

## **PREENCHIMENTO DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.**

Mônica Borba da Silva; Janaina Feitosa do Nascimento Monteiro; Isabella Nayara Santos Lira.

Maria da Conceição Carvalho Maciel.

Faculdade Integrada de Patos (FIP). monicaborbas@hotmail.com

**Resumo:** A Caderneta de Saúde da Criança (CSC), implantada no Brasil em 2005 apresenta-se como instrumento essencial de vigilância da saúde infantil, por ser um documento no qual são registrados dados e eventos mais relevantes sobre a criança. É um documento que permite diálogo entre família e profissionais, mas para que seja um documento de vigilância à saúde da criança, é necessário o registro correto e completo das informações. Considerando a importância da utilização adequada desse instrumento para a saúde da criança, o estudo teve como objetivo reunir estudos na literatura brasileira acerca da situação de preenchimento da caderneta de saúde da criança. Os dados sobre Identificação da criança são os itens de maior percentual de preenchimento correto encontrado nas CSC. Porém os dados sobre gravidez, parto, condições de nascimento da criança e vigilância do desenvolvimento infantil possuem baixa proporção de preenchimento. O estudo chama atenção também para a subutilização dos gráficos presentes na caderneta de saúde da criança para o acompanhamento do crescimento infantil. Desse modo o estudo verificou a precariedade dos registros das informações na Caderneta de Saúde da Criança, pelos profissionais de saúde que assistem a criança, denotando a necessidade de investir em capacitação profissional.

**PALAVRAS-CHAVES:** Saúde da Criança; Registros de saúde pessoal; Promoção da Saúde.

### **INTRODUÇÃO**

O modelo de desenvolvimento econômico vigente no Brasil na década de 1980 contribuiu para o aumento das desigualdades sociais com importantes reflexos na saúde materno-infantil. Tais desigualdades refletiram nas condições de vida da população que acabou por impulsionar o governo a adotar políticas governamentais, para redução da morbidade e mortalidade infantil (FUJIMORI; BORGES, 2009).

Os esforços na redução da mortalidade infantil ganhou grande impulso com a conferência de Alma Ata em 1978, na qual diversos países firmaram compromisso “saúde para todos no ano 2000” (FIGUEIREDO; MELLO, 2007). Em Alma Ata, a atenção primária (APS) foi reconhecida como a chave para alcançar um nível mínimo satisfatório de saúde e integra educação em saúde, saneamento básico e ambiental, programas de saúde materno-infantil, promoção da nutrição, entre outros, com grande enfoque na vigilância da saúde. (FIGUEIREDO;

MELLO, 2007; FUJIMORI; BORGES, 2009).

Neste contexto, o Brasil criou em 1984, o Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança (PAISC) com o intuito de melhorar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde na atenção à criança através das ações básicas como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes e de maior peso na mortalidade de crianças de 0 a 5 (FIGUEIREDO; MELLO, 2007; CARVALHO, et al., 2008). Além disso, o PAISC apresentava ações e estratégia de sensibilização e treinamentos dos profissionais responsáveis pela operacionalização do programa (ABREU; VIANA; CUNHA, 2012).

Na década de 1990, o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF) colaborou para reorganizar a assistência à saúde, tendo como uma de suas missões a continuidade das ações básicas que permitem aumentar a sobrevivência Infantil (ANDRADE, 2011). Ainda nesta década, a Organização das Nações Unidas e OPAS propôs uma estratégia de Atenção Integral às doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) introduzida no Brasil em 1996. O AIDPI propõe aos profissionais de saúde uma avaliação sistemática e identificação dos principais problemas que afetam a

saúde infantil. (FUJIMORI; BORGES, 2009).

Outras intervenções para a promoção da saúde infantil foram sendo implementadas no Brasil simultaneamente as descritas anteriormente, entre elas a Triagem neonatal (2001), as ações da primeira semana de Saúde Integral (2004) (ANDRADE, 2011). Em 2004, o Ministério da Saúde lança a Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, visando ações de saúde que além de reduzir a mortalidade infantil, tem o compromisso de promover qualidade de vida para a criança.

Nesta agenda está proposto como eixos da assistência 13 linhas de cuidado que privilegiam ações como: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno, e alimentação saudável, prevenção de distúrbios nutricionais, imunização e atenção as doenças prevalentes, saúde bucal, saúde mental, prevenção de acidentes e maus tratos, além de ações específicas dirigidas a mulher e ao recém-nascido (BRASIL, 2004)

Para a operacionalização das ações acima citadas, a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) apresenta-se como instrumento essencial de vigilância da saúde infantil, por ser um documento no

qual são registrados dados e eventos mais relevantes sobre a criança (ALVES, 2009). A CSC, implantada pelo Ministério da Saúde em 2005, é destinada a todas as crianças brasileira constituindo-se como uma estratégia privilegiada nas políticas de prevenção da mortalidade infantil, uma vez que permite ações de acompanhamento e promoção da saúde. (GOULART, et al., 2008)

Nesse novo instrumento, além das informações contidas no antigo CC, apresenta dados sobre a história obstétrica e neonatal, considerações importantes da alimentação, indicadores do crescimento e desenvolvimento, o uso de suplementação de ferro e vitamina A, acompanhamento da saúde bucal, auditiva e visual, informações de intercorrências clínicas e orientações para a promoção da saúde e para a prevenção de agravos, como acidentes e violência doméstica. Essas informações devem ser registradas por qualquer

## **METODOLOGIA**

Este estudo trata-se de uma revisão sistemática da literatura nacional em publicações no período de 2005 a 2013, utilizando como descritores, registros de saúde pessoal, saúde da criança, promoção

profissional da saúde que assistam à criança em qualquer serviço de saúde que a mesma transitar (BRASIL, 2005; ABREU, VIANA; CUNHA, 2012; ALVES, 2009).

Contudo, a CSC só pode cumprir seu papel de vigilância da saúde infantil quando for adequadamente utilizada, pois o registro completo e correto das informações são primordiais para permitir um adequado acompanhamento da saúde da criança (ALVES, et al., 2009). Além disso, sua utilização adequada possibilita a valorização e apropriação da mesma pela família e revela a qualidade funcionamento dos serviços e desempenho dos seus profissionais (ABREU, VIANNA, CUNHA, 2012)

Considerando a importância da CSC no acompanhamento da saúde infantil, esse estudo teve como objetivo reunir estudos na literatura brasileira acerca da situação de preenchimento desse instrumento.

da saúde. Foram incluídos no presente estudo, aqueles que tratassem da caderneta de saúde da criança. Através das bases de dados Lilacs, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Sciello. Depois de categorizados por ano de publicação, objetivos, e temáticas foram analisados.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

**Tabela 1: Principais resultados dos estudos que avaliaram o preenchimento de itens**

presentes na Caderneta de Saúde da Criança.

**Estudos sobre a avaliação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança encontrados no Brasil.**

	<b>Título do artigo</b>	<b>Autor/Ano</b>	<b>Local</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Itens avaliados na CSC e proporção de preenchimento</b>
01	Uso do Cartão da Criança em Feira de Santana, BA.	VIEIRA, et al., 2005.	Feira de Santana, Bahia.	Verificar o índice de preenchimento do “Cartão da Criança” com ênfase no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em menores de um ano em Feira de Santana, Bahia, 2001.	Nome da criança: 99,8% Peso ao nascer: 97,2% Comprimento ao nascer: 91,8% Perímetro cefálico ao nascer: 88,95% Apgar 5º mim: 28,4% Tipo de parto: 93,3% Preenchimento da curva de crescimento (P/I): 41,1% Curva de desenvolvimento: 7,8%
02	Aspectos estruturais e processuais da vigilância do crescimento de menores de cinco anos em serviços públicos de saúde do Estado de Pernambuco.	RATIS; FILHO, 2004.	Região metropolitana e interior do Recife.	Avaliar aspectos estruturais e processuais da vigilância do crescimento em 120 unidades públicas de saúde de Pernambuco.	Peso ao nascer no cartão: 86,8% Peso ao nascer marcado no Gráfico: 36,9%
03	Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil	CARVALHO, et al, 2008	Região Metropolitana e interior do Recife.	Diagnosticar situacional da ação de acompanhamento do crescimento em menores de 1 ano da Região Metropolitana do Recife e interior do Estado de Pernambuco, Brasil.	Peso ao nascer no gráfico: 89,4% Peso atual no gráfico: 58,2%
04	Qualidade do preenchimento da Caderneta de	ALVES, et al., 2009	Belo Horizonte, Minas	Analisou os fatores associados ao preenchimento da CSC.	Nome da Criança: 93,8% Data de Nascimento: 99,7%

	Saúde da Criança e fatores associados.		Gerais.		<p>Peso ao nascer: 94,1%</p> <p>Comprimento ao nascer: 91,2%</p> <p>Perímetro Cefálico ao nascer: 85,6%</p> <p>Apgar 5º mim: 53,5%</p> <p>Tipo de parto: 89,3%</p> <p>Trimestre de início de Pré-natal: 58,0%</p> <p>Número de consultas de pré-natal: 69,9%</p> <p>Idade gestacional da criança: 72,4%</p> <p>Tipo de alimentação da criança na alta da maternidade: 67,3%</p> <p>Perímetro cefálico ao nascer marcado no gráfico: 15,5%</p> <p>Idade em que o ultimo ponto de PC foi marcado no gráfico: 30,7%</p> <p>Peso ao nascer marcado no gráfico: 69,3%</p> <p>Idade em que o ultimo: 59,4%</p> <p>Anotações sobre desenvolvimento neuropsicomotor: 18,9%</p>
05	Caderneta de Saúde da Criança. Avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez parto e recém- nascido.	GOULAR T, et al., 2008.	Belo Horizonte.	Avaliou o preenchimento dos dados de gravidez, parto e recém-nascido na CSC.	<p>Nome da Criança: 55,6%</p> <p>Data de nascimento: 90,1%</p> <p>Endereço: 38,9%</p> <p>Peso ao nascer: 91%</p> <p>Comprimento ao nascer: 88%</p> <p>Perímetro cefálico: 85%</p> <p>Apgar 5º mim: 74%</p> <p>Tipo de parto: 84,9%</p> <p>Idade gestacional: 75%</p> <p>Tipo de alimentação da criança na alta da maternidade: 61,8%</p> <p>Início do Pré-natal: 60%</p> <p>Número de consultas pré-natal: 69%</p>
06	Avaliação do preenchimento dos registros de	CEIA; CESAR, 2011.	Pelotas, Rio Grande	Avaliar a cobertura do programa de puericultura e a	<p>Nome da Criança: 100%</p> <p>Data de nascimento: 99%</p>

	puericultura em unidades básicas de saúde em Pelotas, RS.		do Sul.	adequação do preenchimento da ficha-espelho de puericultura (FEP) para menores de 1 ano de idade atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), foi desenvolvido este estudo em Pelotas, RS.	Endereço: 94% Peso ao nascer: 96% Comprimento ao nascer: 93% Notas de Apgar: 80% Tipo de parto: 90% 2 ou mais pontos na curva de peso: 78% Anotações do desenvolvimento: 9%
07	Avaliação do preenchimento do cartão da criança no Distrito Federal.	SARDINHA; PEREIRA, 2011.	Distrito Federal.	Investigar se os menores de cinco anos de idade possuíam o cartão da criança e se o gráfico de crescimento, nele contido, estava devidamente preenchido segundo critérios estabelecidos na esfera federal (Ministério da Saúde).	Numero de Cartões da Criança com a curva de crescimento (P/I) preenchida (segundo número de Consultas do MS): 21,1%
08	Avaliação dos registros e opinião das mães sobre a caderneta de saúde da criança em unidades básicas de saúde, Pelotas, RS	LINHARES et al., 2012	Pelotas, Rio Grande do Sul.	Avaliar o preenchimento da CSC e conhecer as opiniões das mães quanto às seções mais utilizadas, mais e menos apreciadas, em quatro unidades de saúde da área urbana de Pelotas, RS, Brasil.	Nome da criança: 93,5 Data de nascimento: 100% Endereço: 73,8% Anotações do perímetro cefálico: 82,2% Gráfico do perímetro cefálico: 35,5% Anotações do Peso: 89,7% Gráfico do P/I: 96,3%
	Uso e Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança com foco no crescimento e desenvolvimento	PALOMBO et al., 2014	São Paulo	Avaliar o uso e preenchimento da CSC especialmente crescimento e Desenvolvimento.	Nome da Criança: 48% Informações sobre nascimento 47,5% Gráfico Altura: 8,9% Gráfico Peso: 8,9%

A análise da revisão na literatura permitiu a identificação e organização de cinco categorias que revelam as principais informações sobre a situação de preenchimento da CSC pelos profissionais de saúde.

### 1) Preenchimento dos itens de identificação da criança.

A análise dos estudos constatou que dos itens da CSC relacionados com identificação

da criança, a data de nascimento da criança é o de maior percentual de preenchimento correto, mais de 90% dos casos (VIERIA, et al., 2005; GOULART, et al., 2008; ALVES, et al., 2009; LINHARES, et al., 2012) diferente apenas do resultado encontrado em São Paulo, onde a identificação da criança estava ausente ou incompleta em mais da metade dos instrumentos avaliados (PALOMBO, et al., 2014). O nome da criança e o endereço da criança em Goulart, et al., (2008), em Belo Horizonte, estava preenchido em apenas 55,6% e 38,9% das CSC respectivamente.

A CSC é um documento da criança, e como tal os profissionais devem ter maior preocupação no preenchimento desse instrumento. O endereço, por exemplo, na lógica da organização do sistema de saúde, constitui informação de grande importância, pois informa área de abrangência em que a criança está inserida, o risco socioambiental, além de possibilitar a recuperação do documento em casos de perda (GOULART, et al, 2008).

## **2) Dados sobre gravidez, parto e puerpério.**

Os dados sobre gravidez, parto e condições de nascimento da criança são essenciais por revelar as condições de saúde maternas e das condições de desenvolvimento

da criança no útero e nos primeiros momentos do pós parto (RICCI....BRASIL, 2005) Os estudos mostraram a situação de preenchimento desses itens na CSC é baixa.

## **3) Dados sobre nascimento da criança.**

Nos resultados dos estudos analisadas na literatura, foram avaliados o preenchimento de dados referentes ao nascimento da criança na CSC: peso ao nascer, comprimento ao nascer, perímetro cefálico ao nascer, Apgar 5º minuto, idade gestacional, e alimentação na alta da maternidade. O peso ao nascer, perímetro cefálico ao nascer e comprimento ao nascer estavam registrados em mais de 85% dos casos. Já as informações sobre Apgar no 5º minuto, idade gestacional, e tipo de alimentação na alta da maternidade foram registradas em menor proporção. É possível observar que houve uma melhora no preenchimento do índice de Apgar no 5º minuto nos estudos de Goulart, et al, (2008) e Alves, et al, (2009) quando comparados de Viera, et al realizado em 2005, em Belo Horizonte.

O índice Apgar no 5º minuto é um dado importante no cuidado da saúde da criança, pois informa a condição de saúde da mesma na hora do nascimento, a idade gestacional também é uma informação importante pois crianças que nascem abaixo do peso esperado para sua idade é considerada criança de risco

de adoecer, necessitando de atenção especial pelos profissionais que as assistem (RICCI, 2008). E ainda, o item tipo de alimentação na alta da maternidade quando preenchido, informa aos profissionais sobre a qual a alimentação da criança, permitindo intervenção imediata com orientação sobre a importância do aleitamento materno exclusivo para saúde da criança (GOULART et al., 2008).

#### **4) Dados sobre Crescimento e Desenvolvimento da Criança.**

Todos os estudos realizados mostram um precário preenchimento dos dados sobre Desenvolvimento da Criança nas CSC, informação extremamente recomendada pelo MS, e que já estava presente desde antigo cartão da Criança na forma de Curva do desenvolvimento (BRASIL, 2012). O registro correto desse dado é fundamental para um acompanhamento adequado da criança na assistência uma vez que permite identificar rapidamente quando existe um atraso no desenvolvimento adequado da criança em conformidade com sua idade (CEIA, CESAR, 2011). Em feira de Santana, em 2005 esse o percentual de preenchimento da curva de desenvolvimento foi de 7,8% (VIEIRA, et al., 2005), em Pelotas o percentual de preenchimento adequado foi de 9% (CEIA & CESAR, 2011) e em Belo

Horizonte em 2009, as anotações sobre desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) estavam registrados em 18, 9% das cadernetas. Em seu estudo, Alves relata ainda uma grande diferença cultural do Brasil em relação aos aspectos da saúde da criança quando comparados ao preenchimento da caderneta da criança francesa, em que os registros nos marcos do DNPM de 74 a 93% dependendo da idade da criança (ALVES, et al., 2009).

A análise dos estudos permitiu ainda identificar a subutilização dos gráficos presentes na caderneta no acompanhamento do crescimento infantil, pois em Belo horizonte (2009), por exemplo, o peso ao nascer e o perímetro cefálico ao nascer constavam em respectivamente (94,5%) e (85,6%) das CSC, mas esta informação estava registrada no gráfico em apenas (69,3%) e (15,5%) dos casos respectivamente (ALVES, et al., 2009). A situação de preenchimento das curvas de crescimento tem apresentado um avanço quando se comparado o estudo de vieira, et al., em Feira de Santana em (2005) com os demais estudos aqui analisados. No entanto, os percentuais ainda são insatisfatório, pois o acompanhamento do crescimento infantil é uma ação recomendada pelo MS desde a criação do PAISC em 1987, como uma das prática de redução da

mortalidade infantil (SARDINHA, 2011; ANDRADE, 2011).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constata-se uma precária utilização da caderneta de saúde da criança no Brasil, o que demonstra pouco vínculo dos profissionais com as ações básicas de saúde no acompanhamento da saúde infantil, visto que a caderneta foi instituída há oito anos, como instrumento fundamental de acompanhamento da saúde da criança. Desse modo é necessário investir em capacitação profissional para vislumbrar melhorias na qualidade dos registros desses instrumentos para possibilitar de fato a vigilância da saúde infantil.

## REFERÊNCIAS

ABREU, T. G.T; VIANA, L.S; CUNHA, C.L.F. Desafios na utilização da Caderneta de Saúde da Criança: entre o real e o ideal. **J Manag Prim Health Care**, v.3, n. 2, p.80-3.

ALVES, C. R. L. et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p.583-95, 2009.

ANDRADE, G. N. **Vivências dos profissionais da atenção primária à saúde com a caderneta de saúde da criança**. 2011. 157f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento

de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARVALHO F.M., et al. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Rev Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.24 no.3, mar. 2008.

CEIA, M. L. M; CESAR, J. A. Avaliação do preenchimento dos registros de puericultura em unidades básicas de saúde em Pelotas, RS. **Rev da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 55, n. 3, p. 244-49, 2011.

FUJIMORI, E; BORGES, B. A. V. **Avaliação do crescimento**. In: FUJIMORI, E; OHARA, C. V. S. **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. São Paulo: Manole, p.121-151, 2009.

FIGUEIREDO, G. L. A; MELLO, D. F. Atenção à Saúde da Criança no Brasil: Aspectos da vulnerabilidade programática e dos Direitos Humanos. **Rev Latino-Am Enfermagem de Ribeirão Preto**, v 15, n. 6, p.1171-6, 2007.

GOULART, L. M. H. F. et al. Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados

sobre gravidez, parto e recém-nascido. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 26, n. 2, p.106-12, 2008.

LINHARES, A. O. et al. Avaliação dos registros e opinião das mães sobre a caderneta de saúde da criança em unidades básicas de saúde, Pelotas, RS. **Rev AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 3, p. 245-50, 2012.

RICCI, S. S. **Conduta de enfermagem para o recém-nascido**. In: \_\_\_\_\_. *Enfermagem Materno Infantil*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.391-435, 2008.

SARDINHA, L. M. V; PEREIRA, M. G. Avaliação do preenchimento do cartão da criança no Distrito Federal. **Brasilia Med**, Brasília, v.48, n.3, p.245-51, 2011.

VIEIRA, G. O. et al. Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia. **Rev Bras Saude Mater Infant**, Recife, v. 5, n. 2, p.177-84, 2005.

PALOMBO, C.,N.T. et al. Uso e preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança com foco no crescimento e desenvolvimento. *Rev Esc Enferm USP*. São Paulo, v.48, 60-67,2014.

**Informações Importantes:** A partir deste ponto o texto será redigido em 2 colunas e deverá conter Introdução (justificativa implícita e objetivos), Metodologia, Resultados e Discussão (podendo inserir

tabelas, gráficos ou figuras), Conclusões, Agradecimentos (sendo de caráter opcional) e Referências.

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

**www.conbracis.com.br**

O texto deverá ser elaborado em formato Word na versão 2007 ou inferior, tamanho A-4, margens superior/esquerda 3,0 cm e inferior/direita 2,0 cm. Deve ser empregada fonte TIME NEW ROMAN, corpo 12, justificado e espaçamento 1,5.

**IMPORTANTE:** O uso do papel timbrado do evento é obrigatório. O modelo é disponibilizado no site do evento para download.

**Título:** letras maiúsculas, negrito, centralizado e regular, fonte TIME NEW ROMAN tamanho 14. Deixar 1 linha em branco após o título.

**Autores:** inserir o(s) nome(s) completo(s) do(s) autor(es), apenas as iniciais em maiúsculas, centralizado e regular, fonte TIMES NEW ROMAN tamanho 12. Deixar 1 linha em branco após a indicação de autoria do trabalho.

**Afiliação autores:** inserir nome completo da instituição de origem, centralizado e itálico, fonte TIMES NEW ROMAN tamanho 10, seguido do e-mail. Deixar 1 linha em branco após a indicação da afiliação.

**Resumo do artigo:** deverá ter no máximo 250 palavras, parágrafo único, justificado, regular e coluna única, fonte TIMES NEW ROMAN tamanho 11, espaço simples entrelinhas sem referências bibliográficas, tabelas, gráficos ou destaques de qualquer natureza. Adicionar entre três e cinco palavras-chave que devem ser escritas na linha seguinte, separadas entre si por vírgula e finalizadas por ponto. Deixar 1 linha em branco. Inserir "Quebra de seção contínua".

O Artigo deverá conter Introdução (justificativa implícita e objetivos), Metodologia, Resultados e Discussão

(podendo inserir tabelas, gráficos ou figuras), Conclusões e Referências Bibliográficas (As citações das referências no texto devem seguir as normas de ABNT).