

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

NELSON JOSÉ DA SILVA NETO

**Conhecimento dos responsáveis por menores de dez anos acerca das Novas Curvas de
Crescimento da Caderneta de Saúde da Criança**

Vitória de Santo Antão

2017

NELSON JOSÉ DA SILVA NETO

Conhecimento dos responsáveis por menores de dez anos acerca das Novas Curvas de Crescimento da Caderneta de Saúde da Criança

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento ao requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, sob orientação da Professora MsC 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

S586c Silva Neto, Nelson José da.
Conhecimento dos responsáveis por menores de dez anos acerca das
Novas Curvas de Crescimento da Caderneta de Saúde da Criança / Nelson José
da Silva Neto. - Vitória de Santo Antão, 2017.
43 folhas: il.

Orientadora: Nathália Paula de Souza.
TCC (Graduação) – Universidade Federal de Pernambuco, CAV.
Bacharelado em Nutrição, 2017.
Inclui bibliografia.

1. Nutrição infantil. 2. Desenvolvimento infantil. 3. Vigilância nutricional.
Gráficos de crescimento. I. Souza, Nathália Paula de (Orientadora). II. Título.

613.0432 (23.ed.)

BIBCAV/UFPE-210/2017

Folha de aprovação

NELSON JOSÉ DA SILVA NETO

Conhecimento dos responsáveis por menores de dez anos acerca das Novas Curvas de Crescimento da Caderneta de Saúde da Criança

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

Data: 01-12-2017

Nota: 10

Banca Examinadora:

Nathália Paula de Souza

Evane Moises da Silva

Emília Chagas Costa

Dedico primeiramente a Deus.

A minha família, pelo apoio e encorajamento.

Aos amigos, que me incentivaram e acreditaram que eu poderia chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a DEUS, que meu deu a força necessária para a conclusão deste trabalho e me orientou em todos os momentos. Aos meus pais, Claudomir e Lucineide, e minha irmã Keila, que me ofereceram todo o suporte possível.

Às professoras Marcela, Juliana, Vanessa, e especialmente a minha orientadora Nathália Paula de Souza, a quem admiro como profissional e devo a produção deste trabalho. Além disso, agradeço a todos os professores e técnicos que, indiretamente ou diretamente, contribuíram positivamente nesta minha trajetória.

Aos amigos que conquistei nesta faculdade, Rafa, Juh, Mariana Ferreira, Mariana Gomes, Caio e Lila, desejo que nossa união dure por muito tempo.

Aos “Vigilantes do Futuro”, projeto maravilhoso, que me ajudou na coleta da pesquisa, na confecção deste trabalho e que, acima de tudo, me garantiu um conhecimento mais apurado.

A todos, o meu muito obrigado!

“Bom mesmo é ir a luta com determinação, abraçar a vida com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito bela para ser insignificante.”

Charles Chaplin

RESUMO

Avaliar o conhecimento dos responsáveis sobre as curvas de crescimento da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) em Unidades Básicas de saúde do município de Vitória de Santo Antão-PE é o principal objetivo deste trabalho. Trata-se de um estudo transversal, realizado em 08 Unidades de Saúde do Município da Vitória de Santo Antão-PE. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário com perguntas objetivas, contendo variáveis referentes a conhecimento, percepção e práticas relacionadas à Caderneta de Saúde da Criança (CSC) e a vigilância clínica e nutricional. O público alvo foram os responsáveis por crianças menores de 10 anos. Foram entrevistados 240 responsáveis, sendo a maior parte do sexo feminino (95,8%), residentes em área urbana (95%) e desempregados (86,3 %). A maioria não conhece a CSC (85,4%), não sabem o que são as curvas de crescimento (63,3%) e, por consequência, não entendem como acompanhar o peso e altura utilizando este instrumento (75%). Em relação à percepção dos pais/responsáveis sobre o peso e apetite da criança, 73,3% relataram que seus filhos estavam com peso adequado e 52,5% com apetite normal. No que diz respeito à vigilância clínica, 80,4% dos sinais de desnutrição e 79,2% dos sinais de excesso de peso não são observados pelos responsáveis, destacando o fato de que mais de 77% referiram não receber orientação sobre esses cuidados. Além disso, percebeu-se que variáveis como falta de conhecimento sobre as curvas de crescimento ($p<0,01$) e orientação profissional sobre a interpretação das mesmas ($p<0,1$) interferiam de maneira significativa no monitoramento do peso por meio das curvas de crescimento pelos responsáveis. Sendo assim, a prática da vigilância nutricional e clínica por meio da utilização da CSC é um desafio a ser superado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e responsáveis, levando em consideração as inúmeras dificuldades que interferem no monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança. Assim, espera-se maior sensibilização dos envolvidos com o cuidado na infância em prol do fortalecimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças nessa fase da vida.

Palavras-chave: Desenvolvimento Infantil. Vigilância Nutricional. Gráficos de Crescimento.

ABSTRACT

To evaluate the knowledge of the responsible ones about the growth curves of the Child Health Handbook (CSC) in Basic Health Units of the Vitória de Santo Antão-PE City. A cross-sectional study, carried out in 08 Health Units of the Municipality of Vitória de Santo Antão-PE City. Data collection was performed by a questionnaire with objective questions, containing variables related to knowledge, perception and practices related to the Child Health Handbook (CSC) and clinical and nutritional surveillance. The target audience was responsible for children under 10 years. 240 responsible were interviewed, most of whom were female (95.8%), urban residents (95%) and unemployed (86.3%). Most of them do not know the CSC (85.4%), they do not know what the growth curves are (63.3%) and, consequently, they do not understand how to monitor weight and height using this instrument (75%). Perception of the children's parents/responsible about child weight and appetite, 73.3% reported that their children had adequate weight and 52.5% had normal appetite. As regards surveillance clinical signs, 80.4% signs of bad nutrition and 79.2% of the signs of overweight are not observed by those responsible, highlighting the fact that more than 77% reported they do not receive care. In addition, it was noticed that variables such as lack of knowledge about growth curves ($p<0.01$) and professional guidance about their interpretation ($p<0.1$) significantly interfered into monitoring of child weight by growth curves by those responsible. The practice of nutritional and clinical surveillance through the use of CSC is a challenge to be overcome by the ESF and responsible, taking into account the numerous difficulties that interfere in the monitoring of child growth and development. Thus, it is expected that awareness among those involved in child care in health promotion and disease prevention at this stage of life.

Keywords: Child Development. Nutritional Surveillance. Growth Graphs.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados socioeconômicos e demográficos dos responsáveis por menores de dez anos, Vitória de Santo Antão, 2017.....	22
Tabela 2 – Conhecimentos, percepção e práticas dos responsáveis por menores de dez anos em relação às Curvas de Crescimento, Vitória de Santo Antão - PE, 2017.....	23
Tabela 3 – Conhecimentos e práticas dos pais/responsáveis por menores de dez anos quanto à vigilância clínica, Vitória de Santo Antão - PE, 2017.....	24
Tabela 4 - Dados sociodemográficos e conhecimentos dos responsáveis por menores de dez anos em relação ao acompanhamento do peso e altura pelas curvas de crescimento da CSC, Vitória de Santo Antão, 2017.....	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
ASBRAN	Associação Brasileira de Nutrição
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
CC	Cartão da Criança
CC	Curvas de Crescimento
DNCr	Departamento Nacional da Criança
ESF	Equipe de Saúde da Família
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
PSF	Programa Saúde da Família
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UF	Unidade da Família
USF	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 Geral.....	13
2.2 Específicos.....	13
3 JUSTIFICATIVA	14
4 REVISÃO DA LITERATURA	15
4.1 Históricos das estratégias de vigilância em saúde até a introdução da Caderneta de Saúde da Criança.....	15
4.2 Curvas de Crescimento: instrumento prático para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.....	17
4.3 Atribuições da família no cuidado integral dos filhos por meio da utilização da Caderneta de Saúde da Criança	18
5 MATERIAL E MÉTODOS	20
6 RESULTADOS	22
7 DISCUSSÃO	26
8 CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS	30
ANEXO A – Formulário sobre Vigilância Clínica e Nutricional destinado aos pais por crianças menores de 10 anos.....	35
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para responsáveis diretos por crianças menores de 10 anos.....	40
ANEXO C – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Para responsáveis diretos pelas crianças que tenham entre 12 e 18 anos – Resolução 466/12).....	42

1 INTRODUÇÃO

A infância é uma das fases da vida em que ocorrem intensas mudanças e, por esta razão, a vigilância nutricional e da saúde permite a atuação sobre fatores capazes de comprometer o estado geral de saúde da criança (REICHERT et al., 2012). Entre as linhas de cuidado à saúde na infância destaca-se o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como estratégia de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde. Além disso, permite um reconhecimento antecipado de necessidades especiais que merecem abordagem significativa (BRASIL, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, o monitoramento do crescimento é encarado como um dos indicadores mais eficientes de saúde da criança, visto que o mesmo pode ser influenciado por vários fatores como a alimentação, existência de doenças, higiene, habitação, saneamento básico e ingresso aos serviços de saúde (BRASIL, 2002). Por esta razão, é necessária uma avaliação regular do ganho de peso, o que permite identificação precoce de crianças com fatores de risco importantes, proporcionando maior chance de reversão do quadro (BRASIL, 2002).

A “transição epidemiológica nutricional” é marcada pela mudança no perfil de morbimortalidade infantil, como o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, redução das doenças transmissíveis e a persistência do baixo peso (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003). Como consequência, observa-se o aumento em todas as fases da vida do sobrepeso e a obesidade, tornando-se um grave problema de saúde pública (CINTRA et al., 2007). De acordo com uma projeção da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2009), baseado na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF, 2008-2009), até 2025 o número de crianças com sobrepeso e obesidade no mundo poderia chegar a 75 milhões e no Brasil a 11,3 milhões, caso nada seja feito. Este novo perfil epidemiológico tem contribuído para alterações no crescimento e desenvolvimento infantil.

Sendo assim, a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) surge como importante estratégia para efetivar a vigilância nutricional e o monitoramento da saúde na infância. A mesma deveria ser distribuída nas maternidades públicas e privadas de todo o território nacional e para todos os recém-nascidos, desde 2005 (BRASIL, 2010).

Após a primeira versão, a CSC passou por várias atualizações. A versão de 2007 recebeu alterações significativas como a utilização das novas curvas de crescimento (CC) da Organização Mundial da Saúde no ano de 2006, os gráficos de peso/idade e de altura/idade, além de informações sobre alimentação e amamentação (BRASIL, 2006). Em 2009, incluiu o

Índice de Massa Corporal (IMC) e um guia básico para crianças com síndrome de Down e autismo. Além disso, a mesma passou a ser diferenciada por sexo e ampliada até os 10 anos de idade (BRASIL, 2009).

Sendo assim, a CSC deve ser valorizada pela equipe de saúde através do registro sistemático de informações relevantes a cada atendimento. Dentre as informações que devem ser registradas podem-se citar o preenchimento das CC com informações antropométricas como peso, altura e diagnóstico do estado nutricional, além da vacinação e orientações sobre higiene e alimentação (BRASIL, 2004). Neste contexto, as CC representam um modelo simultâneo para o acompanhamento, a classificação e o diagnóstico do estado nutricional de um indivíduo ou de uma população (CONDE; MONTEIRO, 2006).

A oportuna aplicação da CSC e das CC por parte dos profissionais de saúde oferece um maior reconhecimento e valorização das famílias, além de estimular o compartilhamento das responsabilidades pelas ações de atenção a saúde dos seus filhos (ALVES et al .; 2009). A família deve ser coparticipante no acompanhamento de seus filhos, mantendo diálogo e vínculo regular com os profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) com o objetivo de receber as orientações necessárias para a atenção integral à criança (BROCA; FERREIRA, 2012).

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o conhecimento dos responsáveis sobre as curvas de crescimento da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) em Unidades Básicas de Saúde do município de Vitória de Santo Antão - PE.

2.2 Específicos

- Descrever as condições socioeconômicas dos responsáveis pelos menores;
- Verificar o conhecimento e práticas dos responsáveis quanto às curvas de crescimento da CSC e o acompanhamento do estado clínico e nutricional da criança;
- Averiguar o papel dos profissionais em orientar os responsáveis na interpretação das curvas de crescimento da CSC e no acompanhamento do estado clínico e nutricional da criança;
- Analisar a associação entre as condições socioeconômicas e conhecimentos em relação às práticas dos responsáveis em relação às curvas de crescimento.

3 JUSTIFICATIVA

As curvas de crescimento encontradas na CSC se constituem como uma ferramenta indispensável para a vigilância do estado nutricional infantil, possibilitando a manutenção ou recuperação da saúde a partir da identificação precoce de crianças com distúrbios nutricionais e consequente intervenção baseada nos fatores influenciadores do estado nutricional, como o econômico, social, cultural, fisiopatológico e psicológico.

Além disso, os pais/responsáveis precisam atuar como colaboradores dos profissionais de saúde nesse processo de monitoramento do estado de saúde e nutrição de seus filhos. Por este motivo, o presente estudo se justifica pela importância das CC da CSC como instrumento prático e útil para a autonomia dos pais/responsáveis no cuidado integral de seus filhos, atuando como vigilantes dos futuros adultos.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Históricos das estratégias de vigilância em saúde até a introdução da Caderneta de Saúde da Criança

Ao longo dos anos, muitas crianças passaram por diversas posições na sociedade brasileira. Essas mudanças promoveram várias situações de vida e de saúde, para que, finalmente, pudesse ser encarada como um sujeito social com características próprias e merecedoras de atenção e cuidado por parte da sociedade (ARIÉS, 2011).

No Brasil, no período colonial, as crianças não eram bem tratadas pela sociedade, sofriam penalidades físicas e, às vezes, eram abandonadas por sua própria família. Em meados de 1920, as autoridades privadas e públicas passaram a levar em consideração o modo como elas estavam adoecendo e propuseram medidas para diminuir a taxa de mortalidade como oferecer uma assistência médica infantil de qualidade (RIBEIRO, 2012).

Neste contexto, surgiu o Departamento Nacional da Criança (DNCr), sendo caracterizado como um programa de proteção a maternidade, a infância e a adolescência (BRASIL, 2011). Outro programa lançado para fornecer adequada assistência de saúde à criança de modo integral foi o PAISMC (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança). Este programa, elaborado pelo Ministério da Saúde em 1980, tinha por objetivo o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças. Entretanto, para o cumprimento deste objetivo, cinco ações precisariam ser realizadas: aleitamento materno e orientação familiar sobre a alimentação em situação de desmame; estratégias para o controle das doenças respiratórias agudas; imunização básica; controle efetivo das doenças diarreicas e o acompanhamento profissional do crescimento e do desenvolvimento infantil (SILVA, 2006).

No entanto, o sistema de saúde no Brasil associava os cuidados à saúde infantil com a saúde materna. Mas, em 1984, com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), as crianças passaram a ser tratadas de modo único e especial. Com este programa buscava-se enfrentar as dificuldades de saúde da população infantil. A cobertura dos serviços de saúde aumentou, as crianças foram priorizadas, receberam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, além disso, as doenças diarreicas e infecciosas foram fiscalizadas e controladas efetivamente, trazendo benefícios para a sobrevivência infantil (ARAÚJO et al, 2014).

Com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), em 1991 e 1999, respectivamente, o investimento foi oferecido para a atenção básica nos municípios brasileiros. Estes programas tornaram-se potencializadores da vigilância da saúde infantil. Com o PACS houve uma aproximação dos serviços de saúde com a comunidade, proporcionando propostas de reorganização da saúde. Já com a implantação do PSF e atualmente a ESF, buscou-se envolver os municípios na promoção de saúde e participação comunitária (MENDES, 2012).

O Ministério da Saúde (MS) por meio do PACS e do PSF estimulou a disseminação do Cartão da Criança (CC), como uma ferramenta necessária para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. As políticas de saúde fortaleceram o conceito de integralidade a partir da década de 80 por oferecerem um atendimento de qualidade por meio de ações que priorizavam a promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2005).

No Brasil, na década de 90, o CC era utilizado para acompanhar os registros de saúde da criança. Neste cartão continha o calendário de vacinação para crianças de zero a cinco anos e o gráfico para a verificação do crescimento infantil. Com o tempo este documento sofreu várias mudanças até chegar a CSC que é utilizada atualmente (BRASIL, 2005).

A CSC foi formulada para atender as necessidades de todas as crianças brasileiras. A mesma deve ser entregue na maternidade, para que os responsáveis pelo menor possam, o mais rápido possível, acompanhar a saúde dos seus filhos (BRASIL, 2005). No entanto, para que os objetivos da CSC sejam atendidos, se faz necessário o envolvimento da família, profissionais de saúde e outros serviços que acolhem as crianças (BRASIL, 2005).

Implantada em 2005 pelo MS, a CSC é muito mais completa que seu antecessor CC, pois nela contém informações de gravidez, parto e puerpério, alimentação saudável, higiene, gráfico de perímetro cefálico, informações sobre prevenção de acidentes, profilaxia da carência de vitamina A e ferro e observações sobre saúde bucal, visual e auditiva (BRASIL, 2005).

Em 2007, surgiu uma nova atualização da CSC. Nesta nova versão, foram inseridos gráficos de peso/idade e de altura/idade. Além disso, foram colocadas informações de registro de nascimento, direitos dos pais e das crianças e dicas de alimentação, amamentação e desmame (BRASIL, 2007). Uma nova revisão surgiu no ano de 2009, nesta foram inseridos o guia básico para o acompanhamento de crianças com síndrome de Down e autismo, além da tabela contendo o IMC (Índice de Massa Corporal). Nesta nova versão, as CSC são diferenciadas por sexo e ampliou-se a faixa etária de cobertura para os dez anos de idade (BRASIL, 2009).

4.2 Curvas de Crescimento: instrumento prático para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil

A infância representa uma importante etapa da vida na qual acontecem diversas e grandes mudanças físicas e psicológicas. Por isso, se faz necessário encarar o estudo do crescimento infantil como sendo uma necessidade na atualidade, visto que não haverá uma adequada assistência a criança sem o monitoramento do seu crescimento. Portanto, essas modificações que determinam o crescimento e desenvolvimento infantil merecem ser avaliadas continuamente (SIGAUD, 1996).

Diante desta circunstância, as CC se tornam um importante instrumento para analisar o crescimento e desenvolvimento infantil por meio dos indicadores antropométricos, como peso e altura, e através destes, avaliar o estado nutricional das crianças. (BRASIL, 2012)

Através da antropometria estima-se que uma criança conseguiu atingir seu potencial de crescimento por meio de um padrão de referência do crescimento infantil. Esse processo resulta em valores de medidas antropométricas constituídas como referência, sendo expresso em gráficos (FERREIRA, 2012).

Por ser descrita como sendo “a técnica para expressar quantitativamente a forma do corpo” (TANNER, 1986), a antropometria é a atividade científica relativa à observação, quantificação e análise do crescimento somático humano. Além disso, é um dos princípios para uma construção da normatividade, seja clínica ou epidemiológica, pois se estabelece em um dos instrumentos utilizados na construção de referência, necessários à normatização das práticas de saúde, coletivas e/ou individuais. Por este motivo, a antropometria é um meio importante para o acompanhamento das crianças.

As CC são uma ferramenta imprescindível para o acompanhamento do crescimento entre 0 e 19 anos. Sendo assim, se institui um instrumento técnico de medição e monitoração para avaliar situações de desnutrição, sobrepeso, obesidade e outras condições associadas ao crescimento e nutrição da criança (BRASIL, 2012).

Segundo Ferreira (2012), as CC são elaboradas por meio de dados longitudinais ou transversais. Revelam a associação entre variáveis antropométricas (perímetro cefálico, peso, altura e IMC) e demográfica (idade), através de curvas de crescimento expressas em percentis ou escores z. O gráfico é exibido por uma linha que pode crescer ou decrescer progressivamente quando existem alterações nas medidas antropométricas, de acordo com sexo e idade.

A Organização Mundial de Saúde – OMS, em 2006, lançou as novas curvas que são consideradas um padrão internacional e representam a melhor descrição existente para avaliar o crescimento físico das crianças. De acordo com a Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN, 2008), as novas curvas da OMS conseguem medir, monitorar e avaliar o crescimento das crianças de 0 a 5 anos, independente da origem étnica, situação socioeconômica ou tipo de alimentação. As mesmas se mostram mais sensíveis ao sobrepeso e obesidade e outras condições associadas ao crescimento e à nutrição. Com a utilização dessas novas curvas os pais, profissionais de saúde e gestores de políticas públicas estarão em melhores condições de conhecer os aspectos relacionados a nutrição, saúde e desenvolvimento infantil.

De acordo com Silveira e Lamounier (2009), a utilização adequada das CC pelos profissionais de saúde os torna mais capacitados para realizar uma avaliação das condições de saúde da população infantil, além de fornecer um diagnóstico seguro do estado nutricional de indivíduos e populações.

4.3 Atribuições da família no cuidado integral dos filhos por meio da utilização da Caderneta de Saúde da Criança

A família simboliza a primeira organização por meio da qual a criança tem acesso ao meio social, tornando-se um espaço essencial para a socialização. Nesta situação, a criança é dependente dos familiares, visto que são membros mais competentes e tem a responsabilidade de oferecer os cuidados básicos para a satisfação de suas necessidades, desempenhando uma grande influência no desenvolvimento e crescimento dessa criança (CUNHA, 2010). Considerando que a atenção básica é a porta de entrada para os atendimentos em saúde, entende-se que a família é um fator relevante para a discussão de saúde, doença e cuidado neste nível de atendimento (HELMAN, 2009).

Os cuidados de saúde são realizados em diferentes cenários, como no seio da família, escola, trabalho, serviços de saúde, SUS, entre outros, onde a família é fundamentalmente representada pela rede informal dos serviços de saúde (GUTIERREZ, 2012). Apesar de a família ser o primeiro espaço de cuidado, onde é realizada a assistência inicial e cuidados relacionados à saúde, percebe-se que a figura materna é a principal representação para o bem estar da criança, sendo assim, os profissionais de saúde devem estimular a participação de todos os familiares por oferecer orientação para o cuidado da mesma (BROCA; FERREIRA, 2012).

Levando em consideração que a CSC é um instrumento de comunicação, educação, vigilância e promoção da saúde infantil, a família tem o compromisso de participar com responsabilidade na sua utilização (LINHARES et al., 2012). A mesma é uma ferramenta facilitadora e repleta de informações para profissionais da saúde e familiares e, por isso, deve ser utilizada nas ações educativas junto às famílias, intermediando o diálogo (BRASIL, 2005).

Além disso, por ser uma ferramenta empregada para o acompanhamento e monitoramento infantil, ela deve ser considerada como necessária para a atenção integral a saúde da criança. No entanto, todos os profissionais devem utilizá-la de maneira adequada, registrando com clareza as condições reais de saúde encontradas, para orientar as famílias sobre as informações observadas. A apropriada aplicação da CSC pelos profissionais de saúde servirá como fonte de estímulo para a família, permitindo uma maior apropriação desse instrumento por eles (ALVES et al.; 2009).

A cobrança da família pelo preenchimento da caderneta pelos profissionais de saúde demonstra a preocupação dos pais com a saúde do filho, além disso, essa atitude de responsabilidade compartilhada traz benefícios para os cuidados oferecidos a criança. Portanto, os pais ou responsáveis que exigem o registro dos dados na caderneta, que acompanham as observações feitas pelos profissionais e que conversam sobre os temas dispostos na CSC são aqueles que tentam se apropriar do instrumento e que o percebem como ferramenta necessária para o cuidado integral (ANDRADE, 2011).

Sendo assim, a família tem um papel fundamental para o fornecimento de cuidados de saúde, seja de forma direta provendo cuidados em seu dia a dia, seja de forma indireta por estarem aderidas no serviço de saúde e permanecerem atentas no modo como os profissionais acompanham o estado de saúde/doença de seus filhos (LEITE E VASCONCELOS, 2006). Por este motivo, o uso da CSC se faz importante não apenas para a identificação dos riscos para a saúde da criança, mas por oferecer a família autonomia na rotina de cuidados na infância (LIMA; ALVES; FRANCO, 2007).

5 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, realizado em oito Unidades de Saúde da Família (USF), tendo como público alvo os responsáveis por crianças menores de 10 anos, residentes nas áreas de abrangência das respectivas USF do Município da Vitória de Santo Antão-PE. Este projeto faz parte de um projeto de Pesquisa-Ação intitulado “Intersetorialidade como instrumento norteador da vigilância do estado de saúde e nutrição na infância e adolescência”.

Os participantes foram esclarecidos sobre todas as etapas da pesquisa e convidados à assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B) ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (ANEXO C), em caso de mães com menos de dezoito anos. Neste caso, os responsáveis pelas mães menores de idade também foram convidados a autorizar a participação através da assinatura do TCLE.

Os entrevistadores participaram de treinamento específico sobre abordagem dos usuários, cuidados na linguagem e questionário utilizado. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário elaborado pela equipe de pesquisa e revisado após utilização em estudo piloto (ANEXO A). A abordagem dos responsáveis acontecia na Unidade de Saúde e por meio de visita domiciliar, com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde.

O questionário foi dividido em quatro módulos: 1. Informações demográficas e socioeconômicas; 2. Percepção em relação ao estado nutricional e apetite do (a) filho (a); 3. Conhecimentos e práticas quanto a CSC e a vigilância clínica e nutricional; 4. Dados preenchidos na CSC.

Quanto às características socioeconômicas e demográficas relacionadas ao responsável destacam-se idade, gênero, número de residentes no mesmo domicílio, escolaridade, zona de residência, estado marital e em relação à criança, data de nascimento e sexo. No segundo módulo o responsável foi questionado sobre como percebe o estado nutricional e como se encontra o apetite do seu filho (a).

No terceiro componente foram inseridas perguntas sobre conhecimentos básicos em relação à CSC, desde a ciência de sua existência, se sabe acompanhar o peso ou altura pelo instrumento e de quem recebeu orientação para interpretar as informações da CSC. Além dos questionamentos relacionados à observação de alterações clínicas na criança, como alterações na pele, mucosa, cabelo, unhas e outras partes do corpo, e se recebeu orientação para realizar esse acompanhamento.

Os dados pessoais da criança e família como nome, filiação e endereço foram coletados a partir da observação direta das informações na CSC (componente 4), quando disponibilizada pelo responsável.

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

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

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

6 RESULTADOS

A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (95,8%), residia na zona urbana (95%) e em domicílios com até quatro moradores (74,2%), cursava ou havia concluído o ensino fundamental (28,7%) e médio (35%), desempregados (86,3%), possuía vínculo conjugal (81,3%) e era pai ou mãe das crianças (92,5%) (Tabela 1). A maior parte das crianças (51,7%) possuía menos de dois anos e era do sexo feminino (55,8%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados socioeconômicos e demográficos dos responsáveis por menores de dez anos, Vitória de Santo Antão, 2017.

Variáveis	n	%
Dados do responsável/mãe ou família		
Sexo mãe/responsável		
- Feminino	230	95,8
- Masculino	10	4,2
Escolaridade (anos de estudo)		
- 0 – 4 anos	21	8,8
- 5 - 8 anos	69	28,7
- 9 - 12 anos	84	35,0
- > 12 anos	66	27,5
Estado marital		
- Com companheiro (a)	195	81,3
- Sem companheiro (a)	45	18,7
Trabalha fora do lar		
-Não	207	86,3
-Sim	33	13,7
Área de moradia		
- Urbana	228	95,0
- Rural	12	5,0
Nº de residentes no domicílio		
- Até 4 pessoas	178	74,2
- 5 pessoas ou mais	62	25,8
Dados da criança		
Vínculo com a criança		
- Pai/Mãe	222	92,5
- Outros parentes	18	7,5
Sexo da criança		
- Feminino	134	55,8
- Masculino	106	44,2
Idade da criança		
- 0 – 24 meses	75	51,7
- 25 – 60 meses	25	17,3
- 61 meses ou mais	45	31,0

Fonte: Silva, Nelson. 2017.

Nota: Dados obtidos a partir dos resultados da pesquisa.

Em relação ao conhecimento dos responsáveis quanto a CSC, 85,4% relatam que a conhecem, mas não sabem o que são as CC (63,3%) e, consequentemente, não conseguem

entender como acompanhar o peso e altura utilizando este instrumento (75%). Aproximadamente 83% não havia recebido orientação dos profissionais sobre como interpretar as CC. Apesar disto, parece que a rotina de levar a CSC para as consultas (86%) está razoavelmente estabelecida enquanto prática de vigilância dos responsáveis (Tabela 2).

No que diz respeito à percepção do estado nutricional do filho, 17,1% dos responsáveis os classificaram com baixo peso e 9,6% com excesso de peso. Aproximadamente 24% relataram o apetite do filho aumentado e 23% diminuído (Tabela 2).

De acordo com a tabela 2, a maioria dos entrevistados (83,3%) relataram que a responsabilidade do preenchimento da CSC é do profissional de saúde, por esta razão, apenas 31,4% preencheram alguma informação, em maior parte os dados pessoais (27,5%) da criança. O não preenchimento aconteceu principalmente por atribuir essa responsabilidade aos profissionais de saúde (38,8%) e não saber de tal possibilidade (28,3%).

Tabela 2– Conhecimentos, percepção e práticas dos responsáveis por menores de dez anos em relação às Curvas de Crescimento, Vitória de Santo Antão - PE, 2017.

Variáveis	n	%
Conhecimento		
Você conhece a CSC?		
- Não	35	14,6
- Sim	205	85,4
Você sabe o que são as Curvas de Crescimento encontradas na CSC?		
- Não	152	63,3
- Sim	88	36,7
Você sabe acompanhar o peso e a altura da criança pelas Curvas de Crescimento da CSC?		
- Sabe acompanhar apenas o peso ou altura	14	5,8
- Sabe acompanhar peso e altura	46	19,2
- Não sabe acompanhar nem o peso nem a altura	180	75,0
Você já recebeu alguma informação ou orientação de como interpretar/entender as curvas de crescimento da CSC?		
- Não	198	82,5
- Sim	42	17,5
Percepção		
Como você classificaria o peso do seu filho hoje?		
-Baixo peso	41	17,1
-Peso Adequado	176	73,3
-Excesso de peso	23	9,6
Como você classificaria o apetite do seu filho hoje?		
-Come pouco	58	24,2
-Normal	126	52,5
-Come muito	56	23,3

Fonte: Silva, Nelson. 2017.

Nota: Dados obtidos a partir dos resultados da pesquisa

Em relação ao conhecimento dos entrevistados quanto à vigilância clínica, 60,8% costumam acompanhar as possíveis alterações no peso da criança, no entanto 57,3% não foram orientados a fazer estas observações. Além disso, a maioria dos pais/responsáveis não costuma observar sinais e sintomas clínicos de excesso de peso (79,2%) e desnutrição (80,4%), e em ambos os casos, mais de 77% não receberam orientações de algum profissional de saúde para realizar estas interpretações (Tabela 3).

Outra questão analisada foi a ação dos entrevistados quando observam alterações no peso da criança, 10,4% procuram o serviço de saúde apenas em caso de desnutrição, 5% procuram o serviço de saúde apenas em caso de excesso de peso, 50,4% referem que independentemente da situação recorrem ao serviço de saúde mais próximo e 24,6% tentam resolver em casa, com a ajuda de familiares, amigos e vizinhos.

Tabela 3 – Conhecimentos e práticas dos pais/responsáveis por menores de dez anos quanto à vigilância clínica, Vitória de Santo Antão - PE, 2017.

Variáveis	N	%
Costuma observar alteração no peso da criança?		
- Não	94	39,2
- Sim	146	60,8
Alguém já orientou você a observar alteração no peso da criança?		
- Não	90	57,3
- Sim	67	42,7
Costuma observar sinais de desnutrição na criança?		
- Não	193	80,4
- Sim	47	19,6
Alguém já orientou você a fazer estas observações?		
- Não	186	77,5
- Sim	54	22,5
Costuma observar sinais de excesso de peso na criança?		
- Não	190	79,2
- Sim	50	20,8
Alguém já orientou você a fazer estas observações?		
- Não	187	77,9
- Sim	53	22,1
O que costuma fazer ao observar estas alterações no peso da criança?		
-Procura o serviço de saúde apenas em caso de desnutrição	25	10,4
-Procura o serviço de saúde apenas em caso de sobrepeso/obesidade	12	5,0
-Leva a criança para US mais próxima independentemente da situação	121	50,4
-Pede ajuda primeiro ao seu ACS	5	2,1
-Tenta resolver em casa, com a ajuda de vizinhos e familiares	59	24,6
- Outros	18	7,5

Fonte: Silva, Nelson. 2017.

Nota: Dados obtidos a partir dos resultados da pesquisa

Em relação à tabela 4, notou-se que a maior escolaridade (73,3%; $p<0,04$) e ter um companheiro (90%; $p<0,04$) apresentaram relação estatística significativa com o acompanhamento do peso e altura por meio das curvas de crescimento. Por outro lado, entre aqueles que não sabiam acompanhar os dados de peso e altura nas curvas, 83,2% conheciam a CSC ($p<0,01$), 92,2 % não haviam recebido informações sobre estas curvas e não sabiam realizar este acompanhamento ($p<0,01$) e 61,1% não receberam orientação profissional sobre a observação do peso ($p<0,01$).

Tabela 4- Dados sociodemográficos e conhecimentos dos responsáveis por menores de dez anos em relação ao acompanhamento do peso e altura pelas curvas de crescimento da CSC, Vitória de Santo Antão, 2017.

Variáveis	Sabe acompanhar peso e altura pelas curvas de crescimento da CSC				p valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sociodemográficos					0,86
Número de residentes no domicílio					
-Até 4 pessoas	44	73,3	134	74,4	
- 5 ou mais pessoas	16	26,7	46	25,6	
Escolaridade					0,04
- Até 8 anos de estudo	16	26,7	74	41,1	
- 9 ou mais anos de estudo	44	73,3	106	58,9	
Vínculo com a criança					0,26*
- Pais (Mãe e pai)	58	96,7	164	91,1	
-Outros (avós/tios)	02	3,3	16	8,9	
Sexo da criança					0,65
- Feminino	35	58,3	99	55,0	
- Masculino	25	41,7	81	45,0	
Trabalha fora do lar					0,45
- Sim	50	83,3	157	87,2	
-Não	10	16,7	23	12,8	
Estado Marital					0,04
- Com companheiro	54	90,0	141	78,3	
- Sem companheiro	06	10,0	39	21,7	
Conhecimento					
Conhece a CSC					0,01
- Não	03	5,0	32	17,8	
- Sim	57	95,0	148	83,2	
Recebeu informações de como entender as curvas de crescimento da CSC					0,01
- Não	32	53,3	166	92,2	
- Sim	28	46,7	14	7,8	
Alguém já lhe orientou a realizar observação do peso					0,01
- Não	23	38,3	110	61,1	
- Sim	37	61,7	70	38,9	

Pearson Chi-Square

*Fisher's Exact Test

Nota: Dados obtidos a partir dos resultados da pesquisa

Fonte: Silva, Nelson. 2017.

7 DISCUSSÃO

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) se apresenta como uma ferramenta importante para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, pois a mesma permite um registro significativo dos aspectos de saúde infantil, sendo de grande utilidade para a família e profissionais de saúde (ALVES *et al.*, 2009).

Desde que a CSC foi lançada em 2005, o Ministério da Saúde estimula a participação dos pais e os convida a se apropriarem deste instrumento, com o objetivo de fornecer uma atenção adequada a criança (BRASIL, 2005). Sendo assim, a família tem um papel fundamental para o fornecimento de tais cuidados, seja de forma direta em seu dia a dia, seja de forma indireta por meio do serviço de saúde, além de permanecerem atentos e caminharem lado a lado com os profissionais de saúde no acompanhamento contínuo de seus filhos (LEITE E VASCONCELOS, 2006). Portanto, os profissionais de saúde devem estimular a responsabilidade compartilhada e cooperação de toda a família neste processo (GAIVA, 2006).

A predominância dos responsáveis do sexo feminino e que não possuíam vínculo trabalhista, reforça o papel e responsabilidade da mulher no que tange a maternidade. Isto a torna mais envolvida com a rotina de saúde da criança, ao mesmo tempo em que demanda apoio para influenciar positivamente no cuidado dispensando à mesma (ZANATTA; MOTTA, 2007). A maioria dos estudos dessa natureza é do Sul e Sudeste do Brasil e neles também foi observada elevada prevalência de mães como fonte das informações sobre a criança (ALVES *et al.*, 2009; LINHARES *et al.*, 2012). Além disso, alguns profissionais de saúde que participaram de um estudo em Cuiabá (MT) relataram predominantemente a figura materna e não da família no que concerne a utilização da caderneta de saúde da criança (SILVA; GAÍVA; MELLO, 2015).

O modo de se alimentar que as crianças adotam durante sua infância é apontado como dependentes dos pais, baseado em suas decisões, percepções e comportamentos. No entanto, a crença, ainda presente, de que criança “gordinha” é sinal de boa saúde comprova a dificuldade dos pais em detectar um estado nutricional adequado (BOA-SORTE, 2007). Um estudo realizado em escolas municipais de Porto Alegre (RS) que buscou analisar a percepção materna do estado nutricional de crianças notou que 51,6% das crianças com excesso de peso tiveram seu peso subestimado pelas mães e apenas 2% das crianças tiveram seu peso superestimado (FRIEDRICH; ANTUNES; SCHUCH, 2016).

No Espírito Santo, Molina e colaboradores (2009) verificaram que 63,7% das mães de crianças com sobrepeso classificaram seu filho como sendo eutrófico e 30% das mães de crianças com peso adequado viam-nas como baixo peso. Francescatto (2014) confirma esses achados ao referir que as mães tendem a reconhecer erroneamente o peso do filho, principalmente quando este apresenta sobrepeso ou obesidade, sendo um obstáculo para a vigilância clínica.

A percepção dos pais/responsáveis em relação ao estado nutricional dos filhos foi analisada neste estudo e mais de 70% relatou um peso adequado. Neste contexto, a percepção coerente dos pais/responsáveis é um fator importante que estimula a procura do serviço de saúde para a assistência e tratamento da criança (BOA-SORTE, ET AL., 2007). Sendo assim, a percepção equivocada do estado nutricional dos menores pelos pais pode conduzir a super ou subalimentação e comprometer o crescimento e desenvolvimento, por isso a informação quanto ao acompanhamento das curvas de crescimento por meio da CSC pode ser simples e importante instrumento de monitoramento da saúde na infância.

A formação escolar é apontada como uma variável importante a ser considerada na verificação dos determinantes de saúde e nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2004). A escolaridade dos pais é importante parâmetro e determinante da situação de saúde dos filhos (ALVES e BELLUZZO, 2004).

Medrano et al. (2008) utilizaram dados de uma pesquisa realizada na África, em 1993, para analisar a relação entre escolaridade materna e saúde infantil, e perceberam que a educação materna estava diretamente relacionada com o crescimento da criança e este fato era mais impactante quando as mesmas tinham entre três e seis anos de idade. Monteiro e colaboradores (2009), através da análise de inquéritos realizados no Brasil em 1996 e 2006/7 com crianças menores de cinco anos, perceberam que o aumento da escolaridade materna implicou na diminuição da desnutrição no país. Portanto, a maior escolaridade dos pais/responsáveis minimiza as chances de as crianças serem doentes, visto que a baixa instrução dos pais pode influenciar diretamente no conhecimento dos mesmos sobre os serviços de saúde e na sua percepção quanto à vigilância nutricional das crianças.

Por outro lado, estudo realizado em Feira de Santana (BA) não evidenciou associação positiva entre a escolaridade materna e o preenchimento da curva de crescimento (VIEIRA et al., 2005). Este resultado deve ser analisado com cuidado, pois a responsabilidade pelo preenchimento deveria ser compartilhado principalmente pelos profissionais de saúde e em seguida pela família. Este dado pode indicar um obstáculo das mães menos instruídas em relação à CSC e sugere a necessidade de valorização desta ferramenta nos cuidados de saúde

da criança (ALVES et al., 2009). Além disso, visto que habitualmente as ações de saúde são concedidas aos profissionais de saúde, a participação da família no preenchimento da caderneta foi pouco incentivada, dificultando a atuação da família no processo de vigilância da saúde dos filhos (VIEIRA et al., 2005).

Quando utilizada de forma correta, a CSC pode garantir o cuidado integral e os direitos da criança como cidadã. No entanto, para que isso aconteça, é necessário um adequado preenchimento pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2005). O acompanhamento efetivo se faz por meio de um registro completo dos dados de identificação e antropométricos, atendimentos frequentes, equipe treinada e intervenções precoces (CARVALHO et al., 2008).

Algumas pesquisas foram feitas para verificar a eficácia do preenchimento das curvas de crescimento pelos profissionais de saúde. Estudo conduzido por Vieira et al (2005) em Feira de Santana (BA), Alves et al (2009) em Belo Horizonte (MG), Santos et al (2000) em Teresópolis (RJ) e mais recentemente por Linhares et al (2012) em Pelotas (RS), constataram insuficiente registro dos gráficos de crescimento pela equipe de saúde e conseqüentemente menor orientação aos pais/responsáveis.

No presente estudo 80% dos entrevistados não receberam orientação dos profissionais de saúde para entender as curvas de crescimento e por isso mais de 75% não sabiam realizar o acompanhamento do peso e corroboram com os de outra pesquisa realizada no mesmo Estado (CARVALHO et al., 2008). Outro estudo realizado em São Paulo ratificou a necessidade dos profissionais de saúde compartilhar as informações durante a consulta com os familiares, possibilitando maior compreensão dos pais sobre os aspectos que tange ao crescimento e desenvolvimento do filho (RIBEIRO; SILVA; PUCCINI, 2010).

Os profissionais de saúde podem utilizar a CSC como importante instrumento para fortalecer suas práticas educacionais e mediar o diálogo com as famílias (BRASIL, 2005). Quando todos os que estão envolvidos no cuidado da criança compreendem a função da CSC e das CC passarão a valorizar e utilizar de forma oportuna, tendo como consequência o empoderamento e o apoio dos mesmos nas ações de vigilância clínica e nutricional.

8 CONCLUSÃO

Para os entrevistados a CSC é importante e por isso a levam em todas as consultas da criança. No entanto, os responsáveis ainda não têm um conhecimento suficiente sobre como monitorar a saúde do filho observando as CC, o que pode ser explicado pela baixa escolaridade e pela carência de orientações que recebem dos profissionais. Além disso, muitas famílias ainda concedem aos profissionais a maior responsabilidade pelos cuidados de saúde da criança, como consequência muitos não costumam observar alterações no peso ou sinais de sobrepeso/obesidade e desnutrição, dificultando a promoção e proteção à saúde por meio de um diagnóstico precoce para prevenção de desvios que possam comprometer a saúde atual e qualidade de vida futura.

As CC é atualmente um dos mais importantes instrumentos para realização do acompanhamento do crescimento infantil, mas para isso requer anotações sistemáticas, além do envolvimento dos profissionais de saúde e responsáveis. Neste contexto, as práticas educativas favorecem o empoderamento de todos os envolvidos na saúde da criança, melhorando a qualidade dos cuidados prestados na perspectiva da atenção integral.

Mesmo considerando as limitações próprias de um estudo do tipo transversal e reconhecendo as limitações para expansão da amostra em virtude dos limitados recursos, o estudo se mostra relevante e inovador. Em princípio, por abordar uma temática comum em uma ótica inovadora e por caracterizar a realidade de um município do Agreste de Pernambuco, área de densa potencialidade enquanto polo regional e sede de um Centro de interiorização da Universidade Federal de Pernambuco. Ademais, aponta-se também a necessidade de investimentos em estratégias e pesquisas que visem aprofundar esta temática, para que a CSC possa contribuir verdadeiramente para a prática de vigilância clínica e nutricional mediante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

ALVES, CRL., et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Cad Saúde Pública** [online]. 2009 Mar; v. 25, n. 3, p. 583-595, 2009.

ALVES, D. e BELLUZZO, W. Mortalidade infantil e saúde infantil no Brasil. **Economia e Biologia Humana**, v. 2 n. 3, p. 391-410, 2004.

ANDRADE, G. N. Vivências dos profissionais da atenção primária à saúde com a caderneta de saúde da criança [dissertação]. **Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem**, 2011.

ARAÚJO, J. P. et al. Historia da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.6-7, n.6, p.1000-7, nov./dez. 2014.

ARIÉS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 2011.

BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad saúde pública**, v. 19, n. Supl 1, p. 181-91, 2003.

BOA-SORTE, Ney et al. Percepção materna e autopercepção do estado nutricional de crianças e adolescentes de escolas privadas. **Jornal de Pediatria**, v. 83, n. 4, p. 349-356, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta de Saúde da Criança: passaporte da cidadania**. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde; 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: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de saúde da criança- passaporte da cidadania**. Brasília: MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: MS, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: MS, 2012. (Caderno da Atenção Básica, n. 33).

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm** [online]. v. 65, n. 1, 2012.

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**, v. 24, n. 3, p. 675-685, 2008.

CINTRA, IP. et al., Evolução do índice de massa corporal em duas séries históricas de adolescentes. **J Pediatria (Rio J)**, v. 83, n. 2. p. 157-162, 2007.

CONDE, WL; MONTEIRO, CA. Pontos de corte do índice de massa corporal para avaliação do estado nutricional em crianças e adolescentes brasileiros. **J Pediatria (Rio J)**, v.82, p.266-272, 2006.

FERREIRA, A. Avaliação do crescimento de crianças: a trajetória das curvas de crescimento. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 191-202, 2012.

FRIEDRICH, R. R.; ANTUNES, A.; SCHUCH I. Percepção materna do estado nutricional de crianças em escolas municipais de Porto Alegre - RS. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 11, n. 1, p. 211-223, 2016.

FRANCESCATTO, C. et al. Percepção de mães sobre o estado nutricional de seus filhos com excesso de peso: revisão sistemática. **Jornal de Pediatria**, v. 90, n. 4, p. 332-343, 2014.

GAÍVA, M. A. M; SILVA, F. B. Caderneta de saúde da criança: Revisão integrativa. **Revista de enfermagem**, Recife, v. 8, n. 3, p. 742-749, 2014.

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

GUTIERREZ, D. M. **Papel da família na produção de cuidados da saúde**: estudo socioantropologico a partir de um bairro popular de Manaus. Manaus: EDUA, 2012.

HELMAN, C. G. Migração, globalização e saúde. In: HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 271-295.

LAMOUNIER, J. A. Transição epidemiológica nutricional em crianças e adolescentes argentinos de áreas carentes. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 124-126, 2009.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, MPC. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **História, ciências, saúde-Manguinhos**, v. 13, n. 1, pp. 113-128, 2006.

LIMA, A. Família e saúde pública: participação da família nos cuidados de saúde. **EXAMÃPAKU**, v. 6, n. 1, 2014.

LIMA, I. M. S. O., ALVES, V. S., FRANCO, A. L. A consulta médica no contexto do programa saúde da família e direito da criança. **Journal of Human Growth and Development**, v. 17, n. 3, p. 84-94, 2007.

LINHARES, A. O. *et al.* Avaliação dos registros e opinião das mães sobre a caderneta de saúde da criança em unidades básicas de saúde, Pelotas, RS. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.56, n.3, p. 245-250, jul./ set. 2012

MEDRANO, P. *et al.* A educação da mãe é importante para a saúde da criança? Evidências da África do Sul. **South African Journal of Economics**, v. 76, n. 4, p. 612-627. 2008.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília (DF): **Organização Pan-Americana da Saúde**; 2012.

MOLINA, M. C. et al., Correspondência entre o estado nutricional das crianças e as percepções das mães: um estudo populacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 10, pp. 2285-2290. 2009.

MONTEIRO, CA. et al., Causa o declínio da subnutrição infantil no Brasil, 1996–2007. **Revista de saúde pública**, v. 43, pp. 35-43, 2009.

REICHERT, APS. et al., Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 13, n. 1, 2012.

RIBEIRO, A. M.; SILVA, R. R. F.; PUCCINI, R. F. Conhecimentos e práticas de profissionais sobre desenvolvimento da criança na Atenção Básica à Saúde. **Revista Paulista de Pediatria**, v.13, n. 2, pp. 208-214, 2010.

RIBEIRO, J. M.; SIQUEIRA, A. S.; PINTO, L. F. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, 2010.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura Rio de Janeiro. **Linha de Cuidado da Criança, 2010**. Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio, 2010.

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

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

SIGAUD, C. H. **Enfermagem pediátrica**. São Paulo: EPU, 1996.

SILVA, M. A. Política de saúde para crianças: apontamentos para a atuação da enfermagem. In: GAÍVA, M. A. M. **Saúde da criança e do adolescente: contribuições para o trabalho de enfermeiros(as)**. Cuiabá: Universidade Federal do Mato Grosso, 2006. p. 9-28.

TANNER, J. M. Padrões do crescimento das crianças na Europa Centro-Oriental no século XVIII. **Annals of Human Biology**, v.13, n.1, pp.33-34, 1986.

VIEIRA, GO. et al., Uso do cartão da criança em Feira de Santana. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 2, p. 177-184, 2005.

ZANATTA, E. A.; MOTTA, M. G. C. Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 556-563, nov. 2007

ANEXO A – FORMULÁRIO SOBRE VIGILÂNCIA CLÍNICA E NUTRICIONAL DESTINADO AOS PAIS POR CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS

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

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

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

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

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

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

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

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

() 4. Qualquer indivíduo

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

() 1. Não () 2. Sim () 9. NSA

26. Se Não na questão 25, Porquê?

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

27. Se sim na questão 25, quais informações:

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

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

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

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

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

- () 1. Come pouco
() 2. Normal
() 3. Come muito

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

- () 1. Não () 2. Sim

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

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

32. Sabe o peso mais recente da criança?

- () 1. Não () 2. Sim

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

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

() 7. > 365 dias

() 8. Não sabe

34. Você costuma observar alterações no peso da criança?

- () 1. Não () 2. Sim () 3. Às vezes

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

- () 1. Não () 2. Sim () 9. NSA

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

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

() 9. NSA

37. Você consegue perceber alguma alteração de peso recente?

- () 1. Não () 2. Sim

38. Se sim na questão 37:

- () 1. ganho de peso () 2. perda de peso () 9. NSA

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

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

() 9. NSA

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

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

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

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

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

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

() 9. NSA

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

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

() 9. NSA

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

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

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

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

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

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

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

- () 1. Não
() 2. Sim
() 3. Às vezes

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

- () 1. Não () 2. Sim

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

- () 1. Não () 2. Sim

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

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

- () 1. Não () 2. Sim () 3. Não sabe

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

- () 1. Não () 2. Sim () 3. Não sabe

Se a criança for menor de 2 anos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Se a criança for maior de 2 anos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

60. A criança apresentou perda de apetite, nos últimos meses?

☐ 1. Não ☐ 2. Sim ☐ 3. Não sabe

61. Se sim, houve causa aparente (você sabe porque?)? (pode marcar mais de uma alternativa).

- ☐ 61.1. Gripe
☐ 61.2. Diarreia
☐ 61.3. Erupção Dentária
☐ 61.4. Febre
☐ 61.5. Virose
☐ 61.6. Outros _____
☐ 61.7. Não sabe
☐ 9. NSA

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

☐ 1. Não ☐ 2. Sim

63. Se sim, qual ou quais?

☐ 9. NSA

64. Em relação ao alimento que a criança não gosta, você costuma come-lo na frente da criança?

☐ 1. Não ☐ 2. Sim ☐ 9. NSA

65. Você acredita que seus hábitos alimentares podem influenciar nas escolhas alimentares da criança?

☐ 1. Não ☐ 2. Sim ☐ 3. Não sabe

66. Costuma observar alterações na pele, mucosas ou cabelos da criança?

☐ 1. Não ☐ 2. Sim

67. Se sim, você observa algumas dessas? (Pode marcar mais de uma alternativa. Mostrar as fotos do álbum de acordo com as páginas listadas ao lado de cada opção)

- ☐ 67.1. Palidez (Pág. 12)
☐ 67.2. Cianose (extremidades roxas) (Pág. 10)
☐ 67.3. Icterícia (pele e olhos amarelados) (Pág. 11)
☐ 67.4. Petéquias (manchas vermelhas na pele) (Pág. 13)
☐ 67.5. Queda de cabelos (Pág. 10)
☐ 67.6. Outras, quais? _____

☐ 9. NSA

68. Costuma observar sinais de desnutrição na criança?

☐ 1. Não ☐ 2. Sim

69. Se sim, quais destes? (Pode marcar mais de uma alternativa)

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

70. Alguém já a orientou a realizar estas observações?

☐ 1. Não ☐ 2. Sim

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

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

72. Costuma observar sinais/sintomas de excesso de peso na criança?

☐ 1. Não ☐ 2. Sim

73. Se sim, quais destes: (Pode marcar mais de uma alternativa. Mostrar as fotos do álbum de acordo com as páginas listadas ao lado de cada opção)

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

☐ 9. NSA

74. Alguém já a orientou a realizar estas observações?

☐ 1. Não ☐ 2. Sim

() 81.4.Não

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

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

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

- () 1. Não () 2. Sim () 3. Não sabe

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

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

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

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

- () 5. Não sabe

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

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

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

81. Você poderia me mostrar a CSC do seu filho?

- () 81.1.Sim e mostra
 () 81.2.Sim, mas não está com ela no momento e não mostra
 () 81.3.Sim, mas perdeu

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA

UFPECAV

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

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

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

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

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

A pesquisa pode apresentar riscos de constrangimento durante a aplicação de questionários. Este será minimizado aplicando-os de forma individual, sem interferência e presença de terceiros, para garantir a sua privacidade. Vale salientar que esses riscos se justificam pela importância do benefício planejado em nossa pesquisa, que atingirão diretamente os ACS e indiretamente os responsáveis/pais e crianças, contribuindo para melhor utilização da Caderneta de Saúde da criança como instrumento de monitoramento do estado de saúde.

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

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA

UFPECAV

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



Nathália Paula de Souza
Núcleo de Nutrição/Saúde Coletiva
Centro Acadêmico de Vitória/UFPE
Professor Auxiliar
SIAPE 2975055

(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 de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Vitória de Santo Antônio, ____/____/____
Assinatura do participante: _____

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

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

ANEXO C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA RESPONSÁVEIS DIRETOS PELAS CRIANÇAS QUE TENHAM ENTRE 12 E 18 ANOS – RESOLUÇÃO 466/12)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA

UFPECAV

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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

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

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

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

A pesquisa pode apresentar riscos de constrangimento durante a aplicação de questionários. Este será minimizado aplicando-os de forma individual, sem interferência e presença de terceiros, para garantir a sua privacidade. Vale salientar que esses riscos se justificam pela importância do benefício planejado em nossa pesquisa, que atingirão diretamente os ACS e indiretamente os responsáveis/pais e crianças, contribuindo para melhor utilização da Caderneta de Saúde da criança como instrumento de monitoramento do estado de saúde.

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