

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

JULIANY CUNHA DOS REIS

**CURVAS DE CRESCIMENTO: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS POR
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Vitória de Santo Antão

2017

JULIANY CUNHA DOS REIS

**CURVAS DE CRESCIMENTO: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS POR
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Vitória de Santo Antão

2017

Catálogo na Fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Giane da Paz Ferreira Silva, CRB-4/977

R375c

Reis, Juliany Cunha dos.

Curvas de crescimento: conhecimentos e práticas por profissionais de saúde na estratégia de saúde da família / Juliany Cunha dos Reis.- Vitória de Santo Antão, 2017.

49 folhas. il.

Orientadora: Nathália Paula de Souza.

TCC (Graduação) – Universidade Federal de Pernambuco, CAV.
Bacharelado em Nutrição, 2017.

Inclui apêndice e referências.

1. Criança - Crescimento e desenvolvimento. 2. Saúde pública. 3. Saúde da família. 4. Profissionais de saúde I. Souza, Nathália Paula de (Orientadora). II. Título.

614 (23.ed.)

BIBCAV/UFPE-219/2017

Juliany Cunha dos Reis

CURVAS DE CRESCIMENTO: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS POR
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

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

Data: 01/12/2017

Banca Examinadora:

Sandra Cristina Da Silva Santana

(Membro titular interno)

Catarine Santos da Silva

(Membro titular externo)

Luciana Bento da Silva

(Membro titular externo)

Dedico esta conquista aos meus pais, que sempre estiveram ao meu lado me proporcionando todo apoio, eles que sempre acreditaram em mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, Ele que me mostrou que tudo é possível, me deu forças e discernimento desde a escolha do meu curso à conclusão do mesmo. A minha mãe do céu Nossa Senhora que me acalentou e me cobriu com seu manto protetor.

Aos meus pais Jamenson e Sandra, que sempre pude recorrê-los e acima de tudo sempre me proporcionando amor e fé. As minhas irmãs por todo apoio e conselhos.

Ao meu namorado, que com paciência, me proporcionou calma em meio ao estresse da vida acadêmica e da construção desse projeto.

Aos meus parceiros, presentes que a Universidade me deu, Rafa e Nelson (companheiros de projeto), Caio, Marília, as Mariana's (Ferreira e Gomes) e Tiago. Vocês foram essenciais.

As professoras Vanessa, Catarine, Mikaella e, em especial, minha orientadora Nathália Paula de Souza, que soube ser parceira, amiga e mestre.

Aos "Vigilantes do Futuro", projeto no qual "fui abraçada" no início da academia, e que me fez amadurecer em todos os aspectos.

Obrigada!

"Não sou nada; sou apenas um instrumento, um pequeno lápis nas mãos do Senhor, com o qual Ele escreve aquilo que deseja. Por mais imperfeitos que sejamos, Ele escreve magnificamente." (Madre Tereza de Calcutá)

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar os conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre as curvas de crescimento, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, em Vitória de Santo Antão-PE. Foi realizado um estudo transversal, em 10 Unidades de Saúde da Família do Município da Vitória de Santo Antão-PE. As entrevistas foram realizadas com profissionais de saúde das Unidades envolvidos direta ou indiretamente com a vigilância nutricional de crianças menores de 10 anos de idade, entre eles enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A coleta de dados aconteceu por meio de questionário, que constaram além de dados socioeconômicos relacionados ao profissional, conhecimentos e práticas no serviço. A verificação do preenchimento das curvas de crescimento na caderneta de saúde da criança/cartão da criança foi realizada por meio de observação direta no instrumento, quando fornecido pelos responsáveis. Em relação ao perfil da amostra 82,3% (n=65) era do sexo feminino. A maioria era ACS (65,8%; n=52), e possuía ensino superior completo (65,8%; n=52). Aproximadamente 99% (n=78) dos profissionais referiram conhecer as curvas de crescimento e 93% (n=73) sabiam interpreta-la, no entanto apenas 21,5% (n=17) sabia calcular o índice de massa corporal. Além disso, 60,8% (n=48) relatou receber treinamento sobre essa temática. Em relação às práticas referidas, os dados de peso e altura eram anotados em sua maioria na caderneta de saúde da criança (87,3%; n=69), 16,7% (n=13) registravam o índice de massa corporal na caderneta e apenas 11,4% (n=9) anotavam todos os dados recomendados no instrumento. Quanto as práticas observadas mediante à verificação do preenchimento de dados na caderneta/cartão, através documento, a maioria preenchida foi a data de nascimento 71,3% (n=171), seguido de peso ao nascer 49,2% (n=118). Entre os que receberam treinamento 100% (n=48; p=0,210), 95,8% (n=46; p=0,152) e 83,3% (n=40; p=0,182) sabiam o que são as curvas de crescimento, sabiam interpretar as curvas e costumava anotar os dados de peso e altura na CSC, respectivamente. As curvas peso/idade e altura/idade se mostraram, em sua maioria, preenchidas nos instrumentos, apenas até 1 ano de idade o que demonstra déficit de preenchimento. Espera-se que os resultados desta pesquisa venham a contribuir para o subsídio de planejamento de ações que proporcionem ao profissional de saúde da atenção primária educação permanente, visto que implicará diretamente na qualidade da atenção prestada à criança.

Palavras-chave: Crescimento e desenvolvimento. Cuidado da criança. Estratégia de saúde da família. Profissionais de saúde

ABSTRACT

This paper aims to verify the health professionals' knowledge and practices about the growth path, on the context of the Family Health Strategy, at Vitória de Santo Antão-PE. It has been done a transversal study in ten Family health Units at the city of Vitória de Santo Antão-PE. The interviews were done with the unit's health professionals, who are directly or indirectly involved with the nutritional assistance of children under ten years old; amongst them nurses, physicians, nursing technicians and community health agents. The data gathering was accomplished through a quiz that involved socioeconomic data related to the professional, knowledge and practices about the job. The inspection of the task to fill the health notebook about the children's growth path was done by a direct approach to the tool, while it was provided by the ones responsible for it. When it comes to the sample profile, 82,3% (n=65) were female. The majority was CHA (65,8%, n=52) with a complete graduate education level (65,8%, n=52). Nearly 99% (n=78) of the professionals said they knew the growth paths, and 93% (n=73) knew how to interpret it; however only 21,5% (n=17) knew how to calculate the body mass index. Furthermore, 60,8% (n=48) declared that they had received training on the matter. About the practices mentioned above, the data concerning weight and height was put on the Child's Health Notebook (87,3%, n=69), 16,7% (n=13) recorded the body mass index on the health notebook and only 11,4% (n=9) had written all the suggested data at the tool. Concerning the observed practices about the verification of the act to fill the notebook with the data, most was filled with the data of birth 71,3% (n=171), followed by birth weight 49,2% (n=118). Between the ones who received the training 100% (n=48, p=0,210), 95,8% (n=46, p=0,152) and 83,3% (n=40; p = 0,182) knew the concept of growth paths, how to interpret it and were used to writing down the data about weight and height at the Health Notebook. Throughout this data, it was possible to notice that the curves weight/age and height/age were filled only until the children's one year old, which shows the filling deficit. It's expected that the results in this research can contribute to the subsidy of the planning act that could provide permanent knowledge to the health professionals of the primary attention. That will have direct effects on the quality of the care given to children.

Key-words: Growth and Development. Child care. Family health strategies. Health professionals

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Perfil socioeconômico dos profissionais de saúde no âmbito da Estratégia de Saúde da Família entrevistados no período de 2015 a 2016 em Vitória de Santo Antão – PE, 2016. | 26 |
| Tabela 2 - Descrição dos conhecimentos e práticas referidas pelos profissionais de saúde no âmbito da estratégia de saúde da família, e práticas observadas através da observação direta do documento fornecido pelo responsável da criança menor de 10 anos em consulta na USF ou no domicílio, Vitória de Santo Antão – PE, 2016..... | 27 |
| Tabela 3 - Práticas observadas mediante o preenchimento das curvas de crescimento nos Cartões e Cadernetas de Saúde da Criança, Vitória de Santo Antão – PE, 2016. | 28 |
| Tabela 4 - Associação entre os conhecimentos e práticas referidas e o recebimento de treinamento/capacitação sobre as curvas de crescimento da OMS, Vitória de Santo Antão – PE, 2016. | 29 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|---|
| CC | Cartão da Criança |
| CSC | Caderneta de Saúde da Criança |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MS | Ministério da Saúde |
| NCHS | National Center for Health Statistics |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PAISC | Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança |
| PAISM | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher |
| PAISMC | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança |
| PC | Perímetro Cefálico |
| SISVAN | Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| VAN | Vigilância Alimentar e Nutricional |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 OBJETIVOS..... | 13 |
| 2.2 Geral..... | 13 |
| 2.3 Específicos | 13 |
| 3 JUSTIFICATIVA | 14 |
| 4 REVISÃO DA LITERATURA..... | 15 |
| 4.1 Políticas e Programas de vigilância nutricional na infância..... | 15 |
| 4.2 Crescimento e Desenvolvimento Infantil: um enfoque nas novas curvas da OMS contidas na CSC | 19 |
| 4.3 Papel dos profissionais de saúde no acompanhamento do crescimento de crianças menores de dez anos no âmbito da estratégia de saúde da família | 21 |
| 5 MATERIAL E MÉTODOS | 23 |
| 6 RESULTADOS | 26 |
| 7 DISCUSSÃO | 32 |
| 8 CONCLUSÕES | 35 |
| REFERÊNCIAS | 36 |
| APENDICE A | 41 |

1 INTRODUÇÃO

Segundo Araújo (2014), para o surgimento de uma política pública de saúde são necessários processos históricos, reivindicações e lutas, onde se envolvem população e governantes. Por muitos anos o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde (MS) desenvolveram ações e estratégias no contexto da saúde da criança. Por volta dos anos de 1980, foi identificado como necessidade o acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento infantil, para que fosse possível haver mudança na assistência à saúde da criança no país, em busca do cuidado integral (ARAÚJO, 2014).

De acordo com MS (BRASIL, 2004), em 2004 foi apresentada a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, como orientação para a ação de todos os profissionais que lidam com esse público. Esta possui diretrizes para identificação das linhas de cuidado integral que devem constar como base para o funcionamento adequado dos serviços e de toda a rede de ações de saúde da criança no nível local.

Vieira (2005) refere-se ao Cartão da Criança (CC) como instrumento de caráter educativo e se constitui em uma maneira econômica, não invasiva, de fácil interpretação e compreensão por parte da comunidade. Através dele é possível observar e acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças detectando precocemente problemas de saúde.

De acordo com o MS (BRASIL, 2005), o CC foi revisado e transformado na Caderneta de Saúde da Criança (CSC) com o objetivo de promoção da vigilância e atenção integral à saúde. Por isso, deve ser utilizado por todas as crianças brasileiras nascidas a partir de 2005 e ser entregue aos pais ainda na maternidade.

Segundo o MS (BRASIL, 2006) a CSC foi reformulada com a inclusão das novas curvas de crescimento desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), inclusive a curva do perímetro cefálico até os dois anos. Além disso, o acompanhamento passa a acontecer até os dez anos de idade. Em 2009, é lançada uma nova versão de CSC, com cores e informações específicas para cada sexo.

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento é visto como eixo integrador e central de todas as ações de saúde da criança (ALVES, 2008) e o crescimento físico normal é um pré-requisito para avaliação adequada do estado de saúde de um indivíduo ou de uma população (VICTORA; ARAÚJO; ONIS, 2012). Cabe ao profissional de saúde, no momento da consulta de acompanhamento da

criança, realizar as medidas antropométricas e registrá-las na CSC e no prontuário (BRASIL, 2012a).

O eixo norteador para a organização da atenção básica nas unidades de saúde é a estratégia de saúde da família. Assim, na Unidade Básica de Saúde (UBS) deve-se identificar crianças com risco e estas devem ter uma rotina de acompanhamento completa (BRASIL, 2004). Segundo Barros e Victora (2008) o método de acompanhamento mais satisfatório do crescimento infantil é o registro periódico de peso, estatura e do Índice de Massa Corporal (IMC).

2 OBJETIVOS

2.2 Geral

Avaliar os conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre as curvas de crescimento, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, em Vitória de Santo Antão-PE.

2.3 Específicos

- Descrever o perfil socioeconômico dos profissionais de saúde;
- Identificar os conhecimentos e práticas referidos pelos profissionais em relação às curvas de crescimento presentes na CSC/CC;
- Verificar o preenchimento das curvas de crescimento na CSC/CC;
- Associar os conhecimentos e práticas referidos pelos profissionais de saúde com recebimento de treinamento sobre as curvas de crescimento da OMS.

3 JUSTIFICATIVA

A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, a partir da linha de cuidado *incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento* retrata a Caderneta de Saúde da Criança como importante estratégia para o alcance da atenção integral a saúde nessa fase da vida.

A possível falta de capacitação e formação continuada dos profissionais de saúde acerca das novas informações, preenchimento e utilização da CSC podem interferir diretamente na prática profissional. Além disso, a ausência de profissionais sensibilizados, a falta de estrutura e de envolvimento da família com o cuidado da criança pode fragilizar a assistência à saúde e resultar na descontinuidade do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

Soma-se aos aspectos referidos acima, a pouca disponibilidade de material científico acerca dessa temática, o que ratifica a importância deste trabalho, assim como a necessidade de reprodução do mesmo em outros espaços.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Políticas e Programas de vigilância nutricional na infância

Segundo Araújo (2014), para que venha a existir uma política pública de saúde, a mesma vai ser resultado de processos históricos, reivindicações e lutas, onde se envolvem população e governantes. Por muitos anos o Ministério da Educação e o MS desenvolveram ações e estratégias no contexto da saúde da criança. Por volta dos anos de 1980, foi identificado como necessidade o acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento infantil, com o objetivo de mudar a assistência à saúde da criança no país, em busca do cuidado integral (ARAÚJO, 2014).

Nessa década de 80 a taxa de mortalidade infantil no Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (1999), encontrava-se em 82,8%. A taxa de mortalidade infantil por situação de domicílio era de 84% na região rural e 56% na região urbana. De acordo com o MS (BRASIL, 1987), as principais causas de mortalidade entre os menores de um ano no Brasil eram causas perinatais (48,3%), doenças infecciosas (16,8%), pneumonia (10,7%), anomalias congênitas (7,4%), deficiências nutricionais (4,6%) e sem definição da causa básica (22,9%).

Com o objetivo de melhorar as condições de saúde da mulher e da criança, em 1983 foi criado pelo MS (BRASIL, 2011) o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC). Segundo o mesmo, foram estabelecidas nesse período cinco ações básicas para o atendimento às crianças brasileiras: aleitamento materno e orientação familiar sobre a alimentação em situação de desmame; estratégias para o controle das afecções respiratórias agudas; imunização básica; controle efetivo das doenças diarreicas e, por último, o acompanhamento profissional do crescimento e do desenvolvimento infantil. No ano posterior o programa foi separado em dois, que funcionavam de forma integrada: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) para responderem aos agravos mais frequentes desses grupos populacionais. Para que houvesse a diminuição da morbimortalidade infantil e materna e o alcance de melhores condições de saúde por meio do aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços (BRASIL, 2011).

As ações básicas propostas pelo PAISC, segundo o MS (BRASIL, 2011) eram o crescimento e desenvolvimento; o controle das diarreias e desidratação; o controle das infecções respiratórias agudas; a prevenção e o manejo do recém-nascido de baixo peso; a prevenção de acidentes e intoxicações; a assistência ao recém-nascido.

De acordo com MS (BRASIL, 2004), foi lançado em 2004 um novo documento, como orientação para a ação de todos os profissionais que lidam com a criança, a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Tem por objetivo apoiar a organização da assistência à população infantil e possibilitar que os gestores e profissionais de saúde identifiquem as ações prioritárias para a saúde da criança. Esse documento possui diretrizes para identificação das linhas de cuidado integral que devem constar como base para o funcionamento adequado dos serviços e de toda a rede de ações de saúde da criança no nível local, de maneira a prover respostas mais satisfatórias para esta população (BRASIL, 2004).

Conforme o MS (BRASIL, 2009b), a ideia de trabalhar a linha de cuidado assumiu o desafio da conformação de uma rede única integrada de assistência à criança, com a identificação das ações prioritárias e as estratégias que devem nortear a ação das unidades de saúde e da rede como um todo, visando o cumprimento dos objetivos de promover a saúde e reduzir a morbimortalidade para níveis aceitáveis. O que surgiu de diferente das ações propostas pelo PAISC, nas linhas de cuidado da Agenda de compromissos, com foco no crescimento e desenvolvimento infantil, foi o incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e Alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil (BRASIL, 2009b).

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social (BRASIL, 2015), criado em outubro de 2003, o Bolsa Família é um programa que contribui para o combate à pobreza e à desigualdade no Brasil. O mesmo possui três eixos principais: complemento da renda, acesso a direitos e articulação com outras ações. Desde 2011, o programa faz parte do Plano Brasil Sem Miséria, que reuniu diversas iniciativas para permitir que as famílias deixassem a extrema pobreza, com efetivo acesso a direitos básicos e a oportunidades de trabalho e de empreendedorismo.

Como indica Boito Junior e Berringer (2013), o grupo de beneficiados do Programa Bolsa Família é composto principalmente por subempregados,

trabalhadores informais e desempregados, nestes termos, especialmente vulneráveis às relações de trabalho precárias.

A análise do estado nutricional de crianças de zero a sete anos em diferentes vigências do Programa Bolsa Família, através de dados antropométricos como peso e estatura, associados à idade, permite avaliar o impacto deste programa sobre a saúde e qualidade de vida das famílias beneficiárias, uma vez que o estado nutricional infantil é um importante indicador das condições de vida dessas famílias (FARIA; PENA, 2009).

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e fornece subsídios para o planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável e regulação dos alimentos, nas esferas de gestão do SUS. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), por sua vez, foi criado também para servir de apoio aos profissionais de saúde para diagnóstico dos agravos alimentares e nutricionais. Esse sistema equivale a um sistema de coleta, processamento e análise de dados, que visa possibilitar o diagnóstico atualizado da situação nutricional da população, suas tendências temporais e seus fatores determinantes. No sentido de potencializar os esforços desenvolvidos pelas equipes de saúde, ao sistema devem ser incorporados dados de acompanhamento nutricional e o de saúde das populações assistidas pelos programas de transferência de renda, qualificando a informação e a atenção nutricional dispensada a essas famílias (BRASIL, 2013).

Segundo Vieira (2005) o CC é um meio de visualização das ações básicas propostas pelo PAISC. O autor refere-se ao CC como instrumento de caráter educativo e se constitui em uma maneira econômica, não invasiva, de fácil interpretação e compreensão por parte da comunidade. Através do mesmo é possível observar e acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças detectando precocemente problemas de saúde. Por conter gráfico peso/idade, desenvolvimento da criança, tipo de parto, vacinação, dados de comprimento, peso, índice apgar e perímetro cefálico ao nascer.

De acordo com o MS (BRASIL, 2005), o CC foi revisado e transformado na caderneta de saúde da criança com o propósito de promover a vigilância à saúde integral da criança. A mesma deve ser adotada por todas as crianças brasileiras nascidas a partir de 2005 e ser entregue aos pais ainda na maternidade. Seu

preenchimento deve iniciar no hospital e caso haja a identificação, pelo profissional de saúde, de algum recém-nascido nos serviços de saúde sem esse documento, este deve providenciar sua obtenção.

A CSC contém informações básicas comuns para os países do Mercosul. Além das informações anteriormente contempladas no CC, ainda traz dados ampliados sobre as condições de saúde do recém-nascido, sobre a gravidez, o parto e o puerpério, orientações sobre uma alimentação saudável, gráficos de perímetro cefálico por idade, espaço para anotações de peso e de estatura. Apresenta também dicas e orientações sobre a saúde auditiva, visual e bucal, prevenção de acidentes, o caminho esperado para o desenvolvimento global, espaço para anotações de intercorrências clínicas, tratamentos efetuados e da suplementação profilática de ferro e de vitamina A e o calendário básico de vacinação. Além da ampliação da faixa etária para o acompanhamento das crianças, contemplando-as até os 10 anos de idade.

Foi criado pelo MS o Manual para a utilização da Caderneta de Saúde da Criança destinado aos profissionais de saúde, para que pudesse orientar para o correto preenchimento dos dados da CSC. Segundo o MS (BRASIL, 2006) a CSC foi reformulada para incluir as novas curvas de crescimento desenvolvidas pela OMS, curvas de acompanhamento do crescimento do peso e altura até os dez anos de idade e curva do perímetro cefálico até os dois anos. O conteúdo foi diversificado, acrescentando-se mais itens além do conteúdo da versão anterior. Esta nova versão foi denominada Caderneta de Saúde da Criança: Passaporte da Cidadania, lançada e distribuída no ano seguinte.

De acordo com o MS (BRASIL, 2009a) visando aprimorar ainda mais a CSC, foi lançada em 2009 uma nova versão, além de possuir os conteúdos já adotados nas cadernetas anteriores apresenta como alguma das principais mudanças o fato de estar disponível em duas versões, tanto para o sexo feminino como masculino, além de conter partes para uso do cuidador e dos profissionais de saúde.

No contexto para o desenvolvimento de ações propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, na linha de cuidado do incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a Caderneta de Saúde da Criança apresenta-se como instrumento de acompanhamento integral da saúde. A CSC é capaz de reunir os mais importantes e significativos registros promovendo a vigilância integral à saúde

infantil. O registro correto e completo das informações é um desafio permanente, para que a CSC cumpra seu papel (ABREU, 2012).

4.2 Crescimento e Desenvolvimento Infantil: um enfoque nas novas curvas da OMS contidas na CSC

O crescimento e o desenvolvimento são indicadores muito sensíveis da qualidade de vida de uma população e da organização dos serviços de saúde (LINDGREN, 2008). Segundo MS (BRASIL, 2012a) o crescimento é um indicador de saúde, este é influenciado por fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais) fundamentais para a aceleração ou a restrição do processo. Sendo esse contínuo e dinâmico.

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento é considerado o eixo integrador e central de todas as ações de saúde da criança. Esse eixo tem como características sua baixa complexidade tecnológica e sua elevada eficácia na prevenção de problemas nutricionais, na vigilância à saúde e na promoção de hábitos saudáveis de vida. Por isso, desde sua implantação como uma ação básica de saúde vem apresentando impacto surpreendente na morbimortalidade infantil (ALVES, 2008).

A vigilância nutricional e o monitoramento do crescimento objetivam promover e proteger a saúde da criança (ARAÚJO et al., 2008), evitar que desvios do crescimento possam comprometer sua saúde atual e sua qualidade de vida futura (AERTS; GIUGLIANI, 2004). Para que se possa avaliar adequadamente o estado de saúde de um indivíduo ou de uma população, o crescimento físico normal é um pré-requisito para qualquer estratégia de promoção do bem-estar infantil (VICTORA, ARAÚJO E ONIS, 2012).

De acordo com o MS (BRASIL, 2012b), a OMS e a Sociedade Brasileira de Pediatria o acompanhamento do crescimento e o desenvolvimento é reconhecido como atividade de rotina na atenção infantil por considerar que as condições de vida interferem sobre o crescimento e desenvolvimento da criança.

Segundo Barros e Victora (2008) o melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é o registro periódico de peso, estatura e do IMC. Segundo o MS (BRASIL, 2012a), esses dados auxiliam na classificação de crianças que, em um determinado período, estiveram abaixo do peso ou desnutridas, com excesso de peso, e também que tiveram o comprometimento de sua estatura. Dessa forma,

servem ao mesmo tempo para a classificação e para o diagnóstico do estado nutricional de um indivíduo ou de uma população (CONDE, MONTEIRO, 2006).

No momento da consulta de acompanhamento da criança, vai caber ao profissional de saúde realizar a mensuração das medidas antropométricas e registrá-las na CSC e no prontuário; verificar o calendário de vacinação; acompanhar o desenvolvimento psicomotor, social e psíquico da criança; registrar intercorrências patológicas ou eventos de saúde; estimular o aleitamento materno exclusivo e orientar as mães sobre os cuidados básicos indispensáveis à saúde dos seus filhos. Sendo de caráter integral, tendo como foco a promoção de saúde que o contato entre os serviços de saúde e a criança deve ser aproveitado (BRASIL, 2012a).

Segundo Post, Victora e Barros (2000) as curvas do National Center for Health Statistics (NCHS) foram usadas como referências as recomendado pela OMS e adotado pelo Ministério da Saúde durante muitos anos. Em 2006, a OMS apresentou o conjunto de novas curvas de crescimento infantil, que representam o crescimento infantil sob condições ambientais adequadas. Esse instrumento representa tecnicamente a melhor descrição existente do crescimento físico para crianças menores de 5 anos de idade (BRASIL, 2012). A elaboração das curvas foi realizada tomando por base um estudo com amostras de 8.500 crianças saudáveis de quatro continentes. Assim, esse padrão deve ser utilizado na avaliação de crianças em qualquer país, independentemente de tipo de alimentação, condição socioeconômica e etnia (BRASIL, 2008).

De acordo com Ferreira (2012), diversas foram as etapas para se chegar à atual “curva ideal de crescimento infantil”, atualmente representada pelas referências e padrões de crescimento propostos pela OMS em 2006 e 2007. As curvas são ferramentas utilizadas tanto a nível individual, na clínica, como em nível de saúde pública. Segundo Ferreira (2000) a avaliação das condições de saúde da população possibilita o planejamento de estratégias de intervenção mais eficazes e eficientes.

As novas curvas conseguem detectar melhor as falhas no processo de crescimento, possibilitando intervenções precoces além de serem mais sensíveis ao sobrepeso e obesidade, principal problema nutricional da atualidade (VAN, WILLIE e YOUNGER, 2009). De acordo com o MS (BRASIL, 2012a) em 2007 foi apresentado pela OMS as novas curvas de crescimento para crianças de 5 aos 19 anos.- Segundo Rao (2012) é recomendado atualmente o uso dos padrões e referências

internacionais de crescimento publicadas pela OMS em 2006 e 2007, por ser considerado instrumento mais robusto em termos técnicos e trata-se de um novo padrão internacional. A CSC utiliza como parâmetros para avaliação do crescimento de crianças (menores de 10 anos) os seguintes gráficos: perímetro cefálico (PC), peso para a idade, comprimento/estatura para a idade, índice de massa corporal (IMC) para a idade (RAO, 2012).

A inclusão do IMC como parâmetro de avaliação permite que a criança seja mais bem avaliada na sua relação peso vs. comprimento (para menores de 2 anos) ou peso vs. altura (para maiores de 2 anos). Tal parâmetro auxilia na classificação de crianças que em um determinado período estiveram desnutridas e tiveram o comprometimento de sua estatura, possibilitando uma melhor identificação de crianças com excesso de peso e baixa estatura. Já o peso por idade limita-se a mostrar se a criança está com peso abaixo do recomendado para a sua idade, mas não mostra se a sua estatura já foi comprometida (BRASIL, 2012a).

Para que haja uma rede de saúde por onde caminham a criança e sua família, segundo Andrade (2011), é importante que os profissionais de saúde que atuam em diferentes complexidades de atenção à saúde utilizem adequadamente a CSC.

4.3 Papel dos profissionais de saúde no acompanhamento do crescimento de crianças menores de dez anos no âmbito da estratégia de saúde da família

A estratégia de saúde da família (ESF) é o eixo norteador para a organização da atenção básica nas unidades de saúde. Deve ser entendida como o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, desempenhadas para a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, bem como para as ações de assistência aos problemas de saúde (BRASIL, 2004). Segundo o autor, a UBS através de seus profissionais de saúde deve identificar crianças com risco, e essas devem ser priorizadas para o desenvolvimento das ações de vigilância.

De acordo com o MS (BRASIL, 2012) para que o crescimento e o desenvolvimento possam ser realizados de forma sistemática, faz-se necessário o cumprimento de um calendário mínimo de consultas que vai variar de sete consultas ao ano no primeiro ano de vida, evoluindo para duas vezes no segundo ano e, a partir do terceiro até o décimo ano de vida, deve acontecer uma vez por ano.

O processo de acompanhamento do crescimento deve ser feito pelo registro do ganho ou perda do peso da criança no gráfico presente na CSC (BRASIL, 2002). Desse modo, o profissional de saúde deve identificar crianças de maior risco de morbimortalidade, podendo sinalizar precocemente o desvio nutricional.

Entre as ações diretas que competem ao profissional de saúde, se destacam o acompanhamento antropométrico e as práticas educativas em saúde, consistentes em atuar junto aos pais e cuidadores infantis, e às próprias crianças, mantendo ou promovendo a aquisição de competência para atender às suas necessidades. (FROTA et al., 2007).

De acordo com Gaíva (2006) os profissionais de saúde na assistência à criança devem de modo compartilhado, incentivar a participação da família e oferecer informações sobre os cuidados e os problemas de saúde da mesma. Nas consultas de puericultura deverão ser registrados na CSC os dados antropométricos e as curvas nos gráficos da criança. As mães devem ser orientadas quanto ao crescimento e o desenvolvimento dos seus filhos, calendário de vacinação, nutrição, aleitamento materno, cuidados sobre higiene, agravos de saúde conforme a faixa etária e outros aspectos da saúde infantil (BRASIL, 2012).

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Tipo de estudo

O presente trabalho trata-se de um estudo transversal vinculado a uma pesquisa-ação intitulada “Vigilantes do Futuro - Empoderamento da comunidade para realização da vigilância clínica e nutricional: formando multiplicadores”.

Este estudo transversal fez parte do planejamento do projeto de extensão e aconteceu de modo participativo e pautado em discussões com líderes locais, além da realização de um diagnóstico por meio de instrumentos de pesquisa construídos coletivamente. Os dados foram coletados no período de abril de 2015 a dezembro de 2016.

5.2 Local de estudo

O projeto foi realizado nas UBS do Município da Vitória de Santo Antão-PE. No período da coleta o município possuía aproximadamente vinte e oito USF, sendo dezenove na área urbana e nove na rural. Ao final, dez USF da área urbana participaram do referido estudo. A seleção foi por conveniência, a partir da demanda sinalizada pelos gestores da Atenção Básica, onde após o contato, os mesmos disponibilizaram as Unidades e responsáveis pelas mesmas.

5.3 Público Alvo

O público alvo foram os profissionais de saúde das UBS envolvidos direta ou indiretamente com a vigilância nutricional de crianças menores de 10 anos de idade, entre eles enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A população amostral foi um censo de todos os profissionais que forneceram o consentimento para participação na pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE A). Do total de 90 profissionais convidados a participar da pesquisa, 5 deles recusaram e 6 não estavam presentes nos momentos agendados. Assim, a amostra final foi de 79 profissionais de saúde.

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão dos participantes na pesquisa foram: ser profissional de saúde da USF, sendo este enfermeiro, médico, técnico de enfermagem ou agente comunitário de saúde e estar envolvido direta ou indiretamente com a vigilância nutricional de crianças menores de 10 anos de idade. Foram excluídos os profissionais de licença ou férias.

5.5 Coleta de dados e variáveis

Todos os entrevistadores foram devidamente treinados e orientados para aplicação dos questionários, em etapa anterior ao início da coleta de dados. A partir de então foi dado início às entrevistas nas Unidades, sendo o primeiro contato marcado pela apresentação da proposta à equipe e esclarecimento de eventuais dúvidas.

A coleta de dados aconteceu sob agendamento prévio, por meio de questionário (APENDICE B), elaborado pela equipe de pesquisa e ajustado após realização de estudo piloto em uma USF do município. Neste constaram além de dados socioeconômicos relacionados ao profissional, conhecimentos e práticas no serviço.

No componente de conhecimentos dos profissionais de saúde acerca das curvas de crescimento foi questionada a existência prévia de treinamento ou capacitação para o uso das novas curvas de crescimento. Foi perguntado se os profissionais sabiam o que eram as curvas de crescimento e como interpretá-las, se sabiam utilizar todos os equipamentos disponíveis na USF e calcular o IMC (índice de massa corporal).

Em relação às práticas referidas pelos profissionais acerca das curvas de crescimento foi questionado onde os mesmos anotavam os dados de peso e altura, se sabiam realizar essas medidas de forma correta e quais dados eram registrados na CSC.

A verificação do preenchimento das curvas de crescimento na CSC/CC foi realizada por meio de observação direta no instrumento, quando fornecido pelos responsáveis por crianças menores de 10 anos que estavam presentes na USF e também por meio de visita domiciliar, com apoio dos Agentes Comunitários de Saúde. Foram observadas 240 CSC/CC.

Em relação à periodicidade no registro de dados antropométricos, estes foram classificados de acordo com o nº de registros, em: Preenchidos corretamente, no caso da presença de 4-5 registros até o 6º mês de vida, 2-3 registros entre 6 e 12 meses de vida, 2 registros no 2º ano de vida e 1 registro anual entre 3 e 10 anos de vida. Preenchido incorretamente ou incompleto no caso em que esta periodicidade não foi respeitada, e Não preenchido na ausência dos mesmos. Nos casos em que o instrumento não possuía espaço para tais registros ou em casos em que a criança não estava na faixa de idade para possuir a quantidade de registros necessária, os mesmos foram classificados como Não Se Aplica, nesse caso não participaram dos dados do estudo. O que irá explicar a variação de quantidades em relação ao preenchimento.

5.6 Análise dos dados

Os dados foram digitados em banco de dados elaborado no programa Microsoft Office Excel 2010. Analisados no programa estatístico SPSS 20.0 e apresentados em forma de tabelas. Para se determinar a associação entre o recebimento de treinamento acerca das curvas de crescimento (variável independente) e conhecimentos e práticas referidas (variáveis dependentes) foi utilizado o Teste Qui-Quadrado, adotando o nível de significância $p < 0,05$.

5.7 Considerações éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, sob o CAAE de número 34696114.1.0000.5208. O questionário foi aplicado de forma individual, seguindo todas as recomendações éticas da Resolução 466/2012.

6 RESULTADOS

Em relação ao perfil da amostra 82,3% (n=65) era do sexo feminino. A maioria era ACS (65,8%; n=52), e a maioria dos profissionais possuía ensino superior completo (65,8%; n=52) (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil socioeconômico dos profissionais de saúde no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, Vitória de Santo Antão – PE, 2016.

| Variável | N | % |
|---|----|------|
| Condições socioeconômicas e demográficas | | |
| Sexo | | |
| Feminino | 65 | 82,3 |
| Masculino | 14 | 17,7 |
| Profissão | | |
| ACS | 52 | 65,8 |
| Enfermeiro | 9 | 11,4 |
| Médico | 9 | 11,4 |
| Técnico em enfermagem | 9 | 11,4 |
| Escolaridade | | |
| 5 – 8 anos de estudo | 3 | 3,8 |
| 9 – 12 anos de estudo | 24 | 30,4 |
| >12 anos de estudo (ensino superior completo) | 52 | 65,8 |
| Número de pessoas que residem no domicílio | | |
| Até 3 pessoas | 46 | 58,2 |
| Mais que 3 pessoas | 33 | 41,8 |

Fonte: Reis, Juliany. 2017.

Nota: Dados obtidos a partir dos resultados da pesquisa

Aproximadamente 99% (n=78) dos profissionais referiram conhecer as curvas de crescimento e 93% (n=73) sabiam interpreta-las, no entanto apenas 21,5% (n=17) sabia calcular o IMC. Além disso, 60,8% (n=48) relatou receber treinamento sobre essa temática. Em relação às práticas referidas, os dados de peso e altura eram anotados em sua maioria na CSC (87,3%; n=69), 16,7% (n=13) registravam o IMC na CSC e apenas 11,4% (n=9) anotavam todos os dados recomendados no instrumento (Tabela 2).

Tabela 2 - Descrição dos conhecimentos e práticas referidas pelos profissionais de saúde sobre as curvas de crescimento da Caderneta de saúde da criança. Vitória de Santo Antão – PE, 2016.

| Variáveis | N | (%) |
|--|----------|------------|
| Conhecimentos Referidos | | |
| Sabe o que são Curvas de Crescimento | 78 | 98,7 |
| Sabe interpretar as Curvas de Crescimento | 73 | 92,4 |
| Sabe calcular o IMC | 17 | 21,5 |
| Recebe ou recebeu algum treinamento sobre as Curvas de crescimento | 48 | 60,8 |
| Sabe utilizar todos os equipamentos disponíveis na UBS | 76 | 96,2 |
| Práticas Referidas | | |
| Onde costuma anotar os dados de peso e altura | | |
| - CSC | 69 | 87,3 |
| - Caderno particular | 34 | 43,0 |
| - Formulário do SISVAN | 24 | 30,4 |
| - Formulário e-SUS | 20 | 25,3 |
| - Outro local | 29 | 36,7 |
| Quais dados costuma registrar na CSC | | |
| - Estatura | 68 | 86,1 |
| - Perímetro cefálico | 13 | 16,5 |
| - Peso | 71 | 89,9 |
| - IMC | 13 | 16,7 |
| - Data de realização da medida | 66 | 83,3 |
| - Idade da criança no momento da medida | 57 | 72,2 |
| - Todos os dados | 9 | 11,4 |
| - Nenhum dos dados | 6 | 7,6 |

Fonte: Reis, Juliany. 2017.

Nota: Dados obtidos a partir dos resultados da pesquisa

De acordo com a tabela 3, as práticas observadas mediante à verificação do preenchimento de dados na CSC/CC, através do documento, a maioria preenchida foi a data de nascimento 71,3% (n=171), seguido de peso ao nascer 49,2% (n=118). O dado menos preenchido foi o índice Apgar (33,8%; n=81).

Em relação às curvas, observou-se que a curva peso/idade (67,2%; n=92) e altura/idade (36,6%; n=37) foram preenchidas principalmente até 1 ano de idade. A curva de crescimento que apresentou os menores índices de preenchimento foi a de IMC/idade, sendo 8,8% (n=10) até 6 meses de idade. A curva perímetro cefálico/idade foi preenchida em sua maioria até 1 ano de idade (30%; n=30).

Tabela 3 - Práticas observadas mediante o preenchimento das curvas de crescimento nos Cartões e Cadernetas de Saúde da Criança, Vitória de Santo Antão – PE, 2016.

| Variáveis | N* | % |
|---|-----------|----------|
| Práticas Observadas | | |
| - Preenchimento da Data de nascimento | 171 | 71,3 |
| - Preenchimento do Peso ao nascer | 118 | 49,2 |
| - Preenchimento do Comprimento ao nascer | 102 | 42,5 |
| - Preenchimento do Perímetro cefálico ao nascer | 88 | 36,7 |
| - Preenchimento do Índice Apgar | 81 | 33,8 |
| Preenchimento correto | | |
| Curva de Crescimento Peso/Idade | | |
| - Até o 6º mês | 90 | 51,4 |
| - 1 ano de idade | 92 | 67,2 |
| - 2 anos de idade | 68 | 56,2 |
| - 3 anos de idade | 41 | 57,7 |
| Curva de Crescimento Altura/Idade | | |
| - Até o 6º mês | 26 | 22,6 |
| - 1 ano de idade | 37 | 36,6 |
| - 2 anos de idade | 22 | 24,4 |
| - 3 anos de idade | 17 | 34,0 |
| Curva de Crescimento IMC/Idade | | |
| - Até o 6º mês | 10 | 8,8 |
| - 1 ano de idade | 10 | 10,0 |
| - 2 anos de idade | 5 | 5,6 |
| - 3 anos de idade | 4 | 8,2 |
| Curva de Crescimento Perímetro cefálico/Idade | | |
| - Até o 6º mês | 19 | 16,8 |
| - 1 ano de idade | 30 | 30,0 |
| - 2 anos de idade | 11 | 12,4 |
| - 3 anos de idade | 4 | 8,2 |

Fonte: Reis, Juliany. 2017.

Nota: Dados obtidos a partir dos resultados da pesquisa.

* A variação no número de N ocorre pelo fato de haverem modelos diferentes, em que não há presença de todos os tipos de curvas.

De acordo com a tabela 4, entre os profissionais que não receberam treinamento 74,2% (n=23) não sabiam calcular o IMC, 96,8% (n=30) sabiam o que eram as curvas de crescimento, 87,1% (n= 27) sabiam interpreta-las e 96,8% (n=30) relataram que sabiam utilizar todos os equipamentos disponíveis da unidade de saúde. Entre aqueles que receberam treinamento 83,3 % (n=40) costumava anotar os dados de peso e altura na CSC, o dado mais registrado na CSC, segundo os mesmos, foram os dados de peso (91,7%; n=44). Desses que receberam treinamento, 97,9% (n=47) relatou saber realizar a medida de peso e altura de forma

correta. Porém, desses que recebera treinamento apenas 8,3% (n=4) registravam na CSC todos os dados.

Entre os que receberam treinamento 100% (n=48; p=0,210^a), 95,8% (n=46; p=0,152^a) e 83,3% (n=40; p=0,182^a) sabiam o que são as curvas de crescimento, sabiam interpreta-las e costumavam anotar os dados de peso e altura na CSC, respectivamente. Mesmo, ainda que, a diferença entre as variáveis não tenham sido estatisticamente significativa (Tabela 4).

Tabela 4 - Associação entre os conhecimentos e práticas referidas e o recebimento de treinamento sobre as curvas de crescimento da OMS, Vitória de Santo Antão – PE, 2016.

| Variáveis | N | (%) | Receberam treinamento | | P* | | |
|---|----|------|-----------------------|------|----|------|-------|
| | | | Não | Sim | n | (%) | |
| | | | N | (%) | n | (%) | |
| Conhecimentos referidos | | | | | | | |
| Sabe calcular IMC | | | | | | | 0,456 |
| - Não | 62 | 78,5 | 23 | 74,2 | 39 | 81,2 | |
| - Sim | 17 | 21,5 | 8 | 25,8 | 9 | 18,8 | |
| Sabe o que são curvas de crescimento | | | | | | | 0,210 |
| - Não | 1 | 1,3 | 1 | 3,2 | 0 | 0,0 | |
| - Sim | 78 | 98,7 | 30 | 96,8 | 48 | 100 | |
| Sabe interpretar as curvas de crescimento | | | | | | | 0,152 |
| - Não | 6 | 7,6 | 4 | 12,9 | 2 | 4,2 | |
| - Sim | 73 | 92,4 | 27 | 87,1 | 46 | 95,8 | |
| Sabe utilizar todos os equipamentos disponíveis na US | | | | | | | 0,831 |
| - Não | 3 | 3,8 | 1 | 3,2 | 2 | 4,2 | |
| - Sim | 76 | 96,2 | 30 | 96,8 | 46 | 95,8 | |
| PRÁTICAS REFERIDAS | | | | | | | |
| Costuma anotar dados de peso e altura na CSC | | | | | | | 0,182 |
| - Não | 10 | 12,7 | 2 | 6,5 | 8 | 16,7 | |
| - Sim | 69 | 87,3 | 29 | 93,5 | 40 | 83,3 | |

Cont. Tabela 4.

| | | | | | | |
|---|----|------|----|------|----|-------|
| Costuma anotar dados de peso e altura em caderno particular | | | | | | 0,440 |
| - Não | 45 | 57,0 | 16 | 51,6 | 29 | 60,4 |
| - Sim | 34 | 43,0 | 15 | 48,4 | 19 | 39,6 |
| Costuma anotar dados de peso e altura no formulário do SISVAN | | | | | | 0,226 |
| - Não | 55 | 69,6 | 24 | 77,4 | 31 | 64,6 |
| - Sim | 24 | 30,4 | 7 | 22,6 | 17 | 35,4 |
| Costuma anotar dados de peso e altura no formulário e-SUS | | | | | | 0,653 |
| - Não | 59 | 74,7 | 24 | 77,4 | 35 | 72,9 |
| - Sim | 20 | 25,3 | 7 | 22,6 | 13 | 27,1 |
| Costuma anotar dados de peso e altura em outro local | | | | | | 0,856 |
| - Não | 50 | 63,3 | 20 | 64,5 | 30 | 62,5 |
| - Sim | 29 | 36,7 | 11 | 35,5 | 18 | 37,5 |
| Registra na CSC a estatura | | | | | | 0,262 |
| - Não | 11 | 13,9 | 6 | 19,4 | 5 | 10,4 |
| - Sim | 68 | 86,1 | 25 | 80,6 | 43 | 89,6 |
| Registra na CSC o perímetro cefálico | | | | | | 0,072 |
| - Não | 66 | 83,5 | 23 | 74,2 | 43 | 89,6 |
| - Sim | 13 | 16,5 | 8 | 25,8 | 5 | 10,4 |
| Registra na CSC o peso | | | | | | 0,511 |
| - Não | 8 | 10,1 | 4 | 12,9 | 4 | 8,3 |
| - Sim | 71 | 89,9 | 27 | 87,1 | 44 | 91,7 |
| Registra na CSC o IMC | | | | | | 0,212 |
| - Não | 65 | 83,3 | 23 | 76,7 | 42 | 87,5 |
| - Sim | 13 | 16,7 | 7 | 23,3 | 6 | 12,5 |
| Registra na CSC a data da realização da medida | | | | | | 0,950 |
| - Não | 13 | 16,5 | 5 | 16,1 | 8 | 16,7 |

| | | | | | | | |
|--|----|------|----|------|----|------|-------|
| - Sim | 66 | 83,5 | 26 | 83,9 | 40 | 83,3 | |
| Registra na CSC a idade da criança no momento da medida | | | | | | | 0,401 |
| - Não | 22 | 27,8 | 7 | 22,6 | 15 | 31,2 | |
| - Sim | 57 | 72,2 | 24 | 77,4 | 33 | 68,8 | |
| Registra na CSC todos os dados | | | | | | | 0,287 |
| - Não | 70 | 88,6 | 26 | 83,9 | 44 | 91,7 | |
| - Sim | 9 | 11,4 | 5 | 16,1 | 4 | 8,3 | |
| Sabe realizar a medida de peso e altura de forma correta | | | | | | | 0,419 |
| - Não | 1 | 1,3 | 0 | 0,0 | 1 | 2,1 | |
| - Sim | 78 | 98,7 | 31 | 100 | 47 | 97,9 | |

*p= Pearson Chi-Square

Fonte: Reis, Juliany. 2017.

Nota: Dados obtidos a partir dos resultados da pesquisa

7 DISCUSSÃO

As curvas de crescimento são instrumentos de acompanhamento do crescimento infantil, essenciais para que sejam realizadas prevenção e identificação de problemas nutricionais que possam comprometer a qualidade de vida da criança. A realização adequada do acompanhamento do crescimento favorece a organização dos serviços de saúde e permite práticas de prevenção e promoção voltadas a este público.

O presente estudo mostrou predominância dos profissionais de saúde do sexo feminino. Segundo Gomes (2011), os serviços de saúde são majoritariamente ocupados por profissionais do sexo feminino nos Estados do Rio Grande do Norte, Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo. No estudo de Cotta et al. (2006) no município de Teixeiras – Minas Gerais também apresentou essa predominância.

Os profissionais de saúde podem utilizar as curvas de crescimento para que haja acompanhamento efetivo do crescimento infantil. Segundo Sperandio et al (2011) a adoção das novas curvas de crescimento permite uma avaliação mais adequada do crescimento infantil por tratar-se de um padrão de crescimento atual, recomendado para uso internacional. Os conhecimentos e práticas de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil, no município de Belém (PA), mostraram-se insatisfatórios (FIGUEIRAS et al, 2003). No presente estudo foi possível observar que a maioria dos profissionais de saúde relatou que conhecia e sabia interpretar as curvas de crescimento, porém a minoria sabia calcular o IMC.

Ratis (2006) avaliou o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em menores de cinco anos no Estado de Pernambuco, encontrando um deficiente conhecimento dos profissionais sobre a essência do monitoramento. Isso foi comprovado pelo fato de uma parcela destes profissionais relatarem fazer esta ação apenas quando detectavam algum distúrbio como desnutrição ou diarreia, ou que a mesma deveria ser realizada pela enfermeira na puericultura.

Em estudo feito na cidade de João Pessoa (PB) com enfermeiros nas UBS, houve avaliação do conhecimento geral sobre o crescimento infantil e análise das linhas da curva de crescimento contidas na CSC, a maioria dos participantes não acertou as questões relacionadas (REICHERT et al, 2012). Assim, o

acompanhamento do crescimento e desenvolvimento não qualificado pode resultar em prejuízos sociais, humanos e financeiros ao município pelas consequências da não atuação precoce em casos de atrasos no desenvolvimento que poderiam ser evitados (MARTINS et al, 2013).

O monitoramento do crescimento e desenvolvimento compreende o plano individual, cujas informações são coletadas no atendimento de cada criança como sinalizadores de situações de saúde, e o nível de gestão dos serviços, em que ocorre a consolidação de dados individuais como material de interesse epidemiológico (RATIS, 2006).

Os profissionais de saúde atuantes na rede básica de saúde apesar de valorizarem o registro dos dados na caderneta, reconhecem que nos serviços de saúde, tais como maternidades, unidades de saúde da família e centros de saúde, o preenchimento do instrumento não está sendo realizado de forma adequada. Reforçam que essa realidade é preocupante, tendo em vista que a falta ou incompletude do registro dos dados na caderneta traz prejuízos para o acompanhamento integral da saúde da criança e dificulta a avaliação das ações de saúde prestadas pelos profissionais (SILVA; GAÍVA, 2015).

No presente estudo, apenas 11,4% dos profissionais anotavam todos os dados recomendados na CSC o que se comprova pelo baixo preenchimento observado nas curvas IMC/idade (34%), altura/idade (8,2%) e perímetro cefálico/idade (8,2%). Em Belo Horizonte (MG), Alves e colaboradores (2009) encontraram achados semelhantes. Em Porto Alegre (MG) apenas 31,3 e 11,3% das crianças tiveram suas medidas registradas nos gráficos de peso/idade e altura/idade, respectivamente. O preenchimento do perímetro cefálico da criança (56,0%) e Índice de Apgar (66,0%) alcançaram os melhores percentuais (FARIA ; NOGUEIRA, 2013).

Nos municípios de Caracol e Anísio de Abreu (PI), entre as 342 crianças estudadas, 22,2% apresentavam cadernetas de saúde preenchidas de forma adequada, o estudo mostrou que menos de um quarto das crianças tinha a caderneta de saúde com preenchimento adequado (COSTA et al, 2014).

Nesse contexto Reichert et al (2012) enfatiza em seu estudo a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para o preenchimento correto da CSC e orientação às mães, por ser um instrumento fundamental para a vigilância da saúde infantil. O autor enfatiza ser fundamental o apoio dos gestores de saúde, para que

haja condições favoráveis para o desenvolvimento das atividades realizadas na Estratégia de Saúde da Família, pois sem este, grande parte das atividades propostas se tornam inviáveis (devido a alta demanda e precária infraestrutura de trabalho).

Em estudo realizado em Pernambuco verificou-se que mais de 70% dos médicos responsáveis pelo atendimento às crianças declararam não haver recebido treinamento específico para as ações de assistência à saúde das mesmas. Entre os demais profissionais (enfermeiros, auxiliares de enfermagem e atendentes), encontraram-se percentuais elevados de não treinados (CARVALHO et al, 2008). Em Pelotas (RS) foi observado que havia falta de capacitação dos profissionais de saúde que lidam com as crianças sobre a CSC devido à utilização incorreta e ao preenchimento inadequado do instrumento (LINHARES et al, 2012).

Nesse estudo a maioria dos profissionais de saúde relatou ter recebido treinamento sobre as curvas de crescimento e ainda assim, a maioria não realizava o preenchimento adequado da CSC, o que demonstra a necessidade de treinamento contínuo no município de Vitória de Santo Antão, assim como nos estudos analisados.

É coerente que haja capacitação continuada para que a vigilância nutricional infantil seja realizada, haja melhora na qualidade dos serviços para esse público reduzindo assim o comprometimento do estado de saúde dessa população e garantindo o direito à saúde no qual os mesmos possuem.

8 CONCLUSÕES

A maioria dos profissionais de saúde conhecia e sabia interpretar as curvas de crescimento. Porém poucos anotavam todos os dados recomendados na CSC mesmo a maioria relatando que havia recebido treinamento. Entre esses dados, as curvas peso/idade e altura/idade se mostraram, em sua maioria, preenchidas até 1 ano de idade. Por outro lado, menos da metade das Cadernetas possuíam dados de peso e comprimento ao nascer, índice apgar e perímetro cefálico.

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 da Mata sul de Pernambuco, área de densa potencialidade enquanto polo regional e sede de um Centro de interiorização da Universidade Federal de Pernambuco.

Espera-se que os resultados desta pesquisa venham a contribuir para o subsídio de planejamento de ações que proporcionem ao profissional de saúde da atenção primária educação permanente, visto que implicará diretamente na qualidade da atenção prestada à criança. Portanto faz-se necessário aprofundamento de pesquisas nesse campo de conhecimento, para que haja identificação de outros fatores que venham a interferir na prática do profissional de saúde quanto às curvas de crescimento, considerando as práticas locais, cultura e representações sociais.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, G. N. **Vivências dos profissionais da atenção primária à saúde com a caderneta de saúde da criança**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 157f.
- ARAUJO, C. L. P. et al. Size at birth and height in early adolescence: a prospective birth cohort study. **Cad. Saúde Pub.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, Apr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2016
- ARAÚJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 67, n. 6, p.1000-1007, nov-dez, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.
- ABREU, T. G. T.; VIANA, L. S.; CUNHA, C. L. F. Desafios na utilização da caderneta de saúde da criança: entre o real e o ideal. **J Manag Prim Health Care**, Recife, v. 3, n. 2, p. 80-83, 2012. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/view/142/144>>. Acesso em: 22 out. 2016.
- AERTS, D. R.; GIUGLIANI, E. R. Vigilância do estado nutricional da criança. In: DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. (Ed.). **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004, p.180-189.
- ALVES, C.R; MOULIN, Z.S. **Saúde da criança e do adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1572.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2016.
- ALVES, C. R. L et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 583-595, 2009. Disponível em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2732.pdf>>. Acesso em: 22 nov.2017
- BARROS, Fernando C.; VICTORA, Cesar G. Maternal-child health in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: major conclusions from comparisons of the 1982, 1993, and 2004 birth cohorts. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 3, p. s461-s467, 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s3/12.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2017.
- BOITO JUNIOR, Armando; BERRINGER, Tatiana. Brasil: classes sociais, neodesenvolvimentismo e política externa nos governos Lula e Dilma. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 21, n. 47, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v21n47/04.pdf>> Acesso em: 13 out. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta de Saúde da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. **Caderneta de Saúde da Criança: passaporte da cidadania**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Estatísticas de mortalidade: Brasil, 1987**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p.

_____. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 80 p. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

_____. **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: 22 out. 2016.

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

_____. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 18 out. 2017.

_____. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf>. Acesso em: 17 out. 2017

_____. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em:< <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2016

_____. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: SISVAN na assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério desenvolvimento social. **Bolsa Família**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e/>>. Acesso em: 14 out. 2017

BRASIL. Ministério desenvolvimento social. **Bolsa Família**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, 2015. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e/>>. Acesso em: 14 out. 2017

CARVALHO, M. F. et al. **Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano**: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 675-685, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/21.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

CONDE, Wolney L.; MONTEIRO, Carlos A. Body mass index cutoff points for evaluation of nutritional status in Brazilian children and adolescents. *J. Pediatr.*, Porto Alegre, v. 82, n. 4, p. 266-272, 2006.

COSTA, J. S. D et al. Assistência à criança: preenchimento da Caderneta de Saúde em municípios do semiárido brasileiro. **Ver. Bras. Saúde Materno Inf.**, Recife, v. 14, n. 3, p. 219-227, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v14n3/1519-3829-rbsmi-14-03-0219.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

COTTA R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Rev Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 07-18, 2006. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a02.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2017

FARIA, L. A. N; PENA, A. P. S. A. Análise do impacto do programa bolsa família em relação ao estado nutricional de crianças de zero a sete anos pertencentes às famílias beneficiárias do programa no município de Pará de Minas, Minas Gerais, no período de 2007/2008. **SynThesis**, Pará de Minas, v.1, n.1, 344-354, out. 2009. Disponível em: <<http://fapam.web797.kinghost.net/periodicos/index.php/synthesis/article/view/27/23>>. Acesso em: 17 out. 2017

FARIA, M; NOGUEIRA, T. A. Avaliação do uso da Caderneta de Saúde da Criança nas Unidades básicas de saúde em um município de minas gerais. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, Porto Alegre, n. 38, p. 08-15, out/dez de 2013. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1944/1469>. Acesso em: 22 nov. 2017

FERREIRA, A. A. Avaliação do crescimento de crianças: a trajetória das curvas de crescimento. **Demetra**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 191-202, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/3786/3844#.WBM7Ui0rLIU>>. Acesso em: 22 out. 2016

FERREIRA, H.S. Avaliação nutricional de crianças pelo método antropométrico. In: _____. **Desnutrição: magnitude, significado social e possibilidade de prevenção.** Maceió: EDUFAL, 2000. v.1.

FIGUEIRAS, A. C. M et al. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Cad. Saúde Públ.**, Belém, v. 19, n. 6, p. 1691-1699, nov/dez 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a13v19n6>>. Acesso em: 21 nov. 2017

FROTA, M. A. et al. Acompanhamento antropométrico de crianças: o ideal e o realizado. **Rev. Baiana Saúde Públ.**, Salvador, v. 31, n. 2, p. 212-222, jul./dez. 2007. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0021.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2016

GAÍVA, M. A. M. A família como unidade do cuidado de enfermagem na atenção à saúde da criança. In: GAÍVA, M. A. M. (Org.) **Saúde da Criança e do Adolescente: contribuições para o trabalho de enfermeiros (as).** Cuiabá: EDUFMT, 2006. p. 61-80.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e / ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 983-992, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700030>. Acesso em: 31 out. 2017.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Departamento da População e Indicadores Sociais. **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE, 1999. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/notastecnicas.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2016

LINHARES, A. O et al. Avaliação dos registros e opinião das mães sobre a caderneta de saúde da criança em unidades básicas de saúde, Pelotas, RS. **Rev. AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 3, p. 245-250, jul/set. 2012. Disponível em: <<http://www.amrigs.org.br/revista/56-03/avaliacao%20dos%20registros.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2017

MARTINS, T. S. A et al. Implementação da avaliação do crescimento e do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças menores de 5 anos na USF Grajaú na cidade de Brumadinho – MG, pelo internato rural da UFMG. **Rev. Méd. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, p.27-32, 2013. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/6>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **National Center for Health Statistics.** Atlanta: CDC, 2015. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/nchs/about/mission.htm>>. Acesso em: 18 out. 2017

POST, C. L. A; VICTORA, C. G; BARROS, A.J.D. Entendendo a baixa prevalência de deficit de peso para estatura em crianças brasileiras de baixo nível sócioeconômico: correlação entre índices antropométricos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 73-82, jan. 2000. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100008>. Acesso em: 23 out. 2016

RAO, S; SIMMER, K. World Health Organization growth charts for monitoring the growth of Australian children: time to begin the debate. **J Paediatr Child Health**, Melbourne, v. 48, n. 2, p. E84-90, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22050470>>. Acesso em: 25 out. 2016

RATIS, C. A. S. **Monitoramento do crescimento e desenvolvimento de crianças atendidas em serviços públicos de saúde do Estado de Pernambuco**. 2003. (Mestrado em Nutrição) - Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.

REICHERT, A. P. S. et al. Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. **Rev Rene**. Fortaleza, v.13, n. 1, p. 114-26, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3780/2988>>. Acesso em: 06. nov. 2017

SILVA, F.B; GAÍVA, M. A. M. Preenchimento da caderneta de saúde da criança: percepção dos profissionais. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 14, n. 2, p.1027-1034, 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/24268/14744>>. Acesso em: 06. nov. 2017.

SPERANDIO, N. et al. Comparação do estado nutricional infantil com utilização de diferentes curvas de crescimento. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 24, n. 4, p. 565-574, Aug. 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n4/v24n4a05.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2017

VAN, D. B. J; WILLIE, D; YOUNGER, N. The World Health Organization child growth standards: expected implications for clinical and epidemiological research. **Eur J Pediatr.**, Berlim, v. 168, n. 2, p. 247-51, 2009.

VICTORA, C. G.; ARAÚJO, C. L.; ONIS, M. **Uma nova curva de crescimento para o século XXI**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/nova_curva_cresc_sec_xxi.pdf>. Acesso em: 25 out. 2016

VIEIRA, G.O et al. Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 2, p. 177-184, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n2/a06v05n2.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

APENDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para
profissionais de saúde



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

_____ (assinatura do pesquisador)

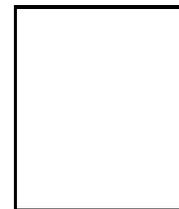
CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

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

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

Vitória de Santo Antão, ____/____/____

Assinatura do participante: _____



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

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B – Formulário sobre Vigilância Clínica e Nutricional destinado aos Profissionais da Saúde

Formulário sobre Vigilância Clínica e Nutricional destinado aos Profissionais da Saúde

Número: _____
 Nome entrevistador: _____

Data entrevista: ___/___/___
 Entrevistado (profissão): _____
 Micro-área de abrangência: _____ () N.S.A
 Nº crianças menores de 10 anos (2015/16): _____
 Nº famílias acompanhadas (2015/16): _____

USF: _____
 Nº ACS (2016): _____

Módulo 1: Dados pessoais, demográficos e socioeconômicos

1. Data de nascimento: ___/___/___
2. Sexo (Gênero):
 1.F 2.M 3.Outro _____
3. Nº de residentes no domicílio: _____
 (OBS: Incluir as crianças)
4. Renda familiar: R\$ _____
5. Renda per capita: R\$ _____
6. Escolaridade: _____ nº de anos de estudo
 1. Analfabeto 2. 1 – 4 anos
 3. 5 – 8 anos 4. 9 – 12 anos
 4. > 12 anos
7. Está fazendo ou já fez algum curso técnico ou superior? (Esta pergunta deve ser realizada apenas SE O ENTREVISTADO for o ACS)
 1. Não.
 2. Sim, fez curso técnico
 3. Sim, fez curso superior
 4. Sim, está fazendo curso técnico
 5. Sim, está fazendo curso superior
 9. NSA (se for outro profissional)
8. Se sim, na questão anterior, qual o tipo de graduação/curso técnico? (Ex: nutrição, enfermagem, saúde coletiva) 9.NSA

Módulo 2: Conhecimentos e práticas quanto à vigilância nutricional

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

11. Você sabe calcular o IMC (índice de massa corporal)? Se sim, como você faz? (OBS para o entrevistador: Peso dividido pela altura ao quadrado - Peso/ A²)
 1. Não
 2. Sim, e descreve corretamente
 3. Sim, mas não descreve corretamente
 4. Sim, mas coloca na tabela/quadro de Cálculo de IMC disponível na Caderneta
 5. Não, mas coloca na tabela/quadro de Cálculo de IMC disponível na Caderneta

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

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

(pag.15)

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

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

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

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

1. Não 2. Sim

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

1. Não 2. Sim 3. Às vezes

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

1. Não 2. Sim 3. Às vezes

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

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

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

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

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

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

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

- () 1. Não () 2. Sim () 3. Às vezes

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

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

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

- () 1. Não () 2. Sim () 3. Às vezes

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

- () 1. Não
 () 2. Sim. Quando? _____

25. Se sim, esse treinamento ocorre com frequência?

- () 1. Não
 () 2. Sim. De quanto em quanto tempo?

- () 9. NSA

26. Você sente necessidade de capacitação nessa área?

- () 1. Não () 2. Sim

Módulo 3: Medidas antropométricas:

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

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

(Solicitar a visualização dos equipamentos da US)

1. Bom estado de conservação e uso

2. Estado de conservação ruim e em uso

3. Estado de conservação ruim e em desuso

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

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

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

- () 1. Não () 2. Sim

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

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

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

(pode marcar mais de 1 opção)

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

(Pág. 05)

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

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

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

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

- () 9. N.S.A

31. A balança da US é calibrada periodicamente?

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

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

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

- () 3. 1-2 anos
() 4. > 2 anos

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

- () 1. Não () 2. Sim () 9. N.S.A

34. Você fez visita domiciliar no último mês?

- () 1. Não () 2. Sim

35. Você possui algum equipamento de medidas corporais próprio? (Pode marcar mais de uma opção. **Perguntar apenas se o entrevistado for o ACS.**)

| | Código equip. (álbum) |
|--|------------------------------|
| () 1. Não | |
| () 2. Sim, balança | |
| () 3. Sim, trena antropométrica ou fita métrica (Pág. 07) | |
| () 4 Sim, infantômetro (Pág. 07) | |
| () 5. Sim, estadiômetro (Pág. 07) | |

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

9. () NSA

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

- () 1. Não () 2. Sim () 9. N.S.A

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

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

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

- () 1. Não () 2. Sim

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

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

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

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

- () 1. Não () 2. Sim

41. Você sabe identificar sinais clínicos decorrentes da obesidade?

- () 1. Não () 2. Sim

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

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

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

- () 1. Não () 2. Sim () 9.NSA

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

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

45. Você sabe identificar sinais clínicos decorrentes da desnutrição?

- () 1. Não () 2. Sim

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

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

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

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

() 46.4 Infecções recorrentes

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

(Pág.13)

() 46.6 Palidez grave (Pág. 12)

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

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

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

() 46.10 Outros _____

() 9. NSA

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

() 1. Não () 2. Sim () 9.NSA

48. Se sim, quais orientações costuma fazer?

(pode marcar mais de 1 opção)

() 48.1 Consumir frutas

() 48.2 Consumir verduras e legumes

() 48.3 Diminuir o hábito de comer assistindo televisão.

() 48.4 Aumentar o tamanho das porções dos alimentos.

() 48.5 Adicionar óleo às preparações diariamente

() 48.6 Diminuir o consumo de refrigerante.

() 48.7 Diminuir o intervalo entre as refeições

() 48.8 Evitar trocar refeições principais por alimentos lácteos.

() 48.9 Outros _____

() 9. NSA

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

() 1. Não () 2. Sim () 3. Às vezes

50. Você faz o acompanhamento mais detalhado dessa família?

() 1. Não () 2. Sim () 9. NSA

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

() 1. Não () 2. Sim () 9.NSA

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

() 1. Não () 2. Sim

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

() 53.1 Nutricionista

() 53.2 Educador físico

() 53.3 Fisioterapeuta

() 53.4 Enfermeiro

() 53.5 Psicólogo

() 53.6 Médico

() 53.7 Terapeuta Ocupacional

() 53.8 Dentista

() 53.9 Outros _____

() 9. NSA

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

() 54.1.Médico

() 54.2.ACS

() 54.3.Enfermeiro

() 54.4.Vizinhos/Amigos

() 54.5.Responsável

() 54.6. Outros _____

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

QUESTIONÁRIO PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE SOBRE TÉCNICAS DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

* O profissional de saúde deve marcar um “X” no SIM ou no NÃO caso realize ou não, cada passo descrito abaixo. Em caso de dúvida, perguntar ao entrevistador.

* Em caso do profissional utilizar dois tipos de balança (ex: digital e mecânica) deve-se preencher ambos os formulários referentes a cada tipo de balança.

***Se sim ou não. Quais critérios você aplica para pesagem**

| 56. PESAGEM DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS | | |
|---|-----|-----|
| 56.1. Balança do tipo mecânica: | Não | Sim |
| 1. Antes de realizar a pesagem você sempre se certifica se a balança encontra-se realmente em local apropriado (sobre superfície lisa, plana, firme)? | | |
| 2. Antes da pesagem, verifica se a balança está devidamente calibrada, ou seja, se a agulha do braço e o fiel estão na mesma linha horizontal? | | |
| 3. Antes da pesagem é forrado o prato com uma proteção (papel descartável ou fralda)? | | |
| 4. Se forrado com manta ou fralda, a balança é calibrada novamente? | | |
| 5. A criança é pesada com o mínimo de roupa possível? | | |
| 6. Faz a marcação da medida do peso apenas quando a agulha do braço e o fiel estão nivelados? | | |
| 7. O peso é sempre anotado no formulário da Vigilância Alimentar ou Caderno pessoal? | | |
| 8. O peso é sempre anotado no formulário da Caderneta de Saúde da criança? | | |
| 56.2. Balança do tipo eletrônica (digital): | Não | Sim |
| 1. A balança é ligada antes da criança ser colocada no equipamento? | | |
| 2. Ao ligar, espera a balança chegar ao zero antes de começar a pesagem? | | |
| 3. A criança é pesada com o mínimo de roupa possível? | | |
| 4. Aguarda-se um tempo para que o valor da pesagem esteja fixado no visor para que seja realizada a leitura da medida? | | |
| 5. O peso é sempre anotado no formulário de Vigilância Alimentar ou Caderno pessoal? | | |
| 6. O peso é sempre anotado na Caderneta de Saúde da criança na Caderneta de saúde da criança? | | |

| 57. PARA PESAGEM DE CRIANÇAS MAIORES DE 2 ANOS. | | |
|--|-----|-----|
| 57.1. Balança tipo plataforma mecânica/manual: | Não | Sim |
| 1. É verificado inicialmente se a balança está afastada da parede? | | |
| 2. Antes da pesagem, verifica se a balança está devidamente calibrada, ou seja, se a agulha do braço e o fiel estão na mesma linha horizontal? | | |
| 3. Verifica se a criança está com roupas leves, descalço e orienta a retirada de objetos pesados (chaves, óculos, cinto, telefone e qualquer outro objeto que possa interferir no peso)? | | |
| 4. O indivíduo é posicionado de costas pra a balança, de forma ereta, de pés juntos e braços estendidos ao longo do corpo? | | |
| 5. Depois da posição correta é destravada a balança e feita a pesagem movendo o cursor maior e depois o cursor menor? | | |
| 6. A leitura é realizada apenas após nivelamento entre a agulha do braço e fiel? | | |
| 7. O peso é sempre anotado no formulário da Vigilância Alimentar ou Caderno pessoal? | | |
| 8. O peso é sempre anotado no formulário da Caderneta de Saúde da criança? | | |

| 57.2. Balança de CHÃO tipo eletrônica ou mecânica: | Não | Sim |
|---|-----|-----|
| 1. No caso da balança eletrônica você liga antes de colocar a criança no equipamento? OU em caso de balança mecânica você, calibra a balança manualmente antes da criança ser colocada no equipamento? | | |
| 2. Espera a balança chegar ao zero antes de começar a pesagem? | | |
| 3. Antes da pesagem solicita que a criança fique com o mínimo de roupa possível, descalço, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo? | | |
| 4. Aguarda-se um tempo para que o valor da pesagem esteja fixado no visor para que seja realizada a leitura da medida? | | |
| 5. O peso é sempre anotado no formulário da Vigilância Alimentar ou Caderno pessoal? | | |
| 6. O peso é sempre anotado no formulário da Caderneta de Saúde da criança? | | |

***Quais critérios você aplica para a medição da altura:**

| 58.COMPRIMENTO DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS | Não | Sim |
|--|-----|-----|
| 1. A criança é deitada no centro do infantômetro (pág. 07 do album), descalça, com a cabeça livre de adereços (toucas, fivelas ou enfeites de cabelo) que possam interferir na medida? | | |
| 2. A cabeça é apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com a ajuda dos pais-responsáveis? | | |
| 3. O pescoço reto e o queixo afastado do peito? | | |
| 4. Ombros, nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o infantômetro? | | |
| 5. É pressionado cuidadosamente os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, de modo que eles fiquem estendidos? | | |
| 6. Os pés são postos juntos fazendo um ângulo reto com as pernas, para que possa levantar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés? | | |
| 7. Por fim é realizada a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada? | | |
| 8. O comprimento é sempre anotado no formulário da Vigilância Alimentar ou Caderno pessoal? | | |
| 9. O comprimento é sempre anotado no formulário da Caderneta de Saúde da criança? | | |

| | | |
|--|--|--|
| parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo? | | |
| 7. O comprimento é sempre anotado no formulário da Vigilância Alimentar ou Caderno pessoal? | | |
| 8. O comprimento é sempre anotado no formulário da Caderneta de Saúde da criança? | | |

| 59. ALTURA DE CRIANÇAS MAIORES DE 2 ANOS | Não | Sim |
|--|-----|-----|
| 1. A medição é realizada com o indivíduo na posição de pé, encostado numa parede ou estadiômetro (pág. 7)? | | |
| 2. A criança é posicionada descalça e com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento? | | |
| 3. O indivíduo é mantido de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos? | | |
| 4. As pernas sempre paralelas e os pés devem formar um ângulo reto com as pernas? | | |
| 5. O indivíduo encosta os calcanhares, as panturrilhas, os glúteos, as escápulas e parte posterior da cabeça (região do occipital) no estadiômetro ou parede? (Quando não for possível encostar esses cinco pontos, observa o posicionamento de, no mínimo, três deles?) | | |
| 6. A aferição é realizada baixando a | | |