

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

DANIELE BELTRÃO LUCENA DE FRANÇA

**VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO NA CADERNETA DE SAÚDE DA
CRIANÇA**

**JOÃO PESSOA – PB
2020**

DANIELE BELTRÃO LUCENA DE FRANÇA

VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO NA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, **área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde.

Projetos vinculados: Vigilância do desenvolvimento e a caderneta de saúde da criança: caminhos para a promoção da saúde infantil.

Orientadora: Profa. Dra. Altamira Pereira da Silva Reichert.

Coorientador: Prof. Dr. Hemílio Fernandes Campos Coêlho

**Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação**

F814v França, Daniele Beltrão Lucena de.
Vigilância do desenvolvimento na caderneta de saúde da
criança / Daniele Beltrão Lucena de França. - João
Pessoa, 2021.
102 f. : il.

Orientação: Altamira Pereira da Silva Reichert.
Coorientação: Hemílio Fernandes Campos Coêlho.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Enfermagem. 2. Saúde da criança. 3. Desenvolvimento
infantil. 4. Registros de saúde pessoal. I. Reichert,
Altamira Pereira da Silva. II. Coêlho, Hemílio
Fernandes Campos. III. Título.

UFPB/BC

CDU 616-083(043)

DANIELE BELTRÃO LUCENA DE FRANÇA

VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO NA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, **área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Dissertação aprovada em 24 de setembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dr.ª Altamira Pereira da Silva Reichert
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Prof.ª Dr.ª Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Prof.ª Dr.ª Jael Rúbia Figueiredo de Sá França
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Prof. Dr. Hemílio Fernandes Campos Coêlho
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Prof.ª Dr.ª Neusa Collet
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

AGRADECIMENTOS

A Deus que em sua infinita bondade me deu forças e esteve do meu lado durante todo o mestrado, nos momentos fáceis e difíceis.

A minha mãe que também é melhor amiga, companheira, confidente, bom senso, fortaleza e tantos outros adjetivos que não caberiam aqui. Que está do meu lado, que me deu forças quando o desespero me afligiu, que me pôs na linha quando me abati, que me disse palavras positivas, minha eterna gratidão!

A meu pai, que desbravou João Pessoa comigo nos sete longos meses de coleta, acordando cedinho para me acompanhar, que vibrou mais do que eu com cada instrumento preenchido e que ao contabilizar as 424 coletas disse um feliz “finalizamos”.

A meus irmãos: Danilo que é meu melhor amigo, que topa tudo comigo, aventuras e astúcias e Hugo que nos momentos difíceis só de lembrar o seu sorriso, ri contigo, pois teu sorriso é daquele capaz de aquecer todos a tua volta.

A meu marido, Thiago, que compreendeu cada fase, especialmente as cheias de atividades (e estresse também), que soube respeitar meus momentos e me apoiou para que alcançasse pequenas vitórias até o sonhado título de mestre.

A Hulkinho, meu filho de quatro patas, que é uma das fontes da minha alegria, sempre me oferecendo sua companhia nas horas de trabalho e seu carinho nos momentos de pausa.

A meus sogros e cunhadas que entenderam minha ausência nos cafés da tarde e refeições no final de semana.

A minha orientadora, professora Altamira, que desde 2014 me acolheu na iniciação científica, viu e acreditou no meu potencial, me dando oportunidades de crescer e me desenvolver como pesquisadora.

Ao professor Hemílio, coorientador, que chegou à amostra que tornou possível a viabilização desta pesquisa e por todo acompanhamento no processo de análise e escrita da dissertação.

As minhas colegas Iolanda Carlli, Paloma Karen, Tayná e Amanda que aceitaram o desafio de fazer as coletas em toda João Pessoa, e sem as quais não seria possível estar aqui com o trabalho nesse calibre.

Aos membros da banca, professoras Nathanielly, que está comigo desde o TCC, Jael e Neusa, minha gratidão por terem aceitado o convite e que honra tê-las junto a mim nesta etapa.

Ao PPGENG, que com sua grade curricular e corpo docente possibilitou uma experiência de mestrado maravilhosa, difícil e as vezes com um quê de desespero, mas sempre com uma sensação de dever cumprido e crescimento surreais.

A todas as meninas da professora Altamira, participantes do grupo de pesquisa que em momentos de dúvidas me socorreram e cooperaram para este momento.

A mim, sim, porque me permiti viver esses mais de dois anos de forma intensa e leve ao mesmo tempo, que busquei aproveitar as oportunidades diante de mim, que ri e chorei, que soube entender meus limites, mas, acima de tudo, aprendi e me tornei uma pesquisadora e pessoa melhor que quando entrei no PPGENF.

E a tantos mais que não me recordo, mas que aqueceram meu coração e me deram forças para continuar nessa jornada.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento da pesquisa; a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio e financiamento de bolsa de Pós-Graduação; a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa; e, sobretudo, às mães que aceitaram participar voluntariamente deste trabalho.

Minha gratidão e carinho estão com todos vocês!

LISTA DE TABELAS

Distribuição da amostra por Distrito Sanitário do município de João Pessoa – PB, 2019.....	26
Distribuição das características sociodemográficas e econômicas de mães/cuidadores e características das crianças. João Pessoa, PB, Brasil, 2019.....	37
Distribuição do registro dos dados do crescimento e da vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor na caderneta de saúde da criança. João Pessoa, PB, Brasil, 2019.....	38
Associação entre as variáveis sociodemográficas e econômicas de mães/cuidadores e características das crianças e a ocorrência do índice do crescimento satisfatório. João Pessoa, PB, Brasil, 2019.....	39
Associação entre as variáveis sociodemográficas e econômicas de mães/cuidadores e características das crianças e a ocorrência do índice do desenvolvimento satisfatório. João Pessoa, PB, Brasil, 2019.....	40
Regressões de Poisson com variância robusta relacionadas aos índices de crescimento e do desenvolvimento satisfatórios. João Pessoa, PB, Brasil, 2019.....	41
Frequência de preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e nascimento na caderneta de saúde da criança. João Pessoa, PB, Brasil, 2019. (n = 424)	53
Distribuição do escore de preenchimento da mulher segundo o escore de preenchimento da criança e as variáveis número de filhos e local de trabalho. João Pessoa, PB, Brasil, 2019. (n = 424)	54
Distribuição do escore de preenchimento da criança segundo a variável idade da criança e escore de preenchimento da mulher. João Pessoa, PB, Brasil, 2019 (n = 424)	55

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CC	Cartão da Criança
CPICS	Centros de Práticas Integrativas e Complementares
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
DDQ	Displasia do desenvolvimento do quadril
DNPM	Desenvolvimento neuropsicomotor
DS	Distritos Sanitários
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EqSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IG	Índice Geral
IMC	Índice de massa corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF - AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
ODM	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
PC	Perímetro cefálico
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
RN	Recém-nascido
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIGME	<i>United Nations Inter-agency for Child Mortality Estimation</i>
USF	Unidades de Saúde da Família
VDI	Vigilância do desenvolvimento infantil
WHO	<i>World Health Organization</i>

RESUMO

FRANÇA, Daniele Beltrão Lucena de. **Vigilância do desenvolvimento na caderneta de saúde da criança**. 2020. 102 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020.

Introdução: A vigilância do desenvolvimento infantil proporciona um cuidado continuado em cada etapa da vida e a caderneta de saúde da criança configura-se como instrumento ideal para esse acompanhamento, devido seu potencial para promover a longitudinalidade do cuidado. **Objetivo:** Investigar as ações de vigilância do desenvolvimento infantil registradas na Caderneta de Saúde da Criança. **Percurso metodológico:** Estudo descritivo, transversal, realizado com análise de 424 cadernetas de crianças menores de três anos, cadastradas nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa – PB, nos meses de maio a novembro de 2019. Os dados foram analisados através dos programas estatísticos R e PSPP, com análise descritiva e inferencial, considerando um erro amostral tolerável de 5%. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o parecer número 3.156.449 e registrada pelo CAAE: 97362718.1.0000.5188. **Resultados:** Os itens que tiveram melhores registros foram idade (67,7%) e peso (70,3%) na folha de registro; data e hora de nascimento (67,5%) e peso (67,5%) ao nascer. Todavia, foram identificadas fragilidades no preenchimento dos itens de desenvolvimento (26,7%); intercorrências clínicas maternas (0,2%); sorologias no pré-natal e na maternidade (4,0% cada); teste do reflexo vermelho (10,4%) e curva do perímetro cefálico (9,7%). Nas regressões, a idade da mãe/cuidador, número de filhos, anos de estudo, renda, idade e sexo da criança foram associados aos desfechos - registro de crescimento e do desenvolvimento. A quantidade de filhos, trabalho no lar, escore da criança e da mulher e idade da criança apresentaram associação estatisticamente significativa. **Conclusão:** O uso da caderneta para a vigilância do desenvolvimento infantil está aquém do esperado, comprometendo a integralidade do cuidado à criança e possibilidade de identificação precoce de agravos ao desenvolvimento.

Descritores: Saúde da criança; Desenvolvimento infantil; Registros de saúde pessoal.

ABSTRACT

FRANÇA, Daniele Beltrão Lucena de. **Developmental surveillance in the child's health handbook**. 2020. 102 sheets. The Thesis (Master's degree in Nursing) - Graduate Program in Nursing - Center for Health Sciences, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2020.

Introduction: Child development surveillance provides continuous care at every stage of life and the child's health handbook is an ideal instrument for this monitoring, due to its potential to promote longitudinal care. **Objective:** To investigate child development surveillance actions registered in the Child Health Handbook. **Methodological path:** A descriptive, cross-sectional study, conducted with the analysis of 424 books of children under three years old, registered at the Family Health Units in the city of João Pessoa - PB, from May to November 2019. The data were analyzed using the statistical programs R and PSPP, with descriptive and inferential analysis, considering a tolerable sample error of 5%. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Center for Health Sciences of the Federal University of Paraíba, under opinion number 3.156.449 and registered by the CAAE: 97362718.1.0000.5188. **Results:** The items with the best records were age (67.7%) and weight (70.3%) on the record sheet; date and time of birth (67.5%) and weight (67.5%) at birth. However, weaknesses were identified in completing the development items (26.7%); maternal clinical complications (0.2%); prenatal and maternity serologies (4.0% each); red reflex test (10.4%) and head circumference curve (9.7%). In the regressions, the age of the mother/caregiver, number of children, years of schooling, income, age and sex of the child were associated with the outcomes - record of growth and development. The number of children work at home, the score of the child and the woman and the child's age showed a statistically significant association. **Conclusion:** The use of the booklet for monitoring child development is below expectations, compromising the integrality of child care and the possibility of early identification of developmental problems.

Descriptors: Child health; Child development; Personal health records.

RESUMEN

FRANÇA, Daniele Beltrão Lucena de. **Vigilancia del desarrollo en el manual de salud del niño**. 2020. 102 hojas. La Tesis (Maestría en Enfermería) - Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2020.

Introducción: La vigilancia del desarrollo infantil brinda atención continua en todas las etapas de la vida y el manual de salud del niño es un instrumento idóneo para este seguimiento, por su potencial para promover el cuidado longitudinal. **Objetivo:** Investigar las acciones de vigilancia del desarrollo infantil registradas en el Manual de Salud Infantil. **Trayectoria metodológica:** Estudio descriptivo, transversal, realizado con el análisis de 424 libros de niños menores de tres años, registrados en las Unidades de Salud de la Familia de la ciudad de João Pessoa - PB, de mayo a noviembre de 2019. Los datos se analizaron mediante los programas estadísticos R y PSPP, con análisis descriptivo e inferencial, considerando un error muestral tolerable del 5%. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraíba, bajo dictamen número 3.156.449 y registrado por la CAAE: 97362718.1.0000.5188. **Resultados:** Los ítems con mejores registros fueron edad (67,7%) y peso (70,3%) en la hoja de registro; fecha y hora de nacimiento (67,5%) y peso (67,5%) al nacer. Sin embargo, se identificaron debilidades en la realización de los ítems de desarrollo (26,7%); complicaciones clínicas maternas (0,2%); serologías prenatales y de maternidad (4,0% cada una); prueba de reflejo rojo (10,4%) y curva de perímetro cefálico (9,7%). En las regresiones, la edad de la madre / cuidadora, el número de niños, los años de escolaridad, los ingresos, la edad y el sexo del niño se asociaron con los resultados: registro de crecimiento y desarrollo. El número de hijos, el trabajo en el hogar, la puntuación del niño y la mujer y la edad del niño mostraron una asociación estadísticamente significativa. **Conclusión:** El uso de la libreta de ahorros para la vigilancia del desarrollo infantil está por debajo de las expectativas, comprometiendo la integralidad del cuidado infantil y la posibilidad de identificación temprana de problemas de desarrollo.

Descriptores: Salud del niño; Desarrollo infantil; Registros de salud personal.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral.....	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3 QUADRO TEÓRICO	18
3.1 Considerações acerca da vigilância do desenvolvimento infantil na Estratégia Saúde da Família	19
3.2 Uso da Caderneta de Saúde da Criança pelos profissionais de saúde.....	21
4 PERCURSO METODOLÓGICO	25
4.1 Tipo do Estudo.....	25
4.2 Cenário do Estudo.....	25
4.3 População e Amostra	25
4.4 Instrumento de coleta dos dados	28
4.5. Procedimento de coleta dos dados	29
4.6 Procedimento de Análise	31
4.7 Considerações éticas	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
5.1 Preenchimento das ações de vigilância do desenvolvimento na caderneta da criança: um estudo seccional	33
5.2 Fatores associados aos registros de gravidez, parto e nascimento na caderneta de saúde da criança	50
6 CONCLUSÃO.....	63
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICES	71
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Mães e/ou Cuidadores Legais.....	72
APÊNDICE B - Instrumento para coleta de dados.....	74
ANEXOS	81
ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	82
ANEXO B - Carta de Anuência da Secretaria de Saúde	83
ANEXO C - Encaminhamento dos Distritos Sanitários	84
ANEXO D - Normas da revista Cadernos de Saúde Pública	88
ANEXO E - Normas da Revista da Escola de Enfermagem da USP	95

APRESENTAÇÃO

Este estudo configura-se como subprojeto do projeto universal intitulado “Vigilância do desenvolvimento e a caderneta de saúde da criança: caminhos para a promoção da saúde infantil” número 407850/2018-0, desenvolvido na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de João Pessoa - PB.

O interesse pela temática da saúde da criança surgiu ainda na disciplina da graduação, sendo assim, busquei a professora Dra. Altamira para expor meu interesse pela saúde infantil na APS e vontade de ingressar na Iniciação Científica (IC). Desde 2014 sou participante do Grupo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente na Atenção Primária (GESCAAP), onde fui bolsista da IC e atuei como monitora voluntária na disciplina da Saúde da Criança I.

Ao concluir a graduação me dediquei aos estudos para residência em enfermagem na área, obtendo êxito para o Hospital das Clínicas em Recife, no entanto, por motivos de saúde, voltei para João Pessoa. Nesse momento, fui aluna especial neste programa na disciplina de Políticas na Saúde Criança que me permitiu maior aproximação com o grupo de estudos. Também iniciei uma especialização de Enfermagem Obstétrica por acreditar que a saúde infantil tem início muito antes do nascimento, permitindo-me ampliar os horizontes de conhecimentos e ter ideias para desenvolver pesquisas.

Em 2018 passei na seleção para o mestrado e me dediquei exclusivamente, graças a bolsa de estudos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), tanto a nível das disciplinas do programa, como de elaboração e execução do projeto. Foi um grande desafio por ser uma pesquisa de grande porte bem como ser quantitativa, necessitando muitos estudos da estatística, a qual gosto desde a graduação (fui monitora de Estatística Vital no segundo período).

Finalizo esta grande etapa com a elaboração dessa dissertação que está dividida em seis capítulos: no **primeiro** abordo uma introdução ao tema; no **segundo** aponto os objetivos do estudo; no **terceiro** teço um quadro teórico da vigilância do desenvolvimento infantil a nível da Atenção Primária à Saúde e da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) com base na literatura; no **quarto** explico o percurso metodológico para o desenvolvimento do estudo; no **quinto** abordo os resultados e discussão em formato de dois artigos originais (1 Preenchimento das ações de vigilância do desenvolvimento na caderneta da criança: um estudo seccional, que teve por objetivo analisar o preenchimento das ações da vigilância do desenvolvimento na caderneta de saúde de crianças de menores de três anos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, e será submetido à revista Cadernos de Saúde Pública; 2 Fatores

associados aos registros de gravidez, parto e nascimento na caderneta de saúde da criança que objetivou verificar os fatores associados aos registros de gravidez, parto e nascimento na Caderneta de Saúde de crianças menores de três anos e será submetido à Revista da Escola de Enfermagem da USP). Por fim, o **último** capítulo tece as conclusões do estudo com os achados e aponta direcionamentos para promover uma melhoria na atenção à saúde da criança.

1 INTRODUÇÃO

A fase inicial da vida constitui uma das etapas mais importantes para a saúde, uma vez que esse é um período de significativas modificações no crescimento linear e desenvolvimento neuropsicomotor, por isso, é necessário um acompanhamento adequado para a redução de agravos à saúde e aumento das chances de pleno desenvolvimento, com alcance das potencialidades de cada indivíduo (BRASIL, 2018a; REICHERT et al., 2015; BENICIO et al., 2016).

Desde o advento da Constituição Federal, em 1988, que garantiu a saúde como direito de todos, e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, que inferiu sobre a proteção integral da criança, essa população vem galgando espaço nas políticas públicas e sendo beneficiada com melhorias nas condições de saúde (BRASIL, 2018a).

De acordo com o relatório da *United Nations Inter-agency for Child Mortality Estimation* (UNIGME), houve uma redução global da mortalidade na infância de 12,5 milhões, em 1990, para 5,3 milhões em 2018, retratando que as ações estabelecidas para alcançar melhores indicadores de mortalidade foram efetivas, no entanto, é imprescindível acelerar o progresso na prevenção dos óbitos infantis, especialmente diante de estimativas que predizem a morte de 52 milhões de crianças menores de cinco anos entre 2019 e 2030 (UNIGME, 2019).

Em se tratando do Brasil, os indicadores apontam redução da mortalidade infantil, que passou de 53,7, em 1990, para 15,7 a cada mil nascidos vivos em 2015, demonstrando o alcance do quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), inclusive na diminuição das disparidades regionais (ODM, 2014; WHO; GHO, 2018). No entanto, algumas regiões obtiveram maior sucesso, a exemplo do Nordeste, que reduziu em 76% a mortalidade na infância, diminuindo a diferença de 2,5 para 1,6 em relação ao Sul, que apresentou a menor taxa de óbitos nessa faixa etária, em 2011. Ressalta-se, entretanto, que o Nordeste e o Sudeste ainda apresentam taxas superiores a 10 óbitos de menores de cinco anos a cada mil nascidos vivos (DATASUS, 2017), sendo necessário, portanto, a implementação de novas iniciativas que sejam mais efetivas que as ações vigentes no Brasil, a fim de que a mortalidade infantil alcance índices ideais em todo o país, de forma homogênea.

Na Paraíba, a redução dos óbitos infantis foi significativa, uma vez que reduziu de 44,3, em 2000, para 14,9 em 2016 (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2018), como consequência de melhoria nas condições sociais e sanitárias. Não obstante, mesmo com essa evolução na atenção à saúde, estima-se que, em 2018, 5,3 milhões de crianças menores de cinco anos

morreram no mundo devido a causas consideráveis evitáveis, como complicações pós-natais, pneumonia, diarreia e malária (UNIGME, 2019).

Diante dessa realidade, foram definidas metas globais para o desenvolvimento sustentável com o intuito de assegurar que todos os seres humanos possam desenvolver seu potencial com dignidade e igualdade, estabelecendo a redução da mortalidade em menores de cinco anos para menos de 25 mortes por mil nascidos vivos (UNIGME, 2019). Para isso, são necessários investimentos em proteção, promoção e suporte o mais precocemente possível na infância, a fim de que todas as crianças sejam capazes de alcançar seu pleno desenvolvimento (RICHTER et al., 2017).

Estudo de coorte de 20 anos mostrou que crianças que viviam na pobreza, diante de estimulação precoce do desenvolvimento, aumentaram em 25% sua renda, quando adultos, em relação àqueles que não receberam essas intervenções. Entretanto, mesmo diante dessa evidência, os governos ainda investem menos de dois por cento de seus orçamentos em programas para a primeira infância, ou seja, até os seis anos completos de vida (UNICEF, 2017).

Investir no desenvolvimento infantil é o alicerce para obter melhores resultados na saúde, economia e sociedade. Quando o desenvolvimento infantil não é estimulado de forma precoce e oportuna, poderão ocorrer desfechos desfavoráveis à sociedade como comportamento violento, depressão, maiores índices de doenças não diagnosticadas e menores remunerações (UNICEF, 2017).

O desenvolvimento infantil é um processo que começa desde a concepção e envolve aspectos como o crescimento físico, a maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança (BLACK et al, 2017). É cumulativo na primeira infância, apresentando uma janela de oportunidades em que ações e intervenções como nutrição adequada, estimulação, apego, ambiente acolhedor e propício devem ser priorizadas, haja vista sua repercussão direta no desenvolvimento (CUNHA; LEITE; ALMEIDA, 2015).

Dessa forma, as ações de acompanhamento e monitoramento da criança, a exemplo da vigilância do desenvolvimento infantil (VDI), devem ser iniciadas desde o pré-natal, visto que a gravidez e os primeiros anos de vida representam um período oportuno e ideal para intervenções que previnem alterações no desenvolvimento (REICHERT et al., 2015).

De acordo com as diretrizes de atenção à saúde da criança, a vigilância do desenvolvimento infantil contempla ações relacionadas à avaliação dos marcos do desenvolvimento; verificação da presença de fatores de risco para este; à busca de opinião das mães sobre o desenvolvimento do seu filho; à verificação da maneira como a mãe/cuidador e

familiares, em geral, relacionam-se com a criança e, por fim, os registros e interpretação dos achados na Caderneta de Saúde da Criança (CSC) (GAÍVA et al., 2018).

Estudo realizado com enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família (ESF) observou que apenas uma profissional afirmou orientar a família quanto à estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor, enquanto as demais ficaram restritas aos cuidados gerais na infância (PEREIRA et al., 2015), fato observado também por Gaíva et al. (2018). Sendo assim, é possível perceber que a VDI apresenta fragilidades e os profissionais perdem a oportunidade de agir como facilitadores e promotores para o desenvolvimento saudável.

Para que a vigilância do desenvolvimento aconteça de acordo com o preconizado nas políticas e diretrizes voltadas à saúde da criança, é necessário que os profissionais que realizam esse acompanhamento façam uso das tecnologias e instrumentos disponibilizados para guiar o processo de trabalho e contribuir para uma assistência completa, a exemplo da Caderneta de Saúde da Criança (FREITAS et al., 2019).

A CSC é preconizada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) como um dos elementos estratégicos para a promoção da atenção integral à saúde da criança e tem a finalidade de nortear a vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL, 2018a), sendo ainda uma ferramenta para o diálogo entre os profissionais e a família. É organizada em duas partes: a primeira contém informações voltadas aos pais, concernentes à saúde da criança nos primeiros anos de vida, e na segunda, há espaços para o preenchimento de dados, pelos profissionais, quanto à imunização; crescimento e desenvolvimento; saúde bucal, visual e auditiva; tabelas, gráficos e curvas; dentre outros (BRASIL, 2005; BRASIL, 2018b; VIEIRA et al., 2016).

Porém, quando a caderneta da criança não é utilizada de forma adequada, perde-se oportunidades de implementar ações de prevenção e medidas de intervenção, principalmente naquelas com risco de morbimortalidade (VIEIRA et al., 2017).

Estudo que analisou o preenchimento das cadernetas de menores de um ano identificou incompletude ou ausência de dados do desenvolvimento e do gráfico do crescimento em 95,4% e 79,6%, respectivamente (ABUD; GAÍVA, 2015). Igualmente, Reichert et al. (2016) constataram falhas nos registros da CSC, uma vez que o desenvolvimento infantil (31%), perímetro cefálico (PC) (43,1%), gráfico peso/idade (34,5%), gráfico comprimento/idade (19%) e índice de massa corporal (IMC) no gráfico (2,6%) tiveram baixo percentual de preenchimento. Ainda, estudo realizado em Belo Horizonte que avaliou o preenchimento de 367 cadernetas de crianças de três a cinco anos identificou que apenas 44,5% dessas estavam com preenchimento satisfatório (AMORIM et al., 2018a),

revelando um descaso com o acompanhamento da criança e, conseqüentemente, fragilidade na assistência.

Outro estudo realizado com a observação de 21 consultas de puericultura feitas por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS) constatou que a avaliação do crescimento infantil foi realizada em sua totalidade, com fragilidade na verificação do IMC, que foi identificado uma única vez. Os dados também revelaram que os profissionais não avaliaram o desenvolvimento das crianças atendidas, restringindo-se a perguntar à mãe/cuidador se o filho já apresentava as habilidades esperadas para a idade (GAÍVA et al., 2018).

Uma revisão de literatura sobre os registros da VDI identificou que a prevalência do preenchimento dos dados do desenvolvimento na CSC teve um mínimo de 4,6% em Cuiabá – MT (2011) e um máximo de 30,4% no Piauí (2008) (CAMINHA et al., 2017). Dessa forma, percebe-se que há uma fragilidade na vigilância do desenvolvimento infantil, especialmente em se tratando do registro dos marcos do desenvolvimento, o que, por conseguinte, limita as possibilidades de prevenção e detecção precoce de agravos.

Pesquisa que buscou evidenciar o conhecimento produzido acerca da CSC revelou que os itens mais preenchidos são os relacionados à vacinação, identificação da criança, tipo de parto, peso ao nascer e perímetro cefálico. Em contrapartida, as anotações referentes ao Apgar, ferro profilático, primeira semana de saúde integral, gravidez e parto, desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), internações e hospitalizações, foram os itens com pior preenchimento (GAÍVA; SILVA, 2014), sendo corroborado por estudo realizado no município de João Pessoa – PB que, outrossim, identificou baixo preenchimento nos quesitos relacionados a saúde bucal, número do cartão do Sistema Único de Saúde (SUS), anotações do IMC e curvas de crescimento (VIEIRA et al., 2016).

Ressalta-se que alguns itens não foram preenchidos nas cadernetas, mas são importantes para a detecção precoce de agravos, como má adaptação à vida extrauterina, anemia, problemas relacionados aos cuidados básicos com a criança nos primeiros dias de vida, marcos do desenvolvimento, entre outros. Isso ratifica a necessidade de os profissionais realizarem de forma contínua a verificação dos marcos do crescimento e desenvolvimento contidos na CSC para a identificação de situações de risco, alterações nas curvas de peso e estatura e no desenvolvimento neuropsicomotor (MOREIRA; GAÍVA, 2013).

Entretanto, estudo que analisou a percepção dos profissionais sobre o preenchimento da CSC identificou que a assistência limita-se à avaliação e acompanhamento do crescimento e imunização, enquanto outros aspectos como desenvolvimento, saúde bucal, visual e auditiva, sono e repouso, prevenção de acidentes, entre outros, não estão sendo avaliados

(SILVA; GAÍVA, 2015), tornando a assistência à criança incompleta e privando as mesmas de um acompanhamento de qualidade, ou seja, desrespeitando seus direitos a um cuidado integral e de qualidade.

Assim, considerando que a vigilância do desenvolvimento infantil é uma estratégia para o acompanhamento de qualidade às crianças, e que, associada ao uso da CSC, importante instrumento para nortear as ações de vigilância e comunicação da criança/família com os profissionais, tem grande potencial de reduzir a morbimortalidade na infância e propiciar um cuidado qualificado e integral, surgiu o interesse de realizar um estudo que avaliasse os registros de dados na CSC na Atenção Primária à Saúde.

Acredita-se que os resultados desta pesquisa irão tecer um panorama geral da realidade da vigilância do desenvolvimento infantil no âmbito da caderneta de saúde da criança a nível municipal, propiciando novos conhecimentos acerca do preenchimento desse instrumento e, consequentemente, subsidiar novas pesquisas sobre a temática, a fim de melhorar a assistência à saúde da criança.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar as ações de vigilância do desenvolvimento infantil registradas na Caderneta de Saúde da Criança.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar o preenchimento das ações da vigilância do desenvolvimento na caderneta de saúde de crianças de menores de três anos cadastrados na Estratégia Saúde da Família;
- Verificar os fatores associados aos registros da gravidez, parto e nascimento na Caderneta de Saúde de crianças menores de três anos.

3 QUADRO TEÓRICO

3.1 Considerações acerca da vigilância do desenvolvimento infantil na Estratégia Saúde da Família

A atenção à saúde da criança engloba ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, por meio de uma assistência qualificada para auxiliar no crescimento e desenvolvimento infantil adequado (ARAÚJO; GOUVEIA; PEDRAZA, 2017). Estes, por sua vez, são processos contínuos e dinâmicos que requerem um olhar diferenciado do profissional que presta o cuidado para que, em vista de qualquer alteração, seja possível uma intervenção oportuna (DÍAZ et al., 2017).

Assim, considerando a condição dinâmica da saúde da criança, especialmente nos primeiros anos de vida em que há maior plasticidade cerebral e exposição aos fatores de risco (RITCHER et al., 2017), e também o panorama da mortalidade da infância que apresentava altos índices de óbitos em menores de cinco anos, os governos se mobilizaram para desenvolver políticas e programas que visavam a qualificação da saúde infantil (UNIGME, 2019; ODM, 2014; WHO; GHO, 2018).

Vários programas e estratégias foram instituídos pelo governo brasileiro em prol de impulsionar a saúde da criança e alcançar melhores indicadores de mortalidade e qualidade de vida, no entanto, uma grande conquista aconteceu em 2015 quando a Portaria GM/MS nº. 1.130 foi publicada instituindo a PNAISC, que tem como objetivo promover e proteger a saúde da criança. Essa política conta com sete eixos estratégicos para superar os desafios e qualificar os serviços de saúde da criança, dentre eles, a promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral, configurando a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado a essa população (BRASIL, 2015a).

Em 2016, foi publicado o Marco Legal da Primeira Infância, aprovado pela lei 13.257, que estabelece como prioridade a formulação de políticas públicas e programas voltados para a promoção do desenvolvimento integral da criança, do nascimento aos seis anos de idade, considerando as especificidades de cada fase do desenvolvimento do indivíduo. Também foi criado o Programa Criança Feliz, aprovado pelo decreto no 8.869, do mesmo ano (BRASIL, 2016a).

No Programa Criança Feliz, a intersetorialidade ocupa lugar central na sua operacionalização e efetivação, e seus princípios visam promover o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância, considerando sua família e seu contexto de vida; garantir o direito e proteção integral à criança, o acesso à atenção à saúde de qualidade desde a gestação, a educação infantil de qualidade; além de valorização cultural de cada indivíduo (BRASIL, 2017).

As diretrizes da PNAISC orientam para o seguimento infantil logo após o nascimento até os 10 anos de idade, com incentivo às ações de educação em saúde para orientar mães ou responsáveis, visando à promoção, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação de agravos ao desenvolvimento infantil. Assim, essas ações objetivam promover o acompanhamento rotineiro de crianças, estimulando o vínculo com as famílias, implementando o acolhimento, corresponsabilidade e alto grau de resolutividade dos serviços (BRASIL, 2012; BENICIO et al., 2016).

Para o acompanhamento sistemático da criança, o Ministério da Saúde (MS) propõe um calendário que prioriza sete consultas no primeiro ano de vida, duas consultas no segundo ano e anuais em seguida, desde que não seja necessário maior acompanhamento devido agravos (BRASIL, 2012). Para isso, as Equipes de Saúde da Família (EqSF) tem papel fundamental, contando minimamente com médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ODM, 2014), sendo os profissionais médico e enfermeiro responsáveis pelo acompanhamento da criança.

A consulta à criança deve abranger aspectos relacionados à anamnese; exame físico; aferição de dados antropométricos e sinais vitais; avaliação do crescimento e desenvolvimento; verificação da situação vacinal; orientações acerca da promoção da saúde e prevenção de doenças, especialmente nos aspectos de estimulação do desenvolvimento; preenchimento da CSC e agendamento da próxima consulta, sempre zelando para a construção do vínculo com a família da criança (BRASIL, 2012; GAÍVA et al., 2018).

Estudo com enfermeiras da ESF do município de João Pessoa - PB identificou que o processo de trabalho na consulta de puericultura é mais voltado para a anamnese, histórico, exame físico, medidas antropométricas e orientações, sendo o desenvolvimento abordado de forma mais superficial (VIEIRA et al., 2019). Outro estudo, realizado em Cuiabá, identificou que apenas 56,1% dos profissionais, enfermeiros e médicos, avaliavam o crescimento e desenvolvimento nas consultas (SANTOS; GAÍVA; SALGE, 2018).

Gaíva e colaboradores (2018) analisaram a avaliação do crescimento e desenvolvimento nas consultas de enfermagem, e constataram que o crescimento é avaliado de forma mais completa, exceto o cálculo do IMC, inclusive com anotações na CSC, enquanto os marcos do desenvolvimento infantil apresentaram perdas quantitativas e qualitativas, sendo identificado de alguma forma em apenas dois terços das consultas analisadas.

Ademais, para que a consulta à criança seja resolutiva, os profissionais devem buscar uma comunicação dialógica, estimulando a participação das mães e/ou cuidadores nesse momento e, assim, promover o desenvolvimento da autonomia desses, assistência

horizontalizada e construção/fortalecimento do vínculo dos profissionais com as mães/famílias das crianças (MOREIRA; GAÍVA, 2016).

Todavia, estudos mostram que as consultas voltadas às crianças ainda estão centradas no modelo biologicista, focados nas queixas, com atuação prescritiva, verticalizada e impositivas (DAMASCENO et al., 2016; MOREIRA; GAÍVA, 2016), infringindo os preceitos de integralidade da atenção, descontinuando a assistência a essa população e não estimulando e valorizando o protagonismo do indivíduo.

A partir do discurso de familiares de crianças sobre a percepção da consulta de acompanhamento, seja pelo médico ou pelo enfermeiro, verificou-se que há falta de conhecimento desses sobre o que é a consulta de puericultura e o papel dos profissionais na implementação desta (MALAQUIAS; GAÍVA; HIGARASHI, 2015), ademais, Vieira et al. (2018) identificaram que foi pouco satisfatório o cuidado prestado por enfermeiros durante a consulta, trazendo à luz lacunas no cuidado em saúde na atenção básica.

Outra problemática encontrada por Silva e Gaíva (2015) é a fala dos profissionais de que a rotina na consulta é mais voltada em olhar o calendário vacinal e o peso, quando a criança está saudável, não verificando o desenvolvimento desta. Contrariamente, reconhecem que a anotação dos dados na caderneta é importante para o acompanhamento, sobretudo para a comunicação entre os serviços que a criança frequenta.

Assim, percebe-se que as políticas e programas, bem como a Estratégia Saúde da Família, tornam-se grandes aliados na identificação precoce de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, que é crucial para a tomada de decisão quanto ao encaminhamento para o tratamento especializado em tempo oportuno, e que refletirá em maiores chances de reversão de atrasos na criança (DÍAZ et al., 2017). Todavia, lacunas no cuidado a essa população ainda precisam ser corrigidas para que se alcançar melhores indicadores de qualidade de vida e de morbimortalidade.

3.2 Uso da Caderneta de Saúde da Criança pelos profissionais de saúde

É através da vigilância do desenvolvimento infantil que os profissionais podem prestar um cuidado qualificado, sistematizado, integral e individualizado, antecipando-se ao aparecimento de agravos que podem afetar o desenvolvimento normal da criança (VIEIRA et al, 2019). Para que isso ocorra de forma efetiva e sem haver prejuízo para a assistência, os profissionais que atuam prestando atendimento às crianças devem fazer uso de tecnologias que guiam o seu processo de trabalho.

Tendo isso em vista, a PNAISC estabeleceu a caderneta de saúde da criança como um dos elementos estratégicos para a promoção da atenção integral à saúde da criança, que tem a finalidade de nortear a vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL, 2018a).

A CSC, inicialmente denominada Cartão da Criança (CC), foi elaborada para auxiliar no acompanhamento de crianças de zero a cinco anos de idade e contribuir para o diagnóstico presumível de desnutrição energético-proteica, por isso continha gráfico para acompanhamento do crescimento de peso por idade. Também constava o calendário de vacinação, espaço para agendar as próximas consultas e dados de identificação da criança (BRASIL, 2002).

Devido as suas limitações, em 2005, o CC foi revisado e substituído pela Caderneta de Saúde da Criança que passou a conter informações sobre gravidez, parto e puerpério, alimentação saudável, higiene, gráfico de perímetro cefálico, informações sobre prevenção de acidentes, profilaxia da carência de vitamina A e ferro e observações sobre saúde bucal, visual e auditiva, tornando-se instrumento essencial para a vigilância integral à saúde da criança (BRASIL, 2005).

Em 2007, com o advento das novas curvas de crescimento desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde, o instrumento foi reformulado e passou a incluir gráficos de peso, altura e perímetro cefálico por idade, informações sobre o registro civil de nascimento, direitos dos pais e da criança, os primeiros dias de vida do recém-nascido, orientações sobre desenvolvimento e estimulação da criança, alimentação saudável, amamentação e desmame, calendário básico de vacinação e espaço para anotações de intercorrências clínicas, tratamentos efetuados e suplementação profilática de ferro e vitamina A (BRASIL, 2007).

A caderneta foi novamente revisada em 2009, com alterações importantes, dividida em duas partes: a primeira para uso do cuidador e a segunda para uso dos profissionais de saúde. Foram incluídos o guia básico de acompanhamento de crianças em situações especiais como a síndrome de Down e Autismo, gráfico do IMC para idade, instrumento de vigilância do desenvolvimento, cuidados com a pressão arterial e representação de todos os gráficos do crescimento em escores z, e não mais em percentil. A faixa etária de acompanhamento também foi ampliada para os 10 anos e houve diferenciação das cadernetas por sexo (BRASIL, 2009). Posteriormente essa caderneta passou por pequenas alterações e está atualmente na 12ª edição no ano de 2019 (BRASIL, 2019).

A CSC é um documento de grande importância para o acompanhamento da saúde integral, dado que proporciona assistência longitudinal da saúde da criança por todos os

profissionais e também pelos pais, que devidamente orientados acerca das informações nela registrada, podem realizar melhor o cuidado necessário à promoção e prevenção da saúde infantil (BRASIL, 2012). Quando os profissionais não orientam os pais sobre os cuidados e a importância da CSC, estes, por não terem conhecimento das singularidades do crescimento e desenvolvimento, mesmo que de forma pontual, não tem autonomia de exercer o cuidado e acompanhamento dos filhos, podendo ter repercussões negativas no desenvolvimento da criança (GAÍVA; SILVA, 2014).

Destarte, a CSC se apresenta como documento ideal tendo em vista que se configura como um instrumento de triagem para detecção precoce de riscos e agravos ao desenvolvimento infantil, além de ser um potente instrumento de acompanhamento da saúde da criança, tanto para os profissionais de saúde como para os pais (AMORIM et al, 2018a).

Entretanto, estudos nacionais revelam que o uso e preenchimento da caderneta estão insatisfatórios, especialmente nos itens da gravidez, parto e puerpério, nascimento, desenvolvimento neuropsicomotor, gráficos do crescimento e saúde bucal (ABUD; GAÍVA, 2015; REICHERT et al., 2016; AMORIM et al, 2018a; AMORIM et al, 2018b).

Estudo que avaliou a consulta de puericultura realizada por enfermeiros identificou maior frequência da avaliação do crescimento com uso das curvas, enquanto a avaliação do desenvolvimento acontece com menos regularidade sendo operacionalizada por meio da CSC, pela escala de Denver II ou perguntando às mães sobre a presença de algumas habilidades (GAÍVA et al., 2018). Todavia, outro estudo constatou que os enfermeiros não avaliaram o desenvolvimento em 52% das consultas, seja por falta de conhecimento ou de preparo para implementar a avaliação da criança em sua completude (REICHERT et al., 2012).

A utilização da caderneta para a implementação da vigilância do desenvolvimento possibilita a identificação de agravos à saúde, acompanhamento por outros profissionais de saúde e continuidade do cuidado (SILVA; GAÍVA, 2015). Entretanto, quando algum profissional de outros pontos da rede de atenção à saúde deixa de preencher os dados que lhe competem, a exemplo dos registros da gravidez, parto, puerpério e nascimento, ou também, dados acerca de internações, quando a criança é hospitalizada, há uma falha na assistência, de forma que os profissionais que estão na ESF e que, teoricamente, acompanham com mais frequência as crianças, diante de tais lacunas, podem encontrar desafios para prestar um cuidado integral.

Para que essa situação seja contornada, o significado e importância da CSC deve ser apreendido pelos profissionais, mães e famílias das crianças, para que esse instrumento possa contribuir para a melhoria na atenção à saúde infantil. Entretanto, a literatura aponta

dificuldades apresentadas pelos profissionais para a implementação da caderneta, a exemplo da falta de conhecimento do instrumento, indisponibilidade desta nos serviços de saúde, fragmentação e ausência de complementaridade das ações, demanda assistencial e de gestão da ESF e, por fim, a não utilização da caderneta por outras instituições de saúde, como maternidades, hospitais e clínicas particulares (ANDRADE; REZENDE; MADEIRA, 2014; LIMA et al., 2016).

Outro estudo ainda identificou a carência de trabalhadores nas unidades, fragilidades na comunicação com outros profissionais e desvalorização da caderneta pelas mães como dificuldades para a utilização da CSC (SILVA; GAÍVA, 2016).

Na Indonésia, diante das lacunas de cuidados observadas na assistência às mães, recém-nascidos e crianças, foi elaborado o Manual de Saúde Materno-Infantil que é entregue às gestantes na primeira consulta de pré-natal e que deve ser utilizado também para seus filhos durante os cuidados ao longo da vida. Para os profissionais de saúde, significa registrar, documentar e monitorar os serviços prestados, além de auxiliar no diálogo com família. Com isso, estudo que implementou esse manual nas áreas rurais de Java, identificou que os familiares liam esse instrumento, bem como o levavam para as consultas, e assim, os profissionais passaram a registrar todos esses atendimentos de saúde, conseqüentemente, houve aumento do conhecimento por parte dos familiares acerca dos sinais de perigo e de doença infantil (OSAKI et al., 2018), confirmando que o uso de instrumentos que visem o acompanhamento infantil tem resultados positivos quando implementados de forma correta.

Uma revisão sistemática que avaliou a eficácia de instrumentos para registros de saúde materna, neonatal e infantil identificou que esses podem ter impacto nas taxas de imunização, crescimento e desenvolvimento (MAGWOOD et al., 2019). Além disso, estudo na Mongólia inferiu que o uso contínuo dessa ferramenta reduziu o atraso no desenvolvimento cognitivo de crianças, configurando-se como efeito protetor ao desenvolvimento infantil (DAGVADORJ et al., 2017).

A utilização da caderneta, apesar de ser benéfica para o acompanhamento da vigilância do desenvolvimento como comprovado em estudos internacionais e diretrizes nacionais, tem sua aplicação inconsistente no Brasil, sendo em grande parte subutilizada ou utilizada de forma inadequada, rompendo com o potencial de promoção da saúde infantil e longitudinalidade do cuidado.

Tendo isso em vista, é necessário que haja uma mudança na prática dos profissionais que prestam assistência às crianças para que as potencialidades da vigilância sejam efetivadas

e as fragilidades dirimidas através da qualificação, sensibilização e mudanças no processo de trabalho para possibilitar uma assistência integral e de qualidade.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal. O estudo descritivo permite ao pesquisador coletar dados relatados pelo sujeito bem como em documentos individuais, a exemplo da caderneta de saúde da criança, possibilitando ainda o registro de dados retrospectivos ao momento da entrevista (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2011).

4.2 Cenário do Estudo

O estudo foi realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF) de João Pessoa – PB. O município é a capital do estado da Paraíba e apresenta população estimada de 809.015 habitantes, distribuída em seus 211,286 km², o que lhe confere uma densidade demográfica de 3.421,28 hab/km², desses, 60.776 habitantes (8,4%) são residentes na faixa etária entre zero e cinco anos (IBGE, 2019).

A rede de atenção básica do município tem uma cobertura de 98% de ESF e encontra-se descentralizada em cinco Distritos Sanitários (DS) onde estão implantadas 200 EqSF distribuídas em unidades integradas, que contemplam de duas a quatro equipes no mesmo espaço físico e organizacional, e isoladas, com apenas uma equipe atuante. A rede básica contém ainda 34 equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), sete equipes do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), quatro equipes do Consultório na Rua, três Academias de Saúde, três Centros de Práticas Integrativas e Complementares (CPICS) e um Centro Municipal de Imunização (JOÃO PESSOA, 2018).

Segundo dados da Secretaria de Saúde, em novembro de 2018, João Pessoa possuía 170.444 famílias cadastradas nas USF e 252.417 crianças menores de cinco anos (JOÃO PESSOA, 2018).

4.3 População e Amostra

A população do estudo foi composta por mães e/ou cuidador legal de crianças menores de três anos de idade atendidas nas USF dos cinco distritos sanitários do município. Dessa forma, considerou-se o quantitativo de nascidos vivos dos anos de 2016, 2017 e 2018 (14.850

crianças) para a realização do cálculo amostral, que foi por amostragem estratificada, segundo o método de alocação ótima, considerando o custo de seleção fixo para todos os elementos da população-alvo conforme descrito por Cochran (1977) e Valliant et al. (2013).

Dessa forma, foi necessário considerar a seguinte notação:

- $N \rightarrow$ Número total de crianças de 0 a 3 anos por distrito no ano de 2018. Este total foi calculado levando em conta o número de nascidos vivos em 2016, 2017 e 2018 (14.850 crianças), pois contemplam o quantitativo total de crianças com faixa etária de 0 a 3 anos;
- $H \rightarrow$ Número de distritos sanitários. Neste caso, $H = 5$;
- $Nh \rightarrow$ Número de nascidos vivos do distrito h ;
- $Wh = Nh/N \rightarrow$ Percentual de nascidos vivos do distrito h ;
- $nh \rightarrow$ Número de crianças de 0 a 3 anos selecionadas para compor a amostra no distrito h ;
- $\sigma h \rightarrow$ Desvio padrão do número de nascidos vivos em 2018 do distrito h ;
- $d \rightarrow$ Margem de erro considerada na estimação de médias. Para esta pesquisa foi definida uma margem de erro igual a 1 (mesma unidade de medida da média a ser calculada), para mais ou para menos;
- $z \rightarrow$ Valor tabelado da distribuição normal considerando o nível de confiança. Neste trabalho foi decidido utilizar um nível de confiança de 95%, logo $z = 1,96$.

Sendo assim, o tamanho da amostra foi calculado da seguinte forma:

$$n = \frac{A}{B}$$

Em que:

$$A = \left[\sum_{h=1}^H \left(\frac{N_h}{N} \right) \sigma_h \right]^2 \quad B = \frac{d^2}{z^2} + \frac{1}{N} \sum_{h=1}^H \left(\frac{N_h}{N} \right) \sigma_h^2$$

Ainda, considerando um percentual previsto de perdas na pesquisa denotado por δ (em que $0 < \delta < 1$), o tamanho final da amostra foi dado por $n^F = (1 + \delta) \times n$. Dessa forma, o tamanho total da amostra foi de $n = 354$ crianças de zero a três anos. Considerando ainda o acréscimo de 20% de eventuais perdas já esperadas na coleta da informação da amostra, a amostra final foi de **$n^F = 424$** crianças.

Uma vez que o tamanho final da amostra foi calculado para toda a população, o tamanho da amostra para cada distrito, baseando-se na alocação ótima foi dado pela seguinte expressão:

$$n_h = n_F \times \frac{N_h \sigma_h}{\sum_{h=1}^H N_h \sigma_h}$$

Abaixo, a Tabela 1 apresenta o tamanho da amostra alocado em cada Distrito Sanitário.

Tabela 1 - Distribuição da amostra por Distrito Sanitário do município de João Pessoa – PB, 2019.

Distrito Sanitário	Tamanho de amostra baseado na alocação ótima (n_h)
I	145
II	66
III	121
IV	46
V	46
TOTAL	424

Para a alocação do quantitativo amostral de cada DS foram selecionadas as cinco USF com um maior número de crianças cadastradas, havendo uma divisão proporcional. Ressalta-se que por USF consideramos o espaço físico, podendo conter de uma a quatro EqSF atuando concomitantemente.

A seleção dos participantes ocorreu por , sendo convidada a última mãe e/ou cuidador legal da criança presente na referida fila, seguindo as recomendações éticas de apresentação do estudo ao participante e, após coletar os dados ou em caso de recusa em participar do estudo, o imediatamente posterior foi convidado, e assim sucessivamente, até completar a cota amostral estabelecida para cada unidade.

Para atingir o quantitativo da amostra, foi necessário realizar a coleta de dados por meio de visita domiciliar junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma vez que em algumas USF a frequência de crianças ao serviço era abaixo do esperado. Nesses casos, o gerente da unidade de saúde solicitava ao enfermeiro da EqSF para intermediar a conversa com o ACS, indicando o profissional que teria disponibilidade em ir nos domicílios com a pesquisadora principal. O ACS, sabendo dos objetivos do trabalho e critérios de inclusão, apontou as famílias que seriam convidadas a participar do estudo.

Para seleção da amostra foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: mães e/ou cuidadores de crianças menores de três anos de idade cadastradas na USF, maiores de 18

anos e que portavam a Caderneta de Saúde da Criança no momento da coleta de dados. Foram excluídos aqueles que apresentavam limitações de entendimento do questionário, de expressão e de compreensão.

4.4 Instrumento de coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu por meio da análise da CSC de menores de três anos de idade e perguntas à mãe e/ou cuidador através de um questionário (APÊNDICE B) contendo *checklist* dividido em seis seções: a) identificação do questionário, iniciais da mãe/cuidador e da criança; b) informações de identificação; gravidez, parto e puerpério e do recém-nascido; c) vigilância do desenvolvimento; d) vigilância do crescimento; e) outros registros, a saber: cronograma de erupção dentária, odontograma, suplementação de vitamina A, vacinação, alimentação da criança, intercorrência clínica, outras anotações; e f) perguntas à mãe e/ou cuidador.

A elaboração do instrumento para a avaliação dos registros na caderneta teve como referência as orientações contidas na Caderneta de Saúde da Criança e em manuais do Ministério da Saúde, a exemplo do Manual para utilização da caderneta de saúde da criança e o Caderno de Atenção Básica - Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2005; BRASIL, 2012; BRASIL, 2019).

A **primeira seção** do *checklist* continha informações de *identificação do questionário* (número, data da avaliação, distrito sanitário e nome da unidade de saúde), *dados do responsável* (idade, situação conjugal, quantidade de filhos vivos, local de trabalho, se frequentou a escola, anos de estudo, quantidade de pessoas que moram na residência, quantidade de crianças menores de cinco anos que moram na residência e renda familiar) e *dados da criança* (idade e sexo). A **segunda seção** contemplava o preenchimento dos dados de *identificação na caderneta* (nome completo, data de nascimento, nome dos pais, endereço, raça/cor/etnia, número do prontuário, da Declaração de Nascido Vivo e do Cartão do SUS), da *gravidez, parto e puerpério* (trimestre de início do pré-natal, número de consultas do pré-natal, tipo de gestação, sorologias realizadas no pré-natal, imunização, suplementação de ferro, local de parto, tipo de parto, sorologias realizadas na maternidade e registro de intercorrências clínicas) e do *recém-nascido* (hora e data de nascimento, nome da maternidade, peso ao nascer, comprimento ao nascer, perímetro cefálico ao nascer, sexo, Apgar no 1º e 5º minutos, idade gestacional, tipagem sanguínea do recém-nascido - RN, profissional que assistiu ao RN, aleitamento na primeira hora de vida, manobra de Ortolani,

teste do reflexo vermelho, teste do pezinho, triagem auditiva, 5º dia de saúde integral e tipo de alimentação na alta da maternidade).

Na **terceira seção** encontravam-se os dados da *vigilância do desenvolvimento*, a saber se havia algum preenchimento do instrumento de desenvolvimento contido na caderneta, se o preenchimento estava de acordo com a escala do Ministério da Saúde (P = presente, A = ausente e NV = não verificado), se os marcos para a idade da criança estavam assinalados, quais marcos do desenvolvimento estavam assinalados na caderneta por faixa etária, e se havia algum registro relacionado à conduta e/ou observação do profissional referente ao desenvolvimento. A **quarta seção** foi destinada à *vigilância do crescimento*, sendo subdividida em cinco subseções: *medidas antropométricas anotadas na folha de registro* (idade, peso, comprimento, perímetro cefálico e índice de massa corporal), *gráfico do perímetro cefálico*, *gráfico do peso* e *gráfico do comprimento* (ambos direcionados para se as medidas estavam registradas como sugere o MS, se as medidas ao nascer estavam registradas e quantas vezes houve esse registro no gráfico), *gráfico do IMC* (se houve algum registro dessa medida no gráfico).

A **quinta seção** continha os registros relacionados à *saúde bucal* (cronograma de erupção e odontograma), *suplementação de vitamina A*, *vacinação* (registro individual de cada vacina, se o calendário estava atualizado para a idade da criança e se havia aprazamento das vacinas), *registros de alimentação da criança*, *intercorrência clínica e outra anotação* na caderneta. O preenchimento da suplementação de ferro não foi considerado neste estudo devido a mudança no protocolo, alterando a suplementação semestral para doses diárias de ferro elementar (BRASIL, 2015b). A **última seção** com perguntas referentes às ações dos profissionais de saúde quanto à vigilância do desenvolvimento infantil e uso da CSC.

4.5. Procedimento de coleta dos dados

Os dados foram coletados no período de maio a novembro de 2019, por meio de aplicação de um questionário por cinco entrevistadoras que passaram por um treinamento prévio com a pesquisadora principal, a coordenadora do projeto e uma discente do Doutorado para homogeneidade na técnica.

Previamente ao início da coleta, todos os Distritos Sanitários foram contatados pessoalmente pela pesquisadora principal para a autorização e encaminhamento às USF. Após essa etapa, cada entrevistador dirigiu-se à unidade de saúde para apresentação da pesquisa e do encaminhamento do diretor técnico do distrito à gerente da unidade. Após consentimento, foi realizado contato com cada unidade a fim de saber se havia um dia específico agendado

para puericultura, ou se a consulta ocorria por demanda espontânea, bem como o fluxo da sala de vacina, a fim de identificar os dias em que haveria maior chance de captar as mães e/ou cuidadores. Dessa forma, as coletadoras priorizaram os dias estabelecidos com agendamento para coletar os dados, no entanto, quando os atendimentos eram por demanda espontânea ou quando não havia a frequência esperada nos dias agendados, esta retornavam mais vezes às unidades para alcançar o quantitativo estabelecido para cada USF.

Entretanto, houve algumas unidades em que a frequência de crianças era aquém do esperado, tanto para as consultas de acompanhamento quanto para a sala de vacina, situação essa justificada pelos enfermeiros que algumas mães e /ou cuidadores só levam as crianças para a puericultura em caso de doença. Diante disso, com ajuda de alguns ACS, foi possível realizar a coleta de dados em alguns domicílios, a fim de não ter perda amostral.

Antes de iniciar a coleta, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) para cada mãe/cuidador e explicado os objetivos da pesquisa, de forma que o consentimento fosse dado com o conhecimento de todas as informações contidas no termo.

Os dados foram coletados por meio de preenchimento de um questionário do tipo *checklist*, que continha perguntas para a identificação e caracterização dos participantes e quesitos nos quais se assinalava **Sim**, quando havia o preenchimento do dado na caderneta, **Não**, quando não havia o registro e **Não se aplica**, quando o dado não estava presente na caderneta, devido à idade da criança. Havia ainda informações complementares nos casos em que foi verificada alguma anotação a mais na caderneta. O instrumento continha também perguntas direcionadas à mãe/cuidador sobre aspectos da consulta de acompanhamento da criança e opinião dos mesmos, sendo marcado **Sim**, quando o item era presente, **Não**, quando ausente, e **Não se lembra**, quando a mãe e/ou cuidador não recordava de determinado questionamento.

Antes de iniciar a coleta de dados propriamente dita, o questionário passou por uma fase de teste através do estudo piloto, no qual foram aplicados 10 instrumentos em cinco USF (uma USF em cada DS). Após o teste piloto, o instrumento foi calibrado para atender aos objetivos da pesquisa e só então a coleta dos dados teve início.

Após ajuste do instrumento, os dados foram coletados nos cinco DS, porém, em um Distrito Sanitário de cada vez, acontecendo em blocos, ou seja, as coletas em um novo distrito só eram iniciadas quando o anterior estava concluído. Dessa forma, houve maior controle do andamento do processo de coleta dos dados e, ao final, foram preenchidos 424 instrumentos nos cinco DS do município.

Vale ressaltar que as entrevistadoras não possuíam qualquer vínculo com os profissionais ou os participantes do estudo, de forma que houve imparcialidade no momento da coleta e os dados não foram compartilhados com qualquer profissional das unidades de saúde.

4.6 Procedimento de Análise

Os dados foram digitados em dupla entrada, a fim de identificar inconsistências, que foram corrigidas após consulta aos instrumentos originais. Posteriormente, foram analisados nos *softwares* estatísticos R e PSPP a partir de estatística descritiva, calculando a frequência absoluta (n) e a relativa (percentual) simples e cruzada das variáveis, distribuição dos quartis e percentis. Para a análise inferencial, foram utilizados os testes Qui-Quadrado, exato de Fisher e o modelo de regressão de Poisson com variância robusta, de acordo com os objetivos do estudo. Os dados foram apresentados por meio de representações gráficas e tabelas confeccionadas através do programa Microsoft Office Excel.

Para a organização quantitativa das variáveis, foi atribuído o **valor 1** para os itens preenchidos/preenchidos corretamente, e o **valor 0** para aqueles não preenchidos.

Os itens referentes à *mulher* (trimestre de início do pré-natal, número de consultas do pré-natal, tipo de gestação, sorologias realizadas no pré-natal, imunização, suplementação de ferro, local de parto, tipo de parto, sorologias realizadas na maternidade e registro de intercorrências clínicas) foram somados e constituíram um escore que variou de zero a 10. Em relação à *criança* (hora e data de nascimento, nome da maternidade, peso ao nascer, comprimento ao nascer, perímetro cefálico ao nascer, sexo, Apgar no 1º e 5º minutos, idade gestacional, tipagem sanguínea do recém-nascido - RN, profissional que assistiu ao RN, aleitamento na primeira hora de vida, manobra de Ortolani, teste do reflexo vermelho, teste do pezinho, triagem auditiva, 5º dia de saúde integral, tipo de alimentação na alta da maternidade e registro do peso, estatura e perímetro cefálico ao nascer nos gráficos) o escore variou de zero a 21.

Posteriormente, os escores foram avaliados em insatisfatório, pouco satisfatório e satisfatório com referência nos percentis 25 e 75 calculados de acordo com cada escore. Dessa forma, considerou-se insatisfatório quando a variável apresentou, no escore, percentil menor que o 25; pouco satisfatório para os valores obtidos entre os percentis 25 e 75; e satisfatório quando escore maior que o percentil 75.

Nos quesitos referentes aos marcos do desenvolvimento, cada faixa etária foi transformada em um escore, que variou de zero a quatro, sendo **valor 0** quando não havia

preenchimento, **valor 1** quando havia registro e **valor 2** quando àquele marco não se aplicava à criança devido idade, não sendo este contabilizado no escore. Posteriormente, a soma dos escores resultou no Índice Geral (IG) dos marcos do desenvolvimento. Considerando que se espera ao menos o registro de um marco por faixa etária. Atribuiu-se satisfatório para menores de 6 meses que apresentavam quatro marcos assinalados, de sete a 11 meses com cinco marcos, de 12 a 23 meses com oito marcos e de 24 a 36 meses com 11 marcos. O preenchimento dos marcos foi dado como insatisfatório quando não atingiu esses critérios.

Da mesma forma, os dados da vigilância do crescimento foram transformados individualmente em escores, sendo: preenchimento da folha de registros (0 a 5); nos gráficos de PC, de peso, de comprimento (0 a 3 cada um) e de IMC (0 a 1) e somados para gerar o IG do crescimento que variou de zero a 15. Para a quantidade de vezes que as medidas PC, peso e comprimento foram marcadas nos gráficos, considerou-se o calendário mínimo de consultas estabelecido pelo MS, a saber: sete consultas no primeiro ano (15 dias, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses e 12 meses), duas no segundo ano (18 meses e 24 meses), anual, a partir do terceiro ano (36 meses) (BRASIL, 2012). Nesse sentido, as medidas nos gráficos receberam valor 1, individualmente, quando havia, pelo menos cinco registros em menores de seis meses, seis registros de sete a 11 meses, oito registros de 12 a 23 meses e 10 registros de 24 a 36 meses. Quando esses critérios não foram observados, considerou-se valor 0.

Após a constituição do IG do crescimento, que variou de zero a 15, foi realizada a distribuição dos quartis para determinar o ponto de corte dos itens, a fim de classificar em uma variável binária, sendo considerado **satisfatório** quando houve o preenchimento de oito itens ou mais e **insatisfatório** quando menos de oito itens.

Para os dados referentes à vacinação, no quesito registro da vacina, foi considerado preenchido na presença de ao menos uma dose, recebendo o **valor 1** e, quando não verificado, **valor 0**. Quando a criança ainda não tinha idade para receber uma determinada vacina, foi considerada a opção **Não se aplica**. Em se tratando da atualização do calendário vacinal, considerou-se **Sim** quando todas as vacinas estavam registradas na caderneta de acordo com a idade da criança. Dessa forma, o **Não** foi aplicado a partir da identificação de qualquer atraso. Para auxiliar na coleta desse dado, as coletadoras portaram uma cópia do esquema básico de vacinação vigente na época da coleta de dados.

4.7 Considerações éticas

Este estudo pertence ao projeto universal “Vigilância do desenvolvimento e a caderneta de saúde da criança: caminhos para a promoção da saúde infantil” número

407850/2018-0. Atendendo à Resolução CNS Nº 466/12 do Ministério da Saúde que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o parecer número 3.156.449 e registrada pelo CAAE: 97362718.1.0000.5188 (ANEXO A). Para os sujeitos participantes da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), com posterior solicitação da assinatura, o qual contém o objetivo da pesquisa e sua forma de realização, para que possam acenar com sua anuência, caso queiram participar desta investigação, bem como desistir de sua participação a qualquer momento da pesquisa, garantindo-lhes o anonimato e sigilo de informações.

Não houve fornecimento de benefícios, bem como risco de discriminação ao participar da pesquisa. As mães/cuidadoras puderam se recusar a participar ou a responder qualquer pergunta. Para assegurar a confidencialidade das informações e proteger suas identidades, nenhum participante da pesquisa foi identificado. Todos os documentos foram guardados em lugar seguro e confidencial de acesso somente à pesquisadora principal.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Preenchimento das ações de vigilância do desenvolvimento na caderneta da criança: um estudo seccional

ARTIGO ORIGINAL 1

PREENCHIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO NA CADERNETA DA CRIANÇA: UM ESTUDO SECCIONAL*

Vigilância do desenvolvimento na caderneta da criança

RESUMO

Objetivo: Analisar o preenchimento das ações de vigilância do desenvolvimento na caderneta de saúde de crianças menores de três anos, cadastradas na Estratégia Saúde da Família. **Método:** Estudo seccional e analítico, realizado de maio a novembro de 2019 em Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa – PB, com 424 mães/cuidadores de crianças

* Manuscrito submetido à revista Cadernos de Saúde Pública

menores de três anos. Os dados foram coletados por meio de questionário do tipo checklist e analisados com estatística descritiva e regressão de Poisson com variância robusta.

Resultados: O registro do crescimento, embora falho, apresentou melhores índices de preenchimento que do desenvolvimento neuropsicomotor. Nos registros do crescimento, a idade (67,7%) e o peso (70,3%) tiveram maior percentual, enquanto o índice de massa corporal destacou-se pela maior ausência de preenchimento (76,7%). Na análise de regressão bivariada, o desfecho índice de crescimento satisfatório foi associado as variáveis: idade da mãe/cuidador ($p = 0,005$), número de filhos ($p = 0,002$), anos de estudo ($p = 0,046$), renda ($p = 0,036$) e idade da criança ($p = 0,048$). No desfecho índice de desenvolvimento satisfatório, houve associação com o número de filhos vivos ($p = 0,002$) e sexo da criança ($p = 0,007$).

Conclusão: O preenchimento do crescimento e desenvolvimento infantil foi insatisfatório devido aos baixos índices de registros, revelando a necessidade de capacitações com os profissionais de saúde para o registro correto na caderneta da criança.

Descritores: Saúde da criança. Desenvolvimento infantil. Crescimento. Vigilância. Registros de saúde pessoal.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil é um processo que começa desde a concepção e envolve aspectos como o crescimento físico, maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança ¹. É cumulativo na primeira infância, apresentando uma janela de oportunidades em que ações e intervenções como nutrição adequada, estimulação, apego, ambiente acolhedor e propício devem ser priorizadas ² por meio de um acompanhamento adequado para a redução de agravos à saúde e aumento das chances de pleno desenvolvimento, com alcance das potencialidades de cada indivíduo ³⁻⁵.

As ações de acompanhamento e monitoramento da criança, a exemplo da Vigilância do Desenvolvimento Infantil (VDI), devem ser iniciadas desde o nascimento, visto que os primeiros anos de vida representam um período ideal para intervenções que previnem alterações no desenvolvimento infantil ⁴.

Para que a vigilância do desenvolvimento aconteça de acordo com o preconizado nas políticas e diretrizes voltadas à saúde da criança, é necessário que os profissionais que realizam esse acompanhamento façam uso das tecnologias e instrumentos disponibilizados para guiar suas ações e contribuir para uma assistência completa, a exemplo da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) ⁶.

A caderneta de saúde da criança, inicialmente instituída como Cartão da Criança (CC), foi elaborada para auxiliar o acompanhamento de crianças durante os primeiros anos de vida. Constitui-se em duas partes: a primeira, para uso do cuidador, com informações relevantes para o cuidado à criança e promoção do crescimento e desenvolvimento saudável, e a segunda, para uso dos profissionais de saúde, contendo itens relacionados ao nascimento, desenvolvimento, crescimento, saúde bucal, imunização, suplementação e outros, que devem ser preenchidos pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e de outros serviços ⁶.

A CSC é preconizada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) como um dos elementos estratégicos para a promoção da atenção integral à saúde da criança, com finalidade de nortear a VDI ³, sendo ainda uma ferramenta para o diálogo entre os profissionais e a família, e instrumento de triagem e detecção precoce de riscos e agravos ao desenvolvimento infantil ⁷.

Todavia, apesar dos seus benefícios, pesquisas revelam que seu uso e preenchimento estão insatisfatórios. Estudo que analisou o preenchimento das cadernetas de menores de um ano identificou incompletude ou ausência de dados do desenvolvimento e do gráfico do crescimento em 95,4% e 79,6%, respectivamente ⁸. Igualmente, constatou-se falhas nos registros dos marcos do desenvolvimento infantil, perímetro cefálico, gráfico peso/idade, gráfico comprimento/idade e Índice de Massa Corporal (IMC) no gráfico ⁹.

Outrossim, estudo realizado em Belo Horizonte que avaliou o preenchimento de 367 cadernetas de crianças de três a cinco anos identificou que apenas 44,5% dessas estavam com preenchimento satisfatório ⁷, revelando fragilidade no acompanhamento da criança na caderneta, e, conseqüentemente, na assistência.

Vale destacar que, quando a CSC não é utilizada de forma adequada, perde-se oportunidades de implementar ações de prevenção e medidas de intervenção, principalmente em crianças com risco de morbimortalidade ¹⁰.

Assim, considerando que a vigilância do desenvolvimento infantil com a utilização da CSC é uma importante ferramenta para as ações de vigilância e comunicação da criança/família com os profissionais, e que possui grande potencial para reduzir a morbimortalidade na infância, propiciar um cuidado qualificado e integral, surgiu o interesse de realizar um estudo com teve por objetivo analisar o preenchimento das ações da vigilância do desenvolvimento na caderneta de saúde de crianças de menores de três anos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF).

MÉTODO

Trata-se de um estudo seccional e analítico, realizado em Unidades de Saúde da Família (USF) do município de João Pessoa - PB. A rede de atenção básica do município tem uma cobertura de 98% de ESF e encontra-se descentralizada em cinco Distritos Sanitários (DS), onde estão implantadas 200 Equipes de Saúde da Família (EqSF) ¹¹.

A população do estudo foi composta por mães e/ou cuidadores legais de crianças menores de três anos de idade atendidas nas USF dos cinco DS do município. Considerou-se o quantitativo de nascidos vivos nos anos de 2016 a 2018 (14.850 crianças) para o cálculo amostral estratificado, considerando alocação ótima entre os DS. O quantitativo amostral de cada DS foi distribuído proporcionalmente nas cinco USF com maior número de crianças cadastradas.

O tamanho da amostra foi realizado admitindo um nível de confiança de 95%, com um acréscimo de 20% como prevenção para eventuais perdas na fase de coleta, resultando em 424 crianças com faixa etária entre zero e três anos, conforme os seguintes critérios de inclusão: mães e/ou cuidadores de crianças menores de três anos de idade cadastradas na USF, maiores de 18 anos e que portavam a CSC no momento da coleta de dados.

A seleção dos participantes em cada distrito foi por amostragem sistemática na fila de espera para consulta médica, de enfermagem e para vacina. Ainda foi necessário realizar visita domiciliar para atingir o quantitativo amostral, visto que várias crianças só frequentam a USF em caso de adoecimento.

A coleta dos dados ocorreu de maio a novembro de 2019 por meio da análise da caderneta das crianças e perguntas à mãe e/ou cuidador, norteadas por questionário do tipo *checklist*. Para as informações relativas ao preenchimento na caderneta, quando havia registro do dado considerou-se **sim** (valor 1), **não** para ausência de registro (valor 0), e **não se aplica**, quando o dado não estava presente devido a idade da criança (valor 2), este, sendo excluído do somatório.

Para análise dos itens referentes às curvas de acompanhamento do crescimento, foram observadas três informações: se o registro estava segundo o Ministério da Saúde (MS), ou seja, pontos ligados por uma linha; se a medida ao nascer estava assinalada; e se as curvas estavam atualizadas conforme a idade da criança. Para este último item, considerou-se a quantidade de vezes que as medidas perímetro cefálico (PC), peso e comprimento foram marcadas nas curvas, observando o calendário mínimo de consultas estabelecido pelo MS ¹². As medidas nas curvas receberam valor 1 quando havia pelo menos 5 registros em menores de 6 meses, 6 registros de 7 a 11 meses, 8 registros de 12 a 23 meses e 10 registros de 24 a 36 meses. Quando esse quantitativo não foi observado, considerou-se valor 0.

Esses dados foram transformados individualmente em escores, sendo: folha de registros (0 a 5); curvas de PC, peso, comprimento (0 a 3 cada um) e de IMC (0 a 1), os quais foram somados para constituir o Índice Geral (IG) do crescimento que variou de 0 a 15.

Após a criação do IG do crescimento, foi estabelecido um ponto de corte que se baseou na distribuição estatística dos quartis, a fim de classificar cada caderneta, através de uma variável binária, sendo considerado satisfatório (1) quando houve o preenchimento de 8 itens ou mais, e insatisfatório (0), quando menos de 8 itens.

Para a análise dos itens relacionados ao desenvolvimento neuropsicomotor registrados na caderneta, foi considerado se o preenchimento estava de acordo com recomendação do Ministério da Saúde (P = presente, A = ausente e NV = não verificado); se os marcos do desenvolvimento para a idade da criança estavam assinalados (habilidades para avaliar o desenvolvimento infantil, sendo quatro por faixa etária); e se havia algum registro relacionado à conduta e/ou observação do profissional referente ao desenvolvimento.

Nos quesitos referentes aos marcos do desenvolvimento, cada faixa etária foi transformada em um escore, que variou de 0 a 4, sendo valor 0 quando não havia preenchimento, valor 1 quando havia registro e valor 2 quando àquele marco não se aplicava à criança devido a idade insuficiente para aquela habilidade, não sendo este contabilizado no escore. A soma dos escores resultou no IG dos marcos do desenvolvimento. Considerando que é esperado ao menos o registro de um marco por faixa etária, atribuiu-se como satisfatório para os menores de 6 meses, 4 marcos assinalados, de 7 a 11 meses, 5 marcos, de 12 a 23 meses, 8 marcos, e de 24 a 36 meses, 11 marcos.

O instrumento para análise dos registros teve como referência as orientações contidas na Caderneta de Saúde da Criança e em manuais do Ministério da Saúde, a exemplo do Manual para utilização da caderneta de saúde da criança e o Caderno de Atenção Básica - Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento^{6,12-13}. Houve treinamento da equipe de coletadores de dados e foi realizado teste piloto com aplicação de 10 instrumentos nos cinco DS, a fim de avaliar a aplicabilidade e fragilidades do mesmo.

Os dados foram digitados em dupla entrada e analisadas em software estatístico em três etapas: a) análise descritiva (frequência absoluta e relativa simples) das características das mães/cuidadores e crianças; b) análise uni-bivariada com cálculo da frequência absoluta e relativa cruzadas, razão de prevalência (RP), intervalo de confiança (IC) a 95%, teste Qui-quadrado e o exato de Fisher para verificar associação entre os índices do crescimento e desenvolvimento com as características das mães/cuidadores e das crianças, respectivamente; c) análise multivariada obtendo-se o modelo por meio da regressão de Poisson com variância

robusta, no qual a RP e o IC foram selecionados como medidas de associação estatística entre as variáveis.

Foram ajustados dois modelos de regressão de Poisson com variância robusta com as variáveis dependentes “índice do crescimento satisfatório” e “índice do desenvolvimento satisfatório”, permanecendo no modelo final as variáveis em que $p < 0,05$. As variáveis sociodemográficas e econômicas das mães/cuidadores, bem como as características das crianças foram consideradas como variáveis independentes para os dois modelos. Ambas as regressões foram ajustadas com base no método *enter* no qual todas as variáveis preditoras que obtiveram $p < 0,05$ na análise uni-bivariada foram adicionadas ao mesmo tempo.

Este estudo pertence ao projeto universal “Vigilância do desenvolvimento e a caderneta de saúde da criança: caminhos para a promoção da saúde infantil” número 407850/2018-0. Seguiu-se todos os preceitos da pesquisa com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o parecer número 3.156.449, bem como, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após explicação do mesmo.

RESULTADOS

Das 424 mães/cuidadores participantes da pesquisa (Tabela 1), a maioria (88,4%) tinham 20 ou mais anos de idade, eram casadas ou em união estável (78,5%), possuíam dois filhos ou mais (62,7%), não trabalhavam fora do lar (73,6%), frequentaram a escola por mais de oito anos (75,2%) e possuíam renda familiar menor que o salário mínimo (63,0%). Quanto às crianças, predominou a faixa etária de 0 a 11 meses (53,5%) e o sexo feminino (52,1%).

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas e econômicas de mães/cuidadores e características das crianças. João Pessoa, PB, Brasil, 2019.

Variáveis	n	%
Cuidadores	-	-
Idade	-	-
≥ 20 anos	375	88,4
< 20 anos	49	11,6
Situação Conjugal	-	-
Casados/União Estável	333	78,5
Solteiros	91	21,5
Número de filhos vivos	-	-
1	158	37,3
≥ 2	266	62,7
Local de trabalho	-	-
No lar	312	73,6
Fora do lar	112	26,4

Frequentou a escola	-	-
Sim	410	96,7
Não	14	3,3
Anos de estudo	-	-
≥ 8 anos	319	75,2
< 8 anos	105	24,8
Número de pessoas que moram na residência	-	-
≤ 3	126	29,7
≥ 4	298	70,3
Crianças menores de 5 anos que moram na residência	-	-
1 ou 2	404	95,3
≥ 3	20	4,7
Renda*	-	-
≥ 1 salário	157	37,0
< 1 salário	267	63,0
Criança	-	-
Idade da Criança	-	-
0 a 11 meses	227	53,5
12 a 36 meses	197	46,5
Sexo da criança	-	-
Feminino	221	52,1
Masculino	203	47,9

Referente ao crescimento infantil (Tabela 2), as medidas antropométricas relacionadas à idade (67,7%) e ao peso (70,3%) tiveram os maiores percentuais na folha de registro, enquanto o IMC estava ausente em 76,7% das cadernetas avaliadas. Quanto às curvas de acompanhamento do crescimento, a curva do peso estava registrada em 63,7% das cadernetas avaliadas, todavia, em se tratando do registro ao nascer e da atualização conforme a idade da criança, as três medidas (PC, peso e comprimento) tiveram baixo registro, sendo o PC com maior índice de ausência de preenchimento (91,3% e 90,3%, respectivamente). Os registros na curva do IMC também preocupam, uma vez que em 85,8% das cadernetas analisadas não foi observado nenhum preenchimento.

No tocante ao registro dos dados da vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor (Tabela 2), 73,3% das cadernetas não apresentavam preenchimento do instrumento de vigilância do desenvolvimento e em apenas 22,6% o registro estava coerente com o preconizado. Analisando os marcos para à idade da criança, 85,8% das cadernetas não estavam com esse dado preenchido. Ademais, 98,8% das CSC analisadas não havia nenhuma anotação de conduta e/ou observação referente ao desenvolvimento infantil.

Tabela 2 – Distribuição do registro dos dados do crescimento e da vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor na caderneta de saúde da criança. João Pessoa, PB, Brasil, 2019.

Variáveis	Sim		Não	
	n	%	n	%
Crescimento	-	-	-	-

Folha de registro	-	-	-	-
Idade	287	67,7	137	32,3
Peso	298	70,3	126	29,7
Comprimento/estatura	284	67,0	140	33,0
Perímetro cefálico	274	64,6	150	35,4
Índice de massa corporal (IMC)	99	23,3	325	76,7
Curvas do crescimento	-	-	-	-
Registro segundo MS	-	-	-	-
PC	238	56,1	182	42,9
Peso	270	63,7	139	32,8
Comprimento	257	60,6	155	36,6
Medida ao nascer	-	-	-	-
PC	37	8,7	387	91,3
Peso	56	13,2	368	86,8
Comprimento	46	10,8	378	89,2
Atualizado conforme idade	-	-	-	-
PC	41	9,7	383	90,3
Peso	59	13,9	365	86,1
Comprimento	55	13,0	369	87,0
IMC para a idade	60	14,2	364	85,8
Vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor	-	-	-	-
Preenchimento	113	26,7	311	73,3
Conformidade com escala do MS	96	22,6	328	77,4
Marcos relacionados à idade da criança	60	14,2	364	85,8
Anotação de conduta e/ou observação do desenvolvimento da criança	5	1,2	419	98,8

Na análise bivariada para o crescimento satisfatório (Tabela 3), houve associação estatisticamente significativa entre o desfecho e as variáveis idade da mãe/cuidador ($p = 0,002$), número de filhos vivos ($p = 0,003$), anos de estudo ($p = 0,004$), renda ($p = 0,004$) e idade da criança ($p = 0,039$). Por sua vez, a análise bivariada para o índice do desenvolvimento satisfatório (Tabela 4) apresentou associação com o número de filhos ($p = 0,002$) e o sexo da criança ($p = 0,008$).

Tabela 3 – Associação entre as variáveis sociodemográficas e econômicas de mães/cuidadores e características das crianças e a ocorrência do índice do crescimento satisfatório. João Pessoa, PB, Brasil, 2019.

Variáveis	Índice do crescimento satisfatório				RP	IC	Valor de p
	Sim n	%	Não n	%			
Idade	-	-	-	-	-	-	-
≥ 20 anos	135	36,0	240	64,0	0,39	0,19- 0,79	0,002
< 20 anos	7	14,3	42	85,7			
Situação Conjugal	-	-	-	-	-	-	-
Casados/União Estável	113	33,9	220	66,1	0,94	0,67 - 1,31	0,71
Solteiros	29	31,9	62	68,1			
Número de filhos vivos	-	-	-	-	-	-	-
1	67	42,4	91	57,6	0,66	0,51 – 0,86	0,003
≥ 2	75	28,2	191	71,8			
Local de trabalho	-	-	-	-	-	-	-

No lar	101	32,4	211	67,6	1,13	0,85 - 1,51	0,42
Fora do lar	41	36,6	71	63,4	-	-	-
Frequentou a escola	-	-	-	-	-	-	-
Sim	138	33,7	272	66,3	0,85	0,37 - 1,97	0,78*
Não	4	28,6	10	71,4	-	-	-
Anos de estudo	-	-	-	-	-	-	-
≥ 8 anos	119	37,3	200	62,7	0,59	0,40-0,87	0,004
< 8 anos	23	21,9	82	78,1	-	-	-
Número de pessoas que moram na residência	-	-	-	-	-	-	-
≤ 3	48	38,1	78	61,9	1,21	0,91-1,60	0,19
≥ 4	94	31,5	204	68,5	-	-	-
Crianças menores de 5 anos que moram na residência	-	-	-	-	-	-	-
1 ou 2	137	33,9	267	66,1	0,74	0,34-1,59	0,41
≥ 3	5	25,0	15	75,0	-	-	-
Renda*	-	-	-	-	-	-	-
≥ 1 salário	66	42,0	91	58,0	0,68	0,52-0,88	0,004
< 1 salário	76	28,5	191	71,5	-	-	-
Idade da Criança	-	-	-	-	-	-	-
0 a 11 meses	66	29,1	161	70,9	1,33	1,01-1,74	0,039
12 a 36 meses	76	38,6	121	61,4	-	-	-
Sexo da criança	-	-	-	-	-	-	-
Feminino	80	36,2	141	63,8	0,84	0,64-1,11	0,22
Masculino	62	30,5	141	69,5	-	-	-

*Teste exato de Fisher

Tabela 4 – Associação entre as variáveis sociodemográficas e econômicas de mães/cuidadores e características das crianças e a ocorrência do índice do desenvolvimento satisfatório. João Pessoa, PB, Brasil, 2019.

Índice do desenvolvimento satisfatório							
Variáveis	Sim		Não		RP	IC	Valor de p
	n	%	n	%			
Idade	78	20,8	297	79,2	0,98	0,55 – 1,77	0,949
≥ 20 anos	10	20,4	39	79,6	-	-	-
< 20 anos	-	-	-	-	-	-	-
Situação Conjugal	-	-	-	-	-	-	-
Casados/União Estável	69	20,7	264	79,3	1,01	0,64 – 1,58	0,974
Solteiros	19	20,9	72	79,1	-	-	-
Número de filhos vivos	-	-	-	-	-	-	-
1	45	28,5	113	71,5	0,57	0,39 – 0,82	0,002
≥ 2	43	16,2	223	83,8	-	-	-
Local de trabalho	-	-	-	-	-	-	-
No lar	67	21,5	245	78,5	0,87	0,56 – 1,36	0,542
Fora do lar	21	18,8	91	81,3	-	-	-
Frequentou a escola	-	-	-	-	-	-	-
Sim	85	20,7	325	79,3	1,03	0,37 – 2,87	1,000*
Não	3	21,4	11	78,6	-	-	-
Anos de estudo	-	-	-	-	-	-	-
≥ 8 anos	249	78,1	70	21,9	0,78	0,49 – 1,25	0,293
< 8 anos	18	17,1	87	82,9	-	-	-
Número de pessoas que moram na residência	-	-	-	-	-	-	-
≤ 3	55	18,5	243	81,5	1,42	0,97 – 2,07	0,073
≥ 4	33	26,2	93	73,8	-	-	-
Crianças menores de 5 anos que moram na residência	-	-	-	-	-	-	-
1 ou 2	83	20,5	321	79,5	1,22	0,56 – 2,66	0,632
≥ 3	5	25	15	75	-	-	-
Renda*	-	-	-	-	-	-	-
≥ 1 salário	36	22,9	121	77,1	0,85	0,58 – 1,24	0,397
< 1 salário	52	19,5	215	80,5	-	-	-
Idade da Criança	-	-	-	-	-	-	-
0 a 11 meses	53	23,3	174	76,7	0,76	0,52 – 1,12	0,158

12 a 36 meses	35	17,8	162	82,2	-	-	-
Sexo da criança	-	-	-	-	-	-	-
Feminino	57	25,8	164	74,2	0,59	0,40 – 0,90	0,008
Masculino	31	15,3	172	84,7			

*Teste exato de Fisher

Na análise de regressão (Tabela 5), o desfecho índice de crescimento satisfatório foi associado às variáveis: idade da mãe/cuidador ($p = 0,005$), número de filhos ($p = 0,002$), anos de estudo ($p = 0,046$), renda ($p = 0,036$) e idade da criança ($p = 0,048$). Em se tratando do modelo aplicado ao desfecho índice de desenvolvimento satisfatório, houve associação com o número de filhos vivos ($p = 0,002$) e sexo da criança ($p = 0,007$).

As mães/cuidadoras com idade igual ou maior a 20 anos tiveram prevalência do índice de crescimento satisfatório 2,6 vezes maior que àquelas com menos idade. Para aquelas com apenas um filho vivo, o índice satisfatório aumentou 1,5 vezes em relação às mães/cuidadores com mais de dois filhos vivos, achado semelhante à ocorrência de oito ou mais anos de estudo. A renda familiar maior ou igual a um salário mínimo ocasionou o aumento de 1,3 vezes a prevalência do índice do crescimento satisfatório. Inferiu-se, também, que crianças na faixa etária de 0 a 11 meses apresentaram prevalência 23,3% menor de ter o índice de crescimento satisfatório, quando comparadas com aquelas com idade entre 12 a 36 meses (Tabela 5).

Quanto ao registro dos dados do desenvolvimento neuropsicomotor, a prevalência do índice do desenvolvimento satisfatório entre mães/cuidadoras com apenas um filho vivo foi 1,8 vezes maior quando comparados com aqueles com dois ou mais filhos vivos e 1,7 vezes maior em crianças do sexo feminino, em relação àquelas do sexo masculino (Tabela 5).

Tabela 5 - Regressões de Poisson com variância robusta relacionadas aos índices de crescimento e do desenvolvimento satisfatórios. João Pessoa, PB, Brasil, 2019.

Variáveis	Índice do crescimento satisfatório		Valor de p
	RP	IC	
Idade	-	-	-
≥ 20 anos	2,622	1,330 - 5,169	0,005
< 20 anos	1	-	-
Número de filhos vivos	-	-	-
1	1,502	1,156 - 1,952	0,002
≥ 2	1	-	-
Anos de estudo	-	-	-
≥ 8 anos	1,486	1,007 - 2,190	0,046
< 8 anos	1	-	-
Renda*	-	-	-
≥ 1 salário	1,319	1,018 - 1,710	0,036
< 1 salário	1	-	-
Idade da Criança	-	-	-
0 a 11 meses	0,767	0,590 - 0,998	0,048
12 a 36 meses	1	-	-
Variáveis	Índice do desenvolvimento satisfatório		Valor de p
	RP	IC	
Número de filhos vivos	-	-	-
1	1,784	1,238 - 2,570	0,002

≥ 2	1	-	-
Sexo da criança	-	-	-
Feminino	1,712	1,161 - 2,524	0,007
Masculino	1	-	-

DISCUSSÃO

O crescimento é um processo que ocorre desde a concepção até a vida adulta e a melhor forma de acompanhá-lo é por meio das medidas antropométricas (perímetro cefálico, peso, estatura e IMC) e seus registros ¹⁴. Para tanto, a World Health Organization (WHO) instituiu as curvas do crescimento para operacionalizar o acompanhamento desse importante marcador nutricional ¹⁵.

Neste estudo, o registro dessas medidas antropométricas apresentou melhores índices de preenchimento que do desenvolvimento neuropsicomotor. Na folha de registros, tais medidas estavam presentes em mais de 60,0% das cadernetas, com exceção do IMC. Pesquisa avaliativa realizada em dois municípios da Paraíba constatou que o peso, estatura e PC foram medidos em mais de 80,0% das consultas, entretanto, o registro na caderneta foi de 68,1%, 56,3% e 59,6% respectivamente ¹⁶, semelhante aos achados do presente estudo. Outro estudo obteve percentuais baixos nas anotações do peso e comprimento nas cadernetas analisadas ¹⁷.

Foi observada falha no registro do perímetro cefálico, comprimento e do peso ao nascer, dados essenciais para a avaliação e promoção da saúde infantil. Provavelmente essas medidas foram avaliadas, por se tratar de uma conduta obrigatória nos cuidados ao recém-nascido, entretanto, não foram registradas, corroborando estudo de revisão que concluiu que, embora exista mensuração das medidas ao nascer, elas não são registradas nas curvas ¹⁴.

Em se tratando do registro nas curvas para acompanhamento do crescimento infantil, considerando o número de consultas preconizadas pelo MS, os dados do presente estudo revelam que cada medida obteve menos de 15,0% de preenchimento, diferindo de estudos que constataram melhores percentuais de registro na CSC ^{9,17}.

Quanto ao IMC, importante marcador para avaliar o estado nutricional da criança, também foi verificado falha no preenchimento. Esse achado é condizente com a realidade brasileira, uma vez que poucos estudos mencionam esse índice, sendo constatado em uma revisão sistemática da literatura que nenhuma publicação analisada tinha o IMC como parte do estudo ¹⁴, e quando esse índice é investigado, apresenta baixos valores de registro ^{5,18}.

Falhas no registro das medidas antropométricas para o acompanhamento do crescimento infantil, presentes na caderneta, além de fragilizar o cuidado à criança e a detecção precoce de alterações, também prejudicam o processo de diálogo entre profissionais e família, pois os registros subsidiam a explicação da situação de saúde infantil ¹⁹. Essa

assertiva é vista com preocupação, pois sugere que os profissionais de saúde não reconhecem o potencial do instrumento para identificação precoce de possíveis alterações na saúde infantil, o que pode ser evitado a partir de uma prática profissional adequada e sem perder oportunidade para a integralidade do cuidado à criança na APS ⁷.

A vigilância do desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida tem sua importância constatada na literatura nacional e internacional. Entretanto, pouco está sendo feito nesse período em que os fatores de risco, e também a plasticidade cerebral, são maiores. Isso contribui para lacunas nas intervenções precoces em caso de alterações e, portanto, no potencial para acelerar as melhorias no desenvolvimento infantil ²⁰.

Os resultados deste estudo apontam para a subutilização da caderneta no quesito desenvolvimento neuropsicomotor, uma vez que esse dado obteve baixos índices de registro e das habilidades esperadas de acordo com a idade da criança. Tal fato está em consonância com dois estudos nacionais ^{7,21}, demonstrando que o desenvolvimento infantil ainda é subestimado pelos profissionais que assistem à criança.

A utilização da CSC para a implementação da vigilância do desenvolvimento possibilita a identificação de agravos, acompanhamento por outros profissionais de saúde e continuidade do cuidado ²², dessa forma, não utilizar este instrumento prejudica a detecção de alterações e atrasa a estimulação precoce, ação de baixo custo e com potencial de reverter atrasos do desenvolvimento ²¹.

Destaca-se que nesta pesquisa foi considerado não apenas o registro, mas também a qualidade e quantidade do preenchimento, reiterando a importância de realizá-lo de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde que orienta, na própria caderneta, o uso de uma linguagem padrão para o preenchimento dos marcos do desenvolvimento, sendo “P” quando presente, “A” para ausente e “NV” não verificado ⁶. Neste estudo, apenas 22,6% das cadernetas estavam com o preenchimento correto, enquanto, nas demais, o registro estava a letra “X”, como sinal de um *checklist*, não deixando claro se o marco do desenvolvimento estava presente ou ausente, mas, apenas que foi verificado. Este achado sugere o desconhecimento dos profissionais acerca da forma correta do registro no instrumento da avaliação do desenvolvimento presente na CSC, sugerindo falta de capacitação e treinamento dos profissionais ²³.

A capacitação de profissionais para o uso da caderneta é necessária, pois, países como Reino Unido, Canadá, Japão, Vietnã, Indonésia, Austrália e outros, construíram seu próprio manual de saúde materno-infantil de acordo com as necessidades locais e o implementou, fazendo treinamentos e constataram melhorias que o instrumento possibilitou na assistência à

saúde desse grupo ²⁴. A utilização de instrumentos para registros de saúde materna, neonatal e infantil influenciam nas taxas de imunização, crescimento e desenvolvimento ²⁵. Além disso, estudo na Mongólia inferiu que o uso contínuo dessa ferramenta reduz o atraso no desenvolvimento cognitivo de crianças, configurando-se como efeito protetor ao desenvolvimento infantil ²⁶.

Na modelagem para o índice do crescimento satisfatório, a idade da mãe/cuidador igual ou superior a 20 anos foi associada ao desfecho. Em estudo realizado na África, a idade superior a 35 anos obteve achado semelhante ²⁷, destacando a necessidade de os profissionais de saúde dispensarem maior atenção às mães mais novas, no intuito de aumentar a efetividade do instrumento de acompanhamento infantil.

Ademais, salienta-se que a caderneta tem efeito protetor para o desenvolvimento e, apesar da idade não ter sido associada a este desfecho na presente pesquisa, uma maior idade materna está associada ao risco de desenvolvimento cognitivo ²⁶, ressaltando a necessidade de que a caderneta seja implementada com mais eficácia nas famílias e comunidades que apresentam esse fator de risco social.

O número de filhos vivos foi associado positivamente de forma que os desfechos do crescimento e desenvolvimento satisfatórios tiveram prevalência maior nas famílias com apenas um filho, assim como verificado em outros estudos maior adequação quanto ao preenchimento da CSC, inclusive da curva do desenvolvimento, quando as mães possuíam um único filho ²⁸⁻²⁹. Todavia, na literatura também consta que o melhor preenchimento está associado a presença de dois ou mais filhos devido a experiência materna e conhecimento de gestações prévias ⁸. Dessa forma, são necessárias novas pesquisas para se avaliar com maior precisão a influência do número de filhos sobre o preenchimento satisfatório na caderneta.

Nesta pesquisa, a escolaridade da mãe/cuidador igual ou superior a oito anos de estudo apresentou associação positiva com o índice do crescimento satisfatório, assim como inferido em outros estudos ^{17,29-30}. Dentre os determinantes socioeconômicos, a escolaridade materna é o preditor mais importante da saúde infantil, isto porque contribui para o conhecimento em saúde, atitudes sobre as necessidades de saúde e comportamento reprodutivo ³¹, configurando-se como fator de proteção da saúde infantil. Todavia, a CSC é uma responsabilidade compartilhada entre a família e os profissionais de saúde, que deve utilizar este instrumento para a vigilância em saúde, especialmente nos indivíduos que apresentam vulnerabilidade social, como no caso de mães/cuidadores com menos de oito anos de estudo ³⁰.

Ademais, a renda familiar maior ou igual a um salário mínimo aumentou a prevalência de registro satisfatório na CSC. Tal fato está em concordância com pesquisa que identificou

63,0% de adequação do preenchimento das cadernetas de crianças que não estavam inscritas no programa Bolsa Família ²⁹, ou seja, que apresentaram condições financeiras melhores, por terem, possivelmente, mais oportunidades de acesso à saúde e educação e influenciar na qualidade do desenvolvimento da primeira infância ²⁰.

Inferiu-se, ainda, que a idade da criança menor que um ano está associada a um preenchimento não satisfatório do índice de crescimento, achado contrário ao de outros estudos que identificaram maior número de registros nas cadernetas de crianças com menor idade ^{14,24,30}, provavelmente devido ao acompanhamento no início da vida ser mais frequente, conforme recomendação do Ministério da Saúde ¹². Todavia, ressalta-se que o achado do presente estudo pode ter sofrido influência da interrupção do fornecimento da CSC que ocorreu no final de 2018 e início de 2019, acarretando perda de informações registradas nas consultas de acompanhamento infantil.

O índice do desenvolvimento satisfatório mostrou-se significativamente atrelado ao sexo da criança, o que nos permite inferir que a prevalência dessas anotações nas CSC é 1,7 vezes maior no sexo feminino, quando comparado com o sexo masculino. Esse achado é oposto ao encontrado em estudos acerca da caderneta, os quais não encontram associações estatisticamente significantes entre sexo da criança e o preenchimento e/ou qualidade dessas anotações na CSC ^{7,32}.

Foram consideradas como limitações neste estudo, o fato de não contemplar a opinião dos profissionais de saúde e mães/cuidadores das crianças para melhor relacionar com os dados quantitativos obtidos. Ademais, a interrupção do fornecimento das cadernetas pelo MS por um tempo, e o grande número de itens do desenvolvimento sem preenchimento limitaram as possibilidades de análises inferenciais.

Este estudo traz como contribuição à comunidade científica o panorama do uso da caderneta em um município de grande porte do Nordeste brasileiro, bem como suas fragilidades, reforçando a necessidade de educação permanente dos profissionais, para assim, melhorar o cuidado integral à saúde infantil, por meio da caderneta de saúde da criança.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo apontam baixos índices de registro do crescimento e desenvolvimento infantil na caderneta da criança, outrossim, os dados que estavam preenchidos apresentaram alto percentual de preenchimento insatisfatório. A ausência ou erros no registro desses dados prejudica a continuidade da assistência à criança e compromete a comunicação entre os profissionais de saúde e as famílias. Sugere-se capacitações dos

profissionais para o registro correto na caderneta da criança, no intuito de valorizar a utilização desse instrumento e possibilitar uma assistência à saúde integral para prevenção de danos e atrasos do crescimento e desenvolvimento infantil.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento da pesquisa; a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio e financiamento de bolsa de Pós-Graduação; a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa; aos estudantes que participaram da coleta de dados e; sobretudo, às mães que aceitaram participar voluntariamente deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet*. 2017; 389(10064):77-90. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7).
2. Cunha AJLA, Leite AJM, Almeida IS. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of health nutrition and developmet. *J Pediatr*. 2015; 91(6 Suppl 1): S44-S51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.07.002>.
3. Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – orientações para implementação. Brasília; 2018a.
4. Reichert APS, Collet N, Eickmann SH, Lima MC. Vigilância do desenvolvimento infantil: estudo de intervenção com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015; 23(5):954-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0272.2636>.
5. Benicio AL, Santana MDR, Bezerra IMP, Santos RR. Cuidado à criança menor de um ano: perspectiva da atuação do enfermeira na puericultura. *J Nurs UFPE on line*. 2016; 10(2):576-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201626>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança: Passaporte da cidadania. 12ª ed. Brasília; 2019.
7. Amorim LP, Senna MIB, Soares ARS, Carneiro GTN, Ferreira EF, Vasconcelos M, et al. Avaliação do preenchimento da caderneta de saúde da criança e qualidade do preenchimento Segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança . *Cien Saude Colet*. 2018; 23(2):585-97. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.06962016>.
8. Abud SM, Gaíva MAM. Registro dos dados de crescimento e desenvolvimento na caderneta de saúde da criança. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(2):97-105. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.48427>.

9. Reichert APS, Vieira DS, Santos NCCB, Albuquerque TM, Collet N, Vaz EMC. Vigilância do desenvolvimento infantil: análise dos registros na caderneta de saúde da criança. *Cogitare Enferm.* 2016; 21(4): 01-09. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.45256>.
10. Vieira GO, Bastos MC, Reis MR, Moreira ISS, Martins CC, Gomes DR, et al. Fatores associados ao uso da Caderneta de Saúde da Criança em uma cidade de grande porte do nordeste brasileiro, 2009. *Cien Saude Colet.* 2017; 22(6):1943-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.07752016>.
11. João Pessoa. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. Atendimentos realizados nas Unidades de Saúde da Família passam de 1,5 milhão em 2018 [Internet]. João Pessoa; 2018 [citado 2019 Out 02]. Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/atendimentos-realizados-nas-unidades-de-saude-da-familia-passam-de-15-milhao-em-2018/>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília; 2012a.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília; 2005.
14. Almeida AC, Mendes LC, Sad IZ, Ramos EG, Fonseca VM, Peixoto MVM. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil - Revisão sistemática de literatura. *Rev Paul Pediatr.* 2016; 34(1):122-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2015.12.002>.
15. Sahu SK, Rajaa S, Vijayageetha M, Selvaraj K, Sambath PM, Roy G. Strengthening growth monitoring among under-5-year children to fight childhood undernutrition in India. *J Family Med Prim Care.* 2019; 8(1):231-8. Doi: http://dx.doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_225_18.
16. Pedraza DF, Santos IS. Avaliação da vigilância do crescimento nas consultas de puericultura na Estratégia Saúde da Família em dois municípios do estado da Paraíba, Brasil. *Epidemiol Serv Saude.* 2017; 26(4):847-55. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000400015>.
17. Freitas JLG, Pereira PPS, Moreira KFA, Órfão NH, Cavalcante DF, Nascimento RC, et al. Completion of the child health record book in early childhood. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2019; 32:8407. DOI: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2019.8407>.
18. Gaíva MAM, Monteschio AC, Moreira MDS, Salge AKM. Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem. *Av Enferm.* 2018; 36(1):9-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v36n1.62150>.
19. Amorim LP, Senna MIB, Gomes VE, Amaral JHL, Vasconcelos M, Silva AG, et al. Filling process of the Child Health Record in health care services of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Epidemiol Serv Saude.* 2018; 17(1):e20170116. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742018000100016>.

20. Ritcher LM, Daelmans B, Lombardi J, Heymann J, Boo FL, Behrman JR, et al. Early Childhood Development Series Steering Committee. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet*. 2017; 389(10064):103-18. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31698-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31698-1).
21. Pedraza DF. Preenchimento da caderneta de saúde da criança e antropometria de crianças. *J Manag Prim Health Care*. 2019; 10(e10). DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v10i0.597>.
22. Silva FB, Gaíva MAM. Preenchimento da caderneta de saúde da criança: percepção dos profissionais. *Cien Cuid Saude*. 2015; 14(2):1027-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i2.24268>.
23. Lima LG, Nobre CS, Lopes ACMU, Rolim KMC, Albuquerque CM, Araújo MAL. A utilização da caderneta de saúde da criança no acompanhamento infantil. *R Bra Ci Saúde*. 2016; 20(2):167-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2016.20.02.12>.
24. Araújo EMN, Gouveia MTO, Pedraza DF. Use of a child health surveillance instrument focusing on growth. A cross-sectional study. *Sao Paulo Med J*. 2017; 135(6):541-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2016.03451206>.
25. Magwood O, Kpade V, Thavorn K, Oliver S, Mayhew AD, Pottie K. Effectiveness of home-based records on maternal, newborn and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2019; 14(2):e0212698, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209278>.
26. Dagvadorj A, Nakayama T, Inoue E, Sumya N, Moti R. Cluster randomised controlled trial showed that maternal and child health handbook was effective for child cognitive development in Mongolia. *Acta paediatr*. 2017; 106(8):1360-1. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/apa.13864>.
27. Kaneko K, Niyonkuru J, Juma N, Mbonabuca T, Osaki K, Aoyama A. Effectiveness of the Maternal and Child Health handbook in Burundi for increasing notification of birth at health facilities and postnatal care uptake. *Global Health Action*. 2017; 10:1297604. DOI: <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1297604>.
28. Vieira GO, Vieira TO, Costa MCO, Santana Netto PV, Cabral VA. Uso do cartão da criança em Feira de Santana. *Rev Bras Saude Mater Infant*, 2005; 5(2):177-184.
29. Costa JSD, Cesar JA, Pattussi MP, Fontoura LP, Barazzetti L, Nunes MF, et al. Assistência à criança: preenchimento da caderneta de saúde em municípios do semiárido brasileiro. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2014; 14(3):219-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292014000300003>.
30. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA, et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(3):583-95.

31. Mamani RPP, Saico CY, Mayta RA, Mendonza APC. Determinantes socioeconómicos y próximos de la mortalidad de niños menos de cinco años en el Peru (2018-2018). Apuntes. 2021; 88:85-124. DOI: <https://doi.org/10.21678/apuntes.88.1293>.
32. Rosolem LH, Contiero-Toninato AP, Sanguino GZ, Bonati PCRB, Rezende VD, Mello DF, et al. Caderneta de saúde da criança: coordenação do cuidado e acesso à saúde. Cogitare Enferm. 2019; 24:e61496. DOI: <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61496>.

5.2 Fatores associados aos registros de gravidez, parto e nascimento na caderneta de saúde da criança

ARTIGO ORIGINAL 2

Fatores associados aos registros de gravidez, parto e nascimento na caderneta de saúde da criança[†]

RESUMO

Objetivo: Verificar fatores associados aos registros de gravidez, parto e nascimento na Caderneta de Saúde de crianças menores de três anos. **Método:** Estudo transversal, mediado pela análise de 424 cadernetas de crianças cadastradas na Estratégia Saúde da Família. Os dados foram coletados por meio de questionário e submetidos à análise descritiva e inferencial, com valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Houve menores percentuais de ausência de registro do local (68,6%) e tipo de parto (66,5%). Todavia, baixas prevalências foram aferidas no aleitamento na primeira hora de vida (18,9%), teste do reflexo vermelho (10,4%) e manobra de Ortolani (7,8%). A maioria (64,4%) do escore materno foi classificado em insatisfatório, com associação estatisticamente significativa com ter dois filhos vivos ($p = 0,006$); trabalho no lar ($p = 0,045$) e com o preenchimento pouco satisfatório do escore da criança ($p = 0,003$). O escore da criança foi classificado em pouco satisfatório (46,9%), sendo associado a crianças menores de seis meses ($p = 0,000$) e com registro insatisfatório no escore da mulher ($p = 0,000$). **Conclusão:** A caderneta de saúde da criança está subutilizada na maternidade, sendo necessários investimentos para sensibilizar profissionais sobre sua importância para o cuidado longitudinal à criança.

Descritores: Saúde da criança; Saúde materno-infantil; Registros de saúde pessoal; Maternidade.

INTRODUÇÃO

[†] Manuscrito será submetido à Revista da Escola de Enfermagem da USP

A caderneta de saúde da criança (CSC), instituída pelo Ministério da Saúde em 2005, é um elemento estratégico para a promoção da atenção integral à saúde da criança, devido ao seu potencial de reduzir a morbimortalidade infantil por meio do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento até os dez anos de idade⁽¹⁾.

Toda criança nascida em território nacional, em maternidade pública ou privada, deve receber a caderneta e os profissionais devem apresentar o instrumento à família e orientar sobre sua função e conteúdo⁽²⁾. A CSC é um documento ideal para o acompanhamento da criança visto que proporciona assistência longitudinal, detecção precoce de riscos e agravos ao desenvolvimento infantil. Contém todo o histórico da criança e, quando devidamente preenchida, auxilia na comunicação entre os profissionais e entre estes e a família, além de ter relevante papel na educação em saúde⁽³⁻⁴⁾.

Quando algum profissional da maternidade deixa de preencher os dados que lhe competem, a exemplo dos registros da gravidez, parto e nascimento, estabelece-se uma falha na assistência. Assim, os profissionais que estão na Atenção Básica e que, teoricamente, acompanham rotineiramente às crianças, diante de tais lacunas, encontram dificuldades para prestar um cuidado infantil integral⁽⁵⁾.

Na literatura recente, de 2015 a 2020, foram encontradas apenas duas pesquisas⁽⁴⁻⁵⁾ que analisaram o preenchimento de todos os dados que devem ser registrados na maternidade, enquanto outros estudos^(3,6-7) detiveram-se à avaliação de apenas três ou quatro itens da gravidez e parto, não constando dados do puerpério, e apenas cinco a sete itens do recém-nascido.

De forma geral, o preenchimento dos itens de ações realizadas na maternidade que apresentam maiores índices de registro é a data, local de nascimento e antropometria ao nascer (peso, estatura e perímetro cefálico), enquanto que o relativo à mulher é mais comum registrarem o local e tipo de parto^(3,5-7).

Para que essa situação seja contornada, a importância da CSC deve ser reconhecida pelos profissionais, mães e famílias das crianças, de forma que esse instrumento possa contribuir para a melhoria na atenção à saúde infantil. Os possíveis motivos para falhas no preenchimento da caderneta da criança, relatadas por profissionais, são falta de conhecimento do instrumento que leva à ausência ou erros de registro, falta de capacitação para o uso correto da caderneta e a não utilização da CSC por outras instituições de saúde, como maternidades, hospitais e clínicas particulares⁽¹⁾.

Dessa forma, considerando que o uso da CSC se inicia na maternidade e que o preenchimento dos dados nesse serviço permite uma melhor continuidade, qualificação e

integralidade do cuidado à criança, este estudo teve por objetivo verificar os fatores associados aos registros da gravidez, parto e nascimento na Caderneta de Saúde de crianças menores de três anos.

MÉTODO

Desenho e cenário de estudo

Estudo transversal, realizado em Unidades de Saúde da Família (USF) do município de João Pessoa - PB, localizado no Nordeste do Brasil. O município possuía, em 2018, 170.444 famílias cadastradas nas USF e 252.417 crianças menores de cinco anos. Contava ainda com 98% de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), distribuída em cinco Distritos Sanitários (DS), com 200 equipes de Saúde da Família (EqSF)⁽⁸⁾.

Crítérios de seleção

Foram incluídas no estudo mães/cuidadores de crianças menores de três anos, cadastradas nas USF, portadoras da CSC no ato da coleta de dados, maiores de 18 anos e que não apresentavam dificuldades de entendimento e comunicação.

Definição da amostra

O cálculo do tamanho amostral foi baseado em um plano de amostragem estratificada, considerando método de alocação ótima aos estratos de interesse (Distritos Sanitários), e considerando o custo de seleção fixo para todos os elementos da população-alvo. Utilizou-se como referência para o cálculo, o número de nascidos vivos nos anos de 2016 a 2018 (14.850 crianças), resultando em uma amostra de 354 cadernetas, mais um adicional de eventuais perdas, totalizando 424, ao nível de confiança de 95%.

O quantitativo amostral foi dividido por meio de alocação ótima entre os cinco DS de acordo com o número de famílias cadastradas. Posteriormente, foram selecionadas as cinco USF com maior número de crianças cadastradas, havendo uma divisão proporcional dentro de cada Distrito.

Coleta de dados

Utilizou-se um questionário *checklist* elaborado com base na Caderneta de Saúde da Criança e nos manuais do Ministério da Saúde, contendo: i) dados sociodemográficos; ii) dados da gravidez, parto e puerpério (trimestre de início do pré-natal, número de consultas do pré-natal, tipo de gestação, sorologias realizadas no pré-natal, imunização, suplementação de

ferro, local de parto, tipo de parto, sorologias realizadas na maternidade e registro de intercorrências clínicas) e iii) dados do nascimento/recém-nascido (hora e data de nascimento, nome da maternidade, peso ao nascer, comprimento ao nascer, perímetro cefálico ao nascer, sexo, Apgar no 1º e 5º minutos, idade gestacional, tipagem sanguínea do RN, profissional que assistiu ao RN, aleitamento na primeira hora de vida, manobra de Ortolani, teste do reflexo vermelho, teste do pezinho, triagem auditiva, tipo de alimentação na alta da maternidade e preenchimento das curvas de perímetro cefálico, peso e estatura ao nascer).

Os dados foram coletados de maio a novembro de 2019, por meio da análise da caderneta de saúde da criança e perguntas à mãe/cuidador. Inicialmente, foi realizado estudo piloto em uma USF de cada DS o qual possibilitou identificação de fragilidades e calibração do instrumento.

A seleção dos participantes foi por amostragem sistemática na fila de espera para consulta médica, de enfermagem e sala de vacina, bem como por meio de visita domiciliar, quando havia baixa procura das mães/cuidadores à unidade de saúde.

Análise e tratamento dos dados

Houve dupla digitação dos dados e correção de erros através da consulta aos questionários originais. A análise estatística foi por frequência absoluta e relativa, cálculo de percentis e teste qui-quadrado para verificação de associação entre as variáveis.

Os itens observados na caderneta relacionados à gravidez, parto, puerpério e nascimento, foi estabelecido o **valor 0** quando não havia preenchimento, e **valor 1**, quando o item estava registrado. A partir da análise desse preenchimento, foi constituído um escore para a mulher, que variou de 0 a 10, e para a criança, com variação de 0 a 21. Essa variação referente ao escore infantil é devido a quantidade maior de itens presentes na caderneta, voltados para a criança.

Posteriormente, utilizou-se programa estatístico para cálculo dos percentis 25 e 75 que serviram de referência para a qualificação do escore de registro em insatisfatório, pouco satisfatório e satisfatório. Dessa forma, considerou-se insatisfatório quando a variável apresentou, no escore, percentil menor que o 25; pouco satisfatório para os valores obtidos entre os percentis 25 e 75; e satisfatório quando obteve escore maior que o percentil 75.

Em seguida, houve cruzamento dos escores com os dados sociodemográficos para a verificação de associação entre as variáveis por meio do teste qui-quadrado.

Aspectos éticos

Este estudo pertence ao projeto universal “Vigilância do desenvolvimento e a caderneta de saúde da criança: caminhos para a promoção da saúde infantil” número 407850/2018-0. Todos os aspectos éticos para pesquisas com seres humanos foram seguidos e o estudo teve aprovação do Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob número 3.156.449, bem como os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após explicação do mesmo.

RESULTADOS

Foram analisadas 424 cadernetas de saúde de crianças menores de três anos. Os dados sobre gravidez e parto (Tabela 1) apresentaram baixo percentual de preenchimento, uma vez que mais de 70,0% das cadernetas não continha o registro desses dados, demonstrando fragilidade nesse sentido. Nessa categoria, o local e tipo de parto apresentaram os menores percentuais de ausência do preenchimento com 68,6% e 66,5%, respectivamente, enquanto as intercorrências clínicas estavam registradas em apenas 0,2% das cadernetas analisadas.

Em se tratando dos dados do nascimento/recém-nascido, o preenchimento destes também não está satisfatório, tendo em vista que apenas 8 das 21 variáveis apresentaram prevalência de registro em torno de 30,0%, cada. Entretanto, os itens aleitamento na primeira hora de vida (18,9%), teste do reflexo vermelho (10,4%) e manobra de Ortolani (7,8%) apresentaram baixos percentuais de registro.

Quanto ao preenchimento das curvas do crescimento infantil, também foi constatado baixo uso da CSC, uma vez que as medidas de peso, comprimento e perímetro cefálico aferidas ao nascimento, não foram observadas em 86,8%, 89,2% e 91,3% das cadernetas analisadas.

Tabela 1 – Frequência de preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e nascimento na caderneta de saúde da criança. João Pessoa, PB, Brasil, 2019. (n = 424)

Variáveis	Sim		Não	
	n	%	n	%
Gravidez e parto	-	-	-	-
Trimestre de início do pré-natal	66	15,6	358	84,4
Número de consultas do pré-natal	46	10,8	378	89,2
Tipo de gestação	93	21,9	331	78,1
Sorologias realizadas no pré-natal	17	4,0	407	96,0
Imunização	19	4,5	405	95,5
Suplementação de ferro	44	10,4	380	89,6
Local de parto	133	31,4	291	68,6
Tipo de parto	142	33,5	282	66,5
Sorologias realizadas na maternidade	17	4,0	407	96,0

Registro de intercorrências clínicas	1	0,2	423	99,8
Nascimento	-	-	-	-
Hora e data do nascimento	286	67,5	138	32,5
Nome da maternidade	258	60,8	166	39,2
Peso ao nascer	286	67,5	138	32,5
Comprimento ao nascer	279	65,8	145	34,2
Perímetro cefálico ao nascer	272	64,2	152	35,8
Sexo	276	65,1	148	34,9
Apgar no 1º minuto	261	61,6	163	38,4
Apgar no 5º minuto	261	61,6	163	38,4
Idade gestacional	227	53,5	197	46,5
Tipagem sanguínea do recém-nascido	121	28,5	303	71,5
Profissional que assistiu ao RN	137	32,3	287	67,7
Aleitamento na primeira hora de vida	80	18,9	344	81,1
Manobra de Ortolani	33	7,8	391	92,2
Teste do reflexo vermelho	44	10,4	380	89,6
Teste do pezinho	218	51,4	206	48,6
Triagem auditiva	154	36,3	270	63,7
Tipo de alimentação na alta da maternidade	92	21,7	332	78,3
Perímetro cefálico marcado no gráfico	37	8,7	387	91,3
Peso ao nascer marcado no gráfico	56	13,2	368	86,8
Comprimento ao nascer marcado no gráfico	46	10,8	378	89,2

Após a constituição do escore de preenchimento de dados da mulher acerca da gravidez, parto e puerpério, a maioria (64,4%) foi classificado em insatisfatório, apresentando associação com ter dois filhos vivos ($p = 0,006$); trabalho no lar ($p = 0,045$) e com o preenchimento pouco satisfatório do escore da criança ($p = 0,003$), segundo Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição do escore de preenchimento da mulher segundo o escore de preenchimento da criança e as variáveis número de filhos e local de trabalho. João Pessoa, PB, Brasil, 2019. ($n = 424$)

Escore de preenchimento da mulher									
Variáveis	Insatisfatório		Pouco satisfatório		Satisfatório		Total		p valor
	<P25†		P25 a P75		>P75‡				
	(64,4%)		(11,8%)		(23,8%)				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Escore de preenchimento da criança									0,003
Insatisfatório	118	27,8	0	0,0	1	0,2	119	28,1	
Pouco satisfatório	145	34,2	26	6,1	28	6,6	199	46,9	

Satisfatório	10	2,4	24	5,7	72	17,0	106	25,0	0,006
Número de filhos									
1 filho	88	20,8	21	5,0	49	11,6	158	37,3	0,045
2 filhos	104	24,5	12	2,8	36	8,5	152	35,8	
3 filhos	55	13,0	15	3,5	8	1,9	78	18,4	
Mais de 3 filhos	26	6,1	2	0,5	8	1,9	36	8,5	
Local de trabalho									
Lar	197	46,5	44	10,4	71	16,7	312	73,6	0,045
Fora do lar	76	17,9	6	1,4	30	7,1	112	26,4	

† Percentil 25 do escore de registro dos dados da mulher; ‡ Percentil 75 do escore de registro dos dados da mulher.

O escore de registro dos dados da criança foi classificado, em grande parte, em pouco satisfatório (46,9%), obtendo associação com crianças menores de seis meses ($p = 0,001$) e com registro insatisfatório no escore da mulher ($p = 0,001$), conforme Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição do escore de preenchimento da criança segundo a variável idade da criança e escore de preenchimento da mulher. João Pessoa, PB, Brasil, 2019. (n = 424)

Variáveis	Escore de preenchimento da criança						Total		p valor
	Insatisfatório		Pouco satisfatório		Satisfatório				
	<P25† (28,1%)		P25 a P75 (46,9%)		>P75‡ (25,0%)				
	n	%	n	%	n	%			
Idade da criança									0,000*
< 6 meses	37	8,7	78	18,4	29	6,8	144	34,0	0,000*
7 a 11 meses	42	9,9	31	7,3	10	2,4	83	19,6	
12 a 23 meses	31	7,3	65	15,3	47	11,1	143	33,7	
24 a 36 meses	9	2,1	25	5,9	20	4,7	54	12,7	
Escore de preenchimento da mulher									0,000*
Insatisfatório	118	27,8	145	34,2	10	2,4	273	64,4	0,000*
Pouco satisfatório	0	0,0	26	6,1	24	5,7	50	11,8	
Satisfatório	1	0,2	28	6,6	72	17,0	101	23,8	

† Percentil 25 do escore de registro dos dados da criança; ‡ Percentil 75 do escore de registro dos dados da criança; * p-valor menor que 0,001.

DISCUSSÃO

Uma das metas do desenvolvimento sustentável é assegurar que todos os seres humanos possam desenvolver seu potencial com dignidade e igualdade⁽⁹⁾. Para isso, são

necessários investimentos em proteção, promoção e suporte o mais precocemente possível na infância⁽¹⁰⁾. Nesse sentido, a CSC se estabelece como instrumento ideal, no entanto, é necessária a atuação dos profissionais de saúde de todos os setores que prestam atendimento à criança, no sentido de preencher corretamente a caderneta, para que ela cumpra com seu papel para o cuidado em saúde infantil.

Na contramão desse entendimento, o presente estudo identificou baixa adesão dos profissionais da maternidade em realizar os registros na caderneta da criança, especialmente nos quesitos de gravidez e parto, que apresentaram percentual máximo de 33,5%, valor maior que o encontrado em outro estudo com 950 cadernetas realizado em Cuiabá - MT⁽⁴⁾, o qual observou registro desses dados em 20,4% das CSC.

Em se tratando dos dados da gravidez, o início das consultas de pré-natal no primeiro trimestre e o número total superior a seis consultas são indicativos de acompanhamento satisfatório na Atenção Básica (AB), pois são essenciais para avaliar a assistência recebida pela gestante e estão diretamente relacionadas com o cuidado materno-infantil⁽⁴⁾. Contudo, houve ausência destes dados em 84,4% e 89,2% das cadernetas, respectivamente, percentuais superiores aos encontrados em dois estudos nacionais⁽¹¹⁻¹²⁾.

A realização dos testes sorológicos na gestação tem o objetivo de diagnosticar precocemente doenças que afetam a saúde materna e neonatal como sífilis, hepatite B, toxoplasmose e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e iniciar o protocolo de tratamento de forma que diminua as chances de transmissão vertical⁽¹³⁾. Entretanto, os dados revelam ausência de 96,0% de registro das sorologias, corroborando outros achados⁽⁴⁻⁵⁾.

Ressalta-se que os dados maternos podem ter sido preenchidos apenas na caderneta da gestante ou ainda que a mulher não tenha levado sua caderneta para a maternidade⁽⁴⁾, trazendo à luz a necessidade de os profissionais deste serviço atentarem para a importância de registrar todos os dados na caderneta da criança. Destaca-se também que é imprescindível que os profissionais da Atenção Básica orientem as gestantes a levar sempre consigo a caderneta, pois esta contém todas as informações obstétricas necessárias para o bom acompanhamento da saúde materno infantil.

Essa situação pode ser dirimida com a junção das duas cadernetas, da gestante e da criança, em uma só, conforme experiência bem sucedida de outros países que utilizam as cadernetas de saúde agregadas, sendo entregue na primeira consulta de atendimento do pré-natal⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Essa fusão auxiliaria no processo de trabalho dos profissionais, nas orientações de saúde materno-infantil, bem como na melhoria dos índices de registros⁽¹¹⁾.

O preenchimento dos dados do recém-nascido é sobremaneira importante, uma vez que representa o parâmetro para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, bem como, aponta a necessidade de um cuidado mais especializado e/ou assíduo frente a agravos já identificados⁽¹⁶⁾. Porém, os dados no nascimento apontam fragilidades no uso da caderneta, visto que foram encontrados percentuais inferiores de registro, em relação a outras pesquisas nacionais^(4,6,12).

Ressalta-se que o registro do peso ao nascer é um importante indicador do acompanhamento infantil, especialmente quando o RN apresenta baixo peso e, portanto, necessita de maiores cuidados devido à vulnerabilidade de saúde, além de ser a informação mais solicitada pela família e pelos profissionais⁽⁴⁾. Todavia, aferiu-se ausência desse registro em 32,5% das cadernetas, semelhante a outros estudos^(5,11).

Outro dado relevante ao nascimento é o índice de Apgar (critérios de avaliação: frequência cardíaca, cor, irritabilidade reflexa, esforço respiratório e tônus muscular), que deve ser realizado rotineiramente no primeiro e quinto minuto de vida, e tem função de avaliar as condições de vitalidade pós-nascimento, as quais indicam a necessidade de alguma intervenção⁽¹⁷⁾. Os baixos índices de Apgar estão associados a um maior risco de mortalidade neonatal⁽¹⁸⁾, configurando-se como fator de risco para a saúde infantil. Portanto, a ausência de registros desse item^(4,6,11), corroboram a necessidade de sensibilizar os profissionais que atuam na maternidade para a importância do índice de Apgar no acompanhamento integral da saúde infantil.

O item referente ao aleitamento materno também merece destaque, por possuir inúmeros benefícios na vida da criança, dentre eles a redução da mortalidade na infância, proteção contra doenças, promoção do crescimento, desenvolvimento cognitivo e da cavidade bucal, além de auxiliar na formação do vínculo mãe-bebê⁽¹⁹⁾. Neonatos amamentados após a primeira hora de pós-parto são mais propícios a irem a óbito nos primeiros 28 dias de vida do que aqueles que recebem leite materno ainda na primeira hora após o nascimento⁽²⁰⁾.

Nesse sentido, a World Health Organization (WHO) publicou um *guideline* com recomendações para que as mães sejam incentivadas a iniciar a amamentação o quanto antes, especialmente na primeira hora após o parto⁽²¹⁾, no entanto, dados do inquérito *Nascer no Brasil* mostram que a incidência de aleitamento materno na 1ª hora de vida (57,9%)⁽²²⁾ ainda está aquém de recomendações nacionais e internacionais, corroborando o baixo índice de preenchimento na presente pesquisa. Dessa forma, os profissionais que atuam na sala de parto necessitam empenhar-se mais no incentivo do aleitamento materno na primeira hora de vida,

assim como no adequado registro dessa prática, para a promoção da longitudinalidade do cuidado infantil.

No tocante a triagem neonatal, o teste do reflexo vermelho obteve altos índices de ausência de registro (89,6%), contrariamente à prevalência de 60,4% (n = 5.231) desse teste no Brasil⁽²³⁾. A triagem neonatal é uma ação que faz parte das políticas públicas no Brasil para rastreamento de doenças metabólicas, oculares, auditivas e cardíacas, só devendo o RN receber alta hospitalar mediante realização do teste do coraçãozinho e teste do reflexo vermelho ou teste do olhinho, sendo garantida a triagem auditiva no primeiro mês de vida e o teste do pezinho entre o 3º e 5º dia de vida⁽²⁴⁾.

A Manobra de Ortolani é utilizada para identificar displasia do desenvolvimento do quadril (DDQ) logo após o nascimento e, quando confirmada, o RN deverá ser encaminhado para avaliação ortopédica, a fim de intervir de forma precoce no problema⁽²⁵⁾. Todavia, apesar de sua importância, foi observado ausência de registro dessa manobra em 92,2% das cadernetas analisadas, semelhante a estudo que obteve um percentual de 96,1% de falta de registro⁽⁵⁾.

Em se tratando do preenchimento do peso, comprimento e PC ao nascer, observou-se que apesar de haver o registro na folha de nascimento na maioria das cadernetas, essas medidas não foram marcadas nas curvas em mais de 85,0% delas, reduzindo o potencial do monitoramento do crescimento infantil através dessa ferramenta, especialmente devido sua comprovada eficácia. Necessita-se, portanto, de novas pesquisas que analisem de forma objetiva e subjetiva o entendimento e dificuldade dos profissionais frente a esse registro, especialmente devido contradições identificadas na literatura⁽¹¹⁾.

Na análise do escore de preenchimento de dados da mulher, constatou-se associação com o escore da criança, nos itens quantidade de filhos e trabalho no lar, de forma que ter dois filhos e não trabalhar fora do lar influenciaram no escore insatisfatório, provavelmente devido a sobrecarga de atividades da mãe/cuidador e necessidade de levar os filhos para a consulta⁽²⁶⁾, afetando a comunicação com o profissional de saúde que, por sua vez, pode ter deixado de preencher alguns itens para não haver prolongamento da consulta e geração de estresse para a mãe/cuidador.

Por outro lado, o escore pouco satisfatório da criança teve congruência negativa com o escore da mulher. Essa fragilidade pode ser explicada pela perspectiva materno infantil, no qual o interesse no registro de informações dos neonatos se sobrepõe aos registros obstétricos, especialmente no pós-parto ou pela dificuldade dos profissionais em compreender que a história materna é também a história do recém-nascido, interferindo no seu desenvolvimento.

Em se tratando do escore de registro dos dados da criança, sua qualidade pouco satisfatória em menores de seis meses e na ocorrência de escore insatisfatório dos dados da mulher pode ser justificada pelo nascimento durante o período em que houve interrupção do fornecimento das cadernetas, provavelmente final de 2018 e início de 2019, influenciando assim, na quantidade e qualidade das informações registradas no cartão provisório e posteriormente na caderneta da criança.

Essa interrupção na distribuição de cadernetas pelo Ministério da Saúde, provavelmente, afetou os índices de preenchimento dos dados nesse instrumento e, consequentemente os resultados inferidos nesta pesquisa. No intuito de minimizar a perda de informações, as maternidades e o município em tela confeccionaram em papel ofício um cartão com alguns dados a exemplo do nome, data e hora do nascimento, nome da maternidade, peso ao nascer e imunização, entretanto, alguns profissionais anotaram outras informações como perímetro cefálico, Apgar, idade gestacional e testes de triagem. Embora tenha sido uma estratégia para reduzir a descontinuidade do cuidado em rede, esse instrumento não contemplava todos os dados presentes na caderneta de modo que, no retorno do fornecimento, algumas informações ficaram ausentes, o que pode fragilizar a assistência no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Destaca-se que os dados de gravidez e parto não constavam nesse cartão improvisado, influenciando negativamente nos percentuais identificados no presente estudo, necessitando, de outras pesquisas para melhor analisar esses dados registrados na maternidade e realizar inferências mais precisas com a realidade.

Por fim, as análises viabilizaram a construção de um panorama dos dados preenchidos na maternidade de forma a possibilitar *feedback* com os profissionais que atuam nesse setor bem como as secretarias de saúde e atenção básica, a fim de gerar discussões que promovam aumento da quantidade e qualidade dos registros da gravidez, parto e nascimento não apenas em nível local, mas também nacional, uma vez que o tema em discussão foi alvo de poucos estudos nacionais, nos quais os resultados são reiterados pela presente pesquisa.

CONCLUSÃO

A caderneta de saúde da criança como instrumento para a longitudinalidade do cuidado infantil tem sua importância apontada em diversos estudos, especialmente em se tratando dos dados registrados na maternidade, que são o pontapé para a construção do acompanhamento integral da criança.

Todavia, os achados apontam para uma subutilização da caderneta pelos profissionais da maternidade, acarretando índices profusamente baixos de forma, mais evidente nos dados de gravidez e parto e, não menos preocupante, do nascimento. A ausência dessas informações influencia negativamente na assistência prestada pelos demais serviços que acompanham a criança, especialmente a Atenção Básica, sendo necessários investimentos para sensibilizar os profissionais acerca da importância dos registros para o cuidado infantil. Ademais, a realização de estudos sob a perspectiva dos profissionais, poderá contribuir no delineamento de estratégias para qualificar a atuação neste processo de registro e utilização correta da caderneta da criança.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento da pesquisa; a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio e financiamento de bolsa de Pós-Graduação; a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa; aos estudantes que participaram da coleta de dados e; sobretudo, às mães que aceitaram participar voluntariamente deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Lima LG, Nobre CS, Lopes ACMU, Rolim KMC, Albuquerque CM, Araújo MAL. The Use of the Child's Health Handbook for Healthcare Follow-up. R Bra Ci Saúde. 2016; 20(2):167-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2016.20.02.12>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília; 2005.
3. Amorim LP, Senna MIB, Soares ARS, Carneiro GTN, Ferreira EF, Vasconcelos M, et al. Assessment of the way in which entries are filled out in Child Health Records and the quality of the entries according to the type of health services received by the child. Cien Saude Colet. 2018; 23(2):585-97. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.06962016>.
4. Abud SM, Gaíva MAM. Analysis of the fulfillment of data related to pregnancy, delivery, puerperium and newborn in the child health handbook. Rev Soc Bras Enferm Ped. 2016; 16(1):11-20.
5. Rosolem LH, Contiero-Toninato AP, Sanguino GZ, Bonati PCRB, Rezende VD, Mello DF, et al. Child health booklet: care coordination and access to health care. Cogitare Enferm. 2019; 24:e61496. DOI: <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61496>.

6. Freitas JLG, Pereira PPS, Moreira KFA, Órfão NH, Cavalcante DF, Nascimento RC, et al. Completion of the child health record book in early childhood. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2019; 32:8407. DOI: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2019.8407>.
7. Reichert APS, Vieira DS, Santos NCCB, Albuquerque TM, Collet N, Vaz EMC. Growth and development surveillance: analysis of records in the child health handbook. *Cogitare Enferm*. 2016; 21(4): 01-09. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.45256>.
8. João Pessoa. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. Atendimentos realizados nas Unidades de Saúde da Família passam de 1,5 milhão em 2018 [Internet]. João Pessoa; 2018 [citado 2019 Out 02]. Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/atendimentos-realizados-nas-unidades-de-saude-da-familia-passam-de-15-milhao-em-2018/>.
9. United Nations Inter-Agency for Child Mortality Estimation (UNIGME). Levels & trend in child mortality: Report 2019. New York; 2019.
10. Ritcher LM, Daelmans B, Lombardi J, Heymann J, Boo FL, Behrman JR, et al. Early Childhood Development Series Steering Committee. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet*. 2017; 389(10064):103-18. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31698-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31698-1).
11. Amorim LP, Senna MIB, Gomes VE, Amaral JHL, Vasconcelos M, Silva AG, et al. Filling process of the Child Health Record in health care services of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Epidemiol Serv Saude*. 2018; 17(1):e20170116. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742018000100016>.
12. Almeida AC, Mendes LC, Sad IZ, Ramos EG, Fonseca VM, Peixoto MVM. Use of a monitoring tool for growth and development in Brazilian children - systematic review. *Rev Paul Pediatr*. 2016; 34(1):122-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2015.12.002>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Gestaç o de alto risco: manual técnico. 5  ed. Brasília; 2012.
14. Osaki K, Hattori T, Toda A, Mulati E, Hermawan L, Pritasari K, et al. Maternal and child health handbook use for maternal and child care: a cluster randomized controlled study in rural Java, Indonesia. *J Public Health*. 2018; 41(1):170-82. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/idx175>.
15. Magwood O, Kpade V, Thavorn K, Oliver S, Mayhew AD, Pottie K. Effectiveness of home-based records on maternal, newborn and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2019; 14(2):e0212698, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209278>.
16. Silva FB, Gaíva MAM. Challenges in the use of the personal child health record. *Rev Bras Pesq Saude*. 2016; 18(2):96-103.
17. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Reanimação do recém-nascido $\geq$ 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria [Internet]. São Paulo; 2016 [citado 2020 Ago 03]. Disponível em: www.sbp.com.br/reanimacao.

18. Cnattingius S, Johansson S, Razaz N. Apgar score and risk of neonatal death among preterm infants. *N Engl J Med*. 2020; 383:49-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1915075>.
19. Antunes MB, Demitto MO, Soares LG, Radovanovic CAT, Higarashi IH, Ichisato SMT, et al Breastfeeding within the first hour after birth: knowledge and practice of multidisciplinary team. *Av enferm*. 2017; 35(1):19-29. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v35n1.43682>.
20. Smith E, Hurt L, Chowdhury R, Sihna B, Fawzi W, Edmond K. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017; 12(7):e0180722. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180722>.
21. World Health Organization (WHO). Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services [Internet]. Geneva; 2017 [cited 2020 Jul 23]. Available from: <http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/>.
22. Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, et al. Clinical practices in the hospital care of healthy newborn infant in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 Supl 1:128-139. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00145213>.
23. Mallmann MB, Tomasi YT, Boing AF. Neonatal screening tests in Brazil: prevalence rates and regional and socioeconomic inequalities. *J Pediatr*. 2020; 96(4):487-94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.02.008>.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n 2.068 de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, 24 out 2016 [citado 2020 Ago 10]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2-068-de-21-de-outubro-de-2016-24358443>.
25. Cruz MAF, Volpon JB. Orthopedic and ultrasound assessment of hip stability of newborns referred by pediatricians with suspected Developmental Dysplasia. *Rev Col Bras Cir*. 2020; 46(6):e20192284. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-6991e-20192284>.
26. Oliveira EF, Camargo CL, Gomes NP, Couto TM, Campos LM, Oliveira PS. Factors related to quilombola attendance to child follow-up appointments. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72 Supl. 3:9-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0605>.

6 CONCLUSÃO

A análise da caderneta de saúde de crianças menores de três anos cadastradas nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa-PB evidenciou que as ações da vigilância do desenvolvimento infantil registradas neste instrumento estão fragilizadas,

reduzindo o potencial de identificação precoce de agravos ao crescimento e desenvolvimento da criança.

A análise dos itens da caderneta apontou que os profissionais estão subutilizando esse instrumento no exercício de suas atividades, focando os registros nas medidas antropométricas e em alguns itens básicos do recém-nascido; como nome da maternidade, data e hora do nascimento, sexo, peso e comprimento; a serem preenchidos na maternidade, sendo reafirmado pelos índices/escores calculados que indicaram preenchimento insatisfatório dos dados da mulher, do crescimento e do desenvolvimento; e em pouco satisfatório os itens do recém-nascido. A ausência desses registros afeta a saúde da criança em uma fase na qual a janela de oportunidades para promoção, prevenção e detecção precoce é mais propícia para intervir e possibilitar o pleno desenvolvimento.

Todavia, o panorama de preenchimento da caderneta de saúde da criança inferido neste estudo não difere da realidade brasileira, demonstrando a necessidade de qualificar os profissionais que atuam na assistência infantil, a fim de que as estratégias estabelecidas pelos órgãos responsáveis possam impactar a saúde da criança positivamente. Ademais, é indispensável a realização de pesquisas para identificar os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde para a implementação da caderneta de saúde da assistência à criança.

O estudo apresentou como limitações a interrupção no fornecimento das cadernetas de saúde da criança, que reduziu o poder de inferência dos dados e também não ter contemplado a opinião dos profissionais e das mães/cuidadores das crianças, para relacionar com os dados quantitativos coletados. Todavia, ampliou o olhar para a situação dos registros na caderneta, tendo em vista que foi realizado em todo o município estudado, de forma a possibilitar um *feedback* com todos os atores envolvidos na utilização da caderneta, como profissionais da maternidade e da atenção básica, bem como os gestores, de forma a trabalhar os desafios e possibilidades para qualificar a saúde infantil.

REFERÊNCIAS

ABUD, S. M.; GAÍVA, M. A. M. Registro dos dados de crescimento e desenvolvimento na caderneta de saúde da criança. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. 2, p. 97-105, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.48427>.

ABUD, S. M.; GAÍVA, M. A. M. Análise do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto, puerpério e recém-nascido na caderneta de saúde da criança. **Rev Soc Bras Enferm Ped**, v. 16, n. 1, p. 11-20, 2016.

ALMEIDA, A. C. et al. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil - Revisão sistemática de literatura. **Rev Paul Pediatr**, v. 34, n. 1, p. 122-31, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2015.12.002>.

ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ALVES, C. R. L. et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 583-95, 2009.

AMORIM, L. P. et al. Avaliação do preenchimento da caderneta de saúde da criança e qualidade do preenchimento Segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança. **Cien Saude Colet**, v. 23, n. 2, p.585-97, 2018a. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.06962016>.

AMORIM, L. P. et al. Preenchimento da caderneta de saúde da criança nos serviços de saúde em belo horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol Serv Saude**, v. 17, n. 1, p. e20170116, 2018b. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742018000100016>.

ANDRADE, G. N.; REZENDE, T. M. R. L.; MADEIRA, A. M. F. Child Health Booklet: experiences of professionals in Primary Health Care. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 5, p. 857-64, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000500012>.

ANTUNES, M. B. et al. Breastfeeding within the first hour after birth: knowledge and practice of multidisciplinary team. **Av enferm**, v. 35, n. 1, p. 19-29, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v35n1.43682>.

ARAÚJO, E. M. N.; GOUVEIA, M. T. O.; PEDRAZA, D. F. Use of a child health surveillance instrument focusing on growth. A cross-sectional study. **Sao Paulo Med J**, v. 135, n. 6, p. 541-7, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2016.0345120617>.

BENICIO, A. L. et al. Care to the child less than onw year old: nursing practice perspective about child care. **J Nurs UFPE on line**, v. 10, n. 2, p. 576-84, fev, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201626>.

BLACK, M. M. et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. **Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 77-90, 2017. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7).

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília, DF, 2002, 100p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança**. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2005, 38p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança: passaporte da cidadania**. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da criança**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, DF, 2012, 272p.

BRASIL. **Portaria nº 1.130 de 5 de agosto de 2015**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2015a]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 15 jan 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **NutriSUS: caderno de orientações**. Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó. Brasília, DF, 2015b, 25p.

BRASIL. **Marco Legal da Primeira Infância**: Lei no 13.257, de 8 de marco de 2016. Brasília, DF: Presidente da República, [2016a]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm. Acesso em: 15 jan 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 2.068 de 21 de outubro de 2016**. Brasília, DF: Ministério da Saúde [2016b]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2-068-de-21-de-outubro-de-2016-24358443>. Acesso em: 10 ago 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Criança Feliz**. A intersetorialidade na visita domiciliar. Brasília, DF, 2017, 67p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – orientações para implementação**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF, 2018a, 180p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**: Passaporte da cidadania. 12ª ed. Brasília, DF, 2018b, 94p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**: Passaporte da cidadania. 12ª ed. Brasília, DF, 2019, 92p.

CAMINHA, M. F. C. et al. Surveillance of child development: an analysis of Brazil's situation. **Rev Paul Pediatr**, v. 35, n. 1, p. 102-109, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;1;00009>.

CNATTINGIUS, S. et al. Apgar score and risk of neonatal death among preterm infants. **N Engl J Med**, v. 383, p. 49-57, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1915075>.

COCHRAN, W. **Sampling Techniques**. 3 ed. Wiley Series, 1977.

COSTA, J. S. D. et al. Assistência à criança: preenchimento da caderneta de saúde em municípios do semiárido brasileiro. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 14, n. 3, p. 219-27, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292014000300003>.

CRUZ, M. A. F; VOLPON, J. B. Orthopedic and ultrasound assessment of hip stability of newborns referred by pediatricians with suspected Developmental Dysplasia. **Rev Col Bras Cir**, v. 46, n. 6, p. e20192284, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-6991e-20192284>.

CUNHA, A. J. L. A.; LEITE, A. J. M.; ALMEIDA, I. S. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of health nutrition and development. **J Pediatr**, v. 91, n. 6 suppl 1, p. S44-S51, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.07.002>.

DAGVADORJ, A. et al. Cluster randomised controlled trial showed that maternal and child health handbook was effective for child cognitive development in Mongolia. **Acta paediatr**, v. 106, n. 8, p. 1360-1, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/apa.13864>.

DAMASCENO, S. S. et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Cien Saude Colet**, v. 21, n. 9, p. 2961-73, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). Ministério da Saúde. Informações de Saúde (TABNET) estatísticas vitais. Óbitos infantis - Brasil. Brasília, 2017. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10uf.def>. Acesso em: 11 dez 2019.

DÍAZ, A. A., et al. Desarrollo infantil en zonas pobres de Perú. **Rev Panam Salud Publica**, v. 41, n. 71, p. 1-8. 2017.

FUNDAÇÃO ABRINQ. Observatório da criança e do adolescente. Cenário da Infância. **Taxa de mortalidade na infância** (para 1000 nascidos vivos). 2018. Disponível em: <https://observatoriocrianca.org.br>. Acesso em: 16 Dez 2018.

FREITAS, J. L. G. et al. Completion of the child health record book in early childhood. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 32, n. 8407, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2019.8407>.

GAÍVA, M. A. M. et al. Child growth and development assessment in nursing consultation. **Av Enferm**, v. 36, n. 1, p. 9-21, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v36n1.62150>.

GAÍVA, M. A. M.; SILVA, F. B. Child health handbook: integrative review. **Rev enferm UFPE online**, v. 8, n. 3, p. 742-9, mar, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.5149-42141-1-SM.08032014332>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **João Pessoa**. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/joao-pessoa/panorama>. Acesso em: 03 dez 2019.

JOÃO PESSOA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. **Atendimentos realizados nas Unidades de Saúde da Família passam de 1,5 milhão em 2018**. 2018. Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/atendimentos-realizados-nas-unidades-de-saude-da-familia-passam-de-15-milhao-em-2018/>. Acesso em: 02 out 2019.

LIMA, L. G. et al. A utilização da caderneta de saúde da criança no acompanhamento infantil. **R Bra Ci Saúde**, v. 20, n. 2, p. 167-74, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2016.20.02.12>.

MAGWOOD, O. et al. Effectiveness of home-based records on maternal, newborn and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. **PloS one**, v. 14, n. 2, p. e0212698, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209278>.

MALAGUIAS, T. S. M.; GAÍVA, M. A. M.; HIGARASHI, I. H. Percepção dos familiares de crianças sobre a consulta de puericultura na estratégia saúde da família. **Rev Gaucha Enferm**, v. 36, n. 1, p. 62-8, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.46907>.

MALLMANN, M. B. et al. Neonatal screening tests in Brazil: prevalence rates and regional and socioeconomic inequalities. **J Pediatr**, v. 96, n. 4, p.487-94, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.02.008>.

MOREIRA, M. D. S.; GAÍVA, M. A. M. Monitoring of child growth and development: analysis of records of nursing consultations. **R. pesq. fundam. Online**, v. 5, n. 2. p. 3757-66, abr/jun, 2013. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n2p3757>.

MOREIRA, M. D. S.; GAÍVA. Comunicação do enfermeiro com a mãe-família na consulta de enfermagem á criança. **Cien Cuid Saude**, v. 15, n. 4, p. 677-84, 2016. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v%vi%i.32093>.

MOREIRA, M. E. L. et al. Clinical practices in the hospital care of healthy newborn infant in Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 30, n. Supl 1, p.128-39, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00145213>.

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO (ODM): **Relatório Nacional de Acompanhamento**. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília: Ipea, 2014. 208p.

OLIVEIRA, E. F. et al. Factors related to quilombola attendance to child follow-up appointments. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. Supl. 3, p. 9-16, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0605>.

OSAKI, K. et al. Maternal and child health handbook use for maternal and child care: a cluster randomized controlled study in rural Java, Indonesia. **J Public Health**, v. 41, n. 1, p. 170-82, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/idx175>.

PEDRAZA, D. F. Preenchimento da caderneta de saúde da criança e antropometria de crianças. **J Manag Prim Health Care**, v. 10, n. e10, 2019. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v10i0.597>.

PEDRAZA, D. F.; SANTOS, I. S. Avaliação da vigilância do crescimento nas consultas de puericultura na Estratégia Saúde da Família em dois municípios do estado da Paraíba, Brasil. **Epidemiol Serv Saude**, v. 26, n. 4, p. 847-55, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000400015>.

PEREIRA, M. M. et al. Prática educativa de enfermeiras na atenção primária à saúde, para o desenvolvimento infantil saudável. **Cogitare Enferm**, v. 20, n. 4, p. 767-74, 2015.

REICHERT, A. P. S. et al. Vigilância do Crescimento Infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 114-26, 2012.

REICHERT, A. P. S. et al. Child development surveillance: intervention study with nurses of the Family Health Strategy. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 954-62, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0272.2636>.

REICHERT, A. P. S. et al. Vigilância do desenvolvimento infantil: análise dos registros na caderneta de saúde da criança. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. 4, p. 01-09, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.45256>.

RICHTER, L. M. et al. Early Childhood Development Series Steering Committee. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. **Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 103-18, 2017. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31698-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31698-1). Acesso em: 16 jan 2019.

ROSOLEM, L. H. et al. Child health booklet: care coordination and access to health care. **Cogitare Enferm**, v. 24, p. e61496, 2019. DOI: <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61496>.

SAHU, S. K. et al. Strengthening growth monitoring among under-5-year children to fight childhood undernutrition in India. **J Family Med Prim Care**, v. 8, n. 1, p. 231-8, 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_225_18.

SANTOS, I. L. F.; GAÍVA, M. A. M.; SALGE, A. K. M. Utilização da Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. **Rev Eletr Enferm**, v. 20, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v20.49053>.

SILVA, F. B.; GAÍVA, M. A. M. Preenchimento da caderneta de saúde da criança: percepção dos profissionais. **Cien Cuid Saude**, v. 14, n. 2, p. 1027-34, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i2.24268>.

SILVA, F. B.; GAÍVA, M. A. M. Dificuldades enfrentadas pelos profissionais na utilização da caderneta de saúde da criança. **Rev Bras Pesq Saude**, v. 18, n. 2, p. 96-103, 2016.

SMITH, E. et al. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: a systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, v. 12, n. 7, p. e0180722, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180722>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Reanimação do recém-nascido $\geq$ 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria** [Internet]. São Paulo; 2016. Disponível em: www.sbp.com.br/reanimacao. Acesso em 03 ago 2020.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Early moments matter for every child**. New York: United Nations Plaza, 2017.

UNITED NATIONS INTER-AGENCY FOR CHILD MORTALITY ESTIMATION (UNIGME). **Levels & trend in child mortality: Report 2019**. New York, 2019.

VALLIANT, R.; DEVER, J. A.; KREUTER, F. **Practical Tools for Designing and Weighting Survey Samples**. Statistical for Social and Behavioral Sciences. Springer, 2013.

VIEIRA, D. S. et al. Recording actions to prevent child morbidity in children's health cards. **Cien Saude Colet**, v. 21, n. 7, p.2305-13, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.09442015>.

VIEIRA, G. O. et al. Factors associated with the use of the Child Health Handbook in a large city of the Brazilian Northeast, 2009. **Cien Saude Colet**, v. 22, n. 6, p.1943-54, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.07752016>.

VIEIRA, D. S. et al. A prática do enfermeiro na consulta de puericultura na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 4, p: e4890017, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190090>.

VIEIRA, D. S. et al. Processo de trabalho de enfermeiros na vigilância do desenvolvimento infantil. **Rev Min Enferm**, v. 23, p. e-1242, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190090>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services**. [Internet] 2017 Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/>. Acesso em: 23 jul 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); GLOBAL HEALTH OBSERVATORY (GHO). **Brazil statistics summary**. [Internet] 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-BRA>. Acesso em: 16 dez 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Mães e/ou Cuidadores Legais

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Vigilância do desenvolvimento e a caderneta de saúde da criança

A Sra./Sr. está sendo convidada(o) a participar da pesquisa intitulada Vigilância do desenvolvimento e a caderneta de saúde da criança que tem como **objetivo** investigar as ações de vigilância do desenvolvimento infantil de crianças atendidas na Estratégia Saúde da Família e a utilização e registro das informações na Caderneta de Saúde da Criança pelos profissionais de saúde, a fim de melhorar a assistência ao seu filho para que ele possa crescer e se desenvolver saudável. Esta pesquisa é um subprojeto de uma pesquisa maior intitulada “Vigilância do Desenvolvimento e a Caderneta de Saúde da Criança: caminhos para a promoção da saúde infantil”, da professora Doutora Altamira Pereira da Silva Reichert do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva-DESC.

Não haverá pagamento para sua participação nesta pesquisa e a senhora/senhor não terá gastos neste estudo. Suas respostas e as informações coletadas na Caderneta de Saúde da Criança serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em congressos e/ou revistas científicas. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum dano em sua relação com o pesquisador ou com o serviço de saúde que forneceu os seus dados. Sua participação nesta pesquisa será apenas responder as perguntas de uma entrevista e permitir que analisemos a caderneta de seu filho. A Sra./Sr. não terá nenhum custo ou quaisquer gastos financeiros. Conforme estabelece a Resolução 466/2012 do CNS todas as pesquisas apresentam riscos, todavia estes riscos não afetarão a sua saúde ou a do seu filho, o único desconforto previsto está relacionado a espera para responder o questionário. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico e melhorar o cuidado de enfermagem na saúde da criança. Se desejar, você poderá entrar em contato com a profissional responsável pela pesquisa, podendo procurar por Altamira Pereira da Silva Reichert, fone: 32167229, Daniele Beltrão Lucena de França, fone: 996032492. Você terá total liberdade para retirada do seu consentimento em participar da pesquisa em qualquer momento, sem qualquer prejuízo à sua pessoa, nem ao tratamento do seu filho nesta unidade de saúde.

A Sra./Sr. receberá uma cópia deste termo onde consta o e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Lembramos que este Termo de Consentimento necessita ser rubricado por você na primeira folha e assinado na segunda.

Desde já, agradecemos!

Declaro estar ciente das informações que recebi sobre a pesquisa, ficando claro para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de sigilo e de esclarecimentos de dúvidas, sempre que eu precisar. Ficou também claro que

minha participação é livre e que não terei nenhum gasto com a participação do estudo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu ou meu filho possa ter adquirido.

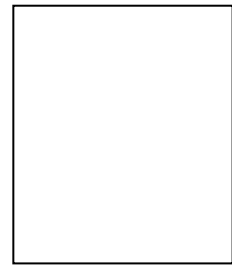
Assinatura da mãe/cuidador

Data: ____/____/____

U. Ps. Reichert

Assinatura do(a) Pesquisador(a) Responsável

E-mail: altareichert@gmail.com



Endereço (Setor de Trabalho) do Pesquisador Responsável:
Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva – DESC
Centro de Ciências da Saúde da UFPB
Telefone para contato: 32167229

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB
☎ (83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

APÊNDICE B - Instrumento para coleta de dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Pesquisadora: Daniele () Iolanda () Paloma () Tayná () Amanda ()

IDENTIFICAÇÃO	SIGLA
1 Número do questionário: _____	NÚMERO
2 Data da avaliação: __/__/____	DATAVAL
3 Distrito Sanitário: _____	DISTSAN
4 Nome da Unidade de Saúde: _____	
5 Dados do responsável:	
5.1 Idade: _____	IDADERESP
5.2 Situação conjugal:	
(1) Solteira	
(2) Casada	SITUCONJ
(3) União estável	
(4) Separada	
5.3 Quantos filhos vivos atualmente, incluindo este: _____	
(1) 1 filho	
(2) 2 filhos	NFILHOS
(3) 3 filhos	
(4) mais de 3 filhos	
5.4 Local de trabalho:	
(1) Lar (2) Fora do lar	LOCTRAB
5.5 Você frequentou a escola?	FREQESC
(1) Sim (2) Não	
5.6 Se sim, quantos anos de estudo possui?	
(1) < 8 anos	ANOSEST
(2) ≥ 8 anos	
6 Condições demográficas e socioeconômicas familiar:	
6.1 Quantas pessoas moram na casa com você (incluindo a criança): _____	
(1) Até três pessoas	QUANTMOR
(2) Quatro a cinco pessoas	
(3) Seis ou mais pessoas	
6.2 Quantas crianças menores de 5 anos moram na casa?	
(1) 1 criança	
(2) 2 crianças	CRIAMENOR
(3) 3 crianças	
(4) mais de 3 crianças	
6.3 Qual a renda familiar?	
(1) Menor que 1 salário mínimo*	
(2) 1 salário mínimo	RENDA
(3) 1 a 2 salários mínimos	
(4) 3 ou mais salários mínimos	
7 Dados da criança:	
7.1 Idade da criança:	IDMES

- (1) Menor 6 meses
- (2) 7 a 11 meses
- (3) 12 a 23 meses
- (4) 24 a 36 meses

7.2 Sexo:

SEXO ☐

- (1) Feminino (2) Masculino

*Salário mínimo vigente R\$998,00

INFORMAÇÕES DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA		SIGLA
8 Identificação:		
8.1 Versão 2019 da CSC	(1) Sim (0) Não	VERSAO ☐
8.2 Nome completo:	(1) Sim (0) Não	NOMECOMP ☐
8.3 Data de nascimento:	(1) Sim (0) Não	DN ☐
8.4 Nome dos pais:	(1) Sim (0) Não	NOMEPAIS ☐
8.5 Endereço:	(1) Sim (0) Não	END ☐
8.6 Raça/cor/etnia:	(1) Sim (0) Não	RAÇA ☐
8.7 N° do prontuário:	(1) Sim (0) Não	NPRONT ☐
8.8 N° da Declaração de Nascido Vivo:	(1) Sim (0) Não	NDNV ☐
8.9 N° do Cartão do SUS:	(1) Sim (0) Não	NCARSUS ☐
9 Dados sobre Gravidez, Parto e Puerpério		
9.1 Trimestre de início do pré-natal	(1) Sim (0) Não	TRIPRENAT ☐
9.2 Número de consultas do pré-natal	(1) Sim (0) Não	NUMCONS ☐
9.3 Tipo de gestação	(1) Sim (0) Não	TIPOGEST ☐
9.4 Sorologias realizadas no pré-natal	(1) Sim (0) Não	SOROLPRE ☐
9.5 Imunização	(1) Sim (0) Não	IMUNGES ☐
9.6 Suplementação de ferro	(1) Sim (0) Não	SUPLFERR ☐
9.7 Local de parto	(1) Sim (0) Não	LOCALPART ☐
9.8 Tipo de parto	(1) Sim (0) Não	TIPOPART ☐
9.9 Sorologias realizadas na maternidade	(1) Sim (0) Não	SOROLMAT ☐
9.10 Registro de intercorrências clínicas na gravidez, parto e puerpério	(1) Sim (0) Não	REGINTGPP ☐
10 Dados do recém-nascido		
10.1 Hora e data do nascimento	(1) Sim (0) Não	HORDAT ☐
10.2 Nome da maternidade	(1) Sim (0) Não	NOMEMAT ☐
10.3 Peso ao nascer:	(1) Sim (0) Não	PESONAS ☐
10.4 Comprimento ao nascer:	(1) Sim (0) Não	COMPNAS ☐
10.5 Perímetro cefálico ao nascer:	(1) Sim (0) Não	PCNAS ☐
10.6 Sexo	(1) Sim (0) Não	SEXO ☐
10.7 Apgar no 1º minuto	(1) Sim (0) Não	APGAR1 ☐
10.8 Apgar no 5º minuto	(1) Sim (0) Não	APGAR5 ☐
10.9 Idade gestacional	(1) Sim (0) Não	IG ☐
10.10 Tipagem sanguínea do RN	(1) Sim (0) Não	TIPSANG ☐
10.11 Profissional que assistiu ao RN	(1) Sim (0) Não	PROFRN ☐
10.12 Aleitamento na primeira hora de vida:	(1) Sim (0) Não	ALEITHORA ☐
10.13 Manobra de Ortolani	(1) Sim (0) Não	MANORT ☐
10.14 Teste do Reflexo Vermelho	(1) Sim (0) Não	TESTREVE ☐

10.15 Teste do Pezinho	(1) Sim (0) Não	TESTPEZ ☐
10.16 Triagem auditiva	(1) Sim (0) Não	TRIAGAUD ☐
10.17 5º dia de saúde integral	(1) Sim (0) Não	5DIASAUIN ☐
10.18 Tipo de alimentação na alta da maternidade.	(1) Sim (0) Não	ALIMALTA ☐

DADOS DA VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO			SIGLA
11 O instrumento de Vigilância do Desenvolvimento tem algum preenchimento?			
(1) Sim (0) Não			INSTDESPRE ☐
Se NÃO, pular para a questão 15.			
12 Se SIM, este foi preenchido de acordo com a escala do Ministério da Saúde? (P = marco presente; A = marco ausente; NV = marco não verificado)			SIMMS ☐
(1) Sim (0) Não			
13 Os marcos relacionados à idade da criança foram todos preenchidos?			
(1) Sim			
(2) Apenas 1 marco			MARCPRE ☐
(3) Apenas 2 marcos			
(4) Apenas 3 marcos			
(5) Não			
14 Quais os marcos para faixa etária estão registrados na Caderneta de Saúde da Criança, de acordo com o instrumento de Vigilância do Desenvolvimento presente na mesma, para crianças de 0 a 12 meses e de 12 meses a 3 anos?			
	1.1	Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada	(0) Não (1) Sim (2) NA [‡] 1P ☐
1º	1.2	Observa um rosto	(0) Não (1) Sim (2) NA 1R ☐
	1.3	Reage ao som	(0) Não (1) Sim (2) NA 1S ☐
	1.4	Eleva a cabeça	(0) Não (1) Sim (2) NA 1C ☐
	2.1	Sorriso social	(0) Não (1) Sim (2) NA 2SS ☐
2º	2.2	Abre as mãos	(0) Não (1) Sim (2) NA 2M ☐
	2.3	Emite sons	(0) Não (1) Sim (2) NA 2S ☐
	2.4	Movimenta ativamente os membros	(0) Não (1) Sim (2) NA 2MM ☐
	4.1	Resposta ativa ao contato social	(0) Não (1) Sim (2) NA 4CS ☐
4º	4.2	Segura objetos	(0) Não (1) Sim (2) NA 4O ☐
	4.3	Emite sons	(0) Não (1) Sim (2) NA 4S ☐
	4.4	De bruços, levanta a cabeça, apoiando-se nos antebraços	(0) Não (1) Sim (2) NA 4B ☐
	6.1	Busca ativa de objetos	(0) Não (1) Sim (2) NA 6BO ☐
6º	6.2	Leva objetos à boca	(0) Não (1) Sim (2) NA 6OB ☐
	6.3	Localiza o som	(0) Não (1) Sim (2) NA 6S ☐
	6.4	Muda de posição - rola	(0) Não (1) Sim (2) NA 6P ☐
	9.1	Brinca de esconde-achou	(0) Não (1) Sim (2) NA 9EA ☐
9º	9.2	Transfere objetos de uma mão para	(0) Não (1) Sim (2) NA 9O ☐

[‡]Não se aplica

	outra		
	9.3 Duplica sílabas	(0) Não (1) Sim (2) NA	9DS ☐
	9.4 Senta-se sem apoio	(0) Não (1) Sim (2) NA	9SSA ☐
12°	12.1 Imita gestos	(0) Não (1) Sim (2) NA	12G ☐
	2.2 Faz pinça	(0) Não (1) Sim (2) NA	12P ☐
	12.3 Produz “jargão”	(0) Não (1) Sim (2) NA	12J ☐
	12.4 Anda com apoio	(0) Não (1) Sim (2) NA	12AP ☐
15°	15.1 Mostra o que quer	(0) Não (1) Sim (2) NA	15MQ ☐
	15.2 Coloca blocos na caneca	(0) Não (1) Sim (2) NA	15BC ☐
	15.3 Fala uma palavra	(0) Não (1) Sim (2) NA	15P ☐
	15.4 Anda sem apoio	(0) Não (1) Sim (2) NA	15AP ☐
18°	18.1 Usa colher ou garfo	(0) Não (1) Sim (2) NA	18GC ☐
	18.2 Constrói torre de 2 cubos	(0) Não (1) Sim (2) NA	18T ☐
	18.3 Fala três palavras	(0) Não (1) Sim (2) NA	18P ☐
	18.4 Anda para trás	(0) Não (1) Sim (2) NA	18AT ☐
24°	24.1 Tira a roupa	(0) Não (1) Sim (2) NA	24TR ☐
	24.2 Constrói torre de 3 cubos	(0) Não (1) Sim (2) NA	24T ☐
	24.3 Aponta duas figuras	(0) Não (1) Sim (2) NA	24F ☐
	24.4 Chuta a bola	(0) Não (1) Sim (2) NA	24B ☐
30°	30.1 Veste-se com supervisão	(0) Não (1) Sim (2) NA	30VS ☐
	30.2 Constrói torre de 6 cubos	(0) Não (1) Sim (2) NA	30T ☐
	30.3 Fala frases com duas palavras	(0) Não (1) Sim (2) NA	30F ☐
	30.4 Pula com ambos os pés	(0) Não (1) Sim (2) NA	30P ☐
36°	36.1 Brinca com outras crianças	(0) Não (1) Sim (2) NA	36B ☐
	36.2 Imita linha vertical	(0) Não (1) Sim (2) NA	36LV ☐
	36.3 Reconhece 2 ações	(0) Não (1) Sim (2) NA	36RA ☐
	36.4 Arremessa a bola	(0) Não (1) Sim (2) NA	36AB ☐

DADOS DA VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO**SIGLA**

15 Existe algum tipo de registro no local da caderneta destinado a anotação da conduta e/ou observação referente ao desenvolvimento da criança realizada pelo profissional?

REGISDES ☐

(1) Sim (0) Não

15.1 Se afirmativo, o que é registrado?

() Encaminhamento para avaliação neuropsicomotor

() Encaminhamento para o médico da unidade

() Relato da avaliação do desenvolvimento

() Orientação quanto a estimulação do desenvolvimento

() Retorno em 30 dias para o caso de alerta para o desenvolvimento

() Informações a mãe/cuidador sobre os sinais de perigo

() Outro, qual? _____

DADOS DA VIGILÂNCIA DO CRESCIMENTO**SIGLA**

16 Há o registro dos seguintes dados na Folha de registro das medidas antropométricas:

16.1 Idade: (1) Sim (0) Não

REGISIDAD ☐

16.2 Peso (g): (1) Sim (0) Não

REGISPES ☐

16.3 Comprimento/Estatura (cm):	(1) Sim (0) Não	REGISEST ☐
16.4 Perímetro cefálico (cm):	(1) Sim (0) Não	REGISPC ☐
16.5 Índice de Massa Corporal (IMC):	(1) Sim (0) Não	REGISIMC ☐
17 Sobre o gráfico do Perímetro Cefálico:		
17.1 Está registrado como sugere o Ministério da Saúde?		PCMS ☐
(1) Sim (0) Não (3) alguns, quantos _____		
17.2 Perímetro cefálico ao nascer marcado no gráfico?		PCNASC ☐
(1) Sim (0) Não		
17.3 Quantas vezes o perímetro cefálico para idade está registrado?		QTREGISPC ☐

18 Sobre o gráfico do Peso para a idade:		
18.1 Está registrado como sugere o Ministério da Saúde?		PESOMS ☐
(1) Sim (0) Não (3) alguns, quantos _____		
18.2 Peso ao nascer marcado no gráfico?		PESONAS ☐
(1) Sim (0) Não		
18.3 Quantas vezes há registro no gráfico? _____		GRAFPESO ☐
19 Sobre o gráfico da Comprimento/Estatura para a idade:		
19.1 Está registrado como sugere o Ministério da Saúde?		ESTCOMPMS ☐
(1) Sim (0) Não (3) alguns, quantos _____		
19.2 Comprimento ao nascer marcada no gráfico?		COMPNAS ☐
(1) Sim (0) Não		
19.3 Quantas vezes há registro no gráfico? _____		GRAFEST ☐
20 O gráfico de Índice de Massa Corporal para a idade foi registrado em algum momento?		
(1) Sim (0) Não		GRAFIMC ☐

OUTROS REGISTROS		SIGLA
21 Há algum registro no cronograma de erupção		CRONERUP ☐
(1) Sim (2) Não (3) Não se aplica		
22 Há algum registro no odontograma		ODONTG ☐
(1) Sim (2) Não (3) Não se aplica		
23 Há algum registro de suplementação de vitamina A?		REGISVITA ☐
(1) Sim (2) Não (3) Não se aplica		
24 Os registros das vacinas estão realizados?		
24.1 BCG	(0) Não (1) Sim (2) NA	VACBCG ☐
24.2 Hepatite B	(0) Não (1) Sim (2) NA	VACHEPB ☐
24.3 Pentavalente	(0) Não (1) Sim (2) NA	VACPENT ☐
24.4 VIP/VOP	(0) Não (1) Sim (2) NA	VACVIPVOP ☐
24.5 Pneumocócica 10V	(0) Não (1) Sim (2) NA	VACPNEU ☐
24.6 Rotavírus Humano	(0) Não (1) Sim (2) NA	VACVORH ☐
24.7 Meningocócica C (conjugada)	(0) Não (1) Sim (2) NA	VACMENI ☐
24.8 Hepatite A	(0) Não (1) Sim (2) NA	VACHEPA ☐
24.9 DTP	(0) Não (1) Sim (2) NA	VACDTP ☐
24.10 Tríplice Viral	(0) Não (1) Sim (2) NA	VACTRIP ☐
24.11 Tetra Viral	(0) Não (1) Sim (2) NA	VACTETR ☐
24.12 Outras vacinas, quais?		
_____	(0) Não (1) Sim (2) NA	

25 O calendário vacinal está atualizado conforme a idade da criança?

(1) Sim (0) Não

25.1 Se **NÃO**, quais as vacinas e doses estão atrasadas:

VACATUAL ☐**26 Há aprazamento das vacinas?**

(1) Sim (0) Não

APRAZVAC ☐**27 Há algum registro de alimentação da criança?**

(1) Sim (0) Não

ALIMENT ☐**28 Há registro de alguma intercorrência clínica?**

(1) Sim (0) Não

INTERCLI ☐**29 Há alguma outra anotação na caderneta?**

(1) Sim (0) Não

29.1 Se afirmativo, qual? _____

ANOTAÇ ☐

PERGUNTAS PARA O CUIDADOR ACERCA DO DESENVOLVIMENTO E DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA (CSC)	SIGLA
30. O médico e/ou enfermeiro costuma perguntar o que você acha acerca do desenvolvimento do seu filho e/ou da criança que está sob sua responsabilidade? (1) Sim (2) Não (3) Não se lembra	PERMDES ☐
31. Já recebeu alguma informação sobre o desenvolvimento da criança em alguma consulta? (1) Sim (2) Não (3) Não se lembra	INFODES ☐
32. Você habitualmente recebe nas consultas de puericultura alguma orientação de como estimular (brincar) com a criança em casa? (1) Sim (2) Não (3) Não se lembra	ORIESTIM ☐
33. Você acredita que sua criança está se desenvolvendo adequadamente para a idade? (1) Sim (2) Não (3) Não se lembra	DESENVIDAD ☐
34. Você já recebeu alguma informação ou explicação sobre a CSC?	INFORCSC ☐

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

35. Algum profissional lhe mostrou o registro que realizou na caderneta?

MOSTREG ☐

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

Se SIM, onde foi o registro?

36. Você já leu alguma informação contida na CSC?

LEUCSC ☐

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

ANEXOS

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO E A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA: CAMINHOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE INFANTIL

Pesquisador: Altamira Pereira da Silva Reichert

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 97362718.1.0000.5188

Instituição Proponente: Universidade Federal da Paraíba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.156.449

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa egresso do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, do CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, da UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, da Prof^a. Dra. Altamira Pereira da Silva Reichert.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Investigar as ações de vigilância do desenvolvimento infantil de crianças atendidas na Estratégia Saúde da Família e a utilização e registro das informações na Caderneta de Saúde da Criança pelos profissionais de saúde.

Objetivos Específicos:

- Analisar as formas de registros dos dados do desenvolvimento infantil na Caderneta de Saúde da Criança, realizados pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família;
- Compreender os desafios para realização da vigilância do desenvolvimento infantil na vivência dos profissionais da Estratégia Saúde da Família;

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXO B - Carta de Anuência da Secretaria de Saúde



Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 04 de dezembro de 2018

Processo Nº: 2018.3767/2018

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A Gerência de Educação na Saúde (GES) está de acordo com a execução do projeto de pesquisa **"VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO E A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA: CAMINHOS PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE INFANTIL"**, a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) **ALTAMIRA PEREIRA DA SILVA REICHERT**, sob orientação **DA MESMA**, e assumo o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada nos DS I, II, III, IV E V, em João Pessoa-PB.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços de Saúde do município, fica condicionada a apresentação nesta Gerência da **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Kelly Cabral Teles
Gerência de Educação na Saúde

ANEXO C - Encaminhamento dos Distritos Sanitários



Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 04 de dezembro de 2018

Processo Nº: 2018/2018

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A Gerência de Educação na Saúde (GES) está de acordo com a execução do projeto de pesquisa "VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO E A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA: CAMINHOS PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE INFANTIL", a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) ALTAMIRA PEREIRA DA SILVA REICHERT, sob orientação DA MESMA, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada nos DS I, II, III, IV E V, em João Pessoa-PB.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços de Saúde do município, fica condicionada a apresentação nesta Gerência da **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente.

Kelly Cabral Teles
 Gerência de Educação na Saúde

*Recebido
 22/02/2019
 Rayane C.*



Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 04 de dezembro de 2018

Processo nº 24.124/2018

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A Gerência de Educação na Saúde (GES) está de acordo com a execução do projeto de pesquisa "VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO E A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA: CAMINHOS PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE INFANTIL", a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) ALTAMIRA PEREIRA DA SILVA REICHERT, sob orientação DA MESMA, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada nos DS I, II, III, IV E V, em João Pessoa-PB.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços de Saúde do município, fica condicionada a apresentação nesta Gerência da **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Kelly Cezari Teles
Gerência de Educação na Saúde

ciente
Flávia Catiane Vasconcelos de Moraes
 Flávia Catiane Vasconcelos de Moraes
 Diretora Técnica
 Distrito Sanitário IV
 Mat: 67.489-7
 03/05/2019
ciente: 06.05.19
Flávia Catiane Vasconcelos de Moraes
 Flávia Catiane Vasconcelos de Moraes
 Diretora Geral
 DISTRITO SANITÁRIO II
 Mat: 80708-7



**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DISTRITO SANITÁRIO III**

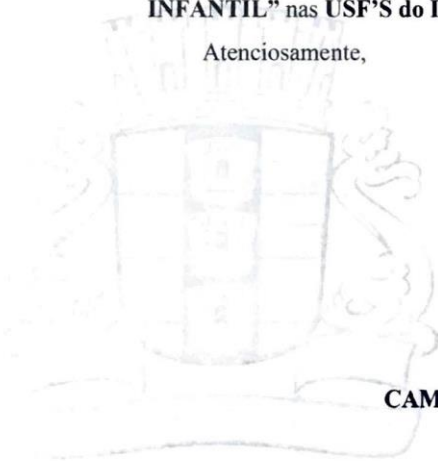
João Pessoa / PB 06 de maio de 2019.

ENCAMINHAMENTO

ÀS USF'S DO DISTRITO SANITÁRIO III

Cumprimentando-o cordialmente, encaminhamos a pesquisadora **ALTAMIRA PEREIRA DA SILVA REICHERT** para a realização de pesquisa intitulado, “**VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO E A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA: CAMINHOS PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE INFANTIL**” nas USF'S do DISTRITO SANITÁRIO III.

Atenciosamente,



Camila S. Crispim de Queiroz
CAMILA SOUSA C. DE QUEIROZ

Direção Geral
Distrito Sanitário III

Camila S. Crispim de Queiroz
Diretora Geral
Distrito Sanitário III
Matr. 81.064-9



**Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES**



LIBERAÇÃO DE COLETA DE DADOS –Nº 25/2019 João Pessoa, 11 de Aril de 2019.

DO DISTRITO SANITÁRIO V

Para: **GERENTES DAS USF'S**

Vimos através deste, informar da **concordância deste serviço, referente à coletas de dados** do projeto de mestrado do curso de **ENFERMAGEM da UFPB**, nas USF's do **DISTRITO SANITÁRIO V**.

Diante disso, encaminho professora **Altamira Pereira da Silva Reichert**, para realização DA COLETA DE DAODOS.

**SÉRGIO EDUARDO J. COSTA
COORD. GESTÃO DA INFORMAÇÃO
DISTRITO SANITÁRIO V**


SÉRGIO EDUARDO J. COSTA
COORD. GESTÃO DA INFORMAÇÃO
DISTRITO SANITÁRIO V

ANEXO D - Normas da revista Cadernos de Saúde Pública

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais – link resumo).

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema Ephorous para identificação de plágio.

Os artigos serão avaliados preferencialmente por três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito pelo Corpo Editorial de CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico adotados pela revista.

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prosperto/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais – LINK 3);

- 1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais – LINK 4);
- 1.6 – Questões Metodológicas (LINK 5): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica (LINK 1) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa (LINK 2);
- 1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);
- 1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Normas para envio de artigos

- 2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
- 2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.
- 2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.
- 2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.
- 2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

- 3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.
- 3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.
- 3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)

ClinicalTrials.gov

International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)

Netherlands Trial Register (NTR)

UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos.

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable

Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>]. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site [<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>].

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba “Documentos”, baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>] no prazo de 72 horas.

ANEXO E - Normas da Revista da Escola de Enfermagem da USP

Orientações Básicas

A REEUSP aceita artigos inéditos e originais. Utiliza o sistema CrossRef para localização de textos similares e identificação de plágio e autoplágio. Textos que apresentarem semelhanças com outros já publicados serão excluídos do processo de avaliação e os autores suspensos, a depender da gravidade e extensão da má conduta científica. Nesses casos, a Revista adota as orientações do Committee on Publication Ethics (COPE) (<http://publicationethics.org/>).

O conteúdo dos artigos deve agregar conhecimento e representar um avanço para a prática, o ensino ou a pesquisa em enfermagem e saúde.

Os manuscritos podem ser submetidos nos idiomas português, inglês e espanhol e destinados exclusivamente à REEUSP. Não é permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, parcial ou integralmente.

A revista utiliza a normalização dos “Requisitos Uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos” (Estilo Vancouver) (<http://www.icmje.org/recommendations/>).

Nas pesquisas envolvendo seres humanos é necessário o envio de cópia da aprovação por um Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde – CNS ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa. . Nas pesquisas envolvendo animais, exige-se a aprovação do Comitê de Ética no Uso de Animais.

Parecer do Comitê de Ética e a coleta de dados: máximo 5 anos.

O artigo deve ser submetido online no sistema ScholarOne (<http://mc04.manuscriptcentral.com/reeusp-scielo>), acompanhado de carta à Editora-chefe informando os motivos pelos quais a REEUSP foi selecionada para a submissão. Adicionalmente, devem ser destacados os avanços e as contribuições do texto frente às publicações recentes já veiculadas sobre a temática.

As pessoas designadas como autores devem ter participado substancialmente da elaboração do manuscrito para assumir a responsabilidade pelo seu conteúdo. O International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) recomenda que a autoria se baseie nos seguintes critérios: a) contribuições substanciais na concepção ou desenho do trabalho; b) na coleta, análise e interpretação dos dados; c) na redação do artigo ou na sua revisão crítica; d) na aprovação final da versão a ser publicada.

Todos aqueles designados como autores devem atender aos quatro critérios de autoria. O número máximo de autores é seis.

Os autores devem colocar o nome por extenso, a contribuição detalhada de cada um dos autores, assinar e enviar a Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais, na submissão do manuscrito (modelo anexo).

Todos os autores devem associar o número de registro no ORCID ao seu perfil no ScholarOne e informá-lo na submissão (<https://orcid.org/>).

Para a utilização do artigo em acesso aberto, a REEUSP adota a Licença Creative Commons Licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses>).

Custos de publicação

Taxa de Submissão

Não haverá taxa de submissão.

Taxa de Avaliação

Após a pré-análise, se o manuscrito estiver habilitado para ingressar no processo de avaliação, será cobrada uma taxa de avaliação no valor de R\$ 300,00 (trezentos reais). O valor não será devolvido caso o manuscrito seja rejeitado.

Taxa de Editoração: R\$ 1.000,00 (mil reais).

As taxas deverão ser pagas através de transferências/depósitos bancários para:

Centro de Apoio à Escola de Enfermagem da USP (CEAP/EE)

CNPJ: 13.523.056/0001-72

Banco: Santander (033)

Agência: 0201

Conta: 13.004932-3

Para autores fora do Brasil:

Não será cobrada a taxa de submissão. Se o artigo for aceito, será cobrada uma Taxa de Editoração no valor de USD 500 dólares (quinhentos dólares). As informações referentes ao pagamento da taxa de editoração serão enviadas aos autores individualmente.

Após o pagamento da taxa de, preencha os dados no link para emissão de recibo.
<https://goo.gl/forms/DWTV8f2lVDzm1gQ43>

Revisão da Língua Portuguesa

Quando o artigo for aprovado para publicação, os autores deverão providenciar a revisão da Língua Portuguesa, conforme as orientações da Revista.

Tradução

A tradução para o idioma inglês deverá ser providenciada de acordo com as orientações da Revista.

Os manuscritos aprovados, submetidos em inglês ou espanhol deverão passar por uma revisão profissional do idioma.

Os custos da revisão e da tradução são de responsabilidade dos autores.

Categorias de Publicações

Artigo original: resultado de pesquisa primária, com metodologia rigorosa, clara, discussão aprofundada e interface com a literatura científica nacional e internacional. Limitado a 15 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

Revisão sistemática com ou sem meta-análise ou metassíntese: análise de estudos primários, quantitativos ou qualitativos, tendo por finalidade a busca de evidências. Limitada a 25 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

Estudo teórico: análise de teorias ou métodos que sustentam a ciência da enfermagem ou de áreas correlatas que contribuem para o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem. Limitado a 15 páginas (incluindo resumo, quadros, figuras e referências).

Relato de experiência profissional: estudo de situação de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas, contendo análise de implicações conceituais, descrição de procedimentos com estratégias de intervenção ou evidência metodológica apropriada para a avaliação da eficácia de um procedimento ou estratégia. Limitado a 15 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

Carta à Editora ao Editor: destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na Revista, expressando concordância ou discordância sobre o assunto abordado. Limitado a uma página.

Editorial e Ponto de Vista: Usualmente são convidados pelo editor. Não são submetidos à revisão por pares e nem é cobrada a taxa de publicação.

Estratégias de Qualificação dos Manuscritos

Relações que podem estabelecer conflito de interesse, ou mesmo nos casos em que não ocorra, devem ser esclarecidas.

A REEUSP adota como estratégias de qualificação para a publicação de estudos de pesquisa, tais como as da Organização Mundial da Saúde (OMS), International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e Enhancing the Quality and Transparency of Health Research (EQUATOR network). Tais estratégias constituem recursos que favorecem o potencial de publicação e sua utilização em referências em pesquisas. A seguir, apresentam-se alguns protocolos internacionais validados a serem utilizados conforme o desenho da pesquisa:

Ensaio clínico: CONSORT <http://www.consort-statement.org/downloads> e identificação de Registros de Ensaio Clínico validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (www.icmje.org). O número de identificação deve constar no final do resumo.

Revisões sistemáticas e meta-análises: PRISMA <http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/Checklist.aspx>. Apresentar, sempre que possível, o método de concordância adotado para a análise dos artigos incluídos, por ex., Kappa.

Estudos observacionais em epidemiologia: STROBE http://stroke-statement.org/fileadmin/Stroke/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf

Estudos qualitativos: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>

OBS: protocolos de outros tipos de estudos são encontrados na rede EQUATOR <http://www.equator-network.org/> e no artigo de Larson E, Cortazal M. Publication guidelines: need widespread adoption. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2012;65:239-246.

Estrutura e Preparo dos Manuscritos

Formato do arquivo: doc ou docx (MS Word).

Texto: ortografia oficial em folhas A4; espaço entrelinhas de 1,5; fonte Times New Roman, tamanho 12, inclusive nas tabelas. As margens superiores, inferiores e laterais devem ter 2,5 cm.

Página de título (deve conter):

Título: máximo de 16 palavras, somente no idioma do artigo, em negrito, utilizando caixa alta somente no início do título e substantivos próprios. Não devem ser usadas abreviaturas, siglas ou a localização geográfica da pesquisa.

O título é a parte mais lida e divulgada de um texto e tem como objetivo informar o conteúdo do artigo. Deve ser claro, exato e atraente.

Nomes dos autores: completos e sem abreviações, numerados em algarismos arábicos, com as instituições às quais pertencem, o local, o estado e o país. O autor deve seguir a forma como seu nome é indexado nas bases de dados e inserir o número de registro ORCID no cadastro do ScholarOne.

Instituições: até três hierarquias institucionais de afiliação (Universidade, Faculdade, Departamento).

Autor correspondente: indicação do nome, endereço para correspondência, telefone para contato e e-mail.

Manuscrito extraído de dissertação ou tese: indicar por asterisco, em nota de rodapé o título, o ano e a instituição onde foi apresentada.

Resumo: somente no idioma do artigo, até 1290 caracteres com espaço. Deve ser estruturado em: objetivo, método, resultados e conclusão. Exceção para os estudos teóricos. Os ensaios clínicos devem apresentar o número do registro no final do resumo.

Descritores: três a seis descritores que identifiquem a temática, acompanhando o idioma do resumo português (descritores), inglês (descriptors) ou espanhol (descriptores); separados entre si por ponto e vírgula; extraídos do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME, ou MeSH (Medical Subject Headings), elaborado pela NLM (National Library of Medicine).

Documento principal (Main Document):

Deve conter o título, o resumo, os descritores e o corpo do manuscrito. Não coloque a identificação dos autores.

Conteúdo do texto: Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências, apresentados em tópicos distintos. Os Objetivos devem ser inseridos no final da Introdução.

Introdução: Breve definição do problema estudado, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento, com base em referências nacionais e internacionais atualizadas.

Objetivo: Estabelecer a questão principal e as hipóteses a serem testadas.

Método: Subdividir a seção nos tópicos: Tipo ou Desenho do estudo; População ou Cenário; Critérios de seleção; Definição da amostra (se for o caso); Coleta de dados; Análise e tratamento dos dados; Aspectos éticos.

Resultados: Apresentação e descrição somente dos dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Para facilitar a compreensão, podem ser acompanhados por tabelas, quadros e figuras. O texto deve complementar ou destacar o que é mais importante, sem repetir os dados das tabelas ou das figuras. O número de participantes da pesquisa faz parte dos Resultados.

Discussão: Deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com outras pesquisas já publicadas, nacionais e internacionais. Deve apontar as limitações do estudo e os avanços para a área da enfermagem/saúde.

Conclusão: Deve ser direta, clara e objetiva, em resposta às hipóteses ou aos objetivos, fundamentada nos resultados e na discussão. Não citar referências.

Referências: máximo de 30 (exceto em estudos de revisão, a depender da busca e da seleção de inclusão dos estudos). Seguir a proporcionalidade de 80% de artigos de periódicos, no mínimo metade deles indexados em bases de dados internacionais. Permite-se 15% de autocitação dentre os citáveis.

Citações de referências no texto: enumeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen. Ex.: (1-4); quando intercaladas, deverão ser separados por vírgula, ex.: (1-2,4).

Citações de referências no final do texto: estilo “Vancouver”, disponível no endereço eletrônico (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). A lista apresentada no final do artigo deve ser numerada de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto. Os títulos dos periódicos abreviados de acordo com: List of Journals Indexed for MEDLINE (<https://www.nlm.nih.gov/bsd/journals/online.html>).

Incluir as referências estritamente pertinentes ao assunto abordado, atualizadas (dos últimos 5 anos), de abrangência nacional e internacional. Evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação e a concentração de citações de um mesmo periódico.

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Referências de artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP e de outros periódicos brasileiros bilíngues devem ser citadas no idioma inglês.

Depoimentos: Frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem ser citados em itálico. Sua identificação deve ser codificada a critério do autor e entre parênteses.

Citações textuais: devem ser descritas entre aspas, sem itálico e na sequência do texto.

Ilustrações: no máximo cinco entre Tabelas, Quadros e Figuras, devem estar inseridas obrigatoriamente no corpo do texto, com informações não repetidas e com títulos informativos e claros. Nas Tabelas, os títulos devem conter o local, a sigla do estado, o país e o ano da coleta de dados.

Gráficos, fluxogramas ou similares, devem ser preferencialmente editáveis, em formato vetorial. Fotos, imagens, ou similares devem ter resolução final de 300 DPI. Ambos podem ser coloridos e devem ser legíveis.

Quando não elaboradas pelos autores, todas as ilustrações devem indicar a fonte de onde foram extraídas.

Apoio financeiro: Informar o nome das instituições públicas ou privadas que deram apoio financeiro, assistência técnica e outros auxílios. A informação deve constar na página de título e no sistema de submissão.

Siglas: Restrita ao mínimo possível. Devem ser citadas por extenso na primeira vez que aparecerem no texto; não usar em título e resumo.

Modelos de Referências

EXEMPLOS DE CITAÇÕES DE REFERÊNCIAS CONFORME O TIPO DE DOCUMENTO

Periódicos

Artigo padrão

Allen G. Evidence for practice. AORN J. 2010;92(2):236-41.

Artigo com mais de seis autores (citar os seis primeiros, seguidos de et al.)

MacNeela P, Clinton G, Place C, Scott A, Treacy P, Hyde A, et al. Psychosocial care in mental health nursing: a think aloud study. J Adv Nurs. 2010;66(6):1297-307.

Artigo cujo autor é uma organização

American Diabetes Association. Diabetes update. Nursing. 2003;Suppl:19-20,24.

Artigo com múltiplas organizações como autor

American Dietetic Association; Dietitians of Canada. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: nutrition and women's health. J Am Diet Assoc. 2004;104(6):984-1001.

Artigo de autoria pessoal e organizacional

Orchard TJ, Temprosa M, Goldberg R, Haffner S, Ratner R, Marcovina S, et al.; Diabetes Prevention Program Research Group. The effect of metformin and intensive lifestyle intervention on the metabolic syndrome: the Diabetes Prevention Program randomized trial. *Ann Intern Med.* 2005;142(8):611-9.

Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. *J Neurosurg.* 2005;102(3):489-94.

Oliveira MF, Arcêncio RA, Ruffino-Netto A, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP. *Rev Esc Enferm USP.* 2001;45(4):898-904.

Artigo sem indicação de autoria

Pelvic floor exercise can reduce stress incontinence. *Health News.* 2005;11(4):11.

Artigo num volume com suplemento

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2004;20 Supl 2:S190-8.

Artigo num fascículo com suplemento

Crawford M, Mullan J, Vanderveen T. Technology and safe medication administration. *J Infus Nurs.* 2005;28(2 Suppl):37-41.

Artigo num volume publicado em partes

Abend SM, Kulish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. *Int J Psychoanal.* 2002;83 Pt 2:491-5.

Artigo num fascículo publicado em partes

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. *J Vasc Interv Radiol.* 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

Artigo num fascículo sem volume

Tom Dwyer AMC. A pesquisa da sociabilidade on-line: três gerações de estudos. *Rev USP.* 2012;(92):100-13.

Artigo num número especial

Salveti MG, Pimenta CAM, Braga PE, Corrêa CF. Disability related to chronic low back pain prevalence and associated factors. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(n.esp):16-23.

Artigo com paginação em algarismos romanos

Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. *Bioethics*. 2002;16(2):iii-v.

Artigo com publicação de errata

Altizer L. Strains and sprains. *Orthop Nurs*. 2003;22(6):404-11. Erratum in: *Orthop Nurs*. 2004;23(1):38.

Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)

Chen SL, Lee WL, Liang T, Liao IC. Factors associated with gender differences in medication adherence: a longitudinal study. *J Adv Nurs*. 2014 Feb 10. [Epub ahead of print]

Artigo provido de DOI

Loro MM, Zeitoune RCG. Collective strategy for facing occupational risks of a nursing team. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03205. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2015027403205>

Livros

Livro padrão com autor pessoal

Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Eyre HJ, Lange DP, Morris LB. Informed decisions: the complete book of cancer diagnosis, treatment, and recovery. 2 nd ed. Atlanta: American Cancer Society; c2005.

Organizador, editor, coordenador como autor

Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Instituição como autor

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília; 2009.

World Health Organization. State of inequality: childhood immunization. Geneva: WHO; 2016.

Capítulo de livro, cujo autor é o mesmo da obra (adaptado)

Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

Capítulo de livro, cujo autor é um colaborador

Kimura M, Ferreira KASL. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor. In: Chaves LD, Leão ER, editoras. Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Ed. Maio; 2004. p. 59-73.

Documentos legais (adaptados)

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.

São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Documentos eletrônicos

Artigo de periódico

Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. The neurological state and cognition of patients after a stroke. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2011 Nov 28];45(5):1083-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a08.pdf

Livro na íntegra

Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS. Harrison's online [Internet]. 16th ed. Columbus (OH): McGraw-Hill; c2006 [cited 2006 Nov 20]. Available from: <http://www.accessmedicine.com/resourceTOC.aspx?resourceID=4>

Instituição como autor

World Health Organization. State of inequality: childhood immunization [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2018 Apr 17]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252541/9789241511735-eng.pdf>

Documentos legais (adaptados)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 27 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2009 mar. 25]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

Literatura cinzenta

Devem ser evitadas citações de documentos não indexados e de difícil acesso à comunidade científica (exceto as imprescindíveis), consideradas como literatura cinzenta. É classificada como literatura cinzenta documentos oficiais, os livros, teses, manuais, legislação, normas etc.