

BÁRBARA FALCONE

**AVALIAÇÃO DE UM INSTRUMENTO UTILIZADO NO
CONTROLE DA SAÚDE DA CRIANÇA EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

**FLORIANÓPOLIS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
2005**

BÁRBARA FALCONE

**AVALIAÇÃO DE UM INSTRUMENTO UTILIZADO NO
CONTROLE DA SAÚDE DA CRIANÇA EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Ernani Lange de S. Thiago

Professora Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Marlene de Souza Pires

Professora Co-orientadora: Prof^a. Dra. Denise Bousfield da Silva

**FLORIANÓPOLIS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
2005**

Falcone, Bárbara

Avaliação de um Instrumento Utilizado no Controle de Saúde da Criança em um Hospital Universitário

Bárbara Falcone – Florianópolis, 2005.

103 p

Orientadora: Profa. Dra. Maria Marlene de Souza Pires; Co-orientadora:
Profa.Dra. Denise Bousfield da Silva

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Pediatria 2. Puericultura 3. Crescimento 4. Desenvolvimento 5.
Promoção de saúde

I. Avaliação da efetividade da Caderneta de Saúde da Criança e do Adolescente do município de Florianópolis, num Hospital Universitário

AGRADECIMENTOS

À Deus.

À Profa. Dra. Maria Marlene de Souza Pires, minha orientadora e educadora e, médica pediatra da minha filha, pela ajuda e paciência para a realização deste trabalho. É uma referência como pessoa e profissional.

À Marcos Roberto Marques, meu amor e cúmplice, companheiro dos bons e maus momentos, que me ajudou durante o curso de graduação todo e com esse trabalho não seria diferente. Ele, ao meu lado, faz eu ter energia vital, que me mantém viva, muito feliz e agradecida pela vida que eu tenho. Por meio dele, recebi uma dádiva, a de ser mãe de uma menina linda, inteligente e saudável, a nossa filha Giovanna Falcone Marques. No dia em que ela nasceu, vivenciei a situação mais feliz, mais sublime em que eu senti uma paz inexplicável, foi no momento em que estávamos somente os três juntos e a Giovanna mamou.

À minha mãe, Solange Maria Cechet Falcone, por me amar e apoiar, mesmo que separa de mim pela distância.

Ao meu pai, Hilton César Falcone, por seu amor, pela convivência e apoio nesses 6 anos de faculdade e por ser um porto seguro nos momentos mais difíceis de minha vida.

À minha avó Sabina Cechet por ser como uma segunda mãe para mim.

Aos meus irmãos, Débora Cechet Falcone e Ítalo Falcone, pelas brincadeiras e brigas na infância e pelo companheirismo na vida adulta.

À minha amiga, Manoella Tramuja, por ser a minha irmã que eu escolhi e pela maravilhosa convivência desde nossos 2 anos de idade.

À Denise Régio Gomes e Olga, da Kattva, por cuidarem da minha saúde e me mostrarem o ser humano de uma outra forma.

Aos meus sogros, Moacyr Ferreira Marques e Selma Regina Marques, por toda a ajuda e carinho que sempre tiveram por mim e pelo amor e dedicação com que cuidaram de minha filha nos momentos em que não pude estar perto dela.

À Dra Lizana Arend Henrique, Dra Denise Bousfield da Silva e Dra Elyane Rangel.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a efetividade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança/Adolescente.

Método: Estudo observacional, descritivo, quantitativo, em crianças, até a idade de 2 anos, 11 meses e 29 dias, cujos responsáveis portavam a caderneta de saúde durante a consulta pediátrica, no ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de julho de 2002 a abril de 2004. Foram utilizadas medidas descritivas, tabelas de frequência e testes de proporções para comparar os percentuais de ocorrência.

Resultados: Em relação aos dados dos acompanhantes, a mãe acompanhava a criança em 82,54% das entrevistas, sendo a idade média delas de 26,14 anos. Sobre o conteúdo da caderneta, observou-se que os dados de identificação da criança encontravam-se completos em 9,52% dos casos; que os dados de anamnese neonatal foram corretamente preenchidos em cerca de 78% das cadernetas; que as normas de alimentação chegaram a 60,3% sem preenchimento. As taxas de vacinação apresentaram-se acima de 90% de cobertura, sendo que apenas a Hib mostrou-se abaixo dessa porcentagem, com 80,6%. O teste do pezinho, de acordo com os dados colhidos nas cadernetas, mostrou-se inadequado em relação a época da coleta em 76,6% dos casos.

Conclusão: É necessário envolver a família, comunidade e instituições para que a Caderneta de Saúde da Criança/ Adolescente possa ser instrumento efetivo de promoção da saúde, prevenção de agravos e educação continuada.

Palavras-chave: pediatria, puericultura, caderneta de saúde, promoção de saúde, controle de agravos, educação continuada.

SUMMARY

Objective: To evaluate the effectiveness of the Child and Adolescent Health Handbook.

Method: Observational, descriptive, quantitative study in children around 2 year-old age, 11 months and 29 days, whose responsible carried, or not, the Child and Adolescent Health Handbook during pediatric consultation, in the clinic of pediatrics of the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina, in the period of July of 2002 to April of 2004. Descriptive measures, tables of frequency and proportional tests where used to compare the results.

Results: Concerning the information about the person to go to the hospital with the child, in 82,54% of the cases, the mother went to the pediatric care with her child. Mothers had the average age close to 26,14 years old. About the data in the handbook, we discovered that only in 9,52% of the cases, the identification board where completely filled; the neonatal examination data were wrote in the correct way in the handbook in 78% of the times; information about children's nutrition in the first year got 60,3% of the times without any note. Immunization were correct in more the 90% of the times, only Hib were under this amount, with 80,6%. "Teste do Pezinho", a neonatal screening, were done in the wrong period in 76,6% of the cases.

Conclusion: It's necessary to involve family, community and institutions in the process that makes the Child Handbook a tool in the health promotion.

Key-words: pediatric, pediatric care, health handbok, health promotion, disease prevention, continued education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVO	16
3 MÉTODO	17
4 RESULTADOS	23
5 DISCUSSÃO	42
6 CONCLUSÃO	70
NORMAS ADOTADAS	72
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICES	83
ANEXOS	94

1 INTRODUÇÃO

Ao longo das épocas o modo como se tem encarado o papel da criança e sua importância diante da sociedade, tem mudado de modo radical, dentro das mesmas sociedades, culturas e momentos. Historicamente, é bastante fácil de perceber essa variabilidade de comportamento por meio da postura de alguns povos como os gregos, que podiam matar os recém nascidos que apresentavam defeitos anatômicos bem como deixavam a educação das crianças nas mãos do Estado; o povo romano tinha por hábito a venda de crianças, bem como o infanticídio justificado por crenças religiosas e condições demográficas. Já os babilônios, tinham leis que protegiam órfãos e abandonados e os egípcios, germânicos e judeus tinham por hábito cuidar e educar seus filhos ¹.

Com o desenvolvimento das sociedades e o advento do capitalismo e das disputas comerciais e territoriais, a criança passou a ser vista sob uma ótica diferenciada, colocada no papel de um soldado em potencial, para defender seu país futuramente, ou como mão de obra barata para o crescimento da economia, o que levou a uma crescente preocupação com suas condições físicas e sociais, grande indicador de mortalidade infantil ^{1,2}.

Desse modo observa-se que desde os tempos de Hipócrates, então defensor do aleitamento materno e dos cuidados de puericultura ³, os cuidados com a saúde, aprendizado e alimentação das crianças tem tido espaço crescente em nossa sociedade. Dentro desse processo de cuidado e adaptação da criança ao meio, a constituição da célula familiar e de seu espaço em nível social teve início no século XVIII, tornando-se mais definidas no século XIX. Ainda, nos dias atuais, está em constante desenvolvimento sempre sob influência direta do cotidiano ^{1,2}. O aspecto técnico e científico também se fez presente no tratamento às crianças, com regras, conceitos e paradigmas estimulados em grande parte pela pedagogia e pela medicina ^{1,2}.

Com a obra *Émile: "Ou de l'éducation"* a pedagogia explicitou, com Rousseau em 1762, a importância da primeira educação, das noções de autoridade e cuidados com a família, que se atribuíam as mães naquele momento, e com o tempo, da própria família e da escola ^{1,4}.

A medicina por sua vez, iniciou seus passos mais efetivos dentro dessa realidade no século XIX. A partir de medidas como: a promoção da higiene, a amamentação e a puericultura científica no início do século XX, fundamentada nas descobertas de Pasteur, a medicina tornou-se grande aliada do Estado no sentido da promoção do bem estar infantil, de modo tão contundente que ainda hoje se percebe essa ação, como no advento da medicina fetal e dos cuidados pré natais¹.

No tocante à puericultura, coube à pediatria o papel de tornar esse processo de cuidado infantil, em uma ciência verdadeira, com aplicações amplas e aplicabilidade etária muito maior do que antes convencionado^{5, 6}. Estando cada vez mais baseadas em políticas crescentes de prevenção, a pediatria devota cerca de 40% de suas atividades clínicas para cuidados de promoção da saúde e prevenção de agravos, abrangendo desde o período pré-natal até a fase final da adolescência^{7,8,9}. Entretanto, a efetividade dessas práticas, em confronto com as dificuldades e limitações aos quais tais procedimentos estão expostos, são discutíveis. Nem tanto por seus resultados positivos comprovados, mas por uma dificuldade de controle dos resultados e de uma análise sistemática de sua aplicabilidade, justificando assim, um olhar mais crítico e a necessidade de estudos mais controlados dessa realidade^{7,10}.

Por isso, na última década, muitos foram os estudos de controle, revisões e pesquisas que procuravam servir como subsídio para a fundamentação das práticas de prevenção^{11,12}, firmando definitivamente o caráter científico e multidisciplinar da puericultura, promovendo definitivamente a importância da sociedade e da família como elemento colaborador da execução e sucesso desses processos, como pode ser compreendido na Declaração de Jacarta sobre Condução da Promoção da Saúde do século 21¹³.

Tendo-se a exata compreensão da dimensão do exposto, fica claro o que mestres como Pedro de Alcântara e Eduardo Marcondes, da Sociedade Brasileira de Pediatria, afirmavam: “Puericultura cujas raízes são antropológicas e Pediatria cujas raízes são médicas, formam a díade da assistência a criança durante o período de crescimento e desenvolvimento. Puericultura é então o conjunto de meios que visam assegurar o perfeito desenvolvimento físico, mental e moral da criança, ou seja, se ocupa da criança saudável com ênfase no crescimento e desenvolvimento, promoção da saúde e prevenção de agravos desde a gestação até o final da adolescência. Já a pediatria é a parte da medicina que cuida do ser humano em crescimento e

desenvolvimento, desde a gestação até o final da adolescência; estabelece noções conceituais, descritivas e orientadoras por meio da observação cuidadosa da criança e do adolescente doente e aplica conhecimentos de patologia e terapêutica na sua assistência”^{2,7,8,9,14-19}.

Ainda dentro do enfoque da importância da puericultura na realidade da criança, a Academia Americana de Pediatria publicou em 1993 o *The Health Supervision Guidelines III* e no ano de 2000 o Centro Nacional de Educação em Saúde Materna e Infantil publicou *The Bright Futures, Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents*, ambos recomendando um número mínimo de 28 consultas até os 21 anos de idade, dos quais 5 a 10 consultas ocorreriam nos primeiros dois anos de vida^{15,23}.

O *United Nations Children's Fund* (UNICEF), em 1994, elaborou um relatório onde identifica como marcadores importantes do bem estar infantil: monitorização do crescimento, terapia de reidratação oral, aleitamento materno e imunização.

Dentro desse entendimento, o Ministério da Saúde em 1992, preconizou como meta ideal para o atendimento em puericultura, o número mínimo de nove consultas no primeiro ano de vida da criança²⁰. Atualmente o que se tem como conduta adequada é a realização de uma consulta por mês no primeiro ano de vida e uma a cada três meses no segundo ano de vida. Apesar dessa prática ser promovida e incentivada pelos organismos de saúde nacionais, se tem poucos dados que reflitam a real eficácia, efetividade e eficiência e cobertura desse atendimento de puericultura no Brasil. As mudanças e a melhoria dessas políticas vem se desenvolvendo progressivamente desde a metade do século passado, com ações do Estado, desde sua constituição mais primitiva até as formas que hoje conhecemos e, até mesmo conferências mundiais, dentre as quais podemos citar a Declaração de Alma-Ata⁴⁵, Declaração de Jacarta¹³ e a Declaração de Ottawa^{46,47}. Mesmo em nosso país, as três últimas décadas refletiram mudanças e avanços nos serviços públicos de saúde, sobretudo a partir da Constituição Brasileira de 1988⁴⁸ e do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990⁴⁹, sendo que Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, é um exemplo bem sucedido dessas mudanças, sendo a primeira capital do país a conseguir baixa a taxa de mortalidade infantil a índices de países desenvolvidos, merecendo por isso reconhecimento internacional da UNICEF e o prêmio Prefeito Criança promovido pela Abrinq devido a seu programa de assistência a mulheres no pré e pós-parto e às crianças de zero a seis anos^{50,51}. Florianópolis promoveu ainda o I Encontro do Capital Criança, em 1988, com o

objetivo de sensibilizar profissionais da área de saúde para a importância do atendimento primário ⁵², onde foi lançada oficialmente a primeira Caderneta de Saúde da Criança e do Adolescente, que vem sendo submetidas a aprimoramentos e reformulações até os dias atuais.

A Caderneta de Saúde da Criança e do Adolescente merece um especial enfoque no que tange o cuidado e o controle da saúde infanto-juvenil. Já existente em países como França, Portugal, Alemanha, Inglaterra e Japão, e com resultados comprovados na melhora da qualidade de vida e como fator importante na indicação de saúde e coeficiente de mortalidade infantil ^{53,54}, em Santa Catarina o primeiro protótipo da Caderneta apresentava registros de dados referentes a faixa etária de zero a três anos, o que mais tarde foi acrescido de dados abrangendo a criança com até seis anos. Em 2001 implementou-se o terceiro modelo, agora com abrangência até os vinte e um anos de idade, evidenciando assim a crescente preocupação de se aplicar um melhor controle do desenvolvimento infantil ao longo dos anos.

Esse trabalho tem, portanto, o objetivo de dar seguimento a pesquisa de avaliação da efetividade no preenchimento da Caderneta de Saúde do município de Florianópolis, em um hospital universitário, através de entrevistas realizadas com responsáveis e consulta das cadernetas de seus filhos, nos seguintes tópicos de seu conteúdo: 1. Aspectos biosociodemográficos, 2. Identificação da criança, 3. Anamnese neonatal, 4. Controle e curvas de crescimento, 5. Desenvolvimento neuropsicomotor, 6. Normas de alimentação no primeiro ano de vida, 7. Vacinação, 8. Intercorrências clínicas, 9. Data de realização do “Teste do Pezinho”, 10. Controle de saúde, 11. Lista de problemas e eventos importantes, 12. Internações, 13. Assistência odontológica, 14. Registros educacionais, 15. Esporte e lazer, 16. Pareceres do conselho tutelar e 17. Assistência multidisciplinar.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Avaliar a efetividade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança/Adolescente, no município de Florianópolis, pelos profissionais de saúde em um hospital universitário.

2.2 Objetivos específicos

1. Verificar se os pais ou responsáveis trouxeram ou não a caderneta de seus filhos durante a consulta pediátrica.
2. Verificar o preenchimento dos dados biossociodemográficos da criança e de seus pais, na caderneta de saúde da criança e do adolescente.
3. Verificar o preenchimento dos seguintes dados: Identificação da criança, anamnese neonatal, normas de alimentação no primeiro ano de vida,
4. Verificar a realização das doses corretas do calendário vacinal e a data da realização do “Teste do Pezinho”,
5. Verificar o preenchimento dos itens: lista de problemas e eventos importantes, intercorrências clínicas, internações, assistência odontológica, registros educacionais, esporte e lazer, pareceres do conselho tutelar e assistência multidisciplinar.
6. Verificar a distribuição da cobertura vacinal relacionando os índices de cobertura de cada vacina entre si e com o grupo etário materno.

3 MÉTODO

Este estudo é parte da linha de pesquisa das professoras pesquisadoras, Dra. Maria Marlene de Souza Pires e MD Denise Bousfield da Silva (Departamento de Pediatria e Grupo de Pesquisa Doenças do Adulto Preveníveis na Infância.)

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, quantitativo ^{56,57}, realizado no Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário Dr. Polydoro Ernani São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), no período de julho de 2002 a abril de 2004.

O estudo foi delineado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos ^{58,59} e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (processo no 092/02).

3.1 População de estudo

Crianças, até a idade de 2 anos, 11 meses e 29 dias, à consulta pediátrica, no Ambulatório de pediatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

3.2 Seleção da amostra

A amostra não foi probabilística, sendo composta por todas as crianças pertencentes à população de estudo.

3.3 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo, aqueles responsáveis e crianças que apresentassem os seguintes critérios:

- a) Presença da Caderneta de Saúde na consulta pediátrica
- b) Idade da criança inferior a três anos.

3.4 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo, aqueles responsáveis e crianças que apresentassem algum dos critérios abaixo:

- a) Ausência da Caderneta de Saúde na consulta pediátrica. No entanto foi registrado o número de pais ou responsáveis que não portavam a caderneta de saúde, para efeitos de verificação da efetividade do instrumento (caderneta de saúde).
- b) Idade da criança igual ou superior a três anos.
- c) Preenchimento incompleto do questionário durante coleta de dados
- d) Ausência de registro na caderneta de saúde, da data de coleta do Teste do Pezinho.
- e) Cadernetas com registros de vacinação com doses excessivas para duas crianças com idades de três e oito meses.
- f) Falta de preenchimento de alguma variável em análise neste estudo.

3.5 Procedimentos

3.5.1 Instrumento de coleta de dados

Utilizou-se neste estudo, um questionário semi-estruturado (Apêndice 1), elaborado a partir de um estudo-piloto onde foram definidas as variáveis a serem estudadas. Durante o processo de elaboração do questionário verificou-se a necessidade de codificar as variáveis para melhor registro das informações e análise dos dados (registro à direita do questionário).

3.5.2 Coleta de dados

Os dados foram obtidos a partir do questionário semi-estruturado, pertencente ao projeto de pesquisa “Avaliação da Caderneta de Saúde no município de Florianópolis/SC, durante a última década”. Os questionários foram aplicados, pela pesquisadora, no período de julho de 2002 a abril de 2004, através de coleta primária. A abordagem foi realizada na sala de espera, no período anterior a consulta, após esclarecimento e consentimento assinado pelo(a) acompanhante da criança (Apêndice 2) autorizando a aplicação do questionário e posterior utilização dos dados.

3.5.3 Variáveis do estudo

Foram observadas as seguintes variáveis neste estudo:

- Perfil da caderneta propriamente dita, no aspecto dos pais terem trazido consigo ou não a caderneta de saúde da criança e do adolescente para a consulta pediátrica
- Perfil biosociodeográfico do acompanhante da criança/adolescente na consulta pediátrica;
- Idade do acompanhante da criança/adolescente na consulta pediátrica: segundo os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ⁶⁰;
- Idade materna em anos: segundo os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ⁶⁰;

A idade da mãe da criança pesquisada foi subdividida em 3 grupos básicos que se representam pelos critérios de idade menor que 18 anos, para o primeiro grupo, maior ou igual a 18 anos até menor ou igual a 35 anos, para o segundo grupo e mães com mais de 35 anos para o terceiro.

- Número de filhos do acompanhante da criança/adolescente;
- Ordem de nascimento;
- Escolaridade do acompanhante da criança/adolescente na consulta pediátrica (sem considerar as repetências): segundo critérios do Ministério da Educação e IBGE ^{60,61};

Os anos de estudo dos acompanhantes foram subdivididos em dois grupos :

Grupo 1: 1º grau não completo

Grupo 2: 1º grau completo ou mais,

- Tipo de união conjugal do acompanhante da criança/adolescente na consulta pediátrica: segundo classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ⁶⁰;
- Renda Familiar do acompanhante da criança/ adolescente: segundo classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ⁶⁰;
- Sexo da criança: segundo os critérios de classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ⁶⁰;
- Idade da criança: segundo os critérios de classificação da Sociedade Brasileira de Pediatria; Para a avaliação da idade da criança foram divididas em três grupos: Grupo 1: zero a um ano de idade (exclusive); Grupo 2: um ano de idade (inclusive) a dois anos de idade (exclusive); Grupo 3: dois anos de idade (inclusive) a três anos de idade (exclusive)

Devido à diferença do número de crianças em cada um dos grupos previamente definidos, optou-se por trabalhar, em alguns estudos estatísticos, com apenas dois grupos, divididos em

grupo A (de zero a um ano de idade – exclusive) e B (de um ano de idade – inclusive- a três anos de idade – exclusive);

- Modelo de Caderneta de Saúde da Criança/Adolescente ⁶²⁻⁶⁴;
- Foto da criança, presente somente no modelo mais novo da Caderneta de Saúde.
- Identificação da criança, presente nos três modelos de Caderneta de Saúde ⁶²⁻⁶⁴;
- Endereço da criança, presente nos três modelos de Caderneta de Saúde ⁶²⁻⁶⁴;
- Anamnese neonatal, presente nos três modelos de Caderneta de Saúde ⁶²⁻⁶⁴;
- Preenchimento das normas de Alimentação no primeiro ano de vida, presentes no 2º e 3º Modelo de Caderneta de Saúde ^{62,63};
- Preenchimento da tabela de vacinação de acordo com o calendário vacinal do município de Florianópolis(2002) ^{45,62-64};

Os itens identificação da criança, endereço da criança, anamnese neonatal, normas de alimentação no primeiro ano de vida e controle de saúde são estudados quanto ao preenchimento completo, parcial ou não preenchido. Considera-se preenchimento parcial como todo aquele em que se apresenta qualquer dado sem preenchimento.

- Preenchimento do espaço para anotação de Controle de Saúde, presente no 2º. Modelo;
- Preenchimento do espaço para anotação de Intercorrências clínicas, presente nos três modelos;
- Preenchimento do espaço para anotação de Exames especializados : Teste do Pezinho ;

Um universo de 18 cadastros foram excluídos para análise desse ponto da pesquisa por haver algumas cadernetas sem o registro da data da coleta do teste. Dessa forma, o total de mães a terem suas idades confrontadas com a adequação da realização do teste, foi de 45 ao total.

Esse teste é realizado através da coleta de algumas gotas de sangue, retiradas do calcanhar do bebê, entre o 3º. e o 7º. dia de vida, e que servem para a detecção precoce de um grupo amplo de doenças, como : Fenilcetonúria (PKU), Hipotireoidismo congênito (HC), Anemia Falciforme e outras hemoglobinopatias, Hiperplasia Adrenal Congênita, Fibrose Cística, Galactosemia, Deficiência de Biotinidase, Toxoplasmose Congênita, Deficiência de Glicose-6-Fosfato Desidrogenase, Sífilis Congênita, Citomegalovirose Congênita, Doença de Chagas Congênita, Rubéola Congênita.

- Preenchimento do espaço para anotação da lista de problemas e eventos importantes, presente no 2º. E 3º. modelos;
- Preenchimento do espaço para anotação de Internações, presente no 3º. Modelo;
- Preenchimento dos registros multidisciplinares: assistência odontológica, presente nos três modelos; assistência multidisciplinar, registros educacionais, pareceres do conselho tutelar e esporte e lazer), presentes no 2º. e 3º. modelos;
- Presença de foto da família, presente no 2º. e 3º. Modelos;
- Anotações pessoais da mãe.

3.5.4 Análise estatística

Os resultados foram registrados em base de dados utilizando-se o programa Microsoft *Excel 7.0*[®] (*Microsoft*[®]) e, para análise estatística, foi empregado o programa *Statistica 5.0*[®] (*StatSoft*[®]).

Os procedimentos estatísticos utilizados foram medidas descritivas (média, mediana, desvio padrão – DP, valor máximo e valor mínimo)^{65,66}, tabelas de frequência e Análise de Correspondência Múltipla (ACM)^{65,66}.

A ACM é uma técnica multivariada, descritiva e exploratória que possibilita analisar simultaneamente um conjunto de variáveis categóricas^{67,68}. É análoga ao teste χ^2 , usualmente empregado para analisar a associação entre duas variáveis categóricas. Os resultados estatísticos oriundos da ACM são uma ampla tabela de frequências, conhecida como tabela de Burt e uma representação gráfica simplificada dos dados. Esta representação gráfica pode ser mostrada em dois ou três eixos ou dimensões. Em duas dimensões pode-se observar o padrão de associação em plano relacional, e em três em um espaço relacional. Da análise destes resultados é possível identificar padrões de associação existentes entre as variáveis analisadas. A intensidade do padrão de associação está relacionada ao percentual de inércia alcançado neste procedimento e que depende das características dos dados em análise. O percentual de inércia expressa o grau da variabilidade total dos dados explicado pelo padrão de associação identificado e representado graficamente. À medida que se inclui uma nova dimensão na ACM aumenta-se numericamente o percentual de inércia. A primeira dimensão é a de maior inércia^{67,68}.

A ACM foi empregada para investigar a existência de associação entre variáveis categóricas: grupo etário da mãe e cobertura vacinal, idade da mãe e teste do pezinho sendo associada as três variáveis.

4 RESULTADOS

Os dados foram obtidos a partir de 63 questionários coletados no Ambulatório de Pediatria do *HU/UFSC* no período de julho de 2002 a abril de 2004. Os modelos de Cadernetas foram divididos em três categorias: 1º Modelo – caderneta implantada em 2001; 2º Modelo caderneta implantada em 1996 ; e 3º Modelo – caderneta implantada em 1991.

I. Perfil da caderneta propriamente dita

TABELA 1 – Distribuição dos responsáveis em relação ao porte da Caderneta de Saúde, durante o período pré-consulta no ambulatório de pediatria.

Presença da Caderneta	n	%
Sim	113	74,00
Não	39	26,00
Total	152	100

FONTE: Ambulatório de pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

TABELA 2 – Distribuição das crianças segundo o modelo de caderneta de saúde apresentado pelos responsáveis durante o período pré-consulta no ambulatório de pediatria

Modelo de Caderneta de Saúde	n	%
1º Modelo (2001)	43	68,25
2º Modelo (1996)	13	20,64
3º Modelo (1991)	7	11,11
Total	63	100,0

FONTE: Ambulatório de pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

II. Perfil biosociodemográfico da criança

TABELA 3 – Distribuição das crianças segundo sexo, registrado na caderneta de saúde da criança/ adolescente.

Sexo da Criança	n	%
Masculino	34	53,97
Feminino	29	46,03
Total	63	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

TABELA 4 – Distribuição das crianças do sexo masculino segundo a faixa etária, registrado na caderneta de saúde da criança e do adolescente.

Sexo Masculino	n	%
Grupo 1 (0 a <1 ano)	14	41,18
Grupo 2 (≥ 1 a < 2 anos)	10	29,41
Grupo 3 (≥ 2 a < 3 anos)	10	29,41
Total	34	100,0

FONTE: Ambulatório de pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

TABELA 5 – Distribuição das crianças do sexo feminino segundo a faixa etária, registrada na caderneta de saúde da criança e do adolescente.

Sexo Feminino	n	%
Grupo 1 (0 a 1 ano)	20	68,97
Grupo 2 (≥ 1 a < 2 anos)	3	10,34
Grupo 3 (≥ 2 a < 3 anos)	6	20,69
Total	29	100,0

FONTE: Ambulatório de pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

TABELA 6 – Distribuição das crianças segundo grupo etário, registrado na caderneta de saúde da criança/ adolescente.

Idade da Criança	n	%
Grupo A (< 1 ano)	34	53,97
Grupo B (≥ 1 e < 3 anos)	29	46,03
Total	63	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

TABELA 7 – Ordem de nascimento da criança registrada na caderneta de saúde e referida pela mãe acompanhante.

Ordem de nascimento	Número de mães entrevistadas	
	n	%
Primeiro filho	26	41,20
Segundo filho	13	20,60
Quarto filho	11	17,40
Quinto filho	3	4,70
Outro*	2	3,17
Não informado	8	12,60
Total	63	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

*Sexto filho ou mais

III. Perfil biosociodemografico dos acompanhantes

TABELA 8 – Distribuição dos acompanhantes, de acordo com o tipo de união conjugal.

União conjugal	Número de acompanhantes entrevistados	
	n	%
Casados	37	58,70
Solteiros	5	7,9
Separados ou divorciados	5	7,9
Consensual	15	23,8
Não informado	1	1,5
Total	63	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

TABELA 9 – Distribuição segundo o tipo de acompanhante da criança, durante a consulta pediátrica em ambulatório de pediatria.

Acompanhante da criança	n	%
Mãe	52	82,54
Pai	2	3,17
Pais (pai e mãe)	5	7,94
Outro*	4	6,35
Total	63	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

* tia, avó e irmã

TABELA 10 – Distribuição dos acompanhantes, de acordo com os anos de estudo.

Anos de estudo	Número de acompanhantes entrevistados	
	n	%
Nenhum	2	3,17
2	1	1,58
4	9	14,20
5	3	4,70
6	4	6,30
7	3	4,70
8	15	23,80
9	2	3,17
10	3	4,70
11	17	26,90
13	1	1,58
17	1	1,58
Não informado	2	3,17
Total	63	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

TABELA 11 – Distribuição dos acompanhantes, de acordo com grau de instrução, segundo divisão anterior.

Grau de instrução	n	%
Grupo 1 (< 1º. grau)	22	34,90
Grupo 2 (1º.grau ou >)	39	61,90
Não informado	2	3,17
Total	63	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

TABELA 12 – Distribuição das mães segundo o grupo etário

Idade da mãe	n	%
Grupo 1 (<18 anos)	4	6,30
Grupo 2 (≥ 18 e ≤ 35 anos)	46	73,00
Grupo 3 (> 35 anos)	11	17,40
Não informado	2	3,17
Total	63	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

TABELA 13 – Distribuição do número de filhos por mãe acompanhante entrevistada no ambulatório de pediatria

Número de filho por mãe entrevistada	Número de mães entrevistadas	
	n	%
Um filho	22	42,31
Dois filhos	10	19,24
Três filhos	11	21,15
Quatro filhos	2	3,84
Cinco filhos	2	3,84
Seis filhos	1	1,93
Não informado	4	7,69
Total	52	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

III. Avaliação do conteúdo da caderneta

TABELA 14 – Presença da foto da criança, no espaço destinado a mesma na caderneta de saúde da criança e do adolescente

Foto da criança	n	%
Sim	0	0,00
Não	55	87,30
Não se aplica*	8	12,60
Total	63	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

* modelo da caderneta não possui espaço destinado a foto da criança

TABELA 15 – Distribuição das cadernetas de saúde de acordo com o preenchimento dos dados de identificação da criança.

Identificação da criança	n	%
Completo	6	9,52
Parcial	57	90,48
Sem preenchimento	0	0,00
Total	63	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

TABELA 16 – Distribuição das cadernetas de saúde de acordo com o preenchimento do endereço da moradia da criança.

Endereço da criança	n	%
Completo	18	28,50
Parcial	4	6,30
Sem preenchimento	41	65,00
Total	63	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

TABELA 17 – Distribuição das cadernetas de saúde de acordo com o preenchimento dos dados de anamnese neonatal.

Anamnese neonatal	n	%
Completo	49	77,70
Parcial	12	19,00
Sem preenchimento	2	3,30
Total	63	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

TABELA 18 – Distribuição segundo a qualidade do preenchimento das normas de alimentação no primeiro ano de vida, na caderneta de saúde da criança e do adolescente.

Normas de alimentação	n	%
Completo	8	12,60
Parcial	10	15,80
Sem preenchimento	38	60,30
Outro*	7	11,10
Não informado	0	0,00
Total	63	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

* modelo da caderneta não apresenta tal recurso

TABELA 19: Preenchimento do registro de vacinação na caderneta de saúde da criança e do adolescente, segundo calendário de vacinação do município de Florianópolis – Santa Catarina (2002).

Tipo de vacina		Adequado	Inadequado	Total
BCG	n	59	2	61
	%	96,72	3,28	100
DPT	n	56	5	61
	%	91,8	8,2	100
POLIO	n	57	4	61
	%	93,44	6,56	100
MMR	n	57	4	61
	%	93,44	6,56	100
HEPB	n	58	3	61
	%	95,08	4,92	100
HiB	n	50	12	62
	%	80,65	19,35	100
SAR	n	55	6	61
	%	90,16	9,84	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

Legenda

BCG : Vacina contra bacilo da tuberculose

DPT: Vacina tríplice bacteriana (coqueluche, tétano e difteria)

POLIO: Vacina contra vírus da poliomielite

MMR: Vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)

HEPB: Vacina contra virus hepatite B

HiB: Vacina contra *Haemophilus Influenzae* tipo B

SAR: Vacina contra Sarampo

TABELA 20: Proporção de crianças menores de 1 ano de idade (exclusive), com esquema de vacinação completo, no momento da entrevista.

Tipo de vacina		Adequado	Inadequado	Total
BCG	n	30	2	32
	%	93,75	6,25	100
DPT	n	32	1	33
	%	96,97	3,03	100
POLIO	n	32	0	32
	%	100	0	100
MMR	n	32	0	32
	%	100	0	100
HEPB	n	30	2	32
	%	93,75	6,25	100
HiB	n	27	6	33
	%	81,82	18,18	100
SAR	n	31	1	32
	%	96,88	3,13%	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

Legenda

BCG : Vacina contra bacilo da tuberculose

DPT: Vacina tríplice bacteriana (coqueluche, tétano e difteria)

POLIO: Vacina contra vírus da poliomielite

MMR: Vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)

HEPB: Vacina contra virus hepatite B

HiB: Vacina contra *Haemophilus Influenzae* tipo B

SAR: Vacina contra Sarampo

TABELA 21: Proporção de crianças maiores de 1 ano de idade (inclusive), até 3 anos (exclusive), com esquema de vacinação completo, no momento da entrevista.

Tipo de vacina		Adequado	Inadequado	Total
BCG	n	29	0	29
	%	100	0	100
DPT	n	24	5	29
	%	82,76	17,24	100
POLIO	n	25	4	29
	%	86,21	13,79	100
MMR	n	25	4	29
	%	86,21	13,79	100
HEPB	n	28	1	29
	%	96,55	3,45	100
HiB	n	23	6	29
	%	79,31	20,69	100
SAR	n	24	5	29
	%	82,76	17,24	100

FONTES: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

Legenda

BCG : Vacina contra bacilo da tuberculose

DPT: Vacina tríplice bacteriana (coqueluche, tétano e difteria)

POLIO: Vacina contra vírus da poliomielite

MMR: Vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)

HEPB: Vacina contra virus hepatite B

HiB: Vacina contra *Haemophilus Influenzae* tipo B

SAR: Vacina contra Sarampo

TABELA 22 – Distribuição de acordo com a qualidade do preenchimento do controle de saúde na caderneta de saúde da criança e do adolescente.

Controle de saúde	n	%
Completo	0	0,00
Parcial	7	11,10
Sem preenchimento	6	9,52
Não se aplica*	50	79,3
Total	63	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

* modelo da caderneta não apresenta tal gráfico

TABELA 23 – Distribuição de acordo com o preenchimento das intercorrências clínicas na caderneta de saúde da criança e do adolescente.

Intercorrências clínicas	n	%
Sim	38	61,20
Não	25	38,70
Total	62*	100

FONTE: Ambulatório de pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

* Total se deve a perda do dado em uma das cadernetas da pesquisa

TABELA 24 – Distribuição de acordo com a data de realização do teste do pezinho registrada na caderneta de saúde da criança e do adolescente, no grupo etário menores que 1 ano de idade (exclusive).

Teste do Pezinho	n	%
Dentro do prazo	8	42,11
Fora do prazo	11	57,89
Total	19	100

FONTE: Ambulatório de pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

TABELA 25 – Distribuição de acordo com a realização do teste do pezinho de acordo com a data registrada na caderneta de saúde da criança e do adolescente, no grupo etário maiores que 1 ano de idade (inclusive) e menores que 3 anos (exclusive).

Teste do Pezinho	n	%
Dentro do prazo	3	10,71
Fora do prazo	25	89,29
Total	28	100

FONTE: Ambulatório de pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

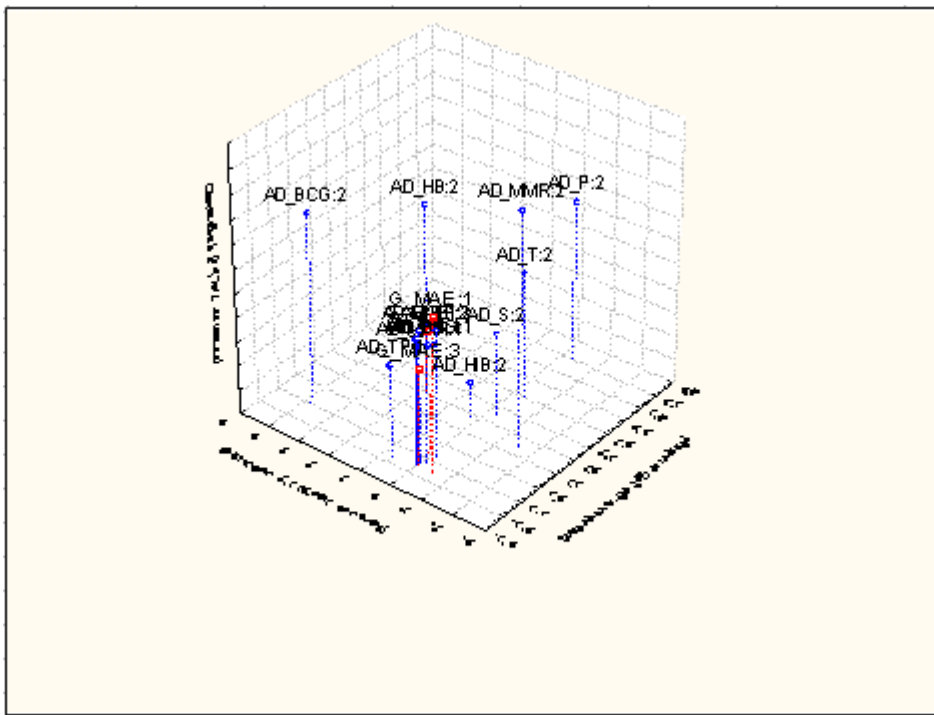
TABELA 26 – Distribuição de acordo com a realização do teste do pezinho de acordo com a data registrada na caderneta de saúde da criança e do adolescente.

Teste do Pezinho	N	%*
Dentro do prazo	11	23,40
Fora do prazo	36	76,60
Total	47	100

FONTE: Ambulatório de pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

*P= 0,00001

TABELA 27 – Associação da distribuição da cobertura vacinal de acordo com os tipos vacinais entre si, com a data de coleta de material para o teste do pezinho e com o grupo etário materno.



Legenda

- AD-BCG : Doses adequadas para a vacina contra bacilo da tuberculose
- AD-DPT: Doses adequadas para a vacina tríplice bacteriana (coqueluche, tétano e difteria)
- AD-POLIO: Doses adequadas para a vacina contra vírus da poliomielite
- AD-MMR: Doses adequadas para a vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)
- AD-HEPB: Doses adequadas para a vacina contra virus hepatite B
- AD-HiB: Doses adequadas para a vacina contra *Haemophilus Influenzae* tipo B
- AD-SAR: Doses adequadas para a vacina contra Sarampo
- AD-TP1: Data da coleta do teste do pezinho em período adequado
- AD-TP2: Data da coleta do teste do pezinho em período não adequado
- G-MAE1: Grupo etário materno

TABELA 28 – Distribuição de acordo com o preenchimento da lista de problemas e eventos importantes na caderneta de saúde da criança e do adolescente.

Lista de problemas	n	%
Com preenchimento	3	4,70
Sem preenchimento	53	84,10
Não se aplica*	7	11,10
Total	63	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

* modelo da caderneta não apresenta tal recurso

TABELA 29 – Distribuição de acordo com o preenchimento das internações na caderneta de saúde da criança e do adolescente.

Internações	n	%
Com preenchimento	0	0
Sem preenchimento	39	62,90
Não se aplica*	23	37,10
Total	62**	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

* modelo da caderneta não apresenta tal recurso

** Total se deve a perda do dado em uma das cadernetas da pesquisa

TABELA 30 – Distribuição de acordo com o preenchimento da assistência odontológica na caderneta de saúde da criança e do adolescente.

Assistência odontológica	n	%
Sim	3	4,80
Não	59	95,10
Total	62*	100

FONTE: Ambulatório de pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

* Total se deve a perda do dado em uma das cadernetas da pesquisa

TABELA 31 – Distribuição de acordo com o preenchimento dos registros educacionais na caderneta de saúde da criança e do adolescente.

Registros educacionais	n	%
Com preenchimento	0	0
Sem preenchimento	55	88,70
Não se aplica*	7	11,2
Total	62**	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

* modelo da caderneta não apresenta tal recurso

** Total se deve a perda do dado em uma das cadernetas da pesquisa

TABELA 32 – Distribuição de acordo com o preenchimento dos registros de esporte e lazer na caderneta de saúde da criança e do adolescente.

Esporte e lazer	n	%
Com preenchimento	0	0
Sem preenchimento	55	88,70
Não se aplica*	7	11,2
Total	62**	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

* modelo da caderneta não apresenta tal recurso

** Total se deve a perda do dado em uma das cadernetas da pesquisa

TABELA 33 – Distribuição de acordo com o preenchimento dos pareceres tutelares na caderneta de saúde da criança e do adolescente.

Parecer tutelar	n	%
Com preenchimento	0	0
Sem preenchimento	55	88,70
Não se aplica*	7	11,2
Total	62**	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

* modelo da caderneta não apresenta tal recurso

** Total se deve a perda do dado em uma das cadernetas da pesquisa

TABELA 34 – Distribuição de acordo com o preenchimento da assistência multidisciplinar na caderneta de saúde da criança e do adolescente.

Assistência multidisciplinar	n	%
Com preenchimento	0	0
Sem preenchimento	53	85,40
Não se aplica*	8	12,9
Total	62**	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

* modelo da caderneta não apresenta tal recurso

** Total se deve a perda do dado em uma das cadernetas da pesquisa

TABELA 35 – Distribuição de acordo com a presença de foto da família, no espaço destinado a mesma, na caderneta de saúde da criança e do adolescente.

Foto da família	n	%
Sim	0	0
Não	54	87,00
Não se aplica*	8	12,9
Total	62**	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

* modelo da caderneta não apresenta tal recurso

** Total se deve a perda do dado em uma das cadernetas da pesquisa

TABELA 36 – Distribuição de acordo com a presença de anotações pessoais maternas na caderneta de saúde da criança e do adolescente.

Anotações pessoais	n	%
Sim	14	22,50
Não	48	77,40
Total	62**	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

* modelo da caderneta não apresenta tal recurso

** Total se deve a perda do dado em uma das cadernetas da pesquisa

5 DISCUSSÃO

A escolha do tema dessa pesquisa, foi em função de se poder avaliar a efetividade no preenchimento de um instrumento de monitorização do crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente ou seja a caderneta de saúde. As variáveis avaliadas buscaram contemplar na íntegra o conteúdo da referida caderneta.

No momento em que a sociedade se insere, toda e qualquer ação, destinada a gerar um determinado benefício social, precisa apresentar muito mais do que as metas atingidas mas também seus erros e seus acertos.

Sejam políticas públicas, campanhas de conscientização junto a profissionais ou às comunidades em geral, essas práticas precisam se mostrar como um passo no sentido de melhorar o dia a dia da sociedade e de trazer avanços a curto, médio e longo prazo para o fim ao qual se destinou.

Ao realizar-se uma análise de nossa tendência de abordagem do contexto de educação, no aspecto da saúde, observou-se que a realidade encontrada não é diferente. Os diversos programas e ações hoje implantados precisam mais do que nunca se mostrar eficientes e bem estruturados dentro do próprio sistema de saúde, para que sejam aceitos como processos efetivos e de qualidade. Apesar de suas dificuldades, de requerer múltiplos enfoques, de ser dependente de informações advindas de campos disciplinares distintos e de exigir longo prazo para traduzir resultados, esse caminho precisa ser trilhado no contexto de cobrança social dos dias atuais. Entretanto, esse fato, não tem se mostrado uma realidade dentro da América Latina, onde a maioria dos estudos não busca avaliar o impacto de seus resultados, limita-se apenas a descrever números, o que determina perda de um valioso viés do trabalho na área da educação em saúde. No Brasil, também são poucos os inquéritos populacionais realizados sobre a cobertura e a qualidade da assistência de puericultura ¹¹⁷.

Para que se possa compreender toda essa dinâmica, faz-se necessário antes, ter-se um domínio do fundamento teórico por trás da educação em saúde. Desse modo, compreende-se a educação no aspecto da saúde, como sendo qualquer conjunto de experiências e observações

dentro do aprendizado, que estão delineadas com o objetivo de facilitar ações voluntárias relacionadas a saúde. Ou seja, essa definição mostra que a educação em saúde é um processo extremamente amplo, onde múltiplos determinantes humanos, de aprendizagem e de intervenções educacionais precisam ser levados em conta, para que, dentro de um delineamento sistematicamente planejado, consiga-se possibilitar as ações voluntárias que uma pessoa, entidade, ou comunidade, pode fazer sobre sua própria saúde ¹¹⁷.

A educação, passa pela promoção de saúde e esta é compreendida como a combinação de apoios educacionais, ambientais e políticas, que visam alcançar ações e condições de vida conducentes à saúde. Esse processo passa pelo entendimento amplo de que a saúde tem muitos determinantes, sejam eles genéticos, ambientais – relacionadas ao comportamento humano - ou sociais, que podem ser abordados com muitas formas de apoio e intervenções ¹¹⁷.

A promoção de saúde, por sua vez, passa pelo entendimento de que uma política de ação social na área da saúde precisa se adequar a realidade circunstancial de um determinado comportamento humano, ou seja, fatores sociais, políticos, econômicos ou organizacionais. Esses aspectos que vão além do ambiente físico ou dos serviços médicos destinados a sociedade, dizem respeito a compreensão da proteção a saúde e dos serviços de prevenção para a saúde, fixados a engenharia do meio ambiente.

E isso tudo, visa compreender e melhor organizar as condições de vida de uma determinada população, em diversos níveis, desde do social ao cultural, do comportamental ao econômico.

Com esse embasamento, pode-se compreender melhor o que são políticas de educação e promoção de saúde, e mais que isso, perceber sua aplicabilidade e dificuldades em um determinado contexto, de modo que consigam atingir seu objetivo comum, que é alcançar níveis cada vez melhores de saúde na população estudada.

A educação em saúde é apenas um dos diversos componentes das atividades voltadas para a saúde, traduzindo-se em programas educacionais que vêm a atuar em diversas vertentes, como: o local de trabalho, a escola, o ambiente médico-clínico e diretamente sobre a família e comunidade.

Nesse contexto aplicou-se a caderneta de saúde de Florianópolis, a qual é dotada de estratégias avaliativas e educacionais, buscando a prevenção de doenças através de redução de

riscos individuais e da educação junto a família. Este é um instrumento que se aplica perfeitamente no conceito de promoção de saúde e prevenção de agravos.

Desse modo, a avaliação do sucesso da aplicabilidade e efetividade desse instrumento, traduzida no impacto que possui sobre um meio real e imperfeito, é algo relevante, especialmente para avaliar se nas eventuais imperfeições do meio, esse instrumento consegue resultados positivos e satisfatórios para o bem público.

A concepção e aplicação da caderneta de saúde em Florianópolis não é algo inédito no mundo, de fato, vários países como Canadá, França, Alemanha, Estados Unidos da América, Japão e Reino Unido, possuem seus próprios modelos de caderneta, com formatos e propostas direcionadas a sua própria realidade. De fato, a riqueza e o nível de desenvolvimento de um país reflete-se drasticamente nos indicadores de saúde da criança, especialmente na taxa de mortalidade infantil (TMI). Na literatura nacional, não foram encontrados estudos referentes às Cadernetas de Saúde, apesar de existirem vários modelos em vigor, a citar, Curitiba ^{69,70}, Sobral ⁷¹, Goiânia ^{72,73}, Santo André e da Sociedade Brasileira de Pediatria ⁷⁴. Estudos da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, realizado em 1996, (PNDS-96), revelaram que 80% das crianças menores de 24 meses apresentavam cartão da criança; esse valor foi de 87% na região sul.

A caderneta de saúde do Japão, único modelo submetido a trabalhos científicos avaliando sua eficácia, iniciou sua trajetória em 1965, sendo revisada em 1976 e 1981. Os trabalhos que vieram a avaliar sua efetividade mostraram que a caderneta, direta ou indiretamente, contribuiu para a redução considerável das taxas de perimortalidade, que passavam de 30 por 1000 nascidos vivos para 5,7 por 1000 nascidos vivos. Enquanto que no Brasil, esse valor é de cerca de 32,7 por 1000 nascidos vivos ^{53,54}.

A caderneta de saúde do Japão foi desenvolvida para atender a gestante e seu filho até os seis anos de idade. Ela consiste em duas grandes sessões: educação em saúde e registro de saúde. Na sessão referente à educação em saúde encontramos o conjunto de leis que regem a maternidade e a criança naquele país, informações sobre os serviços oferecidos pelo governo à gestante e à criança, evolução da gestação, cuidado para com recém-nascido e a criança (desenvolvimento, dieta e nutrição, imunização e cuidados dentários). Na sessão relacionada aos registros de saúde encontramos consultas de pré-natal (resumo das gestações anteriores,

condições de saúde, profissão, atividades sociais e ocupacionais, meios de transporte e condições de vida), parto e cuidado pós-parto, higiene dental da mãe e da criança, desenvolvimento da criança (curvas de crescimento e tabela de desenvolvimento), consultas de pediatria, imunização e intercorrências clínicas da criança.

Quando se avalia a caderneta de saúde de Florianópolis, introduzida pela Prefeitura Municipal, através do programa Capital Criança, vemos que a mortalidade infantil caiu de 21,6 por 1000 nascidos vivos para 8,8 por 1000, após sua implantação, segundo dados da Secretaria Municipal de Florianópolis.

A caderneta do município de Florianópolis tem muitos aspectos estruturais semelhantes ao modelo japonês. De fato, além de dedicar parte de suas páginas a criança, ela aborda ainda aspectos básicos do desenvolvimento puberal e de prevenção de agravos, como uso de drogas e doenças sexualmente transmissíveis. Há também ao apresentar espaços destinados ao preenchimento de registros de atendimento multidisciplinar (assistência odontológica, registros educacionais, esportes e lazer e assistência interdisciplinar).

Os parâmetros avaliados neste trabalho foram, o perfil biosociodemográfico da criança e dos acompanhantes, além do conteúdo da caderneta propriamente dita como identificação e foto da criança, anamnese neonatal, monitorização do crescimento e desenvolvimento, normas de alimentação no primeiro ano de vida, vacinação, intercorrências clínicas e histórico de saúde de um modo geral, tempo de coleta do teste do pezinho e assistência multidisciplinar, por se constituírem ações básicas de saúde, marcos da promoção da saúde e prevenção de agravos e atividades obrigatórias da puericultura.

Nosso estudo avaliou 63 cadernetas, de crianças de 0 a 3 anos do município de Florianópolis, que apresentavam-se em 3 modelos distintos, os quais foram revisados em 1998 e 2001. O primeiro modelo, criado em 1991, nomeado como modelo 3 nessa pesquisa, totalizou 11,11% (n=7) do total avaliado. O segundo modelo, de 1998, chamado modelo 2, apresentou-se em 20,63% (n=13) e, o terceiro, e mais novo modelo, de 2001, ou modelo 1, ocorreu em 68,25% (n=43) das cadernetas pesquisadas. O predomínio do modelo 1 sobre as demais, no campo de estudo, justifica-se pelo fato de que as crianças envolvidas nesse estudo possuíam idade entre 0 e 3 anos, onde o modelo mais novo predominou em termos de distribuição.

Em Santiago do Chile, em 1977¹¹⁸, constatou-se uma média de 6,8 consultas de puericultura realizadas no primeiro ano de vida e de 2,1 controles no pré-escolar. As crianças de mães situadas nos dois extremos de renda e escolaridade realizaram maior número de consultas. Outra pesquisa realizada em Santiago do Chile, em 1983, demonstrou que as mães mais jovens (com menos de 25 anos) e com menor número de filhos tendiam a usar mais vezes os serviços de puericultura¹¹⁸. Alguns estudos demonstram que as mães que frequentam o serviço público, cerca de 74% (1981), se mostram com uma taxa de insatisfação baixa com os serviços de puericultura. Entretanto, deve-se indagar se as mães realmente gostaram da puericultura ou se este índice a pequena exigência que as mães fazem dos serviços de saúde, ou ainda se deve-se a dificuldade dessa pergunta direta em captar a verdadeira insatisfação¹¹⁸.

Monteiro et al. estudaram a cobertura e a qualidade da assistência em puericultura no Município de São Paulo, em amostra de crianças menores de 5 anos, em 1983 e 1984. A cobertura de puericultura para crianças de 12 a 59 meses foi quase universal, 98%; Observou-se que 65% das crianças realizaram a primeira consulta preventiva nos dois primeiros meses de vida. Apesar da alta cobertura alcançada, levando-se em conta a realização de pelo menos uma consulta, a média de consultas no primeiro ano de vida foi de 7,7, abaixo da meta preconizada de nove. A desigualdade na época de início da puericultura foi grande: 84% das crianças de famílias cujos chefes tinham maior escolaridade (12 anos ou mais) iniciaram a puericultura precocemente, ao passo que apenas 46% das crianças de famílias com chefes que não haviam frequentado a escola o fizeram¹¹⁸. - No estudo feito pela Pastoral da criança (entidade ligada à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil e que atua junto a comunidades carentes), em Criciúma no ano de 1999, não houve diferença no número de consultas pediátricas entre os dois grupos estudados, o grupo materno acompanhado pela Pastoral e o grupo sem o acompanhamento (apesar do incentivo da Pastoral para utilização desses serviços) e 94% das mães estavam de posse da caderneta de saúde¹¹⁶.

Percebe-se ainda que, das 152 crianças pesquisadas no âmbito geral da pesquisa (sem considerar limite máximo de idade), um total de 113 (74%) dos acompanhantes trouxeram a caderneta de saúde para a consulta. Esse dado é bastante relevante, no sentido que confirma que a

caderneta é vista pelos pais e responsáveis como um objeto importante no controle da saúde de suas crianças, sendo trazido na ampla maioria das consultas pediátricas acompanhadas. Embora tenha apresentado um índice bastante alto de aplicabilidade, o considerado ideal por nós é que a caderneta seja um instrumento presente em 100% das consultas da criança, para que possa realmente desempenhar com total sucesso uma de suas principais funções, que é servir como um histórico completo das consultas, desenvolvimento, alimentação, vacinação e todos os demais aspectos da saúde da criança. Assegurado o desempenho dessa função, deve-se ainda avaliar se os responsáveis sabem ou não fazer o correto uso das informações fornecidas na caderneta em benefício da saúde da criança e se são adequadamente orientados a isso. Ou seja, trazer a caderneta à consulta pediátrica é apenas o primeiro passo no processo de cuidado com a saúde infantil, o uso da caderneta em suas outras vertentes, como uma fonte de orientações importantes, se faz necessária na mesma proporção que a fazer presente nas consultas.

Avaliando o perfil biosociodemográfico das crianças atendidas nos serviços médicos pesquisados, percebemos que 53,97% (n=34) apresentaram idade inferior a 1 ano e 46,03% (n=29) apresentaram até 3 anos de idade (exclusivo).

No que tange ao perfil biosociodemográfico dos pais, sempre se teve a idéia de que o nível educacional, a idade e os fatores ambientais e sociais dos pais, tinham um reflexo importante na vida e no desenvolvimento de seus filhos. Seja pelo elo afetivo existente, e o grau que ele alcança eventualmente, seja pelas responsabilidades quanto a cuidados, alimentação, vacinação e desenvolvimento, o papel dos pais no cuidado da criança é único e crucial. É posição aceita por toda a pediatria, que o papel dos pais, especialmente da mãe, na observação de seu filho, é imperativo na resolução de problemas e até mesmo na obtenção de diagnósticos, já que grande parte desses, depende de um completo relatório comportamental da criança, por parte de seus responsáveis. O que se procura avaliar agora é o quanto e como, as condições sociais, o tempo de estudo e a estrutura econômica dos pais, interfere na saúde da criança. A escolaridade paterna esteve associada com a realização de consultas preventivas, ao contrario da escolaridade materna. A escolaridade paterna está altamente relacionada a escolaridade materna e ambas são indicadores da questão educacional no núcleo familiar. Isto confirma a importância dos fatores educacionais na aquisição de comportamentos preventivos, como a realização da puericultura.

A associação entre menor escolaridade do pai, da mãe ou do chefe da família e menor frequência a puericultura foi descrita no Panamá, em Burkina Fasso e no Brasil, em São Paulo e em Londrina. Tal como encontrada neste trabalho, a associação entre posse de seguro-saúde e maior frequência aos controles de puericultura também foi descrita nos Estados Unidos¹¹⁸.

A associação entre renda familiar e maior frequência a puericultura também foi encontrada no Panamá e em certas cidades no Brasil, como Pelotas (RS) e Londrina (PR). Estudos em outros países não encontraram associação entre maior renda e maior uso de consultas, como no Chile e em Burkina Fasso, o que fala a favor de um sistema de saúde mais equitativo nestes últimos países¹¹⁸.

Todos esses aspectos deixam bastante claro que as diversas entidades de ação social priorizem ainda mais a educação das mães quanto aos cuidados com a criança. É importante que as mães sejam recrutadas ainda durante a gestação, quando impacto da educação é potencialmente maior

116

Alguns trabalhos indicam, ainda, que são necessários esforços para que todas as crianças possam iniciar as consultas preventivas com 1 mês de idade. A desigualdade na realização de consultas de puericultura em relação a escolaridade paterna e ao número de filhos indica a existência de barreiras e constrangimentos que está atuando mais fortemente sobre os grupos de menor escolaridade e sobre famílias mais numerosas. O reforço as atividades educativas e, talvez, aos programas de planejamento familiar, e uma estratégia importante no sentido de aumentar-se a cobertura de puericultura no município e reduzir-se a desigualdade aqui apontada¹¹⁸.

No estudo realizado pela Pastoral da Criança cujo objetivo foi verificar se as mães acompanhadas pela Pastoral apresentaram melhores indicadores de saúde e conhecimento de noções básicas de sobrevivência infantil do que as mães não acompanhadas, verificou que as mães orientadas tiveram seus filhos apresentando melhores índices de sucesso no que tange a conduta alimentar durante a diarreia, idade ideal para o aleitamento materno exclusivo, a contra-indicação do leite em pó, a interpretação da curva de crescimento e quanto ao esquema vacinal. Ainda encontrou-se significativa melhora nos índices de duração total de aleitamento materno,

introdução tardia da mamadeira, ao maior número de pesagens no trimestre imediatamente anterior a pesquisa e a posse de colher medida para rehidratação oral.

Um dos aspectos que procurou-se observar nessa pesquisa foi o tipo de união conjugal apresentada pelos pais das crianças pesquisadas. Em 58,70% dos entrevistados, tivemos pais casados, o que não significa necessariamente que essas sejam famílias mais estáveis do que aquelas em regime consensual ou mesmo com a ausência de um dos cônjuges.

A forte ideologia cultural no sentido de que uma família para ser considerada estável, necessite de pais casados, pode ser falsa muitas vezes e levar a errada impressão de que pais solteiros ou divorciados e separados, não sejam bons pais ou não ofereçam um ambiente saudável para seus filhos. Embora não se tenha feito uma correlação entre a união conjugal dos pais e os índices de cuidado e saúde de seus filhos, o mais importante é conscientizar a sociedade de que, mais importante do que a condição conjugal são os cuidados e o interesse dos pais em cuidar do bem estar de seus filhos.

Ainda na análise do perfil biosociodemográfico do acompanhante da criança durante a consulta pediátrica, pode-se observar que dos 63 casos, 82,53% (n=52) das vezes, apenas a mãe acompanhava seu filho na consulta. Se considerarmos as mães acompanhadas dos pais, o valor se eleva para 90,47% (n=57). Nas famílias inseridas nesse universo de estudo, as mães ainda parecem ter a principal responsabilidade no cuidado e bem estar dos filhos, seja por motivação própria da maternidade ou por um fator cultural. A mãe é, portanto, alvo importante em qualquer tipo de trabalho no sentido de se promover o bem estar da criança, pois é ela que tem o maior envolvimento com a criança e quem provavelmente aplica as medidas determinadas pelos profissionais de saúde, no cuidado diário com a criança.

No estudo da Pastoral da Criança foi feito o acompanhamento de mães (média de 27,7 anos e escolaridade média de 6,7 anos) em 2208 famílias, e observou-se que em 10% dos casos, não havia a presença dos pais, com crianças menores que 3 anos de idade.

Neste estudo, a idade média das mães foi de 26,14 anos (mediana de 24,71 anos). Considerando as mães que se apresentavam, exclusivamente, como acompanhante, na consulta, verificou-se que 42,30% (n=22) possuíam um único filho, 19,23% (n=10), possuíam dois filhos, 21,15% (n=11) possuíam três filhos e 9,61% (n=5) possuíam 4 ou mais filhos, concordando assim, com os resultados encontrados na literatura(ref). Dados que só vêm a confirmar uma

tendência nacional que se traduz na redução das famílias, com as mulheres tendo menos filhos, em função de suas ambições profissionais ou necessidades econômicas da família.

E qual a real importância dos pais no papel da educação em saúde? Baseado na perspectiva ecológica de desenvolvimento de Bronfenbrenner⁷⁵ sobre os diferentes contextos que o indivíduo frequenta⁷⁶, verifica-se que a família é um dos contextos mais importantes do mundo ecológico da criança, pois é através dela que a criança é apresentada e compreende o mundo ao seu redor. Os primeiros dois anos de vida da vida da criança são importantes pelo acelerado crescimento e o processo de mielinização. A importância do envolvimento de pais nesta fase é então auto-explicativa: a participação efetiva da família e a monitorização adequada do crescimento e desenvolvimento, vinculada as ações preventivas, podem promover situações complementares e significativas de promoção da saúde e prevenção de agravos que realmente vão ao encontro às necessidades e demandas do que se espera para as crianças saudáveis.

Pais que estão envolvidos na criação de seus filhos desenvolvem uma atitude mais positiva com relação aos profissionais, que cuidam de seus filhos e com relação a si mesmos, tornando-se mais ativos na sua comunidade e melhorando seu relacionamento com os filhos. As pesquisas têm mostrado a importância dos pais nos cuidados às crianças, ratificando o raciocínio de que, o envolvimento dos pais, com os cuidadores de seus filhos, passou a ser considerado nos últimos anos como uma preocupação necessária e legítima. Diante disso, os pais deverão tomar o seu devido lugar no processo de monitorização do crescimento e desenvolvimento de seus filhos desde seus primeiros dias de vida⁸⁵. No entanto, na literatura consultada, os trabalhos têm mostrado que o principal acompanhante da criança nas consultas de puericultura, continua sendo a mãe^{19,53,77}. Verificou-se também na literatura consultada que mães mais jovens (com menos de 25 anos) e com menor número de filhos tendiam a usar mais os serviços de puericultura^{19,77-79}.

Em relação ao conteúdo da caderneta, observa-se que esta possui vários recursos, dentre os quais, alguns procuram tornar a caderneta um documento de identificação da criança, onde seus dados, foto e endereço, constem para dar essa representatividade a mesma.

Entretanto, nossa pesquisa registrou alguns resultados que mostram que não existe, entre os responsáveis, a noção de que a caderneta pode funcionar como o primeiro documento de identidade de seus filhos. Para ilustrar isso, mostramos os resultados obtidos na variável “foto da criança”, que é um espaço reservado a fotografia da criança. Em 55 cadernetas que possuíam tal

espaço, absolutamente nenhuma delas apresentava fotografia da criança. Ainda nessa perspectiva, a identificação da criança, com página própria na caderneta, mostrou-se com preenchimento apenas parcial em 90,48% das cadernetas pesquisadas. Observou-se apenas 9,52% de preenchimentos adequados, o que determina uma diferença significativa, especialmente quando se avalia que esta parte da caderneta seria primordial no papel de documento, o qual a caderneta de saúde objetiva assumir. O mesmo se passa quando analisado o preenchimento dos dados relativos ao endereço da criança, onde observou-se que em 65% das cadernetas não possuíam qualquer tipo de registro nesse sentido.

Diante de tal realidade, é flagrante que precisamos investir no sentido de promover a caderneta de saúde não apenas como um documento de registro de saúde e de fontes de informação para os pais, mas também como um documento da criança, iniciando sua inserção como membro da sociedade.

Dentro de seu conteúdo, a caderneta de saúde possui um capítulo todo destinado ao preenchimento de dados referentes ao período neonatal da criança, onde se podem colher dados como: tipo de parto, local, intercorrências durante o parto, peso ao nascer e na alta, comprimento, perímetro cefálico, Apgar, idade gestacional (pelo método Capurro), classificação quanto ao peso e idade gestacional, amamentação e eventuais encaminhamentos e medicações na alta. Esse conjunto de informações servem para dar um panorama amplo do período neonatal da criança, o que pode vir a ser de extrema valia na compreensão de seu desenvolvimento físico e neurológico e de eventuais doenças.

Quando analisou-se o preenchimento da anamnese neonatal na caderneta das 63 crianças envolvidas nesse estudo, observou-se um preenchimento completo de 77,7% e parcial em 19%, o que embora sejam valores altos, ainda não se mostram ideais, já que por se tratar de dados que tenham tanta importância na vida da criança, seu preenchimento sempre adequado e completo, deve ser imperativo. Desse modo, nosso estudo aponta para a necessidade de que se incentive e oriente, enfermeiras, médicos e estudantes de medicina, que cuidam desse preenchimento, a dedicar total atenção e precisão, para que uma possível falta no preenchimento de algum dado não se traduza em prejuízo na avaliação e na conduta de uma criança em suas futuras consultas. As curvas de controle de crescimento presentes na caderneta, também possuem papel fundamental dentro da puericultura e a efetividade no seu preenchimento já foi avaliada na

primeira parte dessa pesquisa, Lizana et al.¹¹⁹, Sua importância está centrada no fato de serem indicadores de saúde³⁴. De acordo com Marcondes, esses dados são passíveis de expressão numérica; suas principais limitações são conhecidas e os dados podem ser obtidos por pessoal não especializado em medicina³¹. Segundo Eduardo Marcondes, a puericultura não levanta vôo sem a monitorização de crescimento e desenvolvimento.

Sabe-se que o crescimento normal apresenta amplas variações, especialmente durante os dois primeiros anos de vida e na adolescência, fases em que a velocidade de crescimento é mais intensa²⁵⁻²⁷. O processo de crescimento depende de diversos fatores genéticos e ambientais²⁸, ou seja, a inadequação de um desses fatores pode modificar, de forma considerável, o crescimento e desenvolvimento da criança e/ou adolescente. Os desvios de padrões de crescimento são indicadores inespecíficos, porém muito importantes para o diagnóstico de enfermidades. Frequentemente, eles fornecem o primeiro indício de alguma alteração, por vezes até mesmo quando os pais não suspeitam do problema. A obtenção precisa dessas medidas e as medições seriadas são muito proveitosas pois podem detectar desvios do padrão de crescimento de determinada criança, ainda que o valor permaneça dentro de limites normais arbitrariamente definidos²⁹. Além disso, avaliações em diferentes etapas da vida, durante o período de crescimento do indivíduo podem contribuir para explicar o que ocorreu em fases anteriores e sugerir riscos imediatos, mediatos ou tardios para a saúde^{24,25,30-32}.

A afirmação de *manter o peso*, quando empregado na área pediátrica é uma falácia. A desnutrição da criança em acompanhamento ambulatorial ou da criança hospitalizada e a obesidade da criança e adolescente em acompanhamento ambulatorial é acontecimento não incomum, exatamente por uma interpretação errônea e ou, não preenchimento das curvas de crescimento para adequada monitorização do crescimento da criança².

A criança é um ser em crescimento e desenvolvimento, portanto o pouco ganho ou manutenção do peso e estatura significa indubitavelmente desaceleração do crescimento ou parada do mesmo. Esses fatos são tão mais graves quanto mais jovem for a criança; bem como igualmente grave é o ganho acelerado de peso levando a obesidade².

Portanto, os padrões de crescimento constituem um dos instrumentos mais amplamente utilizados na assistência à saúde da criança, tanto na área clínica, como na de saúde pública. Em termos populacionais, os padrões de crescimento têm diversas aplicações, tais como: prever

situação emergencial relacionada à nutrição e alimentação; mensurar a equidade e a distribuição dos recursos econômicos intra e inter comunidades; avaliar as práticas de desmame; rastrear e acompanhar grupos de risco nutricional. Em termos individuais, cita-se: monitorar e promover o crescimento; identificar o período adequado para introduzir a alimentação complementar ao leite materno; avaliar performance da lactação e auxiliar o diagnóstico da falta ou excesso de crescimento^{2,80}.

Em síntese, a avaliação do crescimento envolve comparação de medidas físicas observadas com valores de referência expressos em tabelas e curvas. Estas últimas encontram-se, geralmente, impressas na caderneta de saúde da criança.

Não se pode deixar de enfatizar que o uso das curvas de crescimento não somente permite acompanhar no tempo a evolução da criança, como também constitui excelente recurso de educação em saúde para os pais e/ou responsáveis pela criança. Recentemente, o referencial de crescimento do NCHS, utilizado mundialmente desde 1977, foi revisado, objetivando refletir mudanças seculares e corrigir e/ou minimizar uma série de falhas que o apontam atualmente como um indicador imperfeito do crescimento⁸⁰.

O peso, a altura e o perímetro cefálico são as medidas antropométricas mais utilizadas para avaliação e monitoramento do crescimento durante a infância.³⁶

A interpretação das medidas antropométricas exige o uso de padrões de referência e de pontos de corte definidos. É desejável que o profissional dê preferência às preconizações das agências nacionais e internacionais de saúde, pois, geralmente, os dados resultam de estudos e análises criteriosos, feitos por grupos de *experts*, e propiciam uma padronização dos cuidados de saúde e comparação com dados internacionais⁸⁰. Na avaliação antropométrica, ponto de corte significa linha divisória, distinguindo os que necessitam e os que não necessitam de intervenção, permitindo ainda discriminar níveis de distúrbio nutricional. Os pontos de corte podem ser determinados estatisticamente ou com base na relação entre estado nutricional e debilidades funcionais e/ou sinais clínicos, e, ocasionalmente, risco de mortalidade. A operacionalização desses conceitos depende do estabelecimento de um padrão de referência ou de normalidade⁸⁰.

É importante o preenchimento adequado do gráfico (ou curva) de crescimento da caderneta, ainda que não sejam padrões e sim referenciais^{35,36}. Os gráficos que compõem a caderneta são os gráficos *National Center for Health Statistics* (NCHS)^{30,36-38}.

Os dados antropométricos de referência podem ser derivados de estudos locais e internacionais ³⁶. Em 1977, o *National Center for Health Statistics* (NCHS) divulgou e recomendou para os Estados Unidos da América um referencial de Peso/Idade (P/I), Peso/Altura (P/A), Comprimento/Altura (C/A), Comprimento/Idade (C/I), Altura/Idade (A/I) e Perímetro Cefálico/Idade (CC/I) de crianças de 0 – 18 anos de idade de ambos os sexos. Foram modificados no ano 2000 pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC). Posteriormente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu o referido padrão (NCHS/1977) como adequado para avaliação de diferentes grupos raciais e o recomendou para uso internacional, sendo o mesmo adotado pelo Ministério da Saúde do Brasil ^{30,36-38,81,82}.

Ainda que tenham sido já verificados na parte inicial, seus resultados serão utilizados na discussão.

Referente ao controle de crescimento, verificou-se que 82,35% (n=28) das crianças com até um ano de idade (grupo1, n=34) apresentaram a caderneta completamente preenchida. No entanto, quando consideramos o controle de crescimento e o gráfico “peso x idade”, apenas metade (n=17) preencheu as duas variáveis completamente, apesar de 60,71% (n=17) estarem com o gráfico, acima citado, completamente preenchido.

No grupo de crianças até três anos de idade (grupo2, n=29), tal informação se assemelha. Verificou-se que 75,86% (n=22) apresentavam o controle de crescimento completamente preenchido. Destes, apenas 51,72% (n=15) contavam, também, com preenchimento completo do gráfico “peso x idade”.

Considerando a população de estudo (n=63) percebeu-se que, ao final, 52,94% (n=18) apresentavam, preenchimento adequado, para idade, em ambas as variáveis: controle de crescimento e gráfico “peso x idade”.

Se considerarmos o fato de que o registro de peso e idade é obrigatório no serviço de pediatria em que este trabalho foi realizado e que seu registro foi considerado completo de acordo com o número mínimo de consultas preconizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria, pode-se afirmar que 79,37% (n=50) das crianças até três anos de idade (exclusive), envolvida no estudo, estão recebendo acompanhamento adequado de pediatria. No entanto, se apenas 52,94% (n=18) apresenta, concomitantemente, o preenchimento completo do gráfico “peso x idade”, 32,04% (n=18) do gráfico peso e estatura e 19,64% (n=11) do gráfico de perímetro cefálico, significa que

não está sendo realizado o registro dessas informações nos gráficos presentes nas cadernetas de saúde, apesar da realização da consulta pediátrica.

Em relação aos gráficos: “peso e estatura” e perímetro cefálico, foram considerados apenas os questionários do 1º e 2º Modelos de Caderneta de Saúde, já que estão ausentes no 3º Modelo de Caderneta.

Comparando, com os dados anteriormente apresentados, percebeu-se que o preenchimento dos gráficos “peso e estatura” e perímetro cefálico, foram menores que os anteriores. Verificou-se que, nas crianças até 1 ano de idade (grupo 1), apenas 33,33% (n=11) apresentavam seu gráfico “peso e estatura” completamente preenchido, sendo que 57,58% (n=19), estavam com seu gráfico sem preenchimento. No grupo de crianças até 3 anos (grupo 2) 30,43% (n=7) estavam com o gráfico preenchido, contrastando com 56,52% (n=13) que também apresentavam o gráfico sem preenchimento.

Assim, do total (n=56), apenas 32,14% (n=18) estavam completamente preenchidos, 10,71% (n=6) estavam parcialmente preenchidos e 57,14% estavam com o gráfico “peso e estatura” sem preenchimento.

De todos os gráficos estudados neste trabalho, o que apresentou mais inadequado preenchimento foi o gráfico perímetro cefálico. Do total de cadernetas que possuíam este gráfico (n=56), somente 19,64% (n=11) estavam completamente preenchidos, 10,71% (n=6), estavam parcialmente preenchidos e 69,64% (n=39) estavam sem preenchimento.

A evolução da pediatria aliada às ações básicas de saúde obriga o pediatra estar cada dia mais atento a prevenção das doenças. Por ser a pediatria uma ciência que estuda o ser em crescimento e desenvolvimento o compromisso do pediatra na avaliação, identificação e intervenção precoce dos distúrbios do desenvolvimento é de caráter imprescindível e prioritário.

A vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), também já verificado na primeira parte dessa pesquisa, em busca dos sinais suspeitos nas visitas de rotina e a atenção às preocupações dos pais são muito importantes no diagnóstico precoce do retardo do desenvolvimento e, na intervenção terapêutica adequada com o objetivo de diminuir a deficiência e o estresse da família. Para uma boa avaliação do DNPM as avaliações e consultas médicas precisam ser cuidadosas e baseadas numa anamnese e exame físico completo, é necessário ainda que o pediatra possua conhecimento de como se processa a maturação neurológica. É possível

que o pediatra seja o primeiro ou o único profissional a entrar em contato com a criança e sua família antes do ingresso na escola. Ele precisa, portanto, estar apto a reconhecer, avaliar, tratar e encaminhar para avaliação adicional ou para serviços comunitários crianças com deficiências do desenvolvimento ou sob risco de virem a manifestá-las. O pediatra deve ainda sentir-se à vontade ao transmitir informações concernentes ao diagnóstico à família e, a oferecer apoio contínuo. Essa habilidade na coordenação é importante no sentido de evitar iatrogenias ⁸³.

No contexto do desenvolvimento e do crescimento infantil, é importante falar sobre as normas de alimentação, especialmente no primeiro ano de vida. É impossível citar a alimentação infantil, sem enfatizar a importância da amamentação. As normas de alimentação no primeiro ano de vida, são um conjunto de dados que se referem a rotina de alimentação ideal para a criança, de acordo com sua faixa etária considerando como prioritário o primeiro ano de vida por ser este um período de crescimento rápido ³¹. A monitorização da alimentação é importante porque energia e nutrientes são necessários não só para manter as funções e atividades do organismo, mas principalmente para a deposição tissular, conseqüentemente as necessidades nutricionais da criança são quantitativamente e qualitativamente diferentes das de crianças mais velhas e adultos ¹¹⁴.

Para crianças até seis meses de idade, o leite materno exclusivo é a mistura completa e perfeitamente equilibrada dos nutrientes necessários. Se as necessidades de energia da criança forem atendidas com o leite materno, as demais necessidades nutricionais serão automaticamente satisfeitas ¹¹⁴. Tal papel do aleitamento já era entendido desde os primórdios onde o Alcorão e a Bíblia fazem referência a essa prática ¹¹⁵. O leite era referido como “sangue branco” pelos abundantes aspectos vitais e não só estes, mas o próprio envolvimento afetivo entre mãe-filho e seus benefícios fazem da prática do aleitamento exclusivo um grande desafio para o mundo ¹¹⁵.

Consciente da importância do aleitamento materno na alimentação infantil, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a UNICEF em 1989 elaboraram os dez passos para o sucesso do aleitamento materno a serem seguidos por qualquer instituição que ofereça cuidados obstétricos e unidades de atendimento a recém-nascidos (Em anexo) ¹¹². Os programas de promoção do aleitamento materno levados a efeito em maternidades têm demonstrado que o tempo de amamentação aumenta expressivamente com esta iniciativa ^{112,115}. Ainda com esse enfoque a o Ministério da Saúde/OPAS e Sociedade Brasileira de Pediatria estabeleceram dez passos da

alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos (Em anexo) ¹¹⁴. Exceção são as crianças de muito baixo peso ao nascer, que podem precisar de suplementação de ferro, e os amamentados por mães com deficiências específicas de vitaminas e sais minerais. Nesses casos o leite materno pode ter valores baixos de determinado nutriente, e a criança deverá ter sua alimentação suplementada ¹¹².

Dessa forma, cada lactente deve ser avaliado individualmente e iniciar os alimentos complementares de acordo com o tipo de leite que ingere, necessidades nutricionais específicas e idade em que está iniciando os mesmos ¹¹².

Além de tudo que já fora exposto, um exemplo claro da importância do leite materno é um estudo feito em São Paulo, que buscava avaliar o impacto da amamentação na mortalidade infantil. Nesse estudo foram estudados 14 municípios da Grande São Paulo, onde coletaram-se informações relativas à amamentação por entrevistas, em uma amostra por conglomerados em dias nacionais de vacinação (Projeto Amamentação e Municípios). Também foram consultadas informações sobre mortalidade infantil, recolhidas de fontes oficiais, dos anos de 1999 e 2000. Com base em parâmetros da literatura sobre o risco de óbito por infecção respiratória e diarreia para crianças não amamentadas, calculou-se a fração de mortalidade evitável por cada doença. Os valores, aplicados ao número de óbitos registrados em cada município, permitiram o cálculo do impacto da amamentação sobre o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI). A fração de mortalidade evitável por infecção respiratória variou, segundo o município e a faixa etária, entre 33% e 72%. Para diarreia, a variação ficou entre 35% e 86%. A estimativa média de impacto foi de 9,3% no CMI, com variações, segundo o município, entre 3,6% e 13%. Ou seja, esse estudo concluiu que a amamentação no primeiro ano de vida pode ser a estratégia mais exequível de redução da mortalidade pós-neonatal para além dos níveis já alcançados ¹¹³.

Seguindo essa filosofia, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a prática do aleitamento materno exclusivo (AME) por seis meses e a manutenção do aleitamento materno (AM) acrescido de alimentos complementares até os dois anos de vida ou mais ¹¹².

Outros estudos também se juntam a essa visão sobre o aleitamento: Feachem & Koblinsky, revisando trabalhos realizados em diferentes países, mostraram que, em 83% dessas pesquisas, o AME conferiu proteção contra diarreia quando comparado ao aleitamento materno parcial. Victora et al constataram que o risco de óbito por diarreia para crianças desmamadas era 14,2

vezes maior do que o de crianças em aleitamento materno sem suplemento lácteo. O risco de óbito por doenças respiratórias era 3,6 vezes maior. Betrán et al (2001) tomaram as informações desse estudo para estimar o potencial de redução de mortalidade infantil na América Latina atribuível à prática do AME. Em uma abordagem ecológica, foram analisados inquéritos de 16 países que estimavam os padrões regionais de aleitamento materno e os cotejavam com os dados de mortalidade por diarreia e infecções respiratórias em crianças menores um ano. A conclusão foi de que a promoção do aleitamento materno poderia reduzir substancialmente a mortalidade infantil ¹¹².

De fato, programas de promoção do aleitamento levados a efeito em maternidades têm demonstrado que o tempo de amamentação aumenta expressivamente com esta iniciativa. Lutter et al em 1997, em um programa de promoção com base em hospital, conseguiram dobrar a mediana do tempo de amamentação entre crianças com até três meses de idade, enquanto que Taddei et al, num ensaio aleatório publicado em 2000, mostraram que equipes hospitalares treinadas com um curso padronizado (Wellstart-SLC) conseguiam aumentar o tempo de amamentação em até 29%, em comparação com equipes não treinadas. Mais recentemente, em 2002, Venâncio et al encontraram que crianças menores de quatro meses, nascidas em hospitais desprovidos do programa .Iniciativa Hospital Amigo da Criança., tinham 34% mais chances de interrupção do aleitamento materno exclusivo do que aquelas nascidas em hospitais com aquele programa ^{112.115}.

Apesar do exposto, os resultados encontrados, referentes aos preenchimentos das normas de alimentação foram de 60,3% de cadernetas sem preenchimento nessa categoria. Apenas 12,6% das cadernetas pesquisadas apresentavam o preenchimento adequado dessas normas. Torna-se muito preocupante observar que nem mesmos os profissionais da saúde têm dado o real valor do preenchimento dessa informação no atendimento infantil, na sua forma ampla. É evidente que o processo de orientação dos pais, feitos no consultório e hospitais, é válido e tem valor fundamental no sucesso da amamentação de uma criança, mas quando se busca a total adequação da alimentação das crianças, nenhum passo pode ser ignorado e as normas de alimentação, registradas na caderneta, são fundamentais como integrantes.

Em relação às imunizações, é consenso que estas são ações básicas de saúde da criança e que apresentam um papel fundamental tanto no aspecto médico, quanto social, por ter um reflexo

importante nos coeficientes e curvas de morbidade e mortalidade infantil em todo o mundo 3,94, especialmente em países pobres ou em desenvolvimento. As imunizações são a única ação de saúde cuja eficiência está amplamente pesquisada e documentada cientificamente ^{39,40}.

Para a promoção e execução das políticas de vacinação, dispomos de diversos programas, os quais são amplamente maleáveis e influenciados por fatores econômicos, culturas e sociais. Em âmbito nacional isso é bastante claro, tendo em vista os mais diferentes calendários oficiais que vigoram em diferentes partes do território nacional, sendo entretanto sempre um procedimento posicionado como obrigatório ⁴¹⁻⁴⁴. Através do Programa Nacional de Imunizações (PNI), o Ministério da Saúde coloca como obrigatórias as vacinas contra poliomielite, difteria, tétano, coqueluche, hepatite B (HEP B), sarampo, rubéola, caxumba, tuberculose e infecções para *Haemophilus Influenzae* tipo b (Hib), sendo que a Prefeitura Municipal de Florianópolis incluiu em seu calendário, além das vacinas anteriormente citadas, a vacina contra varicela.

O conhecimento referente à cobertura vacinal durante o primeiro ano de vida também é um importante elemento para programas de vigilância epidemiológica, pois permite acompanhar o número de indivíduos susceptíveis na população, bem como avaliar até que ponto a imunização em massa está sendo uma barreira efetiva na transmissão de doenças ⁴⁰.

Por meio do preenchimento adequado da caderneta de saúde, das vacinas aplicadas na criança ao longo de seu desenvolvimento, pode-se avaliar a efetividade e garantir o sucesso dos diversos programas de cobertura vacinal e prevenção de epidemias ⁴⁰.

Na literatura estudada, a vacinação nos primeiros anos de vida mostrou-se bastante diversificada. Em estudo realizado no município de São Luís (Maranhão) observou-se, em crianças até dois anos de idade, cobertura de 80,3% para BCG, 68,8% para Sabin, 64,1% para DPT e 60,5% para anti-sarampo ⁸⁷. Em outro estudo realizado em Teresópolis (Rio de Janeiro), constatou-se que 93,6% das crianças encontravam-se com sua vacinação básica em dia. As vacinas que mais estavam atrasadas eram DPT e BCG ⁸⁸. Em um terceiro estudo realizado no município de São Paulo (São Paulo), observou-se, também para crianças até dois anos de idade, cobertura de 88,5% para BCG, 84,8% para DPT e 85,7% para anti-sarampo nos anos 1984-85 e 99,3% para BCG, 98,1% para DPT e 96,8% para anti-sarampo nos anos 1995-96.

Em Criciúma-SC, um estudo feito pela Pastoral da Criança ¹¹⁶ encontrou, em crianças entre 12 e 23 meses de idade, para aquelas que fizeram vacinas, a cobertura foi elevada, ainda

que se considerassem apenas as doses anotadas na caderneta. Encontrou-se : BCG (96%), DPT (93%), Antipoliomielite (94%) e Anti-Sarampo (93%), resultando em 90% para todas as vacinas nessa faixa etária. No entanto, quando todas as crianças (0 a 35 meses) foram consideradas, um terço delas não estava com a imunização completa para sua idade.

No referente aos dados encontrados em nossa pesquisa, percebeu-se que crianças com idade até um ano de idade (exclusive), obteve um adequado registro de vacinação. O resultados mostraram-se superiores a 90% nas vacinas BCG (93,75%), DPT (96,9%) e Hepatite B (93,97%), sendo que para a vacina contra poliomielite e a MMR, o registro adequado foi de 100%. A única vacina que apresentou valores inferiores foi a para Hib (81,82%), porém apresenta-se dentro da meta do Ministério da Saúde e UNICEF, isto é, superior a 80% ^{96,97}. Se considerarmos todas as cadernetas que participaram do estudo, observa-se que os valores se assemelham: BCG (96,72%), DPT (91,8%), POLIO (93,44%), MMR (93,44%), HEPB (95,08%), SAR (90,16%) e HiB (80,65%). Neste estudo, constatou-se que a criança ao fazer o esquema de doses de uma vacina, ela fez o das outras vacinas, isto é, geralmente o calendário vacinal è cumprido.

Outro avanço importante na promoção de saúde da criança foi a criação dos chamados “testes de triagem neonatais”, entre os quais o “teste do pezinho”, adotado no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1989, tem um papel extremamente importante na prevenção de várias doenças de repercussão cabal na saúde infantil.

Hoje o teste já é capaz de detectar mais de 30 tipos de doenças, sendo que essa versão ainda é muito cara e não disponível no sistema público de saúde.

O diagnóstico e o tratamento precoces de uma criança portadora de uma doença representam um enorme benefício para os familiares e para a comunidade, evitando os custos sociais, emocionais e financeiros de um indivíduo com deficiências ⁸⁴. A observação clínica, é bom lembrar, é de valor limitado na detecção dessas doenças no período em que o lactente é considerado neonato. O quadro clínico se estabelece lentamente, em semanas ou meses, porém a maior parte das manifestações é inespecífica. Por esse motivo somente 5% das crianças são diagnosticadas clinicamente no período neonatal ^{84,85,86,87,88}.

Programas de rastreamento neonatal de várias doenças foram viabilizados pelos estudos de Guthrie ⁸⁹, que desenvolveu um método para dosar fenilalanina por meio de amostras de sangue em discos de papel filtro. Isto simplificou a coleta, o transporte e o manuseio das amostras

no laboratório. Após a implantação do rastreamento neonatal para a Fenilcetonúria, outras doenças passaram a ser objeto de estudo para testes adicionais no mesmo papel filtro ^{89,90}.

Em 1975, Dussault et al. ⁹¹ relataram os resultados preliminares de um programa de rastreamento neonatal em massa para Hipotireoidismo no Canadá. Utilizada a infra-estrutura de coleta de material já existente para outros erros inatos do metabolismo, em que o sangue era coletado no momento da alta hospitalar, entre o 3º e o 6º dia de vida.

Na Europa, o primeiro programa data de 1974 e foi implantado na Bélgica, utilizando a dosagem de hormônio liberador de tiroxina (TSH) em sangue colhido em papel filtro no 5º dia de vida ⁹². No Brasil, a primeira unidade da federação a implantar programas de triagem neonatal foi o Estado de São Paulo, em 1975, por meio da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Iniciaram com a detecção precoce de fenilcetonúria, e em 1978 passaram a realizar a determinação de tiroxina 4 (T4) para diagnóstico do HC. Outros estados também possuem programas de triagem neonatal, na maioria para fenilcetonúria e HC com dosagem de TSH ⁹³.

Entende-se como um bom método de rastreamento neonatal, aquele que cumpra os seguintes aspectos : ampla cobertura populacional, e aqui o ideal seria chegar a 100% dos RN vivos ^{94,95,96,97,98,99,100}; baixa porcentagem de reconvocações ou falso-positivos ^{95,97,98,101}; reduzido número de perdas ou falso-negativos ^{100,101,102,103,104}; possibilidade de combinação com outros métodos e rastreamento ^{96,106,107}; disponibilidade de meios técnicos adequados para confirmação diagnóstica e etiológica precoce ^{94,95,96}; possibilidade de iniciar o tratamento precocemente e assegurar seguimento dos afetados ^{108,109}. Deve haver ainda uma relação positiva em termos de custo-benefício para a comunidade ¹¹¹.

Entre as fontes de erros em programas de rastreamento neonatal encontram-se: a idade dos RN no momento da coleta da amostra, erros na técnica de obtenção e conservação das amostras, falso-negativos, atrasos no diagnóstico e no início do tratamento e no seguimento.

Em Santa Catarina, o programa de rastreamento neonatal foi instituído a partir de julho de 1992, baseado na Lei 6.762, de maio de 1986 ¹¹¹. Inicialmente, o programa destinava-se ao rastreamento para HC e fenilcetonúria (PKU), com o nome de “Teste do pezinho”, ¹¹⁰. Desde sua implantação o programa é coordenado pelo Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) e é operacionalizado em três etapas. Nos municípios é realizada a coleta de amostras nos postos e centros de saúde, hospitais e maternidades. No LACEN as amostras são analisadas e as crianças

suspeitas são encaminhadas para o Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) para confirmação do diagnóstico, tratamento e acompanhamento, se necessários¹¹⁰. Assim, o rastreamento rotineiro para identificar recém nascidos com vários distúrbios metabólicos tornou-se parte integrante da prática pediátrica nas três últimas décadas⁹⁴.

Um dos objetivos de qualquer programa de rastreamento neonatal é que ele tenha cobertura de 100%, ou seja, que 100% dos nascidos vivos sejam rastreados. Mais que isso, esse programa deve ainda garantir atendimento médico e tratamento de todos os detectados⁹⁴.

Desde o início do programa de rastreamento da SES-SC foi estabelecido que todas as crianças diagnosticadas deveriam ser atendidas em um único serviço, com o objetivo de possibilitar uma abordagem padronizada de todos os casos, detectar dificuldades e características próprias da população e melhorar o atendimento do problema. O ambulatório de endocrinologia do Hospital Infantil Joana de Gusmão foi o local escolhido, por sua referência estadual nas diversas especialidades pediátricas. Outro aspecto importante é que o atendimento destes pacientes em um hospital escola, permite que estudantes de medicina e médicos em aperfeiçoamento tenham contato com o problema e conheçam a importância e os resultados do tratamento precoce da doença.

O principal objetivo dos programas de rastreamento neonatal é o de estabelecer o diagnóstico e iniciar o tratamento precocemente para evitar seqüelas. Visando alcançar este objetivo, é importante que existam padrões de tempo precisos para cada etapa do processo de rastreamento, porque atrasos em uma ou mais etapas levarão a retardos inaceitáveis no tratamento das crianças afetadas.

A idade ideal para a coleta da primeira amostra de sangue para o rastreamento é do 3º ao 5º dia de vida, quando já ocorreu a diminuição do pico de elevação fisiológica do TSH, entre outros hormônios. Atualmente, em função da ocorrência da alta hospitalar precoce aos RN, tem sido recomendado que a coleta seja feita no momento desta, se ocorrer precocemente, ou seja, todos os RN devem ter sua amostra de sangue coleta antes da alta hospitalar¹¹¹.

Estudo realizado por Nascimento e Pires¹¹¹ em Santa Catarina, mostrou que a média de idade na primeira coleta foi de 19 dias de vida em 1994 e de 15,8 dias de vida em 1998, o que é desaconselhado pelo próprio programa.

O programa SES-SC recomendava que as amostras de sangue fossem enviadas ao LACEN pelo menos duas vezes por semana. Apesar dessa recomendação, a média de tempo para a chegada da amostra no período estudado foi de 7,4 dias. Isto ocorreu porque muitos dos postos de coleta aguardavam que se acumulassem algumas amostras para enviá-las juntas ao LACEN, não obedecendo ao que era recomendado. O que também se viu nos programas do Distrito Federal e Paraná.

Nenhuma das crianças detectadas pelo programa da SES-SC no período de 1994-98 veio a consulta por suspeita clínica da doença, todas vieram pelo teste de rastreamento alterado, comprovando a importância do rastreamento no diagnóstico dessas doenças.

Isso reflete claramente que o teste não é realizado dentro do período adequado, comprometendo assim a eficácia do mesmo em um amplo aspecto diagnóstico, já que tais programas de detecção neonatal foram desenvolvidos com o intuito de possibilitar o diagnóstico e o tratamento precoces de crianças afetadas por doenças oriundas de distúrbios metabólicos, cujo diagnóstico clínico é tardio e de pouco valor no tratamento e prognóstico.

Para que o programa de rastreamento neonatal da SES-SC possa atingir tais objetivos, serão necessárias estratégias para agilizar as várias etapas do programa, principalmente a idade da primeira coleta da amostra de sangue e o tempo transcorrido entre a coleta e a chegada da amostra ao LACEN, que foram os pontos mais críticos observados e que determinam o atraso no início do tratamento.

Para solucionar esses problemas sugere-se que a coleta da primeira amostra seja realizada em maternidades e hospitais, antes da alta hospitalar dos RN; para os que nascem em domicílio, os pais devem ser orientados a procurar as unidades de saúde do município para a coleta da amostra, idealmente até 5 dias de vida; que as amostras sejam enviadas ao LACEN diariamente nos dias úteis; que se tenha uma equipe de agentes de saúde, coordenada pelo serviço social, responsável pela convocação, re-convocação e localização das crianças; que também se faça periodicamente um trabalho de esclarecimento e reorientação nos hospitais, maternidades e unidades de saúde, para aperfeiçoamento dos profissionais responsáveis pela coleta e envio das amostras de sangue, pois estes constantemente sofrem rotatividade.

A cobertura do programa foi de 81% até 1998, sendo que a idade média dos RN na primeira coleta e o tempo para a amostra chegar ao LACEN são inadequados, segundo estudo no

mesmo período. A idade das crianças na primeira consulta e início do tratamento, também estavam fora do padronizado ¹¹¹.

No estudo da caderneta, considerando-se as mães pertencentes ao primeiro grupo etário, totalizando 4 ao total, percebemos que nenhuma delas conduziu seu filho a unidade de saúde para realização do teste do pezinho em tempo adequado, perfazendo 100% de falha. No segundo grupo etário materno (n=31) percebemos que 24 delas (77,42%) não tinham registro de coleta adequada na caderneta de seus filhos. Apenas 6 delas (22,58%) que realizaram o teste em seus filhos de modo correto. No terceiro grupo etário (n=10) ocorreu 6 registros inadequados (60%) da realização do teste e 4 adequados, ou seja, 40% do total desse grupo.

Se não se considerar a subdivisão das crianças de acordo com o grupo etário materno, temos que de um universo de 45 crianças, 11 (24,44%) realizaram o teste do pezinho conforme os parâmetros estipulados e 34 crianças (75,56%), não obedeceram tal critério. No teste para avaliar a diferença entre os dois percentuais tem-se $p=0,00001$ ou seja é estatisticamente significativa a não realização do teste no prazo adequado).

Quando se faz o estudo em relação à distribuição de acordo com a realização do teste do pezinho de acordo com a data registrada na caderneta de saúde da criança e do adolescente, no grupo etário menores que 1 ano de idade (exclusive) e maiores que 1 ano de idade (inclusive) e menores que 3 anos (exclusive), nota-se que no primeiro grupo, 42,11% estão no prazo adequado e 57,89% não o fizeram no prazo adequado. O segundo grupo, somente 10,71% realizaram o teste no prazo certo e 89,29% fizeram em prazo inadequado.

As crianças do primeiro grupo nasceram após a campanha para a realização do teste do pezinho. Esta campanha foi constituída de um seminário que durava 3 dias, feito em cada macroregião do estado de Santa Catarina, capacitando os funcionários envolvidos, desde a coleta, transporte e análise do material, encaminhamento das crianças com teste positivo, ao Hospital Infantil para o tratamento. Esses seminários foram consequência do trabalho de mestrado da Dra. Marilza Leal Nascimento (tendo alguns resultados supra-citados) ¹¹¹.

A associação entre o esquema de vacinas e a realização da coleta do teste do pezinho, mostrou que mesmo as crianças cumprindo o calendário de vacinas com a quantidade de doses corretas pela grande maioria, a data de coleta do teste do pezinho foi realizado em período inadequado pela grande maioria.

Esses resultados mostram ainda que mesmo quando não exista dúvida a respeito dos objetivos dos programas de rastreamento, a capacidade de alcançá-los não pode ser tomada como certa. A disponibilidade de um teste não assegura sucesso ao programa, que deve ser constantemente avaliado.

A assistência odontológica é uma das faces multidisciplinares da caderneta de saúde, associando o trabalho do profissional de odontologia ou de enfermeiras, no processo de cuidado da criança, o qual o médico já estava inserido.

A educação de pais e profissionais quanto a dieta e nutrição, higiene oral, uso de flúor e detecção precoce de doenças dentais, são passos fundamentais para o sucesso da saúde odontológica infantil. Hoje, se tem como ideal, a realização de uma primeira consulta com o dentista dentro de 6 meses após o surgimento dos primeiros dentes e nunca após 1 ano de idade, assegurando assim, diagnósticos precoces e prevenção de doenças. O *Child Health Record* recomenda pelo menos duas consultas odontológicas até a idade de 3 anos e meio.

Em relação ao cuidado odontológico, deve-se ter cuidado especial em relação a: Alimentação (leite materno é o método preferido de alimentação do infante, com baixo risco de cáries; frequência, duração e hora do dia em que a criança costuma comer, são dados importantes de se controlar; preferir, quando sede, a ingestão de água a sucos ou bebidas doces), Uso de escova de dente (iniciada logo após o surgimento dos primeiros dentes, sempre após as refeições; assim que a criança for capaz de cuspir, introduzir creme dental, sem flúor até 2 anos de idade; supervisionar e orientar as escovações da criança), Uso de chupeta (não mergulhar a chupeta em comida ou líquidos, que podem iniciar a preferência da criança por doces), Medicamentos (preferir medicações que não possuam açúcar, principalmente em crianças com doenças crônicas) e Suplementação de Flúor.

Na consulta odontológica deve-se, além de orientações, observar o número de dentes da criança, a cor dos dentes, presença de abscessos ou outras lesões e observar a presença de dor. A caderneta de saúde, nesse sentido, apresenta espaço para registro do estado geral da dentição, sua forma (decídua ou permanente e evolução clínica).

Os resultados referentes ao preenchimento de dados (na caderneta de saúde de Florianópolis) de assistência odontológica, lista de problemas, internações, registros educacionais, esporte e lazer, pareceres do conselho tutelar, assistência multidisciplinar mostrou

baixíssima taxa de registro por parte dos profissionais de saúde, em alguns casos chegando a 100% de ausência de registros. Essa ausência de preenchimento talvez possa ser explicada tendo na idade da criança, quando muito nova, ou no modelo da caderneta, que não dispunha de alguns destes recursos (modelo velho), base para a contribuição nos dados de ausência de preenchimento. Deve-se lembrar, também, que há falta de capacitação dos profissionais de saúde individualmente e como equipe multidisciplinar para tornar a caderneta de saúde um instrumento efetivo. Neste estudo verificou-se que em 100% (n=63) das cadernetas não havia qualquer tipo de registro multidisciplinar.

Após o entendimento da importância de cada unidade dentro da totalidade do conteúdo das políticas de promoção de saúde (como a caderneta de saúde), deve-se ter claro que o sucesso desses projetos está diretamente relacionado com a estrutura dos serviços e seus modelos de assistência. O avanço tecnológico e científico foi agente fundamental na melhora franca dos resultados dessas políticas de prevenção, diagnóstico e terapêutica, mudando radicalmente o perfil epidemiológico da população, mas isso tudo ainda se fundamenta no embasamento de políticas e projetos bem estruturados no cuidado com a saúde infantil.

As mudanças e a melhoria dessas políticas vem se desenvolvendo progressivamente desde a metade do século passado, com ações do Estado – desde sua constituição mais primitiva até as formas que hoje conhecemos - e até mesmo conferências mundiais, dentre as quais podemos citar a Declaração de Alma-Ata ⁴⁵, Declaração de Jacarta ¹³ e a Declaração de Ottawa ^{46,47}. Mesmo em nosso país, as três últimas décadas refletiram mudanças e avanços nos serviços públicos de saúde, sobretudo a partir da Constituição Brasileira de 1988 ⁴⁸ e do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990 ⁴⁹, sendo que Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, é um exemplo bem sucedido dessas mudanças, sendo a primeira capital do país a conseguir baixa a taxa de mortalidade infantil a índices de países desenvolvidos, merecendo por isso reconhecimento internacional da UNICEF e o prêmio Prefeito Criança promovido pela Abrinq devido a seu programa de assistência a mulheres no pré e pós-parto e às crianças de zero a seis anos ^{50,51}. Florianópolis promoveu ainda o I Encontro do Capital Criança, em 1988, com o objetivo de sensibilizar profissionais da área de saúde para a importância do atendimento primário ⁵², onde foi lançada oficialmente a primeira Caderneta de Saúde da Criança e do Adolescente, que vem sendo submetidas a aprimoramentos e reformulações até os dias atuais.

A Caderneta de Saúde da Criança e do Adolescente merece um especial enfoque no que tange o cuidado e o controle da saúde infanto-juvenil. Já existente em países como França, Portugal, Alemanha, Inglaterra e Japão, e com resultados comprovados na melhora da qualidade de vida e como fator importante na indicação de saúde e coeficiente de mortalidade infantil ^{53,54}, em Santa Catarina o primeiro protótipo da Caderneta apresentava registros de dados referentes a faixa etária de zero a três anos, o que mais tarde foi acrescido de dados abrangendo a criança com até seis anos. Em 2001 implementou-se o terceiro modelo, agora com abrangência até os vinte e um anos de idade, evidenciando assim a crescente preocupação de se aplicar um melhor controle do desenvolvimento infantil ao longo dos anos.

Mais do que apenas um documento de registro, a Caderneta de Saúde se tornou fonte de informações quanto ao desenvolvimento e cuidados com a criança, permitiu acompanhamento completo de saúde, da vacinação e das condições sociais da família. Entretanto, para que tais metas sejam alcançadas, o uso adequado da caderneta é imprescindível, devendo os pais ou responsáveis, estarem de posse da mesma sempre que vierem a procurar qualquer serviço de saúde para que sejam registrados todos os dados ⁵⁵. Este é um procedimento que estaria em conformidade com o conceito de integralidade da atenção da saúde da criança nos serviços de saúde, deixando a doença de ser o foco principal. O presente estudo visou avaliar a efetividade no preenchimento da Caderneta de Saúde para que se possa traçar estratégias com o objetivo de torná-la um instrumento de educação continuada na promoção de saúde e prevenção de agravos.

Toda a abrangência desse estudo nos permite perceber com certa sensibilidade, o poderio que o médico pediatra possui no sentido de funcionar como um educador dentro do âmbito familiar, através da criança.

Fazendo uso da transmissão de conhecimentos sobre a saúde e desenvolvimento da criança, o pediatra pode criar um elo ainda maior dos pais consigo e com seus filhos, de modo a fazê-los se sentir parte ativa no processo de promoção em saúde e prevenção de agravos.

Nesse aspecto, a caderneta de saúde tem um papel fundamental, pois através de seu conteúdo e de sua aplicabilidade, pode ser utilizada como um instrumento do profissional de saúde nessa conquista dentro do espaço familiar. E é muito importante que se perceba que os pais querem e sentem necessidade de serem inseridos nesse processo, necessitando sempre de mais informações por parte do pediatra, para que possam promover a saúde de seus filhos no seu

cotidiano. De fato, estudos mostram que pais, mais bem informados, têm mais sucesso no cuidado com seus filhos. Nevin et al, cita um estudo que demonstrou que a distribuição de livros com informações sobre a criança, aumenta a orientação e a receptividade da família quanto ao atendimento médico ¹⁵.

Desse modo, a reciprocidade é a melhor forma de se promover saúde dentro da família, levando ao bem estar da criança em sociedade.

A contribuição dos resultados da pesquisa mostrou a fundamentação da necessidade de implementação de educação continuada.

Apesar da importância da caderneta no contexto de saúde da criança, nesse estudo verificou que dentro das diversas classes de profissionais inclusas nos serviços de saúde que prestam cuidados as crianças da capital catarinense, apenas os médicos têm por hábito o manuseio e preenchimento dos dados na caderneta, embora muitas vezes o façam de modo incompleto ou inadequado, muitas vezes.

Estudos mostram que dados referentes à saúde da criança chegam a ter anotações paralelas em diferentes documentos de controle, como o cartão da criança do Ministério da Saúde e a caderneta de saúde do Estado, o que evidencia que os serviços de saúde não tem um consenso sobre a utilização dos mesmos a fim de se evitar anotações paralelas de dados.

Os profissionais da área da saúde, precisam ser instruídos, para que possam entender que a caderneta de saúde só poderá atingir os resultados a que se propõe, se for utilizada de maneira correta por todos aqueles que tiverem a oportunidade de manuseá-la em sua prática diária.

Para que esta meta seja alcançada, faz-se necessário a prática de um processo de educação continuada, por módulos, que venham a orientar os profissionais da saúde quanto ao histórico e importância da caderneta na prevenção de agravos, seus objetivos, seu impacto na saúde da criança e seu correto manuseio e preenchimento.

Essa orientação aos profissionais visa sensibilizá-los e capacitá-los a tornar a caderneta efetivamente um instrumento diário na prática de saúde. Para tanto, palestras sejam ministradas pelos profissionais da área da saúde, envolvidos nesse processo de estudo da caderneta, além de campanhas de orientação e incentivo com apresentação de resultados a serem obtidos a longo prazo, podem funcionar como uma metodologia para se abordar os profissionais e inseri-los de modo completo nesse contexto.

O processo de educação em saúde tem também seu papel no que se refere ao acompanhamento dos pais em relação aos seus cuidados com a saúde da criança.

Todo esse processo estaria em conformidade com o conceito de integralidade da atenção à saúde da criança, deixando a doença de ser o foco principal.

6 CONCLUSÃO

1. A caderneta de saúde da criança e do adolescente em sua totalidade, não se mostrou efetiva quanto ao seu preenchimento adequado.

2. Constatou-se em nosso estudo que 53,97% das crianças entrevistadas eram do sexo masculino e 46,03% do sexo feminino. Sendo que 53,97% dessas crianças tinham idade inferior a um ano (exclusive) e 46,03% com idade acima de um ano (inclusive) e abaixo de três (exclusive). Em 82,57% dos casos pesquisados, os pais mantinham relação estável (casados ou consensuais), enquanto 17,5% eram solteiros, separados / divorciados ou não informado. Quanto ao acompanhante na consulta pediátrica, a mãe se fez presente em 90,48% das vezes, sendo que seus grupos etários foram de 73% com idade entre 18 e 35 anos, 17,4% com mais de 35 anos e 6,3% abaixo de 18 anos de vida. Observou-se ainda, idade média de 26,14 anos (desvio padrão de idade mínimo: 17,89 anos e desvio padrão de idade máximo: 45,73 anos) e mediana de 24,71 anos. O pai apareceu como acompanhante na consulta em apenas 11,11% dos casos. Outro dado importante abordado foi a escolaridade, onde obtivemos 34,90% dos pais entrevistados tinham 1º grau incompleto e 61,90% tinham 1º grau completo ou mais. Percebeu-se ainda que 42,31% das mães tinham apenas um filho, sendo que mães com mais do que três crianças apareceram em 9,61% dos casos, indicando para uma tendência de redução do número de filhos nas famílias brasileiras.

3. Quanto ao preenchimento do conteúdo da caderneta, detectou-se que em relação a identificação da criança, 90,48% das cadernetas tinham os dados parcialmente preenchidos, enquanto 9,52% apresentavam preenchimento completo. No caso da anamnese neonatal, 77,7% das cadernetas pesquisadas encontravam-se com o preenchimento completo dos dados. Esse preenchimento deu-se de modo parcial em 19% dos casos e sem qualquer registro nos 3,3% restantes. Quanto as normas de alimentação

no primeiro ano de vida, 60,3% dos casos não tinham qualquer registro nessa unidade, sendo parcialmente preenchida em 15,8% e completamente preenchida somente em 12,6% das cadernetas pesquisadas. Em 11,1% das cadernetas, o modelo destas não possuía tal recurso.

4. Em relação a adequação da vacinação das crianças envolvidas em nosso estudo, percebemos que em todas as vacinas, por nós pesquisadas, haviam índices de cobertura maior que 90%, exceção feita a vacina Hib, que ficou com a taxa de cobertura na faixa de 80,65%, o que atinge a meta do Ministério da Saúde. Tal sucesso não se repetiu em relação a data adequada de coleta do teste do pezinho, onde em 57,89% dos casos, a coleta do material se deu fora do prazo estipulado como adequado. Somente os 42,11% restantes tiveram a coleta do material para o exame no período correto ($p= 0,00001$).

5. No que tange o preenchimento da lista de problemas e eventos importantes, observamos a presença de registros em 4,7% dos casos, tendo 84,1% sem qualquer preenchimento. Nas intercorrências clínicas percebemos registros em 61,2% das cadernetas e 38,70% sem dados. No registro de internações, 62,9% das cadernetas pesquisadas não tinham qualquer preenchimento dessa variável, sendo que 37,1% são de cadernetas cujo modelo não possui tal variável. Registros de assistência odontológica mostraram-se em 95,1% das vezes sem registros. Os registros educacionais, esporte e lazer, pareceres do conselho tutelar e assistência multidisciplinar se mostraram sem qualquer preenchimento em 100% das cadernetas que dispunham de tais variáveis.

6. A associação entre o esquema de vacinas e a realização da coleta do teste do pezinho, mostrou que mesmo as crianças cumprindo o calendário de vacinas com a quantidade de doses corretas pela grande maioria, a data de coleta do teste do pezinho foi realizado em período inadequado pela grande maioria.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão de curso de graduação em Medicina, resolução n° 001/2001, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina em 05 de julho de 2001.

REFERÊNCIAS

1. Zanolli ML, Merhy EES. A pediatria social e as suas apostas reformistas. Cad. Saúde Pública 2001; 17(4):977-87.
2. Pires MMS. A Consulta Pediátrica do Lactente, Pré-Escolar. Congresso da Associação Catarinense de Medicina; 2002. Florianópolis: Santa Catarina.
3. Crespin J. Puericultura: Ciência, arte e amor. 2 ed. São Paulo: Fundo Editorial Byk.1996.
4. Rousseau JJ. Emílio ou da Educação. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil 1992.
5. Leone C. O pediatra, a puericultura e a criança "normal" (essa desaparecida). Pediatría 1994;16:141.
6. American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Guidelines for Health Supervision III. 3rd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1997.
7. Hoekelman RA. Well-child visits revisited. Am J Dis Child 1983;137:17-20.
8. Blank D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. J Pediatr (Rio J) 2003; 79(1 Suppl):S13-S22.
9. Marcondes E. Diretrizes para o ensino da pediatria. J Pediatr (Rio J) 1993; 69:349-52.
10. Green M, Palfrey JS. Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents. 2nd ed. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health; 2002. Available from: www.brightfutures.org/bf2/index.html. (Pesquisa realizada em 23 de fevereiro de 2004).
11. Panagiotou L, Rourke LL, Rourke JT, Wakefield JG, Winfield D. Evidence-based well-baby care. Part 1: Can Fam Physician 1998; 44:558-67. Part 2: Can Fam Physician 1998; 44:568-72.
12. Hall D. Promoting the health of children. Practitioner 2001; 245:614-18
13. World Health Organization. The 4 th International Conference on Health Promotion. The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. 1997. Jakarta, Indonésia [Website]. Disponível em <http://www.who.int/hpr/archive/docs/jakarta/english.html> (Pesquisa realizada em 25 de abril de 2004).

14. American Academy of Pediatrics. Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. (Committee on Practice and Ambulatory Medicine). Pediatrics 2000; 105:645-46.
15. Dikenvich E, Ozuah PO. Well Child Care: Effectiveness of Current Recommendations. Clin Pediatr 2002; 41(4):211-17.
16. Murahovschi J. O pediatra geral e a puericultura. Pediatria In 2003 Outubro; 1(1):602-03.
17. Woiski JR, Santoro JR, Bettiol H, Barbieri MA. Da pediatria à saúde da criança e do adolescente. Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo [Website]. Disponível em <http://www.fmrp.usp.br/rpp/historia.htm> (Pesquisa realizada em 23 de agosto de 2003).
18. Puccini R, Blank D. Prática de consultório pediátrico. J Pediatr 2003; 79 (1 Suppl):S01-S02. Disponível em http://www.jpmed.com.br/conteúdo/03-79-S1/port_print.htm (Pesquisa realizada em 22 de março de 2004).
19. Da Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Da Silva RA. Cobertura de puericultura e fatores associados em São Luís (Maranhão), Brasil. Pan Am J Public Health 1999; 6(4):266-72.
20. Ministério da Saúde. Atendimento Integral a Saúde e Desenvolvimento da Criança: Cartão da Criança. Brasília; 1992.
21. Monteiro CA, Medina MCG, Benicio MHD`A, Szarfac SC. Estudo das condições de saúde das crianças do município de São Paulo (Brasil), 1984/85 – Cobertura e qualidade da assistência materno-infantil. Rev Saude Publica 1988, 22(3):170-78.
22. Costa, et al. Assistência médica materno-infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil. Cad Saude Publica 1996; 12(Supl 1):59-66.
23. Nevin JE, Witt DK. Well child and preventive care. Prim Care Clin Office Pract 2002; 29:543-55.
24. Almeida CAN, Del Ciampo LA, Ricco RG, Crott GC. Crescimento Físico In: Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CAN de, editores. Puericultura: Princípios e Práticas: atenção integral a saúde da criança. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. p. 9-19.
25. Rodrigues D, Sucupira ACSL. Crescimento. In: Grisi S, Escobar AM, editores. Prática Pediátrica. São Paulo: Atheneu. 2000. p 1-6.
26. Sucupira ACSL, Rodrigues D. Desenvolvimento. In: Grisi S, Escobar AM, editores. Prática Pediátrica. São Paulo: Atheneu. 2000. p 7-13.

27. Bricks LF, Marcondes E, editores. *Pediatria em consultório*. 3.ed. São Paulo: Savier. 1996. 965p.
28. Romani SAM, Lira PIC. Fatores determinantes do crescimento infantil. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil* 2004; 4(1):15-23.
29. Richard EB, Robert MK, editores. *Nelson: Princípios de Pediatria*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1999. 690p.
30. Zeferino AMB, Barros Filho AA, Bettiol H, Barbieri MA. Acompanhamento do Crescimento. *J Pediatr* 2003; 79 (1 Suppl): 23-32.
31. Marcondes E, coordenador. *Crescimento normal e deficiente*. 3. ed. São Paulo: Savier, 1989.
32. Lipman TH, Hench K, Logan JD, Difazio DA, Hale PM, Singer-Granick C. Assessment of Growth by Primary Health Care Providers. *J Pediatr Health Care* 2000; 14(4):166-71.
33. Lima MCMP, Barbarini GC, Gagliardo HGRG, Arnais MAO, Gonçalves VMG. Observação do desenvolvimento de linguagem e funções auditiva e visual em lactentes. *Rev Saude Publica* 2004; 38(1):106-12.
34. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Ações Básicas de saúde e desenvolvimento da criança – programa de agentes comunitários de saúde*. 1994.
35. Cole TJ. Assessment of Growth. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2002; 16(3):383-98.
36. Roberts SB, Dallal GE. The New Childhood Growth Charts. *Nutrition Reviews* 2001; 59(2):31-36.
37. Kuczmarski RJ, Ogden CL, Grummer-Strawn LM, Flegal KM, Guo SS, Wei Z, et al. CDC growth charts: United States. *Adv Data Jun* 2000; 8(314):1-27 [Website]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> (Pesquisa realizada em 28 de fevereiro de 2004).
38. Mei Z, Yip R, Grummer-Strawn LM, Trowbridge FL. Development of a Research Child Growth Reference and Its Comparison with the Current International Growth Reference. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152(5):471-79.
39. U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*. 3. ed. 2000-2003 [Website]. Disponível em <http://www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm> (Pesquisa realizada em 05 de fevereiro de 2004).

40. Moraes JC, Barata RCB, Ribeiro MCSA, Castro PC. Cobertura vacinal no primeiro ano de vida em quatro cidades do Estado de São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica 2000; 8(5):332-41.
41. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Calendário Básico de Vacinação [Website]. Disponível em <http://www.funasa.gov.br/imu/imu02.htm> (Pesquisa realizada em 01 de maio de 2003).
42. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Infectologia. Calendário Vacinal (Ano 2000) da Sociedade Brasileira de Pediatria [Website]. Disponível em <http://www.sbp.com.br> (Pesquisa realizada em 01 de maio de 2003).
43. Sociedade Brasileira de Pediatria. Comentários sobre s novos calendários de imunização: Calendário básico x calendário SBP [Website]. Disponível em <http://www.sbp.com.br> (Pesquisa realizada em 01 de maio de 2003)
44. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria de Saúde. Calendário Vacinal para o município de Florianópolis [Website] 2002. Disponível em http://www.pmf.sc.gov.br/saude/saude_vacinacao.htm (Pesquisa realizada em 05 de maio de 2003)
45. Health Pan-American Organization. International Conference on Primary Health Care. SeçãoVI-1:Primary helth care. In: Declaration of Alma-Ata.1978. Alma-Ata, USSR [Website]. Disponível em <http://www.opas.org> (Pesquisa realizada em 25 de abril de 2004).
46. Arenas-Monreal L, Paulo-Maya A, López-González HE. Educación Popular e nutrioción infantil: experiencia de trabajo con mujeres en una zona rural de México. J Public Health (Oxf) 1999; 33(2):113-21.
47. Buss PM. Promoção e educação em saúde no âmbito da escola de governo em saúde e da escola nacional de saúde pública. Caderno de Saúde Pública 1999; 15(2 Suppl):177-85.
48. Brasil. Constituição Federal. Seção II – Da Saúde. Brasília (Distrito Federal); 1988.
49. Estatuto da Criança e do Adolescente. Título III: Dos Direitos Fundamentais. Capítulo I – Do Direito a Vida e à Saúde. In: Manuais de Legislação: Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei no 8.069 de 13-07-1990. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994. p 10-12.
50. Capital Criança: Programa de assistência às mulheres no pré e pós-parto e às crianças de zero a seis anos, é reconhecido pelo Unicef e premiado pela Abrinq. Revista Cidades do Brasil

[Website]. Disponível em <http://www.cidadesdobrasil.com.br/gestao/gestao22p2.htm> (Pesquisa realizada em 14 de setembro de 2002).

51. Bevilacqua V. Florianópolis, a capital da criança. Diário Catarinense (09 de maio de 2004) p. 04-05.

52. Fernandes MM. Apresentação do Programa Capital Criança: Saúde – Florianópolis faz a diferença. Programa Capital Criança. Prefeitura Municipal de Florianópolis. 1999. 24p.

53. Takayanagi K, Iwasaki S, Yoshinaka Y. The role of the Maternal and Child Health handbook system in reducing perinatal mortality in Japan. Clin Perform Qual Health Care 1993; 1(1):29-33.

54. Fujimoto S, Nakamura Y, Ikeda M, Takeda Y, Higurashi M. Utilization of Maternal and Child Health handbook in Japan. Nippon Koshu Eisei Zasshi 2001; 48(6):486-94.

Te06. Dental Health for Children 0-6 Years – Information for Maternal and Child Health Nurses. Public Health Division, Department of Human Services, Victorian Government, 1998.

55. Helou ARHA. Caderneta de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis [Website].

Disponível em http://www.pmf.sc.gov.br/saude/saude_caderneta.htm (Pesquisa realizada em 07 de setembro de 2003).

56. Leopardi MT. Metodologia da Pesquisa em Saúde. Santa Maria: Pallotti, 2001. 344p.

57. D'Acampora AJ. Pesquisa: desenho de Pesquisa. In: D'Acampora AJ, coordenador. Investigação Experimental: do planejamento a redação final. Florianópolis: Papa Livros, 2001.p.17-22.

58. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 251 de 05/08/97. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos [Website]. Disponível em:

<http://www.cesph.ufsc.br> (Pesquisa realizada em março de 2002)

59. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10/10/96. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. n.201. Seção 1:21082-85

[Website]. Disponível em: <http://www.cesph.ufsc.br> (Pesquisa realizada em março de 2002)

60. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Resultados do universo. In: Censo Demográfico 2000 [Website]. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/censo2000/default.htm> (Pesquisa realizada em 12 de maio de 2004).

61. Ministério da Educação. Lei de diretrizes e bases número 9.394, Brazil (20 de dezembro de 1996).
62. Pires MMS, Tobias LT. Caderneta de Saúde da Criança e do Adolescente. Secretaria de Saúde de Florianópolis. Programa Capital Criança. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2001. 88p.
63. Pires MMS, Tobias LT. Caderneta de Saúde. Secretaria de Saúde de Florianópolis. Programa Capital Criança. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis, 1998. 84p.
64. Pires MMS, Tobias LT. Caderneta de Saúde. Estado de Santa Catarina. Florianópolis: IOESC, 1991. 52p.
65. Pereira MG. Métodos empregados em epidemiologia. In: Pereira MG, editor. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 269-88.
66. Guedes MLS, Guedes JS. Bioestatística para profissionais de saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1998. 200p.
67. Johnson RA, Wichern DW. Applied Multivariate Statistical Analysis. 4 ed. USA: Prentice Hill, 1998. p.726-99.
68. Carrol JD, Green PE, Schaffer CM. Interpoint distance comparisons in correspondence analysis. J. Marketing Res 1986;23:271-80.
69. Prefeitura da Cidade de Curitiba. Carteira de Saúde da Criança. Programa Mãe Curitibana. Programa Nascer em Curitiba. Prefeitura da Cidade de Curitiba.
70. Prefeitura da Cidade de Curitiba. Cartilha Nascer em Curitiba: as informações mais importantes sobre seu filho. Programa Mãe Curitibana. Programa Nascer em Curitiba. Prefeitura da Cidade de Curitiba. 26p.
71. Prefeitura Municipal de Sobral. Caderneta de Saúde da Mãe e da Criança. Programa Sobral Criança Cidadã. Prefeitura Municipal de Sobral. 1999.
72. Governo da Cidade de Goiânia. Pequeno Álbum do bebê. Projeto Nascer Cidadão. Prefeitura Municipal de Saúde. 26p.
73. Governo da Cidade de Goiânia. Cartilha da Mamãe. Projeto Nascer Cidadão. Prefeitura Municipal de Saúde. 16p.

74. Sociedade Brasileira de Pediatria. Caderneta de Saúde. Sociedade Brasileira de Pediatria. 1999.
75. Bronfenbrenner U. A Ecologia do Desenvolvimento Humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas 1996.
76. Epstein J. Parents' Reactions to Teacher Practices of Parental Involvement. The Elementary School Journal 1987; 86:277-94.
77. Medina EL, et al. Factores de importancia en la demanda de atención médica infantil. Rev Chil Pediatr 1985;56(2):113-19.
78. Da Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Da Silva RA. Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não vacinação em localidade urbana do nordeste brasileiro, 1994. Revista de Saúde Pública 1999; 33(2):147-56.
79. Santos SR, Cunha AJLA, Gamba CM, Machado FG, Filho JMML, Moreira NLM. Avaliação da assistência à saúde da mulher e à criança em localidade urbana da região sudeste do Brasil. Revista de Saúde Pública 2000; 34(3):266-71.
80. Soares NT. Um novo referencial antropométrico de crescimento: significados e implicações. Rev Nutr 2003; 16(1):93-103.
81. Ferreira HS. Avaliação nutricional de crianças pelo método antropométrico. In: Ferreira HS. Desnutrição: magnitude, significado social e possibilidade de prevenção. Maceió: EDUFAL; 2000. p.33-89.
82. Vasconcelos FAG. Indicadores antropométricos III. In: Vasconcelos FAG Avaliação nutricional de coletividades. 2. ed. Florianópolis: DAUFSC; 2000. p.67-81.
83. Pires MMS. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor do lactente. In: Fernandes VR, Pereira LDC, Fischer J (organizadores). Manual de terapêutica - pediatria. 2. ed. Florianópolis-SC. 1999. p. 662-664.
84. American Academy of Pediatrics AAP Section on Endocrinology and Committee on Genetics, and American Thyroid Association Committee on Public Health. Newborn screening for congenital hypothyroidism: recommended guidelines. Pediatrics 1993;91:1203-9.
85. LaFranchi S. Congenital hypothyroidism: A newborn screening success story? The endocrinologist 1994;331:1072-8.

86. Fisher DA. Disorders of the thyroid in the newborn and infant. In: Sperling MA. Pediatric Endocrinology. Philadelphia: W.B. Saunders; 1996;6:277-86.
87. Illig R. Congenital hypothyroidism. Clin Endocrinol Metab 1979;8:49-62.
88. Fisher DA. Management of congenital hypothyroidism. J Clin Endocrinol Metab 1991; 72:523-9.
89. Guthrie R. Blood screening for phenylketonuria. JAMA 1961; 178-863.
90. Guthrie R, Susi A. A Simple phenylalanine method for detecting phenylketonuria in large populations of newborn infants. Pediatrics 1963; 338-43.
91. Dussault JH, Coulombe P, Laberge C, Latarte J, Gyda H, Kroury K. Preliminary report on a mass screening program for neonatal hypothyroidism. J Pediatr 1975; 86:670-4.
92. Delange F, Camus M, Winkler M, Dodion J, Ermans AM. Serum thyrotrophin determination day 5 of life as screening procedure for congenital hypothyroidism. Arch Dis Child 1977; 52:89-96.
93. Coelho JR. Triagem neonatal para hipotireoidismo congênito. In: Monte O, Langui CA, Calliari LEP. Endocrinologia para a pediatria. 2.ed. São Paulo: Atheneu; 1998.p.119-23.
94. Casado de Frias E, Bueno Lozano G, Reverte Blane F. Hipotireoidismo congênito. In: PomboArias M. Tratado de Endocrinologia Pediátrica. 2.ed. Madrid: Dias de Santos 1997.p.535-51.
95. Irons M. Triagem para distúrbios metabólicos. Como estamos fazendo? Clin Pediatr Am Norte 1993; 33:1163-74.
96. Hoekchman RA. Screening for congenital hypothyroidism. Pediatr Ann 1992; 21:9-10.
97. Buist NRM, Tuerch JM. O papel do profissional na triagem do recém nascido. Clin Pediatr Am Norte 1992; 2:189-201.
98. Holtzman NA. Erros inatos do metabolismo: triagem no recém-nascido. Clin Pediatr Am Norte 1978; 17:411-21.
99. Gruters A, Delange F, Giovanelli G, Kieu M, Rochiccioli P, Torresani T, Grant D et al. Guidelines for neonatal screening programmes for congenital hypothyroidism. Horm Res 1994; 41:1-2.
100. Seashore MR. Neonatal screening for in born erros of metabolism: update. Semin Perinatal 1980; 14:431-8.

101. Willi SM, Moshang T. Diagnostic dilemmas. Results of screening tests for congenital hypothyroidism. *Pediatr Clin North Am* 1991; 38:555-68.
102. Grüters A. Congenital hypothyroidism. *Pediatr Ann* 1992; 21:15-18.
103. Fisher DA. Effectiveness of newborn screening programs for congenital hypothyroidism. Prevalence of missed cases. *Pediatr Clin North Am* 1987;34:881-90.
104. LaFranchi S. Congenital hypothyroidism: A newborn screening success story? *The endocrinologist* 1994;331:1072-8.
105. LaFranchi SH, Hanna CE, Krainz PL, Skeels ML, Miyahira RS, Sesser DE. Screening for congenital hypothyroidism with specimen collection at two time periods: Results of Northwest regional screening program. *Pediatrics* 1985; 76:734-40.
106. Working Group on Neonatal Screening of the European Society for Pediatric Endocrinology. Revised guidelines for neonatal screening programmes for primary congenital hypothyroidism. *Horm Research* 1999; 52:49-52.
107. Toublanc JE. Guidelines for neonatal screening programs for congenital hypothyroidism. *Acta Paediatr* 1999; 88 Suppl 432:13-4.
108. Fisher DA. The importance of early management in optimizing IQ in infants with congenital hypothyroidism. *J Pediatr* 200; 136:273-4.
109. Bongers-Schokking JJ, Koot HM, Wiersma D, Verkerke PH, de Muinich Keizer-Schrama SMPF. Influence of timing and dose of thyroid hormone replacement on development in infants with congenital hypothyroidism. *J Pediatr* 2000; 136:292-7.
110. Nascimento ML, Silva PCA, Simoni G, Lobo GS, Souza CD. Resultados preliminares de um programa de detecção precoce para o hipotireoidismo congênito. *J Pediatr* 1997; 73:176-9.
111. Nascimento, ML. Avaliação do programa de rastreamento neonatal para hipotireoidismo congênito primário em Santa Catarina 2001.
112. James Akre, Organização Mundial de Saúde. Alimentação Infantil: bases fisiológicas 1997.
113. Escuder MML, Venâncio SI, Pereira JCR. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. *Rev Saúde Pública* 2003; 37:319-25.
114. Sociedade Brasileira de Pediatria. Temas de nutrição em pediatria 2004; volume 1.
115. Bertoldo IEB. Uma trajetória com mulheres puérperas: do alojamento conjunto ao domicílio, vivenciando o modelo de cuidado de Carraro 2003.p.103.

116. Neumann N, Victoria C, Halpern R, Guimarães PR, César, J. Desempenho da Pastoral da Criança na promoção de ações de sobrevivência infantil e na educação em saúde em Criciúma, uma cidade do sul do Brasil. *Pan American Journal of Public Health* 1999; 5:400-410.
117. Ministério da Saúde. Carta de Bogotá sobre Promoção de Saúde. 2002.
118. Da Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Da Silva RA. Cobertura de puericultura e fatores associados em São Luiz (Maranhão). *Pan American Journal of Public Health* 1999; 6:266-272.
119. Henrique LA. Avaliação da efetividade da Caderneta de Saúde da Criança e do Adolescente do município de Florianópolis, em um Hospital Universitário 2004.

APÊNDICE

Tabela de Burt

Resultados das frequências e suas respectivas categorias após análise de correspondência múltipla para os grupos etários maternos, número de doses adequados do calendário de vacinas e período adequado da data de realização do teste do pezinho.

Tabela 27.1 – Associação da distribuição da cobertura vacinal de acordo com os tipos vacinais entre si, com a data de coleta de material para o teste do pezinho e com o grupo etário materno.

Observed Table (Frequencies) (barb_5.sta)																	
Input Table (Rows x Columns): 16 x 16 (Burt Table)																	
	AD_P	AD_P	AD_T	AD_T	AD_S	AD_S	AD_BCG	AD_BCG	AD_HB	AD_HB	AD_MMR	AD_MMR	AD_HIB	AD_HIB	AD_TP	AD_TP	Total
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
AD_P:1	41	0	39	2	37	4	39	2	40	1	39	2	36	5	9	32	328
AD_P:2	0	4	2	2	2	2	4	0	3	1	3	1	2	2	0	4	32
AD_T:1	39	2	41	0	37	4	39	2	40	1	39	2	36	5	9	32	328
AD_T:2	2	2	0	4	2	2	4	0	3	1	3	1	2	2	0	4	32
AD_S:1	37	2	37	2	39	0	37	2	38	1	37	2	35	4	8	31	312
AD_S:2	4	2	4	2	0	6	6	0	5	1	5	1	3	3	1	5	48
AD_BCG:1	39	4	39	4	37	6	43	0	42	1	40	3	36	7	8	35	344
AD_BCG:2	2	0	2	0	2	0	0	2	1	1	2	0	2	0	1	1	16
AD_HB:1	40	3	40	3	38	5	42	1	43	0	40	3	37	6	9	34	344
AD_HB:2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	2	0	1	1	0	2	16
AD_MMR:1	39	3	39	3	37	5	40	2	40	2	42	0	35	7	9	33	336
AD_MMR:2	2	1	2	1	2	1	3	0	3	0	0	3	3	0	0	3	24
AD_HIB:1	36	2	36	2	35	3	36	2	37	1	35	3	38	0	8	30	304
AD_HIB:2	5	2	5	2	4	3	7	0	6	1	7	0	0	7	1	6	56
AD_TP:1	9	0	9	0	8	1	8	1	9	0	9	0	8	1	9	0	72
AD_TP:2	32	4	32	4	31	5	35	1	34	2	33	3	30	6	0	36	288
Total	328	32	328	32	312	48	344	16	344	16	336	24	304	56	72	288	2880

Legenda

AD-BCG : Doses adequadas para a vacina contra bacilo da tuberculose

AD-DPT: Doses adequadas para a vacina tríplice bacteriana (coqueluche, tétano e difteria)

AD-POLIO: Doses adequadas para a vacina contra vírus da poliomielite

AD-MMR: Doses adequadas para a vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)

AD-HEPB: Doses adequadas para a vacina contra virus hepatite B

AD-HiB: Doses adequadas para a vacina contra *Haemophilus Influenzae* tipo B

AD-SAR: Doses adequadas para a vacina contra Sarampo

AD-TP1: Data da coleta do teste do pezinho em período adequado

AD-TP2: Data da coleta do teste do pezinho em período não adequado

G-MAE1: Grupo etário materno 1

G-MAE2: Grupo etário materno 2

G-MÃE3: Grupo etário materno 3

Tabela 27.2 – Associação da distribuição da cobertura vacinal de acordo com os tipos vacinais entre si e com a data de coleta de material para o teste do pezinho.

Observed Table (Frequencies) (barb_5.sta)																					
Input Table (Rows x Columns): 19 x 19 (Burt Table)																					
(Supplementary columns are highlighted)																					
	G MAE	G MAE	G MAE	AD P	AD P	AD T	AD T	AD S	AD S	AD BCG	AD BCG	AD HB	AD HB	AD MMR	AD MMR	AD HIB	AD HIB	AD TP	AD TP	Total	
	1	2	3	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		
G MAE:1	4	0	0	4	0	4	0	4	0	4	0	4	0	4	3	1	4	0	0	4	36
G MAE:2	0	30	0	28	2	26	4	25	5	28	2	28	2	28	2	26	4	6	6	24	270
G MAE:3	0	0	9	9	0	9	0	8	1	9	0	9	0	9	0	7	2	3	6	6	81
AD P:1	4	28	9	41	0	39	2	37	4	39	2	40	1	39	2	36	5	9	32	369	
AD P:2	0	2	0	0	2	0	2	0	2	2	0	1	1	1	1	1	1	1	0	2	18
AD T:1	4	26	9	39	0	39	0	35	4	37	2	36	1	37	2	35	4	9	30	351	
AD T:2	0	4	0	2	2	0	4	2	2	4	0	3	1	3	1	2	2	0	4	36	
AD S:1	4	25	8	37	0	35	2	37	0	35	2	36	1	35	2	34	3	8	29	333	
AD S:2	0	5	1	4	2	4	2	0	6	6	0	5	1	5	1	3	3	1	5	54	
AD BCG:1	4	28	9	39	2	37	4	35	6	41	0	40	1	38	3	35	6	8	33	369	
AD BCG:2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	1	1	1	2	0	2	0	1	1	18	
AD HB:1	4	28	9	40	1	38	3	36	5	40	1	41	0	38	3	36	5	9	32	369	
AD HB:2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	2	0	1	1	0	2	18	
AD MMR:1	3	28	9	39	1	37	3	35	5	38	2	38	2	40	0	34	6	9	31	360	
AD MMR:2	1	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	3	0	0	3	3	0	0	3	27	
AD HIB:1	4	26	7	36	1	35	2	34	3	35	2	36	1	34	3	37	0	8	29	333	
AD HIB:2	0	4	2	5	1	4	2	3	3	6	0	5	1	6	0	0	6	1	5	54	
AD TP:1	0	6	3	9	0	9	0	8	1	8	1	9	0	9	0	8	1	9	0	81	
AD TP:2	4	24	6	32	2	30	4	29	5	33	1	32	2	31	3	29	5	0	34	306	
Total	36	270	81	369	18	351	36	333	54	369	18	369	18	360	27	333	54	81	306	3483	

Legenda

AD-BCG : Doses adequadas para a vacina contra bacilo da tuberculose

AD-DPT: Doses adequadas para a vacina tríplice bacteriana (coqueluche, tétano e difteria)

AD-POLIO: Doses adequadas para a vacina contra vírus da poliomielite

AD-MMR: Doses adequadas para a vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)

AD-HEPB: Doses adequadas para a vacina contra virus hepatite B

AD-HiB: Doses adequadas para a vacina contra *Haemophilus Influenzae* tipo B

AD-SAR: Doses adequadas para a vacina contra Sarampo

AD-TP1: Data da coleta do teste do pezinho em período adequado

AD-TP2: Data da coleta do teste do pezinho em período não adequado

ANEXOS

ANEXO

TABELA 1.1 - Preenchimento da Tabela de Controle de Crescimento na caderneta de saúde da criança e do adolescente, segundo grupo etário da criança.

Grupo		CONTROLE DE CRESCIMENTO							
Etário		Preenchimento completo		Preenchimento incompleto		Ausência de preenchimento		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo A*		28	82,35	2	5,88	4	11,76	34	100
Grupo B†		22	75,86	7	24,14	0	0	29	100
Total	n	50		9		4		63	
	%		79,37		14,29		6,35		100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

* < 1 ano

♦ ≥ 1 ano e < 3 anos

TABELA 1.2- Preenchimento da Tabela de Controle de Crescimento e Gráfico “peso x idade” na caderneta de saúde da criança e do adolescente, simultaneamente, no grupo etário A (< 1 ano).

GRÁFICO “PESO X IDADE”

Controle de Crescimento	Preenchimento completo		Preenchimento incompleto ou inadequado		Ausência de preenchimento		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Preenchimento completo	17	50	7	20,59	4	11,76	28	82,35
Preenchimento incompleto ou inadequado	0	0	1	2,94	1	2,94	2	5,88
Ausência de preenchimento	1	2,94	1	2,94	2	5,88	4	11,76
Total	n	18	9	26,47	7	20,59	34	100
	%							

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

TABELA 1.3 - Preenchimento da Tabela de Controle de Crescimento e Gráfico “peso x idade” na caderneta de saúde da criança e do adolescente, simultaneamente, no grupo etário B(\geq 1 ano e $<$ 3 anos).

GRÁFICO “PESO X IDADE”

Controle de Crescimento	Preenchimento completo		Preenchimento incompleto ou inadequado		Ausência de preenchimento		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Preenchimento completo	15	51,72	5	17,24	2	6,90	22	75,86
Preenchimento incompleto ou inadequado	1	3,45	5	17,24	1	3,45	7	24,14
Total	n 16	55,17	10	34,48	3	10,34	29	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

Referente aos gráficos: “peso e estatura” e “circunferência craniana”, serão considerados apenas os questionários do 1º e 2º Modelos de Caderneta de Saúde, já que estão ausentes no 3º Modelo de Caderneta.

TABELA 1.4: Preenchimento do Gráfico “peso e estatura” na caderneta de saúde da criança e do adolescente, segundo grupo etário da criança.

Grupo	GRÁFICO “PESO E ESTATURA”								
	Etário	Preenchimento completo		Preenchimento incompleto ou inadequado		Ausência de preenchimento		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo A*	11	33,33	3	9,09	19	57,58	33	100	
Grupo B [♦]	7	30,43	3	13,04	13	56,52	23	100	
Total	n 18		6		32		56		
	%	32,14		10,71		57,15		100	

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

* < 1 ano

[♦] ≥ 1 ano e < 3 anos

TABELA 1.5 - Preenchimento do gráfico “circunferência craniana” na caderneta de saúde da criança e do adolescente, segundo grupo etário da criança.

Grupo	GRÁFICO DE “CIRCUNFERÊNCIA CRANIANA”								
	Etário	Preenchimento completo		Preenchimento incompleto ou inadequado		Ausência de preenchimento		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo A*	9	27,27	2	6,06	22	66,67	33	100	
Grupo B [♦]	2	8,70	4	17,39	17	73,91	23	100	
Total	n 11		6		39		56		
	%	19,64		10,71		69,64		100	

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

* < 1 ano

[♦] ≥ 1 ano e < 3 anos

A figura, abaixo, mostra a representação gráfica da Análise de Correspondência Múltipla em um plano com três dimensões. Nesta observou-se uma clara divisão espacial em dois grupos de variáveis, a qual é norteadada pela distância entre os pontos que representam as variáveis categóricas: controle de crescimento, gráfico “peso x idade”, gráfico “peso e estatura” e gráfico “circunferência craniana”. Dessa forma, este achado é suportado por um total de inércia de 59,51% ou seja, 24,64% , 19,75% e 15,11% referentes a primeira, segunda e terceira dimensão,

G:1 Grupo etário A (< 1 ano)

G:2 Grupo etário B (\geq 1 ano e < 3 anos)

TABELA 1.6: Preenchimento da Tabela de Desenvolvimento Neuropsicomotor na caderneta de saúde da criança e do adolescente, segundo grupo etário da criança.

Grupo		TABELA DE DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR							
Etário		Preenchimento completo		Preenchimento incompleto		Ausência de preenchimento		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Grupo A*	10	29,41	15	44,12	9	26,47	34	100	
Grupo B [♦]	6	20,69	18	62,07	5	17,24	29	100	
Total	n	16	33		14		63		
	%	25,40%	52,38%		22,22%			100	

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

* < 1 ano

[♦] \geq 1 ano e < 3 anos

TABELA DE BURT – Resultados das freqüências e suas respectivas categorias após a análise de correspondência múltipla para os grupos etários G:1 e G:2.

Categorias	G_CRIA1	G_CRIA2	CC1	CC2	CC3	CCPI1	CCPI2	CCP3	CCPE1	CCPE2	CCPE3	CCPC1	CCPC2	CCPC3	Total
G_CRIA:1	33	0	28	2	3	18	8	7	11	3	19	9	2	22	165
G_CRIA:2	0	23	19	4	0	14	8	1	7	3	13	2	4	17	115
CC:1	28	19	47	0	0	30	12	5	17	6	24	11	6	30	235
CC:2	2	4	0	6	0	1	4	1	1	0	5	0	0	6	30
CC:3	3	0	0	0	3	1	0	2	0	0	3	0	0	3	15
CCPI:1	18	14	30	1	1	32	0	0	17	1	14	10	4	18	160
CCPI:2	8	8	12	4	0	0	16	0	0	4	12	0	2	14	80
CCPI:3	7	1	5	1	2	0	0	8	1	1	6	1	0	7	40
CCPE:1	11	7	17	1	0	17	0	1	18	0	0	10	3	5	90
CCPE:2	3	3	6	0	0	1	4	1	0	6	0	0	3	3	30
CCPE:3	19	13	24	5	3	14	12	6	0	0	32	1	0	31	160
CCPC:1	9	2	11	0	0	10	0	1	10	0	1	11	0	0	55
CCPC:2	2	4	6	0	0	4	2	0	3	3	0	0	6	0	30
CCPC:3	22	17	30	6	3	18	14	7	5	3	31	0	0	39	195
Total	165	115	235	30	15	160	80	40	90	30	160	55	30	195	1400

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

Legenda

CC:1 Controle de crescimento com preenchido completo

CC:2 Controle de crescimento parcialmente preenchido

CC:3 Controle de crescimento sem preenchimento

CCPI:1 Gráfico “peso x idade” com preenchimento completo

CCPI:2 Gráfico “peso x idade parcialmente preenchido

CCPI:3 Gráfico “peso x idade sem preenchimento

CCPE:1 Gráfico “peso e estatura” com preenchimento completo

CCPE:2 Gráfico “peso e estatura” parcialmente preenchido

CCPE:3 Gráfico “peso e estatura” sem preenchimento

CCPC:1 Gráfico “circunferência craniana” com preenchimento completo

CCPC:2 Gráfico “circunferência craniana” parcialmente preenchido

CCPC:3 Gráfico “circunferência craniana” sem preenchimento

G:1 Grupo etário A (< 1 ano)

G:2 Grupo etário B (≥ 1 ano e < 3 anos)

ANEXO

O Ministério da Saúde/OPAS e Sociedade Brasileira de Pediatria estabeleceram dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos:

Passo 1. Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos

Passo 2. A partir dos seis meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até 2 anos de idade

Passo 3. A partir dos seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno e cinco vezes ao dia, se não estiver em aleitamento materno

Passo 4. A alimentação complementar deverá ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança

Passo 5. A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas e purês) e, gradativamente, aumentar a sua consistência até chegar na alimentação da família

Passo 6. Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. “Uma alimentação variada é uma alimentação colorida

Passo 7. Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições

Passo 8. Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerante, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação

Passo 9. Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados

Passo 10. Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando sua aceitação.