

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

RAFAELA DE LIMA ANDRADE

**PERCEPÇÃO DOS RESPONSÁVEIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DA
CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA**

Vitória de Santo Antão

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

RAFAELA DE LIMA ANDRADE

**PERCEPÇÃO DOS RESPONSÁVEIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DA
CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA**

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 do (a) Professor(a) MsC(a) Nathália Paula de Souza e coorientação de Vanessa Sá Leal.

Vitória de Santo Antão

2017

Catálogo na Fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Jaciane Freire Santana, CRB4/2018

A553p Andrade, Rafaela de Lima.
Percepção dos responsáveis sobre a importância da caderneta de saúde da criança / Rafaela de Lima Andrade. - Vitória de Santo Antão, 2017.
46 folhas

Orientadora: Nathália Paula de Souza.
Coorientadora: Vanessa Sá Leal.
TCC (Nutrição) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Nutrição, 2017.
Inclui referências e anexos.

1. Saúde da criança. 2. Desenvolvimento Infantil. I. Souza, Nathália Paula de (Orientadora). II. Leal, Vanessa (Coorientadora). III. Título.

612.65 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE-220/2017

RAFAELA DE LIMA ANDRADE

**PERCEPÇÃO DOS RESPONSÁVEIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DA
CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA**

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: 01/12/2017

Banca Examinadora

Nathália Paula de Souza

Prof. Ms. Universidade federal de Pernambuco

Vanessa Sá Leal

Prof. Dra. Universidade federal de Pernambuco

Mikaella de Moura Santos

Prof. Ms. Faculdades Integradas da Vitória de Santo Antão

Dedico esta conquista, a minha tia Dete e a minha avó materna Anita, duas pessoas importantes que sempre acreditaram em mim e contribuíram diretamente na minha formação, vocês são minha fortaleza e meu exemplo de vida!

AGRADECIMENTOS

Sempre que alcançamos um objetivo, ou chegamos em algum lugar e conquistamos algo, jamais chegamos sozinhos. Deus está no controle de tudo, Ele coloca pessoas em sua vida para te conduzir e as usam como seu instrumento. Por mais que não perceba ou se declare auto suficiente, você não consegue chegar a nenhum lugar sem ajuda. Gostaria então, de agradecer as pessoas que me auxiliaram na busca desse sonho e que tenho a certeza que foi Ele quem as colocou no meu caminho.

Agradeço a Deus, por permanecer presente em minha vida, é inexplicável o amor e a gratidão que sinto em saber que nunca me desamparasse, não existe nada melhor do que possuir a segurança de ser conduzida por ti. Sempre será o meu verdadeiro porto seguro e qualquer passo de minha vida é impossível sem sua presença.

Agradeço de forma especial a minha tia Lene, ao meu padrinho Humberto, a minha mãe Edna, a meus irmãos João Vitor e Bruno e a toda minha família que foram minha fortaleza e minha verdadeira estrutura que me ajudou a chegar ao fim.

À todos os professores da graduação, em especial a professora Vanessa Leal e Marisilda, que além de compartilharam seus ensinamentos, souberam ser amigas, alegrando-se com as vitórias e me apoiando nos momentos difíceis, a minha eterna gratidão!

À todos os colegas do Projeto Vigilantes do Futuro, meu muito obrigada! Os ensinamentos vivenciados durante esses anos, serão valiosos e lembrados por toda a minha vida.

Agradeço aos meus amigos de graduação Juliany, Mariana Ferreira, Marília, Mariana Gomes, Sabrina, Nelson e Caio, que estiverem juntos comigo no dia-a-dia, que muitas vezes me trouxeram paz em meio ao caos e tornaram o caminho menos árduo e mais alegre. Obrigada por todos os momentos vividos e conhecimentos divididos!

Agradeço em especial a minha professora orientadora Nathália Paula, foi mestre em excelência, que sempre mostrou alternativas e saídas quando tudo parecia inviável. Obrigada pela paciência, por todo o conhecimento partilhado e pelo incentivo.

Obrigada!

“Não fui eu que lhe ordenei? Seja forte e corajoso! Não de apavore nem desamine, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar.”

Josué 1:9

RESUMO

A avaliação da condição nutricional de uma criança é essencial para o acompanhamento do seu desenvolvimento. Sendo assim, se faz importante a utilização de instrumentos padronizados e individualizados por sexo e idade, além da integração entre equipe de saúde e a família para proporcionar um cuidado integral na infância. Neste contexto, o Cartão da Criança (CC) foi revisado e substituído pela Caderneta de Saúde da Criança (CSC) em 2005, ambos elaborados e atualizados com o objetivo de tornarem-se importantes estratégias de vigilância. Neste contexto o presente estudo teve como objetivo avaliar a percepção e práticas dos responsáveis sobre a importância da caderneta de saúde da criança. Participaram da pesquisa 240 responsáveis por crianças menores de dez anos de idade, no município de Vitória de Santo Antão - PE. Os dados foram coletados por meio de entrevista com o responsável direto pela criança, durante as consultas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou em visitas domiciliares. A maior parte dos entrevistados era pai ou mãe da criança (92,5%), a maioria das mães era múltiparas (63,9%) e viviam com renda per capita inferior a ¼ de salário mínimo (90%). Aproximadamente 57% dos ACS solicitavam a CSC na visita domiciliar e 70,3% realizavam medidas antropométricas. Além disso, 55,4% dos responsáveis não receberam orientações para procurar a UF quando identificasse alguma alteração de peso e altura na criança. Dessa forma, apesar da maioria dos responsáveis considerarem a CSC importante (96,7%), ainda é preocupante os conhecimentos que os mesmos possuem sobre o instrumento. O vínculo paterno/materno ($p < 0,038$), ter companheiro ($p < 0,041$), residir com até quatro pessoas no mesmo domicílio ($p < 0,037$) e a não realização de medida antropométrica no domicílio pelo ACS ($p < 0,018$) apresentaram relação estatisticamente significativa com a prática dos responsáveis de levar a CSC aos atendimentos. Assim, a falta de valorização do instrumento, ausência de formação continuada para os profissionais de saúde, além da vulnerabilidade social das famílias, são determinantes importantes da percepção e práticas relacionadas à CSC. A adequada utilização da CSC pelos profissionais possibilita maior valorização e apropriação do instrumento pela família, favorecendo sua maior adesão e co-responsabilização pelas ações de vigilância

Palavras-chave: Caderneta de saúde da criança. Responsáveis. Crescimento. Desenvolvimento;

ABSTRACT

The evaluation of the nutritional condition of the children is essential for the follow-up of their development. Thus, it is important the use of standardized instruments and individualized by gender and age, and the inclusion of a healthcare team and the family to provide a holistic care during the childhood. In this context, the Child's Card (Cartão da Criança - CC) was revised and replaced for the Child Health Handbook (Caderneta da Saúde da Criança - CSC) in 2005, both drawn up and updated with the objective to become important strategies for the monitoring. In this context, this study had the objective to evaluate the guardians' perception and practices about the importance of the child health handbook. In this research were involved 240 guardians of children under the age of ten, in Vitória de Santo Antão – PE municipality. The data were collected by interviewing the guardians into direct contact to the children, during the visits to Healthcare Units (Unidades Básicas de Saúde – UBS) or home visits. Most part of the interviewees were father or mother of the child (92,5%), the most part of the mothers were multiparas (63,9%) and were living with a per capita income below $\frac{1}{4}$ of the minimum wage (90%). Approximately 57% of the ACS requested the CSC during the home visits and 70,3% realized anthropometrics measurements. In addition, 55,4% of the guardians did not receive any orientation to look for a UF when identify any alteration in the child's weight and height. In this way, although most of the guardians considered the CSC as being important (96,7%), still worrying the knowledge that they have about this instrument. The paternal/maternal link ($p < 0,038$), have a partner ($p < 0,041$), live with until four people at the same home ($p < 0,037$) and the not realizing of the anthropometric measurement at home by the ACS ($p < 0,018$) presented a statistically significant relation to the guardians' practices of taking the CSC for the attendances. Thus, the lack of valuation, the absence of continuous training for the health professionals, besides the social vulnerability of the families, are important determinants for the perception and practices related to the CSC. The right use of the CSC by the professionals provides more valorization and appropriation of this instrument by the family, favoring a higher adhesion and a co-responsibility over the actions of the monitoring.

Keywords: Child health handbook. Guardians. Growth. Development.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados socioeconômicos e demográficos dos responsáveis por menores de dez anos no município de Vitória de Santo Antão - PE, 2017	26
Tabela 2 - Percepção dos responsáveis sobre a CSC, Vitória de Santo Antão – PE, 2017.....	27
Tabela 3 - Dados sociodemográficos dos responsáveis por menores de dez anos e práticas dos profissionais de saúde em relação à prática dos responsáveis. Vitória de Santo Antão, 2017.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS: Atenção Primária de Saúde

CSC: Caderneta de Saúde da Criança

CC: Cartão da Criança

CCS: Curva Caminho da Saúde

ECA: Estatuto de Crianças e Adolescentes

ESF: Equipe Saúde da Família

FCS: Ficha Controle da Saúde

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

PAISC: Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança

PR: Pais/responsáveis

SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS: Sistema Único de Saúde

TALE: Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS: Unidade Básica de Saúde

UF: Unidade da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 HIPÓTESE	13
3 OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo Geral	14
3.2 Objetivos Específicos	14
4 JUSTIFICATIVA	15
5 REVISÃO DA LITERATURA	16
5.1 Seleção histórica de ações, políticas e programas voltados à saúde na infância	16
5.2 A Caderneta de Saúde da Criança: sua evolução histórica e bases legais	18
5.3 O papel da família enquanto primeira rede de cuidado e de estímulos ao crescimento e desenvolvimento na infância.	21
6 MATERIAL E MÉTODOS	23
6.1 Tipo e Local do estudo	5
7 RESULTADOS	26
8 DISCUSSÃO	26
9 CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS	35
ANEXO	38
ANEXO A - Formulário sobre vigilância Clínica e Nutricional destinado aos pais/responsáveis por crianças menores de 10 anos.....	38
ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido para responsáveis diretos por crianças menores de 10 anos.....	43
ANEXO C – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.....	45

1 INTRODUÇÃO

A infância é marcada por um padrão de mudanças que ocorre à medida que a criança se desenvolve. Neste período acontecem os processos vitais do crescimento e desenvolvimento, dos quais depende a qualidade de vida na fase adulta e o seu desempenho na senescência. Por ser esse um período de relevantes modificações, faz-se necessário um acompanhamento cauteloso visando prevenir ou atenuar possíveis agravos à sua saúde (ALTAMIRA, 2009).

O acompanhamento do crescimento deve ser uma medida de rotina da criança e é preconizado tanto pela Organização Mundial da Saúde, quanto pelo Ministério da Saúde (MS). O crescimento não reflete apenas a herança genética, mas também aponta para as condições de vida, uma vez que é influenciado pelo meio físico e social. Partindo desse princípio, a avaliação da condição nutricional de uma criança é essencial para o acompanhamento do seu desenvolvimento, sendo importante considerar a padronização da avaliação a ser utilizada para cada faixa etária, uniformizando os critérios empregados pela equipe de saúde (BRASIL, 2014).

Em 1984 foi lançado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), que representou de forma decisiva um padrão à assistência à saúde, que contribuiu para implantação do Cartão da Criança (CC), cujo objetivo era estabelecer e manter a vigilância durante o período de desenvolvimento infantil. O mesmo passou por mudanças ao longo dos anos e foi substituído em 2005 pela Caderneta de Saúde da Criança (CSC), na qual foi acrescentada diversas informações para um acompanhamento mais detalhado e eficaz, reunindo os registros mais importantes e necessários para o cuidado integral nessa fase da vida (ALVES, 2003).

Todos os cidadãos nascidos vivos no território brasileiro têm direito a receber a CSC, esse documento deve ser entregue aos pais/responsáveis ainda na maternidade. Este documento deveria acompanhar a criança em todas as consultas e em qualquer serviço de saúde, além de ser devidamente preenchida pelos profissionais de saúde (ALVES, 2009).

A responsabilidade compartilhada para o cuidado com a criança também deve ser incentivada, principalmente para que os responsáveis tenham o conhecimento, autonomia e iniciativa para cobrar aos profissionais de saúde um uso correto e adequado da CSC, mostrando assim, compreensão do valor que esse instrumento apresenta. Entretanto, essa é uma realidade que na maioria das vezes não acontece, pois, os

responsáveis não são instruídos e orientados sobre essa função e isso acontece por falta de erudição e orientações sobre os deveres dos mesmos, por parte dos profissionais (ALVES, 2009).

Segundo Vieira *et al.* (2005), quando todos os dados são preenchidos completos e corretamente, a CSC cumpre o seu maior objetivo que é ser um instrumento de comunicação, vigilância e educação para o cuidado da saúde e desenvolvimento da criança. A adequada utilização da CSC pelos profissionais possibilita maior valorização e apropriação do instrumento pela família, favorecendo sua maior adesão e corresponsabilização pelas ações de vigilância.

2 HIPÓTESE

As condições socioeconômicas e demográficas dos responsáveis, assim como a falta de orientação pelos profissionais de saúde apresenta relação com a percepção e práticas relacionadas a CSC pelos responsáveis.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a percepção e práticas dos responsáveis sobre a importância da caderneta de saúde da criança, no município de Vitória de Santo Antão-PE.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil dos responsáveis, a partir de variáveis socioeconômicas e demográficas;
- Verificar a percepção e práticas dos responsáveis sobre a CSC e estado nutricional;
- Identificar práticas do serviço dos profissionais de saúde relacionadas à CSC;
- Relacionar as condições socioeconômicas e demográficas dos responsáveis, e as práticas profissionais com as práticas referentes à CSC realizadas pelos responsáveis;

4 JUSTIFICATIVA

A Caderneta de Saúde da Criança é um documento importante na qual são registrados os dados de saúde, sendo assim uma ferramenta para o acompanhamento do desenvolvimento e crescimento na infância. Nesse contexto, é necessária uma relação integrada entre profissionais do serviço de saúde e pais/responsáveis (PR), estabelecendo assim um vínculo e cuidados contínuos por meio da CSC, de forma a torna-la um instrumento de comunicação, educação e vigilância.

Assim, o presente estudo se justifica pela necessidade de conhecer a percepção e práticas dos responsáveis acerca da CSC.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Seleção histórica de ações, políticas e programas voltados à saúde na infância

A saúde expressa as condições sociais e econômicas de um país Além de ser um dos principais fatores condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Partindo desse princípio, foi regulamentada em 19 de setembro de 1990 a Lei de número 8.080, chamada lei orgânica de saúde, que ordena em todo território brasileiro as ações e serviços de saúde de caráter fixo ou ocasional, sendo realizado de forma conjunta ou individual. A mesma tem como objetivo principal, dispor de conjunções para promoção, proteção e recuperação da saúde. Para que todo serviço de saúde prestado em território Nacional, tenha uma organização do Poder Público, sejam órgãos ou instituições, municipais, estaduais e federais, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). O mesmo consiste em um conjunto de ações e serviços, que tem como principais objetivos diagnosticar fatores que são condicionantes, determinantes, além de propor políticas públicas de saúde e atuar agindo em ambas funções buscando a integralidade da mesma (BRASIL, 1990).

Segundo Abreu (2012) foi lançada em 1984, Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), que introduziu uma gama de ações que tinha como objetivo a promoção e recuperação da saúde em crianças de 0 a 5 anos, com o acompanhamento do desenvolvimento e crescimento, além do incentivo ao aleitamento materno e a orientação adequada para o desmame, a imunização, a prevenção e o tratamento das infecções respiratórias e diarreias agudas (ALVES, 2003).

Uma das prioridades absolutas nas políticas públicas de saúde, são as crianças e os adolescentes, os mesmos apresentam direitos que estão garantidos no ordenamento jurídico brasileiro. Todavia, esses direitos muitas vezes podem ser ameaçados pela violência disseminada na sociedade, afetando essas crianças e suas famílias e gerando um impacto na saúde e na qualidade de vida (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, para promover o direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes, o SUS, como sistema de organização da saúde pública, recebeu do ECA (Estatuto de Crianças e Adolescentes), um mandato específico. O mesmo garante a essas crianças e adolescentes, o acesso universal e igualitário aos três níveis de atenção à saúde e ordena o desenvolvimento de ações para um trabalho em rede que busca

promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos e sempre uma atenção humanizada (BRASIL, 2010).

O atendimento inicial dessas crianças e dos adolescentes, assim como também de todos os usuários do SUS, é na atenção primária de saúde (APS), que possui diversas responsabilidades, entre elas: orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar ocorrências, classificar os agravos e encaminhar para o serviço especializado quando exigir um atendimento superior em complexidade. Dessa maneira, a atenção básica trabalha como um filtro organizando o fluxo nos serviços de saúde e é o primeiro nível de atenção (BRASIL, 2011).

Neste âmbito de atenção à saúde, concentram-se as ações e programas de prevenção e promoção da saúde na infância e que, de certa forma, apresentam-se interligados. Assim, pode-se destacar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), o Programa de saúde na Escola (PSE), o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e a CSC. Os mesmos, são programas desenvolvidos pelo governo federal, com o intuito de construir políticas intersetoriais para melhoria da qualidade de vida das criança e precisam estar inter-relacionados no serviço de saúde, pois só a partir do trabalho integrado entre as diversas instâncias de gestão possibilitará um acompanhamento completo do desenvolvimento infantil. Ações como vacinação, prevenção de álcool e outras drogas, violência sexual, alimentação saudável, gestação na adolescência e outros, estão inseridas nas atividades de educação em saúde propostas por todos os programas citados acima (BRASIL, 2011).

Dando continuidade a essas ações, em 23 de junho de 2005 a Portaria GM/MS nº 964, aprova a resolução Mercosul/GMC nº 04/05 e seu anexo “Informação básica comum para caderneta de saúde da criança”, que considera a necessidade de existir um documento portátil, com informações sobre a saúde da criança e que permita dar continuidade ao atendimentos delas em todo território nacional (BRASIL, 2005).

Esse documento implantado pelo Ministério da Saúde em 2005 é destinado a todos os nascidos vivos em território brasileiro e reúne os principais registros da saúde infantil, com diversos indicadores de crescimento e desenvolvimento, sendo uma das estratégias privilegiadas na política de redução de morbimortalidade infantil (BRASIL, 2004).

5.2 A Caderneta de Saúde da Criança: sua evolução histórica e bases legais

O estado nutricional de uma criança é um importante indicador para avaliar o seu perfil completo de saúde, pois o mesmo permite analisar se a criança está desenvolvendo plenamente seu potencial, a partir da monitorização do crescimento e ganho ponderal de peso, uma vez que eles não refletem apenas a herança genética, mas também as condições de vida da mesma. Nesse contexto se faz necessário um acompanhamento integral e rotineiro, com padronização na avaliação que será utilizado pela equipe de saúde e responsáveis que possuem a responsabilidade de executar essa função (FROTA, 2007).

Para seguir esse padrão de monitoramento, foi criado o Cartão da Criança (CC), com o intuito de estabelecer e manter a vigilância no desenvolvimento, implantado em 1983. O mesmo passou por mudanças ao longo dos anos e hoje se tornou a Caderneta de Saúde da Criança (CSC), que foi acrescentada diversas informações para um acompanhamento mais detalhado e eficaz, sendo a sua primeira versão, publicada em 2005.

A história da CSC começou na Nigéria em 1959, quando Morley propôs que o acompanhamento longitudinal do peso poderia informar um comprometimento nutricional antes que este se tornasse clinicamente evidente, possibilitando intervenções precoces. Então, na Vila de Imesi, foi introduzida a Curva Caminho da Saúde (CCS), que tinha o intuito de avaliar o peso e a imunização das crianças. A mesma foi estruturada para ser de fácil compreensão para agentes de saúde pouco qualificados e com pouca aptidão de leitura e escrita (MORLEY, 2016).

O Caminho da Saúde foi o primeiro documento atribuído a realização dos registros de informações importantes do crescimento e desenvolvimento das crianças. O mesmo ficava com a família e valorizava sua participação com o serviço, no cuidado e monitoramento integral. Era também possível as mães participarem da marcação do peso, da idade e de registros importantes, relacionados à saúde da criança, como informações sobre amamentação, doenças graves, nascimento de um irmão, entre outros. A marcação da idade era realizada a partir do sistema calendário, preenchido mensalmente e permitia o acompanhamento desde o nascimento até os cinco anos (MORLEY, 2016).

Posteriormente, em 1983, professores do departamento de pediatria da faculdade de medicina da UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais), desenvolveram a Ficha Controle da Saúde (FCS), que foi logo aplicada nas UBS. Assim como a CCS vinha com a proposta de avaliar o crescimento, a FCS traçava esse mesmo objetivo, porém, como um instrumento para uma atenção mais adequada e completa à saúde da criança. Ela apresentava um caráter mais educativo utilizando as cores para facilitar a compreensão e também uma linguagem mais acessível para os pais. O verde indicava que a criança estava bem de saúde, o amarelo que era necessário um maior controle e o vermelho a criança requeria de cuidados especiais, tudo para que os pais/responsáveis participassem no cuidado compartilhado e entendessem o que estava acontecendo com a saúde e o crescimento da criança (LEÃO, 2013).

Entretanto, assim como CCS as curvas de peso da FCS, só mostravam o risco de desnutrição, não possuindo um percentil com uma cor específica para indicar e limitar o risco de obesidade. Ao contrário da CCS, a FCS não separava as curvas de acordo com o sexo, eram utilizadas a mesma para ambos, mas apresentava outras informações importantes para o acompanhamento do desenvolvimento da criança, como: espaço para o registro da altura, do crescimento de sua cabeça e uso do leite materno.

A FCS foi utilizada nos anos 80 nos Centros de Saúde de Belo Horizonte, sendo considerado um importante instrumento no acompanhamento periódico da saúde infantil, que precedeu outros instrumentos de abrangência nacional (LEÃO, 1983).

Com o objetivo de aprimorar as desfavoráveis condições de saúde da população infantil brasileira, o Ministério da Saúde (MS) fundou em 1984, o PAISC – Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança. O PAISC possuía como eixos o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o incentivo ao aleitamento materno e orientação para o desmame, a prevenção e o tratamento das doenças diarreicas e respiratórias agudas e a imunização (GOULART, 1983).

Acompanhando essas orientações, foi lançado o Cartão da Criança, que tinha como um dos principais objetivos, unificar as famílias com o sistema de saúde, para que juntos participassem da vigilância do desenvolvimento da criança. Assim como a FCS, o CC apresentava uma linguagem de fácil compreensão, para que cada vez mais a família e a comunidade participassem do cuidado e na promoção da saúde das crianças.

Surgiu com o CC a primeira curva de crescimento e a mesma utilizava dois parâmetros para a avaliação nutricional, o peso e a idade. Assim como CCS, o CC também existia separação das curvas para meninos e meninas devido a pequenas variações no referencial de normalidades (BRASIL, 2016).

A referência utilizada para a curva de crescimento foi a do estudo norte-americano do National Center for Health Statistics (NCHS) de 1977, sendo o percentil 10 o ponto de corte para o diagnóstico da desnutrição infantil, em função da alta sensibilidade. Além disso, o CC apresentava espaços para marcação de consulta, calendário de imunização, identificação da criança. O PAISC ainda propôs anexar uma ficha ao prontuário, com explicações sobre o desenvolvimento motor e social adaptativo, que deveria ser preenchido nas consultas (BRASIL, 2016).

Porém, na década de 90 o MS, lançou um novo CC, considerado um segundo modelo que apresentava novas informações, como explicações sobre o direito da criança e marcos do desenvolvimento infantil de acordo com a idade. Novos dados foram acrescentados na identificação da criança como endereço, tipo de parto, índice ápgar, peso e comprimento ao nascer e nomes dos pais, a unificação da curva para meninos e meninas, informações para as mães sobre incentivo a amamentação e cuidados com a criança. Ainda no final dessa década o MS modificou o limiar das curvas de crescimento, adotando o percentil 3 como limite inferior e ponte de corte para diagnóstico de desnutrição. Também apresentou as curvas do percentil 10 e 97, onde as crianças que apresentavam o peso entre 3 e 10 eram consideradas com risco de desnutrição e requeria uma atenção maior, e o peso no percentil 97 representava obesidade. (BRASIL, 2016).

Em fevereiro de 2005 o MS lança a Caderneta de Saúde da Criança (CSC), que veio para substituir o CC. A CSC chegou apresentando-se como um documento mais completo com o intuito de aperfeiçoar a vigilância à saúde da criança (BRASIL, 2016).

Inicialmente esse modelo resgatou alguns pontos, como por exemplo, a retomada das três cores para definir o diagnóstico nutricional, a ampliação da curva de peso/idade até os 7 anos, espaço para registros de intercorrências clínicas, dicas importantes de saúde e prevenção de agravos e a avaliação do perímetro cefálico no primeiro ano de vida (BRASIL, 2014).

Em 2007 o MS reformula a CSC e lança outro modelo com o intuito de adicionar mais informações, tais como: os direitos dos pais e da criança, entre eles o registro gratuito, orientações mais detalhadas sobre a amamentação e cuidados importantes nos primeiros dias de vida, orientações sobre os cuidados a serem tomados na diarreia e desidratação, a avaliação do perímetro cefálico estendida até 2 anos de vida, detalhamento das informações sobre nascimento, triagem neonatal e alimentação no momento da alta da maternidade e a primeira vez que a altura foi utilizada como gráficos de acompanhamento do crescimento da criança sendo a avaliação ampliada até os 10 anos de idade (ALVES, 2016).

Por fim, a última versão da CSC, foi lançada em 2009, intitulada como Passaporte para Cidadania, que como o próprio nome revela, a cidadania é destaque para que os direitos das crianças sejam conhecidos. Foram acrescentadas várias informações, como: os direitos dos pais, cuidados no primeiro ano de vida, técnica correta de amamentação, informações de ordenha e expressão manual do leite, os dez passos para uma alimentação saudável para menores de 2 anos, saúde bucal, ocular e auditiva, chamando atenção para possíveis alterações, espaço que fala sobre prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária, orientações aos profissionais de saúde sobre a importância do acompanhamento do desenvolvimento e sobre a melhor forma de avaliá-lo. Além dessas informações, cada curva apresenta um pequeno resumo sobre como avaliar a criança através do score Z, que são as curvas da OMS para crianças de 0 a 10 anos, entre outras informações, que reuni assim os registros mais importantes para o acompanhamento integral do desenvolvimento da criança (CADERNETA de saúde da criança, [201-]).

5.3 O papel da família enquanto primeira rede de cuidado e de estímulos ao crescimento e desenvolvimento na infância.

A chegada de uma criança em uma família costuma ser considerado um fenômeno especial na organização da mesma, por ser compreendido como um evento que causa fortes modificações nesse ambiente, exigindo uma reorganização a fim de permitir o acolhimento do novo integrante. A inserção do recém-nascido nesse ambiente pode gerar diferentes sensações e reações em cada membro, permeadas pela cultura, pelos valores, pelas condições sócio econômicas e pelas vivências individuais e coletivas do grupo (VIVIAN, 2006).

A responsabilidade dos familiares no cuidado integral com a criança é de grande importância para um adequado acompanhamento no crescimento e no desenvolvimento da mesma, pois é na infância, que ocorrem alterações que refletem e tendem a ser seguidas por toda a vida. Os pais/responsáveis apresentam também um papel fundamental, pois são os mesmos que acompanham diariamente as crianças e seu estilo de vida e os seus hábitos serão seguidos por elas (BRASIL, 2005).

É necessário que exista entre a família e a criança uma contínua promoção de vínculo e fortalecimento de resiliência, para que assim, os menores junto com os responsáveis, apresentem a capacidade de superar as dificuldades e saber encarar as diversas situações que apresentam uma potencialidade de reproduzir dificuldades para o crescimento e desenvolvimento. (BRASIL, 2010).

Para que os pais/responsáveis exerçam esse papel precisam ser orientados e conscientizados sobre a importância da CSC, como um instrumento e documento do cuidado, crescimento e desenvolvimento, que está diretamente associada com a vigilância da saúde infantil. Essas orientações deveriam ser realizadas pelos profissionais de saúde no momento de entrega do documento, além de periodicamente instruírem sobre as diversas informações registradas (PALOMBO et al., 2014).

A família também é responsável por preencher alguns registros encontrados na CSC, tais como as informações sobre o desenvolvimento, registro de identificação da criança, endereço, nome dos pais, entre outros. É deficiente a percepção dos responsáveis sobre a importância da CSC, que muitas vezes está ligado ao baixo nível socioeconômico e a falta de instrução por parte dos profissionais de saúde de esclarecer as diversas funções e utilidades que representa esse documento (GOULART *et al.*, 2008).

Vale ressaltar, que embora existam características específicas no desenvolvimento em cada fase da infância, cada criança apresenta seu ritmo próprio que deve ser respeitado. Os familiares possuem o dever de estimular e contribuir ativamente no processo de crescimento e desenvolvimento, sempre expressando carinho e afeto. (BRASIL, 2010).

6 MATERIAL E MÉTODOS

6.1 Tipo e Local do estudo

Trata-se de um estudo transversal e analítico realizado no Município de Vitória de Santo Antão – PE, entre os meses de maio e dezembro de 2016. Portanto, a presente pesquisa está vinculada a um projeto de Pesquisa-Ação intitulado “Intersetorialidade como instrumento norteador da vigilância do estado de saúde e nutrição na infância e adolescência”.

O município conta com uma população estimada, no ano de 2016, de 136.706 mil habitantes (IBGE) e 27 Unidades Básicas de Saúde (USB), sendo 18 na zona urbana e 9 na zona rural.

6.2 Público Alvo e amostra

O público alvo foram os pais e responsáveis de crianças menores de 10 anos, sendo um dos critérios de inclusão, morar com a mesma ou ser o responsável direto. A pesquisa foi realizada na UBS quando presentes no estabelecimento para consultas de rotinas. No entanto, quando a demanda na unidade era escassa, era realizada busca ativa nos domicílios circunvizinhos.

O Município de Vitória de Santo Antão-PE possuía, em 2016, aproximadamente 27 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo dezoito na zona urbana e nove na rural. O presente estudo foi realizado em 08 destas USF selecionadas por conveniência à partir de uma demanda sinalizada pela Secretaria Municipal de Saúde tendo em vista as necessidades locais.

A amostra foi calculada a partir da população amostral total de crianças menores de 10 anos cadastradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional –SISVAN Módulo de Gestão, disponibilizada pela coordenação da saúde da criança e do adolescente da atenção primária do Município, no ano de 2014. A partir dessa informação o cálculo foi realizado para um grau de confiança de 95%, e acrescentando 10% prevendo possíveis perdas. O número amostral alcançado foi dividido de forma equânime entre as 08 USF, resultando em um valor correspondente à 30 entrevistas por USF, e a seleção das mães foi realizada por demanda espontânea.

6.3 Coleta de dados e variáveis

A coleta de dados foi realizada a partir de questionários aplicados aos responsáveis por entrevistadores treinados. O mesmo foi elaborado por membros do projeto, após consecutivas reuniões de discussões e aprofundamento científico. Foram incluídas questões relacionadas à situação demográfica e socioeconômica, além de conhecimentos e práticas sobre a vigilância clínica e nutricional.

Quanto aos dados demográficos e socioeconômicos foram analisados a renda familiar per capita, o número de residentes no domicílio, a quantidade de filhos do responsável, o estado marital, a escolaridade e se a família residia em área urbana ou rural. Foi verificado qual era o vínculo com a criança do entrevistado e se o mesmo trabalhava fora do lar.

Para analisar a percepção dos responsáveis sobre a CSC foram incluídas informações como possuir o instrumento, além da opinião pessoal sobre a mesma, sua função e para quem é importante.

Para identificar práticas do serviço e dos profissionais de saúde que possam ter relação com a percepção dos responsáveis em relação a CSC foram incluídas as perguntas: onde recebeu a CSC, se já recebeu alguma orientação dos profissionais de saúde para procurar a UBS quando identificar alterações no peso ou altura da criança, se o ACS costuma solicitar a CSC quando faz visita domiciliar e se são realizadas medidas de peso e altura e outras circunferências na criança em consultas de rotinas.

Por fim, para verificar a opinião e práticas dos responsáveis a respeito do estado nutricional da criança foram incluídos questionamentos como: se os pais costumavam levar a CSC em todos os atendimentos, se costumavam observar alterações no peso e se consideravam importante acompanhar as medidas de peso e altura.

6.4 Análise dos dados

Após a coleta e revisão dos questionários, os dados foram digitados em banco de dados no programa Microsoft Office Excel 2010 e analisados no software SPSS 20.0. Foi utilizada estatística descritiva (frequências e porcentagens) e as possíveis associações foram realizadas por meio do Teste Qui-Quadrado adotando o nível de significância $p < 0,05$.

6.5 Considerações éticas

Todos os participantes que fizeram parte da pesquisa receberam explicações sobre as etapas e foram convocados para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinados por maiores de idade, ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), assinado por mães menores de idade com a condição de, antes os responsáveis por essas mães autorizavam também pela assinatura do TCLE.

O projeto foi desenvolvido a partir da integração de rede entre Universidade Pública e Comunidade, sendo aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, sob o CAAE de número 34696114.1.0000.5208, seguindo todas as recomendações éticas da Resolução 466/2012.

7 RESULTADOS

Foram entrevistados 240 responsáveis por crianças menores de dez anos, sendo a maior parte pai ou mãe (92,5%), a maioria das mães era multípara (63,9%), 81,2% viviam com o companheiro e não trabalhavam fora do lar (86,3%). Mais da metade dos entrevistados apresentava 9 anos ou mais de estudos (62,5%), residiam com até 4 pessoas no mesmo domicílio (74,2%) e viviam com renda per capita inferior a ¼ de salário mínimo (90%) (Tabela 1).

Tabela 2 - Dados socioeconômicos e demográficos dos responsáveis por menores de dez anos no município de Vitória de Santo Antão - PE, 2017.

Variáveis	n	%
<i>Vínculo com a criança</i>		
- Pai (mãe e pai)	222	92,5
- Outros (avós/tios)	18	7,5
<i>Número de filhos</i>		
- Primípara	83	36,1
- Multípara	147	63,9
<i>Estado Marital</i>		
- Com Companheiro	195	81,2
- Sem Companheiro	45	18,8
<i>Trabalha fora do lar</i>		
- Não	207	86,3
- Sim	33	13,8
<i>Escolaridade (anos de estudo)</i>		
- Até 8 anos	90	37,5
- 9 ou mais	150	62,5
<i>Número de residentes no domicílio</i>		
- Até 4 Pessoas	178	74,2
- 5 ou mais	62	25,8
<i>Renda per capita (SM* Salário mínimo)</i>		
- Até ¼ SM	129	53,8
- Acima de ¼ SM	111	46,2
<i>Área</i>		
- Urbana	228	95,0
- Rural	12	5,0

Fonte: Andrade, Rafaela. 2017.

Nota: Dados obtidos a partir dos resultados da pesquisa.

Aproximadamente 80% dos pais/responsáveis afirmaram possuir a CSC e 67,7% a receberam no hospital/maternidade. Além disso, 96,7% consideravam o instrumento importante e atribuíram a maior parte desse valor à apenas um ator social (criança ou família ou profissionais de saúde) (66%) (Tabela 2).

A vacinação (74,2%) e o acompanhamento do crescimento da criança (58,8%) foram as principais funções da CSC relatadas. Por outro lado, 14% ainda não possuíam o hábito de levar a CSC em todos os atendimentos e apenas 60,8% costumam observar alterações no peso do filho, embora considerassem importante acompanhar o peso e o crescimento da criança (99,2%) (Tabela 2).

Em relação às práticas do serviço, quando o ACS realizou a visita domiciliar 56,7% solicitava a CSC e 70,3% realizava medidas antropométricas nestas visitas. Além disso, 55,4% dos responsáveis não receberam orientações para procurar a UF quando identificasse alguma alteração de peso e altura na criança (Tabela 2).

Tabela 2: Percepções e práticas dos profissionais de saúde e responsáveis por menores dez anos acerca da Caderneta de Saúde da Criança. Vitória de Santo Antão - PE, 2017.

Variáveis	n	%
<i>Possui a CSC</i>		
- Não	49	20,4
- Sim	191	79,6
<i>Onde recebeu a CSC</i>		
-Hospital/Maternidade	147	67,7
- USF	70	32,3
Práticas e Percepção dos Responsáveis/pais		
<i>A CSC é importante</i>		
- Não	8	3,3
- Sim	232	96,7
<i>Para quem é importante a CSC</i>		
- Um ator social (criança ou família ou profissionais)	155	66,0
- Dois atores sociais (criança + família ou criança + profissionais)	56	23,8
- Todos os atores sociais (criança + família + profissionais + outros)	24	10,2
<i>Para que serve a CSC*</i>		
- Acompanhar o crescimento da criança	141	58,8
- Vacinar a criança	178	74,2
- Levar para consultas	46	19,2
<i>Costuma levar a CSC em todos os atendimentos da criança</i>		
- Não	31	14,0
- Sim	191	86,0
<i>Como acha que está o peso do filho</i>		
- Baixo peso (magrinho)	41	17,1
- Peso Adequado (peso bom)	176	73,3
- Excesso de peso (gordo ou com peso elevado)	23	9,6
<i>Costuma observar alterações no peso da criança</i>		
- Não	94	39,2
- Sim	146	60,8
<i>Considera importante acompanhar o peso e o crescimento da criança</i>		

- Não	2	0,8
- Sim	238	99,2
Práticas Profissionais		
<i>ACS solicita CSC em visita ao domicílio</i>		
- Não	43	30,5
- Sim	80	56,7
- Às vezes	18	12,8
<i>ACS faz medida antropométrica nas crianças em domicílio</i>		
- Não	101	77,1
- Sim	30	22,9
<i>Recebeu alguma orientação para procurar a UF quando identificar alteração no peso e altura da criança</i>		
- Não	133	55,4
- Sim	107	44,6

Fonte: Andrade, Rafaela. 2017.

Nota: Dados obtidos a partir dos resultados da pesquisa.

*Nesta pergunta, o entrevistado poderia reponder até duas opções;

De acordo com a tabela 3, o vínculo paterno ou materno com a criança ($p < 0,038$), ter companheiro ($p < 0,041$), residir com até quatro pessoas no mesmo domicílio ($p < 0,037$) e a não realização de medida antropométrica no domicílio pelo ACS ($p < 0,018$) apresentaram relação estatisticamente significativa com a prática do responsável em levar a CSC aos atendimentos.

As primíparas (91,9%; $p < 0,149$), responsáveis que trabalhavam fora do lar (96,9%; $p < 0,056$), e que possuíam renda per capita superior a um $\frac{1}{4}$ de salário mínimo (92,5%; $p < 0,127$) também apresentaram maior prevalência do hábito de levar a CSC nos atendimentos da criança, ainda que sem significância estatística. Em relação às práticas dos profissionais, a maior parte dos responsáveis que levavam a CSC nos atendimentos tinham ACS que solicitavam a mesma (90,8%; $p < 0,154$) e orientavam para procurar a UF quando identificassem alteração no peso e altura da criança (86,9%; $p < 0,748$).

Tabela 3- Dados sociodemográficos dos responsáveis por menores de dez anos e práticas dos profissionais de saúde em relação à prática dos responsáveis. Vitória de Santo Antão, 2017.

Variáveis	Costuma levar a CSC em todos os atendimentos da criança				p valor
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Sócio-demográficos					
<i>Vínculo com a criança</i>					
- País (Mãe e pai)	26	12,6	180	87,4	0,038

-Outros (avós/tios)	5	31,2	11	68,8	
<i>Número de filhos</i>					
- Primípara	6	8,1	68	91,9	0,149
- Multípara	21	15,0	119	85,0	
<i>Estado Marital</i>					
- Com Companheiro	6	8,1	68	91,9	0,041
- Sem Companheiro	21	15,0	119	85,0	
<i>Trabalha fora do lar</i>					
- Não	30	15,8	160	84,2	0,056
- Sim	1	3,1	31	96,9	
<i>Escolaridade</i>					
- Até 8 anos de estudo	12	14,6	70	85,4	0,825
- 9 ou mais anos de estudo	19	13,6	121	86,4	
<i>Número de residentes no domicílio</i>					
- Até 4 pessoas	18	11,0	145	89,0	0,037
- 5 ou mais pessoas	13	22,0	46	78,0	
<i>Renda per capita (SM* Salário mínimo)</i>					
- Até ¼ SM	22	17,9	101	82,1	0,127
- Acima de ¼ SM	6	7,7	72	92,3	
<i>Área</i>					
- Urbana	31	14,7	180	85,3	0,171
- Rural	0	0,0	11	100	
Práticas Profissionais					
<i>ACS faz medida antropométrica nas crianças em domicílio</i>					
- Não	7	7,5	86	92,5	0,018
- Sim	7	23,3	23	76,7	
<i>ACS solicitou a CSC em visita ao domicílio</i>					
- Não	7	17,9	32	82,1	0,154
- Sim	7	9,2	69	90,8	
- Às vezes	3	16,7	15	83,3	
<i>Recebeu alguma orientação para procurar a UF quando identificar alteração no peso e altura da criança</i>					
- Não	18	14,6	105	85,4	0,748
- Sim	13	13,1	86	86,9	

Fonte: Andrade, Rafaela. 2017.

Nota: Dados obtidos a partir dos resultados da pesquisa.

8 DISCUSSÃO

A CSC é o instrumento criado para crescimento e desenvolvimento da criança, e destinado a todas as pessoas que participam, direta ou indiretamente, do cuidado da mesma. Quando as famílias, que são o primeiro vínculo direto com a criança, estando cientes da importância desse documento, poderão interpretá-lo e colocar em prática suas informações. Desta forma, este instrumento cumpre seu papel de vigilância permanente, identificação precoce de agravos e proporciona intervenções oportunas e precoces, se necessário.

De modo diferente da maioria dos estudos sobre a CSC no Brasil, que analisam sobre os percentuais de preenchimento da mesma, esse estudo apresenta característica diferente. O diferencial encontra-se na perspectiva de tentar compreender a importância da CSC na visão dos responsáveis, que são os primeiros atores sociais no cuidado integral com a criança.

A versão mais recente da CSC (Passaporte para cidadania), lançada em 2009 é a mais completa, uma vez que abrange diversas informações sobre o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, apresentando assim, dados essenciais de vigilância (CARVALHO, 2008). Porém, a primeira versão do documento, foi lançada e distribuída em 2005 com o mesmo princípio, a diferença é que nas duas últimas reformulações foram acrescentados novos dados, tais como informações sobre amamentação, dez passos para uma alimentação saudável, direitos dos pais, entre outros, com o propósito de garantir um monitoramento do estado de saúde e nutrição mais efetivo (CARVALHO, 2008).

Os resultados mostraram que quase 80% das crianças possuíam a CSC em Vitória de Santo Antão, Pernambuco. Vale destacar que sua implantação ocorreu em 2005 e após doze anos do lançamento, 20% dos entrevistados possuíam a versão desatualizada do instrumento, ou outro modelo elaborado pela gestão local. Esse resultado é semelhante a um estudo realizado por Linhares *et al.* (2012), em Pelotas, Rio Grande do Sul, que analisou o mesmo dado com 153 mães ou responsáveis, no ano da primeira reformulação da CSC em 2007, obtendo que 71% das crianças do estudo possuíam o modelo mais recente.

A reduzida disponibilidade desse instrumento em âmbito municipal leva a elaboração de novos e sintéticos modelos para utilização momentânea, o que compromete o acesso à CSC, a sua valorização, assim como a contínua e efetiva

vigilância no crescimento e desenvolvimento infantil. Em um estudo realizado por Andrade (2014), em dois centros de saúde da prefeitura de Belo Horizonte (MG), com 12 médicos e enfermeiros, identificou que umas das dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde são as inovações e ampliações que ocorreram com o instrumento e que é de extrema importância a constante capacitação para os profissionais da ESF.

No manual de utilização da CSC, lançado em 2005 pelo MS, orienta-se que as mães recebam o instrumento prioritariamente na maternidade e que as primeiras informações sejam preenchidas no local (BRASIL, 2005). No entanto, no presente estudo aproximadamente 35% dos responsáveis mencionaram ter recebido a CSC na USF.

Segundo Linhares *et al.* (2012), a CSC é o documento responsável pelo acompanhamento da saúde da criança e que os pais precisam estar cientes dessa função, sendo de extrema importância a sua participação neste processo de monitoramento. Goulart *et al.* (2008) também afirmam que quando os responsáveis são questionados sobre a função da CSC, os mesmos atribuem a cartão de vacina e ao acompanhamento de consulta, muitas vezes por não terem recebido explicações oportunas acerca do instrumento, ainda na maternidade. Esses achados corroboram com o presente estudo e, além disso, os responsáveis atribuíram a importância da CSC à apenas um ator social (criança ou família ou profissionais).

Palombo *et al.* (2014), afirma que a utilização adequada da CSC não consiste apenas no preenchimento correto das informações, mas também é necessário que as famílias sejam esclarecidas pelos profissionais de saúde, sobre as anotações e informações presentes na mesma para possibilitar a apropriação e assimilação destas orientações. Assim, a falta de comunicação entre estes atores sociais pode comprometer e dificultar a criação de vínculo entre serviço de saúde, família e criança, que são os principais protagonistas envolvidos no cuidado na infância.

O Ministério da Saúde afirma que para a promoção de maior qualidade de vida da criança, seja no curso cronológico adequado ou quando exista algum agravo, a família precisa possuir um olhar atento ao processo de crescimento e desenvolvimento da criança e, para isto, os profissionais de saúde devem instruí-los sobre essa responsabilidade (BRASIL, 2005). Nesta perspectiva, o incentivo à utilização da CSC é um grande desafio e seu maior obstáculo encontra-se na desvalorização do instrumento tanto por parte das famílias, quanto dos profissionais (PALOMBO *et al.*, 2014).

Quase o total dos responsáveis entrevistados considerou importante o acompanhamento do peso e da altura das crianças, entretanto, aproximadamente 40% não costumava observar alterações de peso e mais da metade não recebeu orientações dos profissionais de saúde para procurar a unidade quando identificasse alterações no peso e na altura da criança. Ainda é possível que por questões culturais e históricas as mães não adotem essas atitudes, uma vez que por muito tempo foram estimuladas a apenas receber e seguir orientações médicas acerca dos cuidados com a criança. Dessa forma, atribuem essa responsabilidade de acompanhamento do estado de saúde estritamente aos profissionais de saúde. Palombo *et al.* (2014), afirma que historicamente todas as ações de saúde foram delegadas aos profissionais e não era estimulada ou permitida a participação ativa das mães nesse processo.

De acordo com Buss (2006), as relações socioeconômicas exercem um efeito importante sobre o processo de saúde e doença. Alves *et al.* (2009), em estudo realizado com mães de crianças entre 6,8 e 15,8 meses, em Belo Horizonte-Minas Gerais, sugere que as responsáveis com menor grau de escolaridade possuem maior dificuldade em assumir seu papel face à CSC. Esses achados corroboram com os da presente pesquisa e ratificam que as condições socioeconômicas são importantes determinantes do cuidado com a saúde da criança.

Neste sentido, a prática de vigilância pelos responsáveis esteve mais presente em domicílios menos habitados, em que os responsáveis viviam com companheiro(a) e trabalhavam fora do lar. Dessa forma, fica claro que a situação de vulnerabilidade social implica no comprometimento do acompanhamento e vigilância do estado de saúde e nutrição das crianças, pelos respectivos responsáveis. Segundo Dantas (2013) é necessário que os profissionais de saúde estejam em alerta às condições atuais que se encontram cada família que os mesmos acompanham, pois esses dados irão direcionar a forma correta da implantação da assistência e da intervenção, a fim de atender as verdadeiras necessidades da família e da criança.

Segundo Gaíva (2015) as mães que possuem mais de um filho são mais atentas e mais exigentes quanto a utilização da CSC pelos profissionais de saúde, o que discorda dos resultados desta pesquisa. Isso pode apontar que a experiência das mesmas em ter passado por isso com outros filhos, não as torna mais atentas e vigilantes.

O crescimento da criança é um aspecto que percorre todos os objetivos e estratégias da saúde e todos os profissionais deveriam dispor em todos os atendimentos de orientações e informações às mães/responsáveis sobre saúde e nutrição de acordo

com a realidade em que está inserida a criança (RATIS; BATISTA FILHO, 2004). Essa constatação é observada de forma adversa neste estudo, mas é possível verificar que quando o ACS adota práticas condizentes às ações de vigilância como a solicitação da CSC e realização de medidas antropométricas nas visitas domiciliares tende-se a desencadear práticas de monitoramento pelos responsáveis.

De acordo com Faria (2014) os profissionais de saúde possuem um conhecimento insuficiente e ainda não estão aptos a orientar os pais quanto a melhor maneira de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança. A formação continuada desses profissionais enquanto multiplicadores de informações, de forma à compartilhar responsabilidades do cuidado em saúde, merece atenção especial das Instituições públicas e privadas de pesquisa e formação.

Se definirmos um trinômio estrutural composto pela estrutura mínima necessária à execução de ações essenciais de saúde, profissionais de saúde capacitados e responsáveis empoderados, tendo a criança no centro do cuidado, é possível ousar dizer que seria efetivado o monitoramento e vigilância resultando em menos ações corretivas e mais preventivas. Se algum dos vértices deste tripé estiver comprometido refletirá na menor qualidade dos serviços e, possivelmente, em adoecimentos evitáveis.

A indispensável vigilância ao crescimento infantil é uma das principais ações básicas de saúde. Para que a mesma seja fortalecida é necessário que os diversos atores envolvidos transmitam estímulos contínuos e reproduzam uma forma terapêutica preventiva e não apenas um modelo curativo de doenças.

9 CONCLUSÃO

Apesar da maioria dos responsáveis considerar a CSC importante e reconhecer o papel do monitoramento do crescimento e desenvolvimento, muitos não estão atentos a alterações do peso em seus filhos. Por outro lado, é preocupante a percepção restrita acerca da CSC enquanto instrumento apenas de vacinação e cujo manejo e responsabilidades são atribuídos a apenas um ator social. Além disso, os responsáveis que apresentam uma maior vulnerabilidade social e são menos estimulados pelos profissionais de saúde também são os que menos exercem a vigilância em saúde.

Mesmo considerando as limitações próprias de um estudo do tipo transversal e reconhecendo as limitações para expansão da amostra em virtude dos limitados recursos, o estudo se mostra relevante e inovador. Em princípio, por abordar uma temática comum em uma ótica inovadora e por caracterizar a realidade de um município do Agreste de Pernambuco, área de densa potencialidade enquanto polo regional e sede de um Centro de interiorização da Universidade Federal de Pernambuco.

Portanto, é necessário que existam novas pesquisas nessa área, para que sejam coletados dados para serem transformados em informações e assim existir um aprofundamento da pesquisa nesse campo. Com isso, será possível identificar novos pontos e os dados coletados serem utilizados em medidas de decisões e formulações de intervenções junto com a gestão local, para atender as principais demandas que estejam afetando a percepção dos responsáveis sobre a importância da CSC, que é o principal instrumento de vigilância de crescimento e desenvolvimento atual.

REFERÊNCIAS

ABREU, Thaysa Gois Trinta; SILVA, Lucian da Silva Viana; CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo. Desafios na utilização da caderneta de saúde da criança: entre o real e o ideal. **Journal of Management & Primary Health Care**, [s.l.], v. 3, n. 2, p. 80-83, 2013.

ALVES, C.R.L. Acompanhamento do crescimento da criança. In: ALVES, C.R.L.; VIANA, M. R. A. (Ed.). **Saúde da Família: Cuidando de crianças e adolescentes**. Belo Horizonte: Coopmed, 2003. Disponível em: <http://ftp.medicina.ufmg.br/observaped/caderneta/CSC_2005_E_2007.pdf> Acesso em: 08. out. 2016.

ALVES, C. R. L. *et al.* Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Caderneta. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p. 58, 2009.

ANDRADE, Gisele Nepomuceno; REZENDE, Tércia Maria Ribeiro Lima; MADEIRA, Anézia Moreira Faria. Caderneta de Saúde da Criança: experiências dos profissionais da atenção primária à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 857-864, 2014.

BRASIL. **Decreto-Lei nº8.80**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: editora Congresso Nacional, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento**. 3.ed. Brasília, 1986. (Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança). Disponível em: <http://ftp.medicina.ufmg.br/observaped/caderneta/Do_CC_a_CSC_13-09-10.pdf> Acesso em: 08. out. 2016.

_____. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série E. Legislação de Saúde).

_____. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **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: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. **Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Normas e Manuais Técnicos).

_____. **Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual%200902.pdf>>. Acesso em: 15. ago. 2017.

_____. **Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan**: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_basicas_sisvan.pdf>. Acesso em: 04. set. 2017.

BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005-2008, 2006.

CADERNETA de saúde da criança. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Observatório da saúde da criança e do adolescente**. Belo Horizonte: Assessoria de Comunicação Social da Faculdade de Medicina da UFMG, [201-]. Disponível em: <<https://site.medicina.ufmg.br/observaped/eixos/caderneta-de-saude-da-crianca/>>. Acesso em: data de acesso.

CARVALHO, Michelle Figueiredo et al. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil Monitoring of infant growth by health services in Pernambuco State, Brazil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 675-685, 2008.

DANTAS, Ana Carolina Rocha,; FIGUEROA, Dixis Pedraza. Acompanhamento do crescimento infantil em unidades básicas de saúde da família do município de Queimadas, Paraíba, Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, 2013.

FARIA, Mariza; NOGUEIRA, Talita Almeida. Avaliação do uso da caderneta de saúde da criança nas unidades básicas de saúde em um município de Minas Gerais. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul-SP, v. 11, n. 38, p. 8-15, 2014.

FROTA, Mirna Albuquerque. Acompanhamento antropométrico de crianças: o ideal e o realizado. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 2, p. 212, 2014.

GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; SILVA, Fabiane Blanco. Caderneta de saúde da criança: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 3, p. 742-749, 2014.

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

GOULART, L.M.H.F.; GOULART, E.M.A; CORREA, E.J. O Prontuário e o Cartão da Criança. In: LEÃO E.; CORREA, E. J.; VIANNA, M. B. **Pediatria Ambulatorial**. Belo Horizonte: Imprensa Universitária, 1983. Cap. 2. p 8-16. Disponível em: <http://ftp.medicina.ufmg.br/observaped/caderneta/Do_CC_a_CSC_13-09-10.pdf> Acesso em: 27. set. 2016

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

LEÃO, E.; CORREA, E. J.; VIANA, M. B. **Pediatria ambulatorial**. Belo Horizonte: Imprensa Universitária, 1983. Disponível em:
<http://ftp.medicina.ufmg.br/observaped/caderneta/Controle_da_saude.pdf> Acesso em: 08. out. 2016.

MORLEY, D; ELMORE-MEEGEN, M. **Growth monitoring: a forgotten subject**. London, UK: Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 2000; 27:14-9.

MORLEY, D. **O caminho da saúde: o primeiro passo**. Belo Horizonte: Observatório da saúde da criança e do adolescente. Disponível em:
<http://ftp.medicina.ufmg.br/observaped/caderneta/Caminho_da_Saude_052010.pdf> Acesso em: 08. out. 2016.

MORLEY, D. **Pediatria no mundo em desenvolvimento: prioridades**. São Paulo, Edições Paulinas, 1980. Disponível em:
<http://ftp.medicina.ufmg.br/observaped/caderneta/Caminho_da_Saude_052010.pdf> Acesso em: 08. out. 2016.

OBSERVATÓRIO da Saúde da Criança e do Adolescente. **A nova Caderneta de Saúde, para onde estamos caminhando**. Disponível em:
<http://ftp.medicina.ufmg.br/observaped/caderneta/A_nova_Caderneta_de_Saude-para_onde_estamos_caminhando_modMariana_052110.pdf> Acesso em: 08 out. 2016. (08)

PALOMBO, Nery Teixeira , Claudia *et al.* Uso e preenchimento da caderneta de saúde da criança com foco no crescimento e desenvolvimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p.59-65, 2014.

RATIS, Cristiane de Albuquerque Silva; BATISTA FILHO, Malaquias. Aspectos estruturais e processuais da vigilância do crescimento de menores de cinco anos em serviços públicos de saúde do Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 44-53, 2004.

REICHERT, P. S Altamira *et al.* Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Cabedelo-PB, v. 13, n. 1, p. 114-26, 2012.

VIEIRA, G. O. *et al.* Uso do Cartão da Criança em Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife , v. 5, n. 2, p. 177-184, 2005.

VIVIAN, Aline Groff. **O desenvolvimento emocional de um bebê em uma família numerosa: uma aplicação do método Bick**. 2006. 126 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

ANEXO A - FORMULÁRIO SOBRE VIGILÂNCIA CLÍNICA E NUTRICIONAL DESTINADO AOS PAIS/RESPONSÁVEIS POR CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS.

**Formulário sobre Vigilância Clínica e Nutricional
destinado aos pais por crianças menores de 10 anos**

Número: _____
Entrevistador: _____
Data entrevista: ___/___/___
USF: _____
Área de abrangência: _____

OBS: O questionário será aplicado apenas para responsáveis diretos (pai e mãe), exceto quando estes não morarem com a criança ou não se sentirem responsáveis pela mesma.

Módulo 1: Dados pessoais, demográficos e socioeconômicos (Todas as perguntas deste módulo devem ser aplicadas aos pais da criança)

1. Qual o tipo de vínculo com a criança?
() 1. Pai/Mãe () 2. Avô/Avó
() 3. Tio/tia () 4. Outro: _____
2. Data de nascimento do responsável: ___/___/___
3. Sexo (Gênero) do responsável:
() 1.F () 2.M () 3.Outro _____
4. Nº de residentes no domicílio: (_____)
(OBS: Incluir as crianças)
5. Quantos destes são menores de 10 anos? _____
6. Em relação ao número de filhos, você é?
() 1.primípara () 2.múltipara () 9. NSA
7. Qual a data de nascimento da criança a quem se destina essa entrevista? ___/___/___
8. Qual o sexo da criança mais jovem?
() 1.F () 2.M
9. Renda familiar: R\$ _____
10. Renda per capita: R\$ _____
11. Escolaridade: _____ n° de anos de estudo
() 1. Analfabeto () 2. 1 – 4 anos
() 3. 5 – 8 anos () 4. 9 – 12 anos
() 5. > 12 anos
12. Trabalha fora do lar?
() 1. Não () 2. Sim
13. Mora em área urbana ou rural?
() 1. Urbana () 2. Rural
14. Qual o estado marital (civil)?
() 1. Com companheiro (a)
() 2. Sem companheiro (a)

Módulo 2: Percepções e conhecimentos sobre a Caderneta de Saúde da criança (Todas as perguntas deste módulo devem ser aplicadas aos pais ou responsável)

15. Você CONHECE a caderneta de saúde da criança?
() 1. Não () 2. Sim
16. Você POSSUI a caderneta de saúde da criança (cartão de vacina)?
() 1. Não () 2. Sim
17. Você recebeu explicações sobre esta caderneta na maternidade?
() 1. Não () 2. Sim
() 3. Não lembra () 9. NSA
18. Na sua opinião, a Caderneta de Saúde da Criança é importante?
() 1. Não () 2. Sim
19. Se sim, para quem ela é importante?
() 1. Para a criança
() 2. Para a família da criança
() 3. Para os profissionais de saúde e geral
() 4. Para a família e para a criança
() 5. Para criança e para profissionais em geral
() 6. Para a família e para profissionais em geral
() 7. Todos que participam do cuidado da criança
() 8. Outro(s): _____
20. Na sua opinião, para que serve a Caderneta de Saúde da Criança? (Pode marcar até duas opções)
() 1. Acompanhar o crescimento da criança
() 2. Vacinar a criança
() 3. Levar para consultas
() 4. Não sabe
() 5. Outro(s): _____

21. Qual a idade da criança, quando você recebeu esta caderneta? () 9. NSA () 8. Não sabe-Não lembra
_____ anos _____ meses
22. Onde você recebeu?
() 1. Hospital/Maternidade () 2. Unidade de Saúde
() 3. Em casa () 4. Outro _____
() 9. NSA
23. Você costuma levar a caderneta de saúde em todos os atendimentos da criança?
() 1. Não () 2. Sim
() 3. Às vezes () 9. NSA
24. Na 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

25. Você preenche ou já preencheu alguma informação na CSC?

1. Não 2. Sim 9. NSA

26. Se Não na questão 25, Porquê?

1. Não sabe ler ou escrever
 2. É atribuição do profissional de saúde
 3. Não sabia (que podia preencher)
 4. Não tem interesse
 5. Outro
-

27. Se sim na questão 25, quais informações:

1. Dados pessoais (nome, endereço, pai, mãe..)
 2. Dados de peso ou altura na tabela ou gráfico
 3. Dados de vacina
 4. Outras informações:
-

Módulo 3: Percepções, conhecimentos e práticas quanto à vigilância nutricional (Todas as perguntas deste módulo devem ser aplicadas aos pais)

28. Como você acha que está o peso do seu filho?

1. Baixo peso (magrinho)
 2. Peso Adequado (peso bom)
 3. Excesso de peso (gordo ou com peso ele

29. Para você, como está o apetite da criança?

1. Come pouco
 2. Normal
 3. Come muito

30. Você sabe o que são as Curvas de Crescimento, encontradas na caderneta de saúde da criança?

1. Não 2. Sim

31. Você sabe acompanhar o PESO e a ALTURA da criança pelas Curvas de crescimento da Caderneta?

1. Sabe acompanhar o peso.
 2. Sabe acompanhar a altura
 3. Sabe acompanhar peso e altura (ou IMC).
 4. Nenhuma das opções anteriores.
 9. NSA

32. Sabe o peso mais recente da criança?

1. Não 2. Sim

33. Há quanto tempo foi realizada a última medida do peso da criança? (Informação oferecida pela mãe ou responsável)

1. De 0 - 15 dias
 2. 16 - 29 dias
 3. > 30 < 60 dias
 4. > 60 < 90 dias
 5. > 90 < 180 dias
 6. > 180 < 365 dias

7. > 365 dias

8. Não sabe

34. Você costuma observar alterações no peso da criança?

1. Não 2. Sim 3. Às vezes

35. Se sim na questão 34, alguém a orientou a realizar esta observação (alteração de peso)?

1. Não 2. Sim 9. NSA

36. Se sim na questão 35, quem a orientou? (Marcar a opção que acontece com mais frequência)

1. Médico (a)
 2. Enfermeira (o)
 3. ACS
 5. Outros
-

9. NSA

37. Você consegue perceber alguma alteração de peso recente?

1. Não 2. Sim

38. Se sim na questão 37:

1. ganho de peso 2. perda de peso 9. NSA

39. O que costuma fazer quando observa que a criança está ganhando ou perdendo muito peso?

1. Cuida em casa
 2. Procura a US
 3. Procura a US apenas quando perde peso
 4. Procura a US apenas quando ganha peso.
 5. Outra opção:
-

9. NSA

40. Ao ser visitado por um ACS, em casa, o mesmo costuma solicitar a "Caderneta de Saúde da Criança"?

1. Não 2. Sim 3. Às vezes
 9. NSA

41. Quando tem a visita do ACS em sua casa, ele (a) realiza alguma medida de peso e altura?

1. Não 2. Sim 3. Às vezes
 9. NSA

42. Se sim ou às vezes na questão 41, qual(s) dado(s) o ACS coleta?

1. Apenas o peso
 2. Apenas a altura
 3. O peso e a altura
 4. Nem o peso, nem a estatura.
 5. Não sabe
 6. Outro
-

9. NSA

43. Quando você vai para US, em consulta de rotina de seu filho, são realizadas medida(s) corporais como peso e altura (ou outras como circunferências/perímetros)?

- () 1. Sim, apenas o peso.
 () 2. Sim, apenas a estatura.
 () 3. Sim, o peso e a estatura.
 () 4. Nem o peso, nem a estatura.
 () 5. Não sabe
 () 6. Outro

() 9. NSA

44. Quando atendidos na US, qual profissional realiza as medidas de peso e altura? (Marcar a opção que acontece com mais frequência)

- () 1. Médico (a)
 () 2. Enfermeira (o)
 () 3. ACS
 () 4. Outros _____
 () 9. NSA

45. Você recebe ou já recebeu alguma informação ou orientação de como interpretar/entender as curvas de crescimento da caderneta?

- () 1. Não () 2. Sim () 3. Não lembra

46. Se sim, quem lhe explicou ou lhe orientou? (Marcar apenas uma opção)

- () 1. Médico (a)
 () 2. Enfermeiro (a)
 () 3. ACS
 () 4. Outros. _____
 () 9. NSA

47. Você já recebeu alguma orientação dos profissionais de saúde para procurar a US quando identificar alguma alteração no peso ou altura da criança?

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

48. Você sabe qual foi o peso da criança ao nascer?

- () 1. Não () 2. Sim

49. Você acha importante acompanhar o peso e o crescimento da criança?

- () 1. Não () 2. Sim

Módulo 4: Equipamentos e técnicas para medidas corporais (Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em Serviços de Saúde. Norma Técnica do SISVAN, 2011)

50. Na Unidade de Saúde (US) em que você e a criança são acompanhados, possui balança?

- () 1. Não () 2. Sim () 3. Não sabe

51. Na sua opinião, os equipamentos da US estão em boas condições de uso?

- () 1. Não () 2. Sim () 3. Não sabe

Se a criança for menor de 2 anos:

(Se a criança for maior de dois anos todas as questões de 52 a 55 serão marcadas a opção "9.NSA")

52. Quando o profissional de saúde vai pesar a criança costuma forrar o prato da balança com uma proteção (papel descartável ou fralda)?

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

53. Quando o profissional de saúde vai pesar a criança costuma pedir sua ajuda para deixar a criança com o mínimo de roupa possível (meia, sapato, fralda, etc)?

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

54. Quando o profissional de saúde vai aferir a altura da criança costuma pedir para que o deixe sem sapatos e com a cabeça livre de adereços (toucas, fivelas, enfeites de cabelo ou outros adereços que possam interferir na medida)?

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

55. Quando o profissional de saúde vai aferir a altura da criança costuma pedir ajuda para deixar a cabeça apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento? (Pg. 07)

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

Se a criança for maior de 2 anos:

(Se a criança for menor de dois anos todas as questões de 56 a 59 serão marcadas a opção "9.NSA")

56. Quando o profissional de saúde vai pesar a criança costuma pedir permissão/ajuda para retirar sapato/sandália?

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

57. Quando o profissional de saúde vai pesar a criança costuma orientar para retirada de objetos pesados (chaves, óculos, cinto, telefone e qualquer outro objeto que possa interferir no peso)?

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

58. Quando o profissional de saúde vai realizar a medida da altura da criança orienta para que fique na posição de pé, encostado numa parede ou antropômetro vertical? (Pg. 07)

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

59. Quando o profissional de saúde vai realizar a medida da altura da criança solicita que fique sem sapato/sandália e com a cabeça livre de adereços?
 1. Não 2. Sim 3. Às vezes
 9. NSA

Módulo 5: Conhecimentos e práticas quanto à vigilância clínica (sinais e sintomas)

60. A criança apresentou perda de apetite, nos últimos meses?
 1. Não 2. Sim 3. Não sabe

61. Se sim, houve causa aparente (você sabe porque?)? (pode marcar mais de uma alternativa).
 61.1. Gripe
 61.2. Diarreia
 61.3. Erupção Dentária
 61.4. Febre
 61.5. Virose
 61.6. Outros _____
 61.7. Não sabe
 9. NSA

62. A criança possui aversão (rejeição/ não gosta) à algum tipo de alimento?
 1. Não 2. Sim

63. Se sim, qual ou quais?

 9. NSA

64. Em relação ao alimento que a criança não gosta, você costuma come-lo na frente da criança?
 1. Não 2. Sim 9. NSA

65. Você acredita que seus hábitos alimentares podem influenciar nas escolhas alimentares da criança?
 1. Não 2. Sim 3. Não sabe

66. Costuma observar alterações na pele, mucosas ou cabelos da criança?
 1. Não 2. Sim

67. Se sim, você observa algumas dessas? (Pode marcar mais de uma alternativa. Mostrar as fotos do álbum de acordo com as páginas listadas ao lado de cada opção)
 67.1. Palidez (Pág. 12)
 67.2. Cianose (extremidades roxas) (Pág. 10)
 67.3. Icterícia (pele e olhos amarelados) (Pág. 11)
 67.4. Petéquias (manchas vermelhas na pele) (Pág. 13)
 67.5. Queda de cabelos (Pág. 10)
 67.6 Outras, quais? _____

 9. NSA

68. Costuma observar sinais de desnutrição na criança?
 1. Não 2. Sim

69. Se sim, quais destes? (Pode marcar mais de uma alternativa)
 69.1. Diminuição do apetite
 69.2. Apatia geral (diminuição das atividades)
 69.3. Criança irritadiça (agitada)
 69.4. Fadiga (cansaço físico) permanente
 69.5. Diminuição do ganho de peso
 69.6. Face envelhecida
 69.7. Perda de peso involuntária
 69.8. Membros emagrecidos
 69.9. Costelas proeminentes
 69.10. Desidratação (Pele seca, fina ou rachada)
 69.11. Cabelos ralos e sem brilho (Pág. 10)
 69.12. Diarreia
 69.13. Edema (inchaço) generalizado
 69.14. Insuficiência no crescimento
 99. NSA

70. Alguém já a orientou a realizar estas observações?
 1. Não 2. Sim

71. Se sim, quem? (Marcar até duas opções)
 1. Médico
 2. ACS
 3. Enfermeiro
 4. Vizinhos/Amigos
 5. Familiares
 9. NSA

72. Costuma observar sinais/sintomas de excesso de peso na criança?
 1. Não 2. Sim

73. Se sim, quais destes: (Pode marcar mais de uma alternativa. Mostrar as fotos do álbum de acordo com as páginas listadas ao lado de cada opção)
 73.1. Alteração recente do manequim (Ex: As roupas passaram do tamanho 12 para 14);
 73.2. Acúmulo de gordura ao redor do rosto, braços, pernas, cintura ou pescoço;
 73.3. Presença de estrias, celulite ou flacidez na pele; (Pág. 11)
 73.4. Lesões de pele do tipo: xantomias, acantose nigricans (mancha escura nas axilas ou por trás do pescoço), furunculose (cabeça de prego), acne (espinha); (Pág. 14,9)
 73.5. Sinais de compulsão alimentar durante algum horário do dia (ansiedade);
 73.6. Alteração de comportamento - Insatisfação com a aparência e sinais de depressão;
 73.7. Dificuldade em respirar (respiração oral);
 73.8. Roncar durante o sono;
 73.9. Ganho de peso com facilidade;
 73.10. Dor ou edema em articulações (juntas);
 73.11. Outros _____

 9. NSA

74. Alguém já a orientou a realizar estas observações?
 1. Não 2. Sim

() 81.4.Não

75. Se sim, quem? (Marcar até duas opções)

- () 1.Médico
 () 2.ACS
 () 3.Enfermeiro
 () 4.Vizinhos/Amigos
 () 5.Familiares
 () 9. NSA

76. A criança apresentou alguma alteração gastrointestinal (diarreia, enjoo, vômitos, prisão de ventre) nos últimos meses?

- () 1. Não () 2. Sim () 3. Não sabe

77. Se sim, quais? (Pode marcar mais de uma opção)

- () 77.1. Dificuldade de mastigação
 () 77.2. Pirose (azia ou queimação)
 () 77.3. Náuseas (enjoo)
 () 77.4. Constipação (prisão de ventre)
 () 77.5. Diarreia (disenteria)
 () 77.6. Outros.
 () 9. NSA

78. O que costuma fazer ao observar algumas destas alterações (desnutrição ou excesso de peso)? (marcar até duas opções)

- () 1. Procura o serviço de saúde apenas em casos de desnutrição
 () 2. Procura o serviço de saúde apenas em casos de sobrepeso/obesidade
 () 3. Leva a criança para Unidade de saúde (US) mais próxima, independente da situação (desnutrição ou excesso de peso)
 () 4. Pede ajuda primeiro ao seu ACS
 () 5. Tenta resolver em casa, com ajuda de vizinhos e familiares.
 () 4. Outros _____

- () 5. Não sabe

79. 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)).

- () 79.1.Médico
 () 79.2.ACS
 () 79.3.Enfermeiro
 () 79.4.Vizinhos/Amigos
 () 79.5.Responsável/pais
 () 79.6. Outros _____

80. Qual nota, de 0 a 10 você daria para seu papel, hoje, no cuidado da saúde do seu filho?

81. Você poderia me mostrar a CSC do seu filho?
 () 81.1.Sim e mostra
 () 81.2.Sim, mas não está com ela no momento e não mostra
 () 81.3.Sim, mas perdeu

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RESPONSÁVEIS DIRETOS POR CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA

UFPECAV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RESPONSÁVEIS DIRETOS POR CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS

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.

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, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Caso não queira participar o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de desistir da pesquisa em qualquer fase da mesma, 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 (ACS) e do responsável/pais na prevenção de agravos.

Para tanto se faz necessário que o (a) senhor (a) responda algumas perguntas sobre a situação socioeconômica (número de pessoas no domicílio, renda, escolaridade, atuação profissional, estado civil, grau de parentesco com a criança) e demográfica (tipo de casa, área rural ou urbana) da sua família, percepção em relação ao estado nutricional de seu filho(a), análise da atuação dos profissionais do serviço básico de saúde, além de conhecimentos e práticas relacionadas a vigilância clínica e nutricional. Esse formulário deverá ser respondido antes e após a capacitação dos ACS que fornecem assistência a área em que você mora.

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 ACS 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, 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 assumidas 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.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA **UFPECAV**

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).



Nathália Paula de Souza
Núcleo de Nutrição/Saúde Coletiva
Centro Acadêmico de Vitória/UFPE
Professor Auxiliar
SIAPE 2975065

(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 _____ estado

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 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: _____

ANEXO C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Para responsáveis diretos pelas crianças que tenham entre 12 e 18 anos – Resolução 466/12)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA

UFPECAV

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA RESPONSÁVEIS DIRETOS PELAS CRIANÇAS, QUE TENHAM ENTRE 12 e 18 ANOS - Resolução 466/12)

Convidamos você, após autorização dos seus pais [ou dos responsáveis legais], 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.

Este Termo de Consentimento pode conter informações que você entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que esteja bem esclarecido (a) sobre sua participação na pesquisa. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer pagamento para participar. Você será esclarecido(a) sobre qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Após ler as informações a seguir, caso aceite participar do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é para ser entregue aos seus pais para guardar e a outra é do pesquisador responsável. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema se desistir, é um direito seu. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

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 (ACS) e do responsável/pais na prevenção de agravos.

Para tanto se faz necessário que o (a) senhor (a) responda algumas perguntas sobre a situação socioeconômica (número de pessoas no domicílio, renda, escolaridade, atuação profissional, estado civil, grau de parentesco com a criança) e demográfica (tipo de casa, área rural ou urbana) da sua família, percepção em relação ao estado nutricional de seu filho(a), análise da atuação dos profissionais do serviço básico de saúde, além de conhecimentos e práticas relacionadas a vigilância clínica e nutricional. Esse formulário deverá ser respondido antes e após a capacitação dos ACS que prestam assistência a área em que você mora.

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 ACS 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, 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.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA

UFPECAV
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA

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: cepeccs@ufpe.br).



Nathália Paula de Souza
Núcleo de Nutrição/Saúde Coletiva
Centro Acadêmico de Vitória/UFPE
Professor Auxiliar
SIAPE: 2975065

(assinatura do pesquisador)

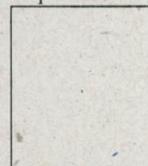
CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____,
abaixo assinado, _____ responsável por
_____ autorizo a sua
participação no 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 seu acompanhamento/ assistência/tratamento) para mim ou para o (a) menor em questão.

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: _____