial.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Indicado na relatoria inicial.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Indicado na relatoria inicial.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Indicado na relatoria inicial.

**Recomendações:**

Recomendação:

O orçamento indicado no projeto WORD (completo) não está idêntico ao indicado na Informações Básicas

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

aprovado com recomendação

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600

**UF:** PE **Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2126-8588

**E-mail:** cepccs@ufpe.br

**Comitê de Ética  
em Pesquisa  
Envolvendo  
Serres Humanos**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PERNAMBUCO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-**



Continuação do Parecer: 790.202

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de "Notificação" e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado.

RECIFE, 12 de Setembro de 2014

---

**Assinado por:  
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO  
(Coordenador)**

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br