

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

NAILMA LOUISE MENDONÇA DE ARAUJO

**ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL:
ASPECTOS ESTRUTURAIS E PROCESSUAIS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE
SANTO ANTÃO-PE**

Vitória de Santo Antão
2016

NAILMA LOUISE MENDONÇA DE ARAUJO

**ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL:
ASPECTOS ESTRUTURAIS E PROCESSUAIS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE
SANTO ANTÃO-PE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a banca examinadora para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco sob orientação da Professora Dra. Sandra Cristina da Silva Santana.

Vitória de Santo Antão

2016

Catálogo na fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE - Biblioteca Setorial do CAV
Bibliotecária Jaciane Freire Santana - CRB-4/2018

A658a Araújo, / Nailma Louise Mendonça de.

Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: aspectos estruturais e processuais no município de Vitória de Santo Antão-PE/ Nailma Louise Mendonça de Araujo. - Vitória de Santo Antão, 2016.

38 folhas: tab.

Orientadora: Sandra Cristina da Silva Santana.

TCC (Graduação)- Universidade Federal de Pernambuco. CAV, Bacharelado em Nutrição, 2016.

Inclui bibliografia

1. Desenvolvimento infantil. 2. Atenção Primária à Saúde. I. Santana, Sandra Cristina da Silva (Orientadora). II. Título.

612.65 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE-089/2016

Folha de aprovação

Nailma Louise Mendonça de Araujo

Titulo: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: aspectos estruturais e processuais no município de Vitória de Santo Antão-PE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Data:

Nota:

Banca Examinadora:

Niedja Maria da Silva Lima
Universidade Federal de Pernambuco

Michelle Figueiredo Carvalho
Universidade Federal de Pernambuco

Nathália Paula de Souza
Universidade Federal de Pernambuco

Ao meu pai por todo amor, confiança e ensinamentos repassados durante todos os anos em que tive a grandiosa oportunidade de viver em sua companhia.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o acompanhamento do crescimento e o desenvolvimento infantil no município de Vitória de Santo Antão-PE, com ênfase nos aspectos estruturais e processuais. **Metodologia:** Estudo descritivo de corte transversal e abordagem quantitativa realizado em 26 unidades de saúde do município, sendo 8 localizadas na zona rural e 18 na zona urbana, com amostra de 139 crianças com até 2 anos de idade. A coleta dos dados ocorreu em dois momentos. Primeiro, os dados referentes aos serviços foram coletados a partir de entrevistas com o gestor/profissional de saúde envolvido diretamente no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Segundo, as questões abrangendo os usuários foram coletadas a partir de entrevistas com a mãe/cuidador da criança e através da observação de informações registradas na Caderneta de Saúde da Criança. Os dados foram analisados no pacote estatístico ACTION, 2014. **Resultados:** A avaliação da estrutura revelou um déficit na presença de equipamentos para a aferição do peso (61,5%) e aferição da estatura (80,8%) das crianças, assim como na disponibilidade de Caderneta de Saúde da Criança (76,9%) e de vacinas (80,8%) para atender a demanda dos serviços. O preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança foi um dos principais problemas encontrados no processo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, com predominância na zona rural do município. A comparação entre os procedimentos de assistência realizados nas unidades de saúde e o acesso aos procedimentos utilizados pelas crianças atendidas evidenciou contradições entre as afirmações referentes aos procedimentos de assistência prestados pelo serviço e os procedimentos utilizados pelas crianças atendidas. **Conclusões:** O presente estudo revela que a ação de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento não está efetivamente consolidada, em função da estrutura deficiente, em especial na disponibilidade de equipamentos e da existência de ações realizadas em discordância com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde. Crescimento e Desenvolvimento.

Abstract

Objective: To evaluate the monitoring of growth and child development in the municipality of Vitoria de Santo Antao, Pernambuco, with emphasis on structural and procedural aspects. **Methodology:** A descriptive cross-sectional and quantitative approach carried out in 26 health units in the city, 8 located in rural and 18 in urban areas, with a sample of 139 children up to 2 years old. Data collection took place in two stages. First, data services were collected from interviews with / health professional manager directly involved in the growth and development. Second, the questions covering the users were collected from interviews with the mother / child caregiver and through observation of information recorded in the Child Health Handbook. Data were analyzed with the Statistical Package ACTION, 2014. **Results:** The evaluation of the structure revealed a deficit in the presence of equipment for measuring weight (61,5%) and measurement of height (80,8%) of the children, as well as the availability of Child Health Handbook (76,9%) and vaccines (80,8%) to meet the demand of services. Completion of Child Health Handbook was one of the main problems encountered in the monitoring process of growth and development, especially in rural municipality. The comparison between the assistance procedures performed in health facilities and access to procedures used by children treated showed contradictions between the statements relating to the care procedures provided by the service and the procedures used by the children attended. **Conclusions:** This study shows that follow-up action of growth and development is not effectively consolidated, due to the poor structure, especially in the availability of equipment and availability of actions performed in disagreement with the recommendations by the Ministry of Health.

Keywords: Primary Health Care. Health Evaluation. Growth and Development.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	9
2.1 Geral.....	9
2.2 Específicos	9
3 JUSTIFICATIVA	10
4 REVISÃO DA LITERATURA	11
4.1 Crescimento e desenvolvimento infantil: fundamentos e importância	11
4.2 A Estratégia Saúde da Família no contexto do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil	12
4.3 Avaliação em saúde	13
5 METODOLOGIA.....	15
5.1 Delineamento da Pesquisa.....	15
5.2 Tipo de Estudo	15
5.3 Local e Caracterização dos Participantes	15
5.4 Delineamento Amostral	15
5.5 Coleta dos Dados	16
5.6 Processamento e Análise dos Dados.....	16
5.7 Aspectos Éticos.....	16
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	18
7 CONCLUSÃO.....	26
REFERÊNCIAS.....	27
APÊNDICE	33
ANEXO.....	38

1 INTRODUÇÃO

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é uma ação que além de contribuir para a redução da mortalidade infantil, constitui o eixo central para todas as atividades de atenção à saúde da criança e englobam os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social, permitindo identificar o maior risco de morbimortalidade, promover o adequado crescimento e monitorar o estado de saúde e nutrição infantil (MOREIRA; GAÍVA, 2013).

A mortalidade infantil persiste afetando às regiões mais atingidas pela desigualdade social em todo o mundo, porém verifica-se uma redução geral nas últimas décadas, principalmente em países que optaram por eleger a saúde como direito social e adotar sistemas universais baseados na Atenção Primária à Saúde (APS), como o Brasil (UNICEF, 2008).

No Brasil, a mortalidade infantil apresenta tendência decrescente (GARCIA; SANTANA, 2011). Em 2010, o país alcançou uma taxa de mortalidade infantil de 16,2 óbitos por mil nascimentos, o que representa uma diminuição de 39% entre os anos de 2000 a 2010. Esta queda ocorreu em todas as regiões brasileiras, com destaque para a Região Nordeste, com 48% de redução no mesmo período (BRASIL, 2012a).

Essa redução deve-se ao desenvolvimento de políticas intersetoriais no âmbito da saúde (SZWARCOWALD *et al.*, 2002). Em relação à saúde infantil, destaca-se a extensão do acesso ao saneamento básico, a melhora do poder aquisitivo, a ampliação da APS, a cobertura vacinal, a promoção do aleitamento materno e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (FRANÇA; LANSKY, 2008).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é considerado pelo Ministério da Saúde como uma importante ação para melhoria da qualidade de vida infantil (BRASIL, 2002). Este consiste na avaliação do peso, altura, desenvolvimento, vacinação e intercorrências, devendo ser registrado no Cartão da Criança, além disso, a família ou cuidador deve receber informações sobre o estado nutricional e orientações sobre os cuidados com a criança em todo atendimento (BRASIL, 2004).

Nas unidades de saúde, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é considerado uma das ações mais relevantes para a redução da taxa de mortalidade infantil (SÃO PAULO, 2003). Assim, toda a equipe de saúde

deve estar preparada para esse monitoramento, identificando crianças de risco, fazendo busca ativa de crianças faltosas ao calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, detectando e abordando adequadamente as alterações na curva de peso e no desenvolvimento neuropsicomotor da criança (BRASIL, 2004).

No entanto, a incorporação dessa ação ainda é motivo de conflito entre os profissionais, não sendo realizada de forma correta e sistemática em todos os serviços de saúde (RATIS; BATISTA FILHO, 2004). Além disso, muitas unidades de saúde enfrentam problemas estruturais, os quais dificultam a realização deste acompanhamento (CAMPOS *et al.*, 2011).

Nesse contexto, destaca-se a importância da avaliação em saúde como forma de fornecer subsídios para a melhoria da qualidade da assistência prestada (FARIA, 2009). Segundo Donabedian (1997) um bom sistema de avaliação de serviços de saúde deve considerar as dimensões de estrutura, processo e resultado dos serviços prestados.

Logo, a avaliação dos procedimentos de assistência ao crescimento e desenvolvimento são estratégicos para subsidiar decisões que permitam o aprimoramento da assistência prestada à criança pelas equipes de saúde da família.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o acompanhamento do crescimento e o desenvolvimento infantil no município de Vitória de Santo Antão-PE, com ênfase nos aspectos estruturais e processuais.

2.2 Específicos

- Avaliar a estrutura das unidades de saúde para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil no município e as diferenças por zona geográfica, segundo a percepção dos gestores.
- Avaliar o processo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil nas unidades de saúde do município e as diferenças por zona geográfica, segundo a percepção dos gestores.
- Avaliar os procedimentos de assistência ao crescimento e desenvolvimento infantil oferecido pelas unidades de saúde e os procedimentos utilizados pelas crianças atendidas.

3 JUSTIFICATIVA

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é fundamental para o monitoramento do estado de saúde e nutrição infantil, devendo ser uma atividade de rotina na atenção à saúde da criança. No entanto, a efetividade desta ação enfrenta dificuldades concentradas, principalmente, no âmbito estrutural das unidades de saúde e no processo de assistência prestada, os quais colocam em evidência a necessidade de avaliação dos serviços de saúde.

Avaliar o crescimento e o desenvolvimento tem grande impacto na redução da mortalidade infantil e no aparecimento de morbidades, uma vez que a qualidade dessa assistência encontra-se estreitamente relacionada com os níveis de conhecimento materno e de saúde da criança.

Assim, diante da carência de estudos que avaliem as dimensões da assistência ao crescimento e desenvolvimento prestada pelas equipes de saúde da família no município de Vitória de Santo Antão, justifica-se a realização deste trabalho.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Crescimento e desenvolvimento infantil: fundamentos e importância

A infância compreende um período da vida do ser humano onde incidem diferentes riscos de adoecer e morrer, conforme o momento do seu processo de crescimento e desenvolvimento (SUCUPIRA *et al.*, [2004]). Caracteriza-se como crescimento o processo dinâmico e contínuo, expresso pelo aumento do tamanho corporal, que ocorre desde a concepção até o final da vida, considerando-se os fenômenos de substituição e regeneração de tecidos e órgãos (VITOLLO, 2008).

O crescimento é considerado um dos melhores indicadores de saúde infantil, permitindo avaliar as condições de vida da criança, no passado e no presente, em razão de sua estreita relação com fatores ambientais, entre os quais se destacam a alimentação, o acesso a serviços de saúde, a higiene, a habitação e os cuidados gerais, que podem atuar acelerando ou restringindo tal processo (BRASIL, 2002).

O desenvolvimento é definido como uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, a maturação, a aprendizagem e os aspectos psicossociais (COMISION..., 1996). Para tal, é necessária a existência de estímulos ambientais que promovam respostas da criança e a capacitem a adquirir e aprimorar habilidades funcionais (VITOLLO, 2008). Este pode ser influenciado por diversos fatores, dentre eles, os cuidados com a alimentação, a higiene, a prevenção de doenças e a dimensão psicológica, relacionada à forma como a criança aprende e interage com o ambiente em que vive (BRASIL, 1992).

Tanto o crescimento quanto o desenvolvimento são influenciados por fatores genéticos e ambientais (BRASIL, 2012b). No entanto, nos primeiros cinco anos e em especial até o segundo ano de vida os fatores ambientais apresentam influência mais expressiva que os fatores genéticos (BRASIL, 2002).

Nesta etapa a criança, ainda, apresenta imaturidade de alguns órgãos e sistemas, intenso crescimento e maior dependência de cuidados em geral, estando mais vulnerável aos agravos de saúde (ISSLER; LEONE; MARCONDES, 2002). Em contrapartida, principalmente, nos primeiros dois anos de vida há uma resposta melhor às terapias e estímulos do meio ambiente por ser a etapa em que o tecido nervoso mais cresce e amadurece (FIGUEIRAS, *et al.*, 2005).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento constitui o eixo central da organização da assistência infantil (BRASIL, 2012b), tendo como objetivo promover e proteger a saúde da criança sadia e diagnosticar precocemente possíveis alterações que possam comprometer sua saúde, contribuindo para que suas potencialidades sejam desenvolvidas de forma a refletir positivamente por toda a vida (BRASIL, 2002).

Organizações internacionais de saúde, como a Organização Mundial de Saúde e, nacionais, como o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria preconizam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como atividade de rotina na atenção à saúde da criança (ROCHA; PEDRAZA, 2013), o qual deve considerar os aspectos sociais, econômicos e culturais, analisando os fatores que interferem no processo saúde-doença e dando ênfase às ações de promoção à saúde (SILVA *et al.*, 2014).

A incorporação desta ação nos serviços de saúde permite o estabelecimento de condutas curativas dirigidas aos processos patológicos presentes e o estabelecimento de condutas preventivas, adequadas a idade, sobre vacinação, alimentação, estimulação e cuidados gerais, em um processo contínuo de educação para a saúde (BRASIL, 2004).

4.2 A Estratégia Saúde da Família no contexto do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil

As atividades de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento devem desenvolver-se, essencialmente, na APS, ordenada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio do monitoramento criterioso das crianças menores de dois anos (BRASIL, 2004). Estruturando-se a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), a ESF constitui uma importante área de atuação para a melhoria da saúde infantil (BRASIL, 2012b), pois permite o acompanhamento da criança por um longo período, considerando o contexto familiar, social e cultural na qual esse indivíduo encontra-se inserido (INOCÊNCIO, 2014).

Cada USF é composta por uma equipe multiprofissional em saúde composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo receber apoio de outros profissionais de saúde, de acordo com a necessidade do seu território adstrito (BRASIL, 2012c). Este apoio pode ser

prestado pelos profissionais de saúde que compõem o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dentre eles o nutricionista (BRASIL, 2010), o qual pode contribuir para a promoção de práticas alimentares saudáveis, orientando a ingestão de alimentos apropriados em quantidade e qualidade para suprir as necessidades nutricionais, permitindo o crescimento e o desenvolvimento adequado (MATTOS; NEVES, 2009).

Nas USF, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento geralmente é realizado pelo enfermeiro através do monitoramento e da interpretação de parâmetros antropométricos, que permitem identificar desvios de normalidade e orientar para o crescimento e o desenvolvimento adequado, sob a ótica de uma equipe multiprofissional (SAPAROLLI; ADAMI, 2007). Para isso é fundamental que os serviços de saúde apresentem estrutura satisfatória para a realização dessas atividades, disponibilidade de equipamentos e instrumentos de qualidade e em quantidade suficiente, além de profissionais com capacitação específica (CAMPOS *et al.*, 2011).

No entanto, a maioria das USF enfrentam dificuldades para a realização deste acompanhamento, como o número insuficiente de equipamentos e instrumentos, estrutura física inadequada, ausência de capacitações e atualizações dos profissionais e composição básica insuficiente das equipes de saúde (BERTONCINI, 2000; CAMPOS *et al.*, 2011). Alguns estudos, também, ressaltam a importância de avaliar o processo de assistência à criança realizado por profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família (RONCALLI; LIMA, 2006; SAPAROLLI; ADAMI, 2007; CAMPOS *et al.*, 2011).

4.3 Avaliação em saúde

Avaliar configura uma necessidade permanente em todas as áreas e atividades do cotidiano dos indivíduos (INOCÊNCIO, 2014). Entretanto, mais do que uma intervenção pontual de caráter avaliativo, a avaliação em saúde acrescenta instrumentos para pensar no cotidiano dos serviços, na prática dos seus profissionais e na relação com a população, em uma visão autocrítica e estimulante do protagonismo de todos os envolvidos (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004). Esta avaliação deve ser incorporada sistematicamente ao serviço para adequar as

ações e serviços prestados à realidade sanitária local e identificar qual o impacto sobre a saúde da população (FELISBERTO; CARVALHO; SAMICO, 2000).

Em relação à avaliação da APS, a rápida expansão desse nível de atenção, configurou a importância e a necessidade de discutir questões relacionadas à qualificação e resolutividade dos serviços e das equipes de saúde (SILVA; CALDEIRA, 2010). Mostrando-se de extrema importância para fornecer subsídios para a melhoria da qualidade da atenção prestada pelas equipes de saúde da família (FARIA, 2009).

Segundo Donabedian (1997), a avaliação dos serviços de saúde deve considerar as dimensões de estrutura, processo e resultado dos serviços prestados. A avaliação da estrutura compreende os aspectos relacionados aos recursos físicos, materiais, financeiros e humanos, bem como a estrutura organizacional (DONABEDIAN, 1983). A presença de uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom desempenho nos aspectos relacionados ao processo e ao resultado da assistência oferecida (DONABEDIAN, 2003).

A avaliação do processo envolve as atividades relacionadas à utilização dos recursos disponíveis, abrangendo o levantamento e o reconhecimento de problemas, os diagnósticos e os cuidados prestados (ADAMI; MARANHÃO, 1995). Buscando-se conhecer se os serviços oferecidos são adequados para atingir os resultados esperados (HARTZ, 1997).

A avaliação do resultado descreve a situação final de saúde como resultante da complexa interação entre o servidor e o consumidor das ações de saúde (DONABEDIAN, 1997). Através da avaliação dos resultados, consegue-se analisar se determinados programas cumpriram ou estão cumprindo seus objetivos (RONCALLI; LIMA, 2006), o que possibilita a melhoria da assistência prestada aos pacientes atendidos nos serviços de saúde (ADAMI; MARANHÃO, 1995).

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Vitória de Santo Antão, localizado na Zona da Mata Sul e a 50 Km de Recife capital de Pernambuco. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Censo, 2013, o município possui uma área de 372.637Km² e população estimada, em 2015, igual a 135.805 habitantes.

O presente estudo apresenta resultados de uma pesquisa mais ampla, intitulada “Avaliação das condições de Saúde e Nutrição Materno-Infantil de crianças atendidas nas unidades de saúde no município de Vitória, PE, Brasil”, realizada entre os anos de 2014 e 2016.

5.2 Tipo de Estudo

A pesquisa é do tipo descritiva com corte transversal e de abordagem quantitativa.

5.3 Local e Caracterização dos Participantes

O presente estudo foi realizado nas USF do município de Vitória de Santo Antão - PE, durante o período de dezembro de 2014 a março de 2016. As referidas unidades foram identificadas usando o cadastro no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde da Secretaria de Municipal Saúde, perfazendo um total de 27 unidades, sendo 8 unidades localizadas na zona rural e 19 na zona urbana. No entanto, o estudo foi desenvolvido em 26 USF, 8 localizadas na zona rural e 18 localizadas na zona urbana, visto que , uma USF apresentou o gestor ausente em todas as visitas realizadas para a coleta de dados do estudo.

5.4 Delineamento Amostral

A amostra do presente estudo constou de 139 crianças com até 2 anos de idade, que compareceram nos dias da consulta de puericultura nas USF das zonas urbana e rural do município. Todas as mães/cuidador foram convidadas a participar da

pesquisa e após terem recebido esclarecimentos sobre os objetivos do estudo, concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.5 Coleta dos Dados

A coleta dos dados aconteceu a partir de visitas às USF, com a utilização de um instrumento padronizado contendo questões formuladas a partir das recomendações do Ministério da Saúde para a vigilância da saúde da criança. A obtenção das informações ocorreu em dois momentos. Primeiro, as questões abrangendo os usuários foram coletadas a partir de entrevistas com a mãe/cuidador da criança e através da observação de informações registradas na Caderneta de Saúde da Criança. Segundo, os dados referentes aos serviços foram coletados a partir de entrevistas com o gestor/profissional de saúde envolvido diretamente no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (enfermeiros).

Os entrevistadores foram treinados previamente e os instrumentos submetidos à pré-teste em serviço de saúde não participante do estudo.

5.6 Processamento e Análise dos Dados

A tabulação dos dados foi realizada no EXCEL, versão 2007. Os dados foram analisados utilizando o pacote estatístico ACTION, 2014. As medidas estatísticas utilizadas foram: frequência absoluta (N) e relativa (%). A estatística utilizada para analisar os dados foi a descritiva, onde foram obtidos valores de frequência e os dados foram apresentados em formas de tabelas. E, para a avaliação dos usuários os dados foram processados e analisados através do programa Epi-Info, versão 6.04.

5.7 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde da Vitória de Santo Antão, com consentimento formal para realização do projeto nas unidades através da carta de anuência. E também submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, CAAE: 15371413.8.0000.5208. Ressalta-se que as informações coletadas foram tratadas de maneira sigilosa, preservando tanto a identificação dos

profissionais quanto das USF. Desta maneira, foram obedecidos os princípios Éticos da Pesquisa com Seres Humanos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na resolução 466/12 (BRASIL, 2012d).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A avaliação da estrutura (Tabela 1) revelou que todas as USF possuíam equipe mínima completa e profissionais treinados para o atendimento da criança. Esses resultados opõem-se aos obtidos por Pedraza e Rocha (2013) que encontraram um pequeno percentual de profissionais treinados para as ações de assistência à criança, bem como um déficit na completitude da equipe mínima, especialmente na zona urbana.

O apoio às equipes de saúde da família por parte do nutricionista do NASF se fez presente na maioria das USF (92,3%), no entanto, verificou-se a ausência deste profissional em algumas USF localizadas na zona rural (25%). Esses resultados quando comparados ao estudo de Carvalho *et al.* (2008) foram considerados animadores, assemelhando-se aos encontrados por Pedraza e Rocha (2013).

A Caderneta de Saúde da Criança estava disponível e era suficiente em um percentual reduzido das USF (76,9%), notando-se importantes diferenças por área geográfica. Na zona urbana, este instrumento encontrava-se presente e em quantidade suficiente em todas as USF, porém, na zona rural o mesmo foi observado em poucas USF (25%). Essas diferenças também foram evidenciadas em estudos realizados por Ratis e Batista Filho (2004) e por Carvalho *et al.* (2008).

Equipamentos para pesar as crianças estavam presentes e funcionando em um número reduzido de USF (61,5%), em algumas delas, este equipamento não funcionava (11,5%) e em muitas não existia (26,9%). Essa situação foi observada em uma quantidade relevante de USF localizadas na zona rural e na zona urbana, que também apresentou algumas USF com balança quebrada. Esses resultados corroboram com os obtidos por Ratis e Batista Filho (2004) e Carvalho *et al.* (2008), opondo-se aos encontrados por Pedraza e Rocha (2013).

Quanto à disponibilidade de antropômetro, a maioria das USF dispunham deste equipamento funcionando (80,8%), entretanto em algumas delas, ele não funcionava (11,5%) e em outras não existia (7,7%). Na zona urbana, essa situação se mostrou de forma mais acentuada, a qual apresentou algumas USF que não possuíam antropômetro funcionando e outras onde o mesmo era inexistente. Todas as USF analisadas por Pedraza e Rocha (2013) continham equipamento para medir a estatura das crianças.

Notou-se que a maioria das USF possuíam vacinas correspondentes a todas as idades em quantidade suficiente (80,8%), porém, tanto na zona urbana quanto na zona rural foram identificadas USF em que a quantidade de vacinas não era suficiente para atender a demanda de crianças. Saparolli e Adami (2007) verificaram que todas as crianças estudadas, atendidas nas consultas de puericultura tinham recebido as vacinas indicadas para a idade.

Tabela 1. Avaliação da estrutura das unidades de saúde para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, segundo a percepção do gestor. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2015-2016.

Variáveis	Município (n=26)		Zona urbana (n=18)		Zona rural (n=8)	
	n	%	n	%	n	%
Equipe mínima						
Completa	26	100	18	100	8	100
Incompleta	-	-	-	-	-	-
Profissional treinado						
Sim	26	100	18	100	8	100
Não	-	-	-	-	-	-
Apoio do nutricionista do NASF						
Sim	24	92,3	18	100	6	75
Não	2	7,7	-	-	2	25
Caderneta de Saúde da Criança						
Sim, suficiente	20	76,9	18	100	2	25
Sim, insuficiente	6	23,1	-	-	6	75
Não	-	-	-	-	-	-
Balança pesa-bebê						
Sim, funciona	16	61,5	11	61,1	5	62,5
Sim, mas não funciona	3	11,5	3	16,7	-	-
Não	7	26,9	4	22,2	3	37,5
Antropômetro						
Sim, funciona	21	80,8	14	77,8	7	87,5
Sim, mas não funciona	3	11,5	2	11,1	1	12,5
Não	2	7,7	2	11,1	-	-
Vacina						
Sim, suficiente	21	80,8	15	83,3	6	75
Sim, insuficiente	5	19,2	3	16,7	2	25
Não	-	-	-	-	-	-

Fonte: ARAUJO, N. L. M. de, 2016.

Nota: Tabela elaborada pela autora com base nos dados da pesquisa.

No que diz respeito ao processo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (Tabela 2) observou-se que a maioria das USF aferiam o peso (92,3%), a estatura (96,2%) e o perímetro cefálico (92,3%) das crianças em todas as consultas, percebendo-se um déficit na regularidade destas aferições em algumas USF localizadas na área urbana. A avaliação periódica do ganho de peso e da estatura permite o acompanhamento do progresso individual de cada criança, identificando aquelas em maior risco de morbi/mortalidade (BRASIL, 2012). Resultados semelhantes foram encontrados por Saparolli e Adami (2007) e Carvalho (2012).

Em todas as USF, as mães/cuidador recebiam informações sobre aspectos do crescimento e desenvolvimento das crianças, como o peso e a estatura. Resultado muito animador quando comparado ao estudo de Ratis e Batista Filho (2004) que observaram que poucas mães recebiam informações sobre o crescimento de seus filhos.

O número de consultas marcadas no primeiro ano de vida, conforme o Calendário Mínimo de Consultas para a Assistência à Criança, proposto pelo Ministério da Saúde, foi cumprido por todas as USF. O segmento desse calendário bem como o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento podem ser indicadores da qualidade da atenção prestada à criança nos serviços de saúde (BRASIL, 2002).

Tabela 2 - Avaliação do processo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil nas unidades de saúde, segundo a percepção do gestor. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2015-2016.

Variáveis	Município (n=26)		Zona urbana (n=18)		Zona rural (n=8)	
	n	%	n	%	n	%
Aferição do peso						
Sim	24	92,3	16	88,9	8	100
Não	-	-	-	-	-	-
As vezes	2	7,7	2	11,1	-	-
Aferição da estatura						
Sim	25	96,2	17	94,4	8	100
Não	-	-	-	-	-	-
As vezes	1	3,8	1	5,6	-	-
Aferição do perímetro cefálico						
Sim	24	92,3	16	88,9	8	100
Não	-	-	-	-	-	-
As vezes	2	7,7	2	11,1	-	-
Informações dadas às mães/cuidador						
Peso	26	100	18	100	8	100
Comprimento	26	100	18	100	8	100
Marcação de consultas no 1º ano de vida						
Sim	26	100	18	100	8	100
Não	-	-	-	-	-	-

Fonte: ARAUJO, N. L. M. de, 2016.

Nota: Tabela elaborada pela autora com base nos dados da pesquisa.

Com relação ao preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança (Tabela 3), verificou-se que o registro completo do desenvolvimento era realizado na maioria das USF (80,8%), sendo notado que em algumas delas, esse registro era feito de forma incompleta (15,4%) e que em outras não ocorria (3,8%). Quando comparada as zonas geográficas, observou-se um déficit na realização dessa ação, predominantemente, na zona rural, que apresentou um percentual menor de USF que realizavam o registro completo do desenvolvimento e um percentual maior de USF onde o mesmo era feito de forma incompleta. No entanto, detectou-se a ausência deste procedimento em uma USF localizada na zona urbana.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), a forma mais adequada para o acompanhamento do crescimento da criança, nos serviços de APS, é o registro periódico do peso no gráfico do Cartão da Criança. Foi verificado que o registro do

peso no gráfico era realizado em todas as USF da zona urbana, não sendo feito com frequência em algumas USF localizadas na zona rural (25%). Resultados semelhantes foram obtidos por Saparolli e Adami (2007) que observaram que a maioria dos profissionais responsáveis pelo atendimento da criança preenchia a Caderneta de Saúde da Criança com essa informação.

Todas as USF localizadas na zona urbana realizavam o traçado do peso na curva do gráfico. Na zona rural, essa situação foi observada em um número menor de USF (62,5%), assim como, mostrou-se ausente em algumas (12,5%). Palombo *et al.* (2014) identificaram que o gráfico de peso estava adequadamente preenchido em menos de 10% das Cadernetas de Saúde da Criança avaliadas.

O registro do comprimento no gráfico era realizado na maioria das USF (92,3%), ocorrendo em todas as USF localizadas na zona urbana e em algumas localizadas na zona rural (75%). Quanto à realização do traçado do comprimento na curva do gráfico, importantes diferenças por área geográfica foram evidenciadas, visto que, todas as USF localizadas na zona urbana realizavam este traçado, o que foi notado em poucas USF localizadas na zona rural (37,5%). A maioria das Cadernetas de Saúde da Criança avaliadas por Palombo *et al.* (2014) não possuíam o gráfico do comprimento preenchido.

Quanto ao traçado do perímetro cefálico na curva do gráfico, notou-se que metade das USF localizadas na zona rural não realizam esse traçado. Na área urbana essa situação também foi observada, porém em um número menor de USF (5,6%). A medição do perímetro cefálico nos primeiros dois anos de vida é importante para avaliar o tamanho da cabeça e do cérebro da criança, permitindo uma avaliação do crescimento cerebral e a detecção de alterações que possam vir a comprometer o seu desenvolvimento (BRASIL, 2002).

Tabela 3. Avaliação do processo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil nas unidades de saúde, considerando o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança, segundo a percepção do gestor. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2015-2016.

Variáveis	Município (n=26)		Zona urbana (n=18)		Zona rural (n=8)	
	n	%	n	%	n	%
Registro do desenvolvimento						
Sim, completo	21	80,8	16	88,8	5	62,5
Sim, incompleto	4	15,4	1	5,6	3	37,5
Não	1	3,8	1	5,6	-	-
Registro do peso no gráfico						
Sim	24	92,3	18	100	6	75
Não	-	-	-	-	-	-
As vezes	2	7,7	-	-	2	25
Traçado do peso na curva do gráfico						
Sim	23	88,5	18	100	5	62,5
Não	1	3,8	-	-	1	12,5
As vezes	2	7,7	-	-	2	25
Registro do comprimento no gráfico						
Sim	24	92,3	18	100	6	75
Não	-	-	-	-	-	-
As vezes	2	7,7	-	-	2	25
Traçado do comprimento na curva do gráfico						
Sim	21	80,8	18	100	3	37,5
Não	1	3,8	-	-	1	12,5
As vezes	4	15,4	-	-	4	50
Traçado do perímetro cefálico na curva do gráfico						
Sim	19	73,1	16	88,8	3	37,5
Não	5	19,2	1	5,6	4	50
As vezes	2	7,7	1	5,6	1	12,5

Fonte: ARAUJO, N. L. M. de, 2016.

Nota: Tabela elaborada pela autora com base nos dados da pesquisa.

A avaliação dos procedimentos de assistência ao crescimento e desenvolvimento realizados nas USF e dos procedimentos utilizados pelas crianças atendidas (Tabela 4) revelou algumas contradições.

Segundo o profissional responsável pelo atendimento da criança, as USF dispunham de Caderneta de Saúde da Criança em quantidade suficiente para atender as demandas do serviço, sendo verificado que a maioria das crianças participantes do estudo continham tal instrumento. Segundo o Ministério da Saúde

(2002), toda criança deve receber o Cartão da Criança, o qual deve conter informações sobre o peso, estatura, desenvolvimento, vacinação e intercorrências.

Foram identificados alguns problemas quanto ao preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança, entre os quais se destacaram o registro do peso e do comprimento ao nascer, importantes indicadores das condições de nascimento da criança (BRASIL, 2002). A maioria dos profissionais de saúde relatou registrar as informações de peso e do comprimento ao nascer na Caderneta de Saúde da Criança, porém, percebeu-se que em muitas delas essas informações eram ausente.

Os resultados referentes à visita domiciliar na primeira semana de vida da criança também foram contraditórios, visto que, todos os profissionais entrevistados afirmaram realizar a visita, no entanto, a mesma foi recebida por poucas crianças. Notou-se que predominantemente essas visitas foram realizadas pelo enfermeiro e/ou ACS, embora algumas mães/cuidador tenham citado a participação de outros profissionais de saúde. A visita domiciliar na primeira semana após o nascimento é uma ação prioritária de vigilância à saúde da mãe e da criança, sendo fundamental para o incentivo, orientação e apoio à amamentação, bem como para a detecção precoce de possíveis problemas que possam vir a comprometer a saúde da criança (BRASIL, 2004).

Tabela 4. Avaliação dos procedimentos de assistência ao crescimento e desenvolvimento realizados nas unidades de saúde, segundo a percepção do gestor e dos procedimentos utilizados pelas crianças atendidas. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2014-2016.

Variáveis	Unidade de saúde (n=16)		Usuários (n=139)	
	n	%	n	%
Disponibilidade de Caderneta de Saúde da Criança	16	100	132	96,3
Registro do peso ao nascer na Caderneta de Saúde da Criança	13	81,3	75	53,9
Registro do comprimento ao nascer na Caderneta de Saúde da Criança	13	81,3	75	53,9
Registro completo do desenvolvimento na Caderneta de Saúde da Criança	12	75	117	87,3
Visita domiciliar na 1ª semana de vida	16	100	73	52,5
Profissional que realizou a visita domiciliar				
Médico	-	-	5	3,6
Enfermeiro	13	81,3	50	36
Fonoaudiólogo	-	-	6	4,3
Nutricionista	-	-	2	1,4
ACS	13	81,3	76	54,6

Fonte: ARAUJO, N. L. M. de, 2016.

Nota: Tabela elaborada pela autora com base nos dados da pesquisa.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo revela que a ação de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento não está efetivamente consolidada, em função da estrutura deficiente, em especial na disponibilidade de equipamentos e da existência de ações realizadas em discordância com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Notou-se que os problemas estruturais se distribuem de forma parecida entre as duas zonas geográficas, os quais afetam negativamente o processo de trabalho dos profissionais envolvidos no atendimento da criança. As inadequações do processo concentraram-se principalmente zona rural e relacionaram-se com o preenchimento inadequado da Caderneta de Saúde da Criança. Além disso, percebeu-se o conflito de afirmações referentes aos procedimentos de assistência prestados pelo serviço e os procedimentos utilizados pelas crianças atendidas.

É necessário, portanto, o apoio dos gestores na consolidação dessa ação, assim como a introdução de discussões na ESF sobre a importância da utilização e preenchimento das informações contidas na Caderneta de Saúde da Criança, com o intuito de enfatizar e valorizar essa prática na rotina de atividades de assistência a criança.

REFERÊNCIAS

ADAMI, Nilce Piva; MARANHÃO, Amélia Maria Scarpa Albuquerque. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.8, n.4, p.47-55, 1995. Disponível em:< <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-3490>>. Acesso em: 24 jun. 2016.

BERTONCINI, Judite Hennemann. **Da intenção ao gesto - análise da implantação do Programa Saúde da Família em Blumenau**. 2000. 158 p. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Santa Catarina. 2000. Disponível em:< <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/78653/176756.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 26 jun. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 1996. Disponível em:< http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_verso_final_196_ENCEP2012.pdf> Acesso em: 21 jul 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 24 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde 2011 uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 444 p. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em:< http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>. Acesso em: 19 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em:< <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 9 jun 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: núcleo de apoio à saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27). Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf>. Acesso em: 26 jun 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **O que podemos fazer juntos**: desenvolvimento global e atividades da criança até 3 anos. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1992. 104 p. Disponível em:< <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearc>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 100 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2015.

CAMPOS, Roseli Márcia Crozariol, et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.45, n.3, p.566-74, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a03.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

CAMPOS, Roseli Márcia Crozariol, et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.45, n.3, p.566-74, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a03.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

CARVALHO, Emanoela Brito de. **A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na Estratégia Saúde da Família**. 2012. 111p. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife. 2012. Disponível em:< <http://repositorio.ufpe.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/12970/EMANOELA%20%20CARVALHO%20-%20PPGSCA-CCS%20-%202012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 6 jan. 2016.

CARVALHO, Michelle Figueiredo, et al. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.675-685, 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/21.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2015.

COMISION INTERSECTORIAL PARA LA PROMOCION DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE LA INFANCIA. Documento Marco: Propuesta preliminar, octubre. **Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sarda**, Buenos Aires, v.17, n.1, p. 39-43, 1996. Disponível em:<<http://www.sarda.org.ar/content/download/530/3134/file/39-43.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2016.

DONABEDIAN, Avedis. **An introduction to quality assurance in health care**. American Journal of Preventive Medicine, New York, n.1, v.26, p.96, 2003. Disponível em:< <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379703002897>>. Acesso em: 24 jun. 2016.

DONABEDIAN, Avedis. **Evaluating the quality of medical care**. Current Contents Connect, Philadelphia, n.26, p.18, 1983. This Week's Citation Classic. Disponível em:< <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x/epdf>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: How can it assessed?. **Arch Pathol Lab Med**, [s.l.], v.121, n.11, p.1-6, 1997. Disponível em:< http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/The_Quality_of_Care__How_Can_it_Be_Assessed_-_Donabedian.pdf >. Acesso em: 24 jun. 2016.

FARIA, Horácio. **Processo de trabalho em saúde**. 2.ed. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopmed, 2009. Disponível em:< <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1790.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2016.

FELISBERTO, Eronildo; CARVALHO, Eduardo Freese de; SAMICO, Isabella. Estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes da infância (AIDPI) – considerações sobre o processo de implantação. **Rev. IMIP**, Recife, v.14, n.1, p.24-31, 2000. Disponível em: <http://search.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/lil-273253>>. Acesso em: 24 jun. 2016.

FIGUEIRAS, Amira Consuelo et al. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington: OPAS, 2005. Disponível em:<

<http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/65/vigilancia.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 30 maio 2016.

FRANÇA, Elisabeth; LANSKY, Sônia. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 16., 2008, Caxambu/MG. **Anais eletrônicos...** Belo Horizonte: ABEP, 2008. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1956.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2015.

GARCIA, Leila Posenato; SANTANA, Lúcia Rolim. Evolução das desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil no Brasil, 1993-2008. **Ciên. saúde coletiva**, Rio Janeiro, v.16, n.9, p.3717-3728, 2011. Disponível em:< Evolução das desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil no Brasil, 1993-2008>. Acesso em: 23 jun. 2015.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org). **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. Disponível em:< <http://static.scielo.org/scielobooks/3zctf/pdf/hartz-9788575414033.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2015.

INOCÊNCIO, Paloma Regina. **Avaliação da assistência à criança na atenção primária à saúde, sob a perspectiva do usuário, em um município de médio porte de Minas Gerais.** 2014. 124p. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Juiz de Fora. 2014. Disponível em:< <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/462/1/palomareginainocencio.pdf>>. Acesso em: 6 jan. 2016.

ISSLER, Hugo; LEONE, Claudio; MARCONDES, Eduardo. **Pediatria na atenção primária.** São Paulo: SARVIER, 2002.

MATTOS, Priscila Fonte; NEVES, Alden dos Santos. A Importância da Atuação do Nutricionista na Atenção Básica à Saúde. **Rev. Praxis**, Rio de Janeiro, n.2, 2009. Disponível em: < <http://web.unifoa.edu.br/praxis/numeros/02/11.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

MOREIRA, Mayrene Dias de Sousa; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: análise dos registros das consultas de enfermagem. **Rev. de Pesq.: Cuidado é Fundamental Online**,

Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3757-66, 2013. Disponível em:<
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=672255&indexSearch=ID> >.
Acesso em: 26 abr. 2015.

PALOMBO, Claudia Nery Teixeira, 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, p. 60-67, 2014. Disponível em:<
http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-060.pdf>.
Acesso em: 9 jul. 2016.

RATIS, Cristiane de Albuquerque Silva; BATISTA FILHO, Malaquias. 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.**, São Paulo, v. 7, n. 1, 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n1/06.pdf>>.
Acesso em: 25 jun. 2016.

ROCHA, Ana Carolina Dantas; PEDRAZA, Dixis Figueroa. Acompanhamento do crescimento infantil em unidades básicas de saúde da família do município de Queimadas, Paraíba, Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.22, n. 4, p. 1169-78, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/36.pdf> >. Acesso em: 21 abr. 2015.

RONCALLI, Angelo Giuseppe; LIMA, Kenio Costa de. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.713-724, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30985.pdf>>.
Acesso em: 25 maio 2016.

SÃO PAULO. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. **Caderno Temático da Criança**. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo, 2003. Disponível em:<
<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/CadernoCrianca.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2016.

SAPAROLLI, Eliana Campos Leite; ADAMI, Nilce Piva. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.20, n.1, p.55-61, 2007. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a10v20n1.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2016.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da; MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro, Hucitec, 2004. p.241-257. Disponível em:< <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=407754&indexSearch=ID>> . Acesso em: 20 maio 2016.

SILVA, José Mendes da; CALDEIRA, Antônio Prates. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.6, p.1187-1193, 2010. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n6/12.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2016.

SILVA, Kaio Dakson da, et al. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na visão de mães da estratégia saúde da família. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v.16, n.2, p.67-75, 2014. Disponível em:< <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/9288/6463>>. Acesso em: 1 jul. 2015.

SUCUPIRA, Ana Célia Silveira Lins et al. **Área Temática**: Saúde da Criança. [São Paulo]:[s.n.], [2004]. Disponível em:< http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/publicacoes/0054/cd2_criancanca.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2016.

SZWARCWALD, Célia Landmann, et al. Estimação da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1725-1736, 2002. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v18n6/13269.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2015.

UNICEF. **Situação mundial da infância 2008**. Nova York: UNICEF, 2008. Disponível em:<http://www.unicef.org/brazil/pt/sowc2008_br.pdf> Acesso em: 22 jun. 2015.

VITOLLO, Márcia Regina. **Nutrição da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Questionário aplicado ao gestor

Identificação da unidade		
1. Nome da enfermeira:		
2. Endereço da Unidade:	_____ _____ _____	
3. Telefone para contato:	() _____ - _____	
4. Unidade de Saúde:		Bairro:
1 [] Bela Vista I 2 [] Bela Vista II 3 [] Mário Bezerra 4 [] Loteamento Conceição 5 [] Redenção 6 [] Lídia Queiroz 7 [] Amparo 8 [] Dr. Alvinho 9 [] Jardim Ipiranga 10 [] Maués 11 [] Matadouro 12 [] Cajueiro 13 [] Água Branca 14 [] Santana 15 [] Maranhão 16 [] Lagoa Redonda 17 [] Alto José Leal 18 [] Natuba 19 [] Caiçara 20 [] Pirituba I 21 [] Pirituba II 22 [] Ladeira de Pedra 23 [] Serra Grande 24 [] Galiléia 25 [] Pau Santo 26 [] Oiteiro 27 [] Cidade de Deus		Localização: [] Rural [] Urbana
5. A unidade é coberta por ACS?	1 [] Sim, qual o nº? ____ 2 [] Não	
6. Possui equipe mínima completa?	1 [] Sim 2 [] Não	
7. Recebe apoio do nutricionista ou pediatra por parte do NASF?	1 [] Sim 2 [] Não	
8. Possui profissional treinado para o atendimento da criança?	1 [] Sim, qual? _____ 2 [] Não	

Ação de acompanhamento do crescimento		
9. Possui a caderneta da criança na unidade?	1 [] Sim, suficiente 2 [] Sim, insuficiente 3 [] Não	
10. Possui o manual de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do MS na unidade?	1 [] Sim 2 [] Não	
11. É feito o registro do desenvolvimento no cartão?	1 [] Sim, completo. 2 [] Sim, incompleto. 3 [] Não	
12. A unidade possui balança para pesar o bebê?	1 [] Sim, funciona 2 [] sim, não funciona 3 [] não	
13. A unidade possui antropômetro ?	1 [] Sim, funciona 2 [] sim, não funciona 3 [] não	
14. O Peso ao nascer é registrado no cartão?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] as vezes	
15. O Comprimento ao nascer é registrado no cartão?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] as vezes	
16. O Perímetro cefálico ao nascer é registrado no cartão?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] as vezes	
17. Toda vez que a criança vai a unidade é pesada?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] as vezes	

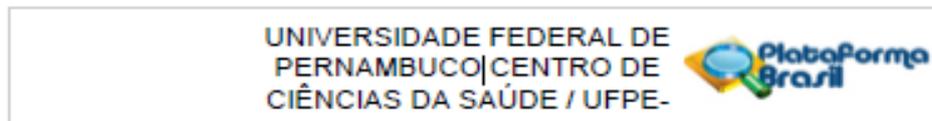
18. O peso é registrado no gráfico do cartão?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] as vezes	
19. O traçado da curva no gráfico é realizado?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] as vezes	
20. Você já fez algum treinamento sobre o uso da caderneta da criança?	1 [] Sim 2 [] Não	
21. Você sabe interpretar o traçado da curva no gráfico?	1 [] Sim 2 [] Não	
22. A mãe recebe orientações se o peso da criança está ou não adequado?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] as vezes	
23. Toda vez que a criança vai a unidade é medido o seu comprimento?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] as vezes	
24. O comprimento é registrado no gráfico do cartão?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] as vezes	
25. O traçado da curva no gráfico é realizado?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] as vezes	
26. Você sabe interpretar o traçado da curva no gráfico do comprimento?	1 [] Sim 2 [] Não	
27. Toda vez que a criança vai a unidade o Perímetro cefálico é medido?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] as vezes	
28. O traçado da curva no gráfico é	1 [] Sim	

realizado?	2 [] Não 3 [] as vezes	
29. Você sabe interpretar o traçado da curva no gráfico do perímetro cefálico?	1 [] Sim 2 [] Não	
30. A mãe recebe orientações se o comprimento da criança está ou não adequado?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] as vezes	
31. A criança recebe visita domiciliar na 1ª semana de vida de algum profissional de saúde?	1 [] Sim 2 [] Não	
32. Qual profissional?		
	Médico 1 [] Sim 2 [] Não	VMED:_____
	Enfermeiro 1 [] Sim 2 [] Não	VENF:_____
	Fonoaudiólogo 1 [] Sim 2 [] Não	VFON:_____
	Nutricionista 1 [] Sim 2 [] Não	VNUT:_____
	Outro. Qual? _____	
33. A marcação de consultas da criança no primeiro ano de vida obedece o nº de consultas determinadas pelo MS (7 consultas) ?	1 [] sim 2 [] não, Porque? _____	
34. As crianças prematuras recebem atenção especial quanto ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] as vezes	
35. Há a captação precoce da criança?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] as vezes	
Referência na RAS		
36. Quando a criança apresenta alguma doença que precisa de acompanhamento específico, você sabe informar para onde referenciar	1 [] Sim. Qual local? _____	

esta criança?	2 [] Não	
Imunização		
37. A unidade dispõe de vacina correspondente para todas as idades?	1 [] Sim, suficiente 2 [] Sim, insuficiente 3 [] Não	
38. Quando falta vacina, a mesma chega em tempo hábil para atender as crianças?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] as vezes	
39. Em sua área de cobertura existe alguma criança que não esteja com seu calendário de vacina atualizado?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] as vezes	
40. Há alguma busca ativa das crianças que não compareceram para a vacinação?	1 [] Sim. Quem fez? _____ 2 [] Não	
41. A unidade dispõe de geladeira para acondicionamento das vacinas?	1 [] Sim 2 [] Não	
42. A unidade dispõe de seringa descartável para aplicação das vacinas?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] as vezes	

ANEXO

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E NUTRIÇÃO MATERNO-INFANTIL ATENDIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, PE, BRASIL

Pesquisador: Sandra Cristina da Silva Santana

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15371413.8.0000.5208

Instituição Proponente: Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 390.191

Data da Relatoria: 12/09/2013

Apresentação do Projeto:

Indicado na relatoria inicial.

Objetivo da Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indicado na relatoria inicial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Indicado na relatoria inicial.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-800
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2128-8588 **Fax:** (81)2128-8588 **E-mail:** cepcos@ufpe.br