

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

**NAYARA KEYLLA VIEIRA DA SILVA**

**UTILIZAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DAS CRIANÇAS NO  
ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO DOS MENORES DE DOIS ANOS  
ATENDIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO  
2016**

**NAYARA KEYLLA VIEIRA DA SILVA**

**UTILIZAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DAS CRIANÇAS NO  
ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO DOS MENORES DE DOIS ANOS  
ATENDIDAS NAS UNIDADES 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 ao requisito final para Conclusão de Curso.

Orientadora: Michelle Figueiredo  
Carvalho

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO  
2016**

Catálogo na fonte  
Sistema de Bibliotecas da UFPE - Biblioteca Setorial do CAV  
Bibliotecária Ana Ligia Feliciano dos Santos - CRB-4/2005

S586u Silva, Nayara Keylla Vieira da.

Utilização da caderneta de saúde das crianças no acompanhamento do crescimento dos menores de dois anos atendidas nas unidades de saúde da família. / Nayara Keylla Vieira da Silva. - Vitória de Santo Antão, 2016.

52 f.: il.; tab.

Orientadora: Michelle Figueiredo Carvalho.

TCC (Bacharelado em Nutrição) – Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Núcleo de Nutrição, 2016.

Inclui bibliografia, apêndices e anexos.

1. Saúde da Criança. 2. Saúde Pública. 3. Crianças- Estado Nutricional. I. Carvalho, Michelle Figueiredo (Orientadora). II. Título.

613.20832 CDD (23.ed.)

**BIBCAV/UFPE-105/2016**

**NAYARA KEYLLA VIEIRA DA SILVA**

**UTILIZAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DAS CRIANÇAS NO  
ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO DOS MENORES DE DOIS ANOS  
ATENDIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Aprovado em: 15/07/2016.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Sandra Cristina da Silva Santana  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Marcela de Albuquerque Melo  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Paula Thianara de Freitas Santos  
Universidade Federal de Pernambuco

Oh dá-me de beber da água da fonte da vida  
Antes que o haja houvesse Ele já era Deus  
Se revelou ao seus do crente ao ateu  
Ninguém explica Deus  
(CLÓVIS PINHO)

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por me encher a cada amanhecer com seu amor, ensinado que a paz é minha e ninguém pode tirar aquilo que não tem. Essa paz vem de ti, Pai de bondade, inexplicável.

A meus pais Carlinhos e Neuza, por está sempre ao meu lado, por ter me educado, instruído para a vida e por todo o carinho doado sem interesse.

Aos meus irmãos Dudu e Nyzinho, por deixar minha vida mais colorida e alegre, sem vocês minha infância não seria a mesma. Sou mais feliz por ter vocês irmãos lindos.

Ao meu esposo Thiago, por ter entendido e aceitado minha vontade, pois compreendo que muito tempo foi perdido em família para a realização dessa conquista, mas chegou ao fim e novos tempos virão.

Aos meus amigos, que me ajudaram na construção desse sonho e pela a força das suas orações.

A minha professora Roberta, aos meus professores da Escola Dom Mota e da Universidade Federal, que com muita dedicação, compromisso e carinho passaram seus conhecimentos, capacitando –me como uma futura profissional da área de saúde.

A minha orientadora Michelle Carvalho Figueira por ter aceitado ser minha orientadora, pela paciência, incentivo e compreensão no decorrer dessa jornada.

Aos meus filhos Pietra e Heitor, anjos de Deus, que vieram para preencher minha vida.

## RESUMO

No que tange as questões voltadas para saúde da criança é de suma importância que alguns acompanhamentos sejam realizados, dentre eles podemos destacar os que dizem respeito aos processos de crescimento, desenvolvimento, saúde e nutrição da criança. Quando esses acompanhamentos não são realizados, as crianças estão expostas a inúmeros riscos, dentre eles podemos pôr em destaque a desnutrição e/ou nanismo o que acarreta em um aumento na morbimortalidade infantil. Assim, esta pesquisa tem como objetivo avaliar a utilização da Caderneta de Saúde das Crianças (CSC) no acompanhamento do crescimento dos menores de dois anos atendidas nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município da Vitória de Santo Antão – Pernambuco. Esta se caracteriza por ser um estudo do tipo descritivo de corte transversal. Também foi aplicado questionário e realizado verificações na CSC. Para a Avaliação do Estado Nutricional (AEN) das crianças foi utilizado o padrão de referência da Organização Mundial de Saúde (2006), classificando em escore Z os índices peso para idade, estatura para idade e Índice de massa corporal para idade, através do software Antro da World Health Organization (WHO) versão 3.2.2. Já para a tabulação e análise dos dados foi utilizado Software EPI INF versão 6.04 (BRASIL, 2011). A maioria das crianças era atendida em USF na zona urbana, moravam com quatro a seis pessoas, residem em casa com água encanada. Quanto a renda familiar era de 1 a 2 salários mínimos e recebiam benefícios do governo. Houve ausência de registro dos dados antropométricos ao nascer nas CSC, sendo o perímetro cefálico a medida menos registrada. Já na avaliação do dia da entrevista, o peso e o comprimento tiveram um aumento na ausência de registro. No entanto o perímetro cefálico apresentou uma redução. Quando realizada a avaliação do estado nutricional das crianças foi identificada que no índice peso para a idade e comprimento para a idade, estavam adequadas para a idade. Sobretudo na classificação do Índice de massa corporal 41,4% apresentaram problemas nutricionais. Dessa forma, percebe-se a necessidade da implementação de um programa de vigilância nutricional, direcionando os serviços de saúde à investigação ativa do estado nutricional da população atendida nas USF de Vitória de Santo Antão.

**Palavras-chave:** Crescimento. Lactante. Estado nutricional.

## ABSTRACT

Regarding the issues facing children's health is of paramount importance that some dishes are carried out, among them we can highlight those related to the processes of growth, development, health and child nutrition. When these dishes are not made, children are exposed to numerous risks, among them we can highlight malnutrition and / or dwarfism which results in an increase in infant mortality. Thus, this research aims to evaluate the use of the Child Health Record (CHR) under two years served in the Family Health Units (USF) in the city of Vitória de Santo Antão - Pernambuco. This is characterized by being a descriptive study of cross section. It was also the questionnaire and carried out checks at CSC. For the Nutritional Status Assessment (NEA) of the children were used as the reference standard of the World Health Organization (2006), ranking the Z score weight-for-age, height for age and body mass index for age, through software Antro da World Health Organization (WHO) versão 3.2.2. As for the tabulation and analysis of the data was used Software EPI INF version 6.04 (BRASIL, 2011). Most of the children were treated at USF in the urban area, living with four to six people, live at home with running water. The family income was 1 to 2 minimum wages and receiving government benefits. There was no record of anthropometric data at birth in CSC, and head circumference unless registered as. In the day of the interview assessment, weight and length were increased in the absence of registration. However the head circumference showed a reduction. When performed to evaluate the nutritional status of children was identified that the weight-for-age and length-for-age, were appropriate for their age. Especially in the classification of body mass index 41.4% had nutritional problems. Thus, we see the need to implement a nutritional surveillance program, directing health services to active investigation of the nutritional status of the population served in Vitória de Santo Antão USF.

**Keywords:** Growth. Breastfeeding. Nutritional status.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sócio - econômicas e habitacionais das famílias das crianças menores de 2 anos atendidas nas unidades de Saúde da Família, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2014 – 2015.....	26
Tabela 2 - Registros dos dados antropométricos do nascimento e atual (dia da entrevista) na Caderneta de Saúde da Criança atendidas na puericultura das Unidades de Saúde da Família, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2014 – 2015.....	29
Tabela 3 - Avaliação do estado nutricional, segundo o índice peso para a idade de crianças atendidas na puericultura em Unidades de Saúde da Família, em Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2014 – 2015.....	31
Tabela 4 - Avaliação do estado nutricional, segundo o índice comprimento para a idade de crianças atendidas na puericultura em Unidades de Saúde da Família, em Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2014 – 2015.....	32
Tabela 5 - Avaliação do estado nutricional, segundo o índice peso para a idade de crianças atendidas na puericultura em Unidades de Saúde da Família, em Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2014 – 2015.....	33

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Ponto de corte de peso para idade para crianças menores de 10 anos.....	22
Quadro 2- Pontos de corte de estatura - para – idade para crianças menores de 10 anos.....	22
Quadro 3- Ponto de corte de IMC para idade para crianças menores de 5 anos.....	23

## LISTA DE ABREVIATURAS

AEN – Avaliação do Estado Nutricional

CD - Crescimento e Desenvolvimento

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CSC – Caderneta de Saúde da Criança

IMC – Índice de massa corporal

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAISC – Programa de Atenção Integrada de Saúde da Criança

PNAN – Programa Nacional de Alimentação e Nutrição

PHPN - Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PNDS - Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

PSF – Programa Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação de Atenção básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SRH – Setor de Recursos Humanos

USF – Unidade de Saúde da Família

VC – Velocidade de Crescimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>13</b>
2.1 Objetivo geral .....	13
2.2 Objetivos específicos .....	13
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>14</b>
<b>4 REVISÃO DE LITERATURATURA</b> .....	<b>15</b>
4.1 Crescimento infantil e o acompanhamento do crescimento .....	15
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	<b>20</b>
5.1 Tipo de Estudo .....	20
5.2 Local e Caracterização dos Participantes .....	20
5.3 Coleta de Dados.....	20
5.4 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL.....	21
5.5 Processamento e análise dos dados.....	23
5.6 Aspectos éticos .....	24
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>25</b>
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>36</b>
<b>APÊNDICE A – Questionário da criança</b> .....	<b>39</b>
<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento</b> .....	<b>48</b>
<b>ANEXO A – Carta de anuência</b> .....	<b>50</b>
<b>ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP</b> .....	<b>51</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Programa de Atenção à saúde da criança tem como proposta prestar a esse grupo uma assistência integral, que garanta uma plenitude no acompanhamento do processo de crescimento, desenvolvimento, saúde e nutrição (SILVA, 2013). Na década de 80, o Brasil (2012), estabeleceu cinco ações básicas na atenção à saúde das crianças com o objetivo de aumentar a resolutividade dos serviços no que diz respeito aos agravos à saúde infantil, os quais são: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o estímulo ao aleitamento materno, orientações alimentares, imunização e prevenção de doenças prevalentes. Dentre essas, o acompanhamento do crescimento é um importante indicador de saúde, já que pode identificar precocemente alterações no bem-estar nutricional e ocorrência de doenças na criança (CERVATO- MANCUSO *et. al.*, 2012).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), quando não é realizado o acompanhamento do Crescimento há um maior risco das morbidades evoluírem para estágios mais avançados como desnutrição e/ou nanismo, aumentando a morbimortalidade infantil.

A desnutrição acarreta prejuízos no crescimento sendo que os efeitos mais graves ocorrem nos primeiros anos de vida, porém quando diagnosticado em tempo, é possível que o indivíduo consiga atingir a altura adequada para sua idade (COUTINHO *et. al.*, 2008; WILDMAIER *et. al.*, 2011). Portanto, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança deve está registrada na caderneta da criança como uma forma de prevenção dos agravos a saúde, já que se configura como instrumento de padronização desse acompanhamento e apresenta metodologias facilmente realizadas na rotina dos serviços básicos de saúde (MOREIRA; GAÍVA, 2013). O acompanhamento do crescimento é concretizado através dos índices: perímetro cefálico para a idade, peso para a idade, comprimento para a idade e Índice de Massa Corporal para a idade e posteriormente comparados com curvas da Organização Mundial da Saúde 2006 e 2007 (BRASIL, 2011).

Ao se acompanhar o crescimento e desenvolvimento, é possível identificar inadequações nas demais ações de Atenção à Saúde da criança, visto que os

aspectos relativos ao desmame precoce, a ocorrência de doenças e alimentação inadequada interferem negativamente no processo infantil (LOUREIRO *et. al.*, 2013).

Estudar e avaliar o serviço de saúde prestado à comunidade permite realizar um diagnóstico dos pontos fracos e fortes da assistência e ampliar a acessibilidade, garantindo ao profissional os resultados de suas intervenções. (CARVALHO *et. al.*, 2008). Com isso, é explícita a necessidade de conhecer como está transcorrendo o processo de avaliação nutricional nos menores de dois anos, na atenção à saúde da criança.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Avaliar a utilização da Caderneta de Saúde das Crianças no acompanhamento do crescimento dos menores de 2 anos atendidos nas Unidade de Saúde da Família do município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar a amostra quanto às condições demográficas, sócio econômicas e habitacionais;
- Avaliar o Estado nutricional (atual) das crianças menores de 2 anos no dia da entrevista, através dos registros da Caderneta de Saúde da Criança.
- Analisar o processo de acompanhamento do crescimento nas unidades de saúde, quanto ao registro das medidas antropométricas na caderneta da criança, desde o nascimento até o dia da entrevista.

### 3 JUSTIFICATIVA

O acompanhamento do crescimento é essencial no cuidado infantil, sendo capaz de diagnosticar morbidades, que corrigidas precocemente não comprometerão o crescimento corporal, podendo também identificar inadequações nas demais ações desse grupo. Além disso, é possível trabalhar na valorização da puericultura, garantindo gerações de adultos e idosos mais saudáveis (BRASIL, 2012).

Dessa forma, esta pesquisa justifica-se, por permitir avaliar o processo de trabalho relacionado ao acompanhamento das crianças através da verificação dos registros antropométricos na Caderneta da Criança, os quais se configuram como medidas indispensáveis ao acompanhamento do crescimento infantil. Dessa forma, permitirá identificar a Atenção à Saúde da criança no município e a identificação precoce das doenças e da alimentação inadequada. Além disso, o estudo possibilitará o diagnóstico do perfil nutricional dessas crianças e com isso poderá estabelecer mudanças nas ações e cuidados na infância e nos serviços básico de saúde do município de Vitória de Santo Antão.

## 4 REVISÃO DE LITERATURATURA

### 4.1 Crescimento infantil e o acompanhamento do crescimento

O crescimento infantil é considerado um processo complexo e dinâmico no qual há o aumento do tamanho celular, que implicará no aumento do tamanho corporal (FERREIRA, 2012; BRASIL, 2012). Esse, está relacionado com fatores intrínsecos que é descrito como a carga genética do indivíduo e extrínsecos, que é representado pelo meio ambiente em que a criança vive. Dessa forma, o potencial genético do ser, poderá ser alcançado ou não, dependendo das influências fisiológicas e ambientais no qual o indivíduo está inserido. (FONSECA, 2014).

Como elementos do meio ambiente capazes de interferir no crescimento estão: a alimentação, a saúde, a higiene, os cuidados gerais com as crianças, a escolaridade materna, a renda familiar, o número de cômodos da residência, o acesso à água dentre outros aspectos socioeconômico e culturais (PINHO *et. al.*, 2010). Romani *et. al.*, (2004) em sua revisão literária defende, que o peso ao nascer e o crescimento intrauterino também influenciam na dinâmica desse crescimento. Contudo, enfatizam a necessidade de mais estudos sobre a primeira infância já que os efeitos acontecem em longo prazo.

A desnutrição, como uma das causas do déficit da altura para a idade, é um tema social que vem atingindo principalmente os menores de cinco anos, que vivem em famílias com poder aquisitivo baixo, condições higiênico-sanitárias inadequadas, baixa escolaridade e que tem um acompanhamento de saúde inadequado. No entanto, houve mudanças no perfil epidemiológico nos últimos anos, elevando a prevalência de obesidade infantil e reduzindo a prevalência de desnutrição, isso devido a modificações no padrão alimentar das famílias em decorrência do novo estilo de vida. Mas, mesmo assim as taxas de desnutrição ainda representam um problema de magnitude e consequência desastrosa para o crescimento e desenvolvimento da criança, e estão relacionadas com cerca de 50% das mortes infantis mundiais (BOTEGA, 2010).

O Ministério da Saúde (2006) através da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) constatou que na infância o risco de morrer antes de completar os

cinco anos de vida era 140% superior entre aquelas que residiam no Nordeste, 95% mais elevada ao Norte e 30% no Centro – oeste, quando comparamos com as crianças menores de cinco anos da região Sul, reforçando assim a necessidade de implantação de medidas mais efetivas para solucionar as falhas da assistência à saúde das crianças e reduzir as desigualdades sociais regionais.

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) criado em 1984 estabelecia ação a saúde infantil dentre elas o acompanhamento do crescimento representava o eixo central através do qual é possível o diagnóstico do estado de saúde das crianças e prevenir precocemente a desnutrição e outros agravos, permitindo que a criança atinja o seu potencial máximo de crescimento (BRASIL, 2012).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2009) relata a importância do acompanhamento do crescimento nas fases do lactente por ser a de maior velocidade de crescimento (VC) cerca de 25 cm/ano no primeiro ano de vida, vindo a ter uma redução no segundo ano para (15 cm/ano). Essa fase primária exige um cuidado intenso principalmente com os fatores nutricionais e ambientais que são determinantes no crescimento nesse grupo.

No Brasil, para o acompanhamento da criança em unidades de saúde, os registros de saúde infantil eram feitos no Cartão da criança, que continha o calendário das vacinas e o gráfico do crescimento. Atualmente todas as crianças ganham nas uma Caderneta de Saúde da criança (CSC), a qual substituiu o antigo cartão da criança e estão os gráficos antropométricos, além de informações sobre gravidez, parto e puerpério, alimentação saudável, higiene, saúde da criança, registro dos marcos de desenvolvimento, calendário de vacina, dados do registro civil de nascimento, amamentação e desmame (GAÍVA, 2014).

Apesar das mudanças no cartão afim de melhorar a assistência às crianças, existe também uma necessidade de compreender a importância que os profissionais e a família atribuem a CSC, já que foi diagnosticado uma incompletude nos preenchimentos dos dados de saúde da criança, o que dificulta o acompanhamento adequado do crescimento, bem como a orientação aos pais quanto ao estado de saúde da criança (GAÍVA, 2014).

É importante que os pais e/ou responsáveis sejam orientados pelos profissionais da área no que diz respeito a situação de saúde na infância entre outras ações quanto ao registro dos dados de saúde da criança na CSC. Como

também a cada oportunidade de contato com a unidade, independentemente de sua motivação, deverá ser realizada a avaliação da criança de forma integral, pois assim será possível classificar o estado nutricional, acompanhar o crescimento e realizar as intervenções necessárias (BRASIL, 2012).

Nessa perspectiva de prestar uma assistência integral na infância houve modificações na política de saúde desse grupo, principalmente quanto a importância da quantidade mínima de consulta para cada faixa etária como nos casos de lactentes, que necessitam realizar uma consulta na primeira semana de vida, seguindo para o acompanhamento mensal do primeiro mês de nascido até o sexto, que posteriormente tem intervalos de três meses até completar um ano e seis meses, depois disso o intervalo será de seis meses entre as consultas (BRASIL, 2012).

Nas visitas das crianças às UBS, o acompanhamento do crescimento e todos os registros de seu estado de saúde devem ser anotados na caderneta, tais como, os gráfico de peso para a idade e de estatura para a idade nos quais devem, ser registrados os pontos de peso e estatura e traçadas as curvas. Também é necessário observar a posição dos pontos de corte superior e inferior em relação ao gráfico para classifica-lo. Por exemplo, para o gráfico de peso para a idade temos o ponto de corte, podendo variar acima do percentil 97(classificado como sobrepeso) até abaixo do percentil 0,1 (peso muito baixo). Ademais a faixa de eutrofia está entre o percentil 97 e 10, que é a faixa de normalidade nutricional (BRASIL, 2012).

Como também deve ser avaliado o sentido do traçado pela curva, pois quando essa é ascendente e está entre o percentil 97 e 10 correspondendo a condição de crescimento satisfatório do peso e estatura do indivíduo. Por outro lado quando a curva apresenta-se horizontal e entre o percentil 10 e 03 isso significa, que a criança está em risco nutricional, sendo insatisfatória a condição de crescimento; as curvas horizontal e decrescente representa um risco para o peso muito baixo e desnutrição. As causas desses problemas podem ser decorrentes de alguma morbidade, que esteja dificultando a absorção dos nutrientes e/ou alimentação inadequada, que acarretará em prejuízo ao crescimento (BRASIL, 2012)

Afim de qualificar seus profissionais de saúde na análise e coleta antropométrica, o Brasil (2011) elaborou orientações, dentre as quais está o estímulo a utilização da antropometria por não ser invasiva e pela praticidade de aplicação e

padronização, além de seu baixo custo. Aponta a importância do agrupamento dos dados para comparação e avaliação, assim proporcionando uma classificação do estado nutricional na infância.

O acompanhamento do crescimento, para ser realizado necessita de ferramentas de avaliação, nessa perspectiva Ferreira (2012) enfatiza que a antropometria, as tabelas e os gráficos dos índices antropométricos são meios de uso comum na área da saúde para esse objetivo, por apresentar uma relativa precisão e facilidade de aplicação.

As curvas de crescimento da OMS a 2006 e 2007 são recomendadas como referência para qualquer sociedade e é a melhor apresentada atualmente, por todo o cuidado metodológico envolvido durante a construção e análise, mesmo que alguns países se recusem a seguir alegando, que as referências locais sejam mais fidedignas para a sua população (WHO, 2006).

A OMS estabelece o uso do peso para a idade, que relaciona a massa corporal e a idade cronológica a qual expressa o crescimento linear da criança; do peso para a estatura no qual faz relação da massa total do indivíduo e sua estatura; e índice de massa corporal (IMC) para a idade, que é a relação do peso da criança com a estatura ao quadrado. Como também há a relação do perímetro cefálico e perímetro torácico, utilizado para diagnóstico de patologias como hidrocefalia e microcefalia. Nessa relação os resultados considerados normais são quando crianças com faixa etária de zero a seis meses apresentam o resultado igual a um e para as crianças de seis meses a cinco anos tem o resultado maior que um. Através desses indicadores é possível diagnosticar o estado nutricional do indivíduo, pelos pontos de cortes, que são bases de dados seguidos internacionalmente como referência nutricional (VITOLLO, 2008).

No trabalho de Carvalho, *et al* (2008), foi realizado uma análise da ação de acompanhamento do crescimento de crianças menores de um ano de vida, nas unidades de saúde do Estado de Pernambuco, Brasil, no ano de 1998. A pesquisa foi realizada com 816 menores de um ano. Entre os resultados desse estudo estão: 72,54% (592) de crianças com o registro do peso ao nascer no CSC, dentre essas 8,2 % nasceram com baixo peso (< 2,500g) e 20,9% com peso insuficiente (2,500 – 2,999g), isto mostra a ausência de registros necessários para uma adequada avaliação, como também um número importante de crianças em risco de morbimortalidade. Já com relação ao registro do ponto de peso atual, aferido no dia

da consulta, 6,8% encontravam-se com o peso abaixo do percentil 10 e 14,5 % acima do percentil 90. Dentre as crianças que apresentavam registros em sua caderneta já foi possível identificar um número elevado de menores com risco nutricional.

Outro dado importante no estudo de Carvalho, *et al* (2008) foi que 84,2% das UBS apresentavam balança pesa-bebê funcionando e em 15,8% delas o equipamento não existia ou não funcionava. Já em relação à caderneta da criança, documento de disponibilização pelas unidades de saúde, cerca de 80% das unidades tinham em estoque, as demais não dispunha ou não tinha o suficiente. Os autores concluíram relatando a importância da avaliação nutricional e registros desses dados na caderneta da criança, servindo de instrumento para obter respostas das intervenções realizadas na infância.

Em outro estudo, Oliveira *et. al.* (2011) realizou a avaliação nutricional de 446 crianças para diagnosticar o déficit da estatura do município de Paulo Câmara - MG, em 2007. Com o intuito de enfatizar a importância do acompanhamento do crescimento no diagnóstico do déficit de estatura e correlacionar com a renda familiar, dos beneficiários do Programa Bolsa Família. O resultado obtido foi: 20% de baixo peso para idade, 1,0% baixo peso para estatura, 6,3% baixa estatura e 0,5% baixo IMC para idade. Outro dado importante, foi que crianças menores de 48 meses tiveram 4,4 vezes mais chances de apresentarem baixa estatura, quando comparadas as mais velhas. A anemia foi uma tendência de associação com a baixa estatura. Verificou-se também que o acompanhamento nutricional e o incentivo financeiro, melhorou o estado nutricional das crianças.

Portanto, o que se observa é a falta de registros na caderneta pelos profissionais; a precariedade dos instrumentos para avaliação, não apresentando o material necessário para o processo de trabalho, fato esse que dificulta a realização do acompanhamento do crescimento (CARVALHO, *et al*, 2008).

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de Estudo**

A pesquisa é do tipo descritiva, com corte transversal e de abordagem quantitativa.

### **5.2 Local e Caracterização dos Participantes**

A pesquisa representou uma subamostra de um projeto maior intitulado *Avaliação das condições de saúde e nutrição materno-infantil atendidas nas unidades de saúde no município de vitória de santo antão, PE, Brasil*, o qual fez parte do PET Redes de Atenção à Saúde – Rede Cegonha, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), do Centro Acadêmico de Vitória (CAV). Que foi realizada nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Vitória de Santo Antão. As referidas unidades foram identificadas através do cadastro no sistema de informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), perfazendo um total de 27 unidades, sendo 8 unidades localizadas na área rural e 19 na área urbana. A população do estudo foi composta por crianças menores de dois anos residentes no município e atendida em demanda espontânea no momento da pesquisa nas unidades do PSF. Foram excluídas da pesquisa os gemelares e crianças nascidas com peso inferior a 2500g.

### **5.3 Coleta de Dados**

A coleta de dados ocorreu a partir de visitas às USF e foi realizada por meio de inquérito às mães e/ou acompanhantes das crianças menores de dois anos através de um questionário padronizado (Apêndice A) com questões formuladas a partir das recomendações do programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e do Programa de Atenção à Saúde da Criança e do Sistema de Vigilância Alimentar e

Nutricional (SISVAN) que abordou informações referentes à: avaliação do estado nutricional, características sociais das famílias, bem como informações biológicas sobre as crianças e sobre as práticas alimentares, aleitamento materno e introdução de alimentos. Contudo, para o presente estudo foram utilizadas as informações sobre AEN, condições sociais, demográficas e habitacionais das famílias.

Diante disso utilizamos as seguintes variáveis: relacionadas às condições sócio – econômicas e habitacionais: (a) renda familiar, se recebem benefícios do governo, local das residências e USF (urbano ou rural), tipo de residência, fornecimento de água, tratamento da água para consumo, saneamento, número de cômodos, quantidade de moradores na residência, número de irmãos (b) – relacionada às crianças menores de 2 anos – registro do peso ao nascer, peso atual, comprimento ao nascer e o atual, perímetro cefálico ao nascer e o atual.

Os entrevistadores (Aluna do curso de graduação em nutrição e residentes R1 e R2 da residência multiprofissional de interiorização de atenção à saúde/saúde da família da UFPE/CAV), foram treinados previamente e os instrumentos submetidos à pré-testes em outras USF não participantes do estudo. Além disso, semanalmente os questionários passavam por revisão dos supervisores de campo e pesquisadores. Quinzenalmente aconteceram reuniões da equipe a fim de avaliar o andamento do trabalho e fazer as mudanças que se mostraram necessárias.

#### **5. 4 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL**

Para a avaliação do estado nutricional das crianças menores de dois anos foram utilizadas as balanças pesa bebê (com capacidade de 16 kg e precisão de 10 g) e antropômetro infantil, disponível nas USF. O Software Antro da WHO versão 3.2.2 (BRASIL, 2011) foi utilizado para analisar o estado nutricional das crianças e a classificação foi segundo a OMS, 2006 conforme os Quadros 1, 2 e 3.

Quadro 1- Ponto de corte de peso para idade para crianças menores de 10 anos

Valores Críticos		Diagnóstico Nutricional
< Percentil 0,1	< Escore -Z 3	Muito baixo peso para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore - Z -3 e < Escore -Z - 2	Baixo peso para a idade
≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 97	≥ Escore - Z -2 e ≤ Escore -Z + 2	Peso adequado para a idade
>Percentil 97	>Escore - Z +2	Peso elevado para a idade

Fonte: Brasil, 2011.

Quadro 2- Pontos de corte de estatura - para – idade para crianças menores de 10 anos

Valores Críticos		Diagnóstico Nutricional
< Percentil 0,1	< Escore -z -3	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore - z -3 e < Escore - z - 2	Baixa estatura para idade
≥ Percentil 3	≥ Escore - z -2	Estatura adequada para a idade

Fonte: Brasil, 2011.

Quadro 3- Ponto de corte de Índice de massa corporal para a idade para crianças menores de 5 anos

Valores Críticos		Diagnóstico Nutricional
< Percentil 0,1	< Escore - Z -3	Magreza acentuada
≥Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore -z -3 e ≤ Escore -z - 2	Magreza
>Percentil 3 e ≤ Percentil 85	≥ Escore - z - 2 e ≤ Escore - z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	>Escore - z + 1 e ≤ Escore -z + 2	Risco de sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore -z + 2 e ≤ Escore -z + 3	Sobrepeso
> Percentil 99,9	> Escore - z + 3	Obesidade

Fonte: Brasil, 2011.

### 5.5 Processamento e análise dos dados

O banco de dados foi criado com a utilização do programa EPI INFO versão 6.04. No processamento dos dados houve a transformação das perguntas em variáveis, as quais foram alimentadas com as informações dos questionários. A digitação dos dados foi realizada por uma estudante treinada. O acompanhamento dos erros de digitação foi realizado pela extração de tabelas de frequência simples a partir de identificação de dados e conferências junto ao questionário e correções. Os dados foram expressos em valores percentuais e absolutos.

## **5.6 Aspectos éticos**

A pesquisa teve a aprovação com Parecer Consubstanciado do CEP nº CAAE 15371413.8.0000.5208 (Anexo B) do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco. Ressalta-se que as informações coletadas foram tratadas de maneira sigilosas, preservando tanto a identificação dos profissionais quanto das unidades de saúde. Desta maneira, foram obedecidos os princípios Éticos da Pesquisa com Seres Humanos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na resolução 196/96 (CONEP, 1996). Os dados obtidos foram confidenciais e asseguramos o sigilo durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por 172 crianças menores de dois anos, que foram atendidas no serviço de puericultura nas USF, na qual foi possível observar, que a maioria das crianças entrevistadas eram atendidas em USF na zona urbana 93,6%(161) e 6,4%(11) da zona rural. A discrepância nos valores dá-se pela quantidade inferior de UBS nas zonas rurais, como também pela dificuldade da coleta nessa área.

Diante das características sócio–econômicas, foi constatado que a maioria 51,8% das crianças moram com quatro a seis pessoas e são filhos únicos (51,7%). A quantidade de moradores adultos em uma residência normalmente contribuem para o aumento da renda familiar, já em contraponto quanto maior o número de crianças, maior a probabilidade de déficits nutricionais, por elevar os custos da família, o que pode aumentar o risco de viver de forma precária, com escassez de alimentos e sem condições dignas de vida (BOTEGA, *et al*, 2010).

Além disso, quase metade dos familiares 49,4% residem em casas próprias, com mais de três cômodos (89%) e a maioria tem água encanada em casa (82,6%), 82% das casas utilizam água tratada para consumo e mais da metade (56%) utilizam rede de esgoto, mas vale ressaltar que 36% usam fossa séptica.

Quando há serviços de saneamento básico, acesso a água encanada, a prática de tratamento da água de consumo, o número maior de cômodos e o fato da casa ser própria, esses aspectos reduzem os riscos de desnutrição, pois práticas inadequadas de higiene favorecem as infecções, diarreia e parasitoses, que podem comprometer o crescimento dessas crianças. Como também é salutar afirmar, que quando a família não paga aluguel, esse valor é utilizado em uma dieta de melhor qualidade (BOTEGA, *et al*, 2010). Em um outro estudo, os autores afirmam que as crianças com o hábito de ingerir água sem tratamento, tem três vezes mais probabilidade de apresentar déficit de estatura, em relação as que consomem água tratada (OLIVEIRA, *et al*, 2010)

Quanto a renda familiar, cerca de 67% das famílias vivem com um a 2 salários mínimo ao mês e 25% das famílias vivem com menos de um salário. Quase metade dos familiares recebem o benefício do governo e 45,6%. Oliveira *et al.*, (2010), defendem, que as famílias beneficiárias do governo, tem mais chance de desenvolver déficit de estatura, razão pela qual recebem o auxílio para suprir ao

mínimo garantir uma qualidade de vida a essas famílias, cujo renda não consegue atender. No entanto o benefício consegue reduzir os problemas de carência nutricional, quando associado a outras ações intersetoriais como saneamento básico, acesso à educação e saúde(OLIVEIRA et al, 2010).

Tabela 1 - Características sócio – econômicas, demográficas e habitacionais das famílias das crianças menores de 2 anos atendidas nas unidades de Saúde da Família, Vitória de Santo antão, Pernambuco, 2014 – 2015

Classificação / Variáveis	Frequência	
	n	%
Localização das Unidades		
Urbanas	161	93,6
Rurais	11	6,4
Quantidade de moradores		
Até 3 pessoas	75	43,6
4 a 6 pessoas	89	51,8
7 ou mais pessoas	8	4,6
Número de irmãos		
Nenhum	89	51,7
1 – 3	79	46
> 3	4	2,3

Fonte: Silva, N.K.V., 2016. Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos resultados obtidos na pesquisa

Continuação, Tabela 1 - Características socioeconômicas, demográficas e habitacionais das famílias das crianças menores de 2 anos atendidas nas unidades de Saúde da Família, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2014 – 2015

Classificação / Variáveis	Frequência	
	n	%
Água encanada		
Sim	142	82,6
Não	30	17,4
A água para beber é tratada		
Sim	141	82
Não	31	18
Destino do dejetos**		
Fossa	62	36
Céu – aberto	12	7
Rede de esgoto	96	56
Residência		
Própria	85	49,4
Alugada	77	44,8
Cedida	10	5,8
Quantidade de cômodos da casa		
1 cômodo	3	1,7
2 cômodos	16	9,3
≥ 3 cômodos	153	89
Renda familiar**		
< 1 salário mínimo*	43	25
1 a 2 salários mínimos	114	67
> 2 salários mínimos	14	8
Benefício do governo**		
Sim	78	45,6
Não	93	54,4

\*Salário mínimo no ano de 2014 (724,00R\$) e 2015 (788,00R\$)

\*\*Não há informações para a totalidade da amostra

Fonte: Silva, N.K.V., 2016. Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos resultados obtidos na pesquisa

Na tabela 2 estão apresentados os resultados referentes aos registros dos dados antropométricos do nascimento e do dia que foi realizada a entrevista. É regulamentado, que todo acontecimento e dados significativos à saúde da criança sejam registrados no CSC (BRASIL, 2012).

Destaca-se ausência de registro dos dados do nascimento das crianças sendo, 5,2% no registro do peso, 22,1% do comprimento e 51,1% do perímetro cefálico. Já na avaliação no dia da entrevista, houve um percentual maior de omissão de anotações com 27,3% de cadernetas com ausência do peso e 32,6% de comprimento. Quanto ao perímetro cefálico houve uma redução, apresentando 38,9% de cadernetas sem essa medida registrada.

Os resultados encontrados não estão concordando com as normas preconizados pela vigilância nutricional das crianças, que regem um acompanhamento de condição de saúde e nutrição através da avaliação antropométrica e do registro dos dados na caderneta, sempre que a criança for ao serviço de saúde, devendo ser anotado todas as informações de seu estado de saúde, incluindo o registro de peso, comprimento e perímetro cefálico (BRASIL, 2011). Ainda sobre a ausência de registros na CSC, em um estudo no estado do Pernambuco, foi constatado, que das 592 crianças participantes, 224 não tinham o registro do peso ao nascer na CSC e apenas 402 crianças foram pesadas no dia da entrevista (CARVALHO, *et al*, 2008).

“A grande maioria das crianças possui o cartão da criança, mas a monitorização do crescimento infantil parece ainda não receber a devida atenção, uma vez que cerca de 30% das crianças que tiveram contato com pediatra não tiveram seu peso registrado no cartão de crescimento, mesmo quando a consulta era de puericultura (SANTOS, *et al*, 2000)”.

Tabela 2 – Registro dos dados antropométricos de nascimento e atual (dia da entrevista) na Caderneta de Saúde da Criança atendidas na puericultura das Unidades de Saúde da Família, Vitória de Santo antão, Pernambuco, 2014 – 2015

Dados antropométricos	Frequência	
	n	%
<b>Do Nascimento</b>		
Peso		
Sim	163	94,8
Não	9	5,2
Comprimento		
Sim	134	77,9
Não	38	22,1
Perímetro cefálico		
Sim	84	48,9
Não	88	51,1
<b>Atual (dia da entrevista)</b>		
Peso		
Sim	125	72,7
Não	47	27,3
Comprimento		
Sim	116	67,4
Não	56	32,6
Perímetro cefálico		
Sim	102	61,1
Não	60	38,9

Fonte: Silva, N.K.V., 2016. Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos resultados obtidos na pesquisa.

Para a avaliação do estado nutricional do total de 172 crianças em 38 (23%) não foram possíveis avaliar o estado nutricional por falta de registro dos dados antropométricos. Dessa forma a AEN foi realizada em 125 crianças da amostra (Tabela 3).

Essa ausência de dados atrapalha o processo de acompanhamento do crescimento, que é o eixo principal da atenção à saúde desse grupo. É possível constatar, que essa problemática ainda é maior em outros lugares, como em um município do Estado de São Paulo, em que foi realizado um estudo, em 2013 com 358 crianças, sendo que apenas 8,9% dos gráficos de peso e de estatura estavam preenchidos, além disso metade das crianças 56,8% (96) apresentavam ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento, corroborando para um acompanhamento infantil precário (PALOMBO, *et al*, 2014).

Na presente pesquisa 92% (115) das crianças estão com o peso adequado para idade, em contraponto 3,2% (4) estão com baixo peso ou muito baixo peso para idade e 4,8% com peso elevado, sendo esses dados expostos na tabela 3. Numa clínica em Escola de Teresina- PI, em 2013, foram analisadas 396 crianças, com referência ao mesmo índice, 5,1% das crianças estavam com o baixo e muito baixo peso para idade, sendo maior que o valor encontrado no presente estudo (FONSECA, 2014).

A vigilância do peso para idade é muito importante, pois é uma ferramenta que pode sinalizar um erro alimentar infantil como uma alimentação de alto valor energético, a qual leva ao sobrepeso e em casos mais graves a obesidade infantil; como também, por outro lado pode alertar para uma desnutrição em casos de restrições alimentares ou em decorrência de alguma patologia, que impede a absorção adequada dos nutrientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

Tabela 3 - Avaliação do estado nutricional, segundo o índice peso para a idade de crianças atendidas na puericultura em Unidades de Saúde da Família, em Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2014 – 2015

Classificação do Índice de Peso/Idade	Frequência		Intervalo de Confiança (95%)	
	n	%	Inferior	Superior
Adequado	115	92.0	85.78	96.10
Baixo	1	0.8	0.02	4.38
Elevado	6	4.8	1.78	10.15
Muito baixo	3	2.4	0.50	6.85
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100</b>		

Fonte: Silva, N.K.V., 2016. Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos resultados obtidos na pesquisa.

O acompanhamento do crescimento linear infantil é tão importante quanto o do peso, pois pode identificar deficiência de estatura e assim levar ao profissional a investigar as possíveis causas, que normalmente são dietas deficientes e infecções pregressas, sendo consequência do passado da criança, baseadas nas condições alimentares e de morbidade (BRASIL, 2002).

Em decorrência disso é utilizado o índice comprimento para idade na avaliação antropométrica das crianças. Magalhães (2011), no município de Mesquita – Minas Gerais realizou avaliação com 40 crianças e 92,50% estavam classificadas como eutróficas concordando com o valor encontrado nessa pesquisa, que resultou em 92% de comprimento para idade adequado e apenas 3,2% de comprimento baixo ou muito baixo para a idade (Tabela 4). Fonseca (2014), em um estudo realizado com crianças, em Teresina, Piauí, encontrou muito baixa estatura para idade e baixa estatura em 6,8% das crianças, tendo um resultado superior ao constatado nessa pesquisa 3,2%. Os dados de estatura inadequada encontrados na pesquisa segue o declínio do déficit de estatura da região Nordeste, que reduziu de 22% em 1996 para 5,7% no ano de 2008 (FONSECA, 2014).

Tabela 4 - Avaliação do estado nutricional, segundo o índice comprimento para a idade de crianças atendidas na puericultura em Unidades de Saúde da Família, em Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2014 – 2015

Classificação do Índice de Comprimento/Idade	Frequência		Intervalo de Confiança (95%)	
	n	%	Inferior	Superior
Adequado	108	93.1	86.86	96.98
Baixa	5	4.3	1.41	9.77
Muito baixa	3	2.6	0.54	7.37
<b>Total</b>	<b>116*</b>	<b>100.00%</b>		

\*Por ausência de dados 9 crianças não foram avaliadas

Fonte: Silva, N.K.V., 2016. Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos resultados obtidos na pesquisa

Na análise do IMC (Tabela 5) revela haver risco de sobrepeso em 22,4% (26) das crianças, sobrepeso em 11,21% (13) e obesidade 3,4% (4) delas. Por outro lado, magreza acentuada e magreza 4,4% (4) das crianças. No estudo de Fonseca, (2014) os valores divergiram quanto a magreza e magreza acentuada 8,1%, obesidade 5,3%, tendo um quantitativo mais elevado de crianças classificadas com magreza e resultados menores para risco de sobrepeso 8,3% e sobrepeso e 16,2% apresentando dados numéricos inferiores ao da presente pesquisa.

Os resultados confirmam a redução das taxas da desnutrição, no Brasil como um país que mais avançou no combate à desnutrição do ano de 1989 a 2006, cujas crianças menores de cinco anos classificadas como baixo peso para idade saíram de 7,1% para 1,8% e com baixa estatura de 19,6% para 6,8% (BRASIL, 2010).

Oposto à desnutrição, o sobrepeso e a obesidade vem aumentando na infância. Devido ao processo de transição nutricional caracterizado, pelo aumento no de alimentos ricos em gorduras e açúcares, com um maior teor calórico, de baixo valor nutritivo e elevando o número de doenças crônicas não transmissíveis e aumentando a possibilidade de morbidades, como: problemas respiratórios, diabetes mellitus, dislipidemias, hipertensão arterial (REIS, *et. al.*, 2011).

Tabela 5 - Avaliação do estado nutricional, segundo o índice de massa corporal para a idade de crianças atendidas na puericultura em Unidades de Saúde da Família, em Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2014 – 2015

Classificação do Índice de massa corporal/Idade	Frequência		Intervalo de Confiança (95%)	
	n	%	Inferior	Superior
Eutrofia	68	58.6	49.10	67.69
Magreza	4	3.4	0.95	8.59
Magreza acentuada	1	0.9	0.02	4.71
Obesidade	4	3.4	0.95	8.59
Risco de sobrepeso	26	22.4	15.19	31.09
Sobrepeso	13	11.2	49.10	67.69
<b>Total</b>	116*	100.00		

\*Por ausência de dados 9 crianças que não foram avaliadas

Fonte: Silva, N.K.V., 2016. Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos resultados obtidos na pesquisa

## 7 CONCLUSÃO

Foi identificado, que a maioria das crianças apresentou um estado nutricional satisfatório, quando comparado as normas do Ministério da Saúde. Entretanto, houve uma ausência significativa de registros desse acompanhamento, que é eixo principal da Atenção à saúde na infância, capaz de diagnosticar falhas nas demais ações de assistência à saúde como no estímulo ao aleitamento materno, orientações alimentares, imunização e prevenção de doenças prevalentes.

Dessa forma é importante que existam dados na caderneta, para que o acompanhamento do crescimento seja realizado da forma adequada, na qual o profissional de saúde tem papel fundamental na conscientização dos pais e/ou responsáveis pelas crianças da importância da CSC e sobre as orientações de saúde. Sendo assim, poderia ser possível traçar o perfil epidemiológico da área de intervenção e conhecer os principais fatores extrínsecos e intrínsecos, que podem prejudicar o estado nutricional das crianças comprometendo seu crescimento para que dessa forma sejam realizadas propostas e programas, que atendam às necessidades da população em estudo e resulte de maneira positiva as intervenções de promoção e prevenção à saúde das crianças.

É comprovado em estudos que os primeiros anos de vida é o de a maior velocidade no crescimento e os fatores que mais influenciam é o ambiente e a alimentação. Isso enfatiza a importância do acompanhamento para formulação de programas sociais nessa faixa etária, pois os fatores identificados como problemática desse grupo tem solução através de políticas públicas direcionadas como foi possível constatar no presente estudo, que a maioria das crianças apresentaram estatura e peso adequados para idade, refletindo assim em uma redução significativa do quadro de desnutrição, que era um problema social marcante.

Então essa pesquisa também possibilitou verificar, que as crianças estão em transição nutricional, da desnutrição para o sobrepeso e a obesidade, sendo mais um fator, que demanda o acompanhamento do crescimento, sugerindo-se a sensibilização das famílias sobre o assunto através da equipe de saúde.

Dessa forma, sente-se a necessidade da implementação de um programa de vigilância nutricional, que direcione os serviços de saúde à investigação ativa do estado nutricional da população atendida nas USF de Vitória de Santo Antão. Garantindo a atenção à Saúde da criança de forma integral como é preconizado pelo Ministério da Saúde.

## REFERÊNCIAS

- BOTEGA, A. de O. *et al.* **Desnutrição infantil**: um problema de saúde pública. 3. ed. Jornada Interdisciplinar em Saúde. Santa Maria – RS, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: MS, 2009.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da criança**: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília- DF: MS, 2012. (Caderno atenção básica.)
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde**: Brasil reduz taxa de desnutrição infantil e atinge meta estabelecida pela ONU. Brasília: Portal Brasil, 2010. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/saude/2010/12/saude-brasil-reduz-taxa-de-desnutricao-infantil-e-atinge-meta-estabelecida-pela-onu>>. Acesso em: 25 jun. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- CARVALHO, M. F. *et al.* **Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano**: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. Caderno de Saúde Pública. Recife-PE, 2008.
- CERVATO-MANCUSO, A.M. *et al.* A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.12, p. 3289-3300, 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/14.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2016.
- COUTINHO, J.G.; GENTIL, P.C; TORAL, N. A desnutrição e a obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única de nutrição. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, Sup 2, p.332-340, 2008.
- FERREIRA, A. A. **Avaliação do crescimento de crianças**: a trajetória das curvas de crescimento. Rio de Janeiro: Demetria, 2012.
- FONSECA, F.M.N.S. **Fatores associados ao crescimento de crianças menores de cinco anos**. 2014. 138f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, Piauí, 2014.
- GAÍVA, M. A. M.; SILVA, F. B. Caderneta de Saúde da Criança: Revisão integrativa. **Revista de Enfermagem**. UFPE online. Recife – PE, 2014.
- LOUREIRO, F.M. *et al.* Observação participada da consulta de enfermagem de saúde infantil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.6, p. 1294-1299,

2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/02.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

MAGALHÃES, M.L.N. Avaliação de crianças menores de seis anos de uma creche, segundo parâmetros antropométricos e dietéticos. **Revista Digital de Nutrição - NUTRIR GERAIS**, Ipatinga – MG, v. 5, n. 8, p. 708-726, fev./jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. **Resolução nº 196/96, versão 2012**. Brasília: MS, 2012.

Disponível em:

<[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23\\_out\\_ver\\_sao\\_final\\_196\\_ENCEP2012.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_ver_sao_final_196_ENCEP2012.pdf)>. Acesso em: 23 jun. 2016.

MOREIRA, M. D. S.; GAÍVA, M. A. M. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: análise dos registros das consultas de enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**. v. 5, n.2, p37-66, 2013. Disponível em<[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2150/pdf\\_773](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2150/pdf_773)>. Acesso em: 07 jun. 2016.

OLIVEIRA, F. C. C. *et al.* Estado nutricional e fatores determinantes do déficit estatural em crianças cadastradas no Programa Bolsa Família. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília v.20, n.1, mar. 2011.

PALOMBO, C. N.T. *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. esp., p. 60-67, 2014.

PINHO, C. P. S. *et al.* Avaliação antropométrica de crianças em creches do município de Bezerros, PE. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n. 3, p.315- 321, set. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v28n3/10.pdf>>. Acesso em: jun. 2016.

REIS, C.E.G.; VASCONCELOS, I. A.L; BARROS, J.F.N. Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. **Revista Paulista de Pediatria**, Verçosa-MG, v. 29, n. 4, p.625-33, 2011.

ROMANI, S. A. M; LIRA, P. I. C. Fatores determinantes do Crescimento Infantil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n.1, Recife, Jan./Mar. 2004.

SANTOS, S. R. *et al.* Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 266-271, 2000.

SILVA, J. A. L. **Assistência de enfermagem no acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de crianças na Ceilândia**. 2013. 54 f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) — Universidade de Brasília, Ceilândia-DF, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Avaliação nutricional da criança e do adolescente: Manual de Orientação**. São Paulo: Departamento de Nutrologia, 2009. 112p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de orientação para alimentação do lactente, pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola.** 3. ed. Rio de Janeiro, SBP: Departamento de Nutrologia, 2012.

SUTO, C. S. S.; LAURA, T. A. O. Freitas; COSTA, L. E. L. Puericultura: a consulta de enfermagem em Unidades Básicas de Saúde. **Revista de Enfermagem da UFPE online**, Recife. V.8, n.9, p.3127-33, set., 2014. Disponível em <file:///C:/Users/Thiago/Downloads/4956-61698-1-PB.pdf > Acesso em: 23 jun. 2016.

VITOLLO, M. R. **Nutrição:** da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2008.

WIDMAIER, E. P; RAFF, H.; STRANG, K.T. **Vander, Sherman e Luciano Fisiologia Humana Os mecanismos das funções corporais.** Rio de Janeiro: Guarabara Koogan, 2006.

WHO Multicentre Growth Reference Study Group. **WHO Child Growth Standards:** length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: World Health Organization, 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>>. Acesso em: 25 jun. 2016.



## APÊNDICE A – Questionário da criança



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA

CURSO DE NUTRIÇÃO

### AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DAS CRIANÇAS ATENDIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

Questionário da criança		
Unidade de Saúde:		
Número do questionário:		QUEST ____
Data da entrevista:	___/___/___	DENT __/__/____
Nome do entrevistador:		
Nome do ACS:		

#### Criança

Identificação		
1. Qual o nome da criança?		
2. Sexo	1 [ ] Feminino 2 [ ] Masculino	SEXO: ____
3. Nome completo da mãe?		
4. Qual a idade da criança?		IDADE ____
5. Data de Nascimento da criança?	___/___/___	DNASC __/__/____
6. Qual o seu Endereço residencial?	_____ _____ _____	
7. Telefone para contato:	( ) _____ - _____	
8. Qual a Unidade de Saúde que você é atendido?		BAIRRO: ____
1 [ ] Bela Vista I                      2 [ ] Bela Vista II                      3 [ ] Mário Bezerra 4 [ ] Loteamento Conceição      5 [ ] Redenção                          6 [ ] Lídia Queiroz 7 [ ] Amparo                              8 [ ] Dr. Alvinho                        9 [ ] Jardim Ipiranga		

10 [ ] Maués	11 [ ] Matadouro	12 [ ] Cajueiro	
13 [ ] Água Branca	14 [ ] Santana	15 [ ] Maranhão	
16 [ ] Lagoa Redonda	17 [ ] Alto José Leal	18 [ ] Natuba	
19 [ ] Caiçara	20 [ ] Pirituba I	21 [ ] Pirituba II	
22 [ ] Ladeira de Pedra	23 [ ] Serra Grande	24 [ ] Galiléia	
25 [ ] Pau Santo	26 [ ] Oiteiro	27 [ ] Cidade de Deus	
9. Quantos irmãos a criança possui?	1 [ ] nenhum	6 [ ] 5	QIRM: ____
	2 [ ] 1	7 [ ] 6	
	3 [ ] 2	8 [ ] 7	
	4 [ ] 3	9 [ ] 8	
	5 [ ] 4	10 [ ] > 8	
10. Você recebe a visita do ACS?	1 [ ] Sim		VACS: ____
	2 [ ] Não		
11. Com qual frequência?	1 [ ] Diariamente		
	2 [ ] Semanalmente		
	3 [ ] Mensalmente		
	4 [ ] Anualmente		
12. Quanto tempo você demora da sua casa até a unidade de saúde?	1 [ ] Menos que 30 minutos		
	2 [ ] De 30 minutos à 1 hora		
	3 [ ] Mais que 1 hora		
13. Qual o principal meio de transporte que você mais utiliza para chegar até a unidade de saúde?	1 [ ] Carro próprio		PMTUL: ____
	2 [ ] Táxi		
	3 [ ] Andando		
	4 [ ] Bicicleta		
	5 [ ] Moto		
	6 [ ] Ônibus		
	7 [ ] Outro. Qual?		
	_____		
<b>Situação Sócio-Econômica e Habitação</b>			
14. Sua residência é?	1 [ ] Própria		MORAD: ____
	2 [ ] Alugada		
	3 [ ] Cedida		
	4 [ ] Outra. Qual?		
	_____		

15. Mora com quem?	1[ ] Sozinha 2[ ] Com o companheiro sem filhos 3[ ] Com o companheiro com filhos 4[ ] Com o companheiro e familiares 5[ ] Com familiares 6[ ] Outro. Qual? _____	MRQ: _____
16. Quantas pessoas moram em sua residência (contando com você)?	1[ ] até 3 pessoas 2[ ] 4 a 6 pessoas 3[ ] 7 ou mais pessoas	NPR: _____
17. De que é feita a casa onde você mora?	1[ ] Alvenaria 2[ ] Madeira 3[ ] Taipa 4[ ] Outra. Qual? _____	TPHAB: _____
18. Quantos cômodos têm na casa?	1[ ] 1 2[ ] 2 3[ ] 3 4[ ] 4 ou mais.	NCC: _____
19. Sua casa tem água encanada?	1[ ] Sim 2[ ] Não	SANBAS: _____
20. Como é feito o abastecimento de água?	1[ ] Carro Pipa 2[ ] Rede geral (Compesa) 3[ ] Poços 4[ ] Captação da água de chuva 5[ ] Açude 6[ ] Outro. Qual? _____	ABASTAG: _____
21. Qual o destino dos dejetos (fezes e urina)?	1[ ] Fossa 2[ ] Céu aberto 3[ ] Rede de esgoto 4[ ] Outro. Qual? _____	DESTDJT: _____
22. Você trata a água que você bebe?	1[ ] Sim 2[ ] Não	TAB: _____

23. <b>SE AGUA É TRATADA</b> , Qual o tratamento utilizado?	1[ <input type="checkbox"/> ] Fervura 2[ <input type="checkbox"/> ] Cloração 3[ <input type="checkbox"/> ] Filtração 4[ <input type="checkbox"/> ] Mineral 5[ <input type="checkbox"/> ] Outro. Qual? _____	TUPTA: _____
24. Qual o destino do seu lixo?	1[ <input type="checkbox"/> ] Coletado 2[ <input type="checkbox"/> ] Queimado 3[ <input type="checkbox"/> ] Céu aberto 4[ <input type="checkbox"/> ] Enterrado 5[ <input type="checkbox"/> ] Outro. Qual? _____	DLIXO: _____
25. Qual a renda familiar da sua casa?	1[ <input type="checkbox"/> ] Inferior a 1 salário mínimo 2[ <input type="checkbox"/> ] 1 salário mínimo 3[ <input type="checkbox"/> ] Até 2 salários mínimos 4[ <input type="checkbox"/> ] Acima de 2 salários mínimos	RENF: _____
26. Recebe algum benefício do governo?	1[ <input type="checkbox"/> ] Sim 2[ <input type="checkbox"/> ] Não Qual? _____	BENF: _____
<b>Antropometria e Exames</b>		
27. A criança tem registro de nascimento?	1 [ <input type="checkbox"/> ] Sim 2 [ <input type="checkbox"/> ] Não	CPRN: _____
28. Possui a caderneta da criança?	1 [ <input type="checkbox"/> ] Sim, trouxe 2 [ <input type="checkbox"/> ] Sim, Não trouxe 3 [ <input type="checkbox"/> ] Não	PCC: _____
29. No cartão tem registro de crescimento e desenvolvimento?	1 [ <input type="checkbox"/> ] Sim, completo. 2 [ <input type="checkbox"/> ] Sim, incompleto. 3 [ <input type="checkbox"/> ] Não	RCDCC: _____
30. A criança nasceu prematura?	1 [ <input type="checkbox"/> ] Sim 2 [ <input type="checkbox"/> ] Não	
31. Se sim, qual a idade gestacional de nascimento (semanas)?	_____ _____ _____	
32. Peso ao nascer:		PN: _____

33. Comprimento ao nascer:		EN:_____			
34. Perímetro cefálico ao nascer:		PCN:_____			
35. Peso atual:	<table border="1"> <tr> <td>P1</td> <td>P2</td> <td>M</td> </tr> </table>	P1	P2	M	PATUAL:_____
P1	P2	M			
36. Comprimento:	<table border="1"> <tr> <td>A1</td> <td>A2</td> <td>M</td> </tr> </table>	A1	A2	M	CATUAL:_____
A1	A2	M			
37. Perímetro cefálico atual:		PCATUAL:_____			
38. Perímetro torácico atual:		PTATUAL:_____			
39. A criança recebeu visita domiciliar na 1ª semana de algum profissional de saúde?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não	VAPS:_____			
40. Qual profissional?					
	Médico 1 [ ] Sim 2 [ ] Não	VMED:_____			
	Enfermeiro 1 [ ] Sim 2 [ ] Não	VENF:_____			
	Fonoaudiólogo 1 [ ] Sim 2 [ ] Não	VFON:_____			
	Nutricionista 1 [ ] Sim 2 [ ] Não	VNUT:_____			
	Outro. Qual? _____				
41. Qual o motivo da ida à unidade?	1 [ ] Vacinação 2 [ ] Rotina 3 [ ] Retorno/doença 4 [ ] Outro. Qual? _____	MIU:_____			
42. A criança realizou o teste do pezinho?	1 [ ] Sim, rede particular 2 [ ] Sim, rede pública 3 [ ] Não	RTP:_____			
43. A criança realizou o teste da orelhinha?	1 [ ] Sim, rede particular 2 [ ] Sim, rede pública 3 [ ] Não	RTOR:_____			
44. A criança realizou o teste do olhinho?	1 [ ] Sim, rede particular 2 [ ] Sim, rede pública 3 [ ] Não	RTOL:_____			
45. A criança foi vacinada ao nascer?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não	VAON:_____			
46. Quais as vacinas a criança tomou ao nascer?	1 [ ] BCG 2 [ ] Hepatite B	QVAC:_____			

	3 [ ] BCG e Hepatite B 4 [ ] Não sabe informar	
47. A criança tomou/toma vitamina A? ( <b>VER NO CARTÃO</b> )	1 [ ] Sim 2 [ ] Não	TVITA: _____
48. <b>SE TOMOU</b> , Quantas doses?	1 [ ] Uma 2 [ ] Duas 3 [ ] Três 4 [ ] Quatro	
49. A criança TOMA sulfato ferroso?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não	TSULFFER: _____
50. <b>SE TOMOU/ TOMA</b> , Qual o esquema de suplementação?	1 [ ] Diariamente 2 [ ] Semanalmente	
51. A criança mama?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não	CMAMA: _____
52. <b>SE NÃO MAMA</b> , A criança mamou?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não (NUNCA) 3 [ ] NÃO SE APLICA (QUANDO A CRIANÇA AINDA MAMA) 4 [ ] Não sabe	CMAMOU: _____
53. Mamou até que idade (MESES)?	_____	MAMOU: _____
54. <b>SE NÃO MAMA, MAS MAMOU</b> , Porque deixou de mamar?	1 [ ] Leite insuficiente 2 [ ] Criança não queria 3 [ ] Mãe não queria 4 [ ] Criança doente 5 [ ] Mãe doente 6 [ ] Mãe trabalhava/estudava 7 [ ] Problema no seio 8 [ ] Não se aplica 9 [ ] Outro Qual? _____	PQDM: _____
55. <b>SE NUNCA MAMAOU</b> , Porque nunca mamou?	1 [ ] Leite insuficiente 2 [ ] Criança não queria 3 [ ] Mãe não queria	PNM: _____

	4 [ ] Criança doente 5 [ ] Mãe doente 6 [ ] Mãe trabalhava/estudava 7 [ ] Problema no seio 8 [ ] Não se aplica 9 [ ] Outro Qual? _____	
56. <b><u>SE NUNCA MAMOU</u></b> qual o leite ofereceu como “substituto” do Leite Materno?	1 [ ] Leite em pó modificado (fórmulas) 2 [ ] Leite de vaca em pó integral 3 [ ] Leite de vaca não pasteurizado (natural) 4 [ ] Leite de vaca líquido integral 5 [ ] Leite de cabra 6 [ ] Leite de soja 7 [ ] Não se aplica 8 [ ] Não sabe 9 [ ] Outro: _____	SLM: _____
57. <b><u>SE NUNCA MAMOU</u></b> . Como preparava o leite da criança com mais frequência?	1 [ ] Apenas leite 2 [ ] Leite com açúcar 3 [ ] Leite com farináceos 4 [ ] Leite com açúcar e farináceos	
58. <b><u>ENQUANTO MAMA OU MAMAVA</u></b> ofereceu outro tipo de alimento?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não 3 [ ] NÃO SE APLICA (NUNCA MAMOU) 4 [ ] Não sabe	OAL: _____
59. Se sim, <b><u>ENQUANTO MAMA OU MAMAVA</u></b> , qual alimento recebeu:	Água: 1 [ ] Sim 2 [ ] Não	AG: _____
	Chá: : 1 [ ] Sim, QUAL? 2 [ ] Não	CHA: _____
	Suco: \: 1 [ ] Sim, QUAL? 2 [ ] Não	SUCO: _____
	Outro leite: : 1 [ ] Sim, QUAL? 2 [ ] Leite em pó modificado (fórmulas) 3 [ ] Leite de vaca em pó integral	OLEIT: _____

	4 [ ] Leite de vaca não pasteurizado (natural) 5 [ ] Leite de vaca líquido integral 6 [ ] Leite de cabra 7 [ ] Leite de soja 8 [ ] Não 9 [ ] não sabe informar	
	COMO PREPARA OU PREPARAVA O LEITE? 1 [ ] Apenas leite 2 [ ] Leite com açúcar 3 [ ] Leite com farináceos 4 [ ] Leite com açúcar e farináceos	
	Mingau: : 1 [ ] Sim 2 [ ] Não	MING:_____
60. A criança faz uso da multimistura?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não	UMULTM:_____
61. <b>APENAS PARA AQUELAS QUE OFERECEM OUTROS LÍQUIDOS</b> Faz uso de mamadeira?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não	UMAMAD:_____
62. <b>CASO USE MAMADEIRA,</b> Quantas mamadeiras criança consome diariamente?	1 [ ] 1 2 [ ] 2 3 [ ] 3 4 [ ] >3	NMAMAD:_____
63. Usa chupeta?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não, nunca usou 3 [ ] Não, já usou	UCHUP:_____
64. Ocorrência de doenças:	1 [ ] Infecções respiratória 2 [ ] Diarreia 3 [ ] Dor de ouvido 4 [ ] Vômito 5 [ ] Gripe 6 [ ] Outra. Qual? _____	OCDOEN:_____
<b>VERIFICAR NA CADERNETA DA CRIANÇA:</b>		

65. Peso atual no gráfico?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não	
66. Comprimento atual no gráfico?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não	
67. Quantos pontos de peso marcados no gráfico?	1[ ] um ponto 2[ ] dois pontos 3[ ] de três a cinco pontos 4[ ] apenas o peso ao nascer 5[ ] nenhum ponto	
68. A curva foi traçado nos gráficos?	1 [ ] Sim, em qual gráfico? 2 [ ] Não	
69. Qual a posição da curva?	1[ ] ascendente 2[ ] horizontal 3[ ] descendente 4[ ] não se aplica	
70. Recebeu orientação sobre o peso da criança?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não	
71. Tem registro de desenvolvimento?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não	

## **APÊNDICE B – Termo de Consentimento**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA CURSO DE NUTRIÇÃO**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Menores de 18 anos)**

Convidamos o (a) seu/ sua filho (a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa **“AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E NUTRIÇÃO MATERNO – INFANTIL ATENDIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO – PE, BRASIL”**, que está sob as responsabilidades das pesquisadoras Dr<sup>a</sup> Michelle Figueiredo Carvalho (Telefone para contato: (81) 88882627; email: [michellecarvalho57@gmail.com](mailto:michellecarvalho57@gmail.com)) e Dr<sup>a</sup> Sandra Cristina da Silva Santana (telefone para contato: (81)92471053; email [scs\\_santana@yahoo.com.br](mailto:scs_santana@yahoo.com.br)), endereço: Rua Alto do Reservatório, s/n- Bela Vista, Vitória de Santo Antão – PECEP: 55608-680.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar que o (a) seu/sua filho (a) faça 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 penalizado (a) de forma alguma.

#### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

O objetivo deste estudo é **AVALIAR AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E NUTRIÇÃO MATERNO-INFANTIL ATENDIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO.**

Sua participação nesta pesquisa consistirá em: responder a um questionário referente à saúde da criança e permite que as pesquisadoras obtenham alguns dados antropométricos, tais como: peso e altura da criança. Como risco você poderá sentir-se constrangida (o) ao não conseguir responder alguma pergunta. Você não precisará pagar nada na sua participação nessa pesquisa. Da mesma forma, você também não receberá nenhum pagamento.

A pesquisa tem como benefício indireto a identificação do estado nutricional e uma análise no consumo alimentar das crianças. Como benefício direto, as crianças que estiverem com vacinação, acompanhamento e suplementação em atraso serão orientadas para atualização, bem como receberão orientação nutricional.

Os dados obtidos serão confidenciais e asseguramos o sigilo de sua participação durante todas as fases de pesquisa, inclusive após a publicação da mesma. Os dados não serão divulgados de forma a denegrir a sua imagem, pois o objetivo principal é saber as condições de saúde e nutrição materno-infantil no município de Vitória de Santo Antão. O seu anonimato será preservado por questões éticas. Esses dados serão guardados em computador pessoal, no endereço profissional acima citado, sob a responsabilidade das pesquisadoras acima informado, pelo período de cinco anos.

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: 507 40-600, Tel.: (81) 2126.8588 – email: [cepccs@ufpe.br](mailto:cepccs@ufpe.br)).

(Assinatura do pesquisador)	(Assinatura do pesquisador)

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_,  
 RG/ \_\_\_\_\_ CPF/ \_\_\_\_\_, abaixo assinado, responsável pelo (a) menor \_\_\_\_\_, concordo em participar do estudo “AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E NUTRIÇÃO MATERNO- INFANTIL ATENDIDAS, NAS UNIDADES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO – PE, BRASIL”. 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 meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Vitória de Santo Antão, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Assinatura do participante

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecido sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisa):

Testemunha	Testemunha

### Roteiro para entrevista

- Num primeiro momento será realizado um questionário com a enfermeira e/ou médico responsável pela unidade de Saúde para conhecer a estrutura e processo de trabalho contendo 43 questões, nas quais apenas um dos profissionais irá responder, pois tem como objetivo caracterizar a Unidade. Na segunda parte, será realizada uma entrevista individual com a gestante e com um responsável pela criança menor de 2 anos atendida, na qual há um roteiro para entrevista semi- estruturada.

## ANEXO A – Carta de anuência



### Carta de Anuência

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução da pesquisa documental e coleta de dados, intitulado: "Avaliação das Condições de Saúde e Nutrição Materno-Infantil Atendidas nas Unidades de Saúde no Município de Vitória de Santo Antão, PE, Brasil", a ser realizado pela Dr<sup>a</sup> Michelle Figueredo Carvalho e Dr<sup>a</sup> Sandra Cristina da Silva Santana, da Universidade Federal de Pernambuco – CAV estando a Secretaria de Saúde de Vitória de Santo Antão ciente do seu percurso metodológico e acordando que a Unidades de Estratégia Saúde da Família são contemplada pelo projeto.

Pesquisador: Michelle Figueredo Carvalho

Pesquisador: Sandra Cristina da Silva Santana

Autorizo em, 29 / 04 / 2013

Érica Lanny Alves Ximenes

Érica L. A. Ximenes  
Coord. Núcleo de Projeto e  
Pesquisa de Saúde  
COREN-PE - 006746

Érica Lanny Alves Ximenes

Coordenadora do Núcleo de Projetos/Pesquisas Acadêmicos de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO  
Avenida Henrique de Holanda, 727 – Matriz – CEP: 55.602-001 Fone/fax: (81) 3523-1111/2345  
E-mail: saudevitoria\_pe@hotmail.com CNPJ: 08.916.501/0001-24

## ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP

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



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E NUTRIÇÃO MATERNO-INFANTIL ATENDIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, PE, BRASIL

**Pesquisador:** Sandra Cristina da Silva Santana

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 15371413.8.0000.5208

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

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 390.191

**Data da Relatoria:** 12/09/2013

**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:**

Sem recomendações.

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

Aprovado.

**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 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

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



Continuação do Parecer: 390.191

**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, através da PLATAFORMA BRASIL.

RECIFE, 10 de Setembro de 2013

---

**Assinador 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 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br