

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO TRAIRÍ  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RYANE TALITA DE ARAÚJO ALVES

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE CRESCIMENTO E  
DESENVOLVIMENTO NA PUERICULTURA: UM ESTUDO COM FOCO  
NO BOLSA FAMÍLIA

Santa Cruz

2015

RYANE TALITA DE ARAÚJO ALVES

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE CRESCIMENTO E  
DESENVOLVIMENTO NA PUERICULTURA: UM ESTUDO COM FOCO NO BOLSA  
FAMÍLIA

Artigo Científico apresentado a Faculdade  
de Ciências de Saúde do Trairí da  
Universidade Federal do Rio Grande do  
Norte, para obtenção do título de Bacharel  
em Enfermagem

Orientador: Fábila Barbosa de Andrade

Santa Cruz

2015

Catálogo da Publicação na Fonte  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN  
Sistema de Bibliotecas – SISBI

Alves, Ryane Talita de Araújo.

Avaliação dos indicadores de crescimento e desenvolvimento na puericultura : um estudo com foco no bolsa família / Ryane Talita de Araújo Alves. - Santa Cruz, 2015.

23 f: il.

Orientadora : Fábiana Barbosa de Andrade.

Artigo (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi.

1. Indicadores Básicos de Saúde. 2. Projetos de Investimento Social.  
3. Saúde da Criança. I. Andrade, Fábiana Barbosa de. II. Título.

RN/UF/BS-FACISA

CDU 614.39-053.2

**ATA DA DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE**

Ryane Talita de Araújo Alves

(nome do aluno)

Às 9 horas do dia 01 de outubro de 2015, reuniu-se no(a) 02 (sala) do Bloco 1 da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi/FACISA, a banca examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso-TCC intitulado "Avaliação de indicadores de crescimento e desenvolvimento na Puericultura : um estudo com foco no Bolsa Família."

do(a) aluno(a) Ryane Talita de Araújo Alves, composta por FÁBIA BARBOSA DE ANDRADE (Prof Orientador), do curso de Enfermagem (Curso/FACISA ou Departamento/Centro) da UFRN;

— (Prof Coorientador), do — (Instituição);

Daisy Vieira de Araújo (membro),

do FACISA / UFRN (Instituição)

Maybara Myra Bezenil F. Leira Galvão (membro),

do Secretaria Municipal Saúde / Santa Cruz (Instituição);

para a sessão de defesa pública do citado trabalho, requisito parcial para a obtenção do Grau de Enfermeiro. Abrindo a sessão o(a) Presidente da Banca Examinadora, Prof.

FÁBIA BARBOSA DE ANDRADE,

após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho de Conclusão de Curso, passou a palavra ao concluinte para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos membros da Banca Examinadora e respectiva defesa do concluinte. Nesta ocasião foram solicitadas algumas correções no texto escrito, as quais foram acatadas de imediato. Logo após, a Comissão se reuniu, sem a presença do aluno e do público, para julgamento e expedição do resultado final. O aluno foi considerado

APROVADO (APROVADO ou NÃO APROVADO), por unanimidade, pelos membros da Banca Examinadora, tendo sido atribuída a nota 100 (DEZ)

---

ao seu TCC. O resultado foi então comunicado publicamente ao aluno pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o(a) Presidente da Banca Examinadora deu por encerrado o julgamento que tem por conteúdo o teor desta Ata que, após lida e achada conforme, será assinada por todos os membros da Comissão para fins de produção de seus efeitos legais.

Santa Cruz/RN, 01 de Outubro de 2015.

Airnis Barbosa de Andrade

(Nome do professor orientador)

---

(Nome do professor coorientador)

Daisy Rivie de Araújo

(Nome do membro da banca)

Mayhara Myrna Bezerra F. de Lima Góes

(Nome do membro da banca)

## LISTA DE TABELAS

|          |   |    |
|----------|---|----|
| Tabela 1 | Distribuição dos dados de peso e renda mensal das crianças até os seis meses..... | 21 |
| Tabela 2 | Correlação do ganho de peso mensal das crianças até seis meses.....               | 22 |
| Tabela 3 | Distribuição dos dados de hábitos alimentares das crianças até seis meses.....    | 23 |
| Tabela 4 | Distribuição dos dados de patologias mensais das crianças até seis meses.....     | 24 |

## SUMÁRIO

|   |                  |    |
|---|------------------|----|
| 1 | RESUMO.....      | 7  |
| 2 | INTRODUÇÃO.....  | 8  |
| 3 | METODOLOGIA..... | 10 |
| 4 | RESULTADOS.....  | 11 |
| 5 | DISCUSSÃO.....   | 13 |
| 6 | REFERÊNCIAS..... | 19 |

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE CRESCIMENTO E  
DESENVOLVIMENTO NA PUERICULTURA: UM ESTUDO COM FOCO NO BOLSA  
FAMÍLIA<sup>1</sup>

Ryane Talita de Araújo Alves<sup>1</sup>

Fábia Barbosa de Andrade<sup>2</sup>

*<sup>1</sup> Acadêmica do 9º período (concluinte) da graduação em Enfermagem – Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí (FACISA)/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).*

*<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí (FACISA)/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).*

### **Resumo**

**OBJETIVO:** Avaliar os indicadores de crescimento e desenvolvimento em Puericultura na Atenção Primária à Saúde na cidade de Santa Cruz/RN, com foco no Programa Bolsa Família. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo exploratório e quantitativo, de caráter avaliativo e retrospectivo, realizado em duas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Santa Cruz, estado do Rio Grande do Norte, Brasil. Com uma amostra de 50 crianças menores de um ano e divididas em dois grupos, sendo o Grupo 1: crianças com o benefício do bolsa família e que frequentam a Puericultura, e Grupo 2: crianças sem o benefício do bolsa família e que frequentam a Puericultura. **RESULTADOS:** Quanto ao número de consultas preconizadas, pode-se avaliar que necessita ser melhorada a realidade nos dois grupos de crianças. Observou-se que as crianças do grupo 1 têm menor média de consultas, passaram mais tempo em AME e adoeceram mais vezes que as do grupo 2. A renda das famílias do grupo 1, apesar de baixas, ultrapassam a linha de pobreza extrema, e as medidas de peso tiveram uma enorme oscilação de um mês para o outro, bem como de um grupo para o outro. **CONCLUSÃO:** Portanto, percebeu-se a importância das consultas de Puericultura para prevenção de agravos e manutenção da saúde

---

<sup>1</sup> Artigo científico apresentado ao curso de Enfermagem da FACISA/UFRN como requisito para aquisição do título de Bacharel em Enfermagem. O presente estudo se encontra formatado e será submetido no periódico *Jornal de Pediatria*, ISSN: 0021-7557.



das crianças, em consonância com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Desse modo, o estudo revela indicadores de interesse para a área estratégica da saúde da criança.

**Descritores:** Saúde da Criança; Indicadores Básicos de Saúde; Projetos de Investimento Social.

## **INTRODUÇÃO**

O monitoramento do crescimento e desenvolvimento da saúde da criança tem sido cada vez mais intensificado na Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da implementação das consultas de Puericultura, com premissa para redução das ocorrências de adoecimentos e casos de mortalidade.

A Puericultura, no Brasil, teve início com Carlos Artur Moncorvo Filho (1871-1944), em 1899. E, a partir de 1984, o Ministério da Saúde deu início a estratégias que deveriam ser cumpridas em toda rede básica de serviços de saúde. Cinco ações de saúde com eficácia comprovada foram priorizadas: promoção do aleitamento materno; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; imunizações; controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas. No Brasil, a diarreia, as infecções respiratórias agudas, a anemia, a desnutrição e as doenças imunopreveníveis ainda se constituem como principais agravos para crianças menores de cinco anos<sup>1, 2</sup>.

Com a equipe de saúde sempre próxima, é possível realizar um acompanhamento contínuo da saúde da criança, não apenas com o exame físico, mas com as orientações adequadas para cada etapa do desenvolvimento. Com mais informações por parte da família, as chances de detecção precoce de doenças aumentam. Doenças detectadas e tratadas precocemente podem livrar a criança de complicações mais graves, evitando que ela fique com sequelas para o resto de sua vida.

A infância é a fase da vida na qual ocorrem as maiores modificações biopsicológicas e físicas. Até os cinco anos de vida, a velocidade de crescimento da criança é alta. Então, esse é o período mais vulnerável aos distúrbios de crescimento e, por isso, é importante o acompanhamento da criança, de maneira que possam ser identificadas precocemente aquelas cujo risco de morbimortalidade é maior. Além de possibilitar o incentivo ao aleitamento materno exclusivo, a

orientação adequada da introdução da alimentação complementar previne problemas comuns durante o primeiro ano de vida<sup>2,3</sup>.

Pode-se perceber que as consultas de puericultura são a ferramenta que norteia o acompanhamento da criança. Por meio delas, é possível identificar como a criança está evoluindo e descobrir doenças logo no início das manifestações, podendo tratá-las precocemente e evitar maiores agravos.

Para garantir um rastreamento de qualidade, considerando a realidade brasileira de um país em desenvolvimento, houve um incentivo à implantação de programas sociais com vistas à redução da pobreza. Nesse íterim, merece ser mencionado o programa Bolsa Família, que veio trazer um conjunto de diretrizes que busca o alcance de melhorias nos indicadores de saúde.

O Programa Bolsa Família (PBF) foi instituído pela lei nº 10.836/2004 e regulamentado pelo decreto nº 5.209/2004. É oriundo da junção de projetos já existentes e visa ajudar às famílias que se encontram em situações de pobreza e pobreza extrema. Em contrapartida, o governo estabelece condições que devem ser cumpridas, relacionadas às áreas de educação, saúde e assistência social<sup>4, 5</sup>.

As condicionalidades propostas pelo programa ajudam na aproximação da população mais carente com os serviços de saúde, possibilitando a extensão do número de atendimentos e a captura de mais pacientes, facilitando a cada dia o acompanhamento de puérperas e crianças e tornando possível a promoção, prevenção e recuperação da saúde dessas pessoas.

Estudos realizados na cidade do Crato, estado do Ceará, apontam que o benefício do PBF está sendo direcionado para o gasto com a alimentação, e não só com a considerada de primeira necessidade, como arroz e feijão, mas com o consumo de frutas e verduras, alimentos que anteriormente não faziam parte da dieta familiar devido ao seu alto custo. Com a renda extra, há a possibilidade de variar o cardápio das crianças. Para a maioria das famílias, o PBF é uma das principais ou, senão, a única fonte de renda da casa. Por esse motivo, pode-se perceber um aumento de crianças vistas com mais frequência nas salas de aula, as mães comparecendo em peso nas datas de vacinação, além do perceptível cumprimento de tudo o que é imposto pelo programa para recebimento do benefício<sup>6</sup>.

A partir da abordagem supramencionada, a escolha do presente estudo se deu pela necessidade de uma melhor investigação acerca da realidade de Santa

Cruz, estado do Rio Grande do Norte, em torno dos indicadores de saúde da criança ocorridos na Puericultura, bem como pelo fato de já existirem estudos que mostram o impacto do Programa de Puericultura nas unidades deste município e revelam resultados positivos para as crianças que realizam as consultas de Crescimento e Desenvolvimento.

Entretanto, ainda não há no município estudos que mostrem a realidade das crianças que são cadastradas no Bolsa Família no que diz respeito aos indicadores da criança e sua adesão à Puericultura. Por isso, neste estudo, optou-se por comparar a qualidade dos indicadores de saúde propostos pelo Ministério da Saúde para as crianças que recebem o Bolsa Família com aquelas que não são beneficiadas pelo Bolsa Família.

Assim, considerando a necessidade de conhecimento da realidade em questão e corroborando para a magnitude da área da saúde da criança, o presente estudo tem como objetivo avaliar os indicadores de crescimento e desenvolvimento em Puericultura na Atenção Primária à Saúde, na cidade de Santa Cruz/RN, com foco no Programa Bolsa Família.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo exploratório e quantitativo, de caráter avaliativo e retrospectivo, realizado em duas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Santa Cruz, estado do Rio Grande do Norte, Brasil, escolhidas mediante sorteio. Os locais da pesquisa foram escolhidos por se caracterizarem com sendo o primeiro nível de acesso da população alvo, bem como por ser o nível de atenção no âmbito da assistência em Puericultura na APS.

A amostra de participantes foi composta por dois grupos de crianças: *Grupo 1*: crianças menores de um ano, usuárias do PBF e que frequentam as consultas de Puericultura na APS; *Grupo 2*: crianças menores de um ano, não-usuárias do PBF e que frequentam as consultas de Puericultura na APS. Por se tratar de estudo piloto, foi proposta uma amostra de 50 pessoas, sendo dividida mediante a acessibilidade das crianças, chegando ao seguinte quantitativo: no Grupo 1, uma amostra de 21 crianças e no Grupo 2, um total de 29 crianças. O tamanho da amostra é justificado pela dificuldade de encontrar os responsáveis das crianças em sua residência, desse modo, inviabilizando as etapas de coleta que dependiam da visita domiciliar.

Para a coleta de dados, foram respeitadas as seguintes etapas: 1) ser criança menor de um ano e ser cadastrada na UBS sorteada; 2) serem sorteadas as crianças para a composição dos dois grupos; 3) após sorteio, realizar visitas aos familiares para explicação das condições de participação no estudo e obter a assinatura do Termo de Assentimento e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 4) analisar os prontuários das crianças selecionadas para fins de conhecimento das consultas em Puericultura registradas a cada mês; 5) realizar visitas domiciliares às crianças selecionadas para complementação e comparação dos dados elencados na etapa de prontuários (etapa 4) e, por fim, 6) registro individual de cada criança em fichas identificadas por um número sequencial, para garantir o sigilo.

Respeitando as etapas mencionadas anteriormente, as informações foram coletadas em dois momentos: 1) análise dos prontuários para registro mensal dos dados da saúde da criança, a fim de preencher o roteiro de perguntas do estudo e 2) visita domiciliar a todas as crianças e familiares que tiveram seus prontuários avaliados, com o objetivo de complementar as perguntas do roteiro. As visitas foram realizadas pela pesquisadora participante com auxílio de Agentes Comunitários de Saúde do município de Santa Cruz/RN.

Os dados foram inseridos no SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 22.0, e foram analisadas frequências, médias, medianas e desvio padrão, bem como foram calculados os testes *t* student e qui-quadrado. Vale destacar que foram propostos dois momentos de análise: uma etapa com menores de seis meses e outra acima de seis meses e menores de ano. Mas, no presente estudo, foi utilizada a primeira etapa, por estar em consonância com a saúde da criança lactente menor de seis meses, conforme preconiza o Ministério da Saúde.

Em respeito aos princípios éticos, conforme preconiza a resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), o presente estudo é um subprojeto do projeto intitulado *Construção e validação de escala nos serviços de Puericultura: um estudo de avaliação na Atenção Primária à Saúde*, aprovado sob parecer de número 348.896.

## **RESULTADOS**

No que se refere ao grupo 1, pode-se observar que no primeiro mês de consulta, 14 (66,6%) crianças compareceram à UBS, número que se repetiu no 2º e

3º mês. Já no 4º mês, diminuiu para 10 crianças (47,6%), voltando a subir no 5º mês para 15 (71,4%) e no 6º mês cair para 12 (57,1%).

No grupo em discussão, quanto à quantidade de consultas realizadas até os seis meses, verificou-se que a média foi de 13,16, mediana de 14 e desvio padrão de 1,83. A média em anos estudados pela mãe foi de 10,52, mediana de 13,00 e desvio padrão de 3,69. A média em anos estudados pelo pai foi de 12,10, mediana de 11 e desvio padrão 5,157. A renda mensal da família teve média de R\$ 442,52, mediana 170 e desvio padrão de R\$ 433,36. A média das pessoas que dependem da renda foi de 4,57, mediana de 4 e desvio padrão de 1,63.

Já no Grupo 2, pode-se observar que no 1º mês de consulta, 23 (79,3%) crianças compareceram à UBS para consulta em puericultura, número que caiu no 2º mês para 22 (75,8%), no terceiro mês para 18 (62,06%) e no 4º mês, 19 (65,5%). Esse valor teve um crescimento no 5º mês, com 26 (89,6%), e caiu novamente no 6º mês, para 16 (55,1%) crianças. Quanto à quantidade de consultas realizadas até os seis meses, verificou-se que a média foi de 20,66, mediana de 20,5 e desvio padrão de 3,66. A média em anos estudados pela mãe foi de 12,83, mediana de 13 e desvio padrão de 3,04. A média em anos estudados pelo pai foi de 13,03, mediana de 13 e desvio padrão de 5,46. A renda mensal da família teve média de R\$ 1.832,20, mediana de 788 e desvio padrão de 2.157,47. A quantidade de pessoas que dependem da renda tem uma média de 4,03, mediana de 3 e desvio padrão de 1,74.

A tabela 1 estabelece uma correlação entre a média da renda das famílias e a média do peso das crianças em cada mês, comparando as que recebem o auxílio do PBF com as que não recebem o auxílio.

Os dados mostram se a renda da família interfere no ganho de peso de seus filhos. Outro ponto observado foi o IMC de cada mês, para cada grupo. Notou-se uma média maior das crianças com bolsa família em relação ao comparativo de peso associado à renda, fazendo acreditar que a renda das famílias desse grupo consegue suprir de forma adequada as necessidades nutricionais das crianças, já que de acordo com o IMC, o percentual de crianças com peso ideal é maior nesse grupo. Além disso, o IMC também mostra uma porcentagem maior de crianças desnutridas e abaixo do peso nos seis primeiros meses no grupo beneficiado pelo PBF e de crianças acima do peso e obesas no grupo que não recebe o benefício. Pode-se destacar ainda, que foi realizado o teste de comparação de médias entre o peso e renda mensal, obtendo um valor  $p < 0,05$ .

A tabela 2 mostra a diferença de ganho de peso de um mês para o outro, comparando o peso do primeiro mês com o dos meses seguintes, até o 6º mês de vida da criança. O grupo 2 tem uma média de peso maior nos comparativos do 1º mês com o 2º (82,678g ou 11,2%), 4º(566,988g ou 23,07%) e 5º(316,393g ou 11,7%) mês. A diferença mais significativa é percebida no comparativo do 1º com o 5º mês, em ambos os grupos. No grupo 1, houve um crescimento de 585,01% (2.234,285g) e no grupo 2, de 293,03% (1.983,69g). No comparativo dos dois grupos, o grupo 2 teve nesse mês um aumento de 11,7% (316,393g) em relação ao grupo 1. Para se obter esse resultado, foi realizada a comparação de médias entre o peso no primeiro mês e os pesos subsequentes, obtendo significância apenas no quinto mês, com valor de  $p < 0,05$ .

A tabela 3 mostra os hábitos alimentares nos primeiros seis meses de vida, onde a maioria das crianças encontra-se em AME, como já era esperado, 81% (17) das crianças no grupo 1 e 76% (22) das crianças no grupo 2. A partir do 5º mês, há uma transição de AME para AMC com o número de crianças já superior em AMC, no grupo 2 55%, (16) das crianças e 37% (7) das crianças no grupo 1, mesmo percentual das crianças em AME nesse período. O percentual de crianças em AME foi maior no grupo 1, 53% (64) das crianças, percentual que deveria chegar a 100% ou 126 crianças, se todas elas estivessem em AME durante os seis meses.

A tabela 4 mostra as patologias desenvolvidas nos primeiros seis meses de vida. Em relação às doenças, temos as crianças do grupo 1 acometidas quase que o dobro de vezes mais do que as crianças do grupo 2, 24% (30) e 13% (23) respectivamente. As afecções respiratórias aparecem como principal afecção desenvolvida pelo grupo 1, 53% (16 crianças) dos casos. Já no grupo 2, a incidência maior foi de afecções gastrointestinais, 35% (8 crianças) dos casos.

## **DISCUSSÃO**

Os dados revelam diferenças importantes entre os dois grupos que precisam ser discutidas e compreendidas em sua natureza multifatorial.

No que se refere ao número de consultas preconizadas, pôde-se avaliar que necessita ser melhorada a realidade nos dois grupos de crianças. Para o Ministério da Saúde, a Puericultura se define como uma associação de técnicas aplicadas à criança visando acompanhar o crescimento e desenvolvimento físico e mental, garantindo assistência contínua e sistemática até o 5º ano de vida, no intuito de

realizar intervenções efetivas e apropriadas para a criança<sup>7</sup>. O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário<sup>8</sup>.

Segundo o proposto pelo Ministério da Saúde, cada criança teria que ter cinco consultas nos 6 primeiros meses de vida. Avaliando esses dados por mês, percebeu-se que o grupo 1 apresentou uma maior porcentagem no 3º e 6º mês em relação ao grupo 2 e, em todos os outros meses, as crianças do grupo 2 tiveram um percentual maior de consultas por mês. No que se refere à avaliação geral dos seis primeiros meses, as crianças do G2 continuaram a frente com um percentual de 86% contra 75% das crianças beneficiadas.

No tocante à escolaridade dos pais, verificou-se que está acima da média nacional. Estudos mostram que os cuidados maternos exercem forte impacto sobre a saúde da criança e estão diretamente relacionados às informações em saúde, idade e grau de escolaridade da mãe, além do tempo disponibilizado a esses cuidados<sup>9</sup>. A distribuição desigual da educação é uma importante barreira para o desenvolvimento sustentável e à promoção da equidade. A média nacional passou de 6,9 anos de estudo em 2005, para 7,9 anos em 2012, ainda abaixo dos 9 anos estabelecidos como ensino fundamental. As distâncias entre os grupos populacionais vêm diminuindo com o passar do tempo, mas a desigualdade ainda persiste. Em 2012, a escolaridade média no Nordeste foi de 6,7 anos, enquanto no Sudeste foi de 8,5 anos<sup>10</sup>.

Assim, os dados revelam que a média de anos estudados pela população em questão nos dois grupos ultrapassa a média da Região Nordeste e a Nacional, até mesmo a da Região Sudeste, região com maior média de anos de estudo, tanto da mãe quanto do pai. Em avaliação separada, o Grupo 2 apresenta maior média de anos de estudo do que o Grupo 1. Isso mostra uma população com nível maior de instrução, podendo haver interferências positivas em relação aos hábitos de vida de seus filhos, já que o nível educacional dos pais interfere nos comportamentos alimentar, de higiene e social da criança.

A renda familiar é outro fator importante que merece ser destacado por interferir na qualidade de vida das famílias. Tomando como base o salário mínimo atual cotado em R\$ 788,00 e supondo que ele supre as necessidades básicas de

uma família por um mês, com gastos relacionados a higiene, alimentação, saúde e lazer, notou-se que os grupos pertencem a duas realidades distintas: no Grupo 1, a média de renda foi inferior a um salário mínimo, apenas R\$ 442,52; no Grupo 2, a renda foi de R\$ 1.832,20, o que deu uma diferença, em média, de 4 vezes de um grupo para o outro. Em contrapartida, quando se analisou a linha da extrema pobreza, percebeu-se que o grupo contemplado pelo PBF está com uma média que ultrapassa essa linha, já que a média de dependentes da renda familiar é de 4,57 pessoas, mostrando um valor por pessoa de R\$ 96,83. Conforme afirma o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), o valor para ultrapassar a linha de extrema pobreza é de R\$ 77,00 por pessoa<sup>11</sup>.

Nas últimas décadas, a prevalência do sobrepeso e da obesidade vem aumentando rapidamente em todo o mundo, sendo um dos problemas de saúde de mais rápido crescimento dentre as doenças crônicas não transmissíveis. No Brasil, onde a transição nutricional ocorre rapidamente, tem-se observado uma queda nos casos de desnutrição, em diferentes intensidades e em todas as faixas etárias e estratos sociais, em decorrência do aumento do sobrepeso/obesidade<sup>12</sup>.

Quanto a tabela 1, o peso é uma medida importante para avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança. Quando feita a análise dos prontuários, encontrou-se um registro falho de informações, mas alguns dos dados foram recuperados nas cadernetas de vacinação das crianças, mediante visita domiciliar. O restante, ainda não encontrado, foi completamente perdido, pois não pôde ser readquirido em nenhum dos meios de registro. Dos dados existentes observou-se que a renda das famílias do grupo 1 não interferiu no ganho de peso crianças, já que em todos os meses a média de peso desse grupo foi maior do que a do grupo 2, apesar de possuir renda inferior. O IMC, calculado através do peso e da estatura, possibilita uma visão do estado nutricional da criança. Nessa idade, seria ideal que a criança ainda estivesse se alimentando exclusivamente de leite materno, alimento capaz de suprir as necessidades nutricionais requeridas nesse período. Portanto, uma alteração de IMC pode indicar erros alimentares grosseiros e fáceis de serem corrigidos.

Dados como peso e estatura, utilizados para calcular o IMC, na maioria dos casos, não foram encontrados juntos nos registros dos prontuários, tornando difícil a análise do índice em todas as crianças pesquisadas. No grupo 1, foram encontrados os dados para análise em 45% dos casos; já no grupo 2, os dados foram



encontrados em 56% dos casos. Nos dois grupos, o maior percentual encontrado foi o de crianças com peso adequado. Todavia, quando comparadas, as crianças do Grupo 1 têm o percentual de peso adequado, crianças desnutridas e abaixo do peso maior do que o grupo 2. Já as crianças acima do peso e obesas apareceram com maior incidência no grupo 2.

Conforme dados da tabela 2, pôde-se perceber uma oscilação de peso em todos os meses. No grupo 1, a média de peso sofre um aumento brusco de um mês para o outro e, em seguida, uma queda repentina, se mantendo assim em todos os meses: um aumentando e outro caindo. O grupo 2 permanece no mesmo nível de subidas e decidas, com a diferença de seguimento do 4º para o 5º mês que seguem em crescimento.

Na tabela 3, em sua maioria, as crianças encontravam-se até o 4º mês de vida em AME, a partir do 5º já ocorria uma transição para AMC, processo que teve evolução igual nos dois grupos. No 6º mês, ainda existe uma quantidade pequena de crianças em AME no grupo 1(10%), já o grupo 2 não possui mais nenhuma criança com alimentação desse tipo.

Durante os primeiros seis meses de vida, o leite materno é o alimento capaz de atender de forma completa todas as peculiaridades fisiológicas do metabolismo dos lactentes<sup>8</sup>. O leite humano possui numerosos fatores imunológicos que protegem a criança contra infecções, melhora a nutrição, reduz as chances de obesidade, diminui o risco de hipertensão, colesterol alto, diabetes, alergias, evita infecção respiratória e diarreia<sup>13</sup>.

As crianças do grupo 1 permaneceram por mais tempo em AME e se mantiveram nessa categoria até os seis meses de vida. Já as crianças do grupo 2 tiveram um percentual maior desse tipo de alimentação apenas no 2º e 3º mês, encontrando a maioria de sua população em AMC a partir do 5º mês.

Os dados da tabela 4 apontam as crianças do Grupo 1 quase duas vezes mais acometidas por doenças que as crianças do Grupo 2. Assim, pôde-se inferir que a infância é um período muito suscetível para o desenvolvimento de doenças, haja vista que as transformações acontecem de forma muito rápida e é preciso atentar para o acompanhamento contínuo e adequado das crianças. O grupo 1 apontou como principal doença as afecções respiratórias. Já no grupo 2, com menor incidência de crianças doentes, prevaleceu as afecções gastrointestinais como principal patologia. Isso revela a necessidade de investigação e envolvimento de

outros fatores sociais e educacionais que venham a agregar melhores condições de prevenção dessas doenças nos dois grupos.

O leite materno previne contra infecções, doenças respiratórias e melhora a nutrição. Porém, notou-se que as crianças do grupo 1, apesar de estarem na sua maioria em AME, nos primeiros meses de vida, foram elas as mais acometidas por doenças nesse período e, ainda, as que mais tiveram problemas respiratórios, apesar de ter sua maioria com estado nutricional adequado quando comparado ao grupo 2.

Os dados apresentados revelam como pontos positivos a média de anos de estudo dos pais, que ultrapassa a nacional; a renda mensal das famílias do grupo 1, que ultrapassa a linha de extrema pobreza, apesar de está bem distante da renda do grupo 2, e o IMC das crianças dos dois grupos que, em sua grande maioria, encontram-se com peso adequado, além de os hábitos alimentares das crianças do grupo 1, que ainda estavam presentes no 6º mês em AME. Dos pontos negativos, pôde-se destacar a média de consultas mensais das crianças, nas quais as do grupo 1 deveriam apresentar percentual de 100%, entretanto aparecem com apenas 75%. Outro ponto é a alimentação das crianças do grupo 2 que, no 6º mês de vida, não estavam mais em AME e, por fim, as patologias que acometeram o grupo 1 quase duas vezes mais do que o grupo 2.

O estudo apresenta algumas limitações metodológicas, tendo sido a amostra realizada por meio de piloto, necessitando de estudos posteriores com amostras maiores e que mantenham um seguimento clínico das crianças dos grupos 1 e 2, além de ser de natureza prospectiva, para evitar as perdas de dados nos prontuários e, com isso, venham a prejudicar o real e qualificado acompanhamento das crianças.

Portanto, merece destacar que há uma preocupação municipal, estadual e nacional com relação à operacionalização das consultas em Puericultura com vistas à prevenção de agravos e promoção da saúde da criança, estando esse atributo em consonância com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Desse modo, o estudo revela indicadores de interesse para a área estratégica da saúde da criança.

Outrossim, estudos dessa natureza revelam os avanços, obstáculos, fragilidades e potencialidades dos programas sociais implantados no Brasil e, acima de tudo, considera as realidades locais do Programa Bolsa Família nos municípios, de modo que esse pilar vai de encontro ao proposto pelo Ministério do

Desenvolvimento Social, quando prevê o cuidado continuado das famílias, com vistas a colocá-las distantes da linha de risco da pobreza e extrema pobreza. Assim, o estudo traz dados e reflexões impulsionadoras para a otimização do programa social em cada município.

## REFERÊNCIAS

- 1 Medeiros HRF. O passado e o presente da puericultura através da história do instituto de puericultura e pediatria martagão gesteira. In: XXVI Simpósio Nacional de História. Julho 2011 [Acesso em: 06 de março de 2015]; Disponível em: [http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1297124293\\_ARQUIVO\\_ANPUH\\_NAC11IPPMG.pdf](http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1297124293_ARQUIVO_ANPUH_NAC11IPPMG.pdf).
- 2 Universidade Federal de São Paulo. Fundamentação Teórica: Puericultura. In: Especialização em saúde da família modalidade a distância. São Paulo, 2010-2011 [Acesso em: 06 de março de 2015]; Disponível em: [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/casos\\_complexos/Danrley/Complexo\\_01\\_Danrley\\_Puericultura.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Danrley/Complexo_01_Danrley_Puericultura.pdf).
- 3 Souza ALF, Gouveia MTO, Almeida MJL, Torres CRD. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na atenção básica. Rev Enferm UFPI. 2013 [Acesso em: 09 de março de 2015]; p.31-5. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/viewFile/1093/pdf>.
- 4 Brasil. Decreto n. 5209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. 2004 [Acesso em: 26 de fevereiro de 2015]; Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5209.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5209.htm).
- 5 Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 10.836, de 09 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. 2004 [Acesso em: 26 de fevereiro de 2015]; Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm).
- 6 Borges CRO, Bento JAN, Santos MFL, Souza FLM. A influência do programa Bolsa Família na redução do nível de pobreza da população e os efeitos das condicionalidades sobre indicadores de saúde e educação: um estudo de caso sobre a comunidade Vila Lobo, município de Crato-CE. I Colóquio Sociedade, Políticas Públicas, Cultura e Desenvolvimento-CEURCA. Universidade Regional do Cariri-URCA, Crato-Ceará-Brasil. Ceará, 2012.
- 7 Lara CC, Wiczorkiewicz AM, Maia EDW. Características do atendimento de enfermagem de nível médio na pré-consulta de puericultura. Saúde Meio Ambiente. 2012 [Acesso em: 08 de setembro de 2015]; 1(2):66-80. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/viewFile/201/313>.

8 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica, nº 33. Brasília: Ministério da Saúde. 2012 [Acesso em: 08 de setembro de 2015]. 272 p. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_33.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf).

9 Santos CS, Lima LS, Javorski M. Fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em Serviço de Puericultura do Recife, Brasil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Out/Dez 2007 [Acesso em: 08 de setembro de 2015]; 7(4). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292007000400004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000400004).

10 Brasil. As desigualdades na escolarização no Brasil: relatório de observação nº 5. Brasília: Presidência da República, Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social. Brasília. 2014 [Acesso em: 08 de setembro de 2015]; 60p. Disponível em: [http://www.acaoeducativa.org.br/desenvolvimento/wp-content/uploads/2014/11/CDES\\_Relat%C3%B3rio\\_de\\_Observa%C3%A7%C3%A3o\\_5\\_2014.pdf](http://www.acaoeducativa.org.br/desenvolvimento/wp-content/uploads/2014/11/CDES_Relat%C3%B3rio_de_Observa%C3%A7%C3%A3o_5_2014.pdf).

11 Brasil. Ministério do desenvolvimento social. Benefício de Superação da Extrema Pobreza. [s.d.] [Acesso em: 5 de julho de 2015]; Disponível em: <http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/bolsa-familia/beneficios/gestor/beneficio-de-superacao-da-extrema-pobreza>.

12 Matos SMA, Jesus SR, Saldiva SRDM, Prado MS, D’Innocenzo S, Assis AMO al. Velocidade de ganho de peso nos primeiros anos de vida e excesso de peso entre 5-11 anos de idade, Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, abr 2011 [Acesso em: 08 de setembro de 2015]; 27(4):714-722. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/10.pdf>.

13 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2009 [Acesso em: 08 de setembro de 2015]; 112 p. Disponível em: [http://www.sbp.com.br/src/uploads/2012/12/am\\_e\\_ac1.pdf](http://www.sbp.com.br/src/uploads/2012/12/am_e_ac1.pdf).

**TABELA 1**

Distribuição dos dados de peso e renda mensal das crianças até os seis meses.  
Santa Cruz/RN, Brasil, 2015.

|               |                | Peso (kg)<br>1º mês –<br>Renda<br>Mensal | Peso (kg)<br>2º mês –<br>Renda<br>Mensal | Peso (kg)<br>3º mês –<br>Renda<br>Mensal | Peso (kg)<br>4º mês –<br>Renda<br>Mensal | Peso (kg)<br>5º mês –<br>Renda<br>Mensal | Peso (kg)<br>6º mês –<br>Renda<br>Mensal |                |
|---------------|----------------|--|--|--|--|--|--|----------------|
| Média         | Com bolsa      | 2854.428<br>57                           | 3591.095<br>24                           | 4359.761<br>90                           | 3315.095<br>24                           | 5549.380<br>95                           | 4499.952<br>38                           |                |
|               | Sem bolsa      | 2225.034<br>48                           | 3044.379<br>31                           | 2625.206<br>90                           | 3252.689<br>66                           | 5236.379<br>31                           | 3078.689<br>66                           |                |
| Desvio Padrão | Com bolsa      | 2458.302<br>11                           | 2795.586<br>59                           | 3106.188<br>50                           | 3611.343<br>71                           | 3384.234<br>96                           | 4259.031<br>12                           |                |
|               | Sem bolsa      | 2730.507<br>31                           | 3291.369<br>69                           | 3653.430<br>05                           | 3567.584<br>19                           | 3054.626<br>10                           | 5143.695<br>73                           |                |
| p             | Com bolsa      | 0.000                                    | 0.000                                    | 0.000                                    | 0.000                                    | 0.000                                    | 0.000                                    |                |
|               | Sem bolsa      | 0.000                                    | 0.000                                    | 0.001                                    | 0.000                                    | 0.000                                    | 0.003                                    |                |
| IMC           | Desnutrido     | Com bolsa                                | 0%<br>(n=0)                              | 20%<br>(n=2)                             | 9%<br>(n=1)                              | 0%<br>(n=0)                              | 7%<br>(n=1)                              | 0%<br>(n=0)    |
|               |                | Sem bolsa                                | 7%<br>(n=1)                              | 0%<br>(n=0)                              | 0%<br>(n=0)                              | 15%<br>(n=2)                             | 9%<br>(n=2)                              | 7%<br>(n=1)    |
|               | Abaixo do peso | Com bolsa                                | 43%<br>(n=3)                             | 0%<br>(n=0)                              | 36%<br>(n=4)                             | 33%<br>(n=3)                             | 21%<br>(n=3)                             | 33%<br>(n=2)   |
|               |                | Sem bolsa                                | 14%<br>(n=2)                             | 22%<br>(n=4)                             | 31%<br>(n=5)                             | 23%<br>(n=3)                             | 23%<br>(n=5)                             | 29%<br>(n=4)   |
|               | Peso ideal     | Com bolsa                                | 57%<br>(n=4)                             | 40%<br>(n=4)                             | 36%<br>(n=4)                             | 44%<br>(n=4)                             | 36%<br>(n=5)                             | 50%<br>(n=3)   |
|               |                | Sem bolsa                                | 57%<br>(n=8)                             | 44%<br>(n=8)                             | 44%<br>(n=7)                             | 8%<br>(n=1)                              | 36%<br>(n=8)                             | 43%<br>(n=6)   |
|               | Acima do peso  | Com bolsa                                | 0%<br>(n=0)                              | 40%<br>(n=4)                             | 18%<br>(n=2)                             | 22%<br>(n=2)                             | 29%<br>(n=4)                             | 0%<br>(n=0)    |
|               |                | Sem bolsa                                | 21%<br>(n=3)                             | 28%<br>(n=5)                             | 19%<br>(n=3)                             | 46%<br>(n=6)                             | 32%<br>(n=7)                             | 14%<br>(n=2)   |
|               | Obeso          | Com bolsa                                | 0%<br>(n=0)                              | 0%<br>(n=0)                              | 0%<br>(n=0)                              | 0%<br>(n=0)                              | 7%<br>(n=1)                              | 17%<br>(n=1)   |
|               |                | Sem bolsa                                | 0%<br>(n=0)                              | 6%<br>(n=1)                              | 6%<br>(n=1)                              | 8%<br>(n=1)                              | 0%<br>(n=0)                              | 7%<br>(n=1)    |
|               | TOTAL          | Com bolsa                                | 100%<br>(n=7)                            | 100%<br>(n=10)                           | 100%<br>(n=11)                           | 100%<br>(n=9)                            | 100%<br>(n=14)                           | 100%<br>(n=6)  |
|               |                | Sem bolsa                                | 100%<br>(n=14)                           | 100%<br>(n=18)                           | 100%<br>(n=16)                           | 100%<br>(n=13)                           | 100%<br>(n=22)                           | 100%<br>(n=14) |

**TABELA 2**

Correlação do ganho de peso mensal das crianças até seis meses. Santa Cruz/RN, Brasil, 2015.

|                                     | Média     |           | Desvio Padrão |           | p         |           |
|-------------------------------------|-----------|-----------|---------------|-----------|-----------|-----------|
|                                     | Com bolsa | Sem bolsa | Com bolsa     | Sem bolsa | Com bolsa | Sem bolsa |
| Peso (kg) 1º mês – Peso (kg) 2º mês | 736.667   | 819.345   | 2,822.560     | 3,190.751 | 0.246     | 0.178     |
| Peso (kg) 1º mês - Peso (kg) 3º mês | 1,505.333 | 400.172   | 2,971.846     | 3,721.418 | 0.031     | 0.567     |
| Peso (kg) 1º mês - Peso (kg) 4º mês | 460.667   | 1,027.655 | 4,091.331     | 3,944.432 | 0.612     | 0.172     |
| Peso (kg) 1º mês - Peso (kg) 5º mês | 2,694.952 | 3,011.345 | 3,496.184     | 2,591.813 | 0.002     | 0.000     |
| Peso (kg) 1º mês - Peso (kg) 6º mês | 1,645.524 | 853.655   | 4,782.453     | 4,437.999 | 0.131     | 0.309     |





**TABELA 4**

Distribuição dos dados de patologias mensais das crianças até seis meses.

Santa Cruz/RN, Brasil, 2015.

|            |                              |           | 1º mês        | 2º mês        | 3º mês        | 4º mês        | 5º mês        | 6º mês        |
|------------|------------------------------|-----------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Patologias | Afecções Respiratórias       | Com bolsa | 50%<br>(n=3)  | 60%<br>(n=3)  | 50%<br>(n=2)  | 50%<br>(n=3)  | 100%<br>(n=3) | 33%<br>(n=2)  |
|            |                              | Sem bolsa | 25%<br>(n=1)  | 0%<br>(n=0)   | 0%<br>(n=0)   | 67%<br>(n=2)  | 60%<br>(n=3)  | 20%<br>(n=1)  |
|            | Afecções Gastrointestinais   | Com bolsa | 0%<br>(n=0)   | 20%<br>(n=1)  | 25%<br>(n=1)  | 17%<br>(n=1)  | 0%<br>(n=0)   | 17%<br>(n=1)  |
|            |                              | Sem bolsa | 25%<br>(n=1)  | 33%<br>(n=1)  | 100%<br>(n=3) | 0%<br>(n=0)   | 20%<br>(n=1)  | 40%<br>(n=2)  |
|            | Afecções Tegumentar/ Cutânea | Com bolsa | 17%<br>(n=1)  | 0%<br>(n=0)   | 0%<br>(n=0)   | 33%<br>(n=2)  | 0%<br>(n=0)   | 17%<br>(n=1)  |
|            |                              | Sem bolsa | 0%<br>(n=0)   | 67%<br>(n=2)  | 0%<br>(n=0)   | 33%<br>(n=1)  | 20%<br>(n=1)  | 20%<br>(n=1)  |
|            | Outras Patologias            | Com bolsa | 33%<br>(n=2)  | 20%<br>(n=1)  | 25%<br>(n=1)  | 0%<br>(n=0)   | 0%<br>(n=0)   | 33%<br>(n=2)  |
|            |                              | Sem bolsa | 50%<br>(n=2)  | 0%<br>(n=0)   | 0%<br>(n=0)   | 0%<br>(n=0)   | 0%<br>(n=0)   | 20%<br>(n=1)  |
|            | TOTAL                        | Com bolsa | 100%<br>(n=6) | 100%<br>(n=5) | 100%<br>(n=4) | 100%<br>(n=6) | 100%<br>(n=3) | 100%<br>(n=6) |
|            |                              | Sem bolsa | 100%<br>(n=4) | 100%<br>(n=3) | 100%<br>(n=3) | 100%<br>(n=3) | 100%<br>(n=5) | 100%<br>(n=5) |