



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA

Simone de Albuquerque Silva

*Avaliação Normativa das estruturas dos serviços de saúde e do processo de
monitoramento do crescimento infantil, município de São João, 2002 -
Pernambuco*

Recife

2005

SIMONE DE ALBUQUERQUE SILVA

**AVALIAÇÃO NORMATIVA DAS ESTRUTURAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DO
PROCESSO DE MONITORAMENTO DO CRESCIMENTO INFANTIL, MUNICÍPIO
DE SÃO JOÃO, 2002 - PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Nutrição em Saúde Pública, do curso de Pós-graduação do Departamento de Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Orientador: Prof^o Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

Prof. Ad. do Depto. de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco. PhD em Medicina - London School of Hygiene and Tropical Medicine - University of London.

Co-orientadora: Prof^a Dra. Sylvia de Azevedo Mello Romani.

Professora Adjunta do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco.

Recife

2005

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

- S586a Silva, Simone de Albuquerque.
Avaliação normativa das estruturas dos serviços de saúde e do processo de monitoramento do crescimento infantil, município de São João, 2002 - Pernambuco / Simone de Albuquerque Silva. – 2005.
98 f.: il.; 30 cm.
- Orientador: Pedro Israel Cabral de Lira.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Nutrição. Recife, 2005.
- Inclui referências, apêndices e anexos.
1. Nutrição infantil. 2. Atenção primária. 3. Unidade de saúde. I. Lira, Pedro Israel Cabral de (Orientador). II. Título.

613 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2019-114)

SIMONE DE ALBUQUERQUE SILVA

**AVALIAÇÃO NORMATIVA DAS ESTRUTURAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DO
PROCESSO DE MONITORAMENTO DO CRESCIMENTO INFANTIL, MUNICÍPIO
DE SÃO JOÃO, 2002 - PERNAMBUCO**

Dissertação aprovada em: 02/09/2005

Prof^ª Dr^ª. Marilia de Carvalho Lima
Departamento de Materno – Infantil / UFPE

Prof^ª Dr^ª. Sophie Helena Eickmann
Departamento de Materno – Infantil - UFPE

Prof^ª Dr^ª. Sylvia de Azevedo Mello Romani
Departamento de Nutrição / UFPE

Desejei, busquei e consegui finalizar mais uma etapa da minha vida. Tendo como certeza o cuidar de meu Deus, o qual em todos os momentos tem sido minha fortaleza e meu refúgio.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Professor Pedro Israel pela disponibilidade na transmissão do conhecimento, passando confiança e tranquilidade.

Á Professora Sylvia Romani pela dedicação no ajuste final do trabalho, demonstrando muito empenho nos detalhes e bastante carinho.

Á Mestre Michelle Figueiredo Carvalho pelo suporte teórico da sua pesquisa, principalmente da revisão bibliográfica.

Ao amigo Hilton Justino pela força, credibilidade nos meus projetos profissionais e pelo companheirismo nos momentos difíceis.

*Á amiga Daniele pela amizade, sinceridade e torcida nos projetos profissionais.
Á Cris Sodhinni amiga que conheci de maneira mais íntima no mestrado e que levo pra sempre no meu coração.*

Enfim, agradeço a Deus o privilégio de poder contar com vocês nesta etapa da minha vida.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Aspectos relativos á afetividade do monitoramento.....	11
2	OBJETIVOS	16
2.1	Objetivo Geral	16
2.2	Objetivos específicos	16
3	ASPECTOS METODOLÓGICOS	17
3.1	Local do estudo.....	17
3.2	Desenho do estudo	17
3.3	Amostragem e instrumentos	18
3.4	Coleta de dados	19
3.5	Processamento e análise dos dados.....	21
3.6	Aspectos éticos	21
4	RESULTADOS.....	22
4.1	Características das crianças e mães	22
4.2	Estrutura dos Serviços	26
4.3	Utilização dos Serviços.....	27
5	DISCUSSÃO	34
6	CONCLUSÕES.....	47
	REFERÊNCIAS	48
	APÊNDICES.....	54
	ANEXOS.....	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição das crianças segundo sexo e idade, São João, PE – 2002.....	22
Tabela 2.	Peso ao nascer das crianças informado às mães no pós-parto. São João, PE – 2002.....	23
Tabela 3.	Distribuição das pessoas responsáveis pelas crianças segundo sua relação de parentesco. São João, PE – 2002.....	23
Tabela 4.	Características biológicas e socioeconômicas das mães (biológicas e adotivas). São João, PE - 2002.....	24
Tabela 5.	Renda "per capita" familiar (em salário mínimo). São João, PE - 2002.....	25
Tabela 6.	Número de pessoas e de crianças menores de 5 anos por residência. São João, PE - 2002.....	25
Tabela 7.	Distribuição das crianças segundo os motivos de ida á Unidade de Saúde. São João PE - 2002.....	27
Tabela 8.	Distribuição das crianças segundo o atendimento na Unidade de Saúde. São João, PE - 2002.....	28
Tabela 9.	Distribuição das crianças segundo a posse do cartão, local de recebimento e anotação das medicas antropométricas ao nascimento. São João, PE - 2002.....	30
Tabela 10.	Distribuição das crianças segundo a posição do peso, direção da curva do peso marcados no cartão e orientação dada as mães pelos ACS, São João, PE -2002.....	32
Tabela 11.	Distribuição das crianças segundo as visitas dos ACS. São João, PE - 2002.....	33

RESUMO

O Ministério da Saúde considera o crescimento como o eixo integrador da atenção primária à saúde infantil, representando, um dos melhores indicadores de saúde e nutrição de crianças. A pesquisa teve com objetivo avaliar a efetividade dos serviços de assistência (PACS e PSF) às crianças menores de cinco anos, relacionada ao seu crescimento, no município de São João, Agreste de Pernambuco. Foi utilizado o banco de dados da pesquisa "Atividades de nutrição e fatores correlatos em unidades de saúde do Programa Saúde da Família do Município de São João 2002", a qual contemplou os agentes comunitários das áreas urbanas e rurais do município (43) que atuavam neste programa. Para cada agente comunitário foram sorteadas em média, 10 crianças de zero a menos de cinco anos, cobrindo um total de 475 crianças. Realizou-se uma avaliação normativa de estrutura dos serviços de saúde e do processo de monitoramento do crescimento infantil. Em relação à avaliação da estrutura, as dez unidades de saúde pesquisadas dispunham de balanças pesa-bebê; um pouco mais de 50% (7US) tinham uma demanda suficiente do "cartão da criança" em apenas 5 US, encontrou-se régua ou escala antropométrica para medição das crianças. As normas para acompanhamento das crianças < 5 anos, estavam disponíveis nas dez US. Das unidades pesquisadas, apenas uma dispunha de local para o desenvolvimento das atividades educativas em grupo. Em relação ao processo 63% das crianças compareceram a US por motivos de doença; 29,6% dos profissionais não solicitaram o cartão da criança na consulta; apenas 57,2% foram pesados e 93,1% não foram medidas. Quando da curva de peso descendente, 33,3% não receberam nenhuma orientação. Com relação a estrutura e processo, as ações de monitoramento do crescimento ainda não apresenta efetividade consolidada dentro das US e na prática dos profissionais de saúde do Município de São João - Pernambuco.

Palavras-chave: Nutrição infantil. Atenção primária. Unidade de saúde

ABSTRACT

The development of physical size consists in one of the best indicators of healthness and nutrition of children, considered from the health state department as an integratory axis of the primary attention to child health. The aim of this research was to evaluate the effectiveness of the attendance services to children under the age of five, related to their growth in municipal district of São João, dry northeast Pernambuco. The basis bank used in the research was "Nourishment activity and correlated factors in health unity programs of the family's health of the municipal district of São João, 2002", where all unities, community agents, health unities (US) and the children of urban and rural have been contemplated. For each community agent was selected at list 47 children under the age of five, performing a total of 475 children. A normative estimation of the structure and the monitoring of the childish growth process was accomplished from the available indicators: concerned to structure, a 100% of the health unities (US) disposed of a pair of scales to weight babies, and also the principles of the growing and development accompaniment of the normative. Attendance to undernourished children were available in 90% of the unities; 70% of them had the child card disposed, and only 10% the health unities disposed of from the indicative of the utilisation, and also its performed attention during the attendance it was possible to observe that most of the children that have been in the service were attended for different reasons, were 63,1% for sickness, 25,3% for vaccination and only 6,6 for routine; the attendance was shared among doctors (53,2%), nurses (24,5%) and nurse assistants (22%); the greater number of mothers presented the child card, however, only 70,4% of the professionals asked for it; 57,2% of the children were weighted and only 6,9% were measured; 29,6% of the mothers did not received informations about the growth process of their children; 12,8% and 15,2% of the children, respectively descending and horizontal curves of weight and 33,3% of the mothers whose children presented the descending curve of weights did not received any instructions of that conditions. Concerning the structure and process the monitoring activities of growth did not present any effectiveness consolidation in the health service (US), the same happened to the health professional experience of the municipal district of São João - Pernambuco.

Key words: Child nutrition. Primary health care. Health centers

1 INTRODUÇÃO

A avaliação de serviços de saúde é uma atividade de extrema relevância em saúde pública, pois serve de base para o planejamento em saúde e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade (Deslandes, 1997).

Uma avaliação apresenta vários objetivos, tais como: auxiliar no planejamento e elaboração de uma intervenção; fornecer conhecimento para melhorar uma intervenção durante sua execução; conhecer os efeitos de uma intervenção e dessa forma, determinar melhorias, transformações ou mesmo interrupções de uma intervenção (Contandriopoulos et al., 1997).

De acordo com Samico (2003), um programa se compõe de um conjunto de elementos interligados entre si, devendo-se ter em mente o contexto, os recursos, os processos e os produtos quando de sua avaliação.

Segundo Contandriopoulos et al. (1997), há duas formas de promover um julgamento de valor a uma intervenção: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. A avaliação normativa, assunto da presente dissertação, é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção comparando os recursos empregados e sua organização (ESTRUTURA), os serviços ou bens produzidos (PROCESSO) e os resultados obtidos com critérios e normas (RESULTADO).

No presente estudo foi realizada uma avaliação normativa de alguns aspectos da estrutura dos serviços de saúde e do processo de monitoramento do crescimento infantil, através da utilização desses serviços. O estudo foi desenvolvido no Município de São João, localizado na Região do Agreste-Microregião do Agreste Meridional do Estado de Pernambuco, em 2002.

Para um melhor embasamento do estudo, apresenta-se a seguir aspectos relativos á efetividade do programa de monitoramento do crescimento infantil, buscando entender o seu impacto na saúde infantil.

1.1 Aspectos relativos á efetividade do monitoramento do crescimento

O crescimento é um processo biológico, expresso pelo aumento do tamanho corporal e constitui um dos melhores indicadores de saúde das crianças devido a sua estreita relação com a alimentação, morbidade, cuidados gerais e de higiene, habitação e saneamento básico e acesso aos serviços de saúde. O potencial genético do crescimento de uma criança pode ou não ser atingido, dependendo das condições de vida em que está inserida desde a concepção (Ministério da Saúde, 2002).

Para realização das ações de monitoramento do crescimento deve-se considerar características intrínsecas á estrutura e ao processo, bem como a interação com os outros programas e intervenções. Monitorar crescimento é, em última instância, promover o crescimento e a saúde da criança, prevenindo recuperando a mesma dos problemas nutricionais e das morbidades. Deve ser realizar especialmente com os menores de 2 anos,

visando diminuir a sobrecarga dos serviços e da ação de monitoramento, tornando-a praticável e mais efetiva quando direcionada aos grupos de maior risco nutricional (Lofth, 1998; Martorell et al., 1994).

O método tradicional de monitorar o crescimento é através da pesagem e sua marcação no gráfico do crescimento é o índice de peso/idade se constitui o indicador mais sensível e universalmente aceito e de fácil aplicabilidade. O uso de gráficos para acompanhar o crescimento resulta ao mesmo tempo, de um modelo complexo, uma vez que a compreensão desses gráficos representa um conceito educacional aprofundado (Morley, 1968, Meegan & Morley, 1999).

Para o Ministério da Saúde (1984), as atividades básicas do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) se caracterizam por serem de alta eficácia, baixo custo, tecnologia simples, culturalmente aceitáveis, não traumáticas e de contarem com a participação de mães e famílias nos cuidados infantis.

A implementação adequada de um programa de monitoramento do crescimento infantil não constitui tarefa fácil, visto que requer regularidade no atendimento e cobertura adequada, um bom nível de registros, mensurações corretas das medidas antropométricas e profissionais treinados (Achadi & Berman, 1988).

O monitoramento do crescimento deve promover a educação da mãe em saúde e nutrição e o envolvimento dela nas decisões são fatores primordiais, não apenas para o acompanhamento do crescimento e recuperação nutricional das crianças de risco, como também para o cuidado primário de saúde em geral (Scrimshaw, 1988). Para Gopaldas et

al. (1990), o sucesso do monitoramento do crescimento depende da participação ativa das mães que devem ser adequadamente aconselhadas. O resultado do monitoramento do crescimento depende da frequência e qualidade da interação profissional-mão (Lofti, 1998).

É necessário, também, infraestrutura mínima para a realização dessa atividade (recursos físicos e materiais) e pessoal qualificado para utilização dos instrumentos disponíveis, além de diagnosticar e tratar as crianças de risco (Ministério da Saúde, 1984).

Em países em desenvolvimento, geralmente, o monitoramento do crescimento é usado para a detecção e intervenção da desnutrição com objetivo de reduzir os riscos de morte, além de ser dada especial atenção ao ganho de peso, sem, contudo, envolver outros parâmetros antropométricos adicionais com circunferência da cabeça e comprimento, comumente avaliados em países desenvolvidos (Garnier et al., 2000).

Outros atributos essenciais a serem considerados nos programas de monitoramento do crescimento infantil são: cuidados primários, visitas, preferencialmente, domiciliares; supervisão com ênfase na técnica aplicada e contínuo tratamento; educação nutricional; tratamento das infecções ou outras doenças; disponibilidade de balança e cartão e interpretação do gráfico (Ghosh, 1986).

O monitoramento do crescimento, também, permite aumentar a utilização dos serviços que devem ser acessíveis e aceitos pela comunidade, sendo realizado preferencialmente no domicílio, dispensando o comparecimento das mães à unidade. Caso seja feito nos serviços, devem ter acessibilidade, instalações, equipamentos e recursos humanos suficiente para a demanda, pouco tempo de espera e um bom tempo para a consulta (Gerein, 1991).

O monitoramento do crescimento como uma estratégia global para o crescimento infantil requer treinamento e supervisão para Avaliação, Análise e Ação a nível comunitário, familiar e individual, sem os quais o sucesso dessa estratégia é pouco provável (Dixon, 1993).

Segundo Corso et al. (1996) o acompanhamento do crescimento é essencial para a articulação de atividades de prevenção e manutenção, dentre elas a promoção da amamentação, imunização, controle de enfermidades mais frequentes como a diarreia e as infecções respiratórias agudas, pré-natal, planejamento familiar, práticas de cuidado da criança e educação para a saúde. No entanto, o monitoramento do crescimento não constitui atividades tão simples como aborda o Ministério da Saúde, devendo obedecer a algumas exigências para que seja uma ação efetiva e de real impacto sobre a saúde e nutrição das crianças.

A prática das ações de atenção primária e integral à criança, através dos programas e estratégias criados até então, requer qualificação de recursos humanos, ações intersetoriais e avaliação periódica dos serviços de atenção básica, a fim de verificar falhas na efetividade das ações e buscar medidas corretivas. Portanto, avaliar o monitoramento do

crescimento das crianças se constitui numa necessidade especialmente daquelas em maior risco de retardo de crescimento e visa promover ações de prevenção, promoção e tratamento da doença, buscando a melhoria da saúde da população infantil.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a efetividade dos serviços de assistência (PACS e PSF) á crianças menores de cinco anos, no que diz respeito ao seu crescimento, no município de São João, Agreste de Pernambuco.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as crianças e mães segundo alguns aspectos socioeconômicos e demográficos;
- Identificar alguns fatores ligados á estrutura dos serviços que favorecem ou limitam a execução das ações básicas;
- Avaliar a utilização dos serviços prestados á criança, com relação ao monitoramento do seu crescimento.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Local do estudo

O estudo foi realizado no Município de São João, localizada na Região do Agreste - Microrregião do Agreste Meridional do Estado de Pernambuco, cuja área territorial é de 236 km e dista 230 km do Recife.

Segundo o censo de 2001 a população era de 19.744 habitantes com 64% residindo em área rural. O analfabetismo atingia 37% da população de 10 anos e mais. A mortalidade proporcional de menores de um ano era de 25%, naquele mesmo ano.

O Município com um (1) hospital com 23 leitos e dez (10) unidades ambulatoriais com o Programa de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

3.2 Desenho do estudo

O presente estudo é do tipo transversal e foi realizado a partir do banco de dados da pesquisa sobre "Atividade de nutrição e fatores correlatos em Unidades de Saúde do Programa Saúde da Família do Município de São João, 2002".

3.3 Amostragem e instrumentos

Considerou-se como elemento amostral básico as Unidades de Saúde do Programa Saúde da Família (PSF), entendendo-se como Unidade de Saúde um conglomerado operacional de atendimento.

A amostra completou toda as unidades de saúde e agentes comunitários das áreas urbanas e rurais no Município (43) que atuavam naquele Programa. Para cada agente comunitário foram sorteadas, em média, 10 crianças de zero a menos de cinco anos, cobrindo um total de 475 crianças.

O instrumento de coleta utilizado na coleta utilizado na pesquisa, constou com 2 formulários com questões específicas para atender aos objetivos apresentados anteriormente: Formulário I- Unidade de Saúde; Formulário II- Criança, onde constavam informações sobre a criança, dados maternos e da família e aqueles relacionados às atividades dos agentes comunitários de saúde (Anexos 1 e 2).

Todos os entrevistados concordaram em participar através da assinatura, ou aposição da marca do polegar, no formulário "Termo de livre esclarecimento consentido", no qual estavam as explicações básicas do projeto. Foi elaborado também, um Manual de Instrução correspondente a cada formulário, objetivando orientar e padronizar o preenchimento e a coleta dos dados (Anexos 3 e 4).

3.4 Coleta de dados

A equipe de campo foi composta por profissionais de nível superior e técnicos do Departamento de Nutrição da UFPE sob a coordenação e supervisão de uma nutricionista do Laboratório de Nutrição em Saúde Pública do referido Departamento, que dispunham de experiência em dois grandes inquéritos realizados no Estado de Pernambuco.

Procedendo o trabalho de campo, foi realizado um estudo piloto na Unidade de Saúde (US)- Unidade Mista Josefa Cordeiro Vilaça, no Município de São João, nos dias 07 e 08 de fevereiro de 2002, entrevistando-se mães de crianças menores de cinco anos que compareceram ao serviço para procedimentos de rotina, agentes comunitários de saúde que haviam sido convocados previamente, além dos diretores das US, a fim de testar os instrumentos de coleta a serem utilizados.

Após esta etapa, alguns ajustes foram feitos nos instrumentos (formulários), em decorrência das discussões e avaliação do trabalho desenvolvido, resultado por fim, no estabelecimento dos modelos definitivos a serem aplicados.

Antes da coleta dos dados propriamente dita, foram mantidos contatos com os coordenadores das Unidades de Saúde do Programa Saúde da Família a fim de se obter a relação dos agentes comunitários de saúde e respectivas famílias/ crianças sob sua responsabilidade.

A coleta de dados foi realizada no período de 18 de fevereiro a 15 de março de 2002, com a participação de 5 pesquisadores.

O trabalho de campo contou com a coordenação e a supervisão de área e a equipe dispôs de um veículo para efetuar os deslocamentos necessários nas áreas estudadas.

A coordenação, distribuição e supervisão dos entrevistados ficou sob a responsabilidade do coordenador de área, como também o acompanhamento de entrevistas, revisão e validação dos questionários. Coube, ainda, ao coordenador de área as entrevistas com os diretores das unidades de saúde e com a maioria dos agentes comunitários de saúde.

Ao final de cada entrevista, os entrevistadores revisavam seus questionários, visando detectar falhas ou omissões no preenchimento, garantindo a correção ou complementação dos dados e, ao final do dia, cada entrevistador procedia à codificação dos respectivos questionários, os quais passavam por um rodizio de revisão entre todos os entrevistadores.

A seguir, os questionários passavam por uma terceira revisão pelo coordenador da área quando os dados eram transferidos para uma planilha, anotando-se para cada entrevistador, o número de crianças, unidades de saúde e agentes comunitários que participaram da pesquisa, com a finalidade de acompanhar a cobertura da amostra.

A coordenação contou com o apoio logístico da Secretaria de Saúde local, tendo sua disposição um computador e uma impressora.

3.5 Processamento e análise dos dados

No processo e análise dos dados foi usado o software Epi Info, versão 6.0. Mediante os instrumentos de coleta foram construídos arquivos através do programa EPED e suas informações foram digitadas e com o uso do programa ENTER, em dupla entrada, para garantir a qualidade da digitação.

Foi procedida a validação através do programa VALIDATE, sendo, no final gerado os bancos de dados. As tabelas foram apresentadas usando-se os valores absolutos e respectivos percentuais.

3.6 Aspectos éticos

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco

4 RESULTADOS

4.1 Características das crianças e mães

Este item aborda algumas características da amostra estudada. Das crianças foram, analisadas as variáveis biológicas, sexo, idade e o peso ao nascer que foi informado á mão na ocasião do parto. Com relação as características maternas, observou-se a sua relação com a criança (se mãe biológica ou adotiva), a idade, escolaridade, renda "per capita" familiar e número de pessoas e de crianças < 5 anos por residência.

A amostra foi representada por 475 crianças menores de 5 anos (Tabela 1). A distribuição por sexo foi bastante aproximada: 48,45 para o masculino e 51,6% para o feminino. Cerca de 50% das crianças pertenciam a faixa etária de menos de 2 anos, com maior concentração nas faixas de 1 a 2 anos (24,4%) e de 2 a 3 anos (21,5%).

Tabela 1. Distribuição das crianças segundo sexo e idade, São João, PE – 2002.

IDADE	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 5 meses	30	13,0	25	10,2	55	11,6
6 - 11 meses	37	16,1	27	11,0	64	13,5
1 — 2 anos	49	21,3	67	27,4	116	24,4
2 — 3 anos	57	24,8	45	18,4	102	21,5
3 — 4 anos	25	10,9	41	16,7	66	13,9
4 — 5 anos	32	13,9	40	16,3	72	15,1
TOTAL	230	100,0	245	100,0	475	100,0
(Média = 2,2 anos)	(48,4%)		(51,6%)			

Um total de 330 (74,2%) das mães biológicas tomaram conhecimento do peso ao nascer dos seus filhos logo após o parto (Tabela 2). Com base nesta informação, a distribuição do peso ao nascimento, se deu a seguinte forma: 75,1% nasceram com o peso adequado (maior ou igual a 3000 g), 17% com peso insuficiente (2500-2990 g) e 7,9% com baixo peso (<2500g).

Tabela 2. Peso ao nascer das crianças informado às mães no pós-parto. São João, PE – 2002.

PESO AO NASCER DOS FILHOS	Nº	%
Informado	330	74,2
Não informado	115	25,8
TOTAL	445	100,0
<u>Peso ao nascer (gramas)</u>		
< 2500	26	7,9
2500 - 2999	56	17,0
≥ 3000	248	75,1
TOTAL	330	100,0

As mães biológicas corresponderam a um total de 445 (93,7%) da amostra e destas, 93,35 eram responsáveis pelos cuidados dos filhos. Apenas 6,3% eram mães adotivas (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das pessoas responsáveis pelas crianças segundo sua relação de parentesco. São João, PE – 2002.

ESPECIFICAÇÃO	Nº	%
<u>Relação com a criança</u>		
Mãe biológica	445	93,7
Mãe adotiva	30	6,3
TOTAL	475	100,0
<u>Cuida da criança</u>		
Sim	415	93,3
Não	30	6,7
TOTAL	445	100,00

As características biológicas e socioeconômicas das mães (biológicas e adotivas) se encontraram na tabela 4. Com relação á idade, observou-se que 37,4% tinham menos de 25 anos e 39,1%, 30 ou mais. O nível de escolaridade revelou que 14,5 % nunca haviam frequentado a escola, enquanto 85,5% o fizeram, incluindo-se neste grupo, 3,4% que não concluíram a 1ª série; 54,5% tinham entre 1 e 4 anos de estudo e apenas 17,7% cumpriram 5 a 8 anos do ensino fundamental.

Tabela 4. Características biológicas e socioeconômicas das mães (biológicas e adotivas).
São João, PE - 2002.

CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS E SOCIOECONÔMICAS	Nº	%
<u>Idade (anos)</u>		
Menos de 20	46	9,7
20 — 25	131	27,7
25 — 30	111	23,5
30 — 35	74	15,6
35 e mais	111	23,5
TOTAL	473*	100,0
(Média = 28 anos)		
<u>Frequentou a escola</u>		85,5
Sim	409	14,5
Não	69	100,0
TOTAL	475	
<u>Anos de estudo</u>		
Analfabeta	69	17,9
1 - 4	275**	54,5
5 - 8	84	17,7
9 e +	47	9,9
(Média = 4,3 anos)		
TOTAL	475	100

* 2 casos sem informação

** 16 que não concluíram a 1ª série do 1º grau.

No que diz respeito á renda per capita, a maioria (68,2%) se encontrava abaixo de um quarto do salário mínimo (Tabela 5).

Tabela 5. Renda "per capita" familiar (em salário mínimo). São João, PE - 2002.

RENDA "PER CAPITA" (S.M.) *	Nº	%
0 — 0,25	232	68,2
0,25 — 0,50	67	19,7
0,50 e mais	41	12,1
TOTAL	340	100,0

*s.m. = salário mínimo: R\$ 200,00 na época da pesquisa.

O número de pessoas/residência consta na tabela 6, observando-se que 39,4% abrigava 4 a 5 membros, valor igual ao das famílias numerosas (com 6 e mais indivíduos). A média de pessoas integrantes da unidade familiar foi de 5,6. Com relação ao número de crianças menores de 5 anos/família, 92% tinham até duas crianças, sendo quase 60% com apenas uma criança em casa. A média corresponde a 1,5 criança/família.

Tabela 6. Número de pessoas e de crianças menores de 5 anos por residência. São João, PE - 2002.

ESPECIFICAÇÃO	Nº	%
<u>Nº pessoas/ residência</u>		
2 - 3	100	21,1
4 - 5	187	39,4
6 e mais	188	39,6
TOTAL	475	100,0
(Média = 5,6 pessoas)		
<u>Nº de crianças < 5 anos/ residência</u>		
1	284	59,8
2	153	32,2
3 e 5	38	8,0
TOTAL	475	100,0
(Média = 1,5 crianças)		

4.2 Estrutura dos Serviços

Para o diagnóstico da estrutura dos serviços, foram incluídas todas as 10 unidades de saúde existentes no município. As entrevistas, na maioria das vezes eram realizadas com enfermeiras ou auxiliares de enfermagem e, em apenas uma unidade, o entrevistado foi o substituto legal do diretor.

As dez unidades de saúde dispunham de balança pesa-bebê, sete possuíam cartões da criança suficientes para a demanda e, em apenas cinco, encontrou-se régua ou escala antropométrica para a medição das crianças.

As normas para acompanhamento do crescimento das crianças menores de cinco anos, foram encontradas em dez unidades. As instruções normativas de atendimento á criança desnutrida estavam disponíveis em nove unidades e, apenas uma dispunha de local para o desenvolvimento de atividades em grupo.

Entre as principais dificuldades e limitações apresentadas pelas acompanhantes (mães ou responsáveis) para o atendimento das crianças, foram referidas as seguintes: capacitação de recursos humanos, número de profissionais insuficientes, marcação da consulta, grande demanda, não cumprimento de apazamento por parte das mães, vacinação inadequada, difícil liberação de medicamentos e distância do domicílio.

4.3 Utilização dos Serviços

Dentro deste tópico, foram analisados os motivos da ida á unidade de saúde, o atendimento, posse e local de recebimento do cartão da criança com respectivas anotações das medidas antropométricas ao nascimento, posição do peso e direção da curva do peso segundo a pontuação assinalada no cartão, além das visitas dos agentes comunitários de saúde.

O motivo principal que levou crianças á unidade de saúde foi doença (61,3%) seguido de vacinação (25,3%). Entre "outros motivos" (12,2%) foram referidos: atropelamento, fastio, "coceira", assadura, problemas neurológicos, pesar-se, cirurgia, etc. (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição das crianças segundo os motivos de ida á Unidade de Saúde. São João PE - 2002.

MOTIVOS DA IDA À UNIDADE	Nº	%
Vacinação	81	25,3
Aprazamento	21	6,6
Doença	202	63,1
Suplementação alimentar	3	0,9
Curativo	1	0,3
Nebulização	2	0,6
Outros	39	12,2
TOTAL	349	100,0

O uso do serviço de saúde por parte das 320 crianças que o procuraram, consta na tabela 8. Desse total, apenas duas foram atendidas (0,6%). O atendimento foi basicamente efetuado por médicos (53,2%), seguido de enfermeiros e auxiliares, com respectivamente, 24,5% e 22%. A solicitação do cartão da criança alcançou um percentual de 70,4% pelos profissionais responsáveis pelo atendimento. Durante o atendimento, orientações eram

prestadas às acompanhantes, sobre o peso (32,4%) e comprimento (12,9). Das 318 crianças atendidas na unidade 57,2% foram pesadas e apenas 6,9% medidas.

Tabela 8. Distribuição das crianças segundo o atendimento na Unidade de Saúde. São João, PE - 2002.

ESPECIFICAÇÃO	Nº	%
<u>Foi atendido</u>		
Sim	318	99,4
Não	2	0,6
TOTAL	320	100,0
<u>Profissional que atendeu</u>		
Médico	169	53,2
Enfermeiro	78	24,5
Auxiliar de enfermagem	70	22,0
Outro	1	0,3
TOTAL	318	100,0
<u>Solicitou o cartão da criança</u>		
Sim	224*	70,4
Não	94	29,6
TOTAL	318	100,0
<u>Recebeu orientação sobre:</u>		
Peso	103	32,4
Comprimento	41	12,9
<u>A criança foi:</u>		
Pesada		
Sim	182	57,2
Não	136	42,8
TOTAL	318	100,0
<u>Medida</u>		
Sim	22	6,9
Não	296	93,1
TOTAL	318	100,0

* 2 casos em que a mãe não tinha o cartão ou não trouxe

No atendimento as crianças (Tabela 6), detectou-se que 98,3% das mães ou pessoas responsáveis tinham o cartão da criança, e que o mesmo havia sido entregue na própria maternidade (55%) ou na unidade de saúde (39,4). Apenas 3,6% dos cartões foram distribuídos pelas ACS. Na observação dos cartões, encontrou-se que 95,1% deles, o peso ao nascer da criança estava anotado em 80,1% havia referencias ao comprimento, ao nascer. Com relação ao peso ao nascer, as anotações correspondiam a 4,7% de baixo peso, 20% de peso insuficiente e 75,3% de peso adequado, valores aproximados aos referidos pelas mães biológicas sobre o conhecimento que tinham do peso ao nascimento dos seus respectivos filhos, constantes na Tabela 2. Quanto ao comprimento, a maioria se situava na faixa de 50 a 51 cm (45,7%) e de 48 a 49 cm (28,9%). Apenas em 13,1% dos cartões constava comprimento ao nascer inferior a 48 cm.

Tabela 9. Distribuição das crianças segundo a posse do cartão, local de recebimento e anotação das medidas antropométricas ao nascimento. São João, PE - 2002.

ESPECIFICAÇÃO	Nº	%
Posse do cartão		
Sim	467	98,3
Não	8	1,7
TOTAL	475	100,0
<u>Recebeu o Cartão</u>		
Maternidade	257	55,0
Unidade de Saúde	184	39,4
Do ACS	17	3,6
Não sabe	9	1,9
TOTAL	467	100,0
<u>Peso ao nascer anotado</u>		
Sim	444	95,1
Não	15	3,2
Sem informação	8	1,7
TOTAL	467	100,0
<u>Peso ao nascer (gramas)</u>		
< 2500	21	4,7
2500 - 2999	89	20,0
≥3000	334	75,3
TOTAL	444	100,00
<u>Comprimento ao nascer anotado</u>		
Sim	374	80,1
Não	93	19,9
TOTAL	467	100,0
<u>Comprimento ao nascer (cm)</u>		
< 48	49	13,1
48 - 49	108	28,9
50 - 51	171	45,7
52 e mais	46	12,3
TOTAL	374	100,0

Com relação á marcação do ponto do peso ao nascer no gráfico do cartão da criança (Tabela 10), 87,8% apresentaram pontuação registrada. Analisando a posição do último peso, observou -se que 73,7% estavam situados entre os percentis 10 e 90, enquanto 10,5% se encontravam abaixo do percentil 10. Considerando a direção da curva do último peso em relação ao anterior, em 62,5% dos casos a curva era ascendente, em 12,8%, descendente e, em 15,2% se mantinha sem alteração, ou seja estável. Nos casos em que a curva apresentou-se descendente, os agentes comunitários fizeram orientação alimentar apenas para 48,8% das crianças. Ressalta-se o percentual dos que não deram nenhuma orientação (33,3%).

Tabela 10. Distribuição das crianças segundo a posição do peso, direção da curva do peso marcados no cartão e orientação dada as mães pelos ACS, São João, PE -2002.

VARIÁVEIS	Nº	%
Ponto do peso ao nascer marcado		
Sim	410	87,8
Não	50	10,7
Sem informação	7	1,5
TOTAL	467	100,0
<u>Posição do peso</u> (último)		
Acima do P90	33	7,1
Entre P10 e P90	344	73,7
Abaixo de P10	49	10,5
Ponto não marcado	19	4,0
Sem informação	22	4,7
TOTAL	467	100,0
<u>Direção da curva</u> (último peso c/ o anterior)		
Ascendente	292	62,5
Descendente	60	12,8
Horizontal	71	15,2
Ponto de hoje não marcado	3	0,6
Ponto anterior não marcado	11	2,4
Os dois pontos não marcados	5	1,1
Nenhuma anotação no gráfico	2	0,4
Sem informação	23	5,0
TOTAL	467	100,0
<u>Se Descendente, orientação dada</u>		
Orientação alimentar	29	4,8
Solicitação de exames	1	1,7
Encaminhamento à Unidade de Saúde	5	8,3
Nenhuma orientação	20	33,3
Outras	5	8,3
TOTAL	60	100,00

Indagadas as mães sobre as visitas dos ACS às crianças, 24% informaram que no mês anterior ao da pesquisa não haviam recebido visita deste profissional, enquanto 76% referiram a presença deles em suas residências dentro do mês da pesquisa. Em geral as visitas duravam menos de 1 hora (91,7%) em 76,9% dos casos, eram mensais. Cerca de 13% afirmaram nunca terem recebido visitas de agentes comunitários. Nas visitas realizadas 96,3% solicitaram cartão da criança, 80,1% pesaram os menores e apenas 9,1% fizeram medidas de comprimento/altura (Tabela 11).

Tabela 11. Distribuição das crianças segundo as visitas dos ACS. São João, PE - 2002.

ESPECIFICAÇÕES	Nº	%
<u>Duração da visita</u>		
Menos de 1 hora	331	91,7
1 hora	23	6,4
Mais de 1 hora	5	1,4
Não sabe	2	0,5
TOTAL	361	100,0
<u>Frequência da visita</u>		
Semanal	12	2,5
Quinzenal	31	6,5
Mensal	365	76,9
Não sabe	7	1,5
Nunca recebeu visita	60	12,6
TOTAL	475	100,0
<u>O que fez durante a visita</u>		
Solicitou o cartão da criança	338	93,6
Pesou a criança	289	80,1
Mediu a criança	33	9,1

5 DISCUSSÃO

Neste trabalho, a estrutura dos serviços foi avaliada em relação aos recursos materiais e humanos em decorrência dos dados disponíveis. Utilizaram-se como indicadores dos recursos materiais indispensáveis à realização do monitoramento do crescimento, a existência da balança, de cartão da criança, de local para atividades educativas e de normas de acompanhamento do crescimento do Ministério da Saúde presentes nas Unidades de Saúde.

A balança representa factibilidade da ação, ou seja, sem a balança torna-se inviável obter o peso da criança e assim, promover as etapas subsequentes do processo (marcação do peso no cartão, diagnóstico do estado nutricional, aconselhamento, tratamento e promoção a saúde). No que diz respeito a este recurso, as dez unidades de saúde pesquisadas dispunham de balança pesa-bebê, o que surpreende o fato de que somente 57,2% (Tabela 8) das crianças tenham sido pesadas.

O cartão da criança se constitui instrumento de acompanhamento do seu processo de saúde, nutrição, crescimento e desenvolvimento e é importante a participação das mães nesse processo. No presente estudo, o estoque do cartão da criança foi considerado suficiente para a demanda em sete das dez unidades pesquisadas. Segundo Ghosh (1986) o estoque regular, eficiente, a manutenção e a reposição dos cartões, balanças e outros itens, são fundamentais para o sucesso do monitoramento do crescimento. Lofti (1998) considera como condição básica para a viabilidade do monitoramento do crescimento da

infraestrutura adequada, que seja capaz de promover o uso da tecnologia disponível de forma efetiva.

As normas para acompanhamento do processo das crianças, elaborada pelo Ministério da Saúde, estavam presentes em todas as unidades de saúde. Nóbrega (2003) avaliando Centros de Saúde da Família no Recife, encontrou 47,6% e 70,2%, respectivamente, dispondo destas normas. Macedo (2003) analisando as ações do PAISC - Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, nas Unidades de Saúde da Família, detectou a existência dessas normas nas requeridas unidades variando de (40 a 100%). As normas são indispensáveis para consultas e servem de material de treinamento. A sua ausência ou insuficiência também representa uma limitação para realização das atividades de monitoramento do crescimento.

Observou-se que o atendimento às normas do Ministério da Saúde para o acompanhamento do crescimento de crianças não foi integral, visto que aproximadamente metade das crianças não foram pesadas (42,8%) e quase a totalidade não havia sido medida. Isso pode ter ocorrido pelo fato que aproximadamente 2/3 (63,1%) das crianças não compareceram ao serviço o fizeram por motivo de doença. A doença, portanto, representou a razão prevalente para que as mães se dirigissem às US, reforçando assim, o modelo tradicional assistencialista e curativo, onde a demanda é espontânea e decorrente dos casos de agravo à saúde. Mesmo assim, a ocorrência de doença deveria ter se constituído um motivo mais que eficiente para verificação da perda de peso, uma vez que a doença, especialmente as mais frequentes na infância (diarreia e insuficiência

respiratória aguda) acarretam inapetência e modificação na alimentação, levando á perda de peso.

Por outro lado, 1/4 das crianças (25,3%) compareceu ao serviço de saúde para vacinação, o que também constituiria uma oportunidade para a pesagem e avaliação do crescimento, bem como para sua captação precoce, visando um acompanhamento do programa do crescimento. Porém, como a frequência da visita de rotina foi baixa (6,6%), pode ter sido um motivo para baixa pesagem das crianças.

Carvalho (2004) encontrou também para o Estado a ênfase na assistência curativa com doença representando o segundo motivo de ida ao serviço de saúde (o primeiro foi a vacinação). Por outro lado, na Região Metropolitana do Recife, o acompanhamento periódico (rotina) e a visita programada juntamente com a vacinação prevaleceram, configurando uma maior conscientização da importância do acompanhamento periódico das crianças. No interior, segundo a autora, ainda persiste o modelo curativo e não preventivo das doenças.

No estudo de Amaral (2002) cerca de metade das consultas no estado de Pernambuco foi para controle de doenças (retorno), enquanto o restante foi por doença recente. Santos (1995), ao avaliar o motivo que levou os usuários a buscarem o serviço de saúde encontrou que a assistência a nível preventivo foi insuficiente, enquanto que o nível curativo constitui a razão predominante da ida ao serviço.

O Programa de Assistência á crianças recomenda a realização de atividades educativas nas unidades de saúde, visando repassar aos usuários os conhecimentos das ações básicas, possibilitando assim, a melhoria do seu nível de saúde. Das unidades pesquisadas, apenas uma dispunha de local para desenvolvimento de atividades educativas em grupo.

No que diz respeito aos recursos humanos, foi considerado como indicador, a existência de uma equipe multiprofissional. Na presente pesquisa, o médico atendeu 53,2% das crianças, o enfermeiro 24,5% e o auxiliar de enfermagem 22%. Apenas 0,3% de outros profissionais realizaram atendimento às crianças.

A qualidade dos serviços de saúde está relacionada ao acesso às diversas especialidades da saúde (multidisciplinares do cuidado) pela população. Para atender os objetivos do acompanhamento do crescimento das crianças deve-se considerar como um dos fatores de fundamental importância a participação multiprofissional (De Geyntd, 1970). Segundo Lisboa (1993) o atendimento às crianças deve utilizar equipe multiprofissionais, de forma a estimular um modelo programático, o qual conta com a participação de pediatras, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, entre outros.

A ausência de interdisciplinaridade gera ações fragmentadas, de baixa eficácia e custos desnecessários, sobrecarregando alguns profissionais, na maioria dos casos, os médicos, em detrimento de outro de igual importância, pelo desconhecimento de suas funções e de novo modelo de atenção básica de saúde ou pela falta de sensibilidade dos governantes sobre a multidisciplinaridade da atenção à saúde, principalmente, nos programas de monitoramento do crescimento (Nóbrega, 2003).

O treinamento e a formação de profissionais que lidam com crianças são fundamentais para que possam atuar dentro de uma percepção holística que abrange o seu compromisso social, a relação médico-paciente e uma interação com as necessidades infantis e a realidade social (Carvalho, 2004).

É essencial e indispensável que todos os profissionais envolvidos na atenção à criança tenham o suficiente conhecimento desta atividade, e no mínimo, saibam interpretar a curva do crescimento. O treinamento é importante não apenas para os profissionais de saúde de nível superior, como também para aqueles que lidam diariamente com crianças, especialmente as mães.

Vale a pena ressaltar que nem sempre o treinamento indica atividades bem realizadas, pois depende de vários fatores como, supervisão, atuação contínua e, principalmente sensibilização dos profissionais ao atendimento da mais adequada abordagem integral à criança.

Muitos estudos revelam a carência de treinamentos entre os profissionais destinados à atenção à saúde das crianças. A falta de treinamento é representada na literatura pela falta de compreensão sobre o gráfico de crescimento. Sobre as intervenções apropriadas e sobre o significado do acompanhamento do crescimento (Gerein, 1991; Ratis, 2003).

Na **utilização dos serviços de saúde** é fator de grande importância a ser considerado, a atenção dos profissionais de saúde prestada às crianças por ocasião da consulta. No presente estudo, a deficiência no atendimento por parte dos profissionais se refletiu no baixo percentual de mães orientadas sobre aspectos relativos no acompanhamento do crescimento dos seus filhos (pesagem e medição) e na deficiente solicitação do cartão da criança pelos profissionais. Apenas 32,4% das mães receberam orientação sobre o peso, 12,9% sobre o comprimento e 70,4% dos profissionais pediram o cartão da criança para as respectivas anotações.

A orientação as mães, especialmente orientação nutricional e o acompanhamento do crescimento de crianças desnutridas ou de risco, são capazes de melhorar significativamente o seu estado nutricional, seja pela recuperação ponderal ou até mesmo estrutural (Devincenzi et al., 1998).

Nesta pesquisa, a grande maioria das crianças que compareceu ao serviço foi atendida (99,4%). Nos estudos de Nóbrega (2003) e Macedo (2003) no Recife, a captação precoce das crianças ocorreu também em quase 100% dos casos pelas equipes do PSF, sendo esta captação mais efetiva quando a equipe se deslocava até a comunidade.

Quando á solicitação do cartão pelo profissional que atendeu as crianças, (outro aspecto relacionado á utilização dos serviços), verificou-se que 29,6% não o solicitaram. Segundo o Ministério da Saúde (1984) o cartão da criança dever ser apresentado em cada consulta ou nas visitas dos agentes comunitários de saúde e profissional deve requisita-lo para verificar orientações quanto ao calendário de vacinação e anotar intercorrências da consulta.

A não pesagem, a falta de medição do comprimento e não posse do "cartão da criança", e a ausência do conhecimento técnico, constitui uma limitação para o acompanhamento da evolução pondo-estatal e de saúde da criança, principais objetivos do programa de monitoramento do crescimento.

O "cartão da criança", ao ser considerado um instrumento de acompanhamento da criança desde o nascimento, deveria ser entregue ás mães ainda na maternidade. No entanto, no

presente estudo apesar de 98,3% possuírem seus respectivos cartões, apenas, um pouco mais da metade (55%) havia recebido na maternidade, enquanto a outra parte significativa (39,4%) o recebera na unidade de saúde. No estudo de Samico (1995) 65% das mães que compareceram ao serviço de saúde tinham o cartão, mas apenas 47,5% o possuíam desde o nascimento do seu filho.

O Ministério da Saúde (2002) estabelece que toda criança até os 6 anos de idade deve possuir o "cartão da criança", onde o profissional anota as informações mais importantes sobre a sua história de saúde, crescimento e desenvolvimento, assim como os dados de nascimento, ocorrência de doenças, calendário de vacinas, doses de vitamina A e desmame. Este cartão deve ficar em posse da mãe para leva-lo ao serviço sempre que a criança receber atendimento (Morley, 1968).

Batista Filho e Ferreira (2001), realizando a avaliação de aspectos nutricionais em postos de saúde no dia nacional de vacinação, encontraram que a maioria das mães havia levado cartão para o posto (96,7%). Esse elevado percentual pode também ter ocorrido devido ao fato de que muitas mães consideram o "cartão da criança" como cartão de vacinação.

Para a variável "registro do peso ao nascer marcado no cartão", observou-se uma frequência de 95,1%, encontrando-se que 24,7% nasceram com baixo peso e peso insuficiente. O peso ao nascer deve representar uma variável norteadora da atenção a ser oferecida á criança nos primeiros anos de vida em relação ao seu crescimento e desenvolvimento (Eickmann et al., 2002; Dias et al., 1989; Batista Filho, 1989). A identificação das crianças de baixo peso e peso insuficiente ao nascer faz-se necessário a

fim de proporcionar cuidados especiais para prevenir sequelas e ajuda-las a desenvolverem seu potencial genético (Dias et al., 1989; Picanço e Taddei, 1999). O registro periódico do peso no gráfico do cartão da criança é a forma mais adequada para o acompanhamento do crescimento de uma criança nos serviços básicos de saúde. As consultas devem ser tratadas como um momento importante para coleta de medidas antropométricas e para orientação à mãe sobre os cuidados básicos e indispensáveis saúde de seu filho. O Ministério da Saúde (2002) destaca ainda que existem algumas atividades básicas que devem ser realizadas em todas as consultas de rotina: "*o peso e o seu registro no cartão e, sempre que possível, medir a estatura*".

O baixo peso representa o principal indicador da qualidade da assistência à saúde reprodutiva da mulher e um dos maiores indicadores da qualidade de vida das crianças, devido a sua estreita relação com a elevada mortalidade infantil, elevada morbidade por diarreia e prejuízo para o seu crescimento linear e motora (Lira et al., 1996; Lucena et al., 1998; Eickmann et al., 2002; Romani, 2003).

Portanto, toda vez que a criança comparecer ao serviço, o peso deve ser aferido e marcado no gráfico para posterior traçado da curva e a mãe deve receber orientação esclarecedora das informações contidas no cartão.

Romani (2003) observou que as crianças que nasciam com baixo peso permaneciam até os 18 meses com o indicador peso / idade abaixo da faixa de normalidade em escore Z do padrão de NCHS. Identificou, também, que as crianças que nasceram com baixo peso apresentaram, aos 12 meses, déficit de peso para idade e, 23,9%. A autora enfatiza que o

baixo peso ao nascer com uma "clara indicação de riscos que deviam ser devidamente considerado no planejamento e gestão de programas e serviços e a nível de atendimento individual às crianças". Segundo o Ministério da Saúde (2002) para uma avaliação adequada do crescimento da criança são necessárias pesagens periódicas, obedecendo ao calendário mínimo de consultas programadas para as crianças menores de 1 ano, num total de 7 consultas.

Victória et al. (1991), um estudo realizado em três estados nordestinos sobre aspectos relativos à saúde infantil, encontraram também baixo percentual de pesagens nos últimos três meses, variando de 30,5% a 44,2% e que apenas 34,9% a 49,6% das crianças menores de 5 anos haviam comparecido aos serviços de saúde nos últimos 3 meses.

A baixa continuidade no atendimento também foi encontrada em avaliação feita por Santos et al. (2000), sobre os cuidados primários prestados às mulheres e crianças em Teresópolis / Rio de Janeiro, no dia de vacinação, onde cerca de 30% das crianças não tinham qualquer registro de peso nos últimos 3 meses apesar que mais de 90% terem comparecido à consulta periódica.

A direção da curva é mais importante que a posição do peso, embora desta dependa. As crianças com direção da curva de peso descendente ou horizontal devem ser consideradas de risco, independente da localização desta curva e as mães devem saber que seus filhos devem sempre ascender no gráfico (Gopaldas et al, 1990; Ministério da Saúde, 2002).

Um desenho de curva de crescimento anormal é evidência suficiente para justificar mais avaliação e investigação em busca de uma condição patológica, especialmente considerando o sinergismo desnutrição-infecção. A falta de orientação no caso de crianças com curva descendente demonstra pouca sensibilidade dos profissionais com relação as crianças de risco, não valorizando a família na recuperação do estado nutricional, não orientando-a sobre os riscos e consequências que o déficit no peso pode trazer para uma criança em fase de crescimento e desenvolvimento acelerado (Falkner1995; Pelletir et al., 1993).

No estado de Pernambuco, Ratis (2003), ao avaliar o monitoramento do crescimento em menores de cinco anos, encontrou um deficiente conhecimento por parte dos profissionais, comprovado pelo fato que uma parcela desses profissionais relataram fazer algumas orientações apenas quando detectava déficit de crescimento e infecções repetidas, ou que a mesma deveria ser realizada pela enfermeira na puericultura. Quando se questionou sobre a conduta do profissional ao detectar problemas no crescimento, apenas um terço informou combinar orientação alimentar, aprazamento de consultas e encaminhamento a outro profissional.

De acordo com o Ministério da Saúde (2002) "[...] a mãe ou responsável deve ser muito bem orientada para compreender as informações contidas no cartão da criança". A educação em saúde e nutrição deve ser dada a todas as mães que levam seus filhos aos serviços, especialmente às mães de crianças que não ganharam peso, ou que estão doentes ou que apresentam risco nutricional (Achadi e Berman, 1988). Gerein (1991) refere que

na maioria das vezes os aconselhamentos dados às mães consistem de breves e padronizadas orientações durante rápidas consultas.

No estado do Pernambuco, Ratis (2003) identificou elevado número de atendimento em reduzido tempo, ou seja apresentavam uma demanda média de 12 a 15 consultas num expediente de 2 a 4 horas de trabalho. Segundo Gopaldas et al. (1990). "o sucesso do monitoramento do crescimento é largamente dependente do envolvimento ativo das mães em todo processo". Tanto assim, que os autores encontraram que quando as mães compreendiam os gráficos de crescimento, aumentava a cobertura da ação de 51% para 77% em relação às mães que não tinham compreensão sobre o monitoramento do crescimento.

Com relação as visitas dos ACS, 96,3% solicitaram o cartão neste momento, 80% pesaram a criança e apenas 9% mediram. Entre os que solicitaram o "cartão da criança", 48,4% deram orientação alimentar às mães, 8,3% sugeriram encaminhamento á Unidade de Saúde e 33,3% não prestaram nenhum esclarecimento, não forneceram nenhuma orientação. Samico (1995) encontrou em seu estudo que as ações educativas relacionadas a desnutrição e o acompanhamento do crescimento eram pouco enfatizadas e que apenas 20% dos usuários receberam aconselhamento apropriado quanto ao crescimento.

A não realização das atividades mínimas para o acompanhamento do crescimento, tais como, pesagem de todas as crianças orientações às mães, preenchimento do cartão, revela a necessidade de maior enfoque sobre as ação de acompanhamento do crescimento junto às políticas de saúde e educação, especialmente quando se deseja uma gestão pela de

atenção básica e quando se busca a efetividade e o impacto do programa de monitoramento do crescimento para melhorar o perfil epidemiológico infantil, a qualidade de vida e reduzir a morbimortalidade infantil.

6 CONCLUSÕES

- Os recursos humanos apresentaram-se inadequados quanto á multidisciplinaridade, tendo o atendimento sido realizado basicamente por médicos, auxiliares de enfermagem e enfermeiro.
- As atividades técnicas mínimas necessárias á ação de monitoramento do crescimento não foram efetivamente realizadas pela US, visto que quase a metade das crianças não foi pesada e mais de 90% não foram medidas.
- As ações de acompanhamento do crescimento (pesagem, medição do comprimento e orientação as mães) não foram realizadas com todas as crianças, especialmente com aquelas que apresentaram direção da curva de peso descendente, constituindo assim, uma desfavorável relação profissional de saúde / paciente.

Em face das conclusões acima descritas, constatou-se que a ação de monitoramento do crescimento não está sendo efetivamente praticada nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ACHADI, E.; BERMAN, P. Growth monitoring in Indonesia: an assessment of coverage and of attendance, Gedangan village, Central Java, june, 1978 - november, 1981. **Food and Nutrition Bulletin**, 10(1): 56-60, 1988.

AMARAL, J.J.F. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância nas unidades de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde do Brasil, 2002.

BATISTA FILHO, M. Peso ao nascer. **R. Ped. Pernamb.**, 6:1-60,1989.

BATISTA FOLHO, M.; FERREIRA, L. O. C. Um modelo para avaliação rápida da situação nutricional e de saúde e mães no "dia nacional de vacinação". **Rev. Bras. Saúde Materno Infant.**, Recife, 1 (2) 145-154, maio/agosto, 2001.

CARVALHO, M. F. Avaliação da ação de acompanhamento do crescimento em menores de 1 ano, em Unidades de Saúde no Estado de Pernambuco, 1998. Dissertação de Mestrado em Nutrição, Universidade Federal de Pernambuco, 2004, pag.133.

CONTANDIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE,F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Z. M. A. (org). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 1997, p. 29-48.

CORSO, A. C. T.; ZENI, L. A. Z. R.; HEIDRICH, E. M. C.; KLEINE, L.; CLOSS, G.; BOTELHO, L. J.; CORDEIRO, W. C.; FRITZEN, C. R. Crianças pré-escolares e o

impacto da assistência pública sobre seu crescimento. **Rev. Cien. Saúde**, Florianópolis, 15 (1;2), jan./dez., 1996.

DE GEYNDT, W. Five approaches for assessing the quality of care. **Hospital Administration**, 15: 21-42, 1970.

DESLANDES, S. F. Concepção em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Públ.**, 13(1): 103-107, jan-mar., 1997.

DEVINCENZI, M. U.; RIBEIRO, L. C.; PRIORI, S. E.; SIGULEM, D.M. Atenção domiciliar ao desnutrido: a experiência do Projeto Favela - Unifesp/ EPM. **Pediatrica Moderna**, 35(6): 292-301, 1998.

DIAS, M.L.C.M.; LIMA, M. C.; LIRA, P. I. C. Peso ao nascer: conceito, magnitude e implicações do problema. *Rev. Ped. Pernamb.*, 6:1-60, 1989.

DIXON. R.A. Cost-effectiveness of growth monitoring and promotion. *The Lancet*, 342 (8867): 317, 1993.

EICKIMANN, S. H.; LIRA, P. I. C.; LIMA, M. C. Desenvolvimento mental e motor aos 24 meses de crianças nascidas a termo com baixo peso. **Arq. Neuropsiquiatria**, 60(3-B): 748-754, 2002.

FALKNER. F. Recommendations for monitoring growth in childhood: A Human Foudation Committee Report. **International Child Health: A Digest of Current Information**, vol. VI, n.2, april, 1995.

GARNER, P.; PANPANICH, R.; LOGAN, S. Is routine growth monitoring effective? A systematic review of trials. **Archives of Disease in Childhood**, 82: 197-201, 2000.

GEREIN, N. M.; ROSS, D. A. Is growth monitoring worthwhile? An evaluation of its use in three child health programmes in Zaire. **Soc. Sci. Med.**, 32(6): 667-675, 1991.

GHOSH, S. Successful growth monitoring. **Indian Pediatr.**, v. 23: 759-65, 1986.

GOPALDAS, T.; CHRISTIAN, P. S.; ABBI, R.D; GUJRUAL, S. Does growth monitoring work as it ought to in countries of low literacy? **Journal of Tropical Pediatrics**. 36: 322-7, december, 1990.

LIRA, P. I. C.; ASHWORTH, A.; MORRIS, S. S. Low birth weight and morbidity from diarrhea and respiratory infection in Northeast, Brazil. **J. Pediatr.**, 128: 497-504, 1996.

LISBOA, A. M. J. Formação de recursos humanos para o atendimento à saúde da criança de 0 a 6 anos. **Rev. Bras. Cres. Desn. Hum.**, 3 (1): 128-33, 1993.

LOFTI, M. Growth monitoring: a brief literature review of current knowledge. **Food and Nutrition Bulletin**, 10 (4): 3-10, 1998.

LUCENA, L.; LIMA, R. T.; MARINO, W. T. É ainda o baixo peso ao nascer um problema de saúde pública no Brasil? **Revista do IMIP**, 12 (1): 3-12, jun., 1998.

MACÊDO, V. C. Avaliação normativa do programa de assistência integral à saúde da criança nas equipes de saúde da família no município do Recife, 2002 Monografia

(especialização) do departamento de Saúde Coletiva/ Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ FioCruz/ Ministério da Saúde. Recife, 2003.

MARTORELL, R.; SHEKAR, M. Growth-faltering rates in California, Guatemala and Tamil Nadu: Implications for growth-monitoring programmes. **Food and Nutrition Bulletin**, 15 (3): 185-191, 1994.

MEEGAN, M.; MORLEY, D. C. Growth monitoring family participation: effective community development. **Tropical Doctor**, January, 29: 23-27, 1999

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Assistência Integral à Saúde da Criança: Ações básicas. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1984.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de atenção básica. Saúde da criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MORLEY, D. A health and weight chart for use in developing countries. **Tropical and Geographical Medicine**, 20: 101-107, 1968.

NOBREGA, K. B. G. Avaliação do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança de 0 aos 5 anos de idade nas unidades de saúde da cidade do Recife: A dimensão normativa. Monografia (Residência) do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

PELLETIER, D. L.; FRONGILLO, E. A.; HABICHT, J-P. Epidemiological evidence for potentiating effect of malnutrition on child mortality. **American Journal of Public Health**, 83 (8): 1130-1133, 1993

PICANÇO, M. R. A.; TADDEI. J. A. A. C, Baixo peso ao nascer: aspectos conceituais e implicações clínicas e epidemiológicas. **Revista do IMIP**, 13 (2): 160-165, dez., 1999.

RATIS, C. A. S. Monitoramento do crescimento e desenvolvimento de crianças atendidas em serviços públicos de saúde do Estado de Pernambuco. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco. Departamento de Nutrição. Programa de Pós-Graduação em Nutrição. Área de concentração: Saúde Pública. CCS, 2003, 80p.

ROMANI, S. A. M. Perfil nutricional de crianças da Zona da Mata Meridional de Pernambuco. Nordeste do Brasil: Um estudo de corte. Tese de doutorado em Nutrição do Departamento de Nutrição do Centro de Ciências da Saúde. UFPE, Recife, 2003.

SAMICO, I. C. Avaliação dos serviços no ambulatório geral de pediatria - IMIP. **Revista do IMIP**. 9 (2): 51-59, dez., 1995.

SAMICO, I. C, Avaliação da atenção à saúde da criança: um estudo de caso no Estado de Pernambuco. Tese (doutorado). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Recife, 2003.

SANTOS, M. P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, 48 (2): 109-119, abr./Jun., 1995.

SANTOS, S. R.; CUNHA, A. J. L. A.; GOMBA, C. M.; MACHADO, F. G.; LEAL FILHO, J. M. M.; MOREIRA, N. L. M. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 34 (3): 266-71, 2000

SCRIMSHAW, N. S. Integrating nutrition into programmes of primary health care. **Food and Nutrition Bulletin**, 10 (4): 19-28, 1988.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; TOMASI, E.; FERREIRA, F. S.; MACAULIFFE, J.; SILVA, A. C.; ANDRADE, F. M.; WILHELM, L.; BARCA, D. V.; SANTANA, S.; GONZALES-RICHMOND, A.; SHRIMPTON, R. A saúde das crianças dos Estados do Ceará, Rio Grande do Norte e Sergipe, Brasil: descrição de uma metodologia para diagnósticos comunitários. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 25 (3): 218-25, 1991.

APÊNDICES

INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO - IMIP
 DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO/ UFPE
 SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO - PE

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE NUTRIÇÃO NO
 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)**

**FORMUÁRIO I
 UNIDADE DE SAÚDE**

1. Unidade de Saúde _____ Código (____)	UNI1 _____
2. Nome do Entrevistado _____ Função: 1 () Diretor 2 () Substituto legal 3 () Outro (especificar) _____	UNI 2 _____
3. Data da Entrevista ____/____/____	UNI 3 ____/____/____
4. Entrevistador _____ Código (____)	UNI 4 _____

5. Revisado pelo Entrevistador? 1 () Sim 2 () Não _____ <i>Assinatura do Entrevistador</i>	REVIENT _____
6. Revisado pelo Supervisor? 1 () Sim 2 () Não _____ <i>Assinatura do Supervisor</i>	REVIUP _____

CONFIDENCIAL

As informações solicitadas neste questionário são confidenciais e só serão utilizadas para fins estatísticos.

A UNIDADE DE SAÚDE DISPÕE DE:

7. Balança pesa-bebê?				
1 () Sim, em funcionamento	2 () Sim, com defeito	3 () Não	UNI 7	_____
8. Régua / Escala Antropométrica?				
1 () Sim	2 () Não	9 () Não sabe	UNI 8	_____
9. Cartão da Criança?				
1 () Sim, em funcionamento	2 () Sim, com defeito	9 () Não	UNI 9	_____
10. Se <u>Sim</u>, é suficiente para a demanda das crianças?				
1 () Sim	2 () Não		UNI 10	_____
8 () NSA (não tem cartão)	9 () Não sabe			
11. Normas para acompanhamento do crescimento de crianças menores de 5 anos?				
1 () Sim	2 () Não	9 () Não sabe	UNI 11	_____
12. Normas para acompanhamento do desenvolvimento de crianças menores de 5 anos?				
1 () Sim	2 () Não	9 () Não sabe	UNI 12	_____
13. Normas para promoção de aleitamento materno?				
1 () Sim	2 () Não	9 () Não sabe	UNI 13	_____
14. Normas para atendimento de criança desnutrida?				
1 () Sim	2 () Não	9 () Não sabe	UNI 14	_____
15. Normas para controle de doenças diarreicas?				
1 () Sim	2 () Não	9 () Não sabe	UNI 15	_____
16. Normas para assistência às infecções respiratórias agudas?				
1 () Sim	2 () Não	9 () Não sabe	UNI 16	_____
17. Normas para orientação de administração de Vitamina A?				
1 () Sim	2 () Não	9 () Não sabe	UNI 17	_____
18. Cartazes exposto sobre:				
18.1 Orientação alimentar	1 () Sim	2 () Não	UNI 181	_____
18.2 Aleitamento materno	1 () Sim	2 () Não	UNI 182	_____
18.3 Alimentação pós-desmame	1 () Sim	2 () Não	UNI 183	_____

19. Estoque de Vitamina A para atender a demanda das crianças < de 5 anos?	
1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input type="checkbox"/>) Não 9 (<input type="checkbox"/>) Não sabe	UNI 19 _____

20. Se sim, o estoque é suficiente?			
1 () Sim	2 () Não		UNI 20 _____
8 () NSA (não tem estoque)	9 () Não sabe		
21. Quantidade de vitamina A para atender a campanha das crianças < de 5 anos?			
1 () Sim	2 () Não	9 () Não sabe	UNI 21 _____
22. Se sim, a quantidade é suficiente?			
1 () Sim	2 () Não		UNI 22 _____
8 () NSA (não tem quantidade)	9 () Não sabe		
23. Normas para vacinação?			
1 () Sim	2 () Não	9 () Não sabe	UNI 23 _____
24. Estoque de vacinas?			
1 () Sim	2 () Não	9 () Não sabe	UNI 24 _____
25. Se sim, o estoque é suficiente para a demanda?			
1 () Sim	2 () Não		UNI 25 _____
8 () NSA (não tem quantidade)	9 () Não sabe		
26. Qual profissional responsável pela vacinação?			

27. A unidade dispõe de local para atividades educativas em grupo?			
1 () Sim	2 () Não	9 () Não sabe	UNI 27 _____
28. Atividades educativas sobre orientação alimentar:			
28.1 <u>Alimentação da criança:</u>	1 () Sim	2 () Não	9 () Não sabe
28.2 <u>Amamentação:</u>	1 () Sim	2 () Não	9 () Não sabe
28.3 <u>Alimentação pós-desmame:</u>	1 () Sim	2 () Não	9 () Não sabe
29. Se sim, qual a frequência das atividades educativas?			
29.1 <u>Alimentação da criança:</u>	1 () Diária	2 () Semanal	3 () Mensal
	4 Outra _____		8 () NSA
29.2 <u>Amamentação:</u>	1 () Diária	2 () Semanal	3 () Mensal
	4 Outra _____		8 () NSA
29.3 <u>Alimentação pós - desmame:</u>	1 () Diária	2 () Semanal	3 () Mensal
	4 Outra _____		8 () NSA
30. Normas para orientação de administração de Vitamina A?			
30.1 <u>Alimentação na gestação:</u>	1 () Sim	2 () Não	9 () Não sabe
			UNI 301 _____

30.2 <u>Anemia</u> :	1 () Sim	2 () Não	9 () Não sabe	UNI 302	___
30.3 <u>Cuidados com o peito</u> :	1 () Sim	2 () Não	9 () Não sabe	UNI 303	___
30.4 <u>Orientação sobre aleitamento</u> :	1 () Sim	2 () Não	9 () Não sabe	UNI 304	___

31. Se sim, qual a frequência das atividades educativas?				
31.1 Alimentação da gestante:	1 () Diária 2 () Semanal 3 () Mensal	UNI 311	_____	
	4 Outra _____ 8 () NSA			
31.2 Anemia:	1 () Diária 2 () Semanal 3 () Mensal	UNI 312	_____	
	4 Outra _____ 8 () NSA			
31.3 Cuidados com o peito:	1 () Diária 2 () Semanal 3 () Mensal	UNI 313	_____	
	4 Outra _____ 8 () NSA			
31.4 Orientação sobre aleitamento	1 () Diária 2 () Semanal 3 () Mensal	UNI 314	_____	
	4 Outra _____ 8 () NSA			
32. Realiza Terapia de Rehidratação Oral?				
1 () Sim 2 () Não 9 () Não sabe		UNI 32	_____	
33. Tem estoque de soro suficiente para demanda?				
1 () Sim 2 () Não 9 () Não sabe		UNI 33	_____	
34. Balança para adulto?				
1 () Sim, em funcionamento 2 () Sim, com defeito		UNI 34	_____	
3 () Não 9 () Não sabe				
35. Normas para vacinação da gestante?				
1 () Sim 2 () Não 9 () Não sabe		UNI 35	_____	
36. Estoque de vacina antitetânica?				
1 () Sim 2 () Não 9 () Não sabe		UNI 36	_____	
37. Se sim, o estoque é suficiente para a demanda?				
1 () Sim 2 () Não 9 () Não sabe		UNI 37	_____	
38. Normas para assistência pré-natal?				
1 () Sim 2 () Não 9 () Não sabe		UNI 38	_____	
39. Cartão da gestante?				
1 () Sim 2 () Não 9 () Não sabe		UNI 39	_____	
40. Se sim, é suficiente para a demanda?				

1 () Sim	2 () Não	9 () Não sabe	UNI 40 _____
-----------	-----------	----------------	---------------------

INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO - IMIP
 DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO/ UFPE
 SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO - PE

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE NUTRIÇÃO NO
 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)**

**FORMUÁRIO II
 CRIANÇA**

1. Nome da Criança _____ Código (____ _)	CODCRI _____
2. Data da Entrevista ____/____/____	ENTRECRI _____
3. Entrevistador _____ Código (____)	DATACRI ____/____/____

4. Revisado pelo Entrevistador?	1 () Sim 2 () Não _____ Assinatura do Entrevistador	REVIENT _____
6. Revisado pelo Supervisor?	1 () Sim 2 () Não _____ Assinatura do Supervisor	REVIUP _____

CONFIDENCIAL

As informações solicitadas neste questionário são confidenciais e só serão utilizadas para fins estatísticos.

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

6. Nome completo do entrevistado: _____ <i>(relação com a criança)</i> 7. Sexo: 1 () Masculino 2 () Feminino 8. Endereço: _____ _____ 9. Referências: _____	SEXO ____
---	------------------

II. DADOS MATERNOS E DA FAMÍLIA

10. Qual sua idade? ____ ____ Anos 11. A Sra. já frequentou escola? 1 () Sim () Não 12. Se sim, até que série e grau a Sra. completou? ____ Série ____ Grau 8 () NSF (não frequentou escola) 13. A Sra. está trabalhando? 1 () Dona de casa 2 () Fora de casa (tempo parcial) 3 () Fora de casa (tempo integral) 4 () Dentro de casa 9 () Não sabe 8 () NSA 14. Qual a renda familiar mensal? (considerar o mês anterior a pesquisa) <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Pessoas que trabalham</td> <td style="width: 50%;">R\$</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Total Geral</td> <td>R\$ ____</td> </tr> </table> 15. A renda é? 1 () Total 2 () Parcial 3 () Nenhuma 9 () IGN 16. Quantas pessoas moram na casa? (incluindo < >) ____ pessoas	Pessoas que trabalham	R\$			Total Geral	R\$ ____	IDMÃE ____ ESCOLA ____ SÉRIE ____ GRAU ____ TRABALHA ____ RENDA ____ RENDATP ____ PESSOAS ____
Pessoas que trabalham	R\$						
Total Geral	R\$ ____						

17. Quantas crianças moram na casa? (incluindo < >) _____ criança(s)	CRIANÇAS _____
18. A Sra. fez pré-natal? de < > ? 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA (<i>mãe adotiva</i>)	PRÉNAT _____

19. Em que mês de gestação iniciou o pré-natal? _____ Mês 88 () NSA (mãe adotiva) 99 () Não sabe	INIPRE _____
20. Quantas consultas de pré-natal a Sra. realizou? _____ Consulta(s) 88 () NSA (mãe adotiva) 99 () Não sabe	CONSPRE _____

III. DADOS DA CRIANÇA

21. A Sra. tem registro de nascimento de < > ? 1 () Sim, visto 2 () Sim, não visto 3 () Não 9 () Não sabe	REGIST _____
22. Qual a data de nascimento de < > ? _____/_____/____	DANASC _____/_____/____
23. Qual a idade de < > ? _____ ano mês dia	IDANO _____ IDAMES _____/_____/____ IDDIAS _____/_____/____
24. Sexo 1 () Masculino 2 () Feminino	SEXO _____
25. A Sra. toma conta de < > ? 1 () Sim 2 () Não	CUIDA _____
26. A Sra. é a mãe de < > ? 1 () Sim, biológica 2 () Sim, adotiva 3 () Não	MÃE _____
Se SIM : (biológica ou adotiva) continuar com as questões seguintes	
27. A Sra. sabe quanto < > pesou quando nasceu? 1 () Sim _____ g 2 () Não 8 () NSA	SABEPESO _____ PESONASC _____
28. < > Foi amamentado (a)? 1 () Sim, _____ mês(es) _____ dias 2 () Não 8 () NSA (ainda mama) 9 () Não sabe	MAMOU _____ MAMOUM _____ MAMOUD _____
29. < > está inscrito (a) no ICCN (Programa de Leite) 1 () Sim 2 () Não	INSICCN _____
30. < > recebeu o leite e o óleo regularmente nos últimos 6 meses? 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA	RELEIT _____
31. < > está inscrito (a) em algum outro programa social? 1 () Sim Qual? _____ 2 () Não	INPROGM _____

IV. IDA DA CRIANÇA À UNIDADE DE SAÚDE E USO DO SERVIÇO (nos últimos 3 meses)

32. Qual a última vez que < > foi à Unidade de Saúde?	
--	--

___ ___ dias		FOIDIAS	___ ___
___ ___ semanas	88 () NSA (casos acima de 3	FOISEMAN	___ ___
___ ___ meses		FOIMESES	___ ___

33. Qual o motivo da ida de < > à Unidade de Saúde?				
33.1 Vacinação	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	MOTVAC _____
33.2 Aprazamento(rotina)	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	MOTAPRAZ _____
33.3 Consulta por doença	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	MOTCONS _____
33.4 Suplementação alimentar	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	MOTSUPL _____
33.5 curativo	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	MOTCURA _____
33.6 Nebulização	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	MOTNEBU _____
33.7 Outro _____	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	MOTOUT _____
34. < > foi atendido (a)?				
1 () Sim	2 () Não			ATENDIDO _____
35. Se NÃO, por que não foi atendido (a)?				
1 () Ausência de profissional				NÃO ATEND _____
2 () Falta de material, vacina ou água				
3 () Falta de agendamento				
4 () Desistiu de esperar (demora para atender)				
8 () NSA (foi atendido)				
5 () Outro: _____				
36. Quem atendeu (consultou) < >?				
1 () Médico				ATENDHOJ _____
2 () Enfermeiro				
3 () Auxiliar de Enfermagem				
4 () Outro _____				
8 () NSA (não foi atendido)				
37. Quem atendeu (consultou) pediu cartão de < >?				
1 () Sim 2 () Não 8 () NSA (não foi atendida/ não tem cartão/ não trouxe)				
38. A Sra. lembra se foi dada orientação sobre:				
38.1 O peso de < >?	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	INFOPESO _____
38.2 O comprimento de < >?	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	INFOCOMP _____
38.3 O desenvolvimento de < >?	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	INFODES _____
38.4 A vacinação de < >?	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	INFOVAC _____
38.5 O aleitamento de < >?	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	ALEITMAT _____
38.6 Alimentação de < >?	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	ALIMENTA _____
38.7 A higiene de < >?	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	HIGIENE _____

38.8 Diarreia?	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	DIARREIA	___
38.9 Infecção respiratória?	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	INFRESP	___
39. < > foi pesado (a)?				PESO	___
1 () Sim ___ g	2 () Não	8 () NSA (não foi atendida)		PGR	___
40. < > foi medido?				CM	___
1 () Sim ___ g	2 () Não	8 () NSA (não foi atendida)		VACINADO	___
41. < > foi vacinado(a)?				VACINADO	___
42. Quanto tempo durou aproximadamente o seu atendimento?				DURATENM	___
Minutos ___	Horas ___	9 () Não sabe/ Não Lembra		DURATENH	___
43. O tempo de atendimento foi:				TEMATEN	___
1 () Suficiente	2 () Bom	3 () Regular	9 () Não sabe	CLASSIF	___
44. Em geral, como classificaria o serviço?				CLASSIF	___
1 () Muito bom	2 () Bom	3 () Regular (mais ou menos)			
4 () Ruim	5 () Muito ruim	9 () Não sabe			

V. INFORMAÇÕES SOBRE AS ATIVIDADES DOS ACS E ORIENTAÇÕES DADAS À MÃE

45. Quando recebeu a última visita do ACS? (refere-se ao último mês)				VISITA	___
1 () Hoje	2 () Nesta semana	3 () Neste mês			
8 () Não recebeu visita do ACS		9 () Não sabe			
46. Quanto tempo durou a visita do ACS?				TEMVISIT	___
1 () 1 hora	2 () Menos de 1 hora	3 () Mais de 1 hora			
8 () Não recebeu visita do ACS		9 () Não sabe			
47. Qual a frequência da visita so ACS?				FREQVIST	___
1 () Semanal	2 () Quinzenal	3 () Mais de 1 hora			
8 () Não recebeu visita do ACS		9 () Não sabe			
(QUESTÕES RELACIONADAS À ÚLTIMA VISITA DO ACS)					
48. O ACS orientou sobre:					
48.1 limpeza do ambiente	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	ORIENLIMP	___
48.2 tratamento da água	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	ORIEAGUA	___

48.3 destino dos dejetos	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	ORIEDEJE	___
48.4 alimentos ricos em ferro	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	ORFERRO	___
48.5 tratamento/ prevenção da anemia	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	ORTRATFE	___
48.6 vacinação da criança	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	VACICRI	___
48.7 outro (especificar):1	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	ORIOUT	___
49. O ACS solicitou o cartão da criança?					
1 () Sim	2 () Não	8 () NSA		SOLICART	___
50. O ACS pesou a criança?					
1 () Sim	2 () Não	8 () NSA		PESOUCRI	___
51. O ACS mediu a criança?					
1 () Sim	2 () Não	8 () NSA		MEDIUCRI	___
52. O ACS orientou sobre o peso da criança?					
1 () Sim	2 () Não	8 () NSA		ORIEPESO	___
53. O ACS orientou sobre o crescimento da criança?					
1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	1 () Sim	ORIECRES	___
54. O ACS orientou sobre o desenvolvimento da criança?					
1 () Sim	2 () Não	8 () NSA		ORIEDESN	___
55. O ACS orientou sobre o aleitamento materno < >?					
1 () Sim	2 () Não	8 () NSA (maior de 6 meses)		ORIEALEI	___
56. O ACS orientou sobre a alimentação de < >?					
1 () Sim	2 () Não	8 () NSA (maior de 6 meses)		ORIEALIM	___
57. < > teve diarreia?					
1 () Sim	2 () Não	8 () NSA (teve depois da visita)		DIARRIA	___
58. Se sim, o ACS orientou sobre sinais de desidratação?					
1 () Sim	2 () Não	8 () NSA		ORIDESID	___
59. O ACS orientou sobre tratamento de diarreia?					
1 () Sim	2 () Não	8 () NSA		ORITDIAR	___
60. Se Sim, que orientação foi dada?					
60.1 Soro caseiro	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	SOROCAS	___
60.2 Soro industrializado	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	SOROIND	___
60.3 Água	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	ÁGUA	___
60.4 Água de coco	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	ÁGUACOCO	___
60.5 Água de arroz	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	ÁGUARROZ	___
60.6 vacinação da criança	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	CHÁ	___

60.7 chá	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	SUCO	___
60.8 medicamento	1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	MEDICA	___
61. < > teve infecção respiratória?					
1 () Sim	2 () Não	8 () NSA		TINFRES	___
62. Se Sim, o ACS orientou voltar ao Serviço de Saúde em caso de piora?					
1 () Sim	2 () Não	8 () NSA	(não teve infecção)	ORIVOLT	___
63. O ACS orientou sobre a higiene de < >?					
1 () Sim	2 () Não	8 () NSA		ORIHIGIE	___

64. Em caso de doença o ACS encaminhou < > para Unidade de Saúde? 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA	ENCAMUNI ____
65. O ACS distribui algum material informativo? 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA	DISTMATR ____
66. O ACS explicou o conteúdo do material informativo? 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA	CONTINF ____

VI. OBSERVAÇÃO NO CARTÃO (caso a mãe não apresentar o cartão assinalar 8 nas questões)

67. A Sra. tem cartão de < >? 1 () Sim 2 () Não 4 () Tinha mas perdeu 9 () Não sabe	CARTÃOOCR ____
68. Onde a Sra. recebeu o cartão de < >? 1 () Em Unidade de Saúde 2 () do ACS (agente comunitário de saúde) 3 () Em Maternidade/Berçário 8 () NSA (não tem o cartão) 9 () Não sabe	RECEBCAR ____
69. O peso ao nascer foi anotado? 1 () Sim ____ ____ ____ g 2 () Não 8 () NSA (não foi atendida)	ANOTPESO PNCART ____
70. O comprimento ao nascer foi anotado? 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA	ANOTCOMP ____ CMCART ____
ATENÇÃO: QUESTÕES 71 A 78 OBSERVAR O GRÁFICO DENTRO DO CARTÃO	
71. O ponto do peso ao nascer de < > foi marcado? 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA	PONTMARC ____
72. O peso de < > foi marcado na última ida á Unidade de Saúde? 1 () Sim 2 () Não 8 () Não foi pesado 8 () NSA (não tem o cartão/não foi atendido)	POSOULT ____
73. Qual a última posição do peso de < >? () Novo modelo de cartão? 1 () Acima do P90 (linha superior) 2 () Entre P10 e P90 (Entre as duas linhas) 3 () Abaixo de P10 (Linha inferior) 4 () Ponto não marcado 8 () NSA (não foi pesada não tem cartão/não foi atendida)	POSIPESO ____
74. Qual a direção da curva do último peso em relação ao peso anterior? 1 () Ascendente 2 () Descendente 3 () Horizontal 4 () Ponto do peso de hoje não marcado 5 () Ponto do peso anterior não marcado	DIRPESO ____

6 () Outro (4 e 5) ao mesmo tempo)	
7 () Nenhuma anotação no gráfico	
8 () NSA (não foi pesada/ não foi atendida/ não tem cartão)	
75. Se Descendente, qual a orientação dada?	
1 () Orientação alimentar 8 () NSA	ORIEDESC ____
2 () Solicitação de exames	
3 () Encaminhamento á Unidade de Saúde	
4 () Outra (especificar) _____	
76. Tem registro de desmame de < >?	
1 () Sim 2 () Não 8 () ainda mama	DESMAME ____
1 () Nunca mamou 2 () NSA	
77. Tem registro de doenças e/ou internações de < > nos últimos 12 meses?	
1 () Sim 2 () Não 3 () Não adoeceu/não se internou 8 () NSA	DOENÇA ____
78. Tem anotações sobre o desenvolvimento de < >?	ANOTDES ____
1 () Sim. _____ vez (es) (incluir a de hoje) 2 () Não 8 () NSA	NDSENV ____

VACINAS: Preencha o quadro abaixo, conforme o cartão da criança

Data das Vacinas	VACINAS							
	79. Anti Pólio	80. DPT (Tríplice)	81. Hepatite B	82. HIB (Meningite)	83. BCG	84. Sarampo	85. Dupla Viral	
1ª Dose								POLIO ____
2ª Dose								DPT ____
3ª Dose								HEPB ____
Reforço								HIB ____
								BCG ____
								SAR ____
								DVIR ____

86. Tem agendamento das próximas vacinas e para Vitamina A?	
1 () Sim 2 () Não 8 () NSA (não trouxe cartão)	AGENVAC ____
87. Tem registro da 1ª dose de Vitamina A?	
1 () Sim 2 () Não 8 () NSA (não trouxe cartão)	VITAMA ____
	DATA _/_/_/ _
88. Quantas doses de vitamina A já tomou? _____	QDOESA ____

ANEXOS

PROJETO

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE NUTRIÇÃO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO / UFPE - INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PE / IMIP - SECRETARIA
DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO / PE - CENTRO COLABORADOR DE ALIMENTAÇÃO E
NUTRIÇÃO-NE I /MS**

TERMO DE LIVRE E ESCLARECIDO CONSENTIMENTO

Eu. _____, declaro que depois de devidamente informado (a) da finalidade da pesquisa, fui convidado (a) a participar do estudo respondendo ao questionário proposto, podendo recusar-me a colaborar, a qualquer momento, sem receber ou pagar qualquer valor por participar, ciente de que ao fazê-lo não haverá danos ou riscos à minha saúde, sendo-me garantido o anonimato e a confidencialidade das minhas informações.

São João, de de 2002

Ass: _____

PROJETO

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE NUTRIÇÃO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO / UFPE - INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PE / IMIP - SECRETARIA
DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO / PE - CENTRO COLABORADOR DE ALIMENTAÇÃO E
NUTRIÇÃO-NE I /MS**

TERMO DE LIVRE E ESCLARECIDO CONSENTIMENTO

Eu. _____, declaro que depois de devidamente informado (a) da finalidade da pesquisa, fui convidado (a) a participar do estudo respondendo ao questionário proposto, podendo recusar-me a colaborar, a qualquer momento, sem receber ou pagar qualquer valor por participar, ciente de que ao fazê-lo não haverá danos ou riscos à minha saúde, sendo-me garantido o anonimato e a confidencialidade das minhas informações.

São João, de de 2002

Ass: _____

AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE NUTRIÇÃO **NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO / UFPE - INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO /
IMIP

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO / PE
CENTRO COLABORATIVO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO - NE I / MS

<h3><u>MANUAL DO ENTREVISTADOR</u></h3>
--

ELABORAÇÃO:

- Ana Amélia Corrêa de Araújo Veras
- Sandra Cristina da Silva Santana
- Sylvia de Azevedo Mello Romani

2002

ESTE MANUAL É UM COMPANHEIRO DE CAMPO, CONSULTE-O SEMPRE QUE TIVER DÚVIDAS

1. INSTRUÇÕES BÁSICAS

O objetivo deste manual é fornecer orientação básica da pesquisa "**Avaliação das Ações de Nutrição no Programa Saúde da Família**", na condução dos trabalhos de campo e no preenchimento dos formulários.

Com este material, todos os entrevistadores seguirão um critério único para as definições dos termos e preenchimento dos formulários. Todas as vezes que tiver dúvidas a respeito de quaisquer das questões dos formulários, **CONSULTE-O**.

A negligência das observações e orientações aqui definidas, resultarão na modificação de conceito e operações, afetando os resultados, portanto comprometendo a qualidade do estudo, invalidando-o.

Este manual é composto de dois blocos: o primeiro, engloba as orientações sobre os aspectos gerais do estudo, o segundo, versa sobre as orientações específicas do preenchimento dos formulários.

2. EQUIPE DE TRABALHO

A estrutura organizacional da equipe da Pesquisa está assim definida:

- ❖ Coordenação geral
- ❖ Supervisores de campo
- ❖ Entrevistados

A equipe contará, com 6 entrevistadores, dos quais, 2 atuarão também como supervisores de campo e 1 como coordenador geral. Cada membro da equipe terá atribuições que estão destacadas a seguir.

PROJETO

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE NUTRIÇÃO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO / UFPE - INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PE / IMIP - SECRETARIA
DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO / PE - CENTRO COLABORADOR DE ALIMENTAÇÃO E
NUTRIÇÃO-NE I /MS**

TERMO DE LIVRE E ESCLARECIDO CONSENTIMENTO

Eu. _____, declaro que depois de devidamente informado (a) da finalidade da pesquisa, fui convidado (a) a participar do estudo respondendo ao questionário proposto, podendo recusar-me a colaborar, a qualquer momento, sem receber ou pagar qualquer valor por participar, ciente de que ao fazê-lo não haverá danos ou riscos à minha saúde, sendo-me garantido o anonimato e a confidencialidade das minhas informações.

São João, de de 2002

Ass: _____

PROJETO

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE NUTRIÇÃO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO / UFPE - INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PE / IMIP - SECRETARIA
DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO / PE - CENTRO COLABORADOR DE ALIMENTAÇÃO E
NUTRIÇÃO-NE I /MS**

TERMO DE LIVRE E ESCLARECIDO CONSENTIMENTO

Eu. _____, declaro que depois de devidamente informado (a) da finalidade da pesquisa, fui convidado (a) a participar do estudo respondendo ao questionário proposto, podendo recusar-me a colaborar, a qualquer momento, sem receber ou pagar qualquer valor por participar, ciente de que ao fazê-lo não haverá danos ou riscos à minha saúde, sendo-me garantido o anonimato e a confidencialidade das minhas informações.

São João, de de 2002

Ass:_____

AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE NUTRIÇÃO **NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO / UFPE - INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO /
IMIP

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO / PE
CENTRO COLABORATIVO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO - NE I / MS

MANUAL DO ENTREVISTADOR

ELABORAÇÃO:

- Ana Amélia Corrêa de Araújo Veras
- Sandra Cristina da Silva Santana
- Sylvia de Azevedo Mello Romani

ESTE MANUAL É UM COMPANHEIRO DE CAMPO, CONSULTE-O SEMPRE QUE TIVER DÚVIDAS

1. INSTRUÇÕES BÁSICAS

O objetivo deste manual é fornecer orientação básica da pesquisa "**Avaliação das Ações de Nutrição no Programa Saúde da Família**", na condução dos trabalhos de campo e no preenchimento dos formulários.

Com este material, todos os entrevistadores seguirão um critério único para as definições dos termos e preenchimento dos formulários. Todas as vezes que tiver dúvidas a respeito de quaisquer das questões dos formulários, **CONSULTE-O**.

A negligência das observações e orientações aqui definidas, resultarão na modificação de conceito e operações, afetando os resultados, portanto comprometendo a qualidade do estudo, invalidando-o.

Este manual é composto de dois blocos: o primeiro, engloba as orientações sobre os aspectos gerais do estudo, o segundo, versa sobre as orientações específicas do preenchimento dos formulários.

2. EQUIPE DE TRABALHO

A estrutura organizacional da equipe da Pesquisa está assim definida:

- ❖ Coordenação geral
- ❖ Supervisores de campo
- ❖ Entrevistados

A equipe contará, com 6 entrevistadores, dos quais, 2 atuarão também como supervisores de campo e 1 como coordenador geral. Cada membro da equipe terá atribuições que estão destacadas a seguir.

❖ **Atribuições do Coordenador Geral**

- a. coordenar a pesquisa em campo.
- b. selecionar e treinar a equipe de entrevistadores.
- c. acompanhar o desempenho da equipe de campo.
- d. assistir à equipe em suas dúvidas.
- e. convocar e realizar reuniões com a equipe de campo.
- f. desenvolver atividades de validação das entrevistas.

❖ **Atribuições do Supervisor de Campo**

- a. colaborar com a coordenação em suas atribuições.
- b. contatar gerentes ou administradores locais e divulgar a realização do trabalho na Unidade de Saúde.
- c. alocar a equipe de trabalho na área.
- d. receber formulários e proceder revisão junto ao entrevistador.
- e. numerar e controlar entrada e saída de formulários.
- f. desenvolver atividades de validação das entrevistas.

❖ **Atribuições dos entrevistadores**

- a. coletar as informações necessárias à realização do estudo com todo rigor metodológico.
- b. observar e seguir as normas contidas no manual de instruções.
- c. seguir as orientações e definições da coordenação e supervisão de campo.
- d. codificar e revisar os formulários.

3. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

- ❖ O entrevistador deverá apresentar-se ao informante amigável, dizendo o objetivo da pesquisa e citando as instituições que são responsáveis pela mesma (Secretaria de Saúde do Município de São João, Departamento de Nutrição - UFPE e Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP).
- ❖ Usar sempre o crachá e a bata / camiseta da pesquisa.
- ❖ Explicar que aquela Unidade é uma entre várias outras sorteadas na área, para serem visitadas. Se as pessoas não se mostrarem receptivas, explicar mais detalhadamente o processo. Enfatizando a importância de contar com a colaboração das pessoas da Unidade para realizar a pesquisa.
- ❖ Solicitar ao informante sua permissão para realizar a entrevista. Sempre usar expressões positivas como "gostaria de conversar com a senhora por alguns minutos" ou "gostaria de fazer-lhe algumas perguntas". Dessa forma é mais difícil receber recusa.
- ❖ Assegurar ao informante o sigilo sobre as informações fornecidas e sua utilização exclusivamente voltada para a finalidade do estudo.
- ❖ No caso das entrevistas com as mães e gestantes, tentar sempre falar a sós com o entrevistado, sem que haja outros membros da família ou amigos ouvindo a entrevista.
- ❖ O entrevistador não deve emitir qualquer juízo sobre os entrevistados como manifestar surpresa diante de certas respostas que toquem a sensibilidade do entrevistado ou "achar engraçada" alguma resposta por mais absurda que possa lhe parecer.

- ❖ O entrevistador não deve comentar entrevistas ou mostrar formulários preenchidos aos outros entrevistadores ou aos supervisores diante de pessoa alheia à pesquisa.
- ❖ O entrevistador não deve estar acompanhado por pessoas estranhas ao quadro da pesquisa por ocasião da realização das entrevistas.
- ❖ O entrevistador não deve induzir respostas; as perguntas devem ser formuladas da maneira exata como estão escritas nos formulários; caso o entrevistado não entenda o seu conteúdo, o entrevistador deve explicá-las sem contudo levar o entrevistado a responder o que ele (entrevistador) gostaria de ouvir como resposta. Em alguns casos, as alternativas deverão ser lidas para o entrevistado.
- ❖ O entrevistador, no momento em que é selecionado e aceita participar desse trabalho, assume um compromisso profissional, por conseguinte, um comportamento ético na condução das tarefas que lhe são atribuídas.
- ❖ Uma característica fundamental do entrevistador é ser calmo e paciente e desconhecer as provocações que por ventura sejam feitas. Nunca discutir religião, política ou futebol.
- ❖ O entrevistador deve ter equilíbrio emocional para vivenciar as mais variadas situações que decorrem do contato com pessoas de diferentes níveis sociais e de diferentes personalidades.
- ❖ O entrevistador deve tentar conseguir convencer o entrevistado a colaborar com o estudo, sem contudo tomar atitude impositiva e agressiva.
- ❖ O entrevistador deverá procurar o Coordenador ou Supervisor de campo caso surjam dúvidas ou problemas.

4. INSTRUÇÕES GERAIS

- ❖ Sempre que encontrar a palavra "outro" especificar.
- ❖ As instruções em letras maiúsculas nos formulários não devem ser repassadas para os entrevistados, pois servem apenas para orientação do entrevistador.
- ❖ Por uma questão metodológica, para garantir o controle de qualidade das informações colhidas, será efetuada checagem dos formulários preenchidos pelos entrevistadores, em uma sub-amostra de 10% dos mesmos.
- ❖ O entrevistador não deve realizar codificação, nem tampouco realizar cálculos matemáticos em campo; estas atividades serão realizadas em momento posterior, quando os formulários forem revisados pelos entrevistadores.
- ❖ Usar lápis e borracha para preencher os formulários. Quando errar apagar, não rasurar.

ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO

CRIANÇA

- ❖ **BCG** [dose única ao nascer]
- ❖ **HEPATITE B** [3 doses: ao nascer, 1m, reforço aos 6 meses]
- ❖ **DPT (Tríplice)**
- ❖ **SABIN (Anti-Pólio)** [3 doses + 1 reforço
 - 1ª dose – 2 meses
 - 2ª dose - 4 meses
 - 3ª dose - 6 meses
 - Reforço** - 1 ano e 6 meses
- ❖ **HIB** [3 doses: 2, 4 e 6 meses]
- ❖ **ANTI-SARAMPO** [1 dose aos 9 meses]

❖ **DUPLA VIRAL** (Sarampo e Rubéola) 1 dose após 1 ano

GESTANTE

TOXOIDE TETÂNICO (TT) OU (DT) (inclui anti-diftérico) A partir da 1ª visita do pré-natal, 3 doses com 1 mês de intervalo, reforço após 6 meses. **Caso a gestante já tenha feito o esquema básico, considera-la imunizada.** Após este esquema o reforço se faz após 5 anos.

FORMULÁRIO I - UNIDADE DE SAÚDE

1. Anotar o nome e o código da Unidade de Saúde (*consultar a tabela*)
2. Anotar o nome do entrevistado e a função que exerce:

1- Diretor 2 - Substituto legal 3 - Outro (especificar).
3. Anotar a data da realização da entrevista.
4. Escrever o nome e o código de quem realizou a entrevista.
5. Assinalar e assinar posteriormente, após a revisão do questionário.
6. A cargo do supervisor, após a revisão do questionário.
- 7 a 27. Assinalar de acordo com a resposta.
- 28 e 29. Se a Unidade realiza atividades educativas para CRIANÇA, assinalar de acordo com a resposta nas questões 28.1 a 28.3.
Caso negativo, assinalar 2 em todas as questões (28.1 a 28.3). Se sim assinalar a frequência de cada uma das atividades na questão 29.
- 30 e 31. Se a unidade realiza atividades educativas para GESTANTE, assinalar de acordo com as respostas nas questões 30.1 a 30.4.

Caso negativo, assinalar 2 em todas as questões (30.1 a 30.4). Se Sim, assinalar a frequência de cada das atividades na questão 31.

32 a 47.2. Assinalar de acordo com a resposta.

ATENÇÃO: - Tentar obter da Unidade, ou fotocopiar, exemplares das Normas utilizadas, a saber:

- Normas para crescimento de < 5 anos.
- Normas para desenvolvimento < 5 anos.
- Normas para promoção do aleitamento materno.
- Normas para atendimento à criança desnutrida.
- Normas para vacinação de crianças < de 5 anos.
- Normas para controle de doenças diarreicas.
- Normas para assistência às infecções respiratórias agudas.
- Normas para orientação de administração de vitamina A.
- Normas para vacinação da gestante.
- Normas para assistência pré-natal.
- Normas para prevenção e/ou tratamento da anemia em gestante.

FORMULÁRIO II – CRIANÇA

1. Escrever o nome e o código da criança.
2. Anotar a data da realização da entrevista.
3. Escrever o nome e o código de quem realizou a entrevista.
4. Assinalar e assinar após a revisão do questionário.
5. A cargo do supervisor, após a revisão do questionário.
6. Anotar o nome do entrevistado e **sua relação com a criança (mãe, tia, avó, etc...)**.
7. Assinalar de acordo com a resposta.
- 8 e 9. Anotar o endereço completo com pontos de referência.
10. Anotar a idade da mãe (biológica ou adotiva) em anos completos.
11. Assinalar de acordo com a resposta.
12. Anotar a série e o grau que a mãe tenha **completado**; caso esteja cursando considerar a série e grau do ano anterior. **Se não frequentou a escola**, anotar 8 e 8. Caso tenha frequentado a escola e não tenha concluído pelo menos um ano de estudo, colocar 0 em série e 0 grau. Se está cursando ou cursou Universidade, assinalar **0** (incompleto) ou **1** (completo) em série e **3** em grau.
13. Assinalar de acordo com a resposta. Caso trabalhe em dias alternados ou diarista considerar 2 (tempo parcial). Atenção: se a mãe trabalha para fora, porém dentro de casa, não esquecer de referir a mãe na questão 14, anotando a renda que recebe, mesmo que seja variável (fazer uma média) ou 9999 - caso não saiba a renda.
- 14 e 15. Considerar a renda do domicílio da criança. Anotar os valores em Real referente ao mês anterior, de cada membro da família que trabalha para fora, porém dentro de casa. Caso não saiba informar a renda de algum membro que esteja trabalhando, anotar 9999 na coluna R\$ ao lado do nome da pessoa. O somatório da renda deve ser feito posteriormente. Na questão 14, caso a renda de todos os membros que trabalham seja conhecida, deve-se assinalar **3** - Total. Se não for conhecida a renda de algum membro da família, deve-se assinalar **2** - Parcial. Se não tenha renda assinalar **3** - Nenhuma. Caso o

entrevistado refira a renda variando entre os dois valores, tentar precisar o ganho, caso permaneça indefinido, calcular a média.

16. Anotar o número de pessoas que moram na casa, *incluindo* < >. Considerar como moradores todos aqueles que dormem no domicílio da criança.

17. Anotar o número de crianças < 5 anos que vivem na casa, incluindo < >.

18. Assinalar de acordo com a resposta. Se for mãe adotiva assinalar 8 (NSA).

19 e 20. Anotar o mês de gestação que iniciou o pré-natal e o número de consultas realizadas. Caso não saiba ou não lembre anotar 99 na questão 19. Porém, se não fez pré-natal, anotar 00 no mês (questão 19) e nas consultas (questão 20) e se for mãe adotiva, anotar 88 no mês e 88 nas consultas.

21. Pedir ao entrevistado para ver o registro de nascimento, ou Declaração de Nascidos Vivos (DNV), ou cartão da criança, ou qualquer outro documento onde conste a data de nascimento. Na impossibilidade, anotar a informação do entrevistado. No caso de apresentar mais de um comprovante dar prioridade à ordem citada.

22 e 23. Anotar a informação da mãe. (*O cálculo da idade com base no documento referido no item 21, será feito posteriormente*).

- Crianças a partir de 1 ano até 5 anos incompletos, anotar em anos e meses.

- Menores de 1 ano anotar em meses e 0 em anos;

- Menor de 1 mês anotar 0 em anos, 0 em meses e anotar a idade em dias.

24. Assinalar de acordo com a resposta.

25. Assinalar de acordo com a resposta. Na questão 25, "tomar conta" diz respeito à pessoa que passa a maior parte do tempo cuidando da criança, ou seja, dá banho, dá comida, põe para dormir e dá remédios (quem passa maior tempo com a criança durante a semana).

26. Se a resposta for 2 ou 3, passar para a questão 29 e colocar 8/88 nas questões 27 e 28. Se SIM (mãe biológica ou adotiva), continuar com as questões seguintes. Mãe adotiva é a pessoa responsável pelos cuidados da criança na maior parte do tempo, assumindo o lugar da mãe biológica, é "quem cria".

27. Assinalar de acordo com a resposta. Se **SIM**, anotar o peso referido. Caso não saiba ou não lembre, assinalar 2 e anotar 9999 no espaço do peso.

28. Se foi amamentado assinalar 1 e anotar a duração do aleitamento nos espaços de meses e dias. Se não foi amamentado assinalar 2 e anotar 00 nos espaços de meses e dias. Se não sabe se mamou (no caso da mãe adotiva) assinalar 9 e anotar 99 nos espaços de meses e dias. Se ainda mama, assinalar 8 e anotar 88 nos espaços de meses e dias. **ATENÇÃO:** Se a criança não foi amamentada (nunca mamou), assinalar 2 e na questão 77 a resposta deve ser 4 - nunca mamou.

- 29 a 31. Assinalar de acordo com a resposta. Se na questão 29 for 2, assinalar 8 na questão 30.
32. Anotar de acordo com a resposta
33. Assinalar de acordo com a resposta. Pode haver mais de uma resposta, como por exemplo, Suplementação Alimentar e Consulta. Caso tenha vindo por outro motivo não referido, assinalar outro e especificar. Responder separadamente cada questão.
34. Assinalar de acordo com a resposta. Se na questão 32 for 88, assinale 8 na questão 34.
35. Se NÃO foi atendido por um motivo que não esteja entre os citados, assinalar 5 - Outro, e especificar. Caso tenha sido atendido assinalar 8 - NSA (foi atendido).
- 36 a 37. Assinale de acordo com a resposta.
- 38.1 a 38.9. Assinalar de acordo com a resposta. Na questão **38.5** considerar *apenas crianças até 6 meses*. Para maiores de 6 meses, assinalar 8. Na questão 38.6 considerar *Sim* se a mãe recebeu orientação sobre a alimentação que deve ser oferecida à criança compatível com a idade, incluindo o alimento para o desmame. Atenção: se a criança tem menos de 6 meses, anotar 8 NSA. A alimentação de < > diz respeito à alimentação do desmame.
- 39 e 40. Caso afirmativo anotar o peso em gramas (g) e o comprimento em centímetros (cm). Caso não tenha sido pesada ou medida, completar os espaços com zeros. Se foi pesada ou medida e não sabe informar ou não tem registro, completar com 99999. Caso a criança não tenha sido atendida, anotar no peso e na medida 88888 e 888.8, respectivamente.
- 41 a 44. Assinalar de acordo com a resposta.
- 45 e 46. Assinalar de acordo com a resposta. As duas questões referem-se ao último mês.
47. Assinalar de acordo com a resposta.
- 48 a 66. Estas questões estão relacionadas com a última visita do ACS. A questão 48 pode ter mais de uma resposta. A **questão 55** é válida para crianças menores de 6 meses. A **questão 56** é válida para crianças maiores de 6 meses. **Questão 57** - se a criança teve diarreia antes da visita do ACS, continuar com as questões 58, 59 e 60. Se não teve diarreia ou esta ocorreu após a visita do ACS, assinalar 8 - NSA.
- 61 e 62. A mesma orientação da questão anterior.
- 63 a 66. Assinalar de acordo com a resposta.

**ATENÇÃO: AS QUESTÕES DE 67 A 88 SÓ DEVERÃO SER RESPONDIDAS
MEDIANTE OBSERVAÇÃO DO CARTÃO DA CRIANÇA.**

- 67 e 68. Assinalar de acordo com a resposta.
- 69 e 70. Caso afirmativo, anotar o peso e o comprimento ao nascer que pode ou não coincidir com o registrado na frente do cartão e aquece informado pela mãe (questão 27). Caso negativo anotar 9999 e 999,9 no espaço correspondente ao peso e ao comprimento, respectivamente.
- 71 e 72. Assinalar de acordo com as respostas. Na questão 72, se assinalar o item 3: **não foi pesado**, este deve sempre coincidir com a resposta da questão 39 = 2 (**Não**). Se não tem o cartão ou não foi atendida assinalar 8.
73. Verificar a posição do último peso marcado e assinalar a resposta. Considerar o ponto do peso entre as duas linhas cheias no cartão antigo (P90 e P10) e no cartão novo (P97 e P3) considerar o ponto entre a linha cheia e a linha tracejada. Se não foi pesada, não tem o cartão ou não foi atendida, assinalar 8.
74. Verificar a direção da curva do último peso em relação ao peso anterior. Para as crianças menores de 1 ano, considerar o peso anterior de no máximo 3 meses. Para crianças maiores de 1 ano, considerar o peso anterior de o máximo 6 meses. Se não foi pesada, não tem o cartão, ou não foi atendida assinalar 8.
75. Assinalar de acordo com a resposta.
76. Assinalar de acordo com a resposta da questão 28. Se na questão 28 respondeu Não, na questão 76 deve assinalar 4 (nunca mamou).
77. Assinalar mediante observação cuidadosa do gráfico na parte interna do cartão.
78. Assinalar de acordo com o observado no cartão. Se a resposta for Sim, anotar o número de vezes que foi registrado o desenvolvimento da criança. Se a resposta for Não anotar 00 no espaço correspondente ao número de vezes.
- 79 a 85. Anotar as datas correspondentes à (s) dose (s) recebida (s) de cada vacina. Se a criança tiver indicação para vacina e não foi vacinada, anotar 0 na dose correspondente. Se a criança não completou a idade indicada para a vacina, assinalar 8 (NSA). Se a criança depois de 1 ano fez reforço da vacina de sarampo com a dupla viral ou MMR, anotar 8 no reforço de sarampo. Na coluna codificadora, registrar apenas o numero de doses.
- 86 a 88. Responder de acordo com o observado no cartão.

FORMULÁRIO III - AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

1. Anotar o nome e código do ACS.
2. Anotar a data da realização da entrevista
3. Escrever o nome e código de quem realizou a entrevista.
4. Assinalar e assinar posteriormente, após a revisão do questionário.
5. A cargo do supervisor, após a revisão do questionário.
6. Anotar a idade do ACS em anos completos.
7. Assinar de acordo com a resposta.
8. Anotar a série e o grau que o ACS tenha completado, caso esteja cursando, considerar a série e grau do ano anterior.
- 9 e 10. Assinalar de acordo com a resposta.
11. Anotar a duração do treinamento em dias, semanas ou meses.
12. Anotar o tempo que trabalha como ACS em anos, meses e dias.
13. Assinalar de acordo com a resposta. Caso trabalhe em dias alternados considerar 2 (tempo parcial).
14. Se tem outra atividade além de ACS especificar.
- 15 a 18. Anotar de acordo com a resposta.
- 19 a 21. Assinalar uma ou mais das respostas. Caso exerça alguma outra que não esteja referida, assinalar (outro) e especificar.
22. Anotar a resposta dada.
23. Assinalar uma ou mais das respostas. Caso não esteja referida, assinalar (outro) e especificar.
24. Assinalar de acordo com a resposta.
- 25 e 26. Assinalar uma ou mais das respostas. Caso não esteja referida, assinalar (outro) e especificar.
27. Assinalar de acordo com a resposta.

28. Assinalar de acordo coma a resposta e a idade da criança. Se tiver até 6 meses de idade, assinalar qualquer uma das respostas ou (outro) e especificar e assinalar 8 (NSA) nas respostas para crianças depois de 6 meses e vice-versa.
29. Assinalar de acordo com a resposta. Caso não esteja, assinalar (outro) e especificar.
30. Assinalar de acordo com a resposta. Se o ACS considera insatisfatório, anotar o porque?