



VIGILÂNCIA E ESTÍMULO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL
SURVEILLANCE AND STIMULATION OF GROWTH AND CHILD DEVELOPMENT
VIGILANCIA Y ESTÍMULO DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL

Natália dos Santos Souza¹, Lilian Paula da Silva Pereira², Suellen Valderly Silva³, Weslla Karla Albuquerque Silva de Paula⁴

RESUMO

Objetivo: avaliar as ações de vigilância e estímulo, ao crescimento e desenvolvimento da criança. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, transversal, realizado em 40 unidades da Estratégia Saúde da Família. Realizou-se a coleta de dados e fez-se a análise descritiva com o auxílio do *software Epi Info 7*. Avaliou-se o grau de conformidade das dimensões estrutura e processo segundo uma matriz de julgamento, e apresentaram-se os resultados em forma de tabela. **Resultados:** percebeu-se elevada frequência de registro das informações referentes ao crescimento na Caderneta de Saúde da Criança, com exceção daquelas pertinentes ao Índice de Massa Corporal (13,5%); 72,7% destas não continham dados sobre os marcos do desenvolvimento. Classificou-se a dimensão estrutura como não adequada, ao demonstrar um grau de conformidade de apenas 64%, semelhante à dimensão processo, na qual 86% das ações estavam implementadas. **Conclusão:** observaram-se fragilidades no seguimento das ações de estímulo e vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, denotando que incentivos para a melhoria dos serviços precisam ser realizados. Espera-se que estas informações possam servir para o planejamento e a organização dos serviços de atenção básica. **Descritores:** Crescimento; Desenvolvimento Infantil; Promoção da Saúde; Atenção Básica; Estratégia de Saúde da Família; Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the actions of surveillance and stimulation, to the growth and development of the child. **Method:** this is a quantitative, cross-sectional study conducted in 40 units of the Family Health Strategy. The data was collected and the descriptive analysis was carried out with the help of *Epi Info 7* software. The degree of conformity of the structure and process dimensions was evaluated according to a judgment matrix, and the results were presented in the form of table. **Results:** it was noticed a high frequency of registration of information regarding growth in the Child Health Handbook, except for those related to the Body Mass Index (13.5%); 72.7% of them did not contain data on developmental milestones. The structure dimension was classified as not adequate, demonstrating a compliance degree of only 64%, similar to the process dimension, in which 86% of actions were implemented. **Conclusion:** fragilities were observed following the actions of stimulation and monitoring of child growth and development, denoting that incentives to improve services need to be realized. It is hoped that this information can be used to plan and organize basic care services. **Descriptors:** Growth; Child development; Health promotion; Basic Attention; Family Health Strategy; Evaluation of Health Services.

RESUMEN

Objetivo: evaluar las acciones de vigilancia y estímulo, al crecimiento y desarrollo del niño. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo, transversal, realizado en 40 unidades de la Estrategia Salud de la Familia. Se realizó la recolección de datos y se hizo el análisis descriptivo con la ayuda del *software Epi Info 7*. Se evaluó el grado de conformidad de las dimensiones estructura y proceso según una matriz de juicio, y se presentaron los resultados en forma de tabla. **Resultados:** se percibió una elevada frecuencia de registro de las informaciones referentes al crecimiento en el Cuaderno de Salud del Niño, con excepción de aquellas pertinentes al Índice de Masa Corporal (13,5%); El 72,7% de ellas no contenían datos sobre los marcos del desarrollo. Se clasificó la dimensión estructura como no adecuada, al demostrar un grado de conformidad de apenas 64%, semejante a la dimensión proceso, en la cual el 86% de las acciones estaban implementadas. **Conclusión:** se observaron fragilidades en el seguimiento de las acciones de estímulo y vigilancia del crecimiento y desarrollo infantil, denotando que incentivos para la mejora de los servicios necesitan ser realizados. Se espera que estas informaciones puedan servir para la planificación y la organización de los servicios de atención básica. **Descritores:** Crecimiento; Desarrollo Infantil; Promoción de la Salud; Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Investigación em Servicios de Salud.

^{1,2,3}Enfermeiras, Centro Universitário Tabosa de Almeida/ASCES-UNITA. Caruaru (PE), Brasil. E-mail: natydosantoss@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1859-9739>; E-mail: lilianpaulaenfermeira@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8483-3952>; E-mail: suellen.vs@outlook.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5754-6931>; ⁴Doutora, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira/IMIP. Caruaru (PE), Brasil. E-mail: wesllaalbuquerque@asc.es.edu.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-0237-2663>

INTRODUÇÃO

Sabe-se que, ao longo da evolução histórica, os avanços das diretrizes das políticas sociais vêm refletindo na implementação de programas e políticas públicas de saúde, as quais culminaram com a diminuição da mortalidade infantil e, conseqüentemente, na melhoria da atenção à saúde da criança.¹ Presenciou-se, desde a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), na década de 80, e da instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), em 2015, a consideração às ações de vigilância e estímulo ao pleno crescimento e desenvolvimento da criança, tamanha a importância deste eixo estratégico para a prevenção de agravos, promoção da saúde infantil e realização de intervenções em tempo oportuno, nos casos em que possíveis desvios sejam identificados.¹⁻³

Destaca-se que a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) se constitui como ferramenta fundamental a ser utilizada para este acompanhamento, desde o nascimento até os dez anos de idade, por possibilitar o registro de informações pertinentes a este monitoramento e favorecer maior valorização e apropriação do instrumento pela família e responsabilização pelas ações de vigilância da saúde dos seus filhos.⁴⁻⁵

Compreende-se o desenvolvimento infantil como um processo dinâmico envolvendo um sistema de expansão das habilidades físicas, cognitivas, psicológicas e socioemocionais que levam ao aumento de competências, da autonomia e independência.⁶ Sabe-se que é nos primeiros anos de vida onde a criança apresenta intensa atividade cerebral, em virtude da interação entre as características biológicas e experiências vivenciadas, o que faz este período importante.⁷⁻⁸ Constitui-se também, em paralelo, o crescimento, expresso pelo aumento do tamanho corporal, como um processo dinâmico e contínuo, ocorrendo desde a concepção até o final da vida, tendo, na infância, um período de várias modificações.⁹

Nota-se, portanto, que é imprescindível a monitorização do crescimento e desenvolvimento (C/D) na infância, para que haja uma assistência longitudinal de prevenção e promoção de saúde, possibilitando a detecção precoce de possíveis alterações e, logo, viabilizando, em tempo hábil, as intervenções adequadas que minimizem riscos de morbimortalidade, favorecendo um adequado desenvolvimento durante toda a infância.⁷⁻⁹ Faz-se esse

monitoramento parte das ações inerentes à atenção básica, porta de entrada do SUS, cujo enfermeiro membro da equipe multiprofissional assume papel principal no desenvolvimento prático dessas atividades no serviço.⁸⁻⁹

Enfatizam-se alguns estudos que analisaram essa prática nos serviços de saúde no Brasil, evidenciando algumas fragilidades na assistência, como a desvalorização da avaliação do desenvolvimento, a ausência ou a incompletude de registros do desenvolvimento e dos gráficos de crescimento e a não consolidação efetiva da ação de acompanhamento do crescimento, o que torna preocupante a qualidade da assistência prestada.^{7,10-2}

Fazem-se necessárias, para verificar a adequação do que é preconizado nas políticas de saúde com ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica, a avaliação em saúde e a institucionalização dessa prática na rotina dos serviços, visto que existem indagações com relação à qualidade da atenção à saúde da criança, à operacionalização de práticas e ações para o grupo materno-infantil, além da escassez de estudos acerca da temática, como apontam alguns estudos de revisão.^{7,13-4}

Percebeu-se, diante dessas considerações, a necessidade de avaliar o terceiro eixo da PNAISC, a partir do referencial teórico de Donabedian, que considera três enfoques básicos para a avaliação de qualidade: estrutura, processo e resultado. Entende-se que o processo é o caminho mais direto para o exame de qualidade do cuidado, sendo influenciado pela estrutura para seu desenvolvimento; já os resultados refletem os efeitos do cuidado, podendo ser um indicador indireto de qualidade.¹⁵

OBJETIVO

- Avaliar as ações de vigilância e estímulo, ao crescimento e desenvolvimento da criança, realizadas na Atenção Básica de Saúde

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal, e com uso de critérios da avaliação normativa, que consiste “em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas existentes”.¹⁵

Realizou-se este estudo em 40 unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) da zona urbana do município de Caruaru-PE, considerado o mais populoso (356.128

Souza NS, Pereira LPS, Silva SV et al.

habitantes) do interior do Estado.¹⁶ Contava-se, quando da elaboração do projeto de pesquisa, a cidade com 64 equipes da ESF, sendo 45 localizadas na zona urbana e 19 na zona rural, conforme dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do Município.

Constituiu-se a população do estudo por enfermeiros das equipes da ESF da zona urbana do município, bem como pelos cuidadores (mãe/pai ou responsável) de crianças menores de dois anos de idade assistidas por estas equipes. Considerou-se, para a realização do cálculo amostral, uma população de 4.842 crianças (número de <2 anos cadastradas em fevereiro de 2017 em 43 equipes de Saúde da Família - eSF, tendo em vista que não se obteve a informação de duas das unidades), uma frequência de 50%, erro de 4% e nível de confiança de 95%, totalizando uma amostra de 534 cuidadores de crianças. Selecionaram-se os sujeitos por amostragem probabilística do tipo aleatória simples, respeitando a proporção de crianças cadastradas em cada Unidade de Saúde da Família.

Adotaram-se como critérios de inclusão: enfermeiros das equipes da ESF que atuavam nessas equipes há, no mínimo, seis meses e cuidadores/responsáveis de crianças menores de dois anos cadastradas nas respectivas unidades, que possuísem idade igual ou superior a 18 anos. Excluíram-se os cuidadores/responsáveis que apresentassem algum tipo de deficiência verbal que impossibilitasse a comunicação.

Realizou-se a coleta de dados, entre os meses de março e novembro de 2017, por meio de instrumento construído e validado previamente pelas próprias autoras, com um total de 50 itens, distribuídos em oito componentes relacionados à dimensão estrutura (instalação física, recursos materiais, recursos humanos, normas e rotinas) e processo (avaliação clínica, preenchimento da CSC, promoção de atividades educativas, sistema de referência e contrarreferência). Utilizou-se também, a fim de complementar as informações, um outro instrumento direcionado aos cuidadores, o qual continha 12 itens divididos em dois componentes relacionados aos dados sociodemográficos (idade, escolaridade, ocupação, renda) e de assistência à saúde das crianças. Realizaram-se as entrevistas nas unidades de saúde, assim como nas residências dos cuidadores.

Organizaram-se as respostas em um banco de dados criado no *software Microsoft Excel for Windows*, sendo efetuada a análise descritiva dos dados com o auxílio do

Vigilância e estímulo do crescimento e desenvolvimento...

programa *Epi Info 7*. Apresentaram-se as frequências simples e absolutas das variáveis investigadas.

Valorizaram-se, na matriz de análise e julgamento, os componentes na dimensão estrutura e processo, considerados essenciais para o adequado funcionamento do serviço e para uma assistência de qualidade às crianças. Definiu-se, por consenso, por meio de discussões entre os pesquisadores, tendo como base documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS).¹⁷⁻⁸

Avaliaram-se, na dimensão processo, quatro componentes: avaliação clínica, preenchimento da CSC, promoção de atividades educativas, sistema de referência e contrarreferência. Analisaram-se, no componente avaliação: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, frequência de consultas e busca ativa às crianças faltosas. Avaliou-se, no componente preenchimento da CSC, o preenchimento deste instrumento durante as consultas de Puericultura.

Investigou-se, no componente promoção de atividades educativas, se a equipe promovia atividades educativas, em grupo ou individuais, sobre o estímulo do crescimento e desenvolvimento infantil e se registrava essas informações no prontuário. Avaliou-se, no componente referência e contrarreferência, se a equipe realizava encaminhamento de crianças com desvio no C/D para outros níveis de atenção à saúde, se o encaminhamento era formalizado com garantia de atendimento, se era difícil a marcação de consultas para o profissional de referência e se havia laboratório de referência.

Avaliou-se cada item de zero a dez pontos. Considerou-se a pontuação máxima da matriz de 82 pontos, sendo 32 pontos para a dimensão estrutura e 50 pontos para a dimensão processo. Subdividiu-se a pontuação do processo (50) em: 20 pontos para a “avaliação clínica”, dez pontos para o “preenchimento da CSC”, dez pontos para a promoção de “atividades educativas” e dez pontos para o “sistema de referência e contrarreferência”.

Consolidou-se e classificou-se cada critério dos componentes estrutura e processo, de acordo com o grau de conformidade, em adequado (90-100% das ações implantadas), não adequado (60-89%) e crítico (<60%).¹⁹

Ressalta-se que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA) sob o parecer nº 1.806.486 (CAAE: 61258916.3.0000.5203).

RESULTADOS

Analisaram-se as informações referentes às 40 ESF's da zona urbana do município, as quais totalizam 40 enfermeiros e 503 cuidadores de crianças menores de dois anos, havendo uma perda de três enfermeiros (na ocasião, estavam de férias e licença-maternidade) e, portanto, de 31 cuidadores.

Sumarizam-se, na tabela 1, as características sociodemográficas dos cuidadores de crianças menores de dois anos cadastradas nas unidades de saúde estudadas. Informa-se que os principais cuidadores eram as mães, com idade média de 29,7 anos e média de escolaridade de 8,5 anos de estudo e renda média familiar de R\$ 998,74.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos cuidadores de crianças menores de dois anos cadastradas nas Estratégias de Saúde da Família. Caruaru (PE), Brasil, 2017.

Variáveis	n	%
Crianças		
Idade (meses)		
< 12	293	58,2
12 a 23	210	41,8
Cuidadores		
Escolaridade (anos)		
< 8	182	36,1
≥ 8	321	63,9
Trabalho Remunerado		
Sim	106	21,0
Não	397	79,0
Renda Familiar (SM)		
0 a < 1	194	38,5
1 a < 2	226	45,0
≥ 2	83	16,5
Bolsa Família		
Sim	210	41,27
Não	293	58,2
SM - Salário Mínimo (1SM = R\$ 937,00)		

Evidenciam-se, na tabela 2, as informações referentes à avaliação da assistência à saúde realizada pelos cuidadores e a partir da observação da CSC. Verificou-se que, apesar da maioria das crianças possuir a CSC (446), cerca de 11,3% ainda apresentavam versões anteriores do cartão da criança, as quais dispunham apenas da curva de peso e idade e de espaço reservado para o registro das vacinas. Referiu-se, pela maior parte dos cuidadores, que os profissionais realizavam exame físico e aferição das medidas antropométricas das crianças durante as consultas, assim como se relatou o recebimento de orientações sobre o C/D.

Tabela 2. Avaliação da assistência à saúde referida pelos cuidadores de menores de dois anos cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família e a partir da observação da Caderneta de Saúde da Criança. Caruaru (PE), Brasil, 2017.

Variáveis	n	%
Possui a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) *	446	88,6
Frequência em que leva a criança para a Puericultura		
Mensal	360	71,6
Bimensal	50	9,9
Trimestral	46	9,1
Semestral	23	4,6
Anual	21	4,2
Criança não realiza Puericultura	03	0,6
Processo de trabalho da ESF		
A equipe realiza exame físico e medidas antropométricas das crianças	486	96,6
Recebeu orientação sobre o crescimento da sua criança	389	77,3
Recebeu orientação sobre o desenvolvimento da sua criança	375	74,5
Registro na Curva Perímetro cefálico x Idade na CSC	387	76,9
Registro na Curva Peso x Idade na CSC	402	79,9
Registro na Curva Comprimento x Idade na CSC	382	75,9
Registro na Curva IMC x Idade na CSC	68	13,5
Registro das Medidas Antropométricas na CSC	360	71,5
Registro dos marcos do desenvolvimento na CSC	80	15,9

*As informações sobre os registros de C/D foram consideradas do total de CSC (n=446)

Percebeu-se, na observação das CSC, que os registros quanto ao peso, ao comprimento e ao perímetro cefálico estavam presentes na maioria delas. Verificou-se, entretanto, tratando-se da curva Índice de Massa Corporal (IMC) e idade, que, em 75,1% das cadernetas, não havia o registro dessa informação. Chama-se a atenção que aproximadamente 73% não continham dados sobre os marcos do desenvolvimento.

Observa-se, em relação aos profissionais enfermeiros, que a idade média foi de 38,1 anos, com tempo de formação aproximado de 12 anos e 45% referiram possuir especialização na área de Saúde da Família. Verificou-se que cerca de 55% dos enfermeiros haviam recebido capacitação para a execução de ações de estímulo e vigilância do C/D infantil.

Nota-se, no que concerne à estrutura dos serviços (tabela 3), com base nas informações fornecidas pelos enfermeiros, que quase a totalidade das unidades dispunha de consultório médico e de Enfermagem, porém, apenas 62,5% possuíam área/sala para a realização de atividades educativas. Disponibilizavam-se equipamentos para a mensuração do crescimento infantil em grande parte das unidades, todavia, em 32,5% havia indisponibilidade da CSC.

Tabela 3. Percentuais dos dados relacionados às dimensões estruturais das Estratégias de Saúde da Família. Caruaru (PE), Brasil, 2017.

Variáveis	n	%
Instalação física		
Consultório médico e de Enfermagem	39	97,5
Área/sala para a realização de atividades educativas	25	62,5
Área/sala de espera para clientes que aguardam o atendimento	40	100
Local para a dispensação dos medicamentos	40	100
Sala de armazenagem de medicamentos	36	90,0
Local para arquivos e registros	35	87,5
Sala de cuidados básicos de Enfermagem	36	90,0
Sala de vacina	40	100
Consultório odontológico	31	77,5
Sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea	23	57,5
Sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica	23	57,5
Sala de inalação coletiva	23	57,5
Recursos materiais		
Xarope de sulfato ferroso	35	87,5
Megadoses de Vitamina A	21	52,5
A quantidade de medicamentos atende à demanda da USF	18	45,0
Frequência em que os medicamentos faltaram nos últimos seis meses		
Acabam no início do período	5	12,5
Acabam na metade do período	11	27,5
Acabam próximo ao final do período	6	15,0
Não se aplica	18	45,0
Material educativo sobre crescimento e desenvolvimento infantil saudável	25	62,5
Balança eletrônica ou mecânica	39	97,5
Fita métrica	40	100
Antropômetro	34	85,0
Caderneta de Saúde da Criança	27	67,5
Recursos Humanos		
Capacitação da ESF para executar as ações de estímulo e vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil	22	55,0
Realização do curso introdutório em Saúde da Família pelo enfermeiro	25	62,5
Realização do curso de especialização em Saúde da Família pelo enfermeiro	18	45,0
Equipe de SF em conformidade quanto à presença da equipe mínima	21	52,5
Equipe de SF com número de agentes comunitários de saúde (ACS) suficiente para 100% da população	18	45,0
Enfermeiro cumprindo carga horária de 40 horas semanais	39	97,5
Normas e Rotinas		
Acesso ao Manual de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança	31	77,5
Acesso ao Caderno de Atenção Básica nº 33 sobre Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento	29	72,5
Utiliza a Caderneta de Saúde da Criança nas condutas de Puericultura	40	100
Faz a solicitação de exames bioquímicos	36	90,0
Registra a manutenção preventiva das balanças	26	65,0
Registra as atividades educativas em grupo desenvolvidas pela equipe da ESF	40	100

Mostra-se, na análise dos componentes da dimensão processo (Tabela 4), que os enfermeiros alegaram realizar o acompanhamento do C/D infantil por meio da utilização da CSC, realizar busca ativa dos casos faltosos e encaminhar, quando necessário, as crianças com desvio no C/D para serviços de maior complexidade. Formalizava-se este encaminhamento para a

referência, com garantia de atendimento, em quase 93% dos casos, mas, nem sempre, as crianças eram referenciadas para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), visto que algumas não dispunham desse apoio matricial. Infere-se que a frequência das consultas de Puericultura em menores de um ano era predominantemente mensal.

Tabela 4. Percentuais dos dados relacionados às dimensões de processo das Estratégias de Saúde da Família. Caruaru (PE), Brasil, 2017.

Variáveis	n	%
Avaliação Clínica		
Realiza acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil	40	100
Frequência do acompanhamento de crianças <1 anos		
Mensal	39	97,5
Bimensal	01	2,5
Frequência do acompanhamento de crianças < 2 anos		
Mensal	03	7,5
Bimensal	12	30,0
Trimestral	13	32,5
Semestral	10	25,0
Não acompanha	02	5,0
Realiza busca ativa de crianças faltosas	40	100
Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança		
Preenche a Caderneta de Saúde da Criança	40	100
Promoção de atividades educativas		
Promove atividades educativas sobre estímulo do C/D infantil	34	85,0
Sistema de referência e contrarreferência		
Realiza encaminhamento de crianças com desvio no C/D para nível de maior complexidade	40	100
Realiza encaminhamento de crianças com desvio no C/D para o NASF	33	82,5
O encaminhamento para a referência é formalizado com garantia de atendimento	37	92,5
É difícil marcar a consulta de crianças com desvio no C/D para o profissional de referência	10	25,0
A equipe dispõe de laboratório de referência para a realização de exames	37	92,5

Classificou-se a dimensão estrutura como não adequada, ao demonstrar um grau de conformidade de apenas 64%; do mesmo modo, a dimensão processo, uma vez que 86% das ações foram implementadas.

DISCUSSÃO

Evidenciou-se, por meio dos resultados desta pesquisa, que os cuidadores possuíam nível de escolaridade compatível com a média nacional²⁰ e renda familiar acima da média apresentada para o Estado de Pernambuco, porém, abaixo da média nacional.²¹ Expressam-se, por esses dados, informações importantes para subsidiar as condutas dos profissionais de saúde frente às crianças e seus familiares.¹²

Notou-se que a frequência com que as crianças realizavam as consultas de Puericultura estava de acordo com o que preconiza o MS, o qual recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida, além de duas consultas no segundo ano,¹⁷ época em que estas apresentam maior risco e com necessidade de consultas periódicas. Passam-se, após esta faixa etária, as consultas preventivas, progressivamente, a se restringir às questões voltadas a possíveis agravos à saúde.²²

Alegou-se, por boa parte dos cuidadores, o recebimento de orientações sobre o C/D da sua criança, além de eles referirem a realização de exame físico e de medidas antropométricas por parte da equipe. Constituem-se formas de cuidar e de dar continuidade ao cuidado pela participação e o envolvimento do cuidador nesse processo de estímulo do C/D e pelo fornecimento de informações acerca das condições de saúde da criança.²²

Destaca-se que, embora a maioria das crianças possuísse a CSC, não havia o seu adequado preenchimento, principalmente no que concerne à curva de IMC para a idade e ao registro dos marcos do desenvolvimento. Recomendam-se a avaliação constante e a utilização da curva do IMC desde o nascimento da criança, por possibilitar indicar e acompanhar o índice de adiposidade e, portanto, de possíveis alterações nutricionais de forma precoce, se devidamente avaliado e registrado.^{11,22-3}

Mostra-se, um estudo de revisão sistemática que avaliou o preenchimento da CSC por parte dos profissionais de saúde no Brasil, que não foram mencionados registros no gráfico de IMC para a idade pelos autores dos trabalhos incluídos na revisão.²² Apontou-se, em outro estudo de revisão, a dificuldade, por parte dos profissionais, em manusear a

Souza NS, Pereira LPS, Silva SV et al.

CSC, principalmente no que diz respeito às curvas de referência representadas em escores z e o gráfico de IMC, o que poderia justificar, em parte, o baixo percentual de preenchimento do referido gráfico.²⁴

Enfatiza-se, no que concerne às informações referentes aos marcos do desenvolvimento, a baixa frequência destes registros. Corroboram-se os achados de um estudo realizado em Cuiabá - MT, em que houve a ausência de anotação deste indicador na maioria das cadernetas analisadas.¹⁰ Alerta-se que o adequado preenchimento das cadernetas não pode ser visto só como parte administrativa, e, sim, como ferramenta de promoção à saúde das crianças, o que pode refletir na qualidade da assistência prestada e se constitui como importante veículo de informação entre os profissionais, além de possibilitar cuidados contínuos.^{10,22-3,25}

Demonstrou-se a dimensão estrutura inadequada. Verificou-se que um considerável número de unidades não dispunha de ambientes adequados para o desenvolvimento de atividades educativas, acolhimento à demanda espontânea, sala de atividades coletivas para os profissionais, sala de inalação coletiva. Faltam-se medicamentos e, em algumas unidades, material educativo sobre C/D, antropômetro e CSC.

Apontou-se, em um estudo de revisão da literatura, para uma falta de estrutura e improvisação nas instalações físicas, as quais comprometem o desempenho dos serviços, podendo apresentar um impacto negativo no monitoramento das crianças.²² Necessita-se, para que as ações de vigilância e estímulo se tornem viáveis, que haja um adequado espaço físico e equipamentos devidamente mantidos e calibrados.^{11,25} Constituem-se, assim, a estrutura e os recursos materiais em meios para a concretização de tais ações pelos profissionais de saúde.

Observou-se um elevado percentual de enfermeiros que não possuíam especialização em Saúde da Família, apesar de terem realizado o curso introdutório. Encontrava-se boa parcela das equipes incompleta, além de não ter sido capacitada para executar as ações direcionadas para o público infantil. Pode-se comprometer, pela carência de capacitação profissional, o desenvolvimento das ações preconizadas²⁶ e esta deve ser uma ação política prioritária na ESF.²⁵ Requerem-se a qualificação de toda a equipe, para atuar neste serviço, e um perfil diferenciado capaz de desenvolver habilidades para além de técnicas, seja por meio da educação permanente e/ou continuada, de modo que se

Vigilância e estímulo do crescimento e desenvolvimento...

tenha uma corresponsabilização com o usuário, atendendo às suas demandas.²⁷

Fez-se presente a existência de normas e protocolos do MS em mais da metade das unidades, e estas são importantes para a sistematização e a otimização da assistência, suporte em caso de dúvidas, além de servir de material para treinamento. Pode-se contribuir, pelo acesso e a adequada utilização de protocolos, no acompanhamento e na identificação de possíveis alterações no processo de C/D, viabilizando-se condutas apropriadas a fim de favorecer um desenvolvimento adequado durante toda a infância, refletindo positivamente por toda vida.^{9,11-2,25}

Acrescenta-se, no que concerne ao processo, que existem algumas características que são exigidas para que a efetividade da prática seja alcançada, a exemplo da aferição de medidas antropométricas da criança, além da utilização de instrumentos de registros, entre eles, o prontuário e a CSC, ferramentas essas essenciais para o acompanhamento da população.²⁶

Considera-se que uma avaliação seguida de uma boa interpretação de dados, durante uma consulta de Puericultura, pode proporcionar a identificação de algum tipo de desvio no C/D que possa imprimir maior risco de morbimortalidade, deixando a equipe em alerta e permitindo a tomada de decisão em tempo oportuno.²⁶ Encaminhou-se, neste estudo, a maioria das crianças, quando há algum tipo de desvio, ao NASF ou a outros níveis de atenção (média e alta complexidades), e isso converge ao que diz respeito à integralidade e à intersetorialidade utilizadas para garantir o acompanhamento devido, pois ações realizadas não são responsabilidades de um único setor, é necessária a articulação dos demais.⁹

Observa-se que os resultados neste estudo devem ser vistos com cautela, uma vez que a elaboração da matriz de julgamento não contou com a participação de um representante da secretaria de saúde do município, o qual poderia analisar se os itens incluídos nesta matriz estavam de acordo com as proposições da linha de cuidado à saúde da criança no município, no que concerne às ações de vigilância e estímulo do C/D.

Ressalta-se que, apesar de o estudo ter incluído apenas enfermeiros, qualquer profissional de saúde que preste atendimento à criança é também responsável por orientar quanto ao crescimento e desenvolvimento infantil e por registrar tais informações na CSC. Percebe-se, a despeito destas limitações, que tais resultados podem trazer

Souza NS, Pereira LPS, Silva SV et al.

contribuições importantes a profissionais e gestores da Atenção Básica à Saúde para o planejamento das ações e a organização dos serviços.

CONCLUSÃO

Elucidaram-se, com base nos resultados, as falhas nos registros e o devido preenchimento das CSC, mostrando que a maioria dos profissionais não avalia todos os marcos considerados imprescindíveis para a vigilância do C/D da saúde da criança.

Pode-se constatar que o acompanhamento, seguido da forma preconizada, age como dispositivo de promoção à saúde, sendo necessário fortalecer e exercitar ações que objetivem melhorias nos serviços que participaram da pesquisa.

Considera-se que uma boa estrutura e a disponibilização de equipamentos e insumos são imprescindíveis para a prestação de uma assistência de qualidade à criança, e isso possibilita que os profissionais desenvolvam suas atividades, tendo como base o seguimento e a implementação das políticas públicas vigentes. Espera-se que estas informações possam servir para o planejamento e a organização dos serviços de atenção básica.

REFERÊNCIAS

1. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Toso BRGO, Viera CS. History of the child's health: conquers, policies and perspectives. *Rev Bras Enferm.* 2014 Nov/Dec; 67(6):1000-7. Doi: [10.1590/0034-7167.2014670620](https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620)
2. Silva SA, Fracolli LA. Evaluating child care in the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm.* 2016 Jan/Feb; 69(1):54-61. Doi: [10.1590/0034-7167.2016690107i](https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690107i)
3. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria n° 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2016 Aug 05]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html
4. Lima LG, Nobre CS, Lopes ACMU, Rolim KMC, Albuquerque CM, Araújo MAL. The Use of the child's health handbook for healthcare follow-up. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2016 Jan; 20(2):167-74. Doi: [10.4034/RBCS.2016.20.02.12](https://doi.org/10.4034/RBCS.2016.20.02.12)
5. Silva FB, Gaíva MAM, Mello DF. Use of the child health record by families: perceptions of Professionals. *Texto contexto-enferm.* 2015

Vigilância e estímulo do crescimento e desenvolvimento...

- Apr/June; 24(2):407-14. Doi: [10.1590/0104-07072015000212014](https://doi.org/10.1590/0104-07072015000212014)
6. Daelmans B, Black MM, Lombardi J, Lucas J, Richter L, Silver K, et al. Effective interventions and strategies for improving early child development. *BMJ.* 2015 Sept; 351:h4029. Doi: [10.1136/bmj.h4029](https://doi.org/10.1136/bmj.h4029)
7. Zeppone SC, Volpon LC, Del Ciampo LA. Monitoring of child development held in Brazil. *Rev Paul Pediatr.* 2012 Dec; 30(4):594-9. Doi: [10.1590/S0103-05822012000400019](https://doi.org/10.1590/S0103-05822012000400019)
8. Oliveira LL, Costa VMR, Requeijo MR, Rebolledo RS, Pimenta AF, Lemos SMA. Child development: agreement between the child health handbook and the guide for monitoring child development. *Rev Paul Pediatr.* 2012 Dec; 30(4):479-85. Doi: [10.1590/S0103-05822012000400004](https://doi.org/10.1590/S0103-05822012000400004)
9. Silva KD, Araújo MG, Sales LKO, Valença CN, Moraes FRR, Moraes IF. Monitoring of child growth and development according to mothers of the family health strategy. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2014 Apr/June; 16(2):67-75. Doi: [10.21722/rbps.v0i0.9288](https://doi.org/10.21722/rbps.v0i0.9288)
10. Gaíva MAM, Abud SM. Records of growth and development data in the child health handbook. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015 June; 36(2):97-105. Doi: [10.1590/1983-1447.2015.02.48427](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.48427)
11. Carvalho MF, Lira PIC, Romani SAM, Santos IS, Veras AMCA, Filho MB. Monitoring of infant growth by health services in Pernambuco State, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2008 Mar; 24(3):675-85. Doi: [10.1590/S0102-311X2008000300021](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300021)
12. Rocha ACD, Pedraza DF. Child growth monitoring in family health basic units in the municipality of Queimadas, Paraíba, Brazil. *Texto contexto-enferm.* 2013 Oct/Dec; 22(4):1169-78. Doi: [10.1590/S0104-07072013000400036](https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400036)
13. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLSM, Reis RS, Franceschini SCC. Evaluating child healthcare in the context of Family Healthcare in the city of Teixeira, Minas Gerais (MG, Brazil). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011 July; 16(7):3229-40. Doi: [10.1590/S1413-81232011000800022](https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800022)
14. Caminha MFC, Silva SL, Lima MC, Azevedo PTACC, Figueira MCS, Batista Filho M. Surveillance of child development: an analysis of Brazil's situation. *Rev Paul Pediatr.* 2017 Jan/Mar; 35(1):102-9. Doi: [10.1590/1984-0462/;2017;35;1;00009](https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2017;35;1;00009)
15. Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. Avaliação em saúde. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 10-11.

Souza NS, Pereira LPS, Silva SV et al.

16. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada: Caruaru: Panorama [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2017 [cited 2017 oct. 03]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/caruaru/panorama>.

17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2017 Oct 03]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf

18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [cited 2017 oct. 03]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf

19. Santos YR, Oliveira VC, Guimarães EAA, Silva BS, Moraes JT, Cortez DN. Normative evaluation of vaccine rooms in the western region of the state of Minas Gerais, October 2015 to August 2016. *Vigil sanit debate*. 2017; 5(3):44-52. Doi: [10.3395/2317-269X.00923](https://doi.org/10.3395/2317-269X.00923)

20. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - Educação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2017 [cited 2018 Apr 16]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?edicao=18971&t=resultados>

21. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE divulga o rendimento domiciliar per capita 2017 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2017 [cited 2018 Apr 16]. Available from: ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Renda_domiciliar_per_capita/Renda_domiciliar_per_capita_2017.pdf

22. Almeida AC, Mendes LC, Sad IR, Ramos EG, Fonseca VM, Peixoto MVM. Use of a monitoring tool for growth and development in Brazilian children - systematic review. *Rev Paul Pediatr*. 2016 Jan/Mar; 34(1):122-31. Doi: [10.1016/j.rppede.2015.12.002](https://doi.org/10.1016/j.rppede.2015.12.002)

23. Moreira MDS, Gaíva MAM. Monitoring of child growth and development: analysis of records of nursing consultations. *J res fundam*

Vigilância e estímulo do crescimento e desenvolvimento...

care online. 2013 Apr/June; 5(2):3757-66. Doi: [10.9789/2175-5361.2013.v5i2.3757-3766](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013.v5i2.3757-3766)

24. Abreu T, Viana L, Cunha C. Challenges on utilization of child health booklet: Between real and ideal. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 2012 [cited 2018 Apr 16]; 3(2):80-3. Available from: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/142/144>

25. Pedraza DF. Growth surveillance in the context of the primary public healthcare service network in Brazil: literature review. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2016 Jan/Mar; 16(1):7-19. Doi: [10.1590/1806-93042016000100002](https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100002)

26. Carvalho EB, Sarinho SW. The nursing consultation in monitoring child growth and development in the family health strategy. *J Nurs UFPE*. 2016 Dec; 10(Suppl 6):4804-12. Doi: [10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201612](https://doi.org/10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201612)

27. Costa SM, Prado MCM, Andrade TN, Araújo EPP, Junior WSS, Filho ZCG, et al. Professional profile of healthcare providers holding university degree in Family Health Strategy teams in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013 Apr/June; 8(27):90-6. Doi: [10.5712/rbmfc8\(27\)530](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(27)530)

Submissão: 25/10/2018

Aceito: 21/12/2018

Publicado: 01/02/2019

Correspondência

Natália dos Santos Souza
Condomínio Quintas da Colina II, D12
Alameda Gercino Tabosa
Bairro Universitário
CEP: 55016-755 – Caruaru (PE), Brasil