

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA-FCE
CURSO DE FISIOTERAPIA

ALINE PEREIRA DE RESENDE

PERFIL DE PESO AO NASCER DAS CRIANÇAS
ASSISTIDAS PELA PASTORAL DA CRIANÇA DE
CEILÂNDIA-DF

BRASÍLIA
2018

ALINE PEREIRA DE RESENDE

PERFIL DE PESO AO NASCER DAS CRIANÇAS
ASSISTIDAS PELA PASTORAL DA CRIANÇA DE
CEILÂNDIA-DF

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – UnB – Faculdade de Ceilândia
como requisito parcial para obtenção do título de bacharel
em Fisioterapia.

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Ana Clara Bonini Rocha

BRASÍLIA

2018

ALINE PEREIRA DE RESENDE

PERFIL DE PESO AO NASCER DAS CRIANÇAS
ASSISTIDAS PELA PASTORAL DA CRIANÇA DE
CEILÂNDIA-DF

Brasília, 04 de julho de 2018

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a. Ana Clara Bonini Rocha
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB
Orientadora

Prof.^a Me. Juliana Machado Schardosim
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

Prof.^a Me. Ana Letícia de Souza Oliveira

Dedicatória

Este trabalho é dedicado aos meus pais e a minha irmã pelo amor incondicional. A meus amigos, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, que me deu força e ânimo que por vezes precisei em minha trajetória. Ele, que em sua infinita bondade, me ampara, protege e abençoa.

Aos meus pais, Joaquim e Mariza, que se sacrificam desde sempre, por mim e minha irmã. Agradeço imensamente a paciência, o apoio e o amor incondicional. Sem vocês nada disso seria possível, serei eternamente grata. À minha irmã, Flávia, pela fraternidade, cumplicidade, carinho e incentivo. Obrigado por cuidar de mim e estar sempre ao meu lado.

A todos os amigos que me acompanharam nesta longa jornada acadêmica, especialmente aqueles que foram meus companheiros de convivência diária Heloísa Arakaki, Kalanna Almeida, Roberto Nogueira, Isadora Christina, Gabriella Duarte e André Marques, agradeço pelas incansáveis horas de estudo, dedicação, paciência e amizade. Nós sabemos que essa jornada universitária não é fácil, mas com certeza foi mais leve com vocês. Às minhas queridas colegas Letícia Dias e Deborah Almeida pelo suporte neste trabalho. E a todos da ATPIN e da LACiMov, pelo companheirismo e partilha de conhecimento.

À Universidade de Brasília e aos professores por terem compartilhado seus conhecimentos e me motivado a sempre dar o melhor de mim. Agradeço principalmente a prof. Dr^a. Ana Clara Bonini Rocha, não apenas por todo o apoio durante a elaboração deste trabalho, mas por todos esses anos de projeto de extensão ensinando através das evidências, da prática, da ética, da humanidade e principalmente através do amor pela fisioterapia. Obrigado por ser uma inspiração na busca de ser uma profissional melhor a cada dia.

À Pastoral da Criança de Ceilândia que me recebeu para realização deste estudo, e me ensinou sobre a sua missão voluntária de construir uma sociedade mais justa, fraterna, com menos doenças e sofrimento humano através do cuidar no amor e na caridade de Deus.

Epígrafe

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota. (Madre Teresa de Calcutá).”

RESUMO

RESENDE, Aline Pereira. Perfil de peso ao nascer das crianças assistidas pela Pastoral Da Criança De Ceilândia - DF. 2018. 44f. Monografia (Graduação) - Universidade de Brasília, Graduação em Fisioterapia, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2018.

Introdução: Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, é a maior região administrativa do distrito e se encontra em desvantagem socioeconômica. Em um contexto desfavorável, instituições sociais como a Pastoral da Criança se preocupam com a promoção da saúde. Uma das variáveis importantes relacionadas ao risco de morte neonatal e ao desenvolvimento infantil é o baixo peso ao nascer, determinado como valores inferiores a 2500g. Objetivos: Analisar e descrever os dados preenchidos na Caderneta da Pastoral da Criança de Ceilândia sobre peso ao nascer e conhecer perfil de idade, sexo, amamentação, indicadores de conquistas e oportunidades e indicador de situação desfavorável destas crianças. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal. O levantamento foi realizado a partir dos dados da caderneta da criança preenchidos por voluntários da Pastoral da Criança de Ceilândia, Distrito Federal. Os dados foram organizados em planilha do Microsoft® Excel e exportados para o programa SPSS versão 5.0 onde foram submetidos à estatística descritiva. Resultados: Foram coletadas informações de 683 crianças, das quais 453 apresentaram peso adequado (>2.500kg), 55 apresentaram baixo peso ao nascer (<2.500kg), 04 crianças apresentaram muito baixo peso ao nascer (<1.500kg) e 02 crianças apresentaram extremo baixo peso ao nascer (<1.000kg). Em 169 cadernetas os dados sobre peso ao nascer não estavam preenchidos. Apenas 54 crianças foram amamentadas no peito até os 6 meses e 34 crianças não. Em 87,1% da informação relativa à amamentação não foi preenchida. Os indicadores de oportunidades e conquistas foram alcançados por 308 crianças, 31,2% dos cadernos não estavam preenchidos com essa variável. Em 59 crianças foi detectada situação desfavorável e em 29% dos cadernos não havia esta informação. Conclusão. Encontrou-se 61 crianças (9%) com baixo peso ao nascer, valor próximo às estatísticas regionais, sendo que 8,6% das crianças estavam em condições para risco no desenvolvimento neuro-psicomotor.

Palavras-chave: Recém-nascido de Baixo Peso; Desenvolvimento Infantil; Vulnerabilidade Social.

ABSTRACT

RESENDE, Aline Pereira. Profile of birth weight of children assisted by the Pastoral da Criança of Ceilândia – DF. 2018. 44f. Monograph (Graduation) - University of Brasilia, undergraduate course of Physicaltherapy, Faculty of Ceilândia. Brasília, 2018.

Background. Ceilândia, Federal District, Brazil, is the largest administrative region in the district and is socioeconomically disadvantaged. In an unfavorable context, social institutions such as the Pastoral da Criança are concerned with the promotion of health. One of the important variables related to the risk of neonatal death and to child development is low birth weight, determined as values below 2500g. **Objective.** To analyze and describe the data filled in the Pastoral da Criança's notebook which contains records of born children, such as birth weight, age, sex, breastfeeding, indicators of achievements and opportunities and indicators of the unfavorable situation of these children. **Methodology.** The survey was carried out using data of the child's record notebook which was filled in by volunteers from the Pastoral da Criança in Ceilândia, Distrito Federal. The data was organized in a Microsoft® Excel spreadsheet and diverted to the SPSS version 5.0 program where they were subjected to descriptive statistics. **Results.** Data was collected from 683 children, of whom 543 had normal weight (> 2,500 kg), 55 had low birth weight (<2,500 kg), 04 had very low birth weight (<1,500 kg) and 02 had low birth weight (<1,000 kg). Data on birth weight was incomplete in 169 books. 54 children were breastfed until 6 months and 34 children were not. 87.1% of the information on breastfeeding was not completed. The indicators of opportunities and achievements were reached by 308 children, 31.2% of the record notebooks were not filled with this variable. In 59 children an unfavorable situation was detected and in 29% of the notebooks there was no such information. **Conclusion.** Sixty-one children (9%) with low birth weight were found, which is close to regional statistics, and 8.6% of the children were at risk for neuropsychomotor development.

Keywords: Low Birth Weight; Child Development; Social Vulnerability.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	12
2 - METODOLOGIA.....	13
2.1 – Delineamento.....	13
2.2 – Participantes.....	14
2.3 – Coleta de dados	14
2.3.1- Local de atuação da Pastoral da Criança.....	14
2.3.2 - Voluntários em saúde da Pastoral da Criança.....	15
2.3.3 - Ações da Pastoral da Criança.....	15
2.3.4 - Variáveis do caderno da Pastoral da Criança.....	15
2.4 – Análise de dados	17
3 - RESULTADOS.....	17
4 - DISCUSSÃO.....	20
5 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	25
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
7 - CONFLITO DE INTERESSES.....	26
8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
ANEXOS.....	36
ANEXO A – INSTRUMENTO DA COLETA SECUNDÁRIA DE DADOS.....	36
ANEXO B – NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA.....	43
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS

BPN - Baixo Peso ao Nascer

DATASUS - Departamento de informática do Sistema Único de Saúde

EBPN - Extremo Baixo Peso ao Nascer

MBPN - Muito Baixo Peso ao Nascer

MMC - Método Mãe-Canguru

OMS - Organização Mundial de Saúde

PDAD - Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios

SUS - Sistema Único de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Quadro 1. Distribuição das pastorais da criança nas igrejas católicas de Ceilândia. Número de Cadernos investigados e situação de peso ao nascer.

Tabela 1. Peso ao nascer e sexo das crianças assistidas pela Pastoral da Criança de Ceilândia.

Tabela 2. Distribuição das variáveis distribuídas segundo faixa de peso.

Tabela 3. Indicadores de oportunidades e conquistas alcançados e situação desfavorável.

Figura 1. Amamentação até os 6 meses de vida. 595 Cadernos da Pastoral da Criança (87,1%) com informações não preenchidas ou sem o registro. 12,9% dos Cadernos restantes, 54 crianças amamentadas exclusivamente no peito até os 6 meses (7,9%) e 34 crianças não (5,0%).

1. INTRODUÇÃO

A Pastoral da Criança do Distrito Federal do Brasil é uma organização do terceiro setor, também chamado de filantrópico ou não governamental, que participa das questões sociais e tem papel relevante na assistência de atenção primária de saúde a crianças, mães e famílias. Uma boa política de atenção primária é um importante vetor de mudança e de desenvolvimento social, instrumento de implantação, acompanhamento e avaliação de políticas públicas junto ao Estado (BRASIL, 2017a; CAMPOS et al., 2014; SANTOS, 2011). Como política não governamental de atenção primária destinada ao público infantil, a Pastoral da Criança acompanha, mensalmente, cerca de 939.000 crianças, entre zero a seis anos de idade, em 3.519 municípios brasileiros (PASTORAL DA CRIANÇA, 2018). As ações dessa Pastoral geram benefícios para mães, pais ou cuidadores sobre aleitamento materno exclusivo, cobertura vacinal, guia de sobrevivência infantil, conhecimento e medição da curva de peso e acompanhamento nutricional (CESAR et al., 2005; MARQUES et al., 2012; NEUMANN et al., 1999; NEUMANN et al., 2002).

Na Região Administrativa de Ceilândia (a maior do Distrito Federal, RA IX), a renda per capita real em 2015 era de R\$ 914,75 contando com 489.351 habitantes. Segundo dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) de 2015, sua população se encontra em desvantagem sociocultural e renda domiciliar média-baixa (CODEPLAN, 2015). Populações em situação socioeconômicas desfavoráveis são susceptíveis a problemas de saúde e precisam de maior monitoramento (CODEPLAN, 2015). Este é um contexto que afeta as crianças, já que, são seres vulneráveis por natureza que mesmo na ausência de lesões no sistema nervoso podem apresentar atrasos no desenvolvimento neuro-psicomotor quando submetidas a carências nutricionais, prematuridade, alterações neurológicas, psicoemocionais e comportamentais da mulher mãe e das famílias (RIBEIRO et al., 2017; COSTA et al., 2016). Um bom desenvolvimento infantil depende de interação favorável entre fatores genéticos, biológicos e ambientais (AVARIA, 2005; BRASIL, 2002; TURKHEIMER et al., 2003).

O Comitê de Especialidades em Saúde Infantil da Organização Mundial de Saúde (OMS) determinou parâmetros para o controle do peso de crianças recém-nascidas: Baixo Peso ao Nascer (BPN) inferior a 2.500 g (entre 2.500g a 1.500g); Muito Baixo Peso ao Nascer (MBPN) menos de 1.500 g (entre 1.000g e 1.500g); e Extremo Baixo Peso ao Nascer (EBPN) quando inferior a 1.000 g; pesos independentes da idade gestacional (OMS, 2017). Em 2015, das crianças nascidas vivas em Ceilândia, 9,9% estavam na faixa de baixo peso ao nascer

(BPN) (BRASIL, 2015). Índices nacionais relacionam diretamente BPN ao risco de morte neonatal e ao prejuízo no desenvolvimento neuro-psicomotor infantil (COSTA et al., 2016). Em países desenvolvidos, a prevalência de BPN situa-se entre 4% e 6%. Em países subdesenvolvidos situa-se em cerca de 14% e, no Brasil, a prevalência é de cerca 9%, com importantes variações regionais (COELHO et al., 2018; PEDRAZA et al., 2014; UNICEF, 2016).

O objetivo deste estudo foi verificar, descrever e discutir as informações preenchidas pelos voluntários no Caderno individual de acompanhamento das crianças de todas as Pastorais da Criança de Ceilândia quanto ao peso ao nascer, idade, sexo, amamentação, indicadores de conquistas e oportunidades e indicador de situação desfavorável.

ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília pelo parecer nº 2.320.819 (Anexo C). Foi assinado um termo de concordância de instituição coparticipante com a Pastoral da Criança de Ceilândia e houve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2. METODOLOGIA

2.1 Delineamento

Estudo transversal de análise documental. O estudo transversal também pode ser chamado de seccional ou de prevalência. Nesse tipo de estudo a exposição ou causa está presente simultaneamente ao efeito no momento ou intervalo de tempo analisado. Através de estatística descritiva é obtida a proporção de indivíduos que apresentam o desfecho em um determinado ponto do tempo. É utilizado para investigação do grau de exposição dos efeitos por causas que são permanentes, ou condições de características individuais fixas, como sexo e idade, por exemplo. Esse modelo é comparado a uma fotografia ou corte instantâneo em que se analisa, naquela população e naquele momento, a presença ou ausência da exposição e a presença ou ausência do efeito (HOCHMAN et al., 2005; MARQUES; PECCIN, 2005).

2.2 Participantes

Crianças acompanhadas pela Pastoral da Criança de Ceilândia através dos dados preenchidos na Folha de Acompanhamento da Criança do Caderno do Líder da Pastoral da Criança de Ceilândia DF (parte 1). As crianças acompanhadas são captadas pela Pastoral da Criança por meio de ações promovidas com este propósito dentro da Paróquia, ou através dos voluntários em saúde da Pastoral da Criança que cadastram as crianças da comunidade, que vivem próximas a sua residência ou próximas a Paróquia em que a Pastoral atua. As crianças acompanhadas devem ter entre zero e seis anos de idade.

2.3 Coleta de dados

A Coleta de dados foi realizada através do Caderno do Líder da Pastoral da Criança de Ceilândia DF – Parte 1, Folha de Acompanhamento da criança e da gestante (Anexo A). Foi realizada uma análise documental, na qual, extraíram-se os dados de peso ao nascer, sexo, idade, amamentação até os seis meses, indicadores de oportunidades e conquistas, e indicador de situação desfavorável.

2.3.1 Local de atuação da Pastoral da Criança

Os pesquisadores foram até os locais nos dias onde as Pastorais da Criança realizam as reuniões para a coleta de dados e preenchimento do Caderno. As Pastorais da Criança ativas em Ceilândia se encontram nos seguintes locais: Paróquia Nossa Senhora da Assunção (Endereço: EQNP 32/36 AE Mód. A; CEP: 72236.54), Paróquia Nossa Senhora da Glória (Endereço: EQNM 03/05 mód. A – AE; CEP: 72215-035), Paróquia Nossa Senhora da Paz (Endereço: QNO 18 Cj. A Lotes 01 e 12; CEP: 72260-180), Paróquia Cristo Rei (Endereço: EQNP 24/28 Módulo AB/AE; CEP: 72235-532), Paróquia Evangelistas São Marcos e São Lucas (Endereço: EQNP 09/13 Mód. E, F, G, H; CEP: 72240-560), Paróquia Nossa Senhora de Lourdes (Endereço: Rua 01 Mod. 01 AE 03; CEP: 72268-000), Paróquia Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (Endereço: QNN 30 mód. A AE; CEP: 72220-301), Paróquia Ressurreição (Endereço: EQNN 05/07 Mód. A; CEP: 72225-055), Paróquia Sagrado Coração de Jesus e São José (Endereço: QNM 30 Mód. A – AE; CEP: 72210-300), Paróquia Santíssima Trindade (Endereço: EQNN 1/3 Mód. A; CEP: 72215-033), Paróquia São Francisco de Assis I (Endereço: EQNM 07/09 Mód. A; CEP: 72215-070), Paróquia São

Francisco de Assis II (Endereço: QNO 20 conj. A lote 15; CEP: 72261-261), Paróquia Senhor Bom Jesus (Endereço: EQNO 11/13; CEP: 72255-510). A coleta se iniciou no em novembro de 2017 e se finalizou em março de 2018, levando em consideração para a análise de dados sempre o ultimo mês em que as informações do caderno estavam preenchidas.

2.3.2 Voluntários em saúde da Pastoral da Criança

Os cadernos são preenchidos pelos voluntários em saúde que fazem parte de cada Pastoral. Os voluntários em saúde são chamados de líder dentro da Pastoral da criança, e qualquer pessoa da comunidade pode se voluntariar para este trabalho. Para se tornar um líder é preciso participar de curso de formação onde são distribuídos materiais para estudo, os participantes recebem instruções de como preencher o caderno de acompanhamento, aprendem sobre saúde básica e como essas informações que devem ser coletadas e/ou repassadas para as gestantes e mães das crianças acompanhadas.

2.3.3 Ações da Pastoral da Criança

A Pastoral da criança possui três ações principais: a visita domiciliar, a celebração da vida e a reunião de reflexão e avaliação. A visita domiciliar é feita mensalmente pelos voluntários em saúde que vão até a casa da gestante ou da criança acompanhada para avaliar o desenvolvimento naquele mês. A celebração da vida é um encontro com todas as crianças e gestantes acompanhadas que ocorre uma vez por mês, geralmente no terceiro sábado de cada mês. Neste dia as famílias acompanhadas são convidadas a participar de um momento de partilha onde pode haver brincadeiras para as crianças, palestras e rodas de conversa para as mães, a depender da Pastoral. Além disso, neste dia acontece a pesagem das crianças para o acompanhamento nutricional, seguido de um lanche. A reunião de reflexão e avaliação também ocorre uma vez por mês, e é um espaço para que os voluntários avaliem o trabalho realizado, conversem e aprendam.

2.3.4 Variáveis do caderno da Pastoral da Criança

O caderno de acompanhamento tem dados de identificação (nome da criança, nome da mãe e do pai, endereço e data de nascimento), peso ao nascer, idade em que a criança começou a receber alimentos, amamentação exclusiva até os seis meses, amamentação no mês

da visita, indicadores de oportunidades e conquistas alcançados, situação desfavorável, utilização do serviço de saúde nos últimos trinta dias e atendimento, vacinação completa para idade.

Os indicadores de oportunidades e conquistas desenvolvidos pela Pastoral vão avaliar o desenvolvimento das crianças através de uma série de perguntas estratificadas por faixas etárias. As perguntas abordam aspectos sociais/ambientais, motores e cognitivos. Quando a criança não atinge nenhuma das atividades avaliadas para sua janela de idade é classificada como em situação desfavorável. O quadro abaixo mostra os indicadores de oportunidades e conquistas:

1 mês	<ul style="list-style-type: none"> *O bebê tem certidão de nascimento? *Alguém ajuda em casa para que a mãe possa cuidar do bebê? *Durante a amamentação há troca de olhares e carinho entre mãe e bebê? *O bebê se acalma quando ouve a voz dos pais, é tocado ou embalado?
2-3 meses	<ul style="list-style-type: none"> *Quando a mãe ou o pai sorri para o bebê, ele responde com outro sorriso? *Quando a mãe ou o pai movimenta devagar o rosto em frente ao bebê, ele segue esse movimento? *Quando os pais colocam o bebê de barriga para baixo, ele levanta a cabeça e os ombros, apoiando-se nos braços? *Os pais pegam o bebê no colo para cariciar, falar e brincar, mesmo quando ele não está chorando?
4-5 meses	<ul style="list-style-type: none"> *O bebê mostra que conhece as pessoas que estão sempre com ele? *Quando alguém faz barulho atrás do bebê, ele vira a cabeça à procura do barulho? *Os pais animam o bebê a tentar pegar as coisas que colocam perto dele? *Quando alguém coloca o bebê sentado com apoio, ele consegue ficar nessa posição?
6-8 meses	<ul style="list-style-type: none"> *Os pais ou quem cuida sempre do bebê oferecem oportunidades para ele se relacionar com outras pessoas? *As pessoas da família incentivam o bebê a brincar com os objetos? *O bebê pega os objetos e brinca com eles batendo, jogando, rasgando? *As pessoas da família se comunicam com o bebê de diversas maneiras, usando sons, gestos, palavras?
9-11 meses	<ul style="list-style-type: none"> *O bebê usa gestos para se comunicar: aponta, bate palminhas, dá adeus? *As pessoas da família dizem o nome dos objetos e falam sobre as atividades que fazem com o bebê? *As pessoas da família arranjam espaço para o bebê aprender a se movimentar por conta própria? *O bebê anda com apoio?
12-23 meses	<ul style="list-style-type: none"> *As pessoas da família falam e conversam com a criança? *A criança entende quando as pessoas pedem alguma coisa para ela? *A criança se comunica utilizando pequenas frases? *A criança tem espaço que ofereça segurança para andar, correr, brincar?
24-47 meses	<ul style="list-style-type: none"> *As pessoas da família animam a criança a brincar e brincam com ela? *As pessoas da família ensinam, sem violência, o que a criança não pode fazer? *A criança brinca de faz de conta? *A criança tem oportunidade de brincar com outras crianças?
48-71 meses	<ul style="list-style-type: none"> *As pessoas da família têm oportunidade de ler para a criança? *As pessoas da família valorizam e animam a criança a desenhar? *As pessoas da família mostram ou convidam a criança a participar de suas atividades? *A criança frequenta a pré-escola?

2.4 Análise de dados

Os dados extraídos foram arquivados em um banco de dados feito em planilha de Microsoft® Excel, e passaram por análise estatística no programa SPSS versão 5.0.

Aplicou-se estatística descritiva sobre data de nascimento, peso ao nascer, sexo, indicadores de oportunidades e conquistas, indicador de situação desfavorável e amamentação exclusiva até os seis meses. Apresentar-se-á as médias e referidos desvios-padrão das informações.

3. RESULTADOS

As Pastorais da Criança de Ceilândia estão distribuídas por igrejas católicas, Paróquias localizadas na cidade administrativa de Ceilândia. A Pastoral da Criança da Paróquia Nossa Senhora de Lourdes não respondeu aos contatos por telefone nem presencialmente. Na Pastoral da Criança da Paróquia Nossa Senhora da Assunção houve mudanças de datas marcadas e falhas nos dias que impossibilitaram a coleta.

Foram investigados 683 Cadernos do Líder da Pastoral da Criança de Ceilândia DF – Parte 1 Folha de Acompanhamento da criança e da gestante. Encontrou-se uma média de idade das crianças registradas em meses de 31,77 (\pm 20,897). A idade mínima registrada da amostra foi de 0 meses e máxima de 93 meses (7,75 anos de idade). Observou-se distribuição homogênea de sexo, sendo 342 meninas (50,1%) e 322 meninos (47,1%). Entretanto em 19 Cadernos o sexo não estava registrado.

No total, 11 paróquias foram visitadas e todos os Cadernos foram conferidos. A Paróquia Senhor Bom Jesus acompanhou o maior número de crianças, num total de 100 cadernos, 14,6% de 683, e também foi aquela que apresentou maior porcentagem de crianças acompanhadas que apresentavam BPN (14%). (Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição das pastorais da criança nas igrejas católicas de Ceilândia. Número de Cadernos investigados e situação de peso ao nascer.

LOCALIZAÇÃO DA PASTORAL	N Caderno	%	BPN	MBPN	EBPN
1. Paróquia São Francisco de Assis II	91	13,3	8	2	0
2. Paróquia São Francisco de Assis I	72	10,5	1	0	1
3. Paróquia Senhor Bom Jesus	100	14,6	12	1	1
4. Paróquia Cristo Rei	33	4,8	3	0	0
5. Paróquia Nossa Senhora da Glória	56	8,2	4	1	0
6. Paróquias Sagrado Coração de Jesus e São José	21	3,1	0	0	0
7. Paróquia Santíssima Trindade	42	6,1	4	0	0
8. Paróquia Nossa Senhora da Paz	53	7,8	7	0	0
9. Paróquia Evangelista São Marcos e São Lucas	95	13,9	8	0	0
10. Paróquia Ressureição	70	10,2	6	0	0
11. Paróquia Nossa Senhora do Perpétuo Socorro	50	7,3	2	0	0
Total	683	100,0	55	4	2

O Peso ao nascer mostrou variação em gramas de 0,995 a 5,100 g, média de 2,603 ($\pm 1,037$). O peso adequado ao nascer foi encontrado em 453 crianças, 50,8% do sexo feminino e 46,8% do sexo masculino. O baixo peso ao nascer representou 9% de vulnerabilidade ao nascer, atingindo 61 crianças. O baixo peso ao nascer estava distribuído em 8,1 % BPN; 0,6% MBPN; e 0,3% EBPN (tabela 1). Não estava preenchido ou legível um total de 169 cadernos.

Tabela 1. Peso ao nascer e sexo das crianças assistidas pela Pastoral da Criança de Ceilândia.

PESO	Parâmetros	N. Crianças		N de sexo		
				FEM	MASC	Não Informado
≤ 2.500 kg	Peso Adequado	453	66,3%	230	212	11
> 2.500 kg	BPN	55	8,1%	32	22	1
> 1.500 kg	MBPN	4	0,6%	2	2	0
> 1.000 kg	EBPN	2	0,3%	1	0	1
Não preenchido		165	24,2%	74	85	6
Ilegível		4	0,6	3	1	0
Total		683	100,0	342	322	19

*Parâmetros segundo classificação da OMS (2017).

Na tabela 2 se nota que a porcentagem de BPN foi maior no sexo feminino 57,4% bem como em crianças nascidas com peso adequado também predomina o sexo feminino (50,8%). Em 80,3% da amostra as informações sobre amamentação destas crianças de risco não foram encontradas assim como das crianças cujo peso ao nascer foi normal, 85%. Dentre as crianças com BPN 57,4% tiveram todos os indicadores de oportunidades e conquistas alcançados e 77% apresentaram condições favoráveis para o desenvolvimento (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das variáveis distribuídas segundo faixa de peso.

		BPN/MBPN/EBPN		PESO ADEQUADO	
		N	%	N	%
Sexo	Feminino	35	57,4	230	50,8
	Masculino	24	39,3	212	46,8
	Não identificado	2	3,3	11	2,4
Amamentação exclusiva até 6 meses	Sim	6	9,8	46	10,2
	Não	6	9,8	22	4,9
	Não preenchido	49	80,3	385	85,0
Indicadores oportunidades e conquistas	Sim	35	57,4	203	44,8
	Não	11	18,0	128	28,3
	Não preenchido	15	24,6	122	26,9
Situação desfavorável	Sim	6	9,8	37	8,2
	Não	47	77,0	302	66,7
	Não preenchido	8	13,1	114	25,2
Total		61	100,0	453	100,0

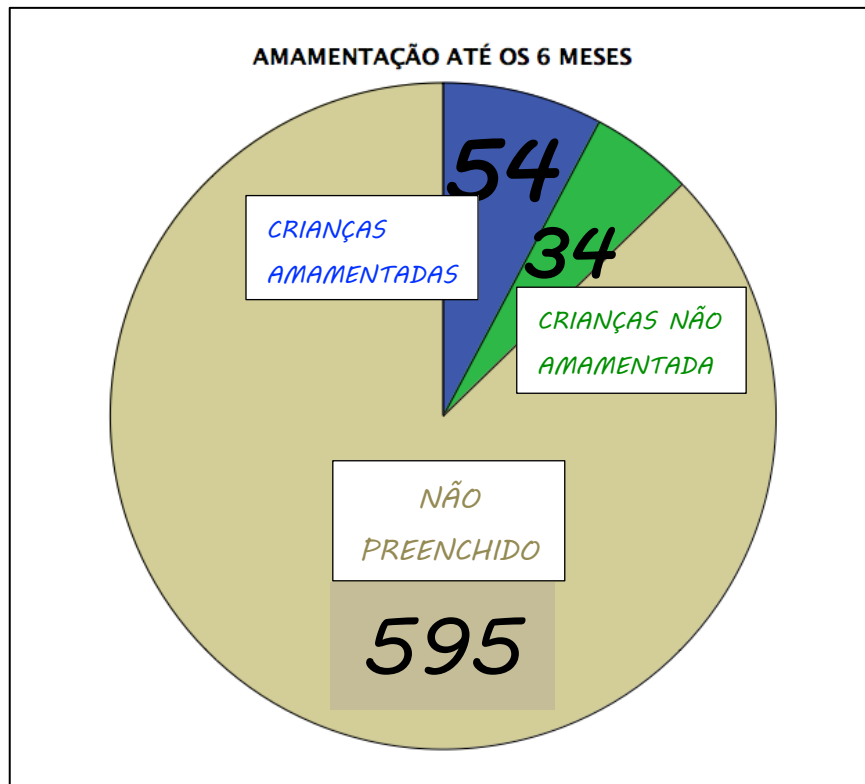
Indicadores de oportunidades e conquistas e situação desfavorável estão apresentados na tabela 3 e mostram que 308 crianças apresentando boas oportunidades e conquistas contra 59 em situação desfavorável. O percentual de informações não preenchidas ficou em 60,2% dos Cadernos.

Tabela 3. Indicadores de oportunidades e conquistas alcançados e situação desfavorável.

INDICADORES	OPORTUNIDADES E CONQUISTAS		SITUAÇÃO DESFAVORÁVEL	
	N	%	N	%
Sim	308	45,1	59	8,65
Não	162	23,7	426	62,4
Não preenchido	213	31,2	198	29,0
Total	683	100,0	683	100,0

A figura 1 mostra 595 (87,1%) Cadernos da Pastoral da Criança não preenchidos ou sem o registro em relação à amamentação até os 6 meses de idade. Dos 88 Cadernos preenchidos, os 12,9% mostram 54 crianças amamentadas exclusivamente no peito (7,9%) contra 34 que não foram exclusivamente amamentadas (5%).

Figura 1. Amamentação até os 6 meses de vida. 595 Cadernos da Pastoral da Criança (87,1%) com informações não preenchidas ou sem o registro. 12,9% dos Cadernos restantes, 54 crianças amamentadas exclusivamente no peito até os 6 meses (7,9%) e 34 crianças não (5,0%).



4. DISCUSSÃO

Objetivou-se neste trabalho verificar, descrever e discutir os dados de peso ao nascer, idade, sexo, amamentação, indicadores de oportunidades e conquistas e situação desfavorável das crianças acompanhadas pela Pastoral da Criança de Ceilândia, sendo assim, nota-se que quanto o peso ao nascer, no Brasil, regiões de melhor situação socioeconômica apresentam as maiores taxas de nascimento de crianças com baixo peso ao nascer. Isto ocorre pelo melhor diagnóstico de risco e atendimento destas gestantes, que possibilita indução dos partos e partos cesáreos, aumentando os índices da prematuridade e consequente baixo peso, fato que faz com que a taxa de mortalidade infantil diminua (LIMA et al.,2013; MENDES et al., 2015). Por isso o Distrito Federal, que se encontra em uma região com bom nível de desenvolvimento, apresenta taxas maiores de crianças com BPN se comparado a regiões norte e nordeste (BRASIL, 2011), onde há maior incidência de pobreza e de crianças menores de seis anos vivendo nessa situação (COSTA et al., 2016). É importante destacar que as taxas de mortalidade infantil nessas regiões desfavorecidas são elevadas, e isso é um fator

preocupante, já que isso pode significar que os recém-nascidos com baixo peso não estão conseguindo sobreviver (LIMA et al., 2013).

No presente estudo, realizado na Pastoral da Criança de Ceilândia, houve 9% de neonatos de baixo peso ao nascer, 57,4% de sexo feminino, uma tendência observada em outros estudos como os realizados no Acre, São Paulo, Rio de Janeiro e Lisboa, no período entre 2001 e 2007 (ARIMATEA et al., 2015; CARNIEL et al., 2008; MAIA, 2010; SANTANA, 2015; MILNER, 2017). Tais estudos relacionam lactentes com BPN com a prematuridade. Quando se compara os dados de baixo peso ao nascer observados neste estudo na Pastoral da Criança de Ceilândia com os dados de 2015 fornecidos pelo departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) em Ceilândia (10%), no Distrito Federal (9,6%) e no Brasil (8,4%) (BRASIL, 2015) se percebe que o número foi aproximado (9%).

Extremos de idade materna estão associados ao baixo peso assim como comportamento de risco durante a gestação, menor número de consultas pré-natais, nascimentos múltiplos, partos prematuros e sofrimento materno (MENDES, 2015; SILVEIRA, 2008). A correlação entre nível socioeconômico da família e alterações em alguma esfera do desenvolvimento infantil seja cognitivo, motor ou emocional também foram observados em outros estudos (BARROS et al., 2010; CHENG et al., 2014; COSTA et al., 2016; MORAIS; CARVALHO; MAGALHÃES, 2016; RAMOS; CUMAN, 2009; SACCANI et al., 2007). A probabilidade de atraso nos domínios cognitivo e motor (MILNER, 2017) são duas vezes maiores em lactentes que vivem com quatro ou mais riscos sociais (CHENG et al., 2014; COSTA et al., 2016; SACCANI et al., 2007). Baixo peso e má nutrição, condições patológicas, más condições de nascimento, mães com menos de seis consultas de pré-natal, esquema vacinal infantil incompleto e desconhecimento da família sobre desenvolvimento infantil também são apontados como fatores que podem influenciar o desenvolvimento neuropsicomotor infantil (LIMA; CAVALCANTE; COSTA, 2016).

O desenvolvimento infantil é um processo dinâmico e reflete as condições vividas pela criança, é influenciado por fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais) (LIMA; CAVALCANTE; COSTA, 2016; ROMANI; LIRA, 2004). Os indicadores desenvolvidos pela Pastoral possuem itens presentes nos domínios motor (marcos do desenvolvimento infantil como erguer a cabeça em posição supina, sentar e andar) (CASTILHO-WEINERT et al., 2014), cognitivo (desenvolvimento da linguagem, compreensão de brincadeiras e comandos) (ANDRADE, et al., 2005) e social (avaliação do contexto familiar que a criança esta envolvida) (ROMANI; LIRA, 2004). Quando a mesma não alcança nenhum dos indicadores

de oportunidades e conquistas são consideradas crianças em situação desfavorável. Das 683 crianças que fizeram parte do estudo 162 não alcançaram todos os indicadores de oportunidades e conquistas e 59 estavam em situação desfavorável. A criança não ter atingido todos os indicadores de oportunidades e conquistas não significa, necessariamente, um déficit, uma vez que, os indicadores de oportunidades e conquistas estão estratificados em grupos de faixa etária o que significa que as crianças observadas em determinado mês não necessariamente já tenham idade suficiente para ter todas as habilidades para aquela janela etária em que se encontra. Para ser classificada como criança em situação desfavorável ela não alcançou nenhum indicador de oportunidade e conquista, ou seja, o mínimo desejado para a idade.

Cinquenta e nove (59) crianças em situação desfavorável, que representaram 8,6% das crianças do estudo, apresentaram-se em condições para risco no desenvolvimento. Observa-se também que a porcentagem de crianças em situação desfavorável cresce (9,8%) quando analisamos as crianças BPN. Um dos motivos para esse aumento pode estar no fato de que quando os voluntários em saúde da Pastoral preenchem o caderno de acompanhamento levam em consideração a idade cronológica da criança, quando o ideal seria saber a idade gestacional com que a criança nasceu e avaliar através da idade corrigida, já que o baixo peso ao nascer está altamente associado a prematuridade (BRANKOVIC et al., 2013), porém o caderno não conta com essa informação.

Quando se pensa em prematuridade é importante tomar cuidado para não superestimar riscos que não se configuram realmente em problemas no desenvolvimento das crianças. Existe uma diferença significativa no resultado do desempenho motor quando são comparadas avaliações que levam em consideração idades cronológica e corrigida, sendo importante a correção da idade gestacional para avaliação do desempenho da criança até os 18 meses de idade (RIGHI et al., 2018; SACCANI; VALENTINI, 2010).

Outro possível motivo para o aumento da situação desfavorável seria a superproteção materna, que acontece pelo tempo de hospitalização dessas crianças fazendo com que as mães possam superestimar a vulnerabilidade da criança. Essa situação é frequentemente observada em nascidos pré-termo de muito baixo, o que pode dificultar o desenvolvimento infantil principalmente no que se relaciona a competência social (LINHARES et al., 2000).

Se compararmos a porcentagem de crianças que apresentam uma situação desfavorável no estudo desenvolvido com outros estudos que avaliam risco de desenvolvimento infantil, 9,8% é um número baixo. Um estudo realizado em Minas Gerais, em 2010, obteve 31,7% de crianças com risco para atraso no desenvolvimento, capitadas em

uma Unidade Básica de Saúde localizada na regional Venda Nova, em Belo Horizonte (GUIMARÃES et al., 2013). Uma revisão sistemática de 2016 mostra que os percentuais de suspeita ou atrasos ao desenvolvimento neuro-psicomotor para crianças típicas pode variar entre 0 e 46,3% (LIMA; CAVALCANTE; COSTA, 2016).

Em relação aos aspectos nutricionais, ao leite materno e amamentação, sabe-se que a amamentação é um fator fundamental para o bom desenvolvimento do neonato de BPN. Ter dados reais sobre aleitamento materno até os 6 meses, no mínimo, tem validade clínica e para os gestores de saúde pública. A questão nutricional é importante para desenvolvimento normal de crianças, em relação a todos os sistemas biológicos em desenvolvimento. O aleitamento materno pode evitar 13% a 15% do número de mortes infantis (JONES et al., 2003), fortalece o sistema imunológico, traz benefícios motores e cognitivos (QUIGLEY et al., 2007). Por isso, vários órgãos de saúde no mundo se preocupam com a situação do aleitamento materno. A Organização Mundial da Saúde e (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam amamentação até pelo menos os dois anos de idade, sendo que a mesma deve ser exclusiva até os seis meses (WHO, 2001; UNICEF, 2015).

O leite materno previne diarreia, infecção respiratória, diminui o risco de alergias, hipertensão, colesterol alto e diabetes, reduz a chance de obesidade, melhora a nutrição, tem efeito positivo sobre a inteligência, melhora desenvolvimento da cavidade bucal e promove o vínculo afetivo entre mãe e filho (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011; QUIGLEY et al., 2007). Apesar do aumento gradual da amamentação no Brasil (BRASIL, 2017b), um estudo de 2016 mostrou que a amamentação exclusiva ainda tem apenas 38% de adesão (VENANCIO et al., 2016) e as causas foram o uso de chupeta, que dificulta o processo de amamentação, e o trabalho materno no quarto e sexto mês, período que se encerra a licença maternidade para a maioria das mães (CARVALHO et al., 2017).

Lactentes com BPN têm dificuldade na aquisição da coordenação necessária para a sucção, o que, por sua vez, gera uma redução da produção de leite na mãe e aumenta o risco de interrupção da amamentação exclusiva (CARVALHO et al., 2017; RIGOTTI et al., 2015). Quando ficam internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal o retardo na mamada costuma afetar de maneira negativa o desenvolvimento neuro-psicomotor de bebês de BPN. Durante um período de nove meses, especialmente no terceiro mês, período mais crítico para o desenvolvimento, há um papel protetor da ingestão de leite materno na prevenção complicações (DING et al., 2018). A ingestão do leite materno suplementado durante internação e não suplementado após alta associa-se a uma redução significativa do risco de uma avaliação subdesenvolvida do desenvolvimento neurológico aos dois e cinco anos de

idade corrigida (ROZÉ et al., 2012). Leite materno nos primeiros 28 dias de vida gera produção de substância cinzenta nuclear, maior volume do hipocampo, memória de trabalho e desempenho motor melhores (BELFORT et al., 2016; VOHR et al., 2006).

Infelizmente, em 595 Cadernos consultados as informações de amamentação não estavam preenchidas pelos voluntários da Pastoral, significando 87,1% dos 683 no total. Salta aos olhos dois fatores importantes registrados durante a análise dos documentos, 1) preenchimento inadequado de informações e 2) informações não preenchidas. Isto fica evidente ao observarmos que 31,2% dos dados referentes aos indicadores de oportunidades e conquistas estavam sem preenchimento ou com preenchimento inadequado. Considera-se que as informações que constam no Caderno do Líder da Pastoral da Criança – caderneta individual da criança são importantes. Se preenchidos corretamente, tais dados seriam interessantes para os profissionais da equipe ou da gestão local, um perfil epidemiológico e demográfico que os ajudaria no planejamento de ações individualizadas ou em parcerias, de educação, prevenção e/ou intervenção em saúde. Esses dados teriam relevância principalmente para os lactentes com BPN, que muitas vezes estão associados à prematuridade e maior probabilidade de problemas no desenvolvimento e na nutrição (BRANKOVIC et al., 2013; CARVALHO et al., 2017; RIGOTTI et al., 2015; HAYASHIDA; NAKATSUKA, 2014).

Alguns campos podem ser negligenciados e profissionais desconhecem a importância de registrar informações corretamente, o que produziria informações fidedignas (LIMA; CORREIA, 2013). O problema de preenchimento de informações existe mesmo em serviços bem estruturados do SUS (GALDINO; SANTANA; FERRITE, 2017; GRACIANO; ARAÚJO; NOGUEIRA, 2009; MAIA, 2017; SALIBA et al., 2010). O sub registro e a má qualidade do preenchimento de prontuários, com dados incompletos, incorretos, ausentes e desatualizados, pode causar falhas na efetividade das ações desenvolvidas para as mulheres mães e suas criança na atenção básica (SALIBA et al., 2010).

Os dados desta pesquisa mostraram que o acompanhamento que a Pastoral da Criança faz à comunidade é importante. Representou a estatística local e mostrou que é possível planejar intervenções com as informações que gera. Pensando-se na Fisioterapia, uma vez detectados os lactentes BPN, muitos recursos se adequam a esta população. Por exemplo, orientar as mães sobre como carregar um bebê de baixo peso significa um ganho qualitativo muito grande para a criança no futuro, bem como a estimulação precoce. O método Mãe-Canguru já faz isto e mantém a estabilidade clínica de neonatos criticamente doentes, estabilizando a saturação periférica de oxigênio, a temperatura axilar e a frequência cardíaca

(DEFILIPO et al., 2017) e apresenta efeitos positivos sobre a mortalidade em recém-nascidos BPN, ganho ponderal, tempo de internação, desenvolvimento comportamental do prematuro como vínculo afetivo, senso de competência dos pais, episódios de choro e infecção associada (BRASIL, 2011; COSTA; MONTICELLI, 2005; CONDE-AGUDELO; DÍAZ-ROSSELLO, 2016). A orientação do valor da amamentação exclusiva, como acontece em unidades de saúde certificadas na rede de Ribeirão Preto, São Paulo, onde a prevalência da amamentação exclusiva no ano de 2011 nas crianças menores de seis meses foi maior em crianças acompanhadas pelo serviço, sugere que o acompanhamento pode ser uma estratégia efetiva para aumentar a amamentação exclusiva (PASSANHA et al., 2013). Pensando-se em políticas públicas, detectou-se a necessidade de melhorar a qualificação do preenchimento das informações no Caderno.

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo teve um desenho transversal, portanto, como característico, mostrou apenas um momento onde exposição e desfecho foram determinados simultaneamente, não sendo possível testar hipóteses. Outra limitação consiste em ser um estudo de análise documental, sendo assim, os pesquisadores não tem controle sobre o processo de coleta das informações junto à população alvo, nem controle da veracidade e qualidade das informações contidas nos instrumentos de coleta. Também houve limitação quanto à ausência do preenchimento de dados de interesse dos pesquisadores.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi alcançado. Foi possível extrair os dados do Caderno do Líder da Pastoral da Criança de Ceilândia DF, apresentar e discutir os resultados de peso ao nascer, idade, sexo, amamentação, indicadores de oportunidades e conquistas e indicador de situação desfavorável. Encontrou-se 59 crianças em situação desfavorável, 8,6% das crianças do estudo, em condições para risco no desenvolvimento. Observou-se que a porcentagem de crianças em situação desfavorável cresceu (9,8%) quando analisamos as informações sobre crianças de BPN. Verificaram-se ainda problemas relacionados ao preenchimento de dados, principalmente aqueles referentes à amamentação, que estava sem preenchimento em 87,1% dos cadernos de acompanhamento.

7. CONFLITO DE INTERESSES

Este estudo não obteve nenhum apoio financeiro. Não há nenhum conflito de interesse na preparação deste documento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Susanne; SANTOS, Darci; BASTOS, Ana; PEDROMÔNICO, Marcia; ALMEIDA-FILHO, Naomar; BARRETO, MAURICIO. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Revista de saúde Pública**, v. 39, p. 606-611, 2005.

ARIMATEA, Jaqueline Evaristo; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos; COSTA, Antonio José Leal; FONSECA, Sandra Costa; GAMA, Silvana Granado Nogueira; LACERDA, Elisa Maria De Aquino; KALE, Pauline Lorena. Low birthweight and postnatal weight in full-term infants under six months old, Rio de Janeiro, RJ, Brazil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1459-1466, May 2015 .

AVARIA, María. Aspectos biológicos del desarrollo psicomotor. *Revista Pediatría Electrónica*, Santiago de Chile, v. 2, n. 1, p. 36-45, 2005.

BARROS, Fernando; VICTORA, Cesar; SCHERPBIER, Robert; GWATKIN, Davidson. Socioeconomic inequities in the health and nutrition of children in low/middle income countries. **Revista de saude publica**, v. 44, n. 1, p. 1-16, 2010.

BELFORT, Mandy; ANDERSON, Peter; NOWAK, Victoria; LEE, Katherine; MOLESWORTH, Charlotte; THOMPSON, Deanne; DOYLE, Lex; INDER, Terrie. Breast milk feeding, brain development, and neurocognitive outcomes: a 7-year longitudinal study in infants born at less than 30 weeks' gestation. *The Journal of pediatrics*, v. 177, p. 133-139. e1, 2016.

BRASIL. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde Ministério da Saúde. Relatório epidemiológico sobre natalidade: região de saúde oeste. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde propõe avanços na Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC). Brasília, 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/g16.def>> Acesso em: 16 de maio de 2018.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; FERRER, Ana Luiza; GAMA, Carlos Alberto Pegolo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; TRAPÉ, Thiago Lavras; DANTAS, Deivisson Vianna. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 252-264, 2014.

CARNIEL, Emília de Faria; ZANOLLI, Maria de Lurdes; ANTÔNIO, Maria Ângela Reis de Góes Monteiro; MORCILLO, André Moreno. Determinants for low birth weight according to Live Born Certificates. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 11, n. 1, p. 169-179, 2008.

CARVALHO, Carolina Abreu; FONSÊCA, Poliana Cristina de Almeida; NOBRE, Luciana Neri; SILVA, Mariane Alves; PESSOA, Milene Cristine; RIBEIRO, Andréia Queiroz; PRIORE, Silvia Eloiza; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro Franceschini. Fatores sociodemográficos, perinatais e comportamentais associados aos tipos de leite consumidos por crianças menores de seis meses: coorte de nascimento. *Ciencia & saude coletiva*, v. 22, p. 3699-3710, 2017.

CASTILHO-WEINERT, Luciana Vieira; LOPES, Heitor Silverio; WEINERT, Wagner Rodrigo; ANDRES, Letícia Fernandes. Desenvolvimento motor típico no primeiro ano de vida: caracterização e detalhamento. **Fisioterapia Ser**, v. 9, n. 4, 2014.

CESAR, Juraci Almeida; GONÇALVES, Tatiane Souza; NEUMANN, Nelson Arns; OLIVEIRA FILHO, Joel Antonio; DIZIEKANIAK, Alessandra Coelho. Saúde infantil em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: comparando indicadores básicos em áreas atendidas pela Pastoral da Criança e áreas-controle. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 6, p. 1845-1855, 2005.

CHENG, Erika; POEHLMANN, Julie; MULLAHY, John; WITT, Whitney. Cumulative social risk exposure, infant birth weight, and cognitive delay in infancy. **Academic pediatrics**, v. 14, n. 6, p. 581-588, 2014.

CODEPLAN. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa distrital por amostra de domicílios. Brasília/DF: setembro 2015. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/PDAD-Distrito-Federal-1.pdf>>. Acesso em: Acesso em: 17 de novembro de 2017.

COELHO, Julita Maria Freitas; GALVÃO, Caroline Ramalho; RODRIGUES, Raiza Melo; CARVALHO, Silas Santos; SANTOS, Bruna Matos; MIRANDA, Samilly Silva; SILVA, Caroline Santos; PORTO, Edla Carvalho Lima; GALVÃO, Lorena Ramalho. Associação entre qualidade do pré-natal e baixo peso ao nascer em uma instituição hospitalar em Feira de Santana BA. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, v.8, n. 2, fev. 2018.

CONDE-AGUDELO, Agustin; DÍAZ-ROSSELLO, José L. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. **The Cochrane Library**, 2016.

COSTA, Elson Ferreira; CAVALCANTE, Lilia Iêda Chaves; SILVA, Mariane Lopes; GUERREIRO, Talitha Buenaño França. Association between family poverty and the neuropsychomotor development of children in the administrative districts of Belém. *Fisioterapia em Movimento*, v. 29, n. 3, p. 533-542, 2016.

COSTA, Roberta; MONTICELLI, Marisa. Método mãe-canguru. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, 2005.

DEFILIPO, Érica Cesário; CHAGAS, Paula Silva de Carvalho; NOGUEIRA, Caroline Chaves Lessa; ANANIAS, Geisiane Pereira; SILVA, Andrea Januário. Kangaroo position: Immediate effects on the physiological variables of preterm and low birth weight newborns. **Fisioterapia em Movimento**, v. 30, p. 219-227, 2017.

DING, Wenwen; ZHAO, Lijin; SHENG, Nan; MA, Jiali; ZHANG, Ying. Impact of NICU oral feeding on neuropsychomotor outcomes at 9 months of corrected age in Chinese low-birth-weight preterm infants: A retrospective study. **Journal of clinical nursing**, 2018.

GALDINO, Adriana; SANTANA, Vilma Sousa; FERRITE, Silvia. Qualidade do registro de dados sobre acidentes de trabalho fatais no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, p. -, 2017.

GRACIANO, Miriam Monteiro de Castro; ARAÚJO, Érika Westin; NOGUEIRA, Denismar Alves. Sistema de informação em saúde e atuação do profissional médico. 2009.

GUIMARÃES, Alessandro Fernandes; CARVALHO, Davi Vilela; MACHADO, Nathália Ádila; BAPTISTA, Regiane Aparecida; LEMOS, Stela Maris. Risco de atraso no desenvolvimento de crianças de dois a 24 meses e sua associação com a qualidade do estímulo familiar. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 31, n. 4, p. 452-458, 2013.

HAYASHIDA, Kaori; NAKATSUKA, Mikiya. Promoting factors of physical and mental development in early infancy: a comparison of preterm delivery/low birth weight infants and term infants. **Environmental health and preventive medicine**, v. 19, n. 2, p. 160, 2014.

HOCHMAN, Bernardo; NAHAS, Fabio; OLIVEIRA FILHO, Renato; FERREIRA, Lydia. Desenhos de pesquisa. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, v. 20, supl. 2, p. 2-9, 2005.

JONES, Gareth; STEKETEE, Richard; BLACK, Robert; BHUTTA, Zulfiqar; MORRIS, Saul. How many child deaths can we prevent this year?. *The lancet*, v. 362, n. 9377, p. 65-71, 2003.

LIMA, Aline Pinto; CORRÊA, Áurea Christina de Paula. A produção de dados para o Sistema de Informação do Pré-Natal em unidades básicas de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, 2013.

LIMA, Marina Clarissa Barros de Melo; OLIVEIRA, Genyklea Silva; LYRA, Célia Oliveira; RONCALLI, Angelo Giuseppe; FERREIRA, Maria Angela Fernandes. A desigualdade espacial do Baixo Peso ao Nascer no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2443-2452, Aug. 2013 .

LIMA, Samyra Said de; CAVALCANTE, Lília Iêda Chaves; COSTA, Elson Ferreira. Triagem do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças brasileiras: uma revisão sistemática da literatura. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 23, n. 3, p. 336-342, 2016.

MAIA, Raquel da Rocha Paiva; DE SOUZA, José Maria Pacheco. Fatores associados ao baixo peso ao nascer em município do norte do Brasil. **Journal of Human Growth and Development**, v. 20, n. 3, p. 735-744, 2010.

MAIA, Vivian Kecy Vieira; LIMA, Eliane de Fátima Almeida; MACHADO, Rhaísa Almeida Volpato; SOUSA, Ana Inês; LEITE, Franciele Marabotti Costa; PRIMO, Cândida Caniçali Primo. Avaliação da qualidade de um sistema de informação de pré-natal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 3, 2017.

MARQUES, Amélia; PECCIN, Maria Stella. Pesquisa em fisioterapia: a prática baseada em evidências e modelos de estudos. **Fisioterapia e pesquisa**, v. 11, n. 1, p. 43-48, 2005.

MARQUES, Fabrine Costa; RIBEIRO, Karine Suene Mendes Almeida; SANTOS, Warley Queiroz. Intersetorialidade: possibilidade de parcerias entre a Estratégia Saúde da Família e a Pastoral da Criança. **Saúde em Debate**, v. 36, p. 544-553, 2012.

MENDES, Carolina Queiroz de Souza; CACELLA, Bruna Cristina de Almeida; MANDETTA, Myriam Aparecida; BALIEIRO, Maria Magda Ferreira

Gomes. Baixo peso ao nascer em município da região sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 6, p. 1169-1175, 2015.

MILNER, Kate; DUKE, Trevor; STEER, Andrew; KADO, Joseph; KOYAMAIBOLE, Lanjeta; KAARIRA, Rakei; NAMUDU, Kelera; WOOLFENDEN, Susan Woolfenden; MILLER, Anne; O'HEIR, Kathryn; NEAL, Eleanor; ROBERTS, Gehan. Neurodevelopmental outcomes for high-risk neonates in a low-resource setting. **Archives of disease in childhood**, v. 102, n. 11, p. 1063-1069, 2017.

MORAIS, Rosane Luzia de Souza; CARVALHO, Alysson Massote; MAGALHÃES, Livia de Castro. The environmental context and the child development: brazilian studies. **Journal of Physical Education**, v. 27, 2016.

NEUMANN, Nelson; VICTORA, Cesar; HALPERN, Ricardo; GUIMARÃES, Paula; CESAR, Juraci. Desempenho da Pastoral da Criança na promoção de ações de sobrevivência infantil e na educação em saúde em Criciúma, uma cidade do sul do Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 5, p. 400-410, 1999.

NEUMANN, Nelson; VICTORA, Cesar; VALLE, Neiva; CESAR, Juraci; HORTA, Bernardo; LIMA, Silvia; BARROS, Fernando. Impacto da Pastoral da Criança sobre a nutrição de menores de cinco anos no Maranhão: uma análise multinível. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, n. 1, p. 30-40, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Assembléia Mundial de Saúde. Resoluções WHA20.19 e WHA43.24, de acordo com o Artigo 23 da Constituição da Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm> > Acesso em: 17 de dezembro de 2017.

PASSANHA, Adriana ; BENICIO, Maria Helena DAquino; VENANCIO, Sonia Isoyama; REIS, Marcia Cristina Guerreiro. Implantação da Rede Amamenta Brasil e

prevalência de aleitamento materno exclusivo. *Rev. Saúde Pública, São Paulo* , v. 47, n. 6, p. 1141-1148, Dec. 2013 .

PASTORAL DA CRIANÇA. Nossas Comunidades. Disponível em: <<https://www.pastoraldacrianca.org.br/>>. Acesso em: 09 mar. 2018.

PEDRAZA, Dixis Figueroa; SOUZA, Maercio Mota; CRISTÓVÃO, Fabiene Santos; FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier. Baixo peso ao nascer no Brasil: revisão sistemática de estudos baseados no sistema de informações sobre nascidos vivos. *Pediatr Mod*, v. 50, n. 2, p. 51-64, 2014.

QUIGLEY, Maria; HENDERSON, Ginny; ANTHONY, Mary; MCGUIRE, William. Formula milk versus donor breast milk for feeding preterm or low birth weight infants. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 4, n. 4, 2007.

RAMOS, Helena Ângela de Camargo; CUMAN, Roberto Kenji Nakamura. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 2, p. 297-304, 2009.

RIBEIRO, Camila da Costa; PACHELLI, Mariane Regina de Oliveira; AMARAL, Natalie Camillo de Oliveira; LAMONICA, Dionísia Aparecida Cusin. Habilidades do desenvolvimento de crianças prematuras de baixo peso e muito baixo peso. **CoDAS**, São Paulo , v. 29, n. 1, 2017.

RIGOTTI, Renata; OLIVEIRA, Maria Inês; BOCCOLINI, Cristiano. Associação entre o uso de mamadeira e de chupeta e a ausência de amamentação no segundo semestre de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, 2015.

ROMANI, Sylvia de Azevedo Mello; LIRA, Pedro Israel Cabral de. Fatores determinantes do crescimento infantil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 4, n. 1, p. 15-23, Mar. 2004 .

ROZÉ, Jean-Christophe; DARMAUN, Dominique; BOQUIEN, Clair-Yves; FLAMANT, Cyril Flamant; PICAUD, Jean-Charles; SAVAGNER, Christophe; CLARIS, Olivier; LAPILLONNE, Alexandre; MITANCHEZ, Delphine Mitanchez; BRANGER, Bernard; SIMEONI, Umberto; KAMINSKI, Monique; ANCEL, Pierre-Yves. The apparent breastfeeding paradox in very preterm infants: relationship between breast feeding, early weight gain and neurodevelopment based on results from two cohorts, EPIPAGE and LIFT. **BMJ open**, v. 2, n. 2, p. e000834, 2012.

SACCANI, Raquel; BRIZOLA, Evelise; GIORDANI, Ana Paula Giordani; BACH, Simone; RESENDE, Thaís de Lima; ALMEIDA, Carla Skilhan. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de um bairro da periferia de Porto Alegre. **Scientia Medica**, v. 17, n. 3, p. 130-7, 2007.

SALIBA, Suzely Adas Moimaz; GARBIN, Clea Adas Saliba; GARBIN, Antônio José Isper; ZINA, Livia Guimarães; YARLD, Sérgio Donha; FRANCISCO, Kléryson Martins Soares. Sistema de Informação Pré-Natal: análise crítica de registros em um município paulista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 3, 2010.

SANTANA, Paula; SANTOS, Rita; ALVES, Isabel; COUCEIRO, Luísa; MACHADO, Maria do Céu. Avaliação das condições individuais e contextuais no peso dos recém-nascidos (filhos de mães imigrantes e portuguesas) na área metropolitana de Lisboa. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 157-169, 2015.

SANTOS, Adriano Maia dos. Saúde da Família: atenção Primária na Amazônia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 6, p. 3019-302, 2011.

SILVEIRA, Mariângela; SANTOS, Iná; BARROS, Aluísio; MATIJASEVICH, Alicia; BARROS, Fernando; VICTORIA, Cesar. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 957-964, 2008.

TURKHEIMER, Eric; HALEY, Andreana; WALDRON, Mary; D'ONOFRIO, Brian; GOTTESMAN; Irving. Socioeconomic status modifies heritability of qi in young children. **Psychol sci**, v. 14, n. 6, p. 623-628, 2003.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Recommendations for optimal breastfeeding. 2015. Disponível em: <https://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html>. Acesso em: 20 de abril de 2018.

VENANCIO, Sonia Ioyama; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo; SILVA, Osvaldinete Lopes de Oliveira; STEFANELLO, Juliana; BENICIO, Maria Helena D'Aquino; REIS, Márcia Cristina Guerreiro; ISSLER, Mario Silveira; ESPIRITO SANTO, Lilian Cordova; CARDOSO, Maria Regina Alves; RIOS, Gabriela Sintra. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 3, 2016.

VOHR, Betty; POINDEXTER, Brenda; DUSICK, Anna; MCKINLEY, Leslie; WRIGHT, Linda; LANGER, John; POOLE, Kenneth. Beneficial effects of breast milk in the neonatal intensive care unit on the developmental outcome of extremely low birth weight infants at 18 months of age. **Pediatrics**, v. 118, n. 1, p. e115-e123, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The optimal duration of exclusive breastfeeding: Report of the expert consultation. Geneva, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf> Acesso em: 20 de abril de 2018.

ANEXOS**ANEXO A – INSTRUMENTO DA COLETA SECUNDÁRIA DE DADOS - CADERNO DO LÍDER DA PASTORAL DA CRIANÇA.**



1ª PARTE

PÁGINA 7

FOLHA DE ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA E DA GESTANTE

Nome da Criança: _____
 Nome da gestante/mãe: _____
 Endereço: _____
 Nome do pai: _____

1. A criança nasceu em: ____/____/____ Peso ao nascer: _____ gramas
2. Nasceu com baixo peso (menos de 2.500 gramas)? não () sim ()
3. Com que idade a criança começou a receber:
- | | |
|--------------------------------------|------------------------------|
| Água _____ meses | Chá _____ meses |
| Suco de fruta _____ meses | Fruta amassada _____ meses |
| Leite (pó, vaca, cabra) _____ meses | Arroz com feijão _____ meses |
| Papa de verduras/legumes _____ meses | Carnes, miúdos _____ meses |
| Outros alimentos _____ meses | |
4. Ao completar seis meses de vida, a criança mamava **só no peito**?
 Sim () Não, recebia também água, chá, suco, outros leites ou outros alimentos ()

As perguntas 5 a 26 encontram-se na contracapa e devem ser respondidas na página ao lado.

27. Esta criança entrou na Pastoral da Criança:
- durante a gestação. A gestante foi acompanhada por _____ meses ()
 - somente após o nascimento, a partir dos _____ de idade ()
28. Esta Criança saiu da Pastoral da Criança porque:
- completou 6 anos ()
 - a família não quer ser acompanhada ()
 - mudou de comunidade ou de líder ()
 - morreu. Anote a história na 3ª PARTE deste Caderno ()
29. A gestante deixou de ser acompanhada porque:
- ganhou nenê ()
 - não quer ser acompanhada ()
 - mudou de comunidade ou de líder ()
 - morreu. Anote a história na 3ª PARTE deste Caderno ()
 - teve aborto ou a criança nasceu morta ()

Mês e ano a que se referem os dados

5. Idade da criança (idade que a criança completa neste mês)
6. Você **visitou** esta criança neste mês?
- A criança **mama** no peito?
- Peso x altura** no trimestre (marcar)
7. A criança cadastrada **compareceu** na Celebração da Vida?
8. A mãe, pai ou responsável pela criança **ajudou** na Celebração da Vida? (espiritualidade, preparação do lanche, brincadeiras, etc)
9. Existe **horta caseira** onde mora a criança (três ou mais variedades, incluindo frutas)?
10. A criança ou a família comeu algo **desta horta** nas duas últimas semanas?
- Caso a criança tenha ficado **doente** neste mês, anote a doença
11. A criança teve **diarreia** nas duas últimas semanas?
12. Durante esta **diarreia**, que aconteceu nas duas últimas semanas, a criança tomou **soro** e a mãe insistiu com a **alimentação**?
13. Quais **indicadores de oportunidades e conquistas** foram alcançados neste mês?
14. Os indicadores da pergunta 13 apontam **situação desfavorável** para o desenvolvimento da criança (nenhum indicador foi alcançado)?
15. Todos os **indicadores de oportunidades e conquistas** foram alcançados?
16. A criança foi levada ao **Serviço de Saúde** nos últimos 30 dias? (para vacinação, consulta de rotina ou porque estava doente)
- *17. Nesta ida ao Serviço de Saúde, a criança foi **atendida**?
18. A criança está com a **vacina** completa para a sua idade?
19. A gestante está em que **mês da gestação**?
20. Você **visitou** esta gestante neste mês?
21. A gestante foi ao Serviço de Saúde para consulta **Pré-Natal** nos últimos 30 dias?
- *22. Nesta consulta **Pré-Natal** dos últimos 30 dias, a gestante foi **atendida**?
23. A gestante teve sua **altura uterina** medida nesta consulta Pré-Natal?
24. A gestante está com a curva uterina **abaixo** do percentil 10?
25. A gestante está com a curva uterina **acima** do percentil 90?
26. A gestante está com a **vacina** contra o tétano em dia?

* Observação: se a criança ou gestante NÃO FOI ATENDIDA pelo SERVIÇO DE SAÚDE, preencha os motivos na 2ª PARTE deste Caderno.

Indicadores de oportunidades e conquistas

Líder, converse e pergunte para a família da criança que completa neste mês:

1 mês de idade

1. O bebê tem certidão de nascimento? (p. 113)
2. Alguém ajuda em casa para que a mãe possa cuidar bem do bebê? (p. 115)
3. Durante a amamentação há troca de olhares e carinho entre a mãe e o bebê? (p. 135)
4. O bebê se acalma quando ouve a voz dos pais, é tocado ou é embalado? (p. 140)

2 e 3 meses de idade

1. Quando a mãe ou o pai sorri para o bebê, ele responde com outro sorriso? (p. 146)
2. Quando a mãe ou o pai movimentava devagar o rosto em frente ao bebê, ele segue esse movimento? (p. 147)
3. Quando os pais colocam o bebê de barriga para baixo, ele levanta a cabeça e os ombros, apoiando-se nos braços? (p. 148)
4. Os pais pegam o bebê no colo para acariciar, falar e brincar, mesmo quando ele não está chorando? (p. 149)

4 e 5 meses de idade

1. O bebê mostra que conhece as pessoas que estão sempre com ele? (p. 163)
2. Quando alguém faz barulho atrás do bebê, ele vira a cabeça à procura do barulho? (p. 164)
3. Os pais animam o bebê a tentar pegar as coisas que colocam perto dele? (p. 165)
4. Quando alguém coloca o bebê sentado com apoio, ele consegue ficar nessa posição? (p. 166)

6 a 8 meses de idade

1. Os pais ou quem cuida sempre do bebê oferecem oportunidade para ele se relacionar com outras pessoas? (p. 192)
2. As pessoas da família incentivam o bebê a brincar com os objetos? (p. 193)
3. O bebê pega objetos e brinca com eles batendo, jogando, rasgando? (p. 194)
4. As pessoas da família se comunicam com o bebê de diversas maneiras, usando sons, gestos, palavras? (p. 195)

9 a 11 meses de idade

1. O bebê usa gestos para se comunicar: aponta, bate palminhas, dá adeus? (p. 207)
2. As pessoas da família dizem o nome dos objetos e falam sobre as atividades que fazem com o bebê? (p. 208)
3. As pessoas da família arranjam espaço para o bebê aprender a se movimentar por conta própria? (p. 209)
4. O bebê anda com apoio? (p. 210)

1 ano a 1 ano e 11 meses de idade (12 meses a 23 meses)

1. As pessoas da família falam e conversam com a criança? (p. 233)
2. A criança entende quando as pessoas pedem alguma coisa para ela? (p. 234)
3. A criança se comunica usando pequenas frases? (p. 239)
4. A criança tem espaço que ofereça segurança para andar, correr e brincar? (p. 242)

2 anos a 3 anos e 11 meses de idade (24 meses a 47 meses)

1. As pessoas da família animam a criança a brincar e brincam com ela? (p. 246)
2. As pessoas da família ensinam, sem violência, o que a criança não pode fazer? (p. 250)
3. A criança brinca de faz de conta? (p. 256)
4. A criança tem oportunidade de brincar com outras crianças? (p. 258)

4 anos a 5 anos e 11 meses de idade (48 meses a 71 meses)

1. As pessoas da família têm oportunidade de ler para a criança? (p. 280)
2. As pessoas da família valorizam e animam a criança a desenhar? (p. 281)
3. As pessoas da família mostram ou convidam a criança a participar de suas atividades? (p. 282)
4. A criança frequenta a pré-escola? (p. 285)

Calendário Básico de Vacinação da Criança

Idade	Vacinas	Dose	Doença Evitada	Outras Vacinas
Ao nascer	BCG-ID	Dose única	Formas graves de Tuberculose	
	Vacina contra Hepatite B ¹	1ª dose	Hepatite B	
2 meses	Vacina Pentavalente (DTP + Hib + HB) ²	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Hemófilus influenzae b</i>	
	Vacina contra Poliomielite Inativada	1ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)	
	Vacina oral de Rotavírus Humano ³	1ª dose	Diarréia por Rotavírus	
	Vacina Pneumocócica 10	1ª dose	Pneumonia, otite, meningite e outras	
3 meses	Vacina Meningocócica C	1ª dose	Doenças invasivas causadas por <i>Neisseria</i>	
4 meses	Vacina Pentavalente (DTP + Hib + HB)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Hemófilus influenzae b</i>	
	Vacina contra Poliomielite	2ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)	
	Vacina oral de Rotavírus Humano ⁴	2ª dose	Diarréia por Rotavírus	
	Vacina Pneumocócica 10	2ª dose	Pneumonia, otite, meningite e outras	
5 meses	Vacina Meningocócica C	2ª dose	Doenças invasivas causadas por <i>Neisseria</i>	
6 meses	Vacina Pentavalente (DTP + Hib + HB)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Hemófilus influenzae b</i>	
	Vacina oral Poliomielite	3ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)	
	Vacina Pneumocócica 10	3ª dose	Pneumonia, otite, meningite e outras	
9 meses	Vacina contra Febre Amarela ⁵	dose inicial	Febre Amarela	
12 meses	Vacina Tríplice Viral	dose inicial	Sarampo, caxumba e rubéola	
	Vacina Pneumocócica 10	reforço	Pneumonia, otite, meningite e outras	
15 meses	Vacina Tríplice Bacteriana (DTP)	1º reforço	Difteria, tétano e coqueluche	
	Vacina oral Poliomielite	reforço	Poliomielite (paralisia infantil)	
	Vacina Meningocócica C	reforço	Doenças invasivas causadas por <i>Neisseria</i>	
4 anos	Vacina Tríplice Bacteriana (DTP)	2º reforço	Difteria, tétano e coqueluche	
	Vacina Tríplice viral	2ª dose	Sarampo, caxumba e rubéola	
Campanhas Nacionais para Crianças				
Menores de 5 anos	Vacina oral Poliomielite			
De 6 meses a menores de 2 anos	Vacina Influenza (gripe)			

FONTE: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações (PNI). Calendário Básico de Vacinação da Criança [on line]. Brasília, Brasil; 2012. Disponível em: URL: http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtx=21462

- ¹ A primeira dose da vacina contra a hepatite B deve ser administrada na maternidade, nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido.
- ² O esquema de vacinação é feito aos 2, 4 e 6 meses de idade com a vacina Pentavalente e dois reforços com a Tríplice Bacteriana (DTP). O primeiro reforço aos 15 meses e o segundo entre 4 e 6 anos.
- ³ É possível administrar a primeira dose da Vacina Oral de Rotavírus Humano entre 6 a 14 semanas de vida.
- ⁴ É possível administrar a segunda dose da Vacina Oral de Rotavírus Humano entre 14 a 24 semanas de vida. O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de 4 semanas.
- ⁵ A vacina contra febre amarela está indicada para crianças a partir dos 09 meses de idade, que residam ou que irão viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Se viajar para áreas de risco, vacinar contra Febre Amarela 10 (dez) dias antes da viagem.

Líder, este é o calendário básico de vacinação da criança. Se no município onde você mora são aplicadas outras vacinas, anote-as na última coluna

Sinais de perigo Levar imediatamente ao hospital

Gestante



- sangramento1
- vômitos frequentes2
- ardência ao urinar3
- febre alta4
- dor de cabeça5
- inchaço anormal de pernas e braços6
- bebê não se move7
- perda de líquido7

Bebê menor de 2 meses



- convulsões (ataque)1
- bebê mais molinho, parado e com choro fraco ou gemente2
- não pega o peito ou não consegue se alimentar3
- febre alta ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)4
- Temperatura baixa ($\leq 35,5^{\circ}\text{C}$)5
- diarreia6
- umbigo vermelho ou com pus7
- muitas pústulas na pele (bolhas com pus)8

Criança de 2 meses a 5 anos



- convulsões (ataque)1
- criança mais molinha, parada e com choro fraco2
- vomita tudo3
- não mama, não bebe ou não se alimenta3
- se a criança está com dificuldade para respirar:
 - tiragem subcostal (aparece as costelas quando puxa o ar)4
 - ruído esquisito ao respirar (estridor)4
- se está com diarreia:
 - sinal da prega5
 - olhos fundos5
- emagrecimento acentuado, inchaço em ambos os pés ou palidez acentuada6

FI
1
2
3
4
5

ANEXO B- NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA

Rehabilitation Research and Practice

Author Guidelines

Language Editing

Hindawi has partnered with Editage to provide an English-language editing service to authors prior to submission. Authors that wish to use this service will receive a 10% discount on all editing services provided by Editage. To find out more information or get a quote, please [click here](#).

Submission

Manuscripts should be submitted by one of the authors of the manuscript through the online Manuscript Tracking System. Only electronic PDF (.pdf) or Word (.doc, .docx, .rtf) files can be submitted through the MTS, and there is no page limit. Submissions by anyone other than one of the authors will not be accepted. The submitting author takes responsibility for the manuscript during submission and peer review. If for some technical reason submission through the MTS is not possible, the author can contact rep@hindawi.com for support.

Terms of Submission

Manuscripts must be submitted on the understanding that they have not been published elsewhere and are only being considered by this journal. The submitting author is responsible for ensuring that the article's publication has been approved by all the other coauthors. It is also the submitting author's responsibility to ensure that the article has all necessary institutional approvals. Only an acknowledgment from the editorial office officially establishes the date of receipt. Further correspondence and proofs will be sent to the author(s) before publication, unless otherwise indicated. It is a condition of submission that the authors permit editing of the manuscript for readability. All inquiries concerning the publication of accepted manuscripts should be addressed to rep@hindawi.com. All submissions are bound by the Hindawi terms of service.

Peer Review

All manuscripts are subject to peer review and are expected to meet the standards of academic excellence. If approved by the editor, submissions will be considered by peer reviewers, whose identities will remain anonymous to the authors.

Our Research Integrity team will occasionally seek advice outside standard peer review, for example, on submissions with serious ethical, security, biosecurity, or societal implications. We may consult experts and the academic editor before deciding on appropriate actions, including but not limited to: recruiting reviewers with specific expertise, assessment by additional editors, and declining to further consider a submission.

Concurrent Submissions

In order to ensure sufficient diversity within the authorship of the journal, authors will be limited to having two manuscripts under review at any point in time. If an author already has two manuscripts under review in the journal, they will need to wait until the review process of at least one of these manuscripts is complete before submitting another manuscript for consideration. This policy does not apply to Editorials or other non-peer reviewed manuscript types.

Article Processing Charges

The journal is Open Access. Article Processing Charges (APCs) allow the publisher to make articles immediately available online to anyone to read and reuse upon publication. For more details, please visit the Article Processing Charges information page.

Units of Measurement

Units of measurement should be presented simply and concisely using the International System of Units (SI).

Article Types

The journal will consider the following article types:

Research Articles

Research articles should present the results of an original research study. These manuscripts should describe how the research project was conducted and provide a thorough analysis of the results of the project. Systematic reviews may be submitted as research articles.

Clinical Studies

A clinical study presents the methodology and results of a study that was performed within a clinical setting. These studies include both clinical trials and retrospective analyses of a body of existing cases. In all cases, clinical studies should include a description of the patient group that was involved, along with a thorough explanation of the methodology used in the study and the results that were obtained.

When publishing clinical trials, Hindawi aims to comply with the recommendations of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) on trial registration. Therefore, authors are requested to register the clinical trial presented in the manuscript in a public trial registry and include the trial registration number at the end of the abstract. Trials initiated after July 1, 2005, must be registered prospectively before patient recruitment has begun. For trials initiated before July 1, 2005, the trial must be registered before submission.

Reviews

A review article provides an overview of the published literature in a particular subject area.

Formatting

An optional research article manuscript template can be downloaded [here](#). We recommend that all manuscripts follow the structure below:

Title and Authorship Information

The following information should be included:

- Manuscript title
- Full author names
- Full institutional mailing addresses
- Email addresses

Abstract

The manuscript should contain an abstract. The abstract should be self-contained, citation-free, and should not exceed 300 words.

Introduction

This section should be succinct, with no subheadings.

Materials and Methods

This part should contain sufficient detail that would enable all procedures to be repeated. It can be divided into subsections if several methods are described.

Results and Discussion

This section may be divided into subsections or may be combined.

Main Text (Review only)

This section may be divided into subsections or may be combined.

Conclusions

This should clearly explain the main conclusions of the article, highlighting its importance and relevance.

Data Availability (excluding Review articles)

This statement should describe how readers can access the data supporting the conclusions of the study and clearly outline the reasons why unavailable data cannot be released. For guidance on composing a Data Availability statement, including template examples, please see [here](#).

Conflicts of Interest

Authors must declare all relevant interests that could be perceived as conflicting. Authors should explain why each interest may represent a conflict. If no conflicts exist, the authors should state this. Submitting authors are responsible for coauthors declaring their interests.

Funding Statement

Authors must state how the research and publication of their article was funded, by naming financially supporting body(s) (written out in full) followed by associated grant number(s) in square brackets (if applicable), for example: “This work was supported by the Engineering and Physical Sciences Research Council [grant numbers xxxx, yyyy]; the National Science Foundation [grant number zzzz]; and a Leverhulme Trust Research Project Grant”.

If the research did not receive specific funding, but was performed as part of the employment of the authors, please name this employer. If the funder was involved in the manuscript writing, editing, approval, or decision to publish, please declare this.

Acknowledgments

All acknowledgments (if any) should be included at the very end of the manuscript before the references. Anyone who made a contribution to the research or manuscript, but who is not a listed author, should be acknowledged (with their permission).

References

Authors may submit their references in any style. If accepted, these will be reformatted in Chicago style by Hindawi. Authors are responsible for ensuring that the information in each reference is complete and accurate. All references should be numbered consecutively in the order of their first citation. Citations of references in the text should be identified using numbers in square brackets e.g., “as discussed by Smith [9]”; “as discussed elsewhere [9, 10]”. All references should be cited within the text and uncited references will be removed.

Preparation of Figures

Upon submission of an article, authors should include all figures and tables in the PDF file of the manuscript. Figures and tables should not be submitted in separate files. If the article is accepted, authors will be asked to provide the source files of the figures. Each figure should be supplied in a separate electronic file. All figures should be cited in the manuscript in a consecutive order. Figures should be supplied in either vector art formats (Illustrator, EPS, WMF, FreeHand, CorelDraw, PowerPoint, Excel, etc.) or bitmap formats (Photoshop, TIFF, GIF, JPEG, etc.). Bitmap images should be of 300 dpi resolution at least unless the resolution is intentionally set to a lower level for scientific reasons. If a bitmap image has labels, the image and labels should be embedded in separate layers.

Preparation of Tables

Tables should be cited consecutively in the text. Every table must have a descriptive title and if numerical measurements are given, the units should be included in the column heading. Vertical rules should not be used.

Supplementary Materials

Supplementary materials are the additional parts to a manuscript, such as audio files, video clips, or datasets that might be of interest to readers. Authors can submit one file of supplementary material along with their manuscript through the Manuscript Tracking System. If there is more than one file, they can be uploaded as a .ZIP file.

A section titled “Supplementary Material” should be included before the references list with a concise description for each supplementary material file. Supplementary materials are not modified by our production team. Authors are responsible for providing the final supplementary materials files that will be published along with the article.

Proofs

Corrected proofs must be returned to the publisher within two to three days of receipt. The publisher will do everything possible to ensure prompt publication.

Copyright and Permissions

Authors retain the copyright of their manuscripts, and all Open Access articles are distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided that the original work is properly cited.

The use of general descriptive names, trade names, trademarks, and so forth in this publication, even if not specifically identified, does not imply that these names are not protected by the relevant laws and regulations. The submitting author is responsible for securing any permissions needed for the reuse of copyrighted materials included in the manuscript.

While the advice and information in this journal are believed to be true and accurate on the date of its going to press, neither the authors, the editors, nor the publisher can accept any legal responsibility for any errors or omissions that may be made. The publisher makes no warranty, express or implied, with respect to the material contained herein.

Conflicts of Interest

Conflicts of interest (COIs, also known as ‘competing interests’) occur when issues outside research could be reasonably perceived to affect the neutrality or objectivity of the work or its assessment. For more information, see our [publication ethics policy](#). Authors must declare all potential interests – whether or not they actually had an influence – in a ‘Conflicts of Interest’ section, which should explain why the interest may be a conflict. If there are none, the authors should state “The author(s) declare(s) that there is no conflict of interest regarding the publication of this article.” Submitting authors are responsible for coauthors declaring their interests. Declared conflicts of interest will be considered by the editor and reviewers and included in the published article.

Authors must declare current or recent funding (including for Article Processing Charges) and other payments, goods or services that might influence the work. All funding, whether a conflict or not, must be declared in the “Funding Statement”. The involvement of anyone other than the authors who 1) has an interest in the outcome of the work; 2) is affiliated to an organization with such an interest; or 3) was employed or paid by a funder, in the commissioning, conception, planning, design, conduct, or analysis of the work, the preparation or editing of the manuscript, or the decision to publish must be declared.

Ethical Guidelines

In any studies on human or animal subjects, the following ethical guidelines must be observed. For any experiments on humans, all work must be conducted in accordance with the Declaration of Helsinki (1964). Manuscripts describing experimental work which carries a risk of harm to human subjects must include a statement that the experiment was conducted with the human subjects’ understanding and consent, as well as a statement that the responsible Ethical Committee has approved the experiments. In the case of any animal experiments, the authors must provide a full description of any anesthetic or surgical procedure used, as well as evidence that all possible steps were taken to avoid animal suffering at each stage of the experiment.

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil epidemiológico das crianças assistidas pela Pastoral da Criança de Ceilândia-DF.

Pesquisador: Ana Clara Bonini Rocha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 72515917.1.0000.8093

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.399.650

Apresentação do Projeto:

A fisioterapia engloba a prevenção de distúrbios cinético-funcionais (COFFIO, 2013) nos três níveis de atenção do SUS, embora o atendimento fisioterapêutico seja majoritariamente encontrado na atenção secundária e terciária, é na atenção primária que se encontra a porta de entrada para o usuário com ações de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. E embora sejam utilizadas tecnologias de baixa densidade é um ambiente muito complexo devido à diversidade de demandas (LAVRAS, 2011). Cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde tem capacidade de serem resolvidas pela atenção primária à saúde (BRASIL, 2007; RIBEIRO, 2007). Nesse contexto desfavorável, várias instituições se preocupam com a promoção da saúde e uma delas é a Pastoral da Criança, organismo de ação social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) que atua na organização da comunidade e na capacitação de líderes voluntários. Pensando no desenvolvimento infantil como resultado da interação entre fatores genéticos, biológicos e ambientais, fica claro a relação indissociável entre meio e fatores biológicos (AVARIA, 2005; BRASIL, 2002; TURKHEIMER et al., 2003). A hipótese deste estudo é que conseguiremos levantar indicadores que sirvam de suporte para futuro planejamento, administração e avaliação das ações de saúde, especificamente quanto a crianças de risco para incapacidades relacionadas ao desenvolvimento neuro-psicomotor. Trata-se de um estudo transversal descritivo que utilizará análise de documentos da Pastoral da Criança da região do Distrito Federal. Os documentos são referentes a crianças com idade entre zero e seis anos

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3376-0437 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.399.650

assistidas pela Pastoral da Criança. Serão critérios de exclusão da pesquisa: (I) dados incompletos nos documentos da Pastoral da Criança. Os pesquisadores irão até o local e dia onde a Pastoral da Criança está atuando e utilizando-se de planilha própria fará o levantamento das informações transcritas para os documentos previamente preenchidos pelos voluntários.

Objetivo da Pesquisa:

- Verificar a distribuição dos fatores determinantes de danos à saúde das crianças registradas na Pastoral da Criança de Ceilândia.
- Identificar o perfil epidemiológico das crianças.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Riscos:

Existem riscos mínimos para realização deste estudo, tendo em vista que é uma análise de documentos, existe a possibilidade da exposição de informações pessoais, porém os pesquisadores se comprometem a não divulgar em nenhuma hipótese dados que permitam identificar a pastoral onde os dados foram coletados, bem como informações que permitam identificar o nome da mãe, da criança ou do responsável. Os riscos serão minimizados pelo arquivamento dos dados levantados em cada pastoral que serão arquivados sem conter iniciais ou nomes de pessoas da comunidade, eles serão armazenados em forma de quantitativo total, sendo ignoradas as informações pessoais. Caso os documentos da pastoral avaliados apresentem identificação pessoal, os pesquisadores não irão utilizá-los. Os dados coletados serão arquivados em planilhas de Excel e mantidos no computador pessoal da pesquisadora responsável durante dois anos e depois de publicados em periódicos da área serão destruídos (deletados).

Benefícios:

Os participantes do estudo se beneficiarão indiretamente com os resultados do estudo, uma vez que este traçará um perfil epidemiológico e o risco a danos de saúde da população. O conhecimento de projetos que visem o perfil epidemiológico permite que universidades e gestores aperfeiçoem suas ações destinadas ao público alvo. Os dados relativos a crianças que são diagnosticadas com atraso no desenvolvimento são alarmantes e a melhor maneira de evitar esta situação de saúde é conhecendo a demanda multiprofissional."

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3376-0437 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 2.399.650

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de iniciação científica da aluna do curso de fisioterapia de Aline Pereira Resende sobre a orientação de Ana Clara Bonini Rocha. No projeto estima-se a inclusão de 500 participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios estão inseridos na plataforma, sendo solicitada a autorização de dispensa de TCLE pelos motivos apresentados pelos pesquisadores.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_909992.pdf	05/11/2017 11:31:44		Aceito
Outros	carta_resposta_cep.pdf	05/11/2017 11:31:07	ALINE PEREIRA DE RESENDE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	05/11/2017 11:29:19	ALINE PEREIRA DE RESENDE	Aceito
Outros	CartarespostaCEPFS.pdf	31/07/2017 16:57:19	Ana Clara Bonini Rocha	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	31/07/2017 16:52:54	Ana Clara Bonini Rocha	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	31/07/2017 16:51:59	Ana Clara Bonini Rocha	Aceito

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3376-0437 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 2.399.650

Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	31/07/2017 16:50:54	Ana Clara Bonini Rocha	Aceito
Outros	CurriculoAnaClaraBoniniRocha.pdf	18/07/2017 11:07:16	ALINE PEREIRA DE RESENDE	Aceito
Outros	Curriculo.pdf	18/07/2017 10:05:35	ALINE PEREIRA DE RESENDE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termoderesponsabilidade.pdf	18/07/2017 09:46:40	ALINE PEREIRA DE RESENDE	Aceito
Outros	COPARTICIPACAO.pdf	22/06/2017 17:59:47	Ana Clara Bonini Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	AUSENCIA_TCLE.pdf	22/06/2017 17:57:16	Ana Clara Bonini Rocha	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO.pdf	22/06/2017 17:55:05	Ana Clara Bonini Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 26 de Novembro de 2017

**Assinado por:
Dayani Galato
(Coordenador)**

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3376-0437 **E-mail:** cep.fce@gmail.com