

# *Avaliação do preenchimento dos registros de puericultura em unidades básicas de saúde em Pelotas, RS*

## *Evaluation of records of infant care in basic health units in southern Brazil*

Milton Luiz Merony Ceia<sup>1</sup>, Juraci Almeida Cesar<sup>2</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A Puericultura tem por finalidade evitar que a criança adoça, através do monitoramento contínuo de seu crescimento e desenvolvimento, além de outras ações. Com o objetivo de avaliar a cobertura do programa de puericultura e a adequação do preenchimento da ficha-espelho de puericultura (FEP) para menores de 1 ano de idade atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), foi desenvolvido este estudo em 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 teste 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 classificadas 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. **Conclusão:** 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.

UNITERMOS: Cuidado do Lactente, Saúde da Criança, Atenção Primária à Saúde.

### ABSTRACT

**Introduction:** Well-child Care is intended to prevent children from getting sick, through continuous monitoring of their growth and development. In order to assess coverage of the well-child care program and adequacy of filling out a well-child record (WCR) sheet for children under 1 year of age cared for at the Basic Health Units (BHUs), a study was carried out in Pelotas, RS. **Methods:** Cross-sectional study with primary and secondary data in half of the local BHUs. These were randomly selected, their director was interviewed, and a third of their WCRs were systematically chosen to fill in a standard questionnaire. From this information a scoring scale was created to evaluate the completeness of information contained in each WCR. A bivariate analysis was carried out using the chi-square test with Yates correction. **Results:** A well-child program was offered by 88% of the BHUs in the city. All of the WCRs assessed included name of child, 99% date of birth, but only 59% had information on breastfeeding and 6% on child development. According to the scale created, 43% of the WCRs were good/excellent, while 7% were classified as poor/very poor. This adequacy score was substantially better at BHUs where the WCR was filled out by nurses and which offered childcare on a daily basis. **Conclusion:** The study showed that WCRs are widely used in the BHUs in Pelotas, but not in universal fashion, and that their completeness depends on the type of professional filling in information.

KEYWORDS: Infant Care, Child Health, Child Welfare.

<sup>1</sup> Médico. Mestre em Saúde Pública.

<sup>2</sup> 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.

## INTRODUÇÃO

A puericultura tem por objetivo promover o crescimento e o desenvolvimento adequado no primeiro ano de vida (1). Para tanto, monitora de forma contínua o peso, o comprimento e o perímetro cefálico da criança, avalia o desenvolvimento, promove o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, 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 infantil (4).

O monitoramento do crescimento é recomendado, 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). O serviço pode manter uma cópia deste Cartão (comumente denominada espelho), anexada ao prontuário ou a ficha da criança (4), onde devem ser anotadas as mesmas informações constantes no Cartão da Criança.

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 desenvolvimento (6). Na região metropolitana do Recife, PE, 90% possuíam o peso de nascimento registrado contra apenas 19% com o peso indicado na curva de crescimento (7). Ainda em Pernambuco, estudo incluindo 13 municípios do interior e cinco da região metropolitana mostrou que somente metade daquelas da região metropolitana teve o peso da última consulta anotado no gráfico, contra 71% no interior (8). 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 minuto (9). 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, sendo que cinco urba-

nas são unidades-escola, vinculadas às duas Universidades do município.

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 observacionais (10).

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 ano (11).

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 sequência. Em seguida, realizou-se sorteio aleatório, sendo selecionadas 19 (de 37) na área urbana e 07 (de 13) em área rural. Nas 26 UBS selecionadas, inicialmente foram separadas as fichas-espelho das crianças de até um ano de idade, completado até a data da visita àquela UBS. Destas fichas selecionou-se, de forma sistemática, um terço, para avaliar o preenchimento. 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”. Os pontos de corte para esta classificação foram arbitrários, pois não foram encontrados estudos na literatura que tenham utilizado deste sistema de avaliação.

A aplicação do questionário, bem como a avaliação das fichas, foi feita pelo coordenador deste estudo, auxiliado por um acadêmico do curso de Medicina. 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 dupla (11). 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 9.2 (12), 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 2x2 (13).

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 m<sup>2</sup>, com dois terços delas tendo menos de 9 m<sup>2</sup>. O chefe da UBS era, em sua grande maioria, do sexo

**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 m <sup>2</sup> da sala de puericultura		
6 a 8,9	17	65%
9 a 14,4	0,9	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%
Turnos 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

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.

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

Variável	Profissional		Total (N=365)
	Enfermeiro (N)	Outros (N)	
Número de informações preenchidas: (P<0,001)			
1 a 9	3%(2)	17%(49)	14%(51)
10 a 12	31%(22)	50%(147)	46%(169)
13 (preenchimento completo)	66%(46)	33%(99)	40%(145)
Informações preenchidas:			
Nome da criança	100%(70)	100%(295)	100%(365)
Data de nascimento (P=0,490)	100%(70)	99%(293)	99%(363)
Peso ao nascer (P=0,557)	97%(68)	96%(282)	96%(350)
Endereço (P=0,025)	100%(70)	93%(275)	94%(345)
Comprimento ao nascer (P=0,345)	96%(67)	93%(273)	93%(340)
Registro do tipo de parto (P=0,029)	97%(68)	88%(261)	90%(329)
Registro de pré-natal na UBS (P=0,005)	99%(69)	87%(256)	89%(325)
Registro de vacinas (P=0,002)	99%(69)	85%(251)	88%(320)
Notas do Apgar (P=0,003)	93%(65)	77%(227)	80%(292)
Número do prontuário (P=0,001)	94%(66)	76%(224)	79%(290)
2 ou + pontos na curva de peso (P=0,283)	83%(58)	77%(227)	78%(285)
Anotações sobre uso de leite materno (P=0,001)	77%(54)	55%(162)	59%(216)
Anotações do desenvolvimento (P=0,385)	9%(6)	6%(17)	6%(23)

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

**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 (N=365)
	Enfermeiro (N)	Outros (N)	
Número de pontos no escore* (P<0,001)			
0 - 7 (péssimo)	1%(1)	3%(9)	3%(10)
8 - 11 (ruim)	0%(0)	5%(16)	4%(16)
12 - 17 (regular)	33%(23)	55%(161)	50%(184)
≥18 (bom/ótimo)	66%(46)	37%(109)	43%(155)
Total	100%(70)	100%(295)	100%(365)

\* 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 (N=365)
	Adequado (N)	Inadequado (N)	
Localização da UBS (P=0,055)			
Urbana	40%(120)	60%(179)	82%(299)
Rural	53%(35)	47%(31)	18%(66)
Se a UBS oferece puericultura todos os dias (P=0,011)			
Sim	46%(126)	54%(146)	75%(272)
Não	31%(29)	69%(64)	25%(93)
Tipo de assistência oferecida na UBS (P=0,002)			
Tradicional	45%(112)	55%(138)	69%(250)
Somente ESF	51%(32)	49%(31)	17%(63)
Mista	21%(11)	79%(41)	14%(52)
Total			100%(365)

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

## 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 exequível 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. Um aspecto peculiar do presente estudo é que ele, utilizando a ficha-espelho e não o Cartão da Criança, revela que as próprias equipes de saúde podem avaliar seu programa de Puericultura, sem ter que aguardar a visita da criança ou ter que buscar os dados através de visitas domiciliares. 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, esses estudos mostram resultados que podem garantir a confiabilidade dos presentes dados, 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 Criança (6), enquanto em Belém (14), PA, esta posse foi de 73% e em Recife (7), 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 apenas 6% delas continham informação sobre desenvolvimento. Variação semelhante foi observada em outros estudos. Em Feira de Santana (6), 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 Horizonte (9), 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 adequadamente (9), 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 crianças (15). 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 Horizonte (9), 3% em Feira de Santana (6) e 13% em Recife (7). 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 sequelas (6, 16, 17), 20% das crianças estudadas não possuíam esta informação, contra 72% em Feira de Santana (6) e 23% em Belo Horizonte (9). Em relação às imunizações, importante ação básica por apresentar impacto direto nos coeficientes de morbimortalidade infantil (18), 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% detectados em Belo Horizonte (19). A vigilância do desenvolvimento infantil é fundamental para a identificação precoce de criança com distúrbios nessa área. Isso possibilita intervenções com maior potencial de impacto e menor custo (20). 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 Santana (6) e Belo Horizonte (19), 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 à 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.

## CONCLUSÕES

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: 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; 22Sup 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.* 2<sup>nd</sup> 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<sup>a</sup> 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, Grijsota 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. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles> Acesso dez 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.

✉ Endereço para correspondência

**Milton Luiz Merony Ceia**

Av. Domingos de Almeida, 919  
96085-470 – Pelotas, RS – Brasil

☎ (53) 3283-7626 / (53) 3228-4066 / (53) 8402-6508

✉ [mlceia@yahoo.com.br](mailto:mlceia@yahoo.com.br)

Recebido: 5/5/2011 – Aprovado: 7/7/2011