



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

MARIA ROSELY BATISTA DA SILVA

**VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA ACERCA DA UTILIZAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DA
CRIANÇA**

CUITÉ-PB

2015

MARIA ROSELY BATISTA DA SILVA

**VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA ACERCA DA UTILIZAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DA
CRIANÇA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à
Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem
da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG
Campus Cuité, em cumprimento às exigências para
obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Esp. Nathanielly Cristina Carvalho de
Brito Santos

Cuité-PB

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

S586v

Silva, Maria Rosely Batista da.

Vivências de profissionais de enfermagem da estratégia saúde da família acerca da utilização da caderneta de saúde da criança. / Maria Rosely Batista da Silva. – Cuité: CES, 2015.

68 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos.

1. Saúde da criança. 2. Estratégia saúde da família. 3. Registros de saúde pessoal. I. Título.

CDU 616-083-053.2

MARIA ROSELY BATISTA DA SILVA

**VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA ACERCA DA UTILIZAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DA
CRIANÇA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG *Campus* Cuité em cumprimento às exigências para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Esp. Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos
Orientadora
UFCG/CES

Prof.^a Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade
Membro examinador
UFCG/CES

Prof.^a Ms. Maria Benegelania Pinto
Membro examinador
UFPE

Dedico esta conquista aos meus maiores amores João e Margarida, que não mediram esforços para concretização desse sonho. Amo-os incondicionalmente!

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pelo dom da vida e seu amor imensurável, por não me deixar abater frente aos obstáculos impostos ao longo dessa caminhada, pela sua proteção e inúmeras bênçãos.

Aos meus pais João e Margarida, os quais me ensinaram que os caminhos da vida são cheios de encantos e que os obstáculos são estímulos para seguir em frente, confiante na busca de nossos ideais. Que é possível transformar nossos sonhos em realidade com perseverança e dedicação, e que por mais árdua que seja a luta, por mais difícil que seja a caminhada existe sempre uma maneira de vencer “A NOSSA FÉ”. Vocês são meus maiores tesouros. Amo-os verdadeiramente!!!!

As minhas irmãs: Maria, meu imenso obrigada, digo com muito orgulho se hoje estou subindo mais um degrau em minha vida devo isso a você, pois também foste parte construtora do meu processo de educação; Maria de Jesus, por seus cuidados comigo desde pequena, pelos conselhos, apoio e incentivo; Maricéu, amiga, protetora e companheira me acolheu nos momentos em que mais precisei, serei eternamente grata; Socorro, mesmo não participando ativamente desta conquista, sei que torceu muito para que fosse concretizada. A vocês, agradeço pela presença calorosa nos momentos mais difíceis, e por todo carinho e respeito que demonstram por mim. Amo vocês!

Aos meus sobrinhos lindos, Erson, Suellem, João Lucas, Davi, Vitor Ryan, e Pedro Arthur, pelos momentos de diversão, alegrias, bagunça e até mesmo de cartões. Titia ama muito vocês!

Aos meus cunhados, Cícero, Erivam, Inaldo e Pituca, pelo apoio e carinho. Enfim, agradeço a todos os meus familiares pela torcida.

Às minhas amigas, Naelma, Luângela, Milena, Monnalina e Elíziane pelos valiosos conhecimentos construídos, pelas conversas descontraídas e divertidas, pelo incentivo, carinho e consideração. Foi muito bom conhecer pessoas tão especiais como vocês!

Aos meus amigos Soliana, Valdemir e especialmente Naiara, que nos últimos dias tolerou meus estresses e ao mesmo tempo me aconselhou e pediu para ter paciência que tudo iria da certo.

Aos colegas da turma 2010.2, os quais me acolheram e me proporcionaram momentos de alegria, euforia e diversão.

À minha orientadora, Prof^a. Esp. Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos, a quem agradeço pelo conhecimento construído e reconstruído, pelo respeito, carinho e compromisso que sempre demonstrou para comigo e por sempre entender minhas limitações. Muito Obrigada por ter participado desta conquista!

A todos os docentes do curso de Enfermagem da UFCG, Campus Cuité que contribuíram com o repasse de seus valiosos conhecimentos.

Aos profissionais de Enfermagem das Estratégias Saúde da Família do município de Cuité/PB, pela colaboração para o desenvolvimento da pesquisa.

*Aos membros da banca examinadora, **María Benegelanía e Luciana Dantas** por terem aceitado o convite em participar deste trabalho e pelas suas valiosas contribuições.*

Muito Obrigada a todos que, direta ou indiretamente, estiveram comigo nessa caminhada!!!

“Deus nunca disse que a jornada seria fácil, mas ele disse que a chegada valeria à pena”.

(Max Lucado)

RESUMO

SILVA, Maria Rosely Batista da. **Vivências de profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família acerca da utilização da caderneta de saúde da criança.** 2015. f 68. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Cuité, PB, 2015.

Introdução: A atenção à saúde da criança implementada pelos profissionais de enfermagem na Estratégia Saúde da Família tem como eixo ações direcionadas ao seguimento do crescimento e desenvolvimento, e as medidas de prevenção como imunização e suplementação de ferro e vitamina A. Como subsídio para o monitoramento destas, existe à caderneta de saúde da criança, um instrumento capaz de reunir os registros mais significativos da saúde infantil e promover um diálogo entre diversos profissionais. **Objetivo:** Analisar a vivência dos profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família acerca da utilização da Caderneta de Saúde da Criança em um município no interior da Paraíba. **Metodologia:** Trata-se de um estudo do tipo exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido nas unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Cuité-Paraíba, e teve como sujeitos dezesseis profissionais, sendo oito de nível superior, enfermeiras, e oito do nível médio, técnicas de enfermagem. A coleta de dados foi realizada em março de 2015, por meio de um roteiro semiestruturado para entrevista, sendo os relatos analisados pela técnica de análise de conteúdo ou temática. **Resultados e Discussão:** A apreciação dos dados possibilitou o agrupamento das informações em três categorias temáticas: 1. A Caderneta de Saúde da Criança como instrumento dialógico entre pais, serviços e profissionais acerca da situação de saúde da criança; 2. Caderneta de Saúde da Criança: uma ferramenta com potencialidade para o registro e seguimento do crescimento e desenvolvimento infantil; 3. Indisponibilidade pelo serviço e a desvalorização dos pais: fatores que influenciam a subutilização da Caderneta de Saúde da Criança pelos profissionais. As profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família atribuem à caderneta a interpretação de um documento importante por conter diversas informações de saúde da criança. Porém apreendeu-se que, apesar de citarem que utilizam o instrumento para acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil e registrar os imunobiológicos, vitamina A e suplementação de ferro, apresentam incoerências na descrição de como utilizam a ferramenta para o registro de algumas ações no cotidiano de trabalho, como acompanhar crianças do sexo masculino, com o instrumento para meninas, diante da ausência da caderneta apropriada no serviço, apresentada como uma limitação para utilização da caderneta. Assim, torna-se necessário que os órgãos competentes possam investir para garantia de acesso deste insumo à população e que gestores, profissionais e serviços estejam integrados em prol de minimizar as lacunas enfrentadas para utilização correta da caderneta. **Considerações Finais:** Destarte, espera-se que esse estudo possa subsidiar reflexões acerca do uso deste instrumento, contribuindo para uma melhor compreensão acerca da utilização da caderneta como instrumento de vigilância e seguimento adequado à saúde da criança.

Palavras-chaves: Saúde da Criança, Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Registros de Saúde Pessoal.

ABSTRACT

SILVA, Maria Rosely Batista da. **Experiences of nurses of the Family Health Strategy on using the child's health booklet**. 2015. f 68. Work Completion of course (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande - UFCG, Cuité, PB, 2015.

Introduction: Attention to children's health implemented by nurses in the Family Health Strategy has as its axis actions aimed at tracking growth and development, and preventive measures such as immunization and supplementation of iron and vitamin A. As support for monitoring of these, there is the health booklet of the child, an instrument able to gather the most significant records of child health and promote a dialogue between various professionals. **Objective:** To analyze the experience of the Family Health Strategy nurses about using the Child Health Handbook in a municipality within the Paraíba. **Methodology:** This is an exploratory study with a qualitative approach, developed in the Health Strategy units in the municipality of Cuité-Paraíba family, and had the sixteen professional subjects, eight of the top level, nurses, and eight mid-level , nursing techniques. Data collection was conducted in March 2015 through a semi-structured interview for, and the reports analyzed by content or thematic analysis technique. **Results and Discussion:** The assessment of the data enabled the pooling of information on three themes: 1. The Handbook of Child Health as dialogic tool between parents, services and professionals about children's health status; 2. Child Health Handbook: a tool with potential for the registration and monitoring of child growth and development; 3. Unavailability of the service and the devaluation of the parents: factors influencing underutilization of Child Health Handbook by professionals. The Family Health Strategy nurses attribute to book the interpretation of an important document because it contains a number of child health information. But if seized that despite citing that use the tool to monitor child growth and development and record immunobiologicals, vitamin A and iron supplementation, are inconsistencies in the description of how to use the tool to record some actions in everyday work, how to track male children, with the instrument for girls, in the absence of appropriate book in the service, presented as a limitation for use of books. Thus, it is necessary that the competent bodies to invest for this input to the population and ensuring access to managers, professionals and services are integrated for the sake of minimizing the gaps faced for correct use of books. **Final Thoughts:** Thus, it is expected that this study can subsidize reflections on the use of this instrument, contributing to a better understanding of the use of books as surveillance tool and appropriate follow-up to children's health.

Keywords: Children's Health, Nursing, Health Strategy for the Family, Health Records, Personal

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Caracterização das enfermeiras e técnicas de enfermagem da Estratégia Saúde da Família do município de Cuité-Paraíba, no ano de 2015.....	35
------------	---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CC	Cartão da Criança
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CEP	Comité de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CPMI	Coordenação de Proteção Materno-Infantil
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
DAB	Departamento de Atenção Básica
DNCR	Departamento Nacional da Criança
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNDS	Política Nacional de Demografia e Saúde
PNSMI	Programa Nacional de Saúde Materno Infantil
PSE	Programa Saúde na Escola

PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	Contextualização do Problema.....	15
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	Objetivo Geral.....	18
2.2	Objetivos Específicos.....	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3.1	Políticas de Atenção à Saúde da Criança.....	19
3.2	Atuação dos profissionais de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da criança.....	24
3.3	A Caderneta de Saúde da Criança e sua utilização pelos profissionais de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família.....	28
4	METODOLOGIA.....	31
4.1	Tipo de Pesquisa.....	31
4.2	Cenário da Pesquisa.....	31
4.3	Sujeito da Pesquisa.....	32
4.4	Critérios de Inclusão e Exclusão.....	32
4.5	Aspectos Éticos.....	32
4.6	Instrumento para Coleta de Dados.....	33
4.7	Procedimentos para Coleta de Dados.....	33
4.8	Processamento e Análise de Dados.....	33
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	35
5.1	Categorias Empíricas.....	36
5.1.1	<i>Categoria 1: A Caderneta de Saúde da Criança como instrumento dialógico entre pais, serviços e profissionais de saúde acerca da situação de saúde da criança.....</i>	36
5.1.2	<i>Categoria 2: Caderneta de Saúde da Criança: uma ferramenta com potencialidade para o registro e seguimento do crescimento e desenvolvimento infantil.....</i>	39
5.1.3	<i>Categoria 3: Indisponibilidade pelo serviço e a desvalorização dos pais: fatores que influenciam a subutilização da utilização da Caderneta de Saúde da Criança pelos Profissionais.....</i>	46

6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
	REFERÊNCIAS.....	51
	APÊNDICE.....	60
	APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	61
	APÊNDICE B- Instrumento para Coleta de Dados.....	63
	ANEXO.....	64
	ANEXO A- Termo de Compromisso dos Pesquisadores.....	65
	ANEXO B- Termo de Compromisso do Responsável pelo Projeto em cumprir os termos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.....	66
	ANEXO C- Termo de Autorização I.....	67
	ANEXO D- Termo de Autorização II.....	68

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

Os primeiros anos de vida constituem uma das fases mais relevantes para a saúde da criança. É um período de extrema vulnerabilidade em razão da imaturidade do organismo quanto aos aspectos fisiológicos, imunológicos e do desenvolvimento do sistema nervoso central (FARIA; NOGUEIRA, 2013). Assim, a atenção à saúde da criança constitui um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde da população cujo objetivo é promover um crescimento e desenvolvimento adequado (REICHERT et al, 2012).

Neste sentido, as ações de atenção à saúde da criança ganharam espaço com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) em 1984, criado pelo Ministério da Saúde (MS), tendo por finalidade reduzir os índices de morbimortalidade infantil por meio do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; incentivo ao aleitamento materno; imunização; controle das diarreias e assistência às infecções respiratórias agudas (SUTO; LAURA; COSTA, 2014).

Para o monitoramento dessas ações, o MS instituiu em 2005 o Cartão da Criança (CC), um instrumento essencial para o acompanhamento da situação de saúde das crianças com até cinco anos de idade, nascidas em território brasileiro (LINHARES et al, 2012). Contudo, ao longo dos anos, esse instrumento passou por diversas alterações, configurando-se hoje a Caderneta de Saúde da Criança (CSC), cujo olhar foi ampliado para além do simples registro de peso e orientações, abrangendo a capacidade para reunir os mais importantes e significativos registros da saúde infantil como subsídio para um segmento adequado da criança do nascimento aos dez anos de idade (BRASIL, 2005).

Apesar da CSC representar um documento indispensável para vigilância da saúde infantil, visto possibilitar um contato periódico entre a família e os profissionais de saúde, constituindo um instrumento de comunicação, educação, vigilância e promoção da saúde infantil, para que tenha essa função, é imprescindível que os profissionais envolvidos na atenção à criança, dentre eles, a equipe de enfermagem, realize o registro correto e completo das informações. Estas envolvem a identificação da criança, história obstétrica e neonatal, alimentação, crescimento e desenvolvimento, uso de suplementação de ferro e vitamina A, saúde bucal, auditiva e visual, vacinação, intercorrências clínicas e orientações para a promoção da saúde e prevenção de agravos, acidentes e violência doméstica (BRASIL, 2007).

Nessa perspectiva, faz-se necessário que esses profissionais, além das competências sobre as características relacionadas ao crescimento e desenvolvimento infantil e das ações a serem implementadas neste acompanhamento, possam registrar os achados de forma adequada, possibilitando avaliar o estado de saúde da criança e garantir o acompanhamento por outros profissionais nos serviços e pela família (SOUSA; ERDMANN, 2012). Para tanto, foi instituído pelo MS um manual com esclarecimento para os profissionais de saúde, explicitando a maneira correta da utilização deste instrumento (BRASIL, 2005).

Contudo, há escassez de produções científicas que demonstrem a importância da CSC e sua utilização pelos profissionais, bem como os poucos estudos existentes acerca desta temática evidenciam lacunas em seu preenchimento. É o que aponta uma pesquisa realizada em unidades básicas de saúde de um município em Minas Gerais, no qual das 150 CSC avaliadas, 58% apresentavam anotações do peso nas consultas, porém apenas 31,3% estavam registrados no gráfico correto, o registro da altura estava presente somente em 16,6% das CSC, e dados referentes à gravidez, parto, puerpério, desenvolvimento neuropsicomotor, alimentação, suplementos vitamínico-minerais, saúde bucal, ocular e auditiva das crianças, não estavam preenchidos em nenhuma das cadernetas avaliadas (FARIA; NOGUEIRA, 2013).

De base do exposto, a motivação inicial para esse estudo adveio da vivência acadêmica na disciplina Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente, na qual foi possível conhecer a CSC e registrar as informações pertinentes a avaliação das crianças, e observar os registros já existentes que apresentavam-se de forma incompleta e com falhas quando comparados aos atuais. O interesse pelo objeto persistiu com o relato de uma amiga que tem um filho de seis meses e não possui a CSC e que seu acompanhamento não é registrado em nenhum instrumento, o que despertou para a importância de se compreender a vivência dos profissionais de enfermagem com a utilização da CSC para o acompanhamento da criança, que aspectos potencializam e/ou limitam a utilização deste instrumento no cotidiano de cuidado à criança neste espaço de atenção primária à saúde, no sentido de elaborar estratégias que venham subsidiar a utilização de maneira adequada deste instrumento indispensável para o seguimento da saúde da criança, bem como sua eficácia frente à integralidade e longitudinalidade do cuidado infantil.

Nesse sentido, surgiram as seguintes questões norteadoras: Qual a vivência dos profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família acerca da utilização da Caderneta de Saúde da Criança no município de Cuité-Paraíba? Quais as potencialidades e

limitações enfrentadas por estes profissionais para a utilização da Caderneta de Saúde da Criança no cotidiano da Atenção Primária à Saúde da criança?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

- Analisar a vivência dos profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família acerca da utilização da Caderneta de Saúde da Criança em um município no interior da Paraíba.

2.2 Objetivos Específicos:

- Descrever, na visão dos profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família de um município no interior da Paraíba, a importância da utilização da Caderneta de Saúde da Criança;
- Identificar as potencialidades e limitações enfrentadas pelos profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família de um município no interior da Paraíba para a utilização da Caderneta de Saúde da Criança.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Políticas de Atenção à Saúde da Criança

A criança como um ser em dinâmico e contínuo processo de crescimento e desenvolvimento necessita de um acompanhamento sistemático e periódico frente às singularidades e especificidades de cada fase: recém-nascido, lactente, infante, pré-escolar e escolar (MONTEIRO et al, 2014). Nesse sentido, a atenção à saúde deste grupo vem ganhando ênfase entre as políticas públicas, sendo alvo de profissionais da saúde, gestores e políticos preocupados com a integralidade do cuidado e a promoção à saúde da população (NOVACZYKI; DIAS; GAÍVA, 2008).

Nesse ínterim, é pertinente destacar que a atenção à saúde da criança teve sua história entrelaçada em fatos sócio-político-econômicos, com maior evidência ao final do século XIX, como uma necessidade social e de desenvolvimento econômico (MEDEIROS, 2014). O primeiro programa voltado para a proteção à infância estava interligado a saúde materna e a adolescência, tendo as ações de saúde desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde, por intercessão da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Essas atividades foram assumidas pelo Departamento Nacional da Criança (DNCR) em 1940, com o objetivo de normatizar o atendimento ao binômio mãe/filho e combater a mortalidade infantil (BRASIL, 2011a).

Entretanto, com o desmembramento dos ministérios, o DNCR passou a ser de responsabilidade do MS, sendo posteriormente substituído pela Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI), a qual estava ligada à Secretaria de Assistência Médica e tinha o papel de coordenar, planejar, orientar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, infância e à adolescência (BRASIL, 2011a).

A situação de saúde materno-infantil ganhou maior visibilidade com a intenção de reduzir os índices de morbimortalidade, sendo instituído em 1975 o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI), com a finalidade de reunir recursos financeiros, preparar a infraestrutura de saúde, prevenir a desnutrição por meio de suplementação alimentar, bem como melhorar e ampliar a qualidade das ações fornecidas na gestação, parto, puerpério e aleitamento materno. E assim, aumentar a cobertura de atendimento à saúde deste grupo (BRASIL, 2011a).

No ano seguinte, a CPMI passou a chamar-se Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), vinculada à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, se tornou o órgão responsável, em nível nacional, pela assistência à mulher, criança e ao

adolescente (BRASIL, 2011a). Por meio desta, o MS formulou em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), objetivando melhorar as condições de saúde deste binômio, através da cobertura de ações integradas e resolutivas implementadas à rede de atenção à saúde. Todavia, em 1984 o PAISMC foi desmembrado, originando o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (BRASIL, 2011a).

O PAISC foi criado com a intenção de reduzir a morbimortalidade de crianças entre zero a cinco anos de idade, e alcançar melhores condições de saúde por meio do aumento na cobertura e capacidade resolutiva dos serviços deste setor. Neste, a assistência integral se configurava a diretriz política para expansão e efetivação da rede de atenção à saúde proposta pelo MS (FIGUEIREDO; MELLO, 2007). Para tanto, tinha instituído como ações o incentivo ao aleitamento materno, controle de doenças por imunização, padronização do cuidado para controle das doenças respiratórias e diarreicas, além do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil como eixo integrador das práticas assistenciais de saúde (ERDMANN; SOUSA, 2009).

Nessa perspectiva, o MS objetivava deslocar o enfoque de uma assistência médico-curativista, centrada na doença para a integralidade na atenção, o que envolve a prevenção e promoção à saúde implementada pelos serviços de atenção primária. No entanto, fazia-se necessário que os profissionais e as instituições de saúde estivessem organizados com este intuito de contemplar a criança em sua totalidade (NOVACZYK; DIAS; GAÍVA, 2008; SOUSA; ERDMANN, 2012).

É importante ressaltar que esse é um direito assegurado à criança pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) publicado com a lei nº 8.069/90, como uma evolução da Constituição de 1988, e efetivação de políticas públicas que proporcionem um nascimento, crescimento e desenvolvimento saudável, com condições digna de vida garantidas através do acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2003; FROTA et al, 2010). Entretanto, nem sempre esses direitos são garantidos no cotidiano dos serviços de saúde, sendo o ECA base legal para a implementação de políticas por se tratar de uma legislação de proteção à criança (YAMAMOTO, 2011).

Nesse panorama, mediante a portaria nº 692 de 25 de março de 1994, o MS cria o Programa Saúde da Família (PSF) com foco na família em seu contexto físico e social, objetivando a promoção da saúde por meio da ampliação do acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1994). Atuando em consonância com os princípios de integralidade,

hierarquização, territorialização e equipe multiprofissional, o PSF tinha como principal meta a redução das desigualdades regionais por meio de intervenções humanizadas e individualizadas (CIAMPO et al, 2006; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Com este foco, avaliando a precária situação de saúde que acometia o público infantil, o MS adotou a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), elaborada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef) em 1996 incorporada às ações do PAISC. Como uma metodologia de atenção à saúde da criança em consonância com a atenção primária, esta estratégia propunha a integralidade do cuidado através de um atendimento sistematizado, unindo ações curativas com medidas preventivas e de promoção da saúde (PARANHOS; PINA; MELLO, 2011).

Consistindo em um conjunto de critérios simplificados para avaliação, classificação e tratamento das crianças que procuram os serviços de saúde, essa estratégia busca contemplar a recuperação do estado nutricional, incentivo ao aleitamento materno, imunização, diminuição da frequência e gravidade das doenças, redução da mortalidade infantil, melhorando o crescimento e desenvolvimento de crianças menores de cinco anos (PINA et al, 2009; PARANHOS; PINA; MELLO, 2011; HIGUCHI et al, 2011).

De acordo com a estratégia AIDPI, cabe ao profissional de saúde, acolher a criança e seu acompanhante, bem como compreender a extensão do problema que a aflige, de maneira a propor uma avaliação objetiva e de resolutividade frente ao problema de saúde identificado. Nesta direção, para efetivar o tratamento, considera-se extremamente importante o estabelecimento de um canal de comunicação com as famílias, que permita a apreensão das recomendações referentes ao tratamento e aos cuidados a serem prestados no domicílio, bem como os sinais indicativos de gravidade, que exigem o retorno imediato ao serviço de saúde (PARANHOS; PINA; MELLO, 2011).

A estratégia AIDPI como uma ferramenta significativa na atenção à saúde da criança pela estreita relação do crescimento e desenvolvimento saudável com os fatores condicionantes e determinantes de saúde, como qualidade dos serviços de saúde, alimentação, moradia, educação, renda familiar, saneamento básico, condições ambientais, lazer e transporte, foi ampliada para contemplar a vigilância do desenvolvimento infantil (PINA et al, 2009).

A vigilância do desenvolvimento infantil foi criada com intenção de promover ações relacionadas ao desenvolvimento da criança e detecção precoce de alterações no âmbito da atenção primária à saúde. Envolve um conjugado de atividades flexíveis e contínuas,

avaliação clínica, observações acuradas e precisas do comportamento infantil, registros das medidas de crescimento e um diálogo sobre as preocupações dos pais, provendo informações e orientações relevantes que proporcionem à criança alcançar a vida adulta com boas condições de saúde (FIGUEIRAS et al, 2005; SANTOS; QUINTÃO; ALMEIDA, 2010).

A AIDPI utiliza como método para avaliar a saúde da criança informações sobre fatores de risco, opinião da mãe sobre o desenvolvimento do seu filho, verificação do perímetro cefálico, presença de alterações fenotípicas, postura, reflexos presentes, e realização das habilidades esperadas para sua faixa etária. Dados essenciais para classificar o desenvolvimento e direcionar a melhor conduta a ser adotada, enquanto intervenção precoce que venha possibilitar o desenvolvimento das potencialidades da criança (FIGUEIRAS et al, 2005).

Nesse contexto evolutivo, uma das mais importantes estratégias de atenção integral à saúde da criança, com vistas à redução da mortalidade infantil, é a *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*, lançada em 2004 pelo MS, tendo como diretrizes auxiliar na reorganização da assistência à população infantil e possibilitar a identificação de ações prioritárias para o cuidado integral e multiprofissional frente às necessidades e os direitos da criança (BRASIL, 2004).

Esse documento enfoca princípios norteadores de cuidado a saúde, como planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais, abrangendo acesso universal, acolhimento, integralidade, equidade e resolutividade por meio de atuação em equipe, participação da família, comunidade e controle social. Assim, amplia a qualidade e eficácia das ações desenvolvidas para a população e apoia o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à identificação de linhas estratégicas e prioritárias no cuidado integral à criança (CARVALHAL et al, 2013).

No cuidado à criança, do nascimento aos dez anos de idade, são propostas como linhas de cuidado, o acompanhamento da gestante e recém-nascido (nascimento saudável), incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, alimentação saudável, distúrbios nutricionais, imunização, atenção às doenças prevalentes na infância, atenção mental e bucal, prevenção de acidentes e atenção à criança portadora de deficiência (BRASIL, 2004).

Dentre estas, destacam-se como prioritárias o nascimento saudável, crescimento e desenvolvimento, distúrbios nutricionais e doenças prevalentes na infância. Para o nascimento saudável, a agenda estabelece que a atenção à mulher que deseja engravidar constitui um item importante no nascimento saudável, sendo necessário orientar acerca da importância do

intervalo entre partos e oferecer meios necessários à anticoncepção quando estes forem determinados. Assim, apresentar a gestante a relevância do pré-natal, incentivar o aleitamento materno e a importância das vacinas, bem como dispor de insumos da anticoncepção ao parto sentido de contribuir, significativamente, para um nascimento saudável (BRASIL, 2004; SILVA et al, 2009).

Para as ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a agenda sugere que os profissionais possam conhecer a população infantil da área de atuação; manter a prática de acolhimento e escuta qualificada; detectar sinais de risco frente às doenças; conferir e atualizar o cartão da criança visando garantir a imunização; e realizar a vigilância nutricional por meio das medidas antropométricas e detecção de alterações nas curvas de peso e altura (BRASIL, 2004; SILVA et al, 2009).

Com relação aos distúrbios nutricionais, a agenda propõe que o acompanhamento do estado nutricional do binômio, não seja realizado somente nas unidades, mas também nas visitas domiciliares, pois contribui para identificar fatores de risco nutricionais em crianças e gestantes, do mesmo modo, doenças crônicas, sobrepeso e obesidade. Assim, promover ações educativas incentivando o aleitamento materno e hábitos alimentares saudáveis no pré-natal e na consulta de puericultura contribui positivamente para prevenção dos desvios alimentares (BRASIL, 2004; SILVA et al, 2009).

Na linha de cuidado das doenças prevalentes na infância é essencial que o profissional de saúde, realize uma triagem rápida das condições da criança, identificando sinais clínicos que permitam avaliar, classificar e tratar, de modo a reduzir as internações hospitalares, diminuir o agravamento da doença e possibilitar intervenção em tempo hábil, por meio da AIDPI (BRASIL, 2004; SILVA et al, 2009).

Sendo assim, Carvalho et al (2013) apontam que manter a prática de acolhimento das crianças que procuram o serviço de saúde, seja ela, com intercorrências agudas ou de outra natureza é primordial no processo de cuidado no âmbito da APS. Além de identificar sinais de risco e priorizar o atendimento; referenciar quando necessário, agendar consultas de retorno, e efetuar busca ativa de crianças faltosas para a continuidade da assistência; realizar visitas domiciliares e promover grupos educativos abertos à comunidade, mães ou responsáveis.

Assim, lançar mão da CSC como instrumento para integralidade das ações propostas pelas linhas de cuidado definidas pela agenda de atenção à criança é essencial para promover o monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil.

3.2 Atuação dos profissionais de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Criança

A Atenção Primária à Saúde (APS) envolve um conjunto de ações individuais e coletivas relacionadas à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação (SAPAROLLI; ADAMI, 2010). Representa o primeiro nível de atenção dentro do sistema de saúde, sendo caracterizada como efetiva e de qualidade pela presença dos atributos, denominados essenciais (acesso no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação da assistência) e derivados (orientação familiar, competência cultural e orientação comunitária) que compõem a dimensão total da Atenção Primária (STARFIELD, 2002).

O primeiro contato implica em acessibilidade e uso de serviços para cada problema surgido ou para acompanhamento rotineiro de saúde. A longitudinalidade demanda a existência de um aporte regular de cuidados pelos profissionais de saúde e um ambiente de relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduo e família. A integralidade diz respeito, à capacidade da equipe em lidar com as necessidades de saúde do indivíduo e/ou família, e a coordenação da assistência é indispensável para garantir a continuidade e a efetivação dos itens anteriores (STARFIELD, 2002; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Com relação aos atributos derivados, a orientação familiar exige interação entre equipe e o conhecimento integral dos problemas de saúde. A orientação comunitária pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem. Já a competência cultural reforça a importância da adaptação da família e dos profissionais de saúde às características culturais da população, com o intuito de facilitar a comunicação (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; AGUIAR; MARTINS, 2012).

Nesse sentido, a APS busca qualificar as ações e serviços, para solucionar os problemas de saúde de menor complexidade que acometem a população, de modo a organizar um sistema de referência e contra referência frente às necessidades que exijam outros níveis de atenção, a fim de garantir a continuidade das ações e a resolutividade das demandas, proporcionando melhoria à saúde dos indivíduos, especialmente os grupos mais vulneráveis como as crianças (MENDES, 2011).

Com esse intuito o MS lançou o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) com o objetivo de contribuir para o enfrentamento dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil da região Nordeste do Brasil. Com a obtenção de resultados satisfatórios do

PACS, o MS implantou o PSF, atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF) (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) o PSF passou por adequações. A primeira estabeleceu revisão das diretrizes e normas para a organização do PSF e PACS pelo MS por meio da portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, (BRASIL, 2006), e a segunda reestabeleceu as diretrizes para ESF por meio da portaria nº 2.488, de 21 de outubro, trazendo uma criteriosa revisão e adequação dos documentos normativos que expressam o amadurecimento e o fortalecimento da APS, responsabilidades das esferas dos governos, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, regras de financiamento, e as especificidades da ESF. Desse modo, a nova política articula a APS com importantes iniciativas do SUS, ampliando as ações intersetoriais e de promoção da saúde, com a universalização do Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2012a).

Neste sentido, a ESF surgiu para subsidiar a mudança no modelo hegemônico de atenção à saúde e, conseqüentemente, permitir transformações de suas práticas, com a finalidade de criar vínculos entre os profissionais de saúde e a comunidade, vista a proximidade dos usuários com estes serviços (FERREIRA, 2010). É considerada um modelo de APS proposto para organizar a rede de atenção à saúde, em consonância com os princípios de acesso universal, equânime e integral à população (SAPAROLLI; ADAMI, 2010).

Assim, representa a principal porta de entrada desta rede, estando centrada na família e na participação ativa da comunidade e dos profissionais responsáveis pelo cuidado, devendo está voltado para resolutividade das necessidades de saúde da população (SAPAROLLI; ADAMI, 2010). Seu propósito não é apenas contribuir para o maior envolvimento das equipes de saúde com a população, mas ir além da ação biológica, estendendo às dimensões sociais e humanas (KANNO; BELLODI; TESS, 2012).

Tendo como definição um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturada com base no reconhecimento das necessidades da população em seu ambiente físico e social, a ESF foi instituída com a finalidade de ampliar e qualificar a cobertura desse nível de atenção nos municípios de pequeno porte. Entretanto, somente se consolidou como modelo estruturante da APS após sua expansão para municípios de médio e grande porte (BICUDO et al 2010; FERREIRA, 2010; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A ESF apresenta-se estruturada em uma unidade de saúde de referência e território delimitado por uma equipe multiprofissional, composta minimamente de enfermeiro, médico, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontólogo e auxiliar de consultório

dentário, disponíveis para atender e dar resolutividade as necessidades de saúde da população adscrita (XIMENES NETO et al, 2011).

Atualmente, de acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB), essa estratégia está implantada em 5.463 municípios brasileiros, onde 39.228 equipes são responsáveis pela atenção à saúde de mais de 120 milhões de pessoas (BRASIL, 2015). Cada equipe é responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, ficando sob responsabilidade para cada Agente Comunitário de Saúde (ACS), uma microárea com 750 pessoas para acompanhar as condições de vida e saúde das famílias (BRASIL, 2012a).

Para sua organização, a ESF incorpora princípios do SUS, como ter território adstrito de forma a permitir o planejamento, programação descentralizada e desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais em consonância com o princípio da equidade, como também possibilitar acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização das necessidades de saúde. Assim como, desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre equipe e população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2012a).

Para coordenar a integralidade faz-se necessário unir ações programáticas e demanda espontânea articulando promoção e vigilância à saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manejo de tecnologias de cuidado, trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Além disso, estimular a participação dos usuários ampliando sua autonomia e capacidade na construção do cuidado, de modo a enfrentar os determinantes e condicionantes de saúde, buscando organização e orientação dos serviços a partir de lógicas centradas no usuário e no exercício do controle social (BRASIL, 2012a).

Em se tratando de atenção a saúde da criança, a qualidade de vida e o bem-estar por meio da promoção, prevenção e recuperação da saúde têm sido priorizada na assistência integral à saúde (GURGEL et al, 2013). Deste modo, o MS definiu a ESF como eixo integrador de atenção à saúde, por permitir o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança por profissionais treinados e qualificados, visando à prevenção e detecção precoce de possíveis agravos à saúde, bem como intervenções e encaminhamentos para serviços especializados quando necessário (BRASIL, 2012a).

Nesse sentido, é imprescindível o papel desempenhado pelos profissionais de enfermagem da ESF, especialmente o enfermeiro responsável pela consulta de puericultura. Esta compreende uma ferramenta essencial para a longitudinalidade do cuidado à criança pelo acompanhamento sistemático e periódico do crescimento e desenvolvimento infantil, constituindo uma estratégia enérgica, de dimensões inter-relacionadas que visa uma

assistência integral, resolutiva, contínua e de qualidade (LIMA et al, 2009; SOUZA et al, 2012).

A consulta de puericultura compõe um elemento fundamental no cuidar a criança dentro da ESF. Quando realizada com qualidade pelos profissionais de enfermagem contribui significativamente para mudanças individuais e coletivas, relacionadas à prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, não somente da criança, mas de toda sua família (OLIVEIRA et al, 2013). Por meio dessa, é possível avaliar parâmetros de crescimento e desenvolvimento que subsidiam a detecção de alterações causadas por fatores endócrinos, genéticos, ambientais e nutricionais, bem como intervir de maneira oportuna, contribuindo para a expressão das potencialidades e saúde deste ser (LIMA et al, 2009).

Dada à relevância desse acompanhamento e sua periodicidade para a saúde da criança, o MS tem como recomendação a realização de sete consultas no primeiro ano de vida, sendo aos 15 dias de vida, um mês, dois, quatro, seis, nove e 12 meses; duas no segundo ano, aos 18 e 24 meses, e a partir disto, consultas anuais considerando o mês de aniversário da criança (BRASIL, 2012b).

Dentre as ações desenvolvidas pelo enfermeiro na consulta de puericultura encontram-se: anamnese; exame físico; acompanhamento do crescimento físico por meio das medidas antropométricas (peso, altura, perímetro cefálico e torácico) e avaliação o desenvolvimento neuropsicomotor e intelectual e do estado nutricional; incentivar o aleitamento materno exclusivo até seis meses; analisar a situação vacinal e de suplementação de ferro e vitamina A; promover a segurança e a prevenção de acidentes e lesões intencionais no ambiente doméstico; incentivar a higiene física; propiciar a socialização, estimulação cultural e a adaptação da criança em seu meio social; agendamento consultas subsequentes, assim como, registrar todos os achados identificados no prontuário e caderneta de saúde da criança (CIAMPO et al, 2006; CAMPOS et al, 2011; VIEIRA et al, 2012).

Em relação às ações de competência dos técnicos de enfermagem, destacam-se a preparação das crianças para o atendimento por outros profissionais, realização das medidas antropométricas e sinais vitais, agendamento de consultas de retorno, entrega de medicamentos, administração de imunobiológicos e aprazamento das próximas doses, orientação acerca das reações possíveis de ocorrer para determinados imunobiológicos, além do registro de todas essas ações, considerando a importância destes aspectos para o acompanhamento da situação de saúde pela família e outros profissionais (OGATA; FRANÇA, 2010; OLIVEIRA; GAÍVA; MOREIRA, 2014).

Ademais é papel dos profissionais que realizam a puericultura, avaliar e compreender a criança no contexto familiar, social, socioeconômico, histórico, político e cultural no qual está inserida (ASSIS et al, 2011; VASCONCELOS et al, 2012). Sendo relevante destacar que não só o enfermeiro, mas todos os profissionais de enfermagem devem conhecer quais suas competências e atitudes frente às ações que envolvem a puericultura e sua importância para um crescimento físico e desenvolvimento intelectual e emocional da criança (LIMA et al, 2009).

Ante o exposto, cabe aos profissionais de enfermagem da ESF utilizar a CSC como instrumento para monitoramento das ações realizadas na consulta de puericultura. Portanto, a CSC representa uma ferramenta imprescindível para seguimento da saúde infantil para profissionais, pais ou responsáveis visto reunir todas as ações de saúde por meio dos registros em espaços adequados, de modo que os dados possam ser interpretados e novas informações sejam geradas acerca da situação de saúde, crescimento e desenvolvimento infantil (OLIVEIRA; CADETTE, 2009; BRASIL, 2013a).

3.3 A Caderneta de Saúde da Criança e sua utilização pelos profissionais de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família

A caderneta de saúde da criança (CSC) é o primeiro documento direcionado a atenção à saúde da criança. Constitui um instrumento portátil, válido em todo território nacional, fornecido gratuitamente e entregue à família na maternidade, devendo acompanhar a criança em qualquer atendimento de saúde (BRASIL, 2005; FARIA; NOGUEIRA, 2013).

Esta ferramenta está organizada em duas partes. A primeira é dedicada a quem cuida da criança, contém informações dos direitos da criança e pais, orientação sobre o registro de nascimento, amamentação e alimentação saudável, vacinação, crescimento e desenvolvimento, sinais de perigo de doenças graves, prevenção de acidentes e violência. A segunda é destinada aos profissionais de saúde, com espaço para registro de informações importantes relacionadas à saúde da criança, com gráficos de crescimento, instrumento de vigilância do desenvolvimento e quadros para registros das vacinas (BRASIL, 2013a).

A CSC deve ser utilizada pelos profissionais em todos os níveis de atenção, porém, é ainda na maternidade onde devem ser registradas as primeiras anotações referentes ao parto, puerpério, identificação da criança e da sua família. Nos serviços de atenção primária representa um elemento essencial para o seguimento da criança na consulta de puericultura, na qual são realizados os registros de medidas antropométricas de peso, altura, perímetro

cefálico e torácico; marcos do desenvolvimento e das doses de imunobiológicos administradas e aprazadas no calendário vacinal (GOULART et al, 2008).

Assim, constitui um instrumento imprescindível para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, sendo o seu correto preenchimento por todos os profissionais envolvidos no cuidar, dentre eles os de enfermagem, essencial para a implementação das ações de vigilância e de promoção da saúde da criança, realizadas por pais e equipe de saúde (ALVES et al, 2009). Vale salientar, que o registro completo e correto na CSC colabora para identificação precoce de problemas de saúde, como atraso de crescimento, desnutrição e obesidade, possibilitando uma intervenção em tempo oportuno, evitando quadros crônicos ou irreversíveis de danos à saúde (FARIA; NOGUEIRA, 2013).

A literatura demonstra que os profissionais de saúde reconhecem a CSC não somente como um instrumento para às ações de vigilância do crescimento/desenvolvimento e da imunização, mas também como meio de comunicação entre os diversos membros da equipe (ANDRADE, 2011). O exercício de orientar os pais sobre as informações da caderneta compõe uma prática fundamental de promoção à saúde, estabelece um diálogo entre profissional/família sobre os cuidados com a criança no cotidiano, estimulando-os a acompanhar o crescimento e desenvolvimento dos seus filhos (ALVES et al, 2009).

No entanto, Gaíva; Silva (2014) apontam que os registros não estão sendo efetuados pelos profissionais de saúde, principalmente os referentes ao índice de Apgar, suplementação de ferro profilático, 1ª semana de saúde integral, dados sobre a gravidez, desenvolvimento neuropsicomotor e internações hospitalares, configurando os piores itens de preenchimento na CSC.

Esse preenchimento insatisfatório pode estar relacionado às diversas dificuldades em se utilizar a CSC, como a falta de conhecimento e capacitação para o uso correto da mesma, tempo insuficiente para dialogar com a família, indisponibilidade do instrumento no serviço, não adesão de todos os membros da equipe a esta ação, além da desvalorização e o desconhecimento das mães/família sobre a CSC, o que evidencia que a saúde da criança não está sendo vista de maneira integral (ABREU; VIANA; CUNHA, 2012).

Para que de fato a CSC tenha seu papel de vigilância é fundamental que se divulgue acerca da importância do cumprimento do cronograma das consultas de puericultura pelos pais e profissionais de saúde, que mensurações corretas e precisas de medidas antropométricas sejam realizadas e que haja adequada intervenção por todos os profissionais envolvidos com a saúde materno-infantil (BRASIL, 2005; CARVALHO et al, 2008).

Ante o exposto faz-se necessário investir na formação e capacitação dos profissionais, em especial os de enfermagem por manterem o contato periódico com a criança, no intuito de despertá-los para a importância de conhecer a caderneta de saúde da criança e sua utilização de maneira efetiva para a promoção, prevenção e integralidade à saúde da criança (ABREU; VIANA; CUNHA, 2012).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória é um tipo de estudo que habitualmente envolve levantamento bibliográfico e documental, tem como finalidade esclarecer, desenvolver e transformar conceitos e ideias objetivando formular problemas sucintos ou hipóteses pesquisáveis para serem estudados posteriormente, sendo frequentemente utilizadas por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática (GIL, 2009).

Quanto à abordagem qualitativa compreende um método que se aplica ao estudo da história, das crenças e das percepções e opiniões produzidas pelas interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem e constroem seus artefatos (MINAYO, 2010).

4.2 Cenário da Pesquisa

Esta pesquisa teve como cenário as Unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Cuité-PB. Este município está situado na região centro-norte do estado da Paraíba, mesorregião do agreste paraibano e microrregião do curimataú ocidental. De acordo com o censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a cidade apresentava uma população de 19.978 e uma estimativa para o ano de 2014 de 20.312 habitantes (IBGE, 2010).

A rede de atenção à saúde é composta por nove unidades de saúde da família, sendo quatro localizadas na zona rural e cinco na zona urbana, todas com uma equipe multiprofissional formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, auxiliar de consultório dentário e agente comunitário de saúde. Um Núcleo de Apoio à Saúde da Família do tipo I (NASF I), abrangendo todas as unidades básicas de saúde, fornecendo à população outros serviços por profissionais especializados como fonoaudiologia, ginecologia, nutricionista, fisioterapia e psicologia, um hospital municipal de pequeno porte, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Atenção psicossocial (CAPS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), além de um Núcleo Regional de Saúde. Todos esses serviços estão aptos para atender as necessidades da população.

A escolha por este cenário deveu-se ao fato de estar localizado na área de abrangência da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) - Campus Cuité e constituir-se como campo de prática para os discentes do curso de Bacharelado em Enfermagem desta instituição.

4.3 Sujeito da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram constituídos de 16 profissionais de enfermagem, sendo oito de nível superior ou enfermeiras e oito de nível técnico ou técnicas de enfermagem que atuam nas unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Cuité-Paraíba, selecionadas mediante os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos neste estudo.

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas na pesquisa, as enfermeiras e técnicas de enfermagem que atendem crianças cadastradas na área de abrangência das unidades da Estratégia Saúde da Família e que estavam em atividade no momento da coleta de dados. Não participaram os profissionais que estavam de férias ou licenciados no período da coleta de dados.

4.5 Aspectos Éticos

A pesquisa foi realizada de acordo com os pressupostos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande (CEP/CFP-UFCG) sob o número 953.867. As informações da pesquisa foram descritas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE, o qual foi disponibilizado as participantes, para que autorizassem formalmente a participação na pesquisa por meio de assinatura do referido termo. Foi garantido as participantes o direito ao anonimato, confidencialidade e privacidade diante da publicação dos resultados, já que suas falas foram identificadas pela letra inicial da categoria profissional, sendo a letra “E” para Enfermeiro e “T” Técnico de Enfermagem, adicionado do número arábico referente à ordem da entrevista. Além destes, foram consideradas as diretrizes do código de ética dos profissionais de enfermagem - Resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que aborda no capítulo III as responsabilidades, deveres e proibições referentes ao ensino pesquisa e produção científica (BRASIL, 2012c; COFEN, 2007).

4.6 Instrumento de Coleta de Dados

Para coleta de dados foi utilizado como instrumento um roteiro semiestruturado para entrevista, composto por duas partes. A primeira parte abrange informações sobre a caracterização dos sujeitos participantes (idade, sexo, formação e tempo de formação, se têm especialização e tempo de serviço na Estratégia Saúde da Família). A segunda contém três questões norteadoras com o objetivo de analisar como os profissionais de enfermagem que atuam na unidade da Estratégia Saúde da Família estão vivenciando a utilização da caderneta de saúde da criança no cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APÊNDICE B).

A escolha desse tipo de instrumento se justifica por possibilitar maior flexibilidade das perguntas permitindo uma melhor assimilação do fenômeno estudado, já que a entrevista é a estratégia mais utilizada no processo de trabalho de campo (GIL, 2009). Além disso, permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas, tendo como proposta construir informações pertinentes para o objeto de pesquisa (RICHARDSON, 2008; MINAYO, 2010).

4.7 Procedimentos para Coleta de Dados

As entrevistas foram realizadas após agendamento com as enfermeiras e técnicas de enfermagem, respeitando horários convenientes, pois ocorreram no âmbito dos serviços e durante o horário de expediente. Foram realizadas individualmente e gravadas com auxílio de um aparelho MP3 player para garantia de registros mais fidedignos das informações. Ao término de cada entrevista foi realizada a transcrição na íntegra do material empírico, para posterior análise e interpretação dos dados.

4.8 Processamento e Análise de Dados

O material empírico foi analisado pela técnica de análise de conteúdo proposta por Minayo (2010), que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Por meio desta técnica, o pesquisador busca compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens dos sujeitos da pesquisa.

Operacionalmente a análise de conteúdo prevê três etapas fundamentais: Pré - Análise, Exploração do Material, Tratamento dos resultados obtidos e Interpretação.

A primeira é a Pré – Análise que consiste na escolha dos documentos a serem analisados; na retomada de hipóteses dos objetivos iniciais da pesquisa; e na elaboração de

indicadores que orientam a interpretação final. É decomposta em tarefas: Leitura Flutuante (requer contato direto e intenso com o material, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo), Constituição dos Corpus (organização do material de forma que possa responder algumas normas de validade como a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência) e Formulação e Reformulação de Hipóteses e Objetivos (valorização dos procedimentos exploratórios, para que a riqueza não seja escondida, possibilitando a correção de rumos interpretativos).

A segunda é a Exploração do Material, e consiste, essencialmente, numa operação classificatória que visa alcançar a compreensão do texto, para isso torna-se necessário a categorização por meio da redução do texto às palavras e expressões significativas. A terceira é o Tratamento dos resultados obtidos e Interpretação, na qual os resultados são submetidos a operações estatísticas simples ou complexas, em seguida o analista propõe inferência e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico (MINAYO, 2010).

Assim, após a análise do conteúdo, foram elencadas como resultado três categorias temáticas, posteriormente apresentadas no capítulo de resultados e discussões.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram da pesquisa oito enfermeiras e oito técnicas de enfermagem, as quais foram identificadas, respectivamente, com as letras “E” e “T” seguidas do número arábico referente à ordem da entrevista, sendo, portanto garantido o anonimato das entrevistadas. De acordo com o Quadro 1, pode-se observar que possuíam idades compreendidas entre 26 e 46 anos e tempo de formação variando entre 10 meses e 20 anos. Em relação à especialização realizada, a área mais citada pelas enfermeiras foi Saúde da Família, e apenas uma profissional referiu não ter especialização. Esta informação não foi questionada às profissionais de nível técnico. Quanto ao tempo de trabalho na unidade da Estratégia Saúde da Família variou de 6 meses a 10 anos.

QUADRO 01 - Caracterização das Enfermeiras e Técnicas de Enfermagem das unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Cuité-PB

Categoria profissional	Idade	Sexo	Tempo de Formação	Especialização	Tempo de trabalho na unidade de ESF
E1	30 anos	Feminino	7 anos	Saúde da Família	6 anos
E2	27 anos	Feminino	5 anos	Urgência e Emergência	6 meses
E3	45 anos	Feminino	10 anos	Saúde da Família	10 anos
E4	26 anos	Feminino	4 anos	Urgência e Emergência	2 anos
E5	43 anos	Feminino	5 anos	Saúde da família	5 anos
E6	40 anos	Feminino	1 anos e 5 meses	Saúde da família	7 meses
E7	27 anos	Feminino	10 meses	_____	7 meses
E8	29 anos	Feminino	7 anos	Saúde da família e Enfermagem do trabalho	6 anos
T1	32 anos	Feminino	8 anos	_____	7 anos
T2	46 anos	Feminino	20 anos	_____	6 anos
T3	28 anos	Feminino	12 anos	_____	4 anos

T4	32	Feminino	13 anos	_____	8 anos
T5	28	Feminino	9 anos	_____	1 ano
T6	36 anos	Feminino	8 anos	_____	6 anos
T7	28 anos	Feminino	9 anos	_____	2 anos
T8	26 anos	Feminino	5 anos	_____	4 anos

5.1 Categorias Empíricas

A partir dos discursos das enfermeiras e técnicas de enfermagem entrevistadas foi possível apreender a vivência profissional das mesmas nas unidades da ESF, no que se refere à utilização da caderneta de saúde da criança. Para tanto, os discursos foram organizados de acordo com os objetivos propostos, de modo, que após análise detalhada foram definidas três categorias temáticas: 1. A caderneta de saúde da criança como instrumento dialógico entre pais, serviços e profissionais de saúde acerca da situação de saúde da criança; 2. Caderneta de Saúde da Criança: uma ferramenta com potencialidade para o registro e seguimento do crescimento e desenvolvimento infantil; 3. Indisponibilidade pelo serviço e a desvalorização dos pais: fatores que influenciam a subutilização da caderneta de saúde da criança pelos profissionais.

5.1.1 Categoria 1: A Caderneta de Saúde da Criança como instrumento dialógico entre pais, serviços e profissionais de saúde acerca da situação de saúde da criança

A caderneta de saúde da criança configura-se um eixo referencial para pais, serviços e profissionais de saúde envolvidos no cuidado integral à criança, em todos os níveis de atenção à saúde (COSTA et al, 2014; PALOMBO et al, 2014). Constitui um instrumento com capacidade para integrar informações imprescindíveis para o cuidado, como histórico de saúde, vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil e orientações sobre os sinais de perigo, diarreia, desidratação, alimentação saudável, imunização, prevenção de acidentes e suplementações de micronutrientes (BRASIL, 2013a).

A partir das falas das entrevistadas, apreende-se que as profissionais de enfermagem consideram a CSC um instrumento dialógico para o acompanhamento da situação de saúde da criança no contínuo processo de comunicação que se estabelece entre profissionais e familiares envolvidos, direta ou indiretamente, no bem-estar desta população.

“Seria um documento de acompanhamento tanto dos pais como dos profissionais de saúde acerca da saúde da criança” E1.

“[...] Permite a todos os profissionais registrar os mais significativos cuidados prestados a criança” T4.

“Ela é tipo um documento que tem todos os registros que acontece com a criança até os dez anos de idade” E8.

“Trás informações claras não só para profissionais como também para os pais acompanharem o desenvolvimento do seu filho” E5.

Coadunando esse achado, estudo realizado por Alves et al (2009) em Belo Horizonte, objetivando analisar os fatores associados à qualidade do preenchimento da CSC, descreve como um dos atributos mais importantes da caderneta a capacidade de estabelecer comunicação entre pais, profissionais e diversos serviços que atendem a criança. É pertinente ressaltar que uma comunicação efetiva entre profissionais e família contribui para o processo de cuidar da criança nos serviços de saúde, visto que os pais são excelentes observadores das condições de saúde da criança, e a opinião deles, quando bem interpretada e valorizada pelo profissional, proporciona uma visão ampla das necessidades de saúde dessa população (RODRIGUES et al, 2013).

A caderneta se apresenta como uma tecnologia de cuidado capaz de possibilitar interação e integração entre os profissionais de saúde e familiares e ou cuidadores, considerando as informações registradas sobre a criança desde o pré-natal e durante o seguimento do seu crescimento e desenvolvimento. No entanto, para que isto ocorra faz-se necessário que, ao estabelecer um diálogo com a família, o profissional esteja atento ao entendimento da família acerca do conteúdo que está sendo abordado no instrumento, utilizando-se de escuta e interação com este público (ALVES; AERTS, 2011).

Neste sentido, vale destacar que a utilização da caderneta como instrumento dialógico, pode subsidiar também o desenvolvimento de práticas educativas, visto que estas devem se apoiar em atividades interativas de sensibilização, informação, conscientização e empoderamento da família na promoção da saúde da criança. Assim, a caderneta pode favorecer a troca de conhecimento entre profissionais e família, sobre a situação da criança, fortalecendo o envolvimento familiar nas ações de cuidado para o desenvolvimento saudável da criança, a partir das informações apresentadas (MELLO; ANDRADE; SILVA, 2013).

Percebe-se que a CSC é reconhecida como um instrumento que facilita a realização do atendimento à criança, pois quando utilizada adequadamente permite acesso às informações detalhadas como situação vacinal ou qualquer outro aspecto, possibilitando a continuidade do

cuidado por qualquer profissional em diferentes serviços de atenção primária à saúde da criança.

“[...] Facilita muito, não só na unidade de saúde, mas também para qualquer outro atendimento que venha a ter por outro profissional” E6.

“[...] Serve como um documento quando a criança vai para outro serviço de saúde” E4.

“[...] Por mais que a criança não faça todo esquema vacinal aqui na unidade, tenho como saber através dos registros e aprazamentos dos outros colegas e isso é muito bom!” T4.

No entanto, mesmo diante da importância da caderneta como ferramenta para comunicação entre os envolvidos no processo de cuidado à criança, chama a atenção neste estudo, o fato de apenas uma participante ter destacado o instrumento para orientação às mães sobre as condições de saúde da criança.

“Utilizo para orientar a mãe na parte de anotações, com relação a medicamentos, e incentivar a mãe a registrar os marcos do desenvolvimento naquele cartão” E4

Este achado é considerado preocupante tendo em vista a relevância desta ação no processo de cuidado como ação cooperativa e articulada (ANDRADE; REZENDE; MADEIRA, 2014). Ademais, é digno de registro o fato de a participante utilizar a caderneta para incentivar a mãe a registrar os marcos do desenvolvimento infantil na mesma, o que demonstra fragilidade no conhecimento acerca do instrumento, visto que direciona à mãe uma atribuição que é do profissional.

A esse respeito, estudo evidencia que alguns profissionais de saúde não estão aptos para orientar os pais quanto à melhor forma de acompanhar o crescimento dos seus filhos, o que pode estar relacionado ao conhecimento insuficiente sobre a CSC, bem como ao preenchimento incorreto dos dados referentes ao crescimento e desenvolvimento infantil (FARIA; NOGUEIRA, 2013).

Na prática de cuidado à criança cabe ao profissional orientar os pais acerca das informações contidas na caderneta como uma ação fundamental para a promoção da saúde, pois o profissional estabelece um diálogo com a família e/ou responsável a respeito de como

ele pode acompanhar, participar e estimular o crescimento e desenvolvimento durante os cuidados diários com a criança (GAÍVA; SILVA, 2014). Todavia, a avaliação e registro do desenvolvimento devem ser contemplados pelo enfermeiro na consulta de puericultura, como forma de identificar precocemente atraso no desenvolvimento da criança, bem como orientar os pais sobre a estimulação precoce da criança para o alcance das suas potencialidades (SANTOS, QUINTÃO, ALMEIDA, 2010).

Vale ressaltar, que a CSC contém entre as informações de saúde da criança, orientações sobre a vigilância do desenvolvimento infantil, que permite a avaliação dos marcos do desenvolvimento de zero aos três anos de idade pelo profissional de saúde, considerando a opinião das mães sobre a criança. Entretanto, é papel do profissional estimular a mãe a observar os marcos do desenvolvimento como a postura, emissão de sons, habilidades, linguagem, movimentos, interação social, entre outros achados, visto que suas informações podem contribuir para promoção e prevenção de agravos nos primeiros anos de vida (SANTOS; QUINTÃO; ALMEIDA, 2010).

Esse contexto desponta reflexões sobre a utilização insatisfatória da CSC, que pode estar relacionada a lacunas na realização de capacitação para os profissionais, o que pode comprometer a orientação de mães ou responsáveis sobre a importância deste instrumento no acompanhamento da saúde da criança (LINHARES et al, 2012). Logo, faz-se necessário que a CSC possa ser incorporada às práticas assistenciais dos profissionais de saúde, como um documento que produz, armazena e monitora informações sobre a saúde da criança, frente as suas singularidades no processo de crescimento e desenvolvimento, na perspectiva da integralidade da atenção.

Desse modo, para que a caderneta se efetive como um instrumento comunicativo de vigilância à saúde infantil faz-se necessário compromisso por parte dos profissionais, principalmente dos de enfermagem, em relação às informações registradas na caderneta, tendo em vista a frequência de consultas de puericultura realizadas nos primeiros dois anos de vida, cujas informações são amplas e contínuas, e possibilitam ao profissional interpretar os dados e tomar a conduta adequada para promoção à saúde da criança (ABREU; VIANA; CUNHA, 2012).

5.1.2 Categoria 2: Caderneta de Saúde da Criança: uma ferramenta com potencialidade para o registro e seguimento do crescimento e desenvolvimento infantil

No campo da saúde infantil, o crescimento e desenvolvimento constituem um dos principais indicadores das condições de saúde infantil, sendo a caderneta de saúde da criança

o instrumento instituído pelo MS em substituição ao Cartão da Criança, a ser utilizado pelos profissionais, como os de enfermagem, para registrar e monitorar, periodicamente estes processos (ROCHA; PEDRAZA, 2013).

No estudo em tela, percebe-se que as entrevistadas consideram a CSC uma ferramenta com potencialidade para registro de informações referentes ao nascimento, crescimento e desenvolvimento infantil, medidas antropométricas, suplementações de micronutrientes, imunização, alimentação e identificação de alterações nutricionais, que possibilitam o segmento da atenção à criança pelos profissionais de saúde.

“É um instrumento muito importante na vida da criança. Trás informações do nascimento, peso ao nascer, estatura, e acompanhar se a criança tá desnutrida ou acima do peso” E3.

“Relata todas as informações e orientações para acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança” E5.

“Instrumento fundamental para observar as vacinas e avaliar se a criança tá desnutrida ou se tá com crescimento adequado” T5.

“É onde a gente vai fazer o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, peso, perímetro cefálico, estatura, vacinação e fases do desenvolvimento mental e cognitivo” E2.

“Contêm as vacinas, vitamina A, suplementação de ferro, peso, altura e perímetro cefálico, alimentação saudável, parte da saúde bucal, enfim crescimento e desenvolvimento”. E8

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como uma das linhas de cuidado para atenção integral à saúde da criança ocorre por meio das informações anotadas na CSC, uma planilha importante na gestão do cuidado à criança que possibilita o registro e o seguimento contínuo e ordenado de todos os eventos que ocorrem no ínterim destes processos (OLIVEIRA et al, 2012).

A avaliação do crescimento se constitui como a melhor medida para definir o estado nutricional das crianças, pois permite avaliar o potencial de desenvolvimento físico alcançado, visto que, os distúrbios nutricionais afetam a saúde da criança (FONTES; MELLO; SAMPAIO, 2012). Para tanto, as curvas de crescimento lançadas pela OMS em 2006 e presentes na CSC direcionam a avaliação do estado nutricional da criança por meio das

medidas antropométricas (perímetro cefálico, peso, comprimento/altura e índice de massa corporal), nas quais são utilizados pontos de corte nas distintas curvas representadas em escores z, indicando as unidades de desvio padrão da mediana (BRASIL, 2013a).

Assim, para análise dos parâmetros antropométricos leva-se em conta a variabilidade individual, de modo, que o melhor critério para a normalidade seja um intervalo de valores situados entre o escore Z +2 e o escore Z -2. Dessa forma, a curva de crescimento de uma criança dentro da normalidade, tende a seguir um traçado paralelo ao escore Z 0 nos gráficos da CSC o qual é representado por uma linha verde, ou seja, um registro que esteja fora da área compreendida entre as duas linhas vermelhas, indica uma possível alteração de crescimento que deve ser investigado pelos profissionais de saúde, em destaque os de enfermagem com intuito de determinar a causa e orientar a conduta correta (AQUINO, 2011).

Estudo realizado no estado do Ceará com o propósito de avaliar o crescimento e desenvolvimento de crianças institucionalizadas, observou que em relação ao peso/idade 61,4% das crianças estavam na faixa de normalidade, 20,4% com peso baixo, 4,5% peso muito baixo e 2,3% foram classificadas na faixa de sobrepeso (CHAVES et al, 2013). Dessa forma, destaca-se a importância da avaliação antropométrica pelo enfermeiro, bem como mensurações precisas e rotineiras para determinar o estado nutricional na infância e intervir em tempo hábil, sem prejuízos a saúde desse grupo (ALVES et al, 2011).

Deste modo, nota-se que as curvas do crescimento presentes na caderneta constituem um valioso instrumento para o monitoramento do crescimento infantil na atenção primária, uma vez, que os dados registrados servem como indicadores para a adoção de condutas adequadas e específicas frente a alterações no estado nutricional como sobrepeso, obesidade ou magreza e magreza acentuada, contribuindo assim, para um desenvolvimento saudável.

De igual modo, as ações de suplementação de micronutrientes como ferro e vitamina A também devem ser registradas na CSC, visto a sua importância para o adequado funcionamento do organismo, prevenção primária para anemia e hipovitaminose A e otimização do processo de crescimento e desenvolvimento infantil saudável (PEDRAZA; QUEIROZ, 2011).

De acordo com MS (2013c) para prevenir a anemia por deficiência de ferro torna-se necessário um balanceamento da suplementação medicamentosa em doses adicionadas à alimentação saudável, visto que nos primeiros anos de vida a criança é mais vulnerável a carência de ferro frente às necessidades elevadas para o crescimento e desenvolvimento adequado. Da mesma forma, a suplementação oral de vitamina A, configura uma estratégia eficaz para prover esse nutriente e evitar o surgimento de doenças oportunistas diante dessa

deficiência (BRASIL, 2013b). Assim, salienta-se a importância de fornecer adequadamente esses micronutrientes na faixa etária prescrita e contribuir para prevenção de agravos a saúde.

Estudo realizado com 164 crianças em Acrelândia, objetivando investigar o estado nutricional e a alimentação complementar em crianças de 6 a 24 meses, revelou que a deficiência de ferro na infância é um grave problema de saúde pública, visto os resultados mostrarem um déficit da ingestão de ferro de 94% em crianças de 9 a 11 meses e 58% no grupo de 12 a 24 meses. Também foi identificado que 78% das crianças de 6 a 24 meses, 85% de 6 aos 8 meses e 77% de 9 aos 24 meses, consumiam dietas com pouca biodisponibilidade de ferro. Diferentemente da deficiência de vitamina A, nas crianças investigadas houve uma prevalência de apenas 14,9% com este tipo de deficiência (GARCIA; GRANADO; CARDOSO, 2011).

No Brasil em 2006, dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) a prevalência de anemia em crianças foi de 20,9% na faixa etária de 0 a 59, sendo as maiores prevalências observadas nas regiões Nordeste 22,5%, Sudeste 22,6% e Sul 21,5%, enquanto as regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram prevalências mais baixas com 10,4 % e 11%, respectivamente (BORTOLINI; VITOLO, 2010). Diante da importância da suplementação dos micronutrientes para a saúde da criança é mister ressaltar a necessidade de os profissionais aprofundarem os conhecimentos e a comunicação com pais e responsáveis acerca deste aspecto, assim como, passem a incluir esta ação de prevenção primária na prática assistencial, considerando as fragilidades na adesão desta ação de cuidado à criança (MACHADO; NUNES; NUNES, 2014).

O acompanhamento do desenvolvimento da criança pelos profissionais possibilita a promoção, proteção e a detecção precoce de alterações passíveis de modificação, uma vez, que os processos de crescimento e desenvolvimento se iniciam na vida intrauterina e envolve crescimento físico, maturação neurológica e a construção de habilidades relacionadas ao comportamento, visando tornar a criança competente para responder às suas necessidades (BRASIL, 2012 b).

Estudo realizado em Ipatinga avaliou os marcos do desenvolvimento infantil segundo a classificação presente na CSC, e apresentou que 5% da população estudada encontrava-se com provável atraso, 20% possível atraso e 75% desenvolvimento normal. Desse modo, apreende-se que o desenvolvimento infantil adequado, contribui para a geração de indivíduos com maior senso crítico, aptos a enfrentarem dificuldades, tornarem-se adolescentes, jovens e adultos saudáveis e socialmente produtivos, visto que, quanto mais cedo for diagnosticado a

alteração no desenvolvimento, menor será o dano à criança (SANTOS; QUINTÃO; ALMEIDA, 2010).

Também referente à prática da vigilância do desenvolvimento infantil, estudo de revisão da literatura, avaliou e apontou a existência de lacunas na formação da prática clínica dos profissionais, indicando a necessidade de remodelagem dos profissionais e divulgação dos manuais do MS para melhorar a implementação desta ação e a detecção precoce de possíveis atrasos no desenvolvimento infantil (ZEPPONE; VOLPON; CIAMPO, 2012).

Além dessa, outra ação importante a ser registrada na caderneta é a imunização, pois permitem aos profissionais monitorizar a situação vacinal das crianças que comparecem ao serviço de saúde, visto constituir uma ação prioritária para o controle e erradicação das doenças imunopreveníveis na infância, sendo fundamental para a promoção de um crescimento e desenvolvimento saudável (ABUD; GÁIVA, 2014).

Neste estudo, é possível perceber que apesar do reconhecimento pelas participantes das ações a serem realizadas na atenção à saúde da criança, no que se refere à utilização da caderneta para registro e análise destas ações, na vivência profissional a implementação dos registros está voltada para as medidas antropométricas e a administração das vacinas.

“A criança vem, passa por mim, aí faço a avaliação nas curvas da estatura, peso e perímetro cefálico, para vê se estar adequado para aquela faixa etária e também avalio se ela está com o cartão de vacina atrasado”E2.

“Todos os meses eu faço uma bolinha e um traçado nos gráficos de peso, altura e perímetro cefálico, com isso posso avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança todos os meses”E3.

“Porque assim, lá fica marcado né?? Para acompanhar se a criança tá desenvolvendo, e observar as vacinas e vitamina A, pois fica gravado né?”E5.

“Registro as vacinas colocando a data e a unidade que foi dada a vacina, assino, faço o aprazamento das próximas doses e verifico as suplementações”T4.

Este achado é preocupante considerando que para integralidade do cuidado outros aspectos relacionados à saúde infantil precisam ser considerados e registrados na caderneta

para continuidade da atenção à criança, a exemplo da prevenção de acidentes, avaliação em saúde bucal, visual e auditiva, alimentação, higiene, e os marcos do desenvolvimento, cujas alterações podem comprometer a qualidade de vida desses indivíduos. Quanto a este último, chama a atenção o fato de em uma das falas a profissional referir que fazendo um ponto no gráfico pode avaliar o desenvolvimento da criança, como se avalia o crescimento, demonstrando limitação quanto à forma de registrar a avaliação do desenvolvimento da criança.

Nesta perspectiva, a estratégia de AIDPI mostra-se como um importante instrumento de triagem para o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil, uma vez, que fornece resultados eficazes e engloba aspectos importantes, como: identificar os fatores de risco para o atraso no desenvolvimento; verificar as medidas do perímetro cefálico; avaliar o desenvolvimento motor grosso, motor fino, linguagem e interação pessoal. Além disso, os resultados mediante esta avaliação são capazes de determinar se a criança está se desenvolvendo como o esperado para sua idade cronológica (LEITE; ANDRADE; LIMA, 2011).

Estudo aborda, que apesar dos profissionais de enfermagem entenderem a importância da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de puericultura, existem limitações quanto ao conhecimento desses profissionais acerca da relevância deste acompanhamento, dificultando a implementação de outras ações de promoção da saúde infantil (LIMA et al, 2013).

Mesmo com ênfase nas ações de avaliação do crescimento e imunização, chama a atenção o fato das profissionais de enfermagem destacarem a CSC como um instrumento potencializador para acompanhar a saúde infantil, visto que facilita a identificação da criança, bem como, o acompanhamento das ações pelos aspectos contemplados em seu conteúdo.

“Instrumento de fácil identificação da criança para melhor acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e vacinação, [...]”

T4.

“Tendo a caderneta em mãos fica mais fácil de acompanhar o peso, altura e as vacinas”T3.

“É um instrumento que facilita muito nossa vida, porque vem com todas as informações da criança, essa para mim é a grande potencialidade”T1.

“Avaliar a questão do desenvolvimento dela, porque aqueles gráficos ajudam muito!”E4.

A partir das incursões das entrevistadas, a caderneta é um elemento completo e facilitador, onde são anotadas e atualizadas informações importantes sobre história da sua saúde; monitoramento do crescimento mediante gráficos de peso, perímetro cefálico e estatura; e controle das imunizações. Para Andrade (2011) os gráficos favorecem os profissionais distinguirem a cada consulta a evolução da criança, pois por meio dos registros nestes, comparam-se as medidas corpóreas da criança com curvas de referência apropriadas, o que permite identificar problemas relacionados com o crescimento, a saúde e a nutrição.

Apreende-se que a CSC é elencada como um elemento primordial para acompanhamento da população infantil, entretanto, faz-se necessário que a mãe a leve ao serviço, pois para um segmento efetivo da criança são necessários registros, que fornecem dados necessários para avaliar fatores desencadeantes e agravantes que possam interferir nas condições de saúde desse público alvo (ALMEIDA et al, 2013).

Em relação ao preenchimento da curva de crescimento, um estudo em Feira de Santana, verificou o índice de preenchimento do cartão da criança com ênfase no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, e obteve como resposta que 41,1% dos registros estavam completos, 29,3% incompletos e 39,6% das cadernetas não havia registro algum, dessa forma, fica evidente a necessidade de uma reflexão acerca das rotinas dos serviços de saúde, pois o uso dessa ferramenta conforme preconizado constitui um importante indicador de saúde e da qualidade do serviço fornecido (VIEIRA et al, 2005).

Contraopondo-se a esse achado, uma análise do preenchimento das curvas de crescimento na cidade de Pelotas, na qual foram avaliadas 167 crianças, evidenciou a valorização dos pais quanto ao ganho de peso das crianças, porém em relação ao preenchimento do gráfico de altura para idade mostra uma porcentagem de 42,1%, o que evidencia o desconhecimento e a pouca valorização pelos profissionais de saúde e pais, com relação ao preenchimento desse dado na caderneta (LINHARES et al, 2012).

É importante destacar que, o fato de alguns profissionais de saúde não se preocupar em anotar minuciosamente os dados da consulta na caderneta pode está relacionado à preocupação com outras atribuições administrativas (SARDINHA; PEREIRA, 2011). A produtividade e as tarefas burocráticas comprometem a adesão à caderneta no cuidado à saúde da criança, já que o tempo que era reservado para explicar, dialogar, tirar dúvidas, enfim,

realizar uma assistência humanizada no serviço de saúde aos familiares, acaba ficando comprometido (ANDRADE, 2011).

Diante do exposto, apesar das atribuições dos profissionais de enfermagem, e do acúmulo de tarefas burocráticas em seu ambiente de trabalho, a presença dos registros na caderneta são requisitos básicos para que a CSC exerça o papel de comunicação, educação, vigilância e promoção da saúde infantil, sendo necessário uma melhor organização no processo de trabalho dos profissionais, de modo, que possam implementar esta ação para uma atenção integral à criança.

5.1.3 Categoria: Indisponibilidade pelo serviço e desvalorização dos pais: fatores que influenciam a subutilização da Caderneta de Saúde da Criança pelos profissionais

A CSC como um instrumento que permite identificar e produzir informações acerca da saúde da criança auxilia na vigilância do crescimento e desenvolvimento, prevenção e promoção da saúde infantil, apresenta-se como eficaz para o direcionamento das ações de saúde à criança (ANDRADE; REZENDE; MADEIRA, 2014). Contudo, neste estudo, foram revelados alguns fatores que impedem a utilização da CSC, na rotina de trabalho dos profissionais de enfermagem que atuam nas unidades da ESF.

“É a questão da caderneta do menino, porque tá faltando no município, aqui na unidade faz uns sete meses que não tem, já chegamos até a utilizar a da menina para não ficar sem esse acompanhamento. Então a falta desse cartão dificulta a mãe de estar vendo os agendamentos, vendo tudo né?”E6.

“A falta desse instrumento no serviço atualmente está sendo a limitação”E3.

“[...] Faz com que muitas vezes os registros sejam feitos em papéis improvisados, que muitas vezes por falta de cuidado das mães ou responsáveis perdem”T4.

A ausência da caderneta dificulta a avaliação da criança pelos profissionais de enfermagem, visto ser um instrumento para registro das ações de vigilância à saúde, o que prejudica o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Ademais, os profissionais enfrentam dificuldades, cobrança e decepção das mães cujo filho não recebeu o instrumento (ABREU; VIANA; CUNHA, 2012). Dessa forma, percebe-se que a ausência da

CSC no serviço, trás como consequência a não realização dos registros pelos profissionais e o não acompanhamento da vigilância do crescimento e desenvolvimento por parte dos pais e/ou responsáveis.

Neste contexto, desperta a atenção, o fato de a profissional utilizar a caderneta de menina para avaliar o crescimento do menino, o que não é adequado, considerando as especificidades de cada sexo neste processo, com curvas distintas de crescimento representadas pelas medidas antropométricas (BRASIL, 2011b). Esta situação é preocupante quando se considera como limitação para identificação de possíveis alterações em tempo oportuno, bem como a influência disto no segmento do cuidado e valorização da consulta de puericultura pela mãe ou responsável pela criança, que podem não considerar a caderneta como documento para acompanhamento da saúde infantil.

Ademais, é possível perceber que a desvalorização da CSC pelos pais ou responsáveis é expressa pela ausência do instrumento na consulta à criança, justificada pela perda do instrumento, extravio ou esquecimento, dificultando assim, a continuidade das ações de vigilância à saúde da criança fornecida pelos profissionais de enfermagem.

“A questão dos pais não terem tanto cuidado com esse documento, já aconteceu de a mãe chegar até mim e falar meu filho rasgou a caderneta! Aí temos que fazer tudo novamente”T6.

“A mãe que não trás a caderneta para a unidade, algumas não valorizam deixam os filhos brincar e rasgam”T8.

“Muitas mães perdem, muitas não vem dar à vacina, não vem para o peso, isso limita nosso conhecimento com relação aos dados da criança”T1.

“As mães não dão o valor necessário para esse documento tão importante, já peguei cadernetas sem capas, rasgadas e com páginas soltas”E7.

Autores abordam, que a desvalorização e o desconhecimento dos pais de crianças sobre a utilização da CSC pode está ligado ao fato de não reconhecerem este documento como importante na vida da criança, o que tem sido apontado como um dos principais desafios para o uso efetivo desse instrumento. Isso pode está relacionado às questões históricas e culturais, pois as ações de saúde sempre foram incumbidas aos profissionais de saúde, não havendo esti-

mulação para que as mães participassem de forma ativa nesse processo (PALOMBO et al, 2014).

Coadunando esse achado, Goulart et al (2008) em estudo realizado em Belo Horizonte, objetivando avaliar o preenchimento dos campos sobre gravidez, parto, puerpério e informações sobre recém-nascido na CSC, bem como, conhecer a percepção das mães sobre a função deste instrumento, identificou que a caderneta é mencionada como cartão de vacina por 45% das mães pesquisadas, como instrumento de comunicação com a família por 12%, e em torno de 10% acreditam que a CSC não serve para nenhuma finalidade.

Para que a família possa valorizar e se apropriar da CSC, faz-se necessário que haja a compreensão da função desse instrumento no acompanhamento da saúde infantil. Para isso, cabe aos profissionais de saúde se responsabilizar pela sensibilização dos pais e pelo uso adequado desse instrumento, assim como, orientá-los a manter a caderneta em boas condições e apresentá-la em todos os contatos com os profissionais, pois se trata de um instrumento educativo de acompanhamento da saúde da população infantil (ANDRADE; REZENDE; MADEIRA, 2014).

Para Lima et al (2013) a falta de adesão das mães no comparecimento aos agendamentos ocorre devido ao fato das mães e/ou cuidadoras desconsiderarem a importância de levar a criança saudável ao serviço de saúde. Destarte, percebeu-se, que a CSC na prática de trabalho dos profissionais de enfermagem, pode contribuir significativamente nos cuidados da saúde infantil, desde que esteja disponível primeiramente nos serviços hospitalares de atenção materno-infantil ou maternidades onde devem ser gerados os primeiros registros da criança e que seu significado seja percebido por profissionais, mães ou responsáveis.

Dessa forma, é necessário um olhar ampliando dos governantes, no sentido de disponibilidade da CSC em quantidade adequada às demandas de nascidos-vivos nos serviços de saúde, bem como capacitações e orientações para que os profissionais de enfermagem utilizem o instrumento para registrar as ações de vigilância à saúde adequadamente, em consonância com o manual do MS para a utilização e preenchimento correto dos dados na CSC. Destarte, a caderneta é um direito da criança e os registros colaboram para promover alternativas de mudança e promoção de cuidados infantis, de modo, que seja implementada nas práticas de atenção à saúde infantil subsidiando a integralidade do cuidado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Primária à Saúde da criança abrange ações de prevenção, proteção e promoção à saúde contempladas pelos profissionais nas unidades da Estratégia Saúde da Família, sendo destaque os de enfermagem, tendo em vista a atuação do enfermeiro na consulta de puericultura com acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e suplementação de minerais à criança, e dos profissionais de níveis técnico na implementação de medidas de prevenção como imunização, suplementação de vitaminas, e ações de educação em saúde. Neste contexto, faz-se necessário a utilização da caderneta de saúde da criança para registro dos dados gerados no cuidado prestado à criança e longitudinalidade da atenção.

No estudo em tela, as profissionais de enfermagem das unidades da ESF percebem e utilizam a caderneta de saúde da criança como um instrumento de comunicação entre os diversos profissionais e serviços, a partir das informações geradas, bem como, uma ferramenta para registrar os dados mais relevantes para o seguimento do crescimento e desenvolvimento infantil. No entanto, foram reveladas algumas limitações para o uso efetivo da CSC nas ações de saúde prestadas a este público, como a indisponibilidade pelos serviços de saúde e a desvalorização do instrumento pelos pais ou responsáveis.

A partir deste contexto, torna-se necessário que gestores, profissionais e serviços estejam integrados em prol de minimizar as lacunas enfrentadas para a utilização correta da caderneta. Para tanto, recomenda-se que os órgãos responsáveis pela disponibilidade do instrumento nos serviços possam garantir o acesso deste insumo à população, visto que sua ausência fragmenta a continuidade do cuidado à criança pelos profissionais.

Ademais, faz-se necessário à implementação de cursos de capacitação aos profissionais de saúde, a fim de que conheçam e compreendam o conteúdo abrangente no instrumento, e possa assim utilizá-lo corretamente nas ações de vigilância da saúde para um cuidado integral à criança. E que possam assim, promover estratégias de sensibilização para pais, cuidadores e responsáveis pela criança acerca da importância de zelar e valorizar a caderneta como documento de saúde indispensável para o seguimento do cuidado à criança.

Acredita-se que, mesmo diante do alcance dos objetivos propostos uma das limitações do estudo foi a objetividade dos relatos atrelada à ansiedade para o término da entrevista, fato que pode ter contribuído para que informações importantes não fossem relatadas, impedindo a obtenção de melhores resultados. Por outro lado, a escassez de pesquisas científicas enfocando a temática, torna a concretização deste estudo de extrema relevância, permitindo que as informações aqui encontradas acerca da vivência dos profissionais de enfermagem com

a CSC e as lacunas existentes em relação a sua utilização possam ser fonte bebida por profissionais e pesquisadores preocupados em repensar o agir e redirecionar a prática de cuidado na perspectiva da práxis para a integralidade da Atenção Primária à Saúde da criança.

Neste sentido, a realização de novos estudos é indicada, a fim de que se possa desvelar além de relatos, ações práticas acerca da utilização deste instrumento, contribuindo para uma melhor compreensão de como ocorre a utilização da caderneta como instrumento de vigilância e seguimento adequado à saúde da criança.

REFERÊNCIAS

- ABUD, S.M; GAÍVA, M.A.M. Analysis of the immunization data recorded in children's health books. **Rev Eletr Enf**, v.16, n.1, p.61-67, 2014. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a07.pdf. Acesso em: 05 de abr. 2015
- ABREU, T.G. T; VIANA, L.S; CUNHA, C.L.F. Challenges on utilization of child health booklet: Between real and ideal. **J Manag Prim Health Care**, v.3, n.2, p.80-83, 2012. Disponível em: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/viewArticle/49>. Acesso em: 28 de Out. 2014.
- AGUIAR, A. S.W; MARTINS, P. Essential attributes and qualifiers of primary health care. **Rev Bras Promoç Saúde**, v.25, n.2 p.1-2 Fortaleza, 2012. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2237>. Acesso em 10 de Dez. 2014.
- ALMEIDA, P.F; FAUSTO M. C.R; GIOVANELLA, L. Strengthening primary health care: a strategy to maximize coordination of care. **Rev Panam Salud Publica**, v.29, n.2, p.84-95, 2011. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000200003. Acesso em: 10 de Dez. 2014.
- ALMEIDA, N.M et al. Acompanhamento e crescimento das crianças maranhenses com ênfase nas ações das equipes de saúde da família. **J Manag Prim Health Care** , v.4, n.2, p.126-135, 2013. Disponível em: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/viewArticle/121>, acesso em 15 de Mai. 2015.
- ALVES, G. G; AERTS, D. Health education practices and Family Health Strategy. **Cienc saude colet**, v.16, n.1, p.319-25, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a34.pdf>, acesso em 10 de abr. 2015.
- ALVES, L.M.M et al. Infant obesity in the past and nowadays: the importance of anthropometric assessment by nurses. **Esc Anna Nery**, n.15, v.2, p.238-244, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000200004&script=sci_arttext, acesso em 03 de Mai. 2015.
- ALVES, C. R. L et al. Quality of data on the Child Health Record and related factors. **Cad saúde pública**, v.25, n.3, p.583-595, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000300013&script=sci_arttext. Acesso em: 28 de Out. 2014.
- ANDRADE, G.N; REZENDE, T.M.R. L; MADEIRA, A.F.M. Child Health Booklet: experiences of professionals in primary health care. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.5, p.857-864, 2014. Disponível em: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/viewArticle/121>, acesso em: 03 de Abr. 2015.
- ANDRADE, G. N. Vivências dos profissionais da atenção primária à saúde com a caderneta de saúde da criança. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: ftp://ftp.medicina.ufmg.br/observaped/caderneta/dissertacao_da_Gisele_10_04_13.PDF. Acesso em 28 de Out. 2014.
- AQUINO, L.A. Acompanhamento do crescimento normal. **Rev de Ped SOPERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, suplemento, p.15-20, 2011. Disponível em: http://revistadepediatriasoperj.org.br/detalhe_artigo.asp?id=553, acesso em: 04 de Jun.2015

ASSIS, W. D et al. Work process of the nurse who works in child care in family health units. **Rev Bras Enferm**, v.64, n.1, p.38-46, Brasília, DF, 2011. Disponível em, <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a06>. Acesso em 18 de Dez. 2014.

BICUDO, D. O et al. Organization of primary care child health professional's seconds: qualitative. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.9, n.1, 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2801/633>>. Acesso em: 18 de Dez. 2014.

BORTOLINI, G.A; VITOLO, M.R. Importance of food practices during the first year of life to prevent iron deficiency. **Rev Nutr**, v.23, n.6, p.1051-1062, Campinas, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1415-527320100006&lng=en&nrm=iso, acesso em 03 de Abr.2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº. 692, de 25 de março de 1994. Cria códigos e estabelece condições de cobrança para o Programa de Saúde da Família PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Diário Oficial, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Compromisso para a saúde integral da criança e redução mortalidade infantil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Manual para utilização da caderneta de saúde da criança**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta da Saúde da Criança**. 3º ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 Anos de História**. Secretaria de Atenção à Saúde Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Orientações para coleta de dados antropométricos em serviços de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, cadernos de Atenção Básica, nº 33. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho nacional de saúde. **Resolução CNS nº 466, de 12 de dez de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde: **Caderneta de Saúde da Criança. Passaporte de Cidadania**. 8ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro: Manual de condutas gerais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em 23 de Jan. 2015.

CAMPOS, R.M. C et al. Nursing consultation in child care: the experience of nurses in the Family Health Strategy. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.3, p.566-574, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000300003&script=sci_arttext. Acesso em: 22 de Nov. 2014.

CARVALHAL, L.M et al. Agenda of commitments to Comprehensive Health and Infant mortality in a city of Alagoas. **Rev Bras Promoc Saude**, v. 26, n.4, p.530-538, Fortaleza, 2013. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/3119>. Acesso em: 09 de Jan. 2015.

CARVALHO, M. F et al. Monitoring of infant growth by health services in Pernambuco State, Brazil. **Cad Saúde Pública**, v.24, n.3, p. 675-685, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000300021&script=sci_arttext. Acesso em 28 de Out. 2014.

CHAVES, C.M.P et al. Evaluation of growth and development of institutionalized children. **Rev Bras Enferm**, v.66, n.5, p.668-674, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000500005&script=sci_arttext acesso em: 10 de Jun. 2015.

CIAMPO, L. A. D et.al. Family Health Care Program and child health care. **Cienc saude colet**, v.11, n.3, p.739-743, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300021. Acesso em: 17 de Nov. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 311/2007 de 08 de fevereiro de 2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html. Acesso em: 05 de Nov. 2014.

COSTA, J. S.D et al. Child healthcare: completion of health records in municipalities in the semiarid region of. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v.14, n.3, p.219-227, Recife, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292014000300219&script=sci_abstract&tlng=pt, acesso em: 03 de Abr. 2015.

ERDMANN, A. L; SOUSA, F. G. M. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**, v.33, n2, p.150-160, São Paulo, 2009. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/150a160.pdf. Acesso em: 30 de Out. 2014.

FARIA, M; NOGUEIRA. T.A. Evaluation Of The Use Of Children`S Health Card In Basic Health Units In A Municipality Of Minas Gerais. **Rev Bras Cienc Saúde**, Ano 11, n.38. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/download/1944/1469. Acesso em: 30 de Out. 2014.

FERREIRA, L. G. F. **Atenção integral à saúde da criança de 2 a 9 anos na estratégia saúde da família em Pernambuco**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010ferreira-igf.pdf>. Acesso em: 17 de Nov. 2014.

FIGUEIRAS A. C. M et al. Organização Panamericana de Saúde. Manual de vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington, DC: OPAS, 2005.

FIGUEIREDO. G.L. A; MELLO, D.F. Child health care in Brazil: aspects of program vulnerability and human rights. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n.6, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000600018&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 17 de Nov. 2015

FONTES, G.A. V; MELLO, A.L; SAMPAIO, L.R. **Manual de avaliação nutricional e necessidade energética de crianças e adolescentes: uma aplicação prática**. Salvador: EDUFBA, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16778/1/manual-de-avaliacao-nutricional-e-necessidade-energetica.pdf>. Acesso em 04 de Mai.2015

FROTA, M. A et al. Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança. **Enferm Foco**, v.1, n.3, p.129-132, 2010. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/42>. Acesso em: 18 de Dez. 2014.

GAÍVA, M.A. M; SILVA F.B. Child Health Handbook: Integrative Review. **Rev enferm UFPE on line**. v.8, n.3, p.742-749, Recife, 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5357/8721>. Acesso em: 30 de Out. 2014.

GARCIA, M.T; GRANADO, F.S; CARDOSO, M.A. Complementary feeding and nutritional status of 6-24-month-old children in Acrelândia, Acre State, Western Brazilian Amazon. **Cad Saúde Pública**, n.27, v.2, p.305-316, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000200012&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 30 de Abr.2015

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GOULART, L.M.H et al. Child's Health Record: evaluation of pregnancy, birth and neonatal data filling. **Rev Paul Pediatr**, v.26, n.2, p.106-112, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n2/a02v26n2>. Acesso em 30 de Out. 2014.

GURGEL, P. K.F et al. Monitoring Of Growth And Development Of The Child: A Collective Action From The Nursingo. **Rev enferm UFPE on line**, v.7, n.2, p. 625-63,

Recife, 2013. Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3150/5432>. Acesso em: 09 de Jan. 2015.

HIGUCHI, C.H et al. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in the practice of nurses graduated from USP. **Rev gauch enferm**, v.32, n.2, p.241-247. Porto Alegre (RS) 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200005. Acesso em: 29 de Out. 2014.

IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatística. **Censo demográfico: Resultados Gerais da Amostra**. 2010. Disponível em:

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250510&search=paraibalcuite>. Acesso em: 21 de Nov. 2014.

KANNO, N.P; BELLODI, P.L; TESS, B.H. Family Health Strategy professionals facing medical social needs: difficulties and coping strategies. **Saúde Soc**, v.21, n.4, p.884-894, São Paulo, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000400008&script=sci_arttext. Acesso em: 07 de Dez. 2014.

LEÃO, C. D. A; CALDEIRA, A.P; OLIVEIRA, M.M.C. Aspects of primary care for children: an evaluation of care-givers. **Rev bras saúde matern Infant**, v. 11, n.3, p.230-233, Recife, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a13v11n3.pdf>. Acesso em 18 de Dez. 2014.

LEITE, M. S; ANDRADE, A. S. A; LIMA, L. M. D. AIDPI: conhecimento dos enfermeiros da atenção básica do município de Aracaju/SE. **Rev Min Enferm**, v.15, n.4, p.481-490, 2011. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=617450&indexSearch=ID>, acesso em 05 de Mai.2015.

LIMA, G. G.T et al. Registers Of The Nurse In The Growth And Development Attendance: Approach In Child Care Consultation. **Rev Rene**, v.10, n.3, p.117-124, Fortaleza, 2009. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol10n3_pdf/a14v10n3.pdf. Acesso em: 29 de Out. 2014.

LIMA S.C. D et al. Puericultura e o Cuidado de Enfermagem: Percepções de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **J res fundam care Online**, v.5, n.3, p.194-202, 2013.

Disponível em:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=683557&indexSearch=ID>. Acesso em: 03 de Mai.2015

LINHARES, A.O et al. Avaliação dos registros e opinião das mães sobre a caderneta de saúde da criança em unidades básicas de saúde, Pelotas, RS. **Rev AMRIGS**, v.26, p.245-250, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/56-03/avaliacao%20dos%20registros.pdf>. Acesso em: 29 de Out. 2014.

MACHADO, J.S; NUNES, J.S; NUNES, G.B.L. Maternal Knowledge And Practices Related To Iron Supplementation In Children Aged 6 To 18 Months. **Rev Baiana enferm**, v.28, n.1, p.13-22, Salvador, 2014. Disponível em:

<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/8315/8704>. Acesso em: 10 de Jun. 2015.

MEDEIROS, J.M.O.M. **Avaliação da Atenção à Saúde da Criança no Contexto da Atenção Primária à Saúde do Município de Mossoró-RN**. Dissertação (Mestrado em Saúde e Sociedade). Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade. Mossoró RN, 2014. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>. Acesso em 07 de Jan. 2015.

MELLO, D. F. M.; ANDRADE, R. D; SILVA, M. A. I. Atendimento dos direitos da criança e do adolescente na assistência de enfermagem na atenção primária à saúde. **In: PROENF**. Saúde da criança e do adolescente, ciclo 7, v.4, p.47-70, 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTEIRO, F.P.M et al. Acciones de Promoción de la Salud realizadas por las Enfermeras en la Evaluación de Crecimiento Y Desarrollo Infantil. **Ciencia y enfermería** v.20, n.1 p.97-110, 2014. Disponível em: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v20n1/art_09.pdf. Acesso em: 15 de Jan. 2015.

NOVACZYK, A.B; DIAS, N.S; GAÍVA, M.A.M. Attention to child's health of primary care: analyze of dissertations and thesis of. **Rev Eletr Enf**,v.10, n.4, p.1124-1237, 2008. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/pdf/v10n4a25.pdf. Acesso em 27 de Out. 2014.

OGATA, M.N; FRANÇA, Y. Nursing assistant performance in the Family Health strategy. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 4, p.506-511, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/10.pdf>. Acesso em 15 de Jan. 2015.

OLIVEIRA, V.C; CADETTE, M.M.M. Nurses. notes on child growth and development. **Acta Paul Enferm**, v.22, n.3, p.301-306, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a10v22n3>. Acesso em 26 de Nov. 2014.

OLIVEIRA, L.L et al. Child development: agreement between the child health handbook and the guide for monitoring child development. **Rev Paul Pediatr**, v.30, n.4, p.479-85, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822012000400004&script=sci_arttext, acesso em 05 de abr. 2015.

OLIVEIRA, F. F. S et al. Consulta de Puericultura realizada pelo Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**, v.14, n.4, p.694-703, 2013. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/183>. Acesso em: 22 de Nov. 2014.

OLIVEIRA, M. A.C; PEREIRA, I.C. Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy. **Rev Bras Enferm**, v.66, p.158-164, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000700020&script=sci_arttext. Acesso em 10 de Nov. 2014.

OLIVEIRA, L.R; GAÍVA, M. A. M.G; MOREIRA, M. D. S. Atividades desenvolvidas por técnicos e auxiliares de enfermagem na Pré e pós-consultas a crianças. **Rev Soc Bras Enferm Ped**, v.14, n.1, p.14-19, 2014. Disponível em:

http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol14-n1/v14_n1_artigo_pesquisa_2.pdf. Acesso em 03 de Dez. 2014.

PALOMBO, C.N. T et al. Use and Filling of Child Health Handbook Focused on Growth and Development. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, p.60-67, 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-060.pdf. Acesso em 03 de abril de 2015.

PARANHOS, V.D; PINA, J.C; MELLO, D.F. Integrated management of childhood illness with the focus on caregivers: an integrative literature review. **Rev Latino Am Enfermagem**, v.19, n.1,2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_27. Acesso em: 29 de Out. 2014.

PEDRAZA, D.F; QUEIROZ, D. Micronutrients in child growth and development. **Rev Bras Cresc e Desenv Hum**. v.21,n.1,p.156-171, 2011. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822011000100016, acesso em 14 de Mai.2015

PINA, J.C et al. Contribution of a shelter-based Integrated Management of Childhood Illnesses Program for children under the age of five years. **Acta Paul Enferm**, v.22, n.2, p. 142-148, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a05v22n2>. Acesso em 29 de Out. 2014.

REICHERT, A.P. S et al. Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. **Rev Rene**, v.13, n.1, p.114-26, 2012. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/23>. Acesso em 29 de Out. 2014.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

ROCHA, A. C.D; PEDRAZA, D.F. Child Growth Monitoring In Family Health Basic Units In The Municipality Of Queimadas, Paraíba, Brazil. **Texto Contexto Enferm**, v.22, n.4, p.1169-1178, Florianópolis, 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000400036&script=sci_arttext, acesso em: 20 de Mai.2015.

RODRIGUES, P.F et al. Interaction between the nursing staff and family from the family's perspective. **Esc Anna Nery**. v.17, n.4, p.781-787, 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000400781&script=sci_arttext, acesso em: 01 de Jun.2015.

SANTOS, M. E.A; QUINTÃO, N.T; ALMEIDA, R. X. Evaluation of the mark of child development according to strategy integrated management of childhood illness. **Esc Anna Nery**, v.14, n.3, p.591-598, 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000300022&script=sci_arttext. Acesso em 05 de Dez. 2014.

SAPAROLLI, E. C.L; ADAMI, N.P. Evaluation of nursing consultation structure for children in primary health care. **Rev Esc Enferm USP**, vol.44, n.1, p.92-98, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100013. Acesso em 10 de Jan. 2015.

SARDINHA L. M. V.; PEREIRA, M. G. Avaliação do preenchimento do cartão da criança no Distrito Federal. **Brasília méd. Brasília**, v.48, n.3, p.246-251, 2011. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=611940&indexSearch=ID>, acesso e 02 de Abr.2015.

SILVA, A.C. M. A et al. Opinions by physicians from the Family Health Program on four health care priorities proposed by the Agenda for Commitment to Comprehensive Child Health and Reduction of Infant Mortality. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.2, p.349-358. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000200013. Acesso em: 05 de Dez. 2014.

SILVA, L. A; CASOTTI, C.A; CHAVES, S.C. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Cienc saude colet**, v.18, n.1, p.221-232, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100023. Acesso em 08 de Jan. 2015.

SOUSA, F. G; ERDMANN. A. L Qualificando o cuidado a criança na Atenção Primária de Saúde. **Rev Bras Enferm**, v.65, n.5, p.795-802, Brasília, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000500012&script=sci_arttext. Acesso em: 03 de Nov. 2014.

SOUZA, R.S et al. Pediatric health care: practice of nurses in the family health program. **Reme Rev Min Enferm**, v.17, n.2, p.331-339, 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/653>. Acesso em 09 de Jan. 2015.

SUTO, C. S.S; LAURA, T. A. O.F; COSTA E.L. Puericultura: A consulta de Enfermagem em unidades básicas de saúde. **Rev enferm UFPE on line**, v.8, n.9, p.3127-3133, Recife, 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4956/10271>. Acesso em 15 de Dez. 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

VASCONCELOS, S.V. M et al. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: Percepção de mães na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**, v.16.n.2. p.326-331,2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000200017&script=sci_arttext. Acesso em: 26 de Nov. 2014.

VIERA, G.O et al. Children's care cards use in Feira de Santana, Bahia. **Rev Bras Saude Mater Infant**. v.5 n.2, Recife, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292005000200006&script=sci_arttext, acesso 23 de Nov.2014.

VIEIRA, V.C. L et al. Puericultura na Atenção Primária à Saúde: Atuação do Enfermeiro. **Cogitare Enferm.** v.17, n.1, p.119-125, 2012. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/download/26384/17577>. Acesso em 09 de Dez. 2014.

XIMENES NETO, F. R. G et al. Práticas do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção à Saúde da Criança, CARIRÉ-CEARÁ. **Rev Soc Bras Enferm Ped**, v.11, n.1, p.9-16. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/136-prticas-do-enfermeiro-da-estratgia-sade-da-familia-na-ateno-sade-da-criana-carir-cear.htm>. Acesso em: 03 de Dez. 2014.

YAMAMOTO, D.M. **O cuidado à saúde da criança e sua família: experiências de estudantes de enfermagem.** Dissertação de mestrado. Ribeirão Preto: USP, 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-31102011-082934/pt-br.php>. Acesso em: 17 de Dez. 2014.

ZEPPONE, S.D; VOLPON, L.C; CIAMPO, L.A.D. Monitoring of child development held in Brazil. **Rev Paul Pediatr**, v.30, n.4, p.594-599, 2012. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rpp/v30n4/19.pdf, acesso em 04 de Mai, 2015.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

RESOLUÇÃO 466/12

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **“Vivências de Profissionais de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família acerca da utilização da Caderneta de Saúde da Criança”**, que tem como objetivo analisar como os profissionais de enfermagem que atuam na unidade da Estratégia Saúde da Família estão utilizando a caderneta de saúde da criança. Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos responsáveis pela pesquisa, podendo dirigir-se a Professora Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos através do fone: (83)99985850 e Maria Rosely Batista da Silva, fone: (83)96265098. 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 o qual presta serviço. Sua participação nesta pesquisa será apenas responder as perguntas de uma entrevista e o único desconforto será o de esperar a entrevista. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. O(a) Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer gasto financeiro. Não haverá riscos de qualquer natureza para você. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico e melhorar o cuidado de enfermagem na saúde da criança. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em congressos e/ou revistas científicas.

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Declaro estar ciente a respeito das informações que recebi sobre o estudo, *ficando claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes*

ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

(Assinatura do profissional/Telefone)

Pesquisador Responsável
Nathanielly Cristina C. de Brito
(Enfermeira. Professora Auxiliar I da
UFCG, campus Cuité). Siape: 1838318

Pesquisador Colaborador
Maria Rosely Batista da Silva (Discente
do Curso de Bacharelado em
Enfermagem da UFCG, campus Cuité).

Cuité-PB, ____ de _____ de 2014.

Endereço profissional da pesquisadora responsável: Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Centro de Educação e Saúde (CES)- Rua Olha D' Água da Bica S/N Cuité - Paraíba – Brasil. CEP:58175-000. Telefone (83) 33721900, e-mail: nathaniellycristina@gmail.com.

Contato do Comitê de Ética: Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000. Telefone: (83)3532-2075, UF: PB, Município: CAJAZEIRAS, e-mail: **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br.

APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Título do projeto: **Vivências de Profissionais de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família acerca da utilização da Caderneta de Saúde da Criança**

CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO

Nº da Entrevista _____	
Idade _____	Sexo: Masculino () Feminino ()
Formação: Técnico de Enfermagem () Enfermeiro (a) () Tempo de Formação _____	
Fez alguma Especialização? () Sim Não ()	
Qual? _____	
Trabalha há quanto tempo na Estratégia Saúde da Família? _____	

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA

<p>Questões Norteadoras</p> <p>1- Para você o que é a caderneta de saúde da criança?</p> <p>2- Fale para mim, como você utiliza a caderneta de saúde da criança na Estratégia Saúde da Família.</p> <p>3- Para você quais as potencialidades e limitações enfrentadas para utilização da caderneta de saúde da criança na Estratégia Saúde da Família?</p>

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Compromisso dos pesquisadores

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Título do projeto: **Vivências de Profissionais de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família acerca da utilização da Caderneta de Saúde da Criança**

Pesquisadores: Maria Rosely Batista da Silva

Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos entrevistados cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Cuité, _____ de _____ de 2014.

Maria Rosely Batista da Silva
(Orientanda – Pesquisadora)

Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos
(Orientadora – Pesquisadora)

ANEXO B – Termo de Compromisso do Responsável pelo Projeto em Cumprir os Termos da
Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

**TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR
OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

Título do projeto: **Vivências de Profissionais de Enfermagem da Estratégia Saúde da
Família acerca da utilização da Caderneta de Saúde da Criança**

Eu, Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos, Enfermeira, Professora do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, portadora do RG: 2442957 SSP/PB e CPF: 032117964-10 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité, ____ de _____ de 2014.

Profa. Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos

(Orientadora)

ANEXO C – Termo de Autorização I

PREFEITURA DA CIDADE DE CUITÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**Termo de Autorização I**

Ilmo. Sr. Gentil Venâncio Palmeira Filho
Secretário Municipal de Saúde de Cuité-PB

A Graduanda MARIA ROSELY BATISTA DA SILVA do curso de BACHARELADO EM ENFERMAGEM, matrícula 510120017 da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Campus Cuité pretende desenvolver uma pesquisa intitulada: **“Vivências de Profissionais de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família acerca da utilização da Caderneta de Saúde da Criança”** sob a orientação da Professora Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos. Para tanto a mesma necessita coletar dados junto aos profissionais que atuam nas unidades da Estratégia Saúde da Família deste município.

Diante do exposto, as pesquisadoras solicitam sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar a realização da coleta de dados pela graduanda, bem como a utilização dos nomes dos órgãos já citados no relatório final da investigação. Respeitando os princípios éticos em pesquisa, os dados serão utilizados para realização do Trabalho de Conclusão de Curso bem como publicação em eventos e artigos científicos.

Dada à relevância da proposta, respeitando a programação da Unidade e a disponibilidade da Equipe, na certeza de contarmos com a compreensão e empenho desta Secretaria, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

Cuité-PB, ____ de _____ de 2014.

Gentil Venâncio Palmeira Filho

Secretário Municipal de Saúde de Cuité – PB

ANEXO D – Termo de Autorização II

PREFEITURA DA CIDADE DE CUITÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Termo de Autorização II

Ilma. Sra. Kathy Daniella Figueiredo Melo
Coordenadora da Atenção Básica de Cuité-PB

A Graduanda MARIA ROSELY BATISTA DA SILVA do curso de BACHARELADO EM ENFERMAGEM, matrícula 510120017 da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Campus Cuité pretende desenvolver uma pesquisa intitulada: **“Vivências de Profissionais de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família acerca da utilização da Caderneta de Saúde da Criança”** sob a orientação da Professora Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos. Para tanto a mesma necessita coletar dados junto aos profissionais que atuam nas unidades da Estratégia Saúde da Família deste município.

Diante do exposto, as pesquisadoras solicitam sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar a realização da coleta de dados pela graduanda, bem como a utilização dos nomes dos órgãos já citados no relatório final da investigação. Respeitando os princípios éticos em pesquisa, os dados serão utilizados para realização do Trabalho de Conclusão de Curso bem como publicação em eventos e artigos científicos.

Dada à relevância da proposta, respeitando a programação da Unidade e a disponibilidade da Equipe, na certeza de contarmos com a compreensão e empenho desta Secretaria, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

Cuité-PB, ____ de _____ de 2014.

Kathy Daniella Figueiredo Melo
Coordenadora da Atenção Básica de Cuité-PB