

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

Mestrado Profissionalizante em Saúde Pública Baseada em Evidências



Dissertação

**AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO E DO PREENCHIMENTO DA FICHA DE
PUERICULTURA NO MUNICÍPIO DE PELOTAS, RS.**

Milton Luiz M. Ceia

Pelotas, 2010

**AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO E DO PREENCHIMENTO DA FICHA DE
PUERICULTURA NO MUNICÍPIO DE PELOTAS, RS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública baseada em Evidências (Mestrado Profissional).

Orientador

Juraci A. Cesar

Pelotas, 2010

Banca Examinadora

Prof. Dr. Juraci A. Cesar (Orientador)

Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Profª Dra. Marilda B. Neutzling

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (URGS)

Prof. Msc. Danilo R. de Moura

Universidade Federal de Pelotas (UFPel)

Prof. Dr. Raúl A. Mendoza-Sassi (Suplente)

Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

*“De todos os presentes da Natureza para a
raça humana, o que é mais doce para o
Homem do que as crianças?”*
Ernest Hemingway

Agradecimentos

À minha família. À minha esposa e companheira Cristina, que sempre me apoiou, me incentivou, acreditou em mim, desde a inscrição para o Mestrado até a elaboração deste volume; às minhas filhas, Michelle e Amanda, duas pérolas que a vida me presenteou, permitindo criá-las e amá-las, pelo incentivo e colaboração quando precisei; à minha mãe, Lourdes, mulher guerreira, que sempre me apoiou, e ao meu falecido pai, Milton, que do nível mais elevado que se encontra, me manda a energia e o carinho que sempre me deu em vida. Saudade. Sou um afortunado por ter vocês por perto. Obrigado do fundo do coração.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Juraci Cesar, o Jura. O melhor orientador que um mestrando pode querer. Pela paciência, pela compreensão nestes dois anos; pelos ensinamentos que levarei pelo resto da vida.

Aos amigos, que de uma forma ou de outra, manifestaram seu apoio ao meu estudo.

Aos colegas que entenderam minha ausência parcial nos locais de trabalho em função do Mestrado e “deram cobertura” na minha ausência.

A toda equipe do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, desde os professores que souberam transmitir seu vasto conhecimento com maestria até o pessoal de apoio, que nos recepciona com um sorriso quando chegamos lá ou que nos oferece um cafezinho.

Às chefias que me liberaram de parte da carga horária para cursar o Mestrado.

À equipe da Secretaria Municipal de Saúde, pelo apoio, em especial a Sra. Carmen Bach, que elaborou o roteiro para as visitas às UBS da zona rural, sem o qual eu estaria literalmente perdido.

Às equipes das UBS visitadas, que me receberam cordialmente, consentiram com a pesquisa e liberaram o acesso às fichas de puericultura. Gostaria de salientar que nas vinte e seis UBS sorteadas para o estudo, não houve nenhuma recusa. Sem essa colaboração, este estudo não teria saído do papel.

Apresentação

Esta Dissertação de Mestrado, conforme previsto no regimento de Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, é composta das seguintes seções:

I - Projeto de pesquisa: entregue em dezembro de 2008 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas. A versão apresentada neste volume já contém as modificações sugeridas pelos revisores.

II - Relatório do Trabalho de Campo: contém, resumidamente, descrição das atividades realizadas durante o trabalho de campo na execução do projeto de pesquisa.

III – Artigo com os principais resultados da pesquisa: intitulado “Avaliação do preenchimento dos registros de puericultura em unidades básicas de saúde em Pelotas, RS.”, o qual será submetido para publicação no Jornal de Pediatria, periódico indexado, mediante aprovação da banca e incorporação das sugestões.

IV – Nota à imprensa: texto contendo os principais resultados do estudo, a ser enviado para divulgação na imprensa.

Sumário

	Página
PROJETO DE PESQUISA	9
1 Caracterização do problema e justificativa	11
1.1 Revisão bibliográfica	12
2 Objetivos	15
2.1 Objetivo geral	15
2.2 Objetivos específicos	15
3 Hipóteses	15
4 Métodos e estratégias de ação	16
5 Resultados e impactos esperados	20
6 Riscos e dificuldades	20
7 Cronograma	21
8 Aspectos éticos	22
9 Orçamento	22
10 Referências bibliográficas	24
 RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO	 27
 ARTIGO	 30
1 Resumo	32
2 Abstract	33
3 Introdução	34
4 Metodologia	35
5 Resultados	37
6 Referências bibliográficas	42
7 Tabelas	45

NOTA À IMPRENSA	49
ANEXOS	52



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

MESTRADO PROFISSIONALIZANTE



**AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO E DO PREENCHIMENTO DA FICHA DE
PUERICULTURA NO MUNICÍPIO DE PELOTAS, RS.**

MESTRANDO: MILTON L. CEIA

ORIENTADOR: JURACI A. CESAR

PELOTAS, RS

DEZEMBRO, 2008

SUMÁRIO

	Página
Caracterização do problema e justificativa	2
Objetivos	5
Hipóteses	6
Métodos e estratégias de ação	6
Resultados e impactos esperados	10
Riscos e dificuldades	10
Cronograma	10
Aspectos éticos	11
Orçamento	11
Referências bibliográficas	12
Anexos	16

1. CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

O termo puericultura, etimologicamente, quer dizer: puer=criança e cultur/cultura=criação, cuidados dispensados a alguém^{1,2}. É uma ciência que reúne noções de fisiologia, higiene e sociologia suscetíveis de favorecer o desenvolvimento físico e psíquico das crianças desde o período da gestação até a puberdade³.

A puericultura teve origem na França no início do século XVIII. Foi definida como um conjunto de regras e noções sobre a arte de criar, fisiológica e higienicamente, as crianças². Desde então, este conceito foi aperfeiçoado. Atualmente, puericultura também pode ser chamada de Pediatria Preventiva e tem como objetivo promover o crescimento e desenvolvimento da criança de forma a atingir a vida adulta fisicamente sadia, psiquicamente equilibrada e socialmente útil². Para tanto, promove a vigilância contínua do bem-estar da criança e monitora o seu crescimento através da antropometria¹. Por sua vez, antropometria é a “medição do homem”².

A monitoração do crescimento foi recomendada desde a década de 70, sobretudo a partir da Conferência de Alma-Ata realizada no Cazaquistão, antiga União Soviética, em 1978. No Brasil, o tema ganhou relevância somente a partir de 1984 com a criação pelo Ministério da Saúde do “Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC)”, que destaca, entre as Ações Básicas de Saúde, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil através da visualização do “Cartão da Criança”^{4,5}.

Diversos organismos internacionais têm publicado sua visão da importância do monitoramento do crescimento e do desenvolvimento infantil.

Para o Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência (UNICEF), a boa qualidade da Puericultura é indispensável para o desenvolvimento humano saudável. Além disso, trata-se de um direito humano fundamental, devendo englobar também o desenvolvimento mental, social, emocional e espiritual das crianças em seus primeiros anos⁶.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a colocação seqüencial dos dados antropométricos em curvas padronizadas foi consagrada como um indicador sensível do estado de saúde da criança⁷. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde⁸ a avaliação periódica do ganho de peso permite acompanhar o progresso da criança,

identificando aquelas de maior risco de morbimortalidade, sinalizando o alarme precoce para o aparecimento da desnutrição ou da obesidade. Este monitoramento faz parte da avaliação integral da saúde da criança e tem por objetivo estreitar e fortalecer o vínculo da criança e da família com os serviços de saúde, propiciando oportunidades de abordagem para a promoção da saúde, de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos e provendo o cuidado em tempo oportuno.

O Ministério da Saúde recomenda também que cada criança possua o chamado Cartão da Criança (ou Caderneta da Criança), onde o profissional de saúde deverá anotar todas as informações mais importantes sobre a história da saúde e desenvolvimento infantil. O serviço de saúde deve manter uma cópia deste Cartão (comumente denominada espelho), anexada ao prontuário ou à ficha da criança⁹.

A falta ou inadequação no preenchimento por parte da equipe de saúde dos cartões de puericultura é injustificável e demonstra um fraco vínculo dos profissionais com as ações básicas de saúde, medidas de comprovada eficácia, haja vista a contribuição dessas ações na redução do perfil de mortalidade infantil ocorrido nas duas últimas décadas¹⁰. O grau de preenchimento dos registros efetuados reflete a qualidade da assistência prestada, sendo este um ponto chave para informar acerca do processo de trabalho¹¹.

O registro inadequado na ficha de puericultura limita a qualidade do Programa de Puericultura, pois não permite acompanhar devidamente os primeiros anos de vida da criança. Apesar dessa importância, há estudos apontando baixa qualidade deste tipo de registro no Brasil¹².

1.1 Revisão bibliográfica

Ao realizar uma revisão de literatura recente nos bancos de dados *Lilacs* e *PubMed*, usando as palavras puericultura e sub-registro (em Português, Inglês e Espanhol), limitando aos últimos cinco anos e em lactentes até 23 meses, chegou-se a 191 registros no *Lilacs* e a 10.460 no *PubMed*. Utilizando MeSH Terms, restringiu-se a 2.152 registros e utilizando os descritores em inglês “under-registracion” e “child care”, chegou-se a 53 registros. Após leitura de todos os resumos, optou-se por estudos desenvolvidos em Atenção Básica, tanto em crianças quanto em adultos, dos quais foram lidos os textos completos.

Estudo conduzido em Maringá (Paraná) mostrou que metade dos formulários não apresentava uma única informação referente a itens básicos da anamnese de primeira consulta¹³.

Ao avaliar a qualidade do prontuário médico na Atenção Básica em quatro municípios no estado do Rio de Janeiro em 2004, Vasconcellos¹² considerou apenas regular o registro do endereço completo em dois municípios. Quanto ao registro do sexo, também dois municípios apresentavam registro ruim, um município regular e em apenas um deles autor classificou-o como bom. Quanto ao registro da escolaridade e da situação familiar, foram encontrados percentuais extremamente baixos 1,4% e 5,1% respectivamente. Em outro estudo avaliando registros médicos, em um distrito sanitário em Salvador (Bahia) entre 1986 e 1989, Modesto¹⁴ detectou proporção alarmante de prontuários considerados não-satisfatórios (quase 50%) por não apresentarem nem mesmo os itens básicos na primeira consulta.

Costa¹⁵, ao avaliar a qualidade de serviço de saúde para adolescentes na zona periférica de Belém do Pará no período de 1994 a 1996, encontrou alta percentagem (61%) de ausência de registro de imunização antitetânica entre gestantes adolescentes e considerou insatisfatório o registro de dosagem de hemoglobina, que se mostrou presente em apenas 23% dos prontuários destas gestantes.

Em um estudo com crianças, Vieira⁵ na Bahia em 2001 encontrou 28% para registro do índice de Apgar no 5º minuto de vida. Neste mesmo estudo, a curva de crescimento foi considerada não preenchida em 40% dos cartões. Em relação às anotações sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, verificou-se ausência de anotações na grande maioria dos cartões.

Outro estudo brasileiro, este em Pernambuco, encontrou elevado percentual de crianças que não tinham o peso marcado no gráfico ou que não tinham uma curva de crescimento traçada no cartão¹⁶.

Em Pelotas (RS) os percentuais de registro foram considerados baixos, evidenciando deficiências no cuidado médico na Unidade Básica de Saúde (UBS)¹⁷. Este estudo foi desenvolvido em uma UBS urbana de Pelotas, de estratégia de saúde da família, na qual foi realizada uma auditoria nos prontuários de crianças asmáticas que tinham consultado na referida UBS nos últimos 12 meses. Foi detectada uma frequência de registro de orientações sobre manejo das crises, em 15,9% dos prontuários, de registro de

frequência respiratória em 26,1% e de orientações sobre o uso de medicação em 33,3% dos prontuários de um total de 258 crianças com asma identificada naquela UBS.

Numa avaliação da estrutura e do processo do pré-natal na rede básica de Pelotas, no ano de 1998, Silveira¹⁸ relata que apenas 16% das fichas de pré-natal continham cinco ou mais registros sobre edema pré-tibial em gestantes, 37% das fichas não apresentavam registro sobre fatores de risco na gravidez e 14% das fichas não possuíam informação sobre o Fator Rh.

Em outro estudo em Pelotas, este sobre avaliação da Atenção Primária entre diabéticos no ano de 1998, Assunção¹⁹ concluiu que a revisão dos prontuários médicos apresentava substancial ausência de informações quanto a diversos procedimentos da consulta médica.

O presente estudo pretende avaliar a utilização da ficha de Puericultura por parte das UBS no município de Pelotas e o seu grau de preenchimento em cada UBS.

Esta pesquisa justifica-se por, pelo menos, cinco razões: 1) pela oportunidade de verificar a qualidade dos registros da ficha de Puericultura (ficha-espelho) no município de Pelotas, salientando que todo serviço de saúde ofertado à população deveria ser de alta qualidade; 2) pela escassez de informações sobre a utilização da ficha de Puericultura; 3) pela importância fundamental do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil para a redução da morbimortalidade nesta faixa etária; 4) pelas informações que a pesquisa fornecerá possibilitando que se conheça melhor as equipes que realizam Puericultura nas UBS e a qualidade de seu trabalho no referido Programa; e 5) pela oportunidade que poderá dar a gestores de conhecer o grau de preenchimento dos itens da ficha de Puericultura e, se necessário, planejar qualificação das equipes.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

- Avaliar o padrão de utilização e preenchimento da ficha de puericultura de crianças menores de um ano atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Pelotas, RS.

2.2 Objetivos específicos:

- Avaliar o padrão de utilização da ficha de puericultura de acordo com as seguintes variáveis:
 - a - localização da UBS (rural ou urbana);
 - b - tipos de profissionais que manejam esta ficha;
 - c - área física da sala de Puericultura;
 - d - turnos de trabalho da UBS;
 - e - tipo de assistência oferecida na UBS (tradicional, saúde da família ou mista) e
 - f - profissão do chefe da UBS;
- Medir o grau de preenchimento da ficha de puericultura, classificando em ótimo, regular, ruim ou péssimo.

3. HIPÓTESES

- A utilização da ficha de Puericultura nas UBS em Pelotas é praticamente universal (pelo menos 95%);
- A utilização da ficha de Puericultura não é influenciada pela localização (rural ou urbana) da UBS;
- UBS com Estratégia Saúde da Família apresentam maior utilização da ficha de Puericultura bem como apresentam maior grau de preenchimento;

- Os tipos de profissionais que manejam a ficha de Puericultura, área física da sala de Puericultura e a profissão do chefe da UBS não modificam a utilização nem o grau de preenchimento da ficha de Puericultura;
- O grau do preenchimento da ficha de Puericultura é, em sua maioria, regular ou ruim.

4. MÉTODOS E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

A investigação consiste em um estudo com delineamento transversal (seccional ou de prevalência) a partir de dados primários e secundários. Optou-se por este tipo de delineamento em virtude de ser o mais adequado para determinar a frequência de diversas exposições e desfechos de forma simultânea. Este tipo de delineamento é frequentemente utilizado em estudos de demanda e inquéritos populacionais, por ser rápido e de custo relativamente baixo²⁰.

Tanto os dados primários quanto os secundários serão levantados em uma amostra aleatória com metade das 50 UBS do município de Pelotas, Rio Grande do Sul. Nessas unidades sorteadas, um terço das fichas de Puericultura pertencentes a crianças menores de um ano será escolhido de forma sistemática para análise de seu preenchimento.

A partir de uma lista fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde, em que constam em ordem alfabética, as 50 UBS do município de Pelotas (Anexo1), serão separadas conforme sua localização, sendo 37 da área urbana e 13 da área rural. Após, serão listadas em ordem alfabética e numeradas em sequência, sendo então escolhido metade delas. A primeira delas será sorteada de forma aleatória. Se, por exemplo, a primeira escolhida for a de número um, todas as demais serão também de número ímpar. O mesmo procedimento será realizado para a outra área. Se, por exemplo, a primeira unidade escolhida for de número par, todas as demais o serão. Considerando que há números ímpares de UBS urbanas (37) e rurais (13), serão sorteadas 19 na área urbana e sete na área rural. Além destas, serão sorteadas pelo mesmo processo três UBS em área urbana e duas em área rural para servirem de suplentes para a eventualidade de alguma substituição.

Os critérios de inclusão para as UBS são: 1) pertencer ao município de Pelotas, tanto da zona urbana quanto da zona rural; 2) possuir a Estratégia de Saúde da Família, equipe modelo Tradicional ou ambos (mista); 3) utilizar qualquer tipo de ficha de puericultura no município; 4) ter uma chefia definida ou algum profissional responsável pela realização da puericultura; 5) atuar no mínimo um turno por dia, e 6) ter avaliado crianças com até um ano de idade completado até a data de realização da pesquisa.

Critérios de exclusão em relação às UBS: 1) UBS que não utilizam nenhum tipo de ficha de Puericultura; 2) unidades que não funcionem, no mínimo, cinco turnos por semana, 3) que não tenham uma chefia definida e nem profissional responsável pela Puericultura, e 4) que não ofereçam serviço de puericultura para menores de 12 meses.

Os instrumentos utilizados serão dois questionários criados para este estudo, sendo um aplicado ao chefe da UBS (Anexo2) e outro – tipo “check-list” – sobre o preenchimento dos itens das fichas de puericultura das UBS sorteadas (Anexo3). As seguintes variáveis serão coletadas sobre o chefe da UBS: profissão, sexo e tempo de atuação na chefia da UBS. Em relação à UBS, utilizando-se este mesmo questionário para o chefe, serão investigados sua localização (urbana ou rural), área física da sala de puericultura, turnos de trabalho, tipo de atendimento prestado (saúde da família, tradicional, e mista). Se não houver um chefe definido na UBS, será entrevistado um profissional responsável pela puericultura. Será avaliado se a ficha-espelho é utilizada ou não, quais e quantos profissionais a utilizam. No segundo questionário (check-list) será avaliado o preenchimento dos itens da ficha-espelho: nome, endereço e data de nascimento da criança, se a mãe fez pré-natal na UBS, tipo de parto, número de registro na UBS, notas do Apgar, peso ao nascer, comprimento ao nascer, curva de peso, anotações de situações especiais, uso de leite materno exclusivo, datas das vacinas, anotação de acompanhamento do desenvolvimento e anotação de observações/visita domiciliar (Anexos 4 e 5).

A partir destes 15 itens, um escore será criado (Quadro 1). Cinco destas variáveis receberão um peso maior que as demais, tendo em vista sua importância no crescimento e no desenvolvimento da criança. Assim, o índice de Apgar, o acompanhamento do desenvolvimento e o uso de leite materno exclusivo receberão peso 2; o peso ao nascer e a variável curva de peso receberão peso 3. A ficha que obtiver pelo menos 85,7% (ou $\geq$ 18 pontos) de preenchimento será classificada como “ótima”; com preenchimento entre 57,1% e 85,6% (12 a 17 pontos) como “regular”; entre 38,1% e 57,0% (entre 8 e 11

pontos) como “ruim” e de 0 a 38% (abaixo de 8 pontos) como “péssima”. O próprio pesquisador irá aplicar os questionários e checar as fichas de puericultura, sendo que, nesta última tarefa, terá o auxílio de um acadêmico do Curso de Medicina, bolsista voluntário da UFPel.

A área física da sala de puericultura das UBS será medida com fita métrica, tipo “trena”, de material inextensível, da marca Freemans, de 30 metros de comprimento, com precisão de um centímetro.

Quadro I - Descrição das variáveis constantes na ficha de puericultura.

Variável	Operacionalização	Peso
- Nome da criança	Nominal	1
- Endereço da criança	Nominal	1
- Data de nascimento	Discreta	1
- Realização pré-natal na UBS	Dicotômica	1
- Tipo de parto	Nominal	1
- Número de registro na UBS	Discreta	1
- Notas do Apgar	Contínua	2
- Peso de nascimento	Contínua	3
- Comprimento no nascimento	Contínua	1
- Curva de peso	Dicotômica	3
- Anotações de situações especiais	Dicotômica	1
- Aleitamento materno exclusivo	Dicotômica	2
- Datas das vacinas	Discreta	1
- Anotações do desenvolvimento	Dicotômica	2
- Anotações de visita domiciliar/observações	Dicotômica	1

Para a estimativa do tamanho da amostra utilizou-se o dado do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) que indica cerca de 4.000 nascidos vivos residentes em Pelotas, no ano de 2007. Utilizando esta população no programa Epi-Info

versão 6.04, e baseando-se em estudos²¹⁻²³ que detectaram prevalência de realização de Puericultura entre 54% e 90%, precisão entre 2 e 6 pontos percentuais e 10% para compensar possíveis perdas, diversos tamanhos amostrais foram calculados conforme mostra o Quadro 2 a seguir:

Quadro II - Estimativa de cálculo de tamanho de amostra, acrescidos de 10% para eventuais perdas.

Precisão (pontos percentuais)	Prevalência da realização de puericultura								
	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%	85%	90%
2	1.650	1.640	1.608	1.554	1.475	1.366	1.221	1.030	782
3	926	919	897	859	805	733	641	526	385
4	574	568	554	529	492	445	385	312	225
5	385	381	371	353	328	295	255	205	147
6	275	272	265	251	233	210	180	145	103

Com base nestes parâmetros, o menor tamanho de amostra necessário seria de 103 crianças e o maior de 1.650. Considerando-se a possibilidade de encontrar, em média, 80 crianças em cada UBS, é possível chegar ao número desejado para amostra, através do cálculo: Número de crianças X % de sorteados X Número de UBS = 80 X 33% X 26 = 686, possibilitando detectar prevalências entre 70% e 80%, com uma precisão de 3 pontos percentuais.

Será criado um banco de dados no Epi-info 6.04 com entrada dupla, seguida de comparação e correção dos dados²⁴. Estes dados serão, posteriormente, transportados para o programa Stata, versão 9.2²⁵, onde cada uma das variáveis será rotulada, verificada quanto a sua consistência e amplitude. No mesmo programa será realizada análise univariável, através da listagem de frequências, e bivariável, quando necessária. Esta associação será avaliada através do teste do qui-quadrado de Pearson²⁶.

Não será realizado controle de qualidade das informações pois as mesmas serão coletadas pelo próprio mestrando.

Um estudo piloto será efetivado em duas UBS não sorteadas, com aplicação dos dois questionários, sendo que a amostra das fichas de puericultura, para checagem do preenchimento dos itens, será reduzida para 50% em cada UBS, por motivo de redução de custos e pelo curto prazo para sua realização, sem que isto implique em prejuízo na qualidade do mesmo.

5. RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS

Espera-se determinar a prevalência de realização de Puericultura nas UBS do município de Pelotas bem como avaliar o grau de preenchimento destas fichas. A partir destes resultados será possível, se for o caso, propor medidas que possibilitem aumentar a cobertura da realização de Puericultura bem como de melhorar o preenchimento destas fichas. Os resultados alcançados pelo estudo serão levados ao conhecimento dos gestores locais, tanto da Secretaria Municipal de Saúde quanto da coordenação das UBS da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, visando melhorar o monitoramento do crescimento e do desenvolvimento das crianças menores de um ano no município e, desta forma, contribuir para a redução da morbimortalidade infantil no município. Além dessa divulgação local dos resultados, está prevista a redação de artigo científico a ser submetido à publicação em periódico nacional indexado.

Também será feita a divulgação dos resultados através da imprensa local, escrita e falada.

6. RISCOS E DIFICULDADES

As dificuldades esperadas dizem respeito ao deslocamento do pesquisador até algumas UBS sorteadas, já que a maioria estará localizada em bairros distantes do centro da cidade e na zona rural.

Prevendo esta dificuldade, está sendo feito um roteiro, principalmente da zona rural, para otimizar o tempo de deslocamento entre essas unidades, permitindo dessa maneira que duas ou três UBS possam ser visitadas em um único turno. Outra possível dificuldade é a inexistência de chefe responsável pela UBS. Neste caso, o questionário será respondido pelo profissional que trabalha com puericultura na unidade.

Na eventual recusa de participação por parte de algum chefe de UBS, está prevista a participação do profissional responsável pela puericultura naquela unidade, somente uma dupla recusa (chefe e responsável) constituirá uma limitação para o estudo.

7. CRONOGRAMA

Estima-se executar a presente proposta de trabalho em 17 meses. Ao longo deste período, diversas atividades estão programadas, inclusive com algumas delas sendo executadas de forma simultânea conforme mostra o Quadro III abaixo. Os primeiros seis primeiros meses serão destinados à preparação do projeto e do questionário, no mês seguinte será definido o tamanho amostral e a logística do estudo; depois será realizado o treinamento, estudo-piloto. Todas estas atividades serão realizadas em 2008. Para 2009, estão previstas as seguintes atividades: trabalho de campo nos três primeiros meses, o processamento de dados ocorrerá de fevereiro a abril, a análise de dados será efetivada em abril e maio, sendo que a revisão bibliográfica se estenderá até maio e a redação de artigo ocorrerá nos meses de abril, maio, junho e julho

Quadro III - Cronograma de atividades a serem desenvolvidas neste projeto de pesquisa.

Ano/ Mês Atividade	2008											2009						
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	
- Preparação do projeto																		
- Preparação do questionário																		
- Amostragem e logística																		
- Treinamento																		
- Estudo-piloto																		
- Trabalho de campo																		
- Processamento de dados																		
- Análise de dados																		
- Revisão bibliográfica																		
- Redação de artigo																		

8. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Será ainda solicitado consentimento da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas para a realização da entrevista dos chefes das UBS e para utilizar as fichas de puericultura das mesmas. Por fim, será garantida aos chefes e aos responsáveis pela Puericultura das UBS selecionadas, a confidencialidade das informações. Também será solicitado o consentimento das chefias das UBS.

9. ORÇAMENTO

O material de consumo será utilizado na confecção, numeração e aplicação dos questionários, enquanto o notebook, único equipamento permanente a ser adquirido, será utilizado na elaboração, diagramação, digitação dos questionários e análise preliminar e final dos dados. Por fim, neste equipamento será redigido relatório final e

artigo científico a ser submetido à publicação em periódico nacional indexado. Todas as despesas apresentadas no Quadro IV a seguir serão custeadas pelo mestrando, executor deste projeto.

Quadro IV - Discriminação de gastos referentes à execução deste projeto de pesquisa.

Quantidade	Material e serviços	Custo unitário (R\$)	Total (R\$)
02	Serviços de gráfica	0,09	0,18
1000	Cópias xerográficas	0,07	70,00
03	Lápis	1,20	3,60
01	Prancheta	5,00	5,00
01	Borracha	0,50	0,50
01	Grampeador	8,00	8,00
02	Caixas de grampos	2,50	5,00
02	Etiquetas	18,00	36,00
25	Envelopes A4	0,15	3,75
01	Folhas papel A4	14,00	14,00
01	Notebook	1.400,00	1.400,00
Total			1.546,03

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ricco RG, Santoro JR, Almeida CAN de, Del Ciampo LA. Atenção à saúde da criança e Puericultura. In: Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CAN de. Puericultura: princípios e práticas: atenção integral à saúde da criança. Atenção à saúde da criança e Puericultura. São Paulo: Atheneu; 2000; p.1-4.
2. Rocha SMM. Puericultura e Enfermagem. São Paulo: Cortez; 1987.
3. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. 1ª ed. Rio de Janeiro; Houaiss e Villar; Objetiva. 2001; p.2331.
4. Barreto ML, Carmo SH. Situação da Saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde. Informe Epidemiológico do SUS; 3(3/4); 7-34, jul-dez,1994.
5. Vieira GO, Vieira T de O, Costa MCO, Netto PVS, Cabral VA. Uso do Cartão da Criança em Feira de Santana, Bahia. Rev Bras Saúde Mater Infantil, 2005. Jun ; 5(2): 177-184.
6. UNICEF. Estado Mundial de la Infância. 2002. [acessado em 22 Out. 2008]. Disponível em <http://www.bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sowc>
7. World Health Organization. Expert Committe on Nutrition. Physical Status: uses and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; 1995. (WHO Technical Report Series, 854).
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança. Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. 2002. [acessado em 05 Jun. 2008]. Disponível em http://www.bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento

9. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da Criança. Série Cad. de Atenção Básica; n.11. Série A. Normas e Manuais Técnicos n. 173. 2002.
10. Monteiro CA, Nazário CL. Declínio da mortalidade e equidade social: o caso da cidade de São Paulo entre 1973 e 1993. In: Monteiro CA, editor. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo; Hucitec ; 1995; 173-85.
11. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA, 1988; 260: 1743-8.
12. Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IHS de. Registros em Saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na Atenção Básica, Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública, 2008; 24 supl 1; 173-182.
13. Scochi MJ. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, Estado do Paraná, Brasil, 1991: um exercício de avaliação. Cad de Saúde Pública, 1994; 10: 356-67
14. Modesto MG, Moreira EC, Almeida-Filho N de. Reforma Sanitária Informação em Saúde: Avaliação dos registros médicos em um distrito sanitário de Salvador, Bahia. Cad de Saúde Pública, 1992; 8(1): 62-68.
15. Costa MCO, Formigli VLA. Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes. Rev Saúde Pública, 2001; 35(2): 177-184.
16. Carvalho MF, Lira PIC de, Romani S de AM, Santos IS dos, Veras AAC de A, Filho MB. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública, 2008; 24(3): 675-685.
17. Stephan AMS. Prevalência de Asma Brônquica em crianças e Fatores Associados ao Conhecimento Materno da Doença. [Dissertação de Mestrado], Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2008.
18. Silveira DS da, Santos IS dos, Costa JSD da. Atenção Pré-natal na Rede Básica: uma avaliação da estrutura e do processo. Cad Saúde Pública, 2001; 17(1): 131-139.

19. Assunção MCF, Santos IS dos, Gigante DP. Atenção Primária em Diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. Rev Saúde Pública, 2001; 35(1): 88-95.
20. Silva IS. Cancer epidemiology: principles and methods. Lyon: World Health Organization & International Agency for Research on Cancer; 1999.
21. Aranha CBF, Kuchenbecker AS, Mendonça CS, Takeda SM. Evaluación de la calidad del cuidado infantil antes y después de la implantación de um programa de salud. Med Fam (B. Aires) 1994; 6(2): 48-49.
22. Monteiro CA, Júnior IF, Conde WL. Evolução da assistência materno- infantil na cidade de São Paulo (1984-1996). Rev Saúde Pública, 2000;34(supl 6): 19-25.
23. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS da, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Teixeira VA. Efetividade da atenção pré- natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. Rev Bras Saúde Mater Infantil, 2007; 7(1): 75-82.
24. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. Epi-Info, Version 6: A Word Processing, Database, and Statistics Program for Epidemiology on Microcomputers. Atlanta: Centers of Disease Control and Prevention; 2002.
25. StataCorp. Stata statistical software: release 7.0. College Station: Stata Corporation; 2001.
26. Kirkwood B. Essentials of medical statistics. London, Blackwell Scientific Publications; 1988.

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo desta pesquisa teve início ao se buscar, junto à Secretaria Municipal de Saúde, a lista das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município. A Coordenação de Saúde Pública nos forneceu a referida lista, em que constavam 50 UBS, sendo 37 localizadas na zona urbana e 13 na zona rural. A seguir separamos as UBS urbanas das rurais em nova listagem, organizando-as por ordem alfabética e numerando-as em sequência. Através de uma funcionária da Saúde Pública, a Sra. Carmen Bach, conseguimos gentilmente a elaboração de um roteiro para as visitas às UBS rurais, a fim de economizar tempo e, principalmente, indicar mais precisamente a localização de cada UBS, já que teríamos que ir a vários distritos do município. Após realizar o sorteio aleatório de metade das UBS urbanas e metade das rurais, realizamos um estudo piloto em duas unidades não incluídas para visita, a fim de testar os questionários e eventuais dificuldades na coleta de dados. Feitas as modificações necessárias decorrentes deste estudo piloto, deu-se início as visitas às UBS sorteadas.

Decidimos começar pela zona urbana. Chegando à UBS, identificávamo-nos na recepção e solicitávamos falar com o chefe da unidade. Nestas visitas para coleta de dados, tivemos o auxílio de um acadêmico de Medicina, o qual era responsável pela separação das fichas de puericultura, das crianças de até 1 ano completado naquela data da visita. Após leitura e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido ao chefe da UBS, o mesmo era entrevistado (questionário 1) para, em seguida, o bolsista acessar o arquivo das fichas de puericultura. Após separação das fichas de menores de um ano, realizava-se o sorteio sistemático daqueles que seriam incluídas no estudo. Esta seleção era feita da seguinte forma: após totalização das fichas, sorteava-se a primeira de forma aleatória e escolhiam-se as demais – um terço do total- através do “pulo”, ou seja, a primeira ficha foi escolhida de forma aleatória, enquanto para as demais, pulavam-se duas, visto que queríamos uma de cada três. Assim foi feito sucessivamente até completar todas as fichas de cada UBS. Para cada uma das fichas, preenchia-se o questionário 2, onde eram anotadas, na forma de um check-list as informações nela constantes. Antes de deixar a UBS, eram tomadas ainda as dimensões da sala onde o serviço de puericultura era oferecido.

Após concluir a primeira etapa de visita às UBS urbanas sorteadas, iniciou-se a coleta de dados nas UBS rurais. Com base na localização de cada uma delas, sempre na tentativa de otimizar estas visitas, estabeleceu-se o seguinte roteiro: 1º dia – 1º UBS Cascata, pela BR 392, km 87, entra à esquerda na estrada de terra que vai à Cascatinha,

logo à direita fica a UBS; 2º UBS Colônia Maciel, volta à BR 392, segue à esquerda até a entrada da Colônia Maciel (tem placa), segue por estrada de terra até a Vila Maciel. 2º dia – 1º UBS Corrientes, pela BR 116 até a divisa com Turuçu, à esquerda fica a UBS. 2º UBS Colônia Osório (somente pela manhã), retorna pela BR 116, passa pelo mato de eucaliptos, entra à direita em frente ao Capão do Almoço, segue estrada de terra até a Colônia Osório, a UBS fica à esquerda; 3º dia – 1º UBS Monte Bonito (somente pela manhã), segue pela BR 392, km 83 entra à direita, em frente à entrada do Passo da Micaela, segue à direita até a Administração do Monte Bonito, onde está localizada a UBS; 2º UBS Cordeiro de Farias, saindo do Monte Bonito, retorna pela estrada de terra, seguindo sempre à direita até chegar à Vila Cordeiro de Farias, a UBS fica passando a antiga fábrica “Red Indians”, à direita da estrada; 4º dia – UBS Colônia Z-3, em direção ao Laranjal, passa o Santo Antônio, passa o Barro Duro, segue estrada de terra até a Colônia Z-3.

Ao chegar à primeira UBS rural encontramos uma dificuldade: o baixo número de crianças inscritas na puericultura. Decidiu-se então, nestas unidades, incluir todas as crianças menores de um ano inscritas no seu programa de puericultura.

Após terminar as visitas nas sete UBS da zona rural, retomamos as visitas da zona urbana até completar as 26 UBS selecionadas. O tempo de execução desta etapa foi de três meses. Somente em duas UBS urbanas houve necessidade de realizar a visita em dois dias; a primeira porque não tinha chefia estabelecida e a responsável pela puericultura trabalhava em outro turno e a segunda porque a UBS foi a que possuía o maior número de crianças inscritas na puericultura e não foi possível recolher os dados de todas elas até o horário de fechamento da UBS. Por esta razão, foi necessário retornar no dia seguinte. Não houve recusa em participar do estudo, quer seja por parte dos chefes nem dos responsáveis pela realização da puericultura nestas UBS.

A codificação dos questionários era realizada ao final do dia de trabalho, sendo que todos os questionários eram revisados neste mesmo dia, visando identificar eventuais erros de codificação ou inconsistências. Ao final do trabalho de campo foi criado um banco de dados no programa Epi-Info 6.04, no qual os questionários foram duplamente digitados.

ARTIGO

Título: Avaliação do preenchimento dos registros de puericultura em unidades básicas de saúde em Pelotas, RS.

Título abreviado: Avaliação dos registros de puericultura.

Autores: Milton L M Ceia¹, Juraci A Cesar²

¹ Médico especialista em Pediatria e Mestre em Saúde Pública Baseada em Evidências. Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas (UFPel), RS.

² Doutor em Epidemiologia, professor da Divisão de População & Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), RS.

Curriculum Vitae cadastrado na plataforma Lattes - Email: jacesar@terra.com.br

Autor responsável pela correspondência:

Milton Luiz Merony Ceia
Av. Duque de Caxias, 250 – Bairro Fragata, Pelotas, RS – 96030-000
Fone: (53)3228-4066/8402-6508
Email: mlceia@yahoo.com.br

Contribuição de cada autor:

MLM Ceia, delineou o estudo, coletou, digitou e analisou os dados, preparou tabelas e redigiu o artigo; JA Cesar auxiliou na execução de todas estas atividades.

Conflito de interesse:

Nada a declarar.

Financiamento:

Não houve.

Total de:

- Palavras no texto: 2.767
- Palavras no resumo: 217
- Palavras no abstract: 217
- Tabelas: 4

Resumo

Objetivo: avaliar cobertura do programa de puericultura e adequação do preenchimento da ficha-espelho de puericultura (FEP) para menores de 1 ano de idade atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Pelotas, RS.

Métodos: realizou-se estudo transversal com dados primários e secundários em metade das UBS do município. Estas UBS foram selecionadas aleatoriamente, seu chefe foi entrevistado e um terço de suas FEP sistematicamente escolhidas para preenchimento de questionário padrão. A partir destas informações criou-se escore para avaliar adequação de preenchimento da FEP. A análise bivariada utilizou testes de Wald e do qui-quadrado com correção de Yates.

Resultados: o programa de puericultura era oferecido por 88% das UBS do município. Em todas as FEP avaliadas constava o nome da criança, 99% a data de nascimento, mas somente 59% possuíam informações sobre aleitamento materno e 6% sobre desenvolvimento infantil. De acordo com o escore criado, 43% das fichas apresentavam preenchimento bom/ótimo, enquanto 7% foram classificados como ruim/péssimo. Esta taxa de adequação foi substancialmente melhor em UBS onde a FEP era preenchida por enfermeiro e que ofereciam puericultura todos os dias.

Conclusões: o estudo mostrou que a FEP é amplamente utilizada nas UBS de Pelotas, mas não de forma universal e que seu preenchimento depende do tipo de profissional e da oferta contínua do serviço de puericultura na UBS.

Palavras-chave: puericultura; cuidado da criança; saúde da criança; cartão da criança; monitoração do crescimento.

Abstract

Objective: to assess coverage level of puericulture program and to assess appropriate filling of internal register of puericulture (IRP) among children aged 0-12 months visiting basic health centers (BHC) in Pelotas, Southern, Brazil.

Methods: a cross-sectional survey using primary and secondary data was carried in this municipality. BHC were randomly selected and their local head was interviewed. In each unit a third of IRP were systematically included to evaluate their filling pattern based on standardized questionnaire. Based on this information, a score was created to evaluate the pattern of adequacy for IRP. Wald test and chi-square test with Yates' correction was used to compare proportions.

Results: 88% of BHC in the municipality were using IRP. All IRP had information about child's name but only 59% and 6% showed information about current breastfeeding and infant development, respectively. 43% and of all IRP showed good/excellent adequate level of filling while 7% were classified as bad/worst. Better level of IRP filling was observed among PHC units whose nurses were working with puericulture and where this kind of service was continuously offered.

Conclusion: this study showed that IRP was widely used in Pelotas' BHC, but not universally. Also, it showed that, in general, filling pattern of internal registers change according to characteristics of BHC and health worker enrolled in puericulture activity.

keywords: Puericulture, child care, child health, monitoring growth.

Introdução

A puericultura tem por objetivo promover o crescimento e o desenvolvimento adequado no primeiro ano de vida¹. Para tanto, monitora de forma contínua o peso, o comprimento e o perímetro cefálico da criança, avalia o desenvolvimento, promove o aleitamento materno exclusivo, orienta dieta e incentiva imunização^{2,3}. Por fortalecer o vínculo da criança e de sua família com os serviços de saúde, a puericultura cria oportunidades para a equipe de saúde educar, prevenir e promover a saúde infantil⁴.

A monitoração do crescimento é recomendada, sobretudo, desde a Conferência de Alma-Ata em 1978. No Brasil, o tema tornou-se relevante somente a partir de 1984 quando o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Desde então, o crescimento e desenvolvimento infantil são considerados uma ação básica em saúde e monitorados através do Cartão da Criança^{5,6}.

Apesar da importância, há poucos estudos avaliando a prática da puericultura no Brasil. Em Feira de Santana, BA, verificou-se que em 90% dos cartões havia anotação do peso ao nascer, perímetro cefálico e comprimento; somente 60% possuíam anotação na curva de crescimento e 28% o índice de Apgar no 5º minuto de vida. Praticamente inexistiam anotações sobre desenvolvimento⁶. Na região metropolitana do Recife, PE, 90% possuíam o peso de nascimento registrado contra apenas 19% com o peso indicado na curva de crescimento⁷. Ainda em Pernambuco, estudo incluindo 13 municípios do interior e cinco da região metropolitana, mostrou que somente metade daqueles da região metropolitana teve o peso da última consulta anotado no gráfico contra 71% no interior⁸. Em Belo Horizonte, MG, somente metade das crianças possuía o nome anotado no cartão, enquanto três quartos possuíam anotação do perímetro cefálico ao nascer e Apgar no 5º minuto⁹. Além disso, nenhum destes estudos avaliou o preenchimento das fichas de puericultura de acordo com o tipo de profissional que prestou atendimento.

O objetivo deste estudo foi conhecer a cobertura do programa de puericultura e avaliar a adequação do preenchimento das fichas-espelho de acordo com o profissional da equipe de saúde no município de Pelotas, RS.

Métodos

Este estudo foi desenvolvido em Pelotas, município com 345 mil habitantes, localizado na metade sul do Estado do Rio Grande do Sul. Este município dispõe de 50 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 37 delas localizadas na zona urbana e 13 na zona rural.

A população-alvo deste estudo foi constituída por crianças menores de um ano de idade, inscritas no Programa de Puericultura destas UBS em todo o município entre os meses de dezembro de 2008 a março de 2009.

Nesta investigação, utilizou-se delineamento transversal (seccional ou de prevalência) a partir de dados primários e secundários. Os dados primários foram obtidos através de entrevistas com os chefes das UBS, enquanto os dados secundários foram obtidos através da revisão das fichas-espelho de puericultura de cada criança. Optou-se por este tipo de delineamento em virtude de ser o mais adequado para avaliar programas de saúde, além de ser o mais rápido e o de menor custo dentre os estudos observacionais¹⁰.

Para estimativa do cálculo de tamanho da amostra utilizaram-se dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), que indicou cerca de 4.000 nascidos vivos residentes em Pelotas, no ano de 2007. Para uma prevalência de realização de puericultura de 90%, precisão de três pontos percentuais, o estudo deveria incluir pelo menos 350 crianças menores de um ano¹¹.

Decidiu-se, a priori, que metade das UBS seria incluída neste estudo. A partir de uma lista fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde, as UBS foram separadas por localização (urbana e rural) e numeradas em seqüência. Em seguida, realizou-se sorteio aleatório, sendo selecionadas 19 (de 37) na área urbana e 07 (de 13) em área rural. Nestas UBS foi selecionado, de forma sistemática, um terço das fichas de puericultura. Desta forma, seria possível alcançar as 350 fichas-espelho de menores de um ano inscritos no programa em todo o município.

Foram utilizados dois tipos de questionários, o primeiro aplicado ao chefe da UBS ou pessoa responsável pelo Programa de Puericultura e o segundo, um tipo de “check-list”, buscando avaliar o preenchimento de cada um dos itens da ficha de

puericultura. As seguintes variáveis foram coletadas sobre o chefe da UBS: profissão, sexo e tempo de atuação na chefia da UBS; sobre a UBS: localização (urbana ou rural), área física da sala de puericultura, turnos de trabalho, tipo de assistência prestada (Tradicional, Estratégia Saúde da Família ou ambas) e tipo de profissional que fazia puericultura naquela unidade. No segundo questionário – check-list para a ficha de puericultura – foi avaliado o preenchimento dos seguintes itens da ficha-espelho: nome, endereço e data de nascimento da criança, se a mãe fez pré-natal na UBS, tipo de parto, número do prontuário na UBS, notas do Apgar, peso e comprimento de nascimento, traçado da curva de peso, anotações sobre o uso de leite materno, registro das vacinas e anotação do acompanhamento do desenvolvimento.

A partir desses itens, um escore foi criado para avaliação da adequação de preenchimento, com as informações constantes na ficha de puericultura, tendo os seguintes pesos: peso 1 – variáveis: nome, endereço, data de nascimento da criança, realização de pré-natal na UBS, tipo de parto, número do prontuário na UBS, comprimento ao nascer, datas das vacinas e anotações de visita domiciliar; peso 2 – índice de Apgar, acompanhamento do desenvolvimento e uso de leite materno durante o primeiro ano de vida; peso 3 – curva de peso com pelo menos duas anotações sequenciais de peso, o que permite fácil visualização da monitoração do crescimento e anotação do peso ao nascer, um importante preditor do risco de adoecer e morrer durante o primeiro ano de idade. A ficha que alcançou de 0 a 35% (0 a 7 pontos) de preenchimento, foi classificada como “péssimo”; entre 36% e 53% (8 e 11 pontos) como “ruim”; entre 54% e 77% (12 a 17 pontos) como “regular” e com 78% ou mais de preenchimento (18 pontos ou mais) como “bom/ótimo”.

A aplicação do questionário bem como a avaliação das fichas foi feita pelo coordenador deste estudo (MLMC), auxiliado por um acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. O estudo-piloto foi realizado em duas UBS não incluídas no estudo, com o objetivo de testar os questionários, treinar o entrevistador, identificar eventuais falhas e corrigi-las. Foi ainda elaborado manual de instruções visando auxiliar no preenchimento do questionário a partir das fichas de puericultura. As visitas às UBS para a coleta de dados foram realizadas mediante roteiro

previamente estabelecido. A área física da sala de puericultura foi medida com fita métrica, de material inextensível, com precisão de um centímetro.

Os dados coletados foram duplamente digitados, comparados e corrigidos a partir do programa Epi-Info versão 6.04 com entrada dupla¹¹. A análise de consistência, colocação de rótulos e verificação da amplitude das variáveis, bem como a análise bivariada foram realizadas através do programa Stata, versão 9.2¹², sendo cada variável rotulada e verificada quanto a sua consistência e amplitude. Para as comparações entre proporções, utilizou-se teste do qui-quadrado com correção de Yates para tabelas 2X2¹³.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (CEPAS/UFPEL), assim como as visitas às UBS foram autorizadas pelo Departamento de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde.

Resultados

Dentre as 26 UBS visitadas, somente 23 utilizam a FEP, o que representa cobertura de 88% para o programa de puericultura no município de Pelotas, RS.

A Tabela 1 mostra que das UBS incluídas no estudo, 19 eram localizadas na zona urbana e as demais na zona rural. A área destinada à puericultura em todas estas UBS possuía pelo menos 6 m², com dois terços delas tendo menos de 9 m². O chefe da UBS era, em sua grande maioria, do sexo feminino, enfermeiro e com cerca de 60% deles exercendo esta função a pelo menos três anos; aproximadamente 60% das UBS visitadas funcionavam durante dois turnos, sendo três quartos delas na forma tradicional e o restante com a Estratégia Saúde da Família ou mistas; 81% destas UBS ofereciam continuamente serviços de puericultura, sendo os enfermeiros os profissionais que mais a realizam (93%), seguido pelos técnicos de enfermagem (73%).

A pesquisa verificou ainda que em 38% das UBS a FEP era preenchida por um único profissional, em 13% por dois e no restante (49%) por três profissionais. Estes dados não são apresentados nas tabelas.

Na Tabela 2 observa-se que 40% das FEP estavam totalmente preenchidas (13 informações). Entre os enfermeiros, esta proporção alcançou dois terços das FEP contra um terço entre os demais profissionais. O nível mais baixo de preenchimento (1 a 9 informações) ocorreu para somente 3% das fichas entre enfermeiros, mas 17% para os demais. Os maiores percentuais de preenchimento foram observados para o nome da criança (100%) e a data de nascimento (99%). Observou-se ainda diferença estatisticamente significativa e favorável aos enfermeiros para as seguintes informações: endereço, tipo de parto, pré-natal, vacinas, notas do Apgar, número do prontuário, anotações sobre uso de leite materno.

A Tabela 3 mostra que 43% das FEP apresentavam preenchimento classificado como bom ou ótimo, sendo esta proporção cerca de duas vezes maior entre aquelas realizadas por enfermeiros.

A Tabela 4 mostra proporção significativamente maior de preenchimento adequado (bom ou ótimo) da FEP, conforme escore criado, entre UBS localizadas na área rural, com Estratégia de Saúde da Família e onde o serviço de puericultura era oferecido todos os dias.

DISCUSSÃO

Os dados mostram que a utilização da ficha espelho de puericultura nas UBS de Pelotas não é universal e que menos da metade delas apresentou preenchimento avaliado como bom ou ótimo. Mostrou ainda que havia vários profissionais trabalhando com a ficha de puericultura nas UBS e que quando realizada pelo enfermeiro, a qualidade do preenchimento é significativamente melhor. Preenchimento adequado em maior proporção nas UBS localizadas nas áreas rurais, onde oferecia puericultura todos os dias e naquelas onde estava funcionando a ESF.

Ao interpretar estes dados é preciso considerar as seguintes limitações que, de uma forma ou outra, podem ter afetado este estudo; 1) diferenças de registro nas informações constantes no Cartão da Criança e na FEP; 2) tamanho de amostra estimado para medir prevalência de realização de puericultura e não associações e 3) falta de controle de qualidade sobre os dados coletados. No primeiro caso, parece mais exeqüível que o cuidado seja oferecido e não anotado, ou seja, ocorra sub-registro. Logo, as prevalências de preenchimento apresentados para vários itens tenderiam a ser melhores que as identificadas. Em relação ao tamanho da amostra, mesmo com “n” inferior ao necessário para estudar associações, várias delas mostraram-se significativas. Caso o tamanho da amostra fosse maior, a tendência seria de uma significância mais robusta ainda. Por fim, o controle de qualidade não foi realizado em virtude de o preenchimento do questionário de todas as FEP ter sido realizado em presença do coordenador do estudo ou por ele próprio.

Considerando que este estudo é representativo, é possível afirmar que a ficha-espelho de puericultura era utilizada por 88% das UBS no município de Pelotas. Não se encontrou na literatura nenhum outro estudo que tenha utilizado de mesma metodologia para avaliação da cobertura do programa de puericultura. Os únicos estudos que permitem inferir sobre a cobertura de puericultura de forma representativa basearam-se na posse do cartão da criança em dia de campanha de multivacinação. Embora com abordagem diferente, esta comparação mostra-se oportuna em virtude de, no Cartão da Criança, constar todas as informações trabalhadas nos programas de puericultura. Em Feira de Santana, BA, verificou-se que 95% das crianças menores de um ano possuíam o Cartão da Criança⁶, enquanto em

Belém¹⁴, PA, esta posse foi de 73% e em Recife⁷, PE, chegou a 81%. Assim, o resultado obtido para Pelotas é muito semelhante ao de outras localidades. Isto mostra que em todas estas localidades há ainda uma margem importante para aumentar a oferta deste tipo de serviço.

Em relação às informações preenchidas na FEP, observou-se, neste estudo, variação de 6% a 100%. O nome da criança havia sido anotado em todas as FEP, mas em apenas 6% delas continham informação sobre desenvolvimento. Variação semelhante foi observada em outros estudos. Em Feira de Santana⁶, BA, o nome da criança alcançou também índice de 100% de preenchimento, enquanto somente em 8% dos cartões havia alguma anotação sobre desenvolvimento; em Belo Horizonte⁹, MG, variou de 56% para o nome da criança a 91% para anotação do peso de nascimento. Evidencia-se claramente baixa valorização por parte dos profissionais de saúde em relação a informações relacionadas ao desenvolvimento infantil, aspecto sabidamente pouco trabalhado por eles. Resta saber se isto decorre da pouca relevância dada a este tema e/ou da falta de preparo para trabalhá-lo adequadamente⁹, o que merece investigação detalhada em futuras pesquisas sobre o assunto.

Em relação a informações de maior relevância à saúde infantil tais como peso ao nascer, Apgar (sobretudo do quinto minuto), imunizações, aleitamento materno, os achados deste estudo revelam que se tem dado importância abaixo do desejado a variáveis essenciais ao pleno desenvolvimento infantil. É amplamente sabido que crianças nascidas com peso inferior a 2.500 gramas apresentam risco substancialmente maior de morrer no primeiro ano de vida em relação às demais crianças¹⁵. Logo, identificar crianças nesta condição é fundamental para realizar intervenções precoces e, desta forma, reduzir os índices de morbimortalidade infantil por esta causa. Neste estudo, 4% das crianças não possuíam esta informação contra 9% em Belo Horizonte⁹, 3% em Feira de Santana⁶ e 13% em Recife⁷. Quanto ao índice de Apgar, importante indicador das condições de vitalidade no primeiro e quinto minuto de vida do recém-nascido, indicadores da necessidade de assistência visando prevenir possíveis seqüelas^{6,16,17}, 20% das crianças estudadas não possuíam esta informação, contra 72% em Feira de Santana⁶ e 23% em Belo Horizonte⁹. Em relação às imunizações,

importante ação básica por apresentar impacto direto nos coeficientes de morbimortalidade infantil¹⁸, o presente estudo detectou que 12% das crianças não possuíam registro no que diz respeito à data de realização das vacinas. Este percentual foi bastante superior aos 5% detectado em Belo Horizonte¹⁹. A vigilância ao desenvolvimento infantil é fundamental para a identificação de criança com distúrbios de crescimento. Isto possibilita intervenções com maior potencial de impacto e menor custo²⁰. Noventa e quatro por cento das crianças menores de um ano atendidas nas UBS de Pelotas não possuíam qualquer tipo de anotação para este indicador. Em Feira de Santana⁶ e Belo Horizonte¹⁹ os índices de anotação foram de 91% e 81%, o que revela baixíssima valorização desta informação em todas estas localidades. O aleitamento materno é requisito fundamental ao pleno desenvolvimento infantil no que diz respeito a aspectos nutricionais, imunológicos e psicológicos^{21,22}. Para 41% das crianças pelotenses não havia qualquer informação sobre este tema. Não se encontrou nenhum outro estudo que tenha avaliado esta informação, seja no cartão ou na FEP.

O preenchimento da FEP foi significativamente melhor onde o enfermeiro exercia esta função. Isto pode ser atribuído a maior participação deste profissional neste tipo de atividade que, às vezes, recebe pouca importância por parte do médico ou porque, sobretudo na Estratégia de Saúde da Família, há uma melhor distribuição de tarefas o que facilita alcançar maior impacto. Nutricionistas têm, via de regra, sua atuação muito mais centrada na questão da amamentação e dieta da criança, enquanto os técnicos em enfermagem, além de menor capacitação, pouco lidam com esta atividade tida como mais burocrática dentro do serviço de saúde.

Este estudo mostrou que a FEP é amplamente utilizada nas UBS do município de Pelotas, mas não é de uso universal, pois nem todas UBS a utilizam e algumas não oferecem puericultura diariamente; que o preenchimento da FEP varia conforme características da UBS e do profissional que a preenche; que aspectos importantes como aleitamento materno e, sobretudo, desenvolvimento infantil, não são adequadamente valorizados pela equipe de saúde das UBS estudadas. Revela ainda a importância do enfermeiro no preenchimento adequado da FEP já que, nas UBS onde ele atua, o preenchimento adequado das FPE foi duas vezes maior em relação aos demais profissionais.

Baseado nestes achados recomenda-se que: 1) a FEP passe a ser utilizada em todas as UBS; 2) seja repassada às equipes a importância de cada uma das informações a serem coletadas na FEP; 3) seja realçada e reconhecida a importância do enfermeiro no preenchimento adequado da FEP; 4) o serviço de puericultura passe a ser oferecido continuamente em todas as UBS do município; 5) o preenchimento adequado da FEP seja incentivado junto a outros profissionais, sobretudo nas UBS localizadas na área urbana e 6) o município utilize as novas curvas de crescimento recentemente elaboradas pela Organização Mundial da Saúde para a monitoração do crescimento infantil no município.

Referências bibliográficas

1. Rocha SMM. Puericultura e Enfermagem. São Paulo: ed. Cortez; 1987.
2. Chahnazarian A, Ewbank DC, Makani B, Ekouvi K. Impact of selective primary care on childhood in a rural health zone of Zaire. *Int J Epidemiol* 1993; 22 Sup 1: S32-S41.
3. Desgrées Du Lou A, Pison G, Aaby P. Role of immunizations in the recent decline in childhood mortality and changes in the female/male mortality ratio in rural Senegal. *Amer J Epidemiol* 1995; 142: 643-52.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília, DF, 2002.
5. Barreto ML, Carmo SH. Situação da Saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*; 3(3/4); 7-34, jul-dez, 1994.
6. Vieira GO, Vieira T de O, Costa MCO, Netto PVS, Cabral VA. Uso do Cartão da Criança em Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Saúde Mater Infantil*. 2005; 5(2): 177-84.
7. Carvalho MF, Lira PIC de, Romani S de AM, Santos IS dos, Veras AAC de A, Batista Filho M. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(3): 675-85.
8. Ratis CAS, Batista Filho M. Aspectos estruturais e processuais da vigilância do crescimento de menores de cinco anos. *Rev Bras Epidemiol*, 2004; 7(1): 44-53.
9. Goulart LMHF, Alves CRL, Viana MR de A, Moulin ZS, Carmo GAA do, Costa JGD da, et al. Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. *Rev Paul Pediatr*, 2008; 26(2): 106-12.

10. Silva IS. Cancer epidemiology: principles and methods. Lyon: World Health Organization & International Agency for Research on Cancer; 1999.
11. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. Epi-Info, Version 6: A Word Processing, Database and Statistics Program for Epidemiology on Microcomputers. Atlanta: Centers of Disease Control and Prevention; 2002.
12. StataCorp. Stata statistical software: release 7.0. College Station: Stata Corporation; 2001.
13. Kirkwood BR, Sterne JAC. Essentials of medical statistics. 2nd ed. London: Blackwell Scientific Publications; 2003.
14. Figueiras ACM, Barros LCN, Barléte KCS, Faria ECF, Fernandes MSB, Santos JRP. Uso do cartão da criança no município de Belém. Rev Paraense Med, 2001; 15:39.
15. Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. Epidemiologia da Desigualdade: um estudo longitudinal de 6000 crianças brasileiras. 2^a ed. São Paulo: CEBES/HUCITEC; 1989.
16. Sarinho SW, Filho DAM, Silva GAP, Lima MC. Fatores de risco para óbitos neonatais no Recife: um estudo caso-controle. J Pediatr (Rio J). 2001; 77(4): 294-8.
17. Ehrenstein V, Pedersen L, Grijota M, Nielsen GL, Rothman KJ, Sorensen HT. Association of Apgar score at five minutes with long-term neurologic disability and cognitive function in a prevalence study of Danish conscripts. BMC Pregnancy Childbirth. 2009; 2: 9-14. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>
Acesso : 16/12/2009.
18. Del Ciampo LA, Júnior PR, Ricco RG, Almeida CAN. Imunizações. In: Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CAN, editores. Puericultura: Princípios e Práticas - Atenção Integral à Saúde da Criança. São Paulo: Atheneu; 2000. p.107-14.
19. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. Cad Saúde Pública. 2009; 25(3): 583-95.

20. Halpern R, Giugliani ERJ, Victora CG, Barros FC, Horta BL. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. J Pediatr (Rio J). 2000; 76(6): 421-28.
21. Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CAN. Aleitamento Materno. In: Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CAN, editores. Puericultura: Princípios e Práticas - Atenção Integral à Saúde da Criança. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 29-38.
22. Cesar JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. BMJ. 1999; 318: 1316-20.

Tabelas

Tabela 1. Principais características das Unidades Básicas de Saúde (UBS) incluídas no estudo. Pelotas, RS, 2009.

Características	N	Percentual
Localização da UBS		
Urbana	19	73%
Rural	07	27%
Área em m2 da sala de puericultura		
6 a 8,9	17	65%
9 a 14,4	09	35%
Sexo do chefe da UBS		
Masculino	04	15%
Feminino	22	85%
Tempo de chefia na UBS		
< 3 anos	11	42%
3 ou mais	15	58%
Profissão do chefe da UBS		
Enfermeiro	16	62%
Médico	04	15%
Nutricionista	02	8%
Dentista	01	4%
Turno de trabalho		
Um	08	31%
Dois	15	58%
Três	03	11%
Tipo de equipe		
Tradicional	19	73%
ESF	06	23%
Mista	01	4%
UBS que oferecem puericultura todos os dias	21	81%
Profissionais que fazem puericultura		
Enfermeiro	24	93%
Técnico de enfermagem	19	73%
Auxiliar de enfermagem	13	50%
Médico	12	46%
Nutricionista	05	19%
Total	26	100%*

* O total excede a 100% devido a mais de um profissional realizar puericultura na UBS

Tabela 2. Preenchimento da ficha-espelho de puericultura (FEP) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) segundo o profissional. Pelotas, RS, 2009.

Variável	Profissional		Total
	Enfermeiro	Outros	
Número de informações preenchidas: (P<0,001)			
1 a 9	3%	17%	14%
10 a 12	31%	50%	46%
13 (preenchimento completo)	66%	33%	40%
Informações preenchidas:			
Nome da criança	100%	100%	100%
Data de nascimento (P=0,490)	100%	99%	99%
Peso ao nascer (P=0,557)	97%	96%	96%
Endereço (P=0,025)	100%	93%	94%
Comprimento ao nascer (P=0,345)	96%	93%	93%
Registro do tipo de parto (P=0,029)	97%	88%	90%
Registro de pré-natal na UBS (P=0,005)	99%	87%	89%
Registro de vacinas (P=0,002)	99%	85%	88%
Notas do Apgar (P=0,003)	93%	77%	80%
Número do prontuário (p=0,001)	94%	76%	79%
2 ou + pontos na curva de peso (P=0,283)	83%	77%	78%
Anotações sobre uso de leite materno (P=0,001)	77%	55%	59%
Anotações do desenvolvimento (P=0,385)	9%	6%	6%

Tabela 3 Preenchimento da ficha-espelho de puericultura (FEP) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) pelos profissionais, segundo escore. Pelotas, RS, 2009.

Variável	Profissional		Total
	Enfermeiro	Outros	
Número de pontos no escore* (P<0,001)			
0 - 7 (péssimo)	1%	3%	3%
8 - 11 (ruim)	0%	5%	4%
12 - 17 (regular)	33%	55%	50%
≥18 (bom/ótimo)	66%	37%	43%
Total	100%	100%	100%

* Escore baseado nas informações constantes na ficha-espelho de puericultura adotada pelo município.

Tabela 4. Preenchimento bom/ótimo da ficha-espelho de puericultura (FEP) de acordo com características da Unidade Básica de Saúde (UBS) e o tipo de assistência. Pelotas, RS, 2009.

Variável	Preenchimento da FEP conforme escore*		Total
	Adequado	Inadequado	
Localização da UBS (P=0,055)			
Urbana	40%	60%	82%
Rural	53%	47%	18%
Se a UBS oferece puericultura todos os dias (P=0,011)			
Sim	46%	54%	75%
Não	31%	69%	25%
Tipo de assistência oferecida na UBS (P=0,002)			
Tradicional	45%	55%	69%
Somente ESF	51%	49%	17%
Mista	21%	79%	14%
Total	100%	100%	100%

* Adequado: com 18 pontos ou mais; inadequado: menos de 18 pontos.

NOTA À IMPRENSA

Avaliação da puericultura realizada nas unidades básicas de saúde de Pelotas, RS, 2009.

Puericultura é o conjunto de ações realizadas com o objetivo de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento infantil. Para isso é preciso pesar, medir a altura da criança, incentivar o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, orientar sobre vacinas, entre outros cuidados que devem ser oferecidos mensalmente à criança.

Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade do registro de puericultura no município de Pelotas. Para tanto, foram sorteadas 19 unidades básicas de saúde (UBS) localizadas na área urbana e sete na área rural. Em cada uma destas UBS, foi avaliada a ficha-espelho de puericultura, que é uma cópia do Cartão da Criança que o serviço de saúde deve preencher e manter junto ao prontuário da criança, de um terço das crianças menores de um ano de idade. Além disso, foi entrevistado o chefe da unidade obtendo informações sobre características da unidade e da equipe de saúde que realiza puericultura ali.

Este estudo mostrou que 88% das UBS do município de Pelotas utilizam efetivamente a ficha-espelho no seu programa de puericultura. Dentre as 365 fichas-espelho analisadas, verificou-se que as informações com maior percentual de preenchimento foram nome da criança e data de nascimento com praticamente 100% de preenchimento, enquanto as de menor preenchimento foram quanto ao tipo de aleitamento em uso pela criança com 59% e muito abaixo as informações sobre desenvolvimento infantil, com apenas 6% de preenchimento. Outro dado interessante observado foi em relação à curva de crescimento, que mostra como a criança vem ganhando peso ao longo do tempo, o que é importante para o acompanhamento do seu estado de saúde. Verificou-se que aproximadamente 80% das crianças possuíam pelo menos dois pontos anotados na curva. Quanto ao registro da data de vacinas que a criança já recebeu, 88% das fichas tinham pelo menos uma data anotada.

Com a finalidade de avaliar a adequação de preenchimento foi criado um escore. Este escore variou de 0 a 21 pontos, com base nos itens constantes na ficha de puericultura. Fichas com até 7 pontos foram classificadas como com “preenchimento péssimo”, estas eram 3% do total; fichas com 8 a 11 pontos foram classificadas como “preenchimento ruim” e totalizaram 4%, entre 12 e 17 pontos com “preenchimento

regular” e as que alcançaram 18 ou mais pontos, classificadas como “preenchimento bom/ótimo” alcançaram 43% das 365 fichas analisadas.

Verificou-se ainda que o grau de preenchimento variou de acordo com algumas características da UBS e do profissional que preenche esta ficha. Assim, UBS localizadas na zona rural apresentaram maior percentagem de preenchimento adequado (53% contra 40% em UBS localizadas na área urbana); UBS que disponibilizam puericultura todos os dias à população apresentaram 46% de suas fichas com preenchimento adequado contra apenas 31% naquelas em que o serviço de puericultura não era oferecido todos os dias; quanto ao profissional que faz a puericultura, verificou-se que em UBS onde a enfermeira é a responsável por esta tarefa, 66% das fichas estavam com preenchimento completo contra 37% nas UBS onde este serviço não é desenvolvido por ela.

Por fim o estudo recomenda algumas ações visando elevar o nível de preenchimento da ficha-espelho nas unidades de saúde de Pelotas e, conseqüentemente, melhorar os serviços de puericultura a fim de promover o pleno desenvolvimento infantil no município: 1) universalizar a oferta dos serviços de puericultura no município, tanto para a utilização da ficha-espelho em todas as unidades básicas quanto para a oferta diária dessa atividade; 2) se não for possível preencher a ficha na sua totalidade, fazê-lo para as informações mais relevantes como, por exemplo, peso de nascimento, anotação do peso atual na curva de crescimento, se em aleitamento materno ou não e indicar o peso atual na curva de crescimento; 3) capacitação dos profissionais de saúde que realizam puericultura nas Unidades Básicas de Saúde para o preenchimento correto da ficha de puericultura e 4) adotar nas fichas-espelho da puericultura, as novas curvas de crescimento elaboradas e recomendadas pela Organização Mundial de Saúde .

O presente trabalho de pesquisa foi desenvolvido por Milton Luiz M. Ceia, do mestrado profissionalizante do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia do Departamento de Medicina Social da UFPel, orientado pelo professor Juraci A. Cesar.

ANEXOS

ANEXO 1

LISTA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PELOTAS

Número	Unidade de saúde	Endereço	Localização
1	Arco-Iris	Av. Pery Ribas, 523	Urbana
2	Areal I	Rua Apolinário Porto Alegre, 290	Urbana
3	Areal-Fundos	Av. Domingos de Almeida, 4265	Urbana
4	Balsa	Rua João Tomaz Munhoz, 270	Urbana
5	Barro Duro	Praça Aratiba, 12	Urbana
6	Bom Jesus	Av. Itália, 350	Urbana
7	Cascata	5º Distrito	Rural
8	Cerrito Alegre	3º Distrito	Rural
9	Cohab Fragata	Rua Paulo Simões Lopes, 230	Urbana
10	Cohab Guabiroba	Rua Arnaldo da Silva Ferreira, 352	Urbana
11	Cohab Lindóia	Av. Ernani Osmar Blaas, 344	Urbana
12	Cohab Pestano	Av. Leopoldo Brod, 2297	Urbana
13	Cohab Tablada I	Av. Salgado Filho, 67	Urbana
14	Cohab Tablada II	Rua Augusto de Carvalho,	Urbana
15	Colônia Maciel	8º Distrito	Rural
16	Colônia Osório	4º Distrito	Rural
17	Colônia Triunfo	8º Distrito	Rural
18	Colônia Z-3	Rua Rafael Brusque, 147	Rural
19	Corrientes	BR 116	Rural
20	Cordeiro de Farias	5º Distrito	Rural
21	CSU-Cruzeiro	Rua Barão de Itamaracá, 690	Urbana
22	CSU-Areal	Rua Guararapes, 50	Urbana
23	Dom Pedro I	Rua Ulisses Batinga, 749	Urbana
24	Dunas	Av. 1 sem número	Urbana
25	Fátima	Rua Baldomero Trápaga, 480	Urbana

26	Fraget	Rua 3, 81-Vila Real	Urbana
27	Getúlio Vargas	Rua 7, 184	Urbana
28	Grupelli	7º Distrito	Rural
29	Jardim de Allah	Av. Fernando Osório, 7430	Urbana
30	Laranjal	Rua São Borja, 683	Urbana
31	Leocádia	Rua Davi Canabarro, 890	Urbana
32	Monte Bonito	9º Distrito	Rural
33	Navegantes	Rua Darcy Vargas, 212	Urbana
34	Obelisco	Rua Francisco Ribeiro Silva, 505	Urbana
35	Pam-Fragata	Av. Pinheiro Machado, 168	Urbana
36	Pedreiras	9º Distrito	Rural
37	Pestano(CAIC)	Av. Leopoldo Brod, 3220	Urbana
38	Puericultura	Rua João Pessoa, 240	Urbana
39	Py Crespo	Rua Marquês de Olinda, 1291	Urbana
40	Sanga Funda	Rua Ildefonso Simões Lopes, 5225	Urbana
41	Sansca	Rua Dr. Amarante, 919	Urbana
42	Santa Silvana	6º Distrito	Rural
43	Santa Terezinha	Rua Santa Cecília, 308	Urbana
44	Simões Lopes	Av. Viscondessa da Graça, 107	Urbana
45	Sítio Floresta	Rua Ignácio T. Machado, 299	Urbana
46	União de Bairros	Av. Fernando Osório, 4434	Urbana
47	Vila Municipal	Rua Luciano Gallet, 600	Urbana
48	Vila Nova	7º Distrito	Rural
49	Vila Princesa	Rua 4, 3205	Urbana
50	Virgílio Costa	Rua Eptácio Pessoa, 1291	Urbana

ANEXO 2

		UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL PPGE-MESTRADO PROFISSIONAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS			
IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E DA CHEFIA					Nº _____
1. Nome da UBS: _____ Nº: _____					ubs _____
2. Bairro: _____: _____					bair _____
3. LOCALIZAÇÃO DA UBS: (1) Urbana (2) Rural					loc _____
4. Área da sala de puericultura: _____, _____ m² X _____, _____ m²					area _____ . _____
AS PRÓXIMAS PERGUNTAS DEVEM SER FEITAS AO CHEFE DA UBS					
5. Qual é o seu nome? _____					
6. SEXO DO CHEFE DA UBS: (1) Masculino (2) Feminino					sexch _____
7. Há quanto tempo o Sr(a). é chefe desta UBS? _____ anos _____ meses (99) IGN					tpcha _____ tpchm _____
8. Qual a sua profissão? (1) Enfermeiro (2) Médico (3) Dentista (4) Assistente social () Outra. _____					profch _____
9. Esta UBS abre todos os dias? (0) Não (1) Sim → 11					abre _____
10. SE NÃO: Quantos dias esta UBS abriu na última semana? _____ dias					qdia _____
11. Quantos turnos esta UBS abriu nesta última semana? _____ turnos					qtur _____
12. Tem terceiro turno nesta UBS? (0) Não → 14 (1) Sim					trtur _____
13. SE SIM: Quantas horas dura o terceiro turno? _____ horas					hrtur _____
14. Nesta UBS tem equipe do PSF, equipe Tradicional ou as duas? (1) Somente PSF (2) Somente Tradicional (3) As duas (Mista)					equi _____
15. Vocês fazem puericultura nesta UBS? (0) Não → 20 (1) Sim					puer _____
16. Vocês adotam alguma ficha específica para puericultura? (0) Não → 18 (1) Sim					fich _____
17. SE SIM: É igual a esta aqui [MOSTRAR]? (0) Não (1) Sim					ficp _____
18. Eu vou dizer alguns profissionais e gostaria de saber quais deles realizam Puericultura nesta UBS:					
Médico	(0) Não	(1) Sim, sempre	(2) Sim, às vezes	(9) IGN	medp _____
Enfermeira	(0) Não	(1) Sim, sempre	(2) Sim, às vezes	(9) IGN	enfp _____
Técnico Enfermagem	(0) Não	(1) Sim, sempre	(2) Sim, às vezes	(9) IGN	tecp _____
Auxiliar Enfermagem	(0) Não	(1) Sim, sempre	(2) Sim, às vezes	(9) IGN	auxp _____
Assistente Social	(0) Não	(1) Sim, sempre	(2) Sim, às vezes	(9) IGN	assp _____ nutp _____
Nutricionista	(0) Não	(1) Sim, sempre	(2) Sim, às vezes	(9) IGN	
Agentes de Saúde	(0) Não	(1) Sim, sempre	(2) Sim, às vezes	(9) IGN	acsp _____
Alunos	(0) Não	(1) Sim, sempre	(2) Sim, às vezes	(9) IGN	alup _____
19. Esta UBS oferece puericultura todos os dias? (0) Não (1) Sim (9) IGN					puer _____
20. Nome do entrevistador: _____: _____					
21. Data da entrevista: _____ / _____ / 2008					"Muito obrigado pela colaboração."

ANEXO 3

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL PPGE-MESTRADO PROFISSIONAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS		
PREENCHIMENTO DAS FICHAS DE PUERICULTURA		
Os próximos itens devem ser assinalados, conforme as fichas de Puericultura.		Nº _____ UBS ____
1. Nome da UBS: _____ 2. Data de nascimento da criança: ____/____/____		
<u>INFORMAÇÕES CONSTANTES NA FICHA DE PUERICULTURA:</u>		
3. Nome da criança?	(0) Não (1) Sim	nome ____
4. Endereço da criança?	(0) Não (1) Sim	end ____
5. Data de nascimento?	(0) Não (1) Sim	nasc ____
6. Se a mãe fez pré-natal na UBS?	(0) Não (1) Sim	prenat ____
7. Tipo de parto?	(0) Não (1) Sim	tipart ____
8. Número de registro da criança?	(0) Não (1) Sim	numreg ____
9. Notas do Apgar?	(0) Não (1) Sim	apgar ____
10. Peso ao nascer?	(0) Não (1) Sim	pnasc ____
11. Comprimento ao nascer?	(0) Não (1) Sim	cnasc ____
12. Curva de peso?	(0) Não (1) Sim, ____ pontos	cpes ____ curpt ____
13. Anotações de situações especiais?	(0) Não (1) Sim	sitesp ____
14. Uso de leite materno exclusivo ?	(0) Não (1) Sim	lmexc ____
15. Datas das vacinas?	(0) Não (1) Sim	datvac ____
16. Anotação de “acompanhamento do desenvolvimento”?	(0) Não (1) Sim	acdes ____
17. Anotação de “observações/visita domiciliar”?	(0) Não (1) Sim	obvd ____
ANOTAÇÕES:		

ANEXO 4



PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E BEM ESTAR
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

FICHA DE PUERICULTURA

Nome: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Pré - Natal no Posto: SIM () NÃO ()

Parto: _____

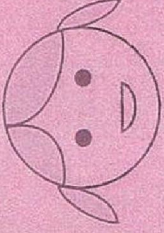
Sexo: F

Comp. ao nascer: _____

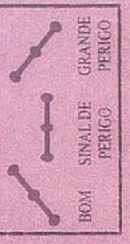
Peso ao nascer: _____

Apagar: _____ 5'

Nº Registro: _____



Observe a linha de seu filho:

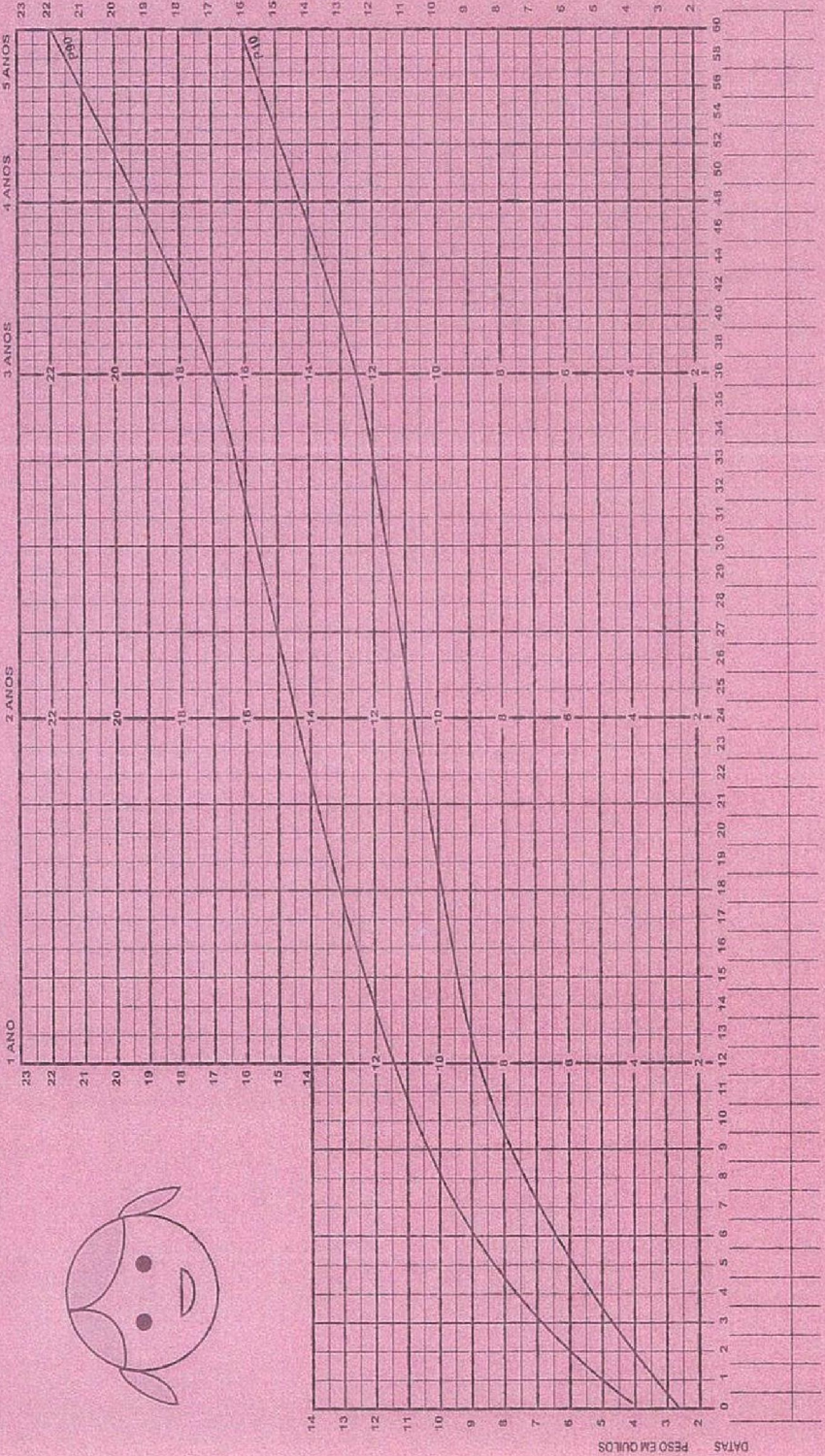


BOM SINAL DE PERIGO GRANDE PERIGO

Anote no mês quando ocorrer:

- 1 - Desmame
- 2 - Diaréia
- 3 - Infecção Respiratória
- 4 - Sarampo
- 5 - Coqueluche
- 6 - Problemas de alimentação
- 7 - Nova gravidez da mãe
- 8 - Outra doença ou problema grave
- 9 - Visita domiciliar

1 ANO 2 ANOS 3 ANOS 4 ANOS 5 ANOS



USO DO LEITE MATERNO EXCLUSIVO (M)
USO DO LEITE MATERNO + OUTRO LEITE (MO)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

ANEXO 5

CALENDÁRIO DE IMUNIZAÇÕES

	Anti - Pólio	DPT (Triplice)	Contra Hepatite B	HtB	BCG	Contra Sarampo	Triplíce Viral	Outras Vacinas
1ª DOSE (Data/Rubrica)								
2ª DOSE (Data/Rubrica)								
3ª DOSE (Data/Rubrica)								
Reforço (Data/Rubrica)								

Acompanhamento do Desenvolvimento

Mês	Fases	Idade
1	Levanta a cabeça quando deita de barriga para baixo	
2	Olha para um rosto com atenção	
3	Sorri e faz barulho com a boca	
	Firma a cabeça	
	Acompanha com a cabeça um objeto em movimento	
4	Segura um objeto que é colocado em sua mão	
	Ri alto	
5	Busca e segura um objeto que esteja perto	
6	Vira de barriga para baixo e desvira	
	Vira a cabeça quando ouve um barulho	
7	Troca um objeto de uma mão para outra	
	Fica sentada sozinha por pouco tempo	
8	Fica sentada sozinha por 5 minutos	
9	Fala "mama" "papa" "dada"	
10	Fica em pé com apoio	
11	Começa a andar com apoio	
	Dá adeus e bate palmas	
12	Anda segurando com uma das mãos	
	Fala duas palavras	

Observações/Visita Domiciliar

ANEXO 6

PROJETO

“AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO E DO PREENCHIMENTO DA FICHA DE PUERICULTURA NO MUNICÍPIO DE PELOTAS, RS”

➤ MANUAL DO ENTREVISTADOR ◀

Instruções Gerais

Abaixo, são descritas algumas orientações que deverão ser seguidas durante as entrevistas.

Todas as perguntas devem ser feitas exatamente como estão escritas, ou seja, DEVEM SER LIDAS EM VOZ ALTA.

Quando o entrevistado não souber responder ou a informação não estiver disponível, complete com 9, 99, 999, etc, os campos de codificação. Se a resposta for "não se aplica" (por exemplo, quando a pergunta for pulada conforme instrução do questionário), preencher com 8, 88, 888, etc.

Algumas questões não devem ser “perguntadas”, mas sim observadas e então anotadas no questionário.

Quando em dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tente esclarecer com o entrevistado. Se persistir a dúvida, anote a resposta por extenso e apresente o problema ao supervisor.

Sempre que o espaço definido para a resposta for insuficiente utilizar também as margens da folha.

Todas as respostas devem ser registradas no corpo do questionário. Nunca registrar direto as respostas na coluna da direita. A codificação também não deve ser feita durante a entrevista, mas no fim de cada dia de trabalho.

➤ Preencher o questionário a lápis.

Os números devem ser escritos de maneira LEGÍVEL, E NÃO DEVEM DEIXAR DÚVIDAS. Por exemplo: 3 e 8; 1 e 7 e 4 Não esquecer de preencher todos os

espaços, mesmo quando o valor for ZERO. Exemplo: 159,0 cm. Registrar a última unidade completa.

Não esqueça que o digitador vai estar preocupado apenas com a digitação. Ele não poderá parar seu trabalho para tirar dúvidas sobre os números que estão escritos na coluna de codificação, pois isto atrasaria seu trabalho.

No final do dia de trabalho faça a codificação das questões utilizando a coluna da direita do formulário. Codifique apenas as questões “fechadas”, isto é, aquelas cujas respostas são do tipo múltipla escolha e quando não tiver dúvida quanto a que código usar. Caso tenha dúvidas, deixe a questão em branco. As questões abertas – aquelas que devem ser respondidas por extenso – serão codificadas posteriormente. Caso seja necessário algum cálculo, não o faça durante a entrevista porque isso geralmente resulta em erro. Faça-o no momento da codificação. Não anote nada além dos códigos na coluna da direita. Reserve este espaço somente para a codificação. Use números LEGÍVEIS, bem desenhados.

Mantenha, para seu controle, um “diário de trabalho de campo”, anotando quais Unidades visitou, se foram ou não realizadas as entrevistas. Se tem que retornar a alguma Unidade, quais dificuldades encontradas, dúvidas que possam ser debatidas com o supervisor.

Trace seu itinerário no início do dia, conforme o roteiro pré-estabelecido, o que facilitará o deslocamento e otimizará o tempo despendido.

Porte SEMPRE seu crachá, apresente-o ao chegar nas UBS, identificando-se como da Faculdade de Medicina/Secretaria Municipal de Saúde.

Ao chegar à UBS, pergunte pelo chefe da unidade. Se este não estiver, peça para entrevistar o(a) responsável pela puericultura. Caso nenhum deles esteja na unidade, informe-se qual melhor horário para retornar e entrevistar um deles. Antes de iniciar a entrevista, peça permissão para realizar a pesquisa e assegure que as informações são sigilosas.

PRIMEIRA PARTE DO QUESTIONÁRIO

Entrevista com as chefias das Unidades Básicas de Saúde

Instruções Específicas

Ao chegar à UBS, separe 1(UMA) folha do questionário, a que diz “IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E DA CHEFIA”, para entrevistar o chefe da unidade ou responsável pela puericultura.

Nome da UBS _____

Bairro _____

Localização da UBS (1) Urbana (2) Rural

PERGUNTAS 1, 2 E 3 – Podem ser preenchidas logo ao chegar à UBS, antes da entrevista.

Área da sala de puericultura: ____ ____ m² X ____ ____ m²

PERGUNTA 4 – Deixe para medir e anotar a área da sala de puericultura, após a entrevista. Se houver algum “recorte” na área da sala, ao seja, ela não for um quadrado ou retângulo perfeito, meça as duas paredes maiores e anote nos espaços correspondentes, com apenas 1(UMA) casa após a vírgula.

Qual seu nome? _____

PERGUNTA 5 - Pergunte ao chefe da UBS ou ao responsável pela puericultura (se o chefe não estiver presente).

6. Sexo do chefe da UBS: (1) Masculino (2) Feminino

PERGUNTA 6 – Pode ser preenchido só observando o entrevistado.

7. Há quanto tempo o Sr. é chefe desta UBS? ____ anos ____ meses

PERGUNTA 7 – Se o entrevistado for o responsável pela puericultura, pergunte “há quanto tempo o sr. TRABALHA nesta UBS ?”, preencha com número de anos e número de meses.

8. Qual sua profissão? (1) Enfermeiro (2) Médico
 (3) Dentista (4) Assistente social () Outra _____

PERGUNTA 8 – Marque a alternativa correspondente a resposta e se não for nenhuma das alternativas, assinale a alternativa “Outra” e complete com a profissão do entrevistado, por extenso, no local apropriado.

9. Esta UBS abre todos os dias? (0) Não (1) Sim → 11

PERGUNTA 9 – Se a resposta for “Sim”, pule para a pergunta 11.

10. SE NÃO: Quantos dias esta UBS abriu na última semana? ___ dias

PERGUNTA 10 – Se na pergunta 9, a resposta for “Não”, passe para a pergunta 10 e preencha por extenso o número de dias que a UBS abriu na última semana.

11. Quantos turnos esta UBS abriu nesta última semana? ___ dias.

PERGUNTA 11 – Complete o número de dias que a UBS abriu na última semana, preenchendo os dois espaços reservados.

12. Tem terceiro turno nesta UBS? (0) Não → 14 (1) Sim

PERGUNTA 12 – Se a resposta for “Não”, pule para a pergunta 14. Se for “Sim”, assinale opção 1 e continue na pergunta 13.

13. SE SIM: Quantas horas dura o terceiro turno? ___ horas.

PERGUNTA 13 – Se na pergunta 12, a resposta for “Sim”, passe para a pergunta 13 e assinale o número de horas que dura o terceiro turno, informado pelo entrevistado.

14. Nesta UBS tem equipe do PSF, equipe Tradicional ou as duas?

- (1) Somente PSF (2) Somente Tradicional (3) As duas(mista)

PERGUNTA 14 – Assinale conforme indicado pelo entrevistado.

15. Vocês fazem Puericultura nesta UBS? (0) Não → 20 (1) Sim

PERGUNTA 15 – Se a resposta for “Não”, pule para a pergunta 20. Se for “Sim”, assinale a opção 1 e continue com a pergunta 16.

16. Vocês adotam alguma ficha específica para a Puericultura?

- (0) Não → 18 (1) Sim

PERGUNTA 16 – Se a resposta for “Não”, marque a opção 0 e pule para a pergunta 18.
Se a resposta for “Sim”, assinale a opção 1 e continue com a pergunta 17.

17. SE SIM: É igual a esta aqui [MOSTRAR]? (0) Não (1) Sim

PERGUNTA 17 – Mostre a ficha de Puericultura que está no envelope junto aos questionários. Assinale a opção conforme a resposta do entrevistado.

18. Eu vou dizer alguns profissionais e gostaria de saber quais deles realizam Puericultura nesta UBS:

PERGUNTA 18 – Repare que nesta pergunta você vai LER EM VOZ ALTA o profissional e o entrevistado vai responder; então você deve marcar a opção certa e ler novo profissional, marcar a opção e assim sucessivamente, até chegar a “ALUNOS”. Repare as opções 2 e 3, correspondendo a “Sim, sempre” e a “Sim, às vezes”. Se tiver dúvidas, esclareça com o entrevistado se o profissional faz Puericultura todos os dias, é opção 2, se é só alguns dias na semana marque opção 3.

19. Esta UBS oferece Puericultura todos os dias ?

(0) Não (1) Sim (3) IGN

PERGUNTA 19 – Assinale conforme a resposta do entrevistado. A opção 3 deverá ser assinalada somente se o entrevistado realmente ignorar a resposta.

20. Nome do entrevistador: _____

PERGUNTA 20 – Coloque seu nome completo no local indicado.

21. Data da entrevista: ____/____/2009

PERGUNTA 21 – Coloque a data da realização da entrevista.

➤ Não se esqueça de medir a sala de puericultura! Registre na pergunta 4.

NÃO SE ESQUEÇA DE AGRADECER AO ENTREVISTADO.

SEGUNDA PARTE DO QUESTIONÁRIO

Preenchimento das fichas de Puericultura

Selecione a amostra das fichas de Puericultura, iniciando conforme sorteio de bolinha numerada - 1, 2 ou 3 - pule 2 fichas, separe a próxima e assim sucessivamente até terminar as fichas, então inicie a segunda parte do questionário, assinalando os itens conforme as informações das fichas. Repare que as crianças devem ter até um ano de idade completado até a data de realização da entrevista.

Para cada ficha de Puericultura, use uma folha de questionário.

Questão 1 – Nome da UBS: _____

Coloque o nome da UBS no espaço reservado.

Questão 2 – Data de nascimento da criança: ____/____/____

Preencha a data de nascimento da criança conforme consta na ficha.

Questão 3 – Nome da criança? (0) Não (1) Sim

ATENÇÃO: A partir da questão 3 você deve assinalar somente se o item está preenchido na ficha ou não.

Questão 4 – Endereço da criança? (0) Não (1) Sim

Questão 5 - Data de nascimento? (0) Não (1) Sim

Questão 6 – Se a mãe fez pré-natal na UBS? (0) Não (1) Sim

Questão 7 – Tipo de parto? (0) Não (1) Sim

Questão 8 – Número de registro da criança? (0) Não (1) Sim

Questão 9 – Notas do Apgar? (0) Não (1) Sim

Se tiver preenchido no mínimo uma nota, considere opção 1.

Questão 10 – Peso ao nascer? (0) Não (1) Sim

Questão 11 – Comprimento ao nascer? (0) Não (1) Sim

Questão 12 – Curva de peso? (0) Não (1) Sim, ____ pontos

Conte o número de pontos assinalados, se houver curva, incluindo o ponto do peso de nascimento.

Questão 13 – Anotações de situações especiais? (0) Não (1) Sim

Questão 14 – Uso de leite materno exclusivo? (0) Não (1) Sim

Questão 15 – Datas das vacinas? (0) Não (1) Sim

Se houver pelo menos uma data de vacina assinalada, considere opção 1.

Questão 16 – Anotação de “acompanhamento do desenvolvimento”?

(0) Não (1) Sim

Se houver pelo menos uma anotação, considere opção 1.

Questão 17 – Anotação de “observações/visita domiciliar”?

(0) Não (1) Sim

➤ No final do questionário existe um espaço para “Anotações”, serve para você anotar qualquer coisa que achar relevante ou que mereça ser discutida com seu supervisor.

➤ Antes de retirar-se, recoloque as fichas de Puericultura no local onde estavam inicialmente e, se necessário, recoloque na mesma ordem em que estavam. Lembre-se que seu trabalho não deve atrapalhar o dos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde. Nós necessitamos da colaboração deles para que o nosso trabalho seja de boa qualidade.

BOM TRABALHO!

ANEXO 7



[Clique para imprimir esta página](#)

Normas de Publicação

Informações Gerais

Março de 2006

O Jornal de Pediatria é a publicação científica da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), com circulação regular desde 1934. Atualmente, sua versão impressa atinge quase 20.000 leitores e instituições no Brasil e na América Latina. Todo o conteúdo do Jornal de Pediatria está disponível em português e inglês no site <http://www.jped.com.br>, que é de livre acesso. O Jornal de Pediatria é indexado pelo Index Medicus/MEDLINE (<http://www.pubmed.gov>), SciELO (<http://www.scielo.org>), LILACS (<http://www.bireme.br/abd/P/lilacs.htm>), EMBASE/Excerpta Medica (<http://www.embase.com>), Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) Data Bases (<http://www.siicsalud.com>), Medical Research Index (<http://www.purplehealth.com/medical-research-index.htm>) e University Microfilms International.

O Jornal de Pediatria publica resultados de investigação clínica em pediatria e, excepcionalmente, de investigação científica básica. O Jornal de Pediatria aceita a submissão de artigos em português e inglês. Na versão impressa da revista, os artigos são publicados exclusivamente em inglês. A grafia adotada é a do inglês americano. No site, todos os artigos são publicados em português e inglês, tanto em HTML quanto em PDF. Os sócios da SBP também recebem uma cópia impressa da revista em português.

Processo de revisão (Peer review)

Todo o conteúdo publicado pelo Jornal de Pediatria passa por processo de revisão por especialistas (peer review). Cada artigo submetido para apreciação é encaminhado aos editores, que fazem uma revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigência do Jornal de Pediatria e ao atendimento de todas as normas requeridas para envio dos originais. A seguir, remetem o artigo a dois revisores especialistas na área pertinente, selecionados de um cadastro de revisores. Os revisores são sempre de instituições diferentes da instituição de origem do artigo e são cegos quanto à identidade dos autores e local de origem do trabalho. Após receber ambos os pareceres, o Conselho Editorial os avalia e decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Conforme a necessidade, um determinado artigo pode retornar várias vezes aos autores para esclarecimentos e, a qualquer momento, pode ter sua recusa determinada, mas cada versão é sempre analisada pelo Conselho Editorial, que detém o poder da decisão final.

Tipos de artigos publicados

O Jornal de Pediatria aceita a submissão espontânea de artigos originais, comunicações breves, artigos especiais e cartas ao editor.

Editoriais e comentários, que geralmente referem-se a artigos selecionados, são encomendados a autoridades em áreas específicas. O Conselho Editorial também analisa propostas de comentários submetidas espontaneamente.

Artigos originais incluem estudos controlados e randomizados, estudos de testes diagnósticos e de triagem e outros estudos descritivos e de intervenção, bem como pesquisa básica com animais de

laboratório. O texto deve ter no máximo 3.000 palavras, excluindo tabelas e referências; o número de referências não deve exceder 30. O número total de tabelas e figuras não pode ser maior do que quatro.

Artigos que relatam ensaios clínicos com intervenção terapêutica (clinical trials) devem ser registrados em um dos Registros de Ensaios Clínicos listados pela Organização Mundial da Saúde e pelo International Committee of Medical Journal Editors. Na ausência de um registro latino-americano, o Jornal de Pediatria sugere que os autores utilizem o registro www.clinicaltrials.gov, dos National Institutes of Health (NIH). O número de identificação deverá ser apresentado ao final do resumo.

Comunicações breves são artigos curtos, com um limite de 1.500 palavras, excluindo referências e tabelas, que descrevem observações experimentais que não justificam a publicação como artigo original. Excepcionalmente, serão considerados nessa categoria relatos de casos de pacientes ou situações singulares, doenças raras ou nunca descritas, assim como formas inovadoras de diagnóstico ou tratamento. Dependendo do tópico, o texto pode ser organizado como um artigo original (ver acima) ou seguir o formato de relato de caso, ou seja: iniciar por uma introdução breve que situa o leitor quanto à importância do assunto e apresenta os objetivos da apresentação do(s) caso(s); por um relato resumido do caso; e por comentários que discutem aspectos relevantes e comparam o relato com outros casos descritos na literatura. O número máximo de referências é 15. Não incluir mais de duas figuras ou tabelas. O resumo deve ser estruturado conforme o tipo de artigo (ver Diretrizes para a Preparação do Original).

Cartas ao editor devem comentar, discutir ou criticar artigos publicados no Jornal de Pediatria. O tamanho máximo é de 1.000 palavras, incluindo no máximo seis referências bibliográficas. Sempre que possível, uma resposta dos autores será publicada junto com a carta.

Artigos de revisão – avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a temas de importância clínica, com ênfase em fatores como causas e prevenção de doenças, seu diagnóstico, tratamento e prognóstico – são em geral escritos, mediante convite, por profissionais de reconhecida experiência. Metanálises se incluem nesta categoria. Autores não convidados podem também submeter ao Conselho Editorial uma proposta de artigo de revisão, com um roteiro. Se aprovado, o autor pode desenvolver o roteiro e submetê-lo para publicação. Artigos de revisão devem limitar-se a 6.000 palavras, excluindo referências e tabelas. As referências bibliográficas deverão ser atuais e em número mínimo de 30.

Artigos especiais são textos não classificáveis nas categorias acima, que o Conselho Editorial julgue de especial relevância. Sua revisão admite critérios próprios, não havendo limite de tamanho ou exigências prévias quanto à bibliografia.

Instruções para envio de material para publicação

Os manuscritos devem ser enviados preferencialmente através do site de submissão de artigos [http:// www.jpeditorial.com.br](http://www.jpeditorial.com.br)

O autor responsável pela correspondência deve efetuar seu cadastro antes de submeter seu artigo.

Excepcionalmente, aceitaremos a submissão de artigos via e-mail.

Instruções para envio de material por e-mail

1. Enviar para: jped@jped.com.br

2. Assunto: escrever o título abreviado do artigo

3. Corpo da mensagem: deve conter o título do artigo e o nome do autor responsável pelos contatos pré-publicação, seguidos de uma declaração em que os autores asseguram que:

a) o artigo é original;

- b)** nunca foi publicado e, caso venha a ser aceito pelo Jornal de Pediatria, não será publicado em outra revista;
- c)** não foi enviado a outra revista e não o será enquanto sua publicação estiver sendo considerada pelo Jornal de Pediatria;
- d)** todos os autores participaram da concepção do trabalho, da análise e interpretação dos dados e de sua redação ou revisão crítica;
- e)** todos os autores leram e aprovaram a versão final;
- f)** não foram omitidas informações sobre quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias ou pessoas que possam ter interesse no material abordado no artigo;
- g)** todas as pessoas que fizeram contribuições substanciais para o artigo, mas não preencheram os critérios de autoria, são citados nos agradecimentos, para o que forneceram autorização por escrito;
- h)** reconhecem que a Sociedade Brasileira de Pediatria passa a ter os direitos autorais, caso o artigo venha a ser publicado. (Obs.: caso o artigo seja aceito para publicação, será solicitado o envio desta declaração com a assinatura de todos os autores.)

4. Arquivos anexados: anexar dois arquivos separados, contendo respectivamente: (a) página de rosto, resumo em português (ou inglês, se o artigo for submetido em inglês), palavras-chave, texto e referências bibliográficas, (b) tabelas e figuras. Esses arquivos devem permitir a leitura pelos programas do Microsoft Office® (Word, Excel e Access).

Diretrizes para a Preparação do Original

Orientações gerais

O original – incluindo tabelas, ilustrações e referências bibliográficas – deve estar em conformidade com os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas^{1,2} (ver a última atualização, de fevereiro de 2006, disponível em http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp).

Cada seção deve ser iniciada em nova página, na seguinte ordem: página de rosto, resumo em português, resumo em inglês, texto, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas (cada tabela completa, com título e notas de rodapé, em página separada), figuras (cada figura completa, com título e notas de rodapé em página separada) e legendas das figuras.

A seguir, as principais orientações sobre cada seção:

Página de rosto

A página de rosto deve conter todas as seguintes informações:

- a)** título do artigo, conciso e informativo, evitando termos supérfluos e abreviaturas; evitar também a indicação do local e da cidade onde o estudo foi realizado, exceto quando isso for essencial para a compreensão das conclusões;
- b)** título abreviado (para constar na capa e topo das páginas), com máximo de 50 caracteres, contando os espaços;
- c)** nome de cada um dos autores (o primeiro nome e o último sobrenome devem obrigatoriamente ser informados por extenso; todos os demais nomes aparecem como iniciais);
- d)** titulação mais importante de cada autor;
- e)** endereço eletrônico de cada autor;
- f)** informar se cada um dos autores possui currículo cadastrado na plataforma Lattes do CNPq;
- g)** a contribuição específica de cada autor para o estudo;
- h)** declaração de conflito de interesse (escrever “nada a declarar” ou a revelação clara de quaisquer interesses econômicos ou de outra natureza que poderiam causar constrangimento se conhecidos depois da publicação do artigo);
- i)** definição de instituição ou serviço oficial ao qual o trabalho está vinculado para fins de registro no banco de dados do Index Medicus/MEDLINE;
- j)** nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência;
- k)** nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pelos contatos pré-publicação;
- l)** fonte financiadora ou fornecedora de equipamento e materiais, quando for o caso;
- m)** contagem total das palavras do texto, excluindo o resumo, agradecimentos, referências bibliográficas,

tabelas e legendas das figuras;
n) contagem total das palavras do resumo;
o) número de tabelas e figuras.

Resumo

O resumo deve ter no máximo 250 palavras ou 1.400 caracteres, evitando o uso de abreviaturas. O resumo das comunicações breves deve ter no máximo 150 palavras. Todas as informações que aparecem no resumo devem aparecer também no artigo. O resumo deve ser estruturado³, conforme descrito a seguir:

Resumo de artigo original

Objetivo: informar por que o estudo foi iniciado e quais foram as hipóteses iniciais, se houve alguma. Definir precisamente qual foi o objetivo principal e informar somente os objetivos secundários mais relevantes.

Métodos: informar sobre o delineamento do estudo (definir, se pertinente, se o estudo é randomizado, cego, prospectivo, etc.), o contexto ou local (definir, se pertinente, o nível de atendimento, se primário, secundário ou terciário, clínica privada, institucional, etc.), os pacientes ou participantes (definir critérios de seleção, número de casos no início e fim do estudo, etc.), as intervenções (descrever as características essenciais, incluindo métodos e duração) e os critérios de mensuração do desfecho.

Resultados: informar os principais dados, intervalos de confiança e significância estatística.

Conclusões: apresentar apenas aquelas apoiadas pelos dados do estudo e que contemplem os objetivos, bem como sua aplicação prática, dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares.

Resumo de artigo de revisão

Objetivo: informar por que a revisão da literatura foi feita, indicando se ela enfatiza algum fator em especial, como causa, prevenção, diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

Fontes dos dados: descrever as fontes da pesquisa, definindo as bases de dados e os anos pesquisados. Informar sucintamente os critérios de seleção de artigos e os métodos de extração e avaliação da qualidade das informações.

Síntese dos dados: informar os principais resultados da pesquisa, sejam quantitativos ou qualitativos.

Conclusões: apresentar as conclusões e suas aplicações clínicas, limitando generalizações aos domínios da revisão.

Resumo de comunicação breve

Para observações experimentais, utilizar o modelo descrito para resumo de artigo original.

Para relatos de caso, utilizar o seguinte formato:

Objetivo: informar por que o caso merece ser publicado, com ênfase nas questões de raridade, ineditismo ou novas formas de diagnóstico e tratamento.

Descrição: apresentar sinteticamente as informações básicas do caso, com ênfase nas mesmas questões de ineditismo e inovação.

Comentários: conclusões sobre a importância do relato para a comunidade pediátrica e as perspectivas de aplicação prática das abordagens inovadoras.

Abaixo do resumo, fornecer de três a seis **descritores**, que são palavras-chave ou expressões-chave que auxiliarão a inclusão adequada do resumo nos bancos de dados bibliográficos. Empregar descritores integrantes da lista de “Descritores em Ciências da Saúde”⁴, elaborada pela BIREME e disponível nas bibliotecas médicas ou na Internet (<http://decs.bvs.br>). Se não houver descritores adequados na referida lista, usar termos novos.

Abreviaturas

Devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais devem aparecer no título e nos resumos.

Texto

O texto dos **artigos originais** deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo:

a) Introdução: sucinta, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.

b) Métodos: descrever a população estudada, a amostra e os critérios de seleção; definir claramente as variáveis e detalhar a análise estatística; incluir referências padronizadas sobre os métodos estatísticos e informação de eventuais programas de computação. Procedimentos, produtos e equipamentos utilizados devem ser descritos com detalhes suficientes para permitir a reprodução do estudo. É obrigatória a inclusão de declaração de que todos os procedimentos tenham sido aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por um outro comitê de ética em pesquisa indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde⁵.

c) Resultados: devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em seqüência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto. Usar gráficos em vez de tabelas com um número muito grande de dados.

d) Discussão: deve interpretar os resultados e compará-los com os dados já descritos na literatura, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as implicações dos achados e suas limitações, bem como a necessidade de pesquisas adicionais. As conclusões devem ser apresentadas no final da discussão, levando em consideração os objetivos do trabalho. Relacionar as conclusões aos objetivos iniciais do estudo, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares. Incluir recomendações, quando pertinentes.

O texto de **artigos de revisão** não obedece a um esquema rígido de seções. Sugere-se uma introdução breve, em que os autores explicam qual a importância da revisão para a prática pediátrica, à luz da literatura médica. Não é necessário descrever os métodos de seleção e extração dos dados, passando logo para a sua síntese, que, entretanto, deve apresentar todas as informações pertinentes em detalhe. A seção de conclusões deve correlacionar as idéias principais da revisão com as possíveis aplicações clínicas, limitando generalizações aos domínios da revisão.

O texto de **relatos de caso** deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo:

a) Introdução: apresenta de modo sucinto o que se sabe a respeito da doença em questão e quais são as práticas de abordagem diagnóstica e terapêutica, por meio de uma breve, porém atual, revisão da literatura.

b) Descrição do(s) caso(s): o caso é apresentado com detalhes suficientes para o leitor compreender toda a evolução e seus fatores condicionantes. Quando o artigo tratar do relato de mais de um caso, sugere-se agrupar as informações em uma tabela, por uma questão de clareza e aproveitamento do espaço. Evitar incluir mais de duas figuras.

c) Discussão: apresenta correlações do(s) caso(s) com outros descritos e a importância do relato para a comunidade pediátrica, bem como as perspectivas de aplicação prática das abordagens inovadoras.

Agradecimentos

Devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. Integrantes da lista de agradecimento devem dar sua autorização por escrito para a divulgação de seus nomes, uma vez que os leitores podem supor seu endosso às conclusões do estudo.

Referências bibliográficas

As referências bibliográficas devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto, no qual devem ser identificadas pelos algarismos arábicos respectivos sobrescritos. Para listar as referências, não utilize o recurso de notas de fim ou notas de rodapé do Word. As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver, de acordo com os exemplos listados a seguir:

1. Artigo padrão

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002;347:284-7.

Se houver mais de 6 autores, cite os seis primeiros nomes seguidos de “et al”.

2. Livro

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

3. Capítulo de livro

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editores. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

4. Teses e dissertações

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertação]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

5. Trabalho apresentado em congresso ou similar (publicado)

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editores. *Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming*; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

6. Artigo de revista eletrônica

Zimmerman RK, Wolfe RM, Fox DE, Fox JR, Nowalk MP, Troy JA et al. Vaccine criticism on the World Wide Web. *J Med Internet Res*. 2005;7(2):e17. <http://www.jmir.org/2005/2/e17/>. Acesso: 17/12/2005.

7. Materiais da Internet

7.1 Artigo publicado na Internet

Wantland DJ, Portillo CJ, Holzemer WL, Slaughter R, McGhee EM. The effectiveness of web-based vs. non-web-based interventions: a meta-analysis of behavioral change outcomes. *J Med Internet Res*. 2004;6(4):e40. <http://www.jmir.org/2004/4/e40>. Acesso: 29/11/2004.

7.2 Site

Cancer-Pain.org [site na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01. <http://www.cancer-pain.org/>. Acesso: 9/07/2002.

7.3 Banco de dados na Internet

Who's certified [banco de dados na Internet]. Evanston (IL): The American Board of Medical Specialists. c2000. <http://www.abms.org/newsearch.asp>. Acesso: 8/03/2001.

Obs.: uma lista completa de exemplos de citações bibliográficas pode ser encontrada na Internet, em <http://www.icmje.org/> ou http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp. Artigos aceitos para publicação, mas ainda não publicados, podem ser citados desde que indicando a revista e que estão “no prelo”. Observações não publicadas e comunicações pessoais não podem ser citadas como referências; se for imprescindível a inclusão de informações dessa natureza no artigo, elas devem ser seguidas pela observação “observação não publicada” ou “comunicação pessoal” entre parênteses no corpo do artigo. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados conforme recomenda o Index Medicus; uma lista com suas respectivas abreviaturas pode ser obtida através da publicação da NLM “List of Serials Indexed for Online Users”, disponível no endereço <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lisou.html>. Para informações mais detalhadas, consulte os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”. Este documento está disponível em <http://www.icmje.org/> ou http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp.

Tabelas

Cada tabela deve ser apresentada em folha separada, numerada na ordem de aparecimento no texto, e conter um título sucinto, porém explicativo. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé e não no título, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta sequência: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, não usar espaços para separar colunas. Não usar espaço em qualquer lado do símbolo±.

Figuras (fotografias, desenhos, gráficos)

Todas as figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento no texto. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive acerca das abreviaturas utilizadas na tabela. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, assim como devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos. Fotos não devem permitir a identificação do paciente; tarjas cobrindo os olhos podem não constituir proteção adequada. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória a inclusão de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

As ilustrações são aceitas em cores para publicação no site. Contudo, todas as figuras serão vertidas para o preto-e-branco na versão impressa. Caso os autores julguem essencial que uma determinada imagem seja colorida mesmo na versão impressa, solicita-se um contato especial com os editores. Imagens geradas em computador, como gráficos, devem ser anexadas sob a forma de arquivos nos formatos .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi, para possibilitar uma impressão nítida; na versão eletrônica, a resolução será ajustada para 72 dpi. Gráficos devem ser apresentados somente em duas dimensões, em qualquer circunstância. Desenhos, fotografias ou quaisquer ilustrações que tenham sido digitalizadas por escaneamento podem não apresentar grau de resolução adequado para a versão impressa da revista; assim, é preferível que sejam enviadas em versão impressa original (qualidade profissional, a nanquim ou impressora com resolução gráfica superior a 300 dpi). Nesses casos, no verso de cada figura deve ser colada uma etiqueta com o seu número, o nome do primeiro autor e uma seta indicando o lado para cima.

Legendas das figuras

Devem ser apresentadas em página própria, devidamente identificadas com os respectivos números.

Referências:

1. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Updated February 2006. <http://www.icmje.org/>. Acesso: 28/03/2006.
2. Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para originais submetidos a revistas biomédicas. Atualização de fevereiro de 2005. http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp. Acesso: 28/03/2006.
3. Haynes RB, Mulrow CD, Huth EJ, Altman DJ, Gardner MJ. More informative abstracts revisited. *Ann Intern Med*. 1990;113:69-76.
4. BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. DeCS - Descritores em ciências da saúde. <http://decs.bvs.br>. Acesso: 28/03/2006.
5. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no. 196 de 10/10/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. DOU 1996 Out 16; no. 201, seção 1:21082-21085.

Lista de verificação

Recomenda-se que os autores utilizem a lista abaixo para certificarem-se de que todo o material requerido está sendo enviado. Não é necessário anexar a lista.

Declaração de que todos os autores viram e aprovaram a versão submetida, no corpo da mensagem do e-mail.

Página de rosto com todas as informações solicitadas (integrante do primeiro arquivo anexado).

Resumo na língua de submissão, com descritores (integrante do primeiro arquivo anexado).

Texto contendo introdução, métodos, resultados e discussão (integrante do primeiro arquivo anexado).

Texto contendo a informação sobre aprovação do trabalho por comitê de ética (no corpo do texto, na seção de Métodos).

Referências bibliográficas no estilo Vancouver, numeradas por ordem de aparecimento (integrante do primeiro arquivo anexado).

Tabelas numeradas por ordem de aparecimento (integrante do segundo arquivo anexado).

Figuras numeradas por ordem de aparecimento (integrante do segundo arquivo anexado).

Legendas das figuras (integrante do segundo arquivo anexado).

Tabelas numeradas por ordem de aparecimento

Figuras numeradas por ordem de aparecimento

Legendas das figuras

Fechar

Copyright Sociedade Brasileira de Pediatria © 2001 - Todos os direitos reservados
Todos os serviços deste site são gratuitos. Essa política se tornou possível graças a uma generosa e irrestrita doação concedida pela Nestlé Nutrição Infantil.