
ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO INFANTIL EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE QUEIMADAS, PARAÍBA, BRASIL

Ana Carolina Dantas Rocha¹, Dixis Figueroa Pedraza²

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: aninhacdr@hotmail.com

² Doutor em Nutrição. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: dixisfigueroa@hotmail.com

RESUMO: Estudo transversal que teve por objetivo avaliar as ações de acompanhamento do crescimento no contexto da atenção básica à saúde, no município de Queimadas, Paraíba, Brasil destacando aspectos estruturais e processuais. Foi aplicado um questionário às 204 mães das crianças estudadas, bem como analisados os instrumentos destinados ao acompanhamento da saúde das crianças e as 16 unidades de saúde do município. Na estrutura, observaram-se a completitude da equipe mínima e a capacitação dos enfermeiros para o atendimento à criança como principais limitações. Quanto ao processo, o pior desempenho foi para os registros de peso e de estatura nos últimos três meses. Para o registro de peso nos últimos três meses, o melhor desempenho foi constatado na zona urbana. Em função de atos realizados em discordância com o que preconizam as políticas públicas de atenção à saúde da criança, os achados indicam a não consolidação efetiva da ação de acompanhamento do crescimento.

DESCRIPTORIOS: Crescimento. Vigilância nutricional. Saúde da criança. Atenção primária à saúde. Avaliação de serviços de saúde.

CHILD GROWTH MONITORING IN FAMILY HEALTH BASIC UNITS IN THE MUNICIPALITY OF QUEIMADAS, PARAÍBA, BRAZIL

ABSTRACT: The aim of this cross-sectional study was to evaluate the monitoring of child growth in the context of primary health care in Queimadas, Paraíba, Brazil, highlighting structural and process aspects. A questionnaire was submitted to 204 mothers. Health monitoring instruments of child health and 16 health units were analyzed. Regarding structure, the lack of a minimum number of staff as well as the lack of nursing training for child care was seen as major limitations. In regards to the process, the worst performance was for the records of weight and height in the last three months. For these, the best performance was observed in the urban area. As these duties were performed in disagreement with child health care policies, the results indicate the non-consolidation of effective monitoring of child growth.

DESCRIPTORS: Growth. Nutritional surveillance. Child health. Primary health care. Health services evaluation.

ACOMPAÑAMIENTO DEL CRECIMIENTO INFANTIL EN UNIDADES BÁSICAS DE SALUD DE LA FAMILIA DEL MUNICIPIO DE QUEIMADAS, PARAÍBA, BRASIL

RESUMEN: Estudio transversal que tuvo por objetivo evaluar las acciones de acompañamiento del crecimiento en el contexto de la atención básica de salud del municipio de Queimadas, Paraíba, Brasil destacando aspectos estructurales y procesuales. Fue aplicado un cuestionario a las 204 madres de los niños estudiados, bien como analizadas los instrumentos destinados al acompañamiento de salud de los niños y las 16 unidades de salud del municipio. Relacionado a la estructura, la completitud de la equipe mínima y la capacitación de los enfermeros para atender al niño fueron las principales limitaciones. Relacionado al proceso, el peor desempeño fue para los registros de peso y de estatura en los últimos tres meses en los cartones o cadenas de salud del niño. El registro de peso en los últimos tres meses tuvo mejor desempeño en la zona urbana. En función de actos realizados en discordancia con lo que preconizan las políticas públicas de atención a la salud del niño, se constata la no consolidación efectiva del acompañamiento del crecimiento.

DESCRIPTORIOS: Crecimiento. Vigilancia nutricional. Salud del niño. Atención primaria de salud. Evaluación de servicios de salud.

INTRODUÇÃO

O crescimento infantil é reconhecido como um importante indicador na área da saúde pública para monitorar o estado de saúde e nutrição de populações, em razão de sua estreita dependência de fatores ambientais, refletindo as condições de vida da criança no passado e no presente. Tais fatores ambientais compreendem: a alimentação, a ocorrência de doenças, os cuidados gerais e de higiene, as condições de habitação e saneamento básico e o acesso aos serviços de saúde.¹

A ação primária à saúde de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento constitui o eixo central do cuidado infantil, possibilitando identificar as crianças em maior risco de morbimortalidade e promover o adequado crescimento infantil.² A monitorização efetiva do crescimento requer um bom nível de registros e, neste sentido, a Caderneta de Saúde da Criança apresenta-se como instrumento essencial, por ser o documento onde são registrados os dados e eventos mais significativos para a saúde infantil.³

Organismos internacionais de saúde, como a Organização Mundial da Saúde, e nacionais, como o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria, preconizam o acompanhamento do crescimento como atividade de rotina na atenção à criança.⁴ No entanto, a incorporação dessa vigilância, embora recomendada há quase trinta anos no Brasil, mediante a institucionalização do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), ainda é motivo de confusão entre profissionais de saúde, nem sempre sendo realizada de forma correta e sistemática.⁵⁻⁶

Diferenças na vigilância do crescimento podem estar condicionadas pela localização geográfica do serviço de saúde, em virtude de tal fator poder influenciar, entre outros, a estrutura, o processo de trabalho e a conscientização sobre a importância do procedimento.⁵ Indicadores de estrutura e processo de trabalho constituem importantes componentes na medição da quantidade e qualidade do que é realizado em termos de programas e serviços de saúde.⁷ Por outro lado, crianças em risco nutricional necessitam ser examinadas com maior frequência durante a vigilância do crescimento para que os objetivos desta diretriz básica sejam atingidos.² Neste sentido, o peso ao nascer destaca-se por constituir importante fator intermediário do crescimento posterior da criança.⁸

O objetivo da presente pesquisa foi avaliar as ações de acompanhamento do crescimento, no

contexto da atenção básica à saúde no município de Queimadas, Paraíba, destacando aspectos estruturais e processuais, bem como diferenças por zona geográfica e do processo de trabalho em relação ao peso ao nascer das crianças.

METODOLOGIA

Esta pesquisa faz parte de um estudo transversal que foi desenvolvido no município de Queimadas, entre os meses de julho e agosto de 2011, intitulado Situação alimentar, nutricional e atenção à saúde materno-infantil na cidade de Queimadas, Paraíba. O município é localizado na Região Metropolitana de Campina Grande e na Mesorregião do Agreste Paraibano. O sistema de saúde do município é constituído por 16 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Saúde onde funcionam serviços de atendimento odontológico e exames bioquímico-laboratoriais; e uma Unidade Mista que oferece apoio à rede de serviços de saúde.

Foram consideradas elegíveis para o estudo todas as crianças nascidas durante o ano de 2009 e residentes no município de Queimadas. A pesquisa teve como cenário as 16 UBSFs que compõem o Sistema Único de Saúde do município.

Para quantificar o total de nascidos vivos em 2009 foram consideradas as Declarações de Nascidos Vivos (DNVs) disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde (n=407). A informação foi complementada por busca ativa de nascimentos (n=43) junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e enfermeiros. Considerando o endereço constante na DNV, foi realizado um mapeamento das mães por unidade de saúde, de acordo com a área de abrangência de cada unidade. A identificação das mães que não continuavam residindo em Queimadas (n=27) foi verificada através de informantes-chave (enfermeiros, ACS e líderes comunitários).

Foram enviadas, por meio dos ACSs, cartas-convite às mães elegíveis para o estudo (n=423), com a data e o horário em que as mesmas deveriam comparecer às UBSFs. Foi solicitado, ainda, que a mãe portasse, nesse momento, o Cartão da Criança/Caderneta de Saúde da Criança (CC/CSC). Um novo encontro, em cada uma das UBSFs, foi agendado com aquelas mães que não compareceram por ocasião do primeiro chamado, e se mesmo assim a mãe não comparecesse, contato telefônico

e/ou visita ao domicílio materno foi tentado. Mães com as quais não foi possível realizar contato foram consideradas perdas (n=120).

Foram excluídas as mães que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal em alguma das UBSFs do município (n=43), mães que engravidaram depois de parir a criança nascida em 2009 (n=40), mães que possuíam idade inferior a 18 anos (n=1), crianças com malformações congênitas graves (n=2), crianças gêmeas (n=1) e casos de óbito (n=3). As informações anteriores foram fornecidas pelos enfermeiros e/ou coletadas em documentos oficiais (livros de registro, prontuários, fichas do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB). Nove mães recusaram participar, totalizando 204 indivíduos no estudo.

As informações foram coletadas nas UBSFs e/ou no próprio domicílio materno, por profissionais e estudantes da área de saúde devidamente treinados e supervisionados. Foi elaborado um manual de instruções, objetivando orientar e padronizar o preenchimento dos questionários e a coleta dos dados. Foi realizado treinamento com os entrevistadores para apreciação do instrumento de coleta e realização de ajustes sugeridos conforme discussões e avaliações.

O instrumento de coleta, utilizado na pesquisa, constou de um questionário contendo informações dirigidas às mães (características sociodemográficas e econômicas) e sobre as unidades de saúde (aspectos referentes à estrutura) que foram respondidas pelos enfermeiros. As informações relacionadas ao estado nutricional das crianças, bem como aquelas relacionadas ao processo de acompanhamento do crescimento das crianças, foram retiradas do CC/CSC.

O estudo piloto foi feito no Centro de Saúde da Palmeira, no município de Campina Grande, onde os entrevistadores debateram as dificuldades surgidas, ocasião em que foram feitas novas adaptações no questionário, resultando, por fim, no modelo definitivo que foi aplicado.

As crianças foram caracterizadas de acordo com a localização do domicílio (zona urbana ou zona rural), utilizando as variáveis especificadas a seguir: (a) relacionadas ao estado nutricional - peso ao nascer ($\geq 2500\text{g}$ =0; $< 2500\text{g}$ =1), relação peso/idade com base na posição do último peso registrado no cartão (entre o percentil 10 e o percentil 97 =0; abaixo do percentil 10 ou acima do percentil 97 =1), direção da curva de peso/idade considerando os dois últimos pesos marcados no gráfico (ascendente =0; descendente ou horizontal =1); (b)

relacionadas às mães - idade (entre 20 e 34 anos =0; ≥ 35 anos =1; ≤ 19 anos =2), anos de estudo (≥ 12 =0; entre 5 e 11 =1; < 5 =2), situação conjugal (com companheiro =0; sem companheiro =1); (c) relacionadas às condições socioeconômicas das famílias - renda *per capita* ($1\text{SM} \leq \text{renda}/\text{pessoa} < 2\text{SM}$ =0; $1/2\text{SM} \leq \text{renda}/\text{pessoa} < 1\text{SM}$ =1; $\text{renda}/\text{pessoa} < 1/2\text{SM}$ =2), número de cômodos no domicílio (≥ 3 =0; < 3 =1), número de pessoas no domicílio (< 7 =0; ≥ 7 =1), abastecimento de água (rede pública =0; poço/nascente =1; outro =2), tratamento da água para beber (filtrada/fervida/clorada =0; mineral/engarrafada =1; sem tratamento =2), destino do lixo (coletado =0; queimado/enterrado =1; céu aberto =2), escoamento sanitário (sistema de esgoto/rede geral =0; fossa =1; céu aberto =2), benefício de programa social (sim =0; não =1).

Os aspectos de estrutura e processo de trabalho, nas UBSFs, foram considerados para analisar as ações de vigilância do crescimento das crianças. Para caracterizar a estrutura do serviço nas UBSFs, de acordo com a localização das mesmas (zona urbana ou zona rural), utilizaram-se as variáveis especificadas a seguir: completude da equipe mínima (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS) (completa =0; incompleta =1), apoio às equipes por nutricionista e pediatra dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (sim =0; não =1), existência de equipamento para medir a estatura das crianças (sim =0; não =1), existência de equipamento para pesar as crianças (sim =0; não =1), disponibilidade de CC/CSC (sim =0; não =1), existência de enfermeiro treinado para atendimento à criança (sim =0; não =1), utilização de protocolo para o acompanhamento do crescimento da criança (sim =0; não =1).

A caracterização do processo de trabalho dos profissionais, em relação ao acompanhamento do crescimento das crianças, considerou o registro de peso nos últimos três meses no CC/CSC (sim =0; não =1), o registro de estatura nos últimos três meses no CC/CSC (sim =0; não =1) e o mínimo de dois registros de peso no gráfico de peso x idade no CC/CSC (sim =0; não =1). Esses dados foram analisados de acordo com a localização do domicílio (zona urbana ou zona rural) e do peso ao nascer das crianças.

Os dados foram digitados no programa Excel, com dupla digitação dos questionários, para comparação e detecção de possíveis erros. Foi utilizado o aplicativo *Validate* do programa Epi-Info, para verificar a consistência dos dados. As categorias das variáveis codificadas com o valor zero

foram tomadas como referência, e as codificadas com valores diferentes de zero representaram categorias de risco. Para estabelecer diferenças entre a zona urbana e a zona rural, assim como entre as diferentes condições de peso ao nascer foi utilizado o teste de qui-quadrado, considerando um valor de $p < 0,05$ para denotar significância estatística. Utilizou-se o programa R v2.10.0.

Em observância às determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, protocolado com o número 0170.0.133.000-11. Após terem sido devidamente esclarecidos a respeito da pesquisa, todas as mães cujas crianças foram avaliadas e todos os enfermeiros assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Na tabela 1 estão descritas as características das crianças, segundo o local de residência. Das 204 crianças do estudo, 104 (51%) eram meninos, e 100, meninas (49%), entre 18 e 30 meses de idade, sendo 78 (38,2%) residentes na zona urbana e 126 (61,8%) na zona rural. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as duas áreas quanto às variáveis relacionadas ao estado nutricional das crianças, como também com relação à idade das mães, situação conjugal materna, número de cômodos no domicílio, número de pessoas no domicílio e tratamento da água para beber.

Do total de crianças avaliadas, 6,4% nasceram com baixo peso, sendo, em relação aos dois estratos, 7,7% e 5,6% na zona urbana e rural, respectivamente. De acordo com a posição do último ponto de peso registrado, 19,7% das crianças estavam com peso/idade abaixo do percentil 10

ou acima do percentil 97, sendo essa prevalência mais frequente na zona rural (23%) do que na zona urbana (14,5%). Em relação à direção da curva de peso/idade, considerando os dois últimos pesos marcados no gráfico, 28% das crianças apresentaram traçado descendente ou horizontal, sendo essa prevalência superior na zona rural (30,7% versus 23,9%).

As mães de menor faixa etária (18-19 anos) e as de 35 anos ou mais de idade representaram 5,9% e 17,6%, respectivamente. Houve predomínio de mães adolescentes na zona urbana (9%) em relação às da zona rural (4%). Em relação ao nível de instrução das mães, 12,2% apresentaram baixa escolaridade (<5 anos) e a maioria tinha entre cinco e 11 anos de estudo (65,2%). A diferença de escolaridade entre os dois grupos foi estatisticamente significativa ($p=0,03$), tendo-se verificado na zona urbana um percentual de mães com 12 anos ou mais de estudo maior do que aquele observado na zona rural (respectivamente, 32% e 16,7%). A maioria das mães (81%) vivia com um companheiro.

A maioria das crianças pertencia a famílias que contavam com uma renda per capita mensal inferior a meio salário mínimo. A renda per capita apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,03$) entre as zonas, tendo-se verificado na urbana um percentual de famílias que ganhavam entre um e dois salários mínimos, cinco vezes mais do que o observado na rural. Do mesmo modo, a análise de abastecimento de água no domicílio, o destino do lixo e o escoamento sanitário revelaram diferença significativa ($p < 0,001$), encontrando-se, com mais frequência, melhor situação na zona urbana do que na zona rural. Diferença estatisticamente significativa também foi observada para o benefício de programa social, com maior quantidade de beneficiados na zona rural.

Tabela 1 - Caracterização da amostra de estudo, segundo a localização do domicílio. Queimadas-PB, 2011

(Continua)

Variáveis	Município		Zona urbana		Zona rural		P-valor
	n	%	n	%	n	%	
Do estado nutricional							
Peso ao nascer (n=204)							0,54
≥ 2500g (adequado)	191	93,6	72	92,3	119	94,4	
< 2500g	13	6,4	6	7,7	7	5,6	
Relação peso/idade* (n=178)							0,16
P10 - P97 (adequado)	143	80,3	59	85,5	84	77,0	
< P10 ou > P97	35	19,7	10	14,5	25	23,0	
Direção da curva de peso/idade† (n=168)							0,33
Ascendente (adequado)	121	72,0	51	76,1	70	69,3	

							(Continuação)
Descendente ou horizontal	47	28,0	16	23,9	31	30,7	
Das mães (n=204)							
Idade (em anos completos)							0,29
Entre 20 e 34	156	76,5	59	75,6	97	77,0	
≥ 35	36	17,6	12	15,4	24	19,0	
18 - 19	12	5,9	7	9,0	5	4,0	
Anos de estudo							0,03
≥ 12	46	22,6	25	32,0	21	16,7	
Entre 5 e 11	133	65,2	45	57,7	88	69,8	
< 5	25	12,2	8	10,3	17	13,5	
Situação conjugal							0,48
Com companheiro	165	81,0	65	83,3	100	79,4	
Sem companheiro	39	19,0	13	16,7	26	20,6	
Das famílias (n=204)							
Renda per capita‡							0,03
1SM ≤ RP < 2SM	4	2,0	4	5,1	0	0,0	
1/2 SM ≤ RP < 1SM	22	10,8	9	11,5	13	10,3	
RP < 1/2SM	178	87,2	65	83,4	113	89,7	
Número de cômodos no domicílio							0,06
≥ 3	194	95,1	77	98,7	117	92,9	
< 3	10	4,9	1	1,3	9	7,1	
Número de pessoas no domicílio							0,75
< 7	184	90,2	71	91,0	113	89,7	
≥ 7	20	9,8	7	9,0	13	10,3	
Abastecimento de água no domicílio							< 0,001
Rede pública	126	61,8	76	97,4	50	39,7	
Poço/nascente	7	3,4	-	-	7	5,5	
Outro	71	34,8	2	2,6	69	54,8	
Tratamento da água para beber							0,80
Filtrada/fervida/clorada	146	71,6	54	69,2	92	73,0	
Mineral/engarrafada	30	14,7	13	16,7	17	13,5	
Sem tratamento	28	13,7	11	14,1	17	13,5	
Destino do lixo							< 0,001
Coletado	126	61,7	77	98,7	49	38,9	
Queimado/enterrado	75	36,8	1	1,3	74	58,7	
Céu aberto	3	1,5	0	0,0	3	2,4	
Escoamento sanitário							< 0,001
Sistema de esgoto/rede geral	56	27,5	47	60,3	9	7,2	
Fossa	101	49,5	27	34,6	74	58,7	
Céu aberto	47	23,0	4	5,1	43	34,1	
Benefício de programa social							< 0,001
Sim	155	76,0	45	58,4	110	86,6	
Não	49	24,0	32	41,6	17	13,4	

SM: salário mínimo; * considerando o valor do salário mínimo da época (R\$ 454,00); † com base na posição do último peso registrado no gráfico de peso x idade no Cartão da Criança/Caderneta de Saúde da Criança; ‡ com base nos dois últimos pesos marcados no gráfico de peso x idade no Cartão da Criança/Caderneta de Saúde da Criança.

Na tabela 2, a análise da estrutura dos serviços, com base nas informações fornecidas pelos enfermeiros, revelou que enquanto aproximadamente 20% das unidades não dispunham de equipe mínima completa, apenas 6,3% não dispunham de apoio às equipes realizado por nutricionista e pediatra dos

NASFs. Equipamentos para medir a estatura e pesar as crianças estavam disponíveis em 100% e 93,7% das unidades localizadas nas zonas urbana e rural, respectivamente. Em 6,3% dos casos avaliados, foi registrada indisponibilidade de CC/CSC. Verificou-se que mais de 60% dos enfermeiros responsáveis

pelo atendimento às crianças declararam não haver recebido treinamento específico para as ações de assistência à saúde das mesmas. Do total de enfermei-

ros de ambos os estratos analisados, 75% afirmam embasar o acompanhamento do crescimento da criança na utilização de algum protocolo.

Tabela 2 - Características relacionadas à estrutura das Unidades Básicas de Saúde da Família para o acompanhamento do crescimento de crianças, segundo a localização das unidades. Queimadas-PB, 2011

Variáveis	Município (n=16)		Zona urbana (n=5)		Zona rural (n=11)	
	n	%	n	%	n	%
Completitude da equipe mínima						
Completa	13	81,3	3	60,0	10	91,0
Incompleta	3	18,7	2	40,0	1	9,0
Apoio às equipes de saúde por nutricionista e pediatra dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família						
Sim	15	93,7	5	100,0	10	91,0
Não	1	6,3	-	-	1	9,0
Equipamento para medir a estatura das crianças						
Sim	16	100,0	5	100,0	11	100,0
Não	-	-	-	-	-	-
Equipamento para pesar as crianças						
Sim	15	93,7	5	100,0	10	91,0
Não	1	6,3	-	-	1	9,0
Disponibilidade de Cartões/Cadernetas de Saúde da Criança						
Sim	15	93,7	4	80,0	11	100,0
Não	1	6,3	1	20,0	0	0,0
Enfermeiro treinado para atendimento à criança						
Sim	6	37,5	2	40,0	4	36,4
Não	10	62,5	3	60,0	7	63,6
Utilização de protocolo para o acompanhamento do crescimento da criança						
Sim	12	75,0	5	100,0	7	63,6
Não	4	25,0	-	-	4	36,4

No que diz respeito ao processo de acompanhamento do crescimento das crianças nas unidades de saúde (Tabela 3), observou-se que 61,3% e 66,2% das crianças possuíam registro de peso e registro de estatura no cartão nos últimos três meses, respectivamente. A proporção de registro de no mínimo duas marcações de peso, no gráfico

de P/I, até a data da entrevista, foi de 82,4%. Durante a vigilância do crescimento, os registros no CC/CSC foram mais prevalentes na zona urbana do que na zona rural, entretanto as diferenças só foram estatisticamente significantes para a variável registro de peso nos últimos três meses, com melhor desempenho na zona urbana (71,8% versus 54,8%).

Tabela 3 - Características relacionadas ao processo de acompanhamento do crescimento de crianças, considerando os registros no Cartão da Criança/Caderneta de Saúde da Criança, segundo a localização do domicílio. Queimadas-PB, 2011

Variáveis	Município		Zona urbana		Zona rural		P - valor
	n	%	n	%	n	%	
Registro de peso nos últimos 3 meses							0,0152
Sim	125	61,3	56	71,8	69	54,8	
Não	79	38,7	22	28,2	57	45,2	
Registro de estatura nos últimos 3 meses							0,4682
Sim	135	66,2	54	69,2	81	64,3	

							(Continuação)
Não	69	33,8	24	30,8	45	35,7	
Mínimo de dois registros de peso no gráfico de peso x idade							0,2961
Sim	168	82,4	67	86,0	101	80,0	
Não	36	17,6	11	14,0	25	20,0	

Percentual elevado de crianças (baixo peso ao nascer e normo peso ao nascer) deixou de receber a devida atenção quanto ao acompanhamento de seu crescimento. As crianças que apresentaram

baixo peso ao nascer, consideradas de risco nutricional, não tiveram o acompanhamento de seu crescimento diferenciado daquelas que apresentaram adequado peso ao nascer (Tabela 4).

Tabela 4 - Características relacionadas ao processo de acompanhamento do crescimento das crianças, considerando os registros no Cartão da Criança/Caderneta de Saúde da Criança, segundo o peso ao nascer. Queimadas-PB, 2011

Variável	Avaliadas (n)	Sem registro de peso nos últimos 3 meses		P valor	Avaliadas (n)	Sem registro de estatura nos últimos 3 meses		P valor	Avaliadas (n)	Sem no mín. 2 registros de peso no gráfico de Peso x Idade		P valor
		n	%			n	%			n	%	
Peso ao nascer				0,76				0,79				0,38
≥ 2500g	181	74	40,9		156	66	40,0		191	35	41,3	
< 2500g	11	5	45,5		8	3	43,0		12	1	29,8	

DISCUSSÃO

Níveis mais baixos de escolarização, menor renda *per capita*, piores condições de saneamento básico e maior número de beneficiários de programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, estiveram associados, neste estudo, de forma estatisticamente significativa, aos indivíduos domiciliados na zona rural. Esses dados vêm ao encontro de outros estudos que destacaram a distribuição desigual de infraestrutura e saneamento entre as zonas urbana e rural, associando as piores condições à zona rural,⁹ ou diferenças no mesmo sentido, relacionadas ao nível de instrução das mães.¹⁰⁻¹¹ É importante destacar que estas comparações não significam juízos de valores, apenas indicam que o contexto social encontra-se, no geral, associado à localização do domicílio. É oportuno, portanto, que os profissionais estejam atentos para as condições atuais das famílias que acompanham, visto que esses dados direcionarão o modo como será implementada a assistência, a fim de que se atenda às reais necessidades da criança e de seus familiares.¹²

A avaliação da estrutura e do processo da ação de acompanhamento do crescimento no mu-

nicipio de Queimadas mostrou algumas deficiências importantes que necessitam ser melhoradas. Em termos estruturais, verificou-se um elevado percentual de profissionais não treinados nas ações de assistência às crianças nos dois estratos geográficos estudados, bem como um déficit na completude da equipe mínima, especialmente na zona urbana, o que compromete o desempenho do serviço e o impacto positivo na saúde da população.¹³ Portanto, a gestão da Atenção Básica à Saúde necessita de um forte estímulo para seu desenvolvimento, a fim de que esta importante ação básica, que é a vigilância do crescimento infantil, não perca seu significado maior, e se concretize de modo fragmentado, sendo realizada quando há alguma queixa a ser analisada, reproduzindo o modelo curativo e não preventivo das doenças.¹⁴

Em contrapartida, quando comparada a outros estudos,^{2,15} é animadora a inserção do profissional nutricionista nas ESFs do município de Queimadas. A ausência desse profissional vai ao encontro do princípio da integralidade das ações de saúde e à própria expectativa de se conhecer como estariam evoluindo os problemas com a alimentação, no momento em que se operam mudan-

ças cruciais no cenário epidemiológico do país.¹⁶

A elevada proporção de unidades, em ambas as zonas avaliadas, com equipamentos para pesar e medir, são igualmente importantes, pois viabilizam a ação e promovem as etapas subseqüentes do processo, representadas pela marcação no CC/CSC, diagnóstico do estado nutricional, aconselhamento, tratamento e promoção da saúde.² Entretanto, para viabilizar a integralidade da vigilância do crescimento infantil, o emprego de protocolos é fundamental para a uniformização e padronização da ação.¹⁷ Neste sentido, os gestores e profissionais de saúde devem conhecer a Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde¹⁸ e o Programa de Capacitação em Antropometria, recentemente publicado por pesquisadores do país.¹⁹ A falta de capacitação e a não utilização de protocolos em quatro das 11 unidades estudadas na zona rural, poderia resultar em problemas relacionados à classificação do estado nutricional, à identificação de riscos e à otimização/sistematização da prática assistencial.

No município, os indicadores de processo relacionados aos registros de peso e de estatura nos últimos três meses deixaram de ser efetuados em 38,7% e 33,8% dos 204 CC/CSC avaliados, respectivamente. Resultado similar foi verificado na avaliação de prontuários de crianças acompanhadas até um ano na puericultura de uma UBSF do município de João Pessoa-PB, ao constatar que as anotações de mensuração de peso e comprimento não foram efetuadas em nenhuma das consultas em 30,8% e 38,5% dos casos, respectivamente.²⁰ Nesse mesmo sentido, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNSD, 2006) indicou que menos de 30% dos cartões apresentavam registro de peso.²¹

Em relação ao registro de dois ou mais pontos de peso no gráfico de peso para idade, a proporção de 17,6% referido ao não cumprimento desse parâmetro, no presente estudo, assemelha-se àquele encontrado em Pelotas-RS (22%).²² Essas informações, além de serem importantes no diagnóstico nutricional, ao possibilitar indicar a velocidade de crescimento⁴, alertam sobre a possibilidade do não cumprimento do mínimo de sete consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde para o primeiro ano de vida.²³ Esse fato pode ser assumido considerando que as crianças avaliadas tinham entre 18 e 31 meses e que a anotação no gráfico de peso para idade é considerada uma ação básica.²³

Um estudo anterior que avaliou a adequação do preenchimento das fichas-espelho de puericultura de crianças menores de um ano, em 26 unidades de saúde, verificou maior proporção de preenchimento bom/ótimo para as unidades localizadas nas áreas rurais (53%) comparadas à zona urbana (40%).²² Por sua vez, outro estudo, ao confrontar aspectos referentes à monitoração do crescimento entre a Região Metropolitana de Recife e o interior do Estado de Pernambuco, encontrou piores condições no interior.² Estes achados configuram a possibilidade de diferenças entre áreas geográficas distintas referentes ao acompanhamento do crescimento, o que vem a ser reforçado com a indicação de maiores problemas no registro de peso nos últimos três meses na zona rural do município de Queimadas.

É de amplo conhecimento que crianças nascidas com peso inferior a 2.500 gramas apresentam risco substancialmente maior de morrer no primeiro ano de vida em relação às demais. Deste modo, toda criança com história de baixo peso ao nascer deve ser considerada como de risco nutricional e acompanhada com maior assiduidade pelos serviços de saúde, principalmente, no primeiro ano de vida, como forma de reduzir os índices de morbimortalidade infantil por essa causa.²²⁻²³ É nesse contexto que o Método Canguru²⁴ surgiu como norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Entretanto, a atenção particularizada que se prevê para tais crianças não se concretiza nos serviços avaliados, denotando falta de foco das ações programáticas e evidenciando o subestimado papel do indicador de peso ao nascer no acompanhamento do estado nutricional. Essa deficiência foi percebida por profissionais de saúde do território de Pirituba e Perus, área da periferia norte do município de São Paulo, ao advertir que o acompanhamento dos recém-nascidos baixo peso, nas unidades de saúde, dista das diretrizes de assistência à saúde ao bebê de risco.²⁵

Os dados utilizados para avaliar o processo de trabalho foram coletados por meio de consulta ao CC/CSC. Deste modo, ao interpretar esses dados, é preciso considerar a possibilidade de diferenças entre estes registros e aqueles existentes nos prontuários das UBSFs, pois não se pode deixar de considerar a proporção de mães que se esquecem de levar o CC/CSC na ocasião das consultas de puericultura. Em São Paulo-SP,²⁶ por exemplo, 12,3% das mães esqueceram de levar o Cartão da Criança à consulta de puericultura. Além disso, é fundamental considerar a possibilidade de o

cuidado ser oferecido e não anotado, ou seja, ocorra sub-registro, de modo que as prevalências apresentadas para os itens avaliados tenderiam a ser melhores do que as identificadas. Estudo desenvolvido na rede básica de saúde de Alagoas constatou registro do valor da massa corporal em 91,1% dos prontuários das crianças, ao passo que a anotação também, no Cartão da Criança, ocorreu em apenas 13,3%.²⁷ Em outro estudo,²⁶ ao observar sistematicamente o processo desenvolvido em 114 consultas de enfermagem, prestadas às crianças nas UBSFs do município, os autores notaram que a mensuração de peso e comprimento foi realizada por 100% dos enfermeiros. Sugere-se, portanto, a realização de estudos adicionais que avaliem tanto as diferenças de registros relacionadas às diferentes fontes de informação (prontuários x CC/CSC), bem como investiguem o valor que os profissionais referem às anotações relacionadas a esta importante temática que é o acompanhamento do crescimento infantil.

O uso de dados secundários, nesta pesquisa, traz algumas limitações que dizem respeito à qualidade dos mesmos, o que justifica a necessidade de serem interpretados com cautela, sobretudo aqueles relacionados ao estado nutricional das crianças. Ao interpretar os resultados deste estudo há necessidade de considerar, ainda, a possível influência dos casos excluídos, em especial os que se referem às mães que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal em alguma das UBSFs do município, pois a inclusão desses casos poderia mudar os resultados das comparações. É plausível o viés de seleção, se os excluídos apresentassem diferenças em relação à exposição e ao desfecho.

CONCLUSÃO

O presente estudo revela que a ação de acompanhamento do crescimento não está efetivamente consolidada, em função da existência de ações realizadas em discordância com o que preconizam as políticas públicas de atenção à saúde da criança de acordo com o Ministério da Saúde. Os problemas vão desde a quantidade e capacitação dos profissionais da atenção básica à saúde a problemas na assiduidade dos registros de peso e estatura. É necessário, portanto, o apoio dos gestores na consolidação dessa ação, especialmente quando se deseja uma gestão plena, efetividade e impacto da atenção integral à saúde da criança sobre o perfil epidemiológico da nutrição na infância, a qualidade de vida e a mortalidade infantil. Nesse sentido, há de se trabalhar na melhoria dos co-

nhecimentos dos profissionais que operam dados nutricionais. A garantia da qualidade dos dados da vigilância nutricional é importante não somente para conhecer a evolução da situação nutricional das crianças, mas, também, para a elaboração de políticas e programas destinados a melhoras de saúde e nutrição.

REFERÊNCIAS

1. Silva SA, Moura EC. Determinantes do estado de saúde de crianças ribeirinhas menores de dois anos de idade do Estado do Pará, Brasil: um estudo transversal. *Cad Saúde Pública*. 2010 Fev; 26(2):273-85.
2. Carvalho MF, Lira PIC, Romani SAM, Santos IS, Veras AAC, Batista FM. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008 Jan-Mar; 24(3):675-85.
3. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA, et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2009 Jan-Mar; 25(3):583-95.
4. Zeferino AMB, Filho AAB, Bettiol H, Barbieri MA. Acompanhamento do crescimento. *J Pediatr*. 2003 Mai-Jun; 79(Supl.1):23-32.
5. Ratis CAS, Batista Filho M. Aspectos estruturais e processuais da vigilância do crescimento de menores de cinco anos em serviços públicos de saúde do Estado de Pernambuco. *Rev Bras Epidemiol*. 2004 Mar; 7(1):44-53.
6. Reichert APS, Almeida AB, Souza LC, Silva MEA, Collet N. Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. *Rev Rene*. 2012 Jan-Mar; 13(1):114-26.
7. Bittar OJNV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *RAS*. 2001 Jul-Set; 3(12):21-8.
8. Orlonski S, Dellagrana RA, Rech CR, Araújo EDS. Estado nutricional e fatores associados ao déficit de estatura em crianças atendidas por uma unidade de ensino básico de tempo integral. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum*. 2009 Abr; 19(1):54-62.
9. Azeredo CM, Cotta RMM, Schott M, Maia TM, Marques ES. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007 Mai-Jun; 12(3):743-3.
10. Martins PO, Trindade ZA, Almeida AMO. O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. *Psicol Reflex Crit*. 2003 Set-Dez; 16(3):555-68.
11. Kobarg APR, Vieira ML. Crenças e práticas de mães sobre o desenvolvimento infantil nos contextos rural e urbano. *Psicol Reflex Crit*. 2008 Set-Dez; 21(3):401-8.

12. Abdon JB, Dodt RCM, Vieira DP, Martinho NJ, Carneiro EP, Ximenes LB. Auditoria dos registros na consulta de enfermagem acompanhando o crescimento e desenvolvimento infantil. *Rev Rene*. 2009 Jul-Set; 10(3):90-6.
13. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira DS, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006 Jul-Set; 11(3):669-81.
14. Monteiro AI, Macedo IP, Santos ADB, Araújo WM. A enfermagem e o fazer coletivo: acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança. *Rev Rene*. 2011 Jan-Mar; 12(1):73-80.
15. Niquini RP, Bittencourt AS, Lacerda EMA, Saunders C, Leal MC. Avaliação da estrutura de sete unidades de saúde da família para a oferta da assistência nutricional no pré-natal no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010 Nov; 10 (Supl. 1):S61-8.
16. Geus LMM, Maciel CS, Burda ICA, Daros SJ, Batistel S, Martins TCA, et al. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011 Mar; 16(Supl. 1):797-04.
17. Ataka T, Oliveira LSS. Utilização dos protocolos de enfermagem no Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo. *Saúde Coletiva*. 2007; 3(13):19-24.
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília (DF): MS; 2011.
19. Bagni UV, Barros DC. Capacitação em antropometria como base para o fortalecimento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil. *Rev Nutr*. 2012 Maio-Jun; 25(3):393-02.
20. Lima GGT, Silva MFOC, Costa TNA, Neves AFG, Dantas RA, Lima ARSO. Registros do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: enfoque na consulta de puericultura. *Rev Rene*. 2009 Jul-Set; 10(3):117-24.
21. Cavenaghi S. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006 - Anexo 11 - erros não amostrais. Brasília (DF): MS; 2008.
22. Ceia MLM, Cesar JA. Avaliação do preenchimento dos registros de puericultura em Unidades Básicas de Saúde em Pelotas, RS. *Rev AMRIGS*. 2011 Jul-Set; 55(3):244-9.
23. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília (DF): MS; 2002.
24. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru. Brasília (DF): MS; 2011.
25. Buccini GS, Sanches MTC, Noueira-Martins MCF, Bonamigo AW. Acompanhamento de recém-nascidos de baixo peso pela atenção básica na perspectiva das Equipes de Saúde da Família. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2011 Jul-Set; 11(3):239-47.
26. Saporolli ECL, Adami NP. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2007 Jan-Mar; 20(1):55-61.
27. Lima MAA, Oliveira MAA, Ferreira HS. Confiabilidade dos dados antropométricos obtidos em crianças atendidas na Rede Básica de Saúde de Alagoas. *Rev Bras Epidemiol*. 2010 Mar; 13(1):69-82.