



Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Nutrição
Programa de Pós-Graduação
Mestrado em Nutrição
Área de Concentração: Saúde Pública



Cristiane de Albuquerque Silva Ratis

Monitoramento do crescimento e desenvolvimento de menores de cinco anos atendidos em serviços públicos de saúde do Estado de Pernambuco

**Análise de dados da Pesquisa:
“Atenção à Saúde Materno-Infantil no Estado de Pernambuco”
Brasil, Ministério da Saúde / IMIP / UFPE / SES / PE (2000)**

**RECIFE
2003**



Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Nutrição
Programa de Pós-Graduação
Mestrado em Nutrição
Área de Concentração: Saúde Pública



Cristiane de Albuquerque Silva Ratis

Monitoramento do crescimento e desenvolvimento de menores de cinco anos atendidos em serviços públicos de saúde do Estado de Pernambuco

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Nutrição em Saúde Pública no Curso de Pós-Graduação do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco.

Orientador: Profº Dr. Malaquias Batista Filho

PhD em Saúde Pública – Universidade de São Paulo

Professor Titular – Departamento de Nutrição – Universidade Federal de Pernambuco

Consultor do Departamento de Pesquisas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco

**RECIFE
2003**

Ratis, Cristiane de Albuquerque Silva

Monitoramento do crescimento e desenvolvimento de menores de cinco anos atendidos em serviços públicos de saúde do Estado de Pernambuco. (Análise de dados da pesquisa: “Atenção à Saúde Materno Infantil no Estado de Pernambuco – 2000”).

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco.

Departamento de Nutrição. Programa de Pós-Graduação em Nutrição. Área de concentração: Saúde Pública. CCS. Nutrição, 2003. 106p.

Growth and development monitoring of children attending the outpatient department of Public Health services of the State of Pernambuco.

1. Monitoramento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil;
2. Avaliação em Saúde; 3. Serviços Públicos de Saúde.



TÍTULO:

**MONITORAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE
MENORES DE CINCO ANOS ATENDIDOS EM SERVIÇOS PÚBLICOS
DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO.**

Análise de dados da Pesquisa:

“Atenção à Saúde Materno-Infantil no Estado de Pernambuco”

**Brasil, Ministério da Saúde / IMIP / DN – UFPE / SES / PE
Coleta de dados em : 1998 Publicação em: 2000**

NOME :

CRISTIANE DE ALBUQUERQUE SILVA RATIS

ORIENTADOR:

PROFº MALAQUIAS BATISTA FILHO

**DISSERTAÇÃO APROVADA COM DISTINÇÃO EM:
15 DE AGOSTO DE 2003**

BANCA EXAMINADORA:

- PROFª ILMA KRUIZE GRANDE DE ARRUDA**
- PROFª MARÍLIA DE CARVALHO LIMA**
- PROFº LUIZ OSCAR CARDOSO FERREIRA**

**RECIFE
2003**

Dedicatória

Ao meu esposo

Pelo amor, carinho, companheirismo e por estar presente, sempre me apoiando, compartilhando as dificuldades e trilhando juntos os caminhos a serem seguidos após cada obstáculo encontrado.

A minha família

Pela compreensão nos momentos de minha ausência, pelo amor, incentivo e admiração a mim e a minha profissão. E especialmente, a meus pais, pela indispensável educação transmitida.

Homenagem

Ao meu orientador

I

Que vivência será essa
Da ampla percepção?

Que perguntas terá feito
Na infância ao coração?
Teria lírios o campo
Da terra São Sebastião?

II

O contato com as raízes
O levam à descontração
Aprecia a natureza
Nela tem inspiração
Sonha com uma vida simples
Ser e estar em comunhão

III

Seu nome é **Malaquias**
Um mestre em Nutrição
É filho da Paraíba
Da terra quase sertão
No amor à natureza
Tem cravado o coração

IV

Aberto ao conhecimento
Atento à diversidade
Com ampla visão do todo
Além da especialidade
Do saber não quer ser dono
Compartilha com vontade

V

Sua primeira graduação
Fala de curiosidade
E do dom que recebeu
De escrever com vontade
Falando do seu caminho
Expondo a sua verdade

VI

*Mas seu sonho ia além
Optou por Medicina
Decisão do coração
Cuidar da cria menina
Caminho que foi trilhado
Aberto ao que a vida ensina*

VII

*Percebendo o sofrimento
Dos muitos que pouco têm
Voltou-se à Saúde Pública
Pois saúde é viver bem
Iluminando a trilha
Dessa terra de ninguém*

VIII

*Muito além de apenas sombra
Flor do êxito a sonhar
Sumidade em Nutrição
Contribuições mil a dar
Tem um coração humilde
Não se deixa arrebatado*

IX

*Nada feito de acaso
Roda viva é o urbano
Comer bode, ler cordel
Coração paraibano
Das raízes, a saudade
Eterna face do humano*

X

*Andou pelo mundo todo
Seu rumo é o saber
Tornou-se um grande mestre
Fez por onde merecer
Paz e luz na sua vida
Que consiga estar e ser.*

Jucineide Borges
(31/08/2002)

Agradecimentos

*Inicialmente, agradeço ao professor **Malaquias Batista Filho** por todos os ensinamentos transmitidos, desde os mais específicos da ciência da Nutrição: Vigilância Nutricional, Carências Nutricionais; passando pela Saúde Pública: Epidemiologia, Avaliação de Serviços de Saúde, Políticas Públicas; aos mais relevantes: vivências, simplicidade, humildade, tranquilidade e compreensão.*

*A grande poetisa **Juci - Jucineide Lopes Borges**, que através de seu brilhante talento, transferiu, em versos, toda minha admiração ao meu orientador. Muito Obrigada !!!*

*A professora da disciplina Fundamentos Sociais e Culturais do Processo Saúde-Doença, **Aline Alexandrino**, por transmitir brilhantemente a sua visão holística do processo saúde/doença, o paradigma cartesiano e reducionista do modelo biomédico.*

*Ao professor **Alcides da Silva Diniz**, por sua competência em ministrar as aulas das disciplinas de planejamento e avaliação do estado nutricional, e pelo exemplo de pesquisador e professor.*

*Às professoras **Ilma Kruse Grande de Arruda** e **Sylvia de Azevedo Melo Romani** pelas pertinentes correções, orientações e sugestões apontadas, na revisão do Projeto de Dissertação.*

*A companheira **Léo - Leopoldina Augusta Sequeira** por sua contribuição no banco de dados da pesquisa, e por sua assistência nas minhas apreensões com o “software” Epi-info.*

*Aos **demais professores do Mestrado** do departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco, pelos conhecimentos compartilhados.*

*A **Eugênia Pesaro** e **Tarsila Rorato Crusius** (Ministério da Saúde) pelas informações transmitidas de maneira tão prestativa., nos momentos finais de elaboração.*

*A **Neci Maria Santos do Nascimento** “bocão”, secretária do Programa de Pós-Graduação em Nutrição, por tudo, sempre vi em você, uma profissional competente e comprometida com seu trabalho.*

A **Rosa – Rosilda de Oliveira**, pela permanente alegria, simplicidade e dedicação em auxiliar a mim e todas as orientandas do professor Malaquias e a **Ana Cristina** pela assistência e disponibilidade em ajudar sempre, no que for preciso.

A **CAPES**, pelo apoio financeiro, no decorrer da elaboração desta dissertação.

As **crianças** menores de cinco anos, suas **mães** e aos **profissionais de saúde** que aceitaram participar da pesquisa “Assistência à Saúde Materno Infantil no Estado de Pernambuco”, pois, sem eles, seria impossível a realização deste trabalho.

Aos colegas de turma: **Patrícia, Sheila, Emília e Gilvo** pelos momentos vividos no decorrer deste período e agradeço, especialmente, a **Cláudia Marina**, pelo incentivo, que apesar de não fazer parte da turma 2001, compartilhamos juntas nossos estudos em várias situações.

Aos **colegas do Distrito Sanitário V** , e especialmente aos que fazem o **Departamento de Vigilância à Saúde**, por compartilharem os seus conhecimentos práticos, contribuindo para meu amadurecimento profissional.

Aos meus pais, **Vanda e Everaldo**, que sempre acreditaram em mim, especialmente, a minha mãe, pelas palavras de incentivo e força nos momentos mais difíceis. Aos meus irmãos: **Adriana, Verônica e Alexandre** pelo estímulo; aos meus sobrinhos(as) **Bárbara, Marília, Sophia, Matheus**; e ao meu afilhado **Gabriel**, que cresceram e desenvolveram simultaneamente a este trabalho, pelos lindos sorrisos, expressando o incentivo. Ao meu sogro **Sr. Ratis** (in memorian) , minha sogra **D. Marina** e demais familiares, por torcerem por mim.

Ao meu esposo, **Fred**, pelo amor e por me acompanhar e incentivar sempre, compreendendo a importância desta minha realização.

A **Deus**, aquele que está presente em tudo o que faço, e a minha **Nossa Senhora da Conceição**, que está sempre me guiando.

E, por fim, agradeço a **todos** que direta ou indiretamente contribuíram para a elaboração deste trabalho.

***O que importa não é a perfeição com que conseguimos realizar aquilo que é
preciso fazer,
mas sim, que aquilo precisa surgir na vida,
mesmo que venha a surgir tão imperfeito como queria a vida,
que tenha sido feito uma vez, que tenha sido feito um começo.***

Rudolf Steiner

Sumário

	Pág.
LISTA DE SIGLAS	XV
LISTA DE QUADRO E TABELAS	XVI
LISTA DE FIGURAS	XVII
RESUMO	XVIII
ABSTRACT	XIX
1 – INTRODUÇÃO	01
1.1. Monitoramento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil	01
1.2. Assistência à Saúde da Criança	05
1.3. Avaliação de Serviços de Saúde	09
1.4. Justificativa do Estudo	13
2 – OBJETIVOS	17
2.1. Geral	17
2.2. Específicos	17
3 – ASPECTOS METODOLÓGICOS	18
3.1. CONTEXTO DA ANÁLISE	19
3.1.1. A pesquisa – base de dados.....	19
3.1.2. Procedimento amostral	19
3.1.3. Trabalho de campo	22
3.2. CASUÍSTICA E MÉTODO DE ESTUDO	22
3.2.1. Contexto do estudo	22
3.2.2. População estudada	24
3.2.3. Definição e categorização das variáveis estudadas	25
3.2.3.1. Caracterização da amostra	25
3.2.3.2. Relativas à Estrutura	25
3.2.3.3. Relativas ao Processo	26
3.3. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	28
3.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	28
4 – RESULTADOS	29

5 – DISCUSSÃO	56
6 – CONCLUSÕES	68
7 – RECOMENDAÇÕES	70
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
9 – ANEXOS	81
Anexo 1 – Cartão da Criança (menino e menina)	81
Anexo 2 – Cartão da Criança (menino e menina / 2002)	82
Anexo 3 – Gráficos do cartão para o monitoramento do crescimento	83
Anexo 4 – Ficha de desenvolvimento a ser anexada ao prontuário da criança	84
Anexo 5 – Manual / Norma técnica – Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: ações básicas na assistência integral à saúde da criança (1984)	85
Anexo 6 – Manual / Norma técnica – Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: ações básicas na assistência integral à saúde da criança (2002) em implantação	86
Anexo 7 – Municípios, unidades de saúde, número de diretores, número de crianças e profissionais responsáveis pelo atendimento	87
Anexo 8 – Formulário I / Unidade de Saúde	92
Anexo 9 – Formulário II / Criança	97
Anexo 10 –Formulário IV/Profissional responsável p/atendimento à Criança	104
Anexo 11 – Localização da Unidade de Saúde	106

LISTA DE SIGLAS

BEMFAM	–	Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil
CD	–	Crescimento e Desenvolvimento
CDC	–	Center for Disease Control
DIRES	–	Diretoria Regional de Saúde
DN/UFPE	–	Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICCN	–	Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais
ICV	–	Índice de Condições de Vida
IDH	–	Índice de Desenvolvimento Humano
IMIP	–	Instituto Materno Infantil de Pernambuco
INAN	–	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
MS	–	Ministério da Saúde
NCHS	–	National Center for Health Statistics
NH 1	–	Nível Hierárquico 1
NH 2	–	Nível Hierárquico 2
NOAS	–	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	–	Norma Operacional Básica
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
ONU	–	Organização das Nações Unidas
OPAS	–	Organização Panamericana de Saúde
PACS	–	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	–	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
II PESN	–	II Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição
PNDS	–	Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde
PNUD	–	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	–	Programa de Saúde da Família
SES/PE	–	Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco
SUS	–	Sistema Único de Saúde
UNICEF	–	Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE QUADRO E TABELAS

	Pág.
QUADRO 1 Unidades de saúde do Estado, Municípios selecionados e amostra pesquisada da Região Metropolitana do Recife e do Interior do Estado. Pernambuco, 1998	21
TABELA 1 Características da amostra de crianças menores de 5 anos (sexo e faixa etária) por espaços geográficos. Pernambuco, 1998	29
TABELA 2 Características maternas (idade, grau de instrução, trabalho fora de casa) da amostra de crianças menores de cinco anos por espaços geográficos. Pernambuco, 1998	30
TABELA 3 Características socioeconômicas e demográficas das famílias das crianças menores de 5 anos por espaços geográficos. Pernambuco, 1998	31
TABELA 4 Características da estrutura funcional (cartão da criança e balanços) das unidades de saúde pesquisadas por espaços geográficos. Pernambuco, 1998	32
TABELA 5 Características da estrutura funcional (normas e fichas utilizadas no atendimento às crianças) das unidades de saúde pesquisadas por espaços geográficos. Pernambuco, 1998	33
TABELA 6 Características da assistência prestada às crianças menores de 5 anos atendidas em serviços públicos de saúde por espaços geográficos. Pernambuco, 1998	38
TABELA 7 Aspectos qualitativos da assistência prestada às crianças menores de 5 anos atendidas em serviços públicos de saúde por espaços geográficos. Pernambuco, 1998	39
TABELA 8 Profissional responsável pelo atendimento às crianças segundo solicitação do cartão por espaços geográficos. Pernambuco, 1998.....	40
TABELA 9 Posse do cartão da criança no dia da consulta por espaços geográficos. Pernambuco, 1998	41
TABELA 10 Registro do peso ao nascer na capa e no gráfico do cartão das crianças menores de 5 anos. Pernambuco, 1998	42
TABELA 11 Número de pontos registrados no gráfico de crescimento (cartão) segundo a idade da criança. Pernambuco, 1998	43
TABELA 12 Registro do peso no gráfico do cartão da criança no dia da consulta, por espaços geográficos. Pernambuco, 1998	44
TABELA 13 Registro do desenvolvimento no cartão da criança, no dia da consulta, por espaços geográficos. Pernambuco, 1998	44

	Pág
TABELA 14 Registro do desenvolvimento no cartão da criança no dia da consulta segundo idade. Pernambuco, 1998	45
TABELA 15 Número de anotações sobre o desenvolvimento no cartão segundo a idade da criança. Pernambuco, 1998	45
TABELA 16 Registro do peso no cartão, no dia da consulta, segundo sexo e faixa etária. Pernambuco, 1998	46
TABELA 17 Distribuição de variáveis relacionadas ao crescimento das crianças no prontuário, por espaços geográficos. Pernambuco,1998	47
TABELA 18 Distribuição de variáveis relacionadas ao desenvolvimento das crianças no prontuário, por espaços geográficos. Pernambuco,1998	48
TABELA 19 Situação do peso (marcação do ponto) no gráfico do cartão das crianças menores de 5 anos, no dia da consulta, por espaços geográficos. Pernambuco, 1998	49
TABELA 20 Direção da curva de peso no gráfico do cartão da criança por espaços geográficos. Pernambuco, 1998	49

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

	Pág.
FIGURA 1. Mapa de Pernambuco com a representação geográfica da amostra de municípios estudados	20
FIGURA 2 e 3 Registro do peso ao nascer da criança na capa e no gráfico...	42
GRÁFICO 1. Profissionais responsáveis pelo atendimento às crianças das unidades de saúde pesquisadas. Pernambuco, 1998	34
GRÁFICO 2. Distribuição percentual segundo o sexo dos profissionais responsáveis pelo atendimento às crianças nos serviços públicos de saúde. Pernambuco, 1998	35
GRÁFICO 3. Distribuição percentual segundo faixa etária dos profissionais responsáveis pelo atendimento às crianças nos serviços públicos de saúde. Pernambuco, 1998	35
GRÁFICO 4. Distribuição percentual do tempo de serviço na unidade dos profissionais responsáveis pelo atendimento às crianças. Pernambuco, 1998	36
GRÁFICO 5. Distribuição percentual dos profissionais responsáveis pelo atendimento às crianças segundo trabalho em outro local. Pernambuco, 1998	36
GRÁFICO 6. Distribuição percentual do número de consultas realizadas no dia da entrevista pelo profissional responsável pelo atendimento às crianças. Pernambuco, 1998	37

RESUMO

O estudo objetiva avaliar o monitoramento do crescimento e desenvolvimento numa amostra de 1.669 menores de cinco anos em 120 serviços públicos de saúde do Estado de Pernambuco (Região Metropolitana e Interior), a partir de dados da pesquisa "Atenção à Saúde Materno-Infantil" realizada em 1998. A avaliação considera aspectos referentes à estrutura, ao processo, à conduta dos profissionais ao detectar problemas no crescimento e desenvolvimento e à opinião dos mesmos a respeito da resolutividade do serviço referente às ações de crescimento e desenvolvimento. Os resultados obtidos revelam que 84,2% das unidades dispõem de balanças para o atendimento das crianças; 90% possuem cartão, sendo o estoque suficiente em 83,3%, apresentando distribuições estatisticamente significantes para os espaços geográficos ($p < 0,05$). Mais de 70% das unidades não possuem normas orientadoras do monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil. Dos profissionais destinados ao atendimento das crianças, 76% correspondem a atendentes, auxiliares de enfermagem e enfermeiros, 23% são médicos e 1% nutricionistas. No total de crianças atendidas no estado, 45,9% não foram pesadas e 83,8% não foram medidas; mais de 80% dos acompanhantes não receberam nenhuma informação sobre o crescimento e desenvolvimento de suas crianças. Há diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$) na frequência de pesagem e medida de estatura na RMR e no Interior. Das 1.669 crianças, 71,5% possuíam o cartão e o levaram para a consulta. O registro do peso ao nascer na capa do cartão foi verificado em 86,8% dos cartões analisados, enquanto sua marcação no gráfico reduziu-se para 36,9%. O número de pontos marcados no gráfico de crescimento do cartão apresentou associação com a idade das crianças. No dia da consulta, o registro do peso no cartão foi efetuado em 59,9%. O registro do desenvolvimento no cartão foi constatado em 1,2% e em 5,9% dos prontuários. Em relação a um questionário específico direcionado aos 107 profissionais entrevistados responsáveis pelo atendimento da criança, as respostas traduziram um desconhecimento considerável sobre conceitos e práticas de monitoramento do crescimento e desenvolvimento. As condutas adotadas pelos profissionais na detecção de problemas no crescimento e desenvolvimento (orientação dietética, marcação de nova consulta e encaminhamento para outro profissional) representaram 32,7% do total. Mais de 80% dos profissionais opinaram ser satisfatória a resolutividade do serviço em relação às ações do crescimento e desenvolvimento. O estudo mostrou que a promoção da saúde da criança de forma integral, deslocando o enfoque de uma assistência baseada em patologias para uma atenção que contemple a criança no seu processo de crescimento e desenvolvimento (eixo integrador de toda a atenção à criança), não é, ainda, um comportamento normativo nos serviços públicos de saúde no Estado de Pernambuco.

Palavras-chave: Monitoramento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil; Avaliação em Saúde; Serviços Públicos de Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the monitoring of growth and development in a sample with 1,669 children under the age of five years at 120 public health services in the state of Pernambuco (Metropolitan Region of the capital and instate regions), using data from the "Attention to Mother/Child Health" research study carried out in 1998. The evaluation considered aspects involving the structure and process concerning the capacity of the health service in actions regarding growth and development, as well as the conduct and opinions of the staff as to the detection of growth and development problems. The results obtained revealed that 84.2% of the services have scales to weigh the children and 90% possess health ID cards offered to the patients, the stock of which was sufficient in 83.3%, presenting statistically significant distributions for the geographical locations ($p < 0,05$). More than 70% of the health units have no guidelines for monitoring child growth and development. 76% of the health professionals designated for childcare in these units correspond to attendants, assistants and nurses, 23% are physicians and 1% are nutritionists. 45.9% of the total number of children treated in the state were not weighed and 83.8% did not have their measurements taken; more than 80% of the guardians received no information regarding the growth and development of their children. There was a statistically significant difference ($p < 0.01$) in the frequency of taking weight and stature measurements in the Metropolitan Region of Recife (state capital) and in instate regions. 71.5% of the 1,669 children possessed health cards and brought them to the consultation. The weight-at-birth registered on the card was verified in 86.8% of the cards analyzed, whereas the marking of the weight on the growth graph was only at 36.9%. The number of points marked on the growth graph of the card presented an association with the age of the child. On the day of consultation, the recording of the weight on the card was carried out in 59.9%. The register of development on the card was observed to be 1.2%; this number was at 5.9% on the patient's chart. Responses to a questionnaire directed specifically at the 107 health professionals responsible for childcare revealed a considerable lack of knowledge as to the concepts and practices of monitoring growth and development. The conduct adopted by the staff in the detection of growth and development problems (diet orientation, scheduling a further consultation, sending patient to another professional) represented 32.7% of the total. More than 80% of the staff considered the capacity of the service in regards to growth and development actions to be satisfactory. This study demonstrated that the promotion of child health care in an integral way, i.e. changing the focus from assistance based on pathology to attention that contemplates the child in its growth and development process, is not yet normative behavior in the public health services in the state of Pernambuco.

Key words: Monitoring Child Growth and Development; Health Evaluation Services.; Public Health

1. Introdução

1.1. Monitoramento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil

Uma série de modificações físicas e funcionais que ocorrem no indivíduo desde o momento da concepção, durante a vida intrauterina e depois do nascimento, correspondem ao processo de crescimento e desenvolvimento (MARTELL et al, 1979).

Fenômenos distintos, porém, intimamente relacionados, o crescimento e o desenvolvimento caracterizam-se conceitualmente por um processo global, dinâmico e contínuo que ocorre em um indivíduo. Enquanto o crescimento significa aumento físico do corpo, como um todo ou em suas partes e pode ser medido em termos de centímetros ou de gramas, traduzido pelo aumento do tamanho das células (hipertrofia) ou de seu número (hiperplasia), o desenvolvimento compreende um aumento da capacidade do indivíduo de realizar funções cada vez mais complexas (MARCONDES et al, 1999).

Desenvolvimento se refere a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, a maturação, a aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais. Maturação diz respeito a organização progressiva das estruturas morfológicas que, como ocorre com o crescimento, acha-se geneticamente programado. A maturação neurológica engloba os processos de crescimento, diferenciação celular, mielinização e o aperfeiçoamento dos sistemas que conduzem a coordenações mais complexas. Já o conceito de desenvolvimento psicossocial refere-se ao processo de humanização que interrelaciona aspectos biológicos, psíquicos, cognitivos, ambientais, socioeconômicos e culturais, mediante o qual a criança vai adquirindo maior capacidade para mover-se, coordenar, sentir, pensar e interagir com os outros e o meio que a rodeia, ou seja, é a sua incorporação à sociedade em que vive (GODOY, A.J., 1993; GUARDIOLA et al, 2001; BRASIL,2002).

Os primeiros anos de vida são cruciais para o desenvolvimento infantil, quando as crianças desenvolvem suas habilidades de pensar e aprender, enquanto

estabelecem a base de seus valores e comportamento com os adultos (UNICEF, 2002a).

Devido a alta velocidade, intensidade e peculiaridades, o período que se inicia na concepção até os cinco anos de vida é de suma importância para o crescimento e desenvolvimento infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984).

São vários os fatores que interferem no crescimento e desenvolvimento infantil. Segundo MARCONDES et al (1999) esses fatores podem ser divididos em extrínsecos (ambientais) e intrínsecos (orgânicos). Os fatores extrínsecos são representados pela composição qualitativa e quantitativa da dieta, atividade física e toda a estimulação biopsicossocial ambiental; enquanto os fatores intrínsecos são fundamentalmente representados pela herança (fatores genéticos) e o sistema neuroendócrino.

CORREIA E MCAULIFEE (1999) referem que os principais problemas de saúde pública relativos à criança decorrem de elementos resultantes do seu processo de crescimento e desenvolvimento e do ambiente em que esse processo ocorre. Nas nações mais desenvolvidas, o ecossistema físico, biótico e social otimiza as condições para a plena afirmação do potencial geneticamente programado. Já nos países em desenvolvimento, como o Brasil, os fatores ambientais influem negativamente no crescimento e desenvolvimento das crianças, contribuindo para as altas taxas da mortalidade infantil e para limitações morfológicas e funcionais, temporárias ou definitivas.

Segundo BATISTA FILHO & RISSIN (1993), a vigilância oportuna de desvios de crescimento na criança, representa a estratégia mais simples e eficaz para o diagnóstico precoce de problemas de saúde e nutrição nos primeiros anos de vida e, conseqüentemente, a indicação de medidas para sua correção. Nesta perspectiva, a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil constitui a ação primordial a ser realizada no atendimento à criança, independentemente do motivo da consulta (MARTELL et al, 1979). Este enfoque se realiza através da monitoração, que significa manter sob controle, vigilância, constituindo uma atividade estratégica

fundamental para a efetividade das ações de saúde em escala individual e coletiva (EUCLYDES, 1997).

O monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil foi reconhecido e recomendado como compromisso universal na Reunião de Cúpula em favor da Infância, realizada em Nova Iorque (1990) e na Conferência Internacional de Nutrição ocorrida em Roma (1992). Esta ação é caracterizada como eixo referencial para todas as atividades de assistência à criança e ao adolescente sob os aspectos biológico, psíquico e social, sendo considerada como uma estratégia fundamental para a manutenção do estado de saúde da criança (BRASIL, 2002; UNICEF, 2002b).

Este consenso representa de fato a consolidação de um processo histórico que se desenvolveu sobretudo nas últimas quatro décadas. Assim, o quarto princípio da Declaração dos Direitos da Criança (UNICEF, 2002c), proclamada em 20 de novembro de 1959, refere que:

“ a criança tem o direito de crescer e desenvolver-se de modo sadio; para isto, tanto à criança como à mãe, serão proporcionados cuidados e proteção especiais, inclusive adequados cuidados pré e pós-natais. A criança terá direito a alimentação, habitação, recreação e assistência médica adequada”.

O crescimento e desenvolvimento do ser humano é um processo muito complexo para ser compreendido através de medidas antropométricas e escala psicomotora. Este processo só é possível de ser interpretado a partir de uma visão holística, que englobe o físico, o psicológico, o ambiente familiar e social (BENGUIGUI et al, 1996). Assim, o profissional de saúde responsável pelo atendimento à criança deve acompanhá-la e conhecer seu ambiente familiar, como requisitos para um atendimento eficaz. O registro e análise de todas as informações coletadas no momento da consulta, tanto no cartão da criança como nas fichas que deverão ser anexadas ao prontuário, representam outros cuidados relevantes para a qualificação da assistência prestada.

O cartão da criança é considerado como o instrumento básico para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, devendo sempre ficar com a

família. É distribuído nas cores azul (meninos) e vermelha (meninas) e possibilita o registro de intercorrências clínicas, do crescimento, desenvolvimento, além das imunizações da criança menor de 5 anos (anexo 1) (EUCLYDES, 1997; BRASIL, 1992). Em 2002, este instrumento foi graficamente modificado (anexo 2).

Em síntese: crescimento e desenvolvimento são funções, em nível individual, de uma carga genotípica única e constante e de modulações ou respostas fenotípicas diferentes e variáveis para cada pessoa, cada tempo e cada espaço, em função de fatores endógenos e exógenos que modelam a dinâmica, o ritmo e a seqüência desses processos, principalmente nos primeiros meses de vida. A alimentação e a nutrição representam, habitualmente, os principais moduladores das respostas ou ajustamentos fenotípicos.

O Brasil, um dos 129 países a assinar o documento internacional corporificado no plano de metas para a década de 90, se comprometeu a universalizar a estratégia de avaliação contínua do crescimento e desenvolvimento como eixo de integração de toda a assistência à criança. Evidencia-se, pelo caráter político e institucional da meta, que esta obrigação deveria ser sistematicamente adotada nos serviços de saúde. No entanto, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS (BEMFAM, 1997), constatou em 1996 que apenas 14,2% das crianças menores de 24 meses que apresentaram o cartão da criança possuíam o controle do peso nos últimos dois meses anteriores à pesquisa (BRASIL, 1997). Demonstrava-se assim, um desempenho grosseiramente negativo em relação às expectativas e obrigações estabelecidas.

Na década de 80, o Ministério da Saúde do Brasil publicou normas técnicas ou simplesmente, manuais, orientadores das ações básicas na atenção à saúde da criança (anexo 3) (MINISTÉRIO DA SAÚDE - INAN, 1984). O manual destinado ao monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil teve como objetivo padronizar as condutas, além de servir como um material adequado à capacitação dos recursos humanos. Mais recentemente, em 2002, foi lançado na “série normas e manuais técnicos”, destinado ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, atualizando-se os conteúdos, quando foram introduzidos outros indicadores antropométricos na avaliação do crescimento, além do enfoque

psicométrico ser acrescido de uma abordagem mais psíquica, sendo valorizado o vínculo mãe/filho e criança/família, na avaliação do desenvolvimento (anexo 4) (BRASIL, 2002). Em todos estes documentos técnicos, o princípio é único: monitorar o crescimento e desenvolvimento da criança em seus primeiros anos de vida, procurando intervir oportunamente, tendo em vista o objetivo de promover uma vida saudável para as crianças.

1.2. Assistência à Saúde da Criança

O Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, criado no dia 11 de dezembro de 1946, durante a primeira sessão da Assembléia Geral das Nações Unidas, implantou os primeiros programas a fornecerem assistência emergencial a milhões de crianças no período pós-guerra na Europa, no Oriente Médio e na China. Em 1959, a Assembléia Geral das Nações Unidas adotou a [Declaração dos Direitos da Criança](#) (UNICEF, 2002c).

Em 1960, Cuba iniciou a organização da atenção pediátrica a partir da criação do Departamento Materno-Infantil do Ministério de Saúde Pública, responsável pela elaboração de normas e supervisão de toda assistência pediátrica. Sete anos após, foram sistematizadas todas as atividades pediátricas, surgindo o Programa de Atenção Integral à Criança, tendo como propósito assegurar um crescimento e desenvolvimento normais, mediante ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação, seguindo as normas preconizadas pelo Ministério de Saúde Pública daquele país (CORTEGUERA et al, 1976).

Na III Reunião de Ministros de Saúde das Américas, realizada no Chile em 1972, foram estabelecidas como estratégias básicas da assistência, a participação comunitária e a atenção primária à saúde. Nesta ocasião, o desenvolvimento administrativo e tecnologias apropriadas foram os instrumentos escolhidos para garantir a cobertura dos serviços de saúde e seus atributos de universalidade, acessibilidade, efetividade e integralidade (OPAS, 2002a).

Em 1977, na Declaração de Alma-Ata, a Atenção Primária em Saúde foi consagrada como “a chave para obtenção de um nível de saúde que possa permitir às comunidades se desenvolverem e levarem uma vida socialmente e economicamente produtiva...”, a partir da participação comunitária, hierarquização dos serviços de saúde, universalização e integralidade das ações (VERAS, 1987; OMS, 1990; MACEDO, 1993; FRIAS, 2001; FELISBERTO, 2001).

Tradicionalmente, a atuação dos profissionais de saúde visa um diagnóstico momentâneo, de interesse imediatista, sobretudo curativo, não levando em consideração, e nem tão pouco compreendendo, as diversas dimensões do processo saúde/doença em seus aspectos sociais, culturais, ecológicos e individuais do paciente, em seu contexto familiar e comunitário, perdendo-se desta forma, o enfoque holístico da atenção integral.

CAPRA (1982) refere que três séculos depois de Descartes, a medicina ainda se baseava, segundo George Engel, “nas noções do corpo como uma máquina, da doença como consequência de uma avaria da máquina e da tarefa do médico como conserto dessa máquina”. Infelizmente, a medicina moderna ainda permanece influenciada pelo paradigma cartesiano da concepção mecanicista da vida. É necessário compreender a multifatorialidade existente no processo saúde/doença.

Em 1984, o Ministério da Saúde do Brasil, em conjunto com o Ministério da Previdência e Assistência Social, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e das secretarias estaduais de saúde, já se preocupavam com a questão da assistência à saúde de caráter imediatista, realizada pelos profissionais de saúde e propuseram os Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança, principais usuários dos serviços de saúde. Desde então, o governo brasileiro instituiu o monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil como uma das ações básicas a serem desenvolvidas no Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC). Este programa teve como objetivo promover à saúde da criança de forma integral, deslocando o enfoque de uma assistência baseada em patologias para uma atenção que contemplasse a criança no seu processo de crescimento e desenvolvimento, através da priorização das crianças pertencentes a grupos de risco, procurando qualificar a assistência e

umentar a cobertura dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo implantado como uma estratégia para atingir um objetivo mais amplo, que seria a redução da morbimortalidade em menores de cinco anos de idade. As cinco ações constantes no PAISC envolvem a promoção do aleitamento materno, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a imunização, a prevenção e controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas (BRASIL,1984; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b; FRIAS, 2001).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (título VIII – capítulo II – Seção II – artigo 196) estabelece à saúde como um direito do indivíduo e dever do Estado, o que significa que cada um e todos os brasileiros devem construir e usufruir de políticas públicas - econômicas e sociais - que reduzam riscos e agravos à saúde. Esse direito significa, igualmente, o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral). E ainda, no artigo 227, §1º : “ o Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente...” (BRASIL, 1988).

Em 1995, o governo federal lança o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) tendo como objetivos reduzir os óbitos infantis e melhorar a situação de saúde das crianças através da intensificação dos diversos programas governamentais, promovendo a articulação intersetorial (saúde, educação, agricultura, saneamento, habitação, trabalho, comunicação social, justiça e orçamento) com instituições internacionais, UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e OPAS (Organização Panamericana de Saúde), além de organizações não governamentais, sociedades científicas de classe, conselhos de secretários de saúde nos três níveis de governo e a sociedade. O PRMI foi incorporado pelo Programa Comunidade Solidária como um dos projetos prioritários direcionado às áreas mais carentes do Brasil. A partir de julho de 2000, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Políticas de Saúde vem desenvolvendo um plano de intensificação das ações do PRMI em todos os Estados do Nordeste e o Acre (BRASIL, 1997; FRIAS, 2001).

Em paralelo ao Programa de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI), países africanos e asiáticos desenvolveram a estratégia de Atenção Integrada às Doenças

Prevalentes na Infância (AIDPI), denominada inicialmente, Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), possibilitando ao pessoal da área de saúde desses países sistematizar a avaliação, classificação e tratamento das principais doenças infantis, evitando a perda de oportunidades de detecção e resolução dos problemas, além de dar ênfase à prevenção e à promoção da saúde infantil. A estratégia do AIDPI propõe a sistematização do atendimento à criança integrando as medidas de prevenção e de promoção à saúde às ações curativas (FELISBERTO, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a ; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

Em 1996, a OPAS desencadeou um processo de incorporação da estratégia AIDPI como política de saúde fundamental dos países em desenvolvimento para o alcance das metas da Cúpula Mundial em favor da Infância. A estratégia introduz o conceito de integralidade, surgindo como alternativa para aplicar os programas de controle específicos já existentes (infecções respiratórias agudas, diarreias, imunização e crescimento e desenvolvimento), englobando os principais problemas de saúde que afetam as crianças menores de cinco anos de idade, afecções geralmente preveníveis ou facilmente tratáveis, mediante a aplicação de tecnologias apropriadas e de baixo custo. O primeiro país a adotar a estratégia foi o Peru (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a).

Neste mesmo período, a OPAS, a OMS e o UNICEF lançaram o programa Criança Saudável, com metas a serem cumpridas até 2002, como uma estratégia de implantação da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, objetivando reduzir as taxas de morbimortalidade por desnutrição, diarreias, pneumonias, malária e sarampo. Uma das atividades desenvolvidas no Projeto Criança Saudável, é o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, atividade esta que fundamenta a melhoria da qualidade de vida da criança, permitindo evidenciar precocemente transtornos que afetem sua saúde, nutrição, capacidade mental e social. O projeto em referência possibilita a visão global da criança, inserida no contexto em que vive, permitindo a humanização do atendimento na medida em que se conhece mais e melhor a criança e suas relações no ambiente familiar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b; OPAS, 2002b).

A partir de 1996, no Brasil, o Ministério da Saúde vem investindo na atenção básica nos municípios através dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e dos Programas de Saúde da Família (PSF), como estratégias prioritárias de resgatar o vínculo de co-responsabilidade entre os serviços de saúde e a população, valorizando o papel da família na melhoria das condições de saúde e de vida (BRASIL, 2002).

1.3. Avaliação de Serviços de Saúde

Os primeiros estudos realizados na área de avaliação em saúde ocorreram em 1910 e 1916 representados pelo relatório Flexner e o trabalho de Codman, respectivamente . No primeiro estudo, o autor investiga a educação médica, avaliação do ensino e os hospitais de então, ressaltando a necessidade do controle do exercício profissional e denunciando as precárias condições da prática médica. Este estudo repercutiu no fechamento de escolas médicas, na criação de normas mais explícitas para o funcionamento de hospitais e para a qualificação do pessoal que neles trabalhavam. No estudo de Codman, foi apresentada uma proposta metodológica de avaliação rotineira do estado de saúde dos pacientes, para estabelecer os resultados finais das intervenções médicas intra-hospitalares. Após sua publicação, o Colégio Americano de Cirurgiões realizou uma pesquisa qualitativa em 800 hospitais, constatando que apenas 135 possuíam algum grau de qualidade. A partir destes estudos, criou-se em 1928, a base para a formação da “Joint Commission of Accreditation of Hospitals” (PEREIRA, 1995; LEITE, 1997; CABRAL, 2000).

A partir de 1960, os Estados Unidos implantaram os programas Medicare e Medicaid, pela necessidade de avaliar o trabalho médico desenvolvido nos ambulatorios e nos hospitais. Devido a enorme quantia de recursos aplicados nestes serviços, foram desenvolvidos e aperfeiçoados instrumentos de avaliação de seu desempenho (PEREIRA, 1995; LEITE, 1997).

Valorizava-se, assim, o enfoque econômico, objetivando que os recursos destinados à saúde fossem utilizados da forma mais eficaz possível, desenvolvendo-se, em conseqüência, métodos para analisar as vantagens e os custos dos programas

públicos. A avaliação foi, então, de certo modo, “profissionalizada”, adotando-se uma perspectiva interdisciplinar. Associações como a American Evaluation Association ou a Canadian Evaluation Society contribuíram muito para que este processo fosse desenvolvido (CONTANDRIOPOULOS, 1997). Os estudos de avaliação em saúde realizados nos Estados Unidos, até então, caracterizaram-se pela investigação do custo-benefício, pela atuação dos profissionais e também, através da opinião dos usuários (CABRAL, 2000).

No decorrer dos anos 70, a necessidade de avaliar as ações sanitárias se impôs face a diminuição do crescimento econômico e a responsabilidade do Estado no financiamento dos serviços de saúde (CONTANDRIOUPOLOS, 1997).

Na América Latina a avaliação de serviços, programas e tecnologias de saúde foi identificada como um dos grandes setores da Epidemiologia, a partir do Seminário sobre Usos e Perspectivas da Epidemiologia organizado pela OPAS em 1983 (CASTELLANOS, 1994).

No Brasil, a partir dos anos 80, com a falência financeira e política da Previdência Social, começou-se a discutir sobre novas políticas de saúde e a reorganização dos programas e serviços de saúde (LEITE, 1997; CABRAL, 2000). Em 1986, os princípios e diretrizes da reforma sanitária brasileira foram sistematizados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, um ano após experiências localizadas da estratégia dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e finalmente, o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) referenciado na Constituição de 1988 (PAIM, 1999).

Neste contexto, são implementados programas voltados aos problemas mais prevalentes e de alta morbidade e mortalidade, com ênfase em ações de tecnologia de baixo custo e fácil acesso, tais como os programas de assistência integral à saúde da criança (PAISC) e da Mulher (PAISM) (SANTOS et al, 2000).

A avaliação da qualidade dos serviços prestados passa a ter relevância. Foi criado o grupo de trabalho da “Qualidade da Assistência à Saúde” pelo Ministério da Saúde, cuja função principal era a proposição de políticas, a formulação de diretrizes e a

elaboração de normas de âmbito nacional que assegurassem a qualidade da assistência à saúde (LEITE, 1997).

Entretanto, antes de referir o conceito de qualidade, é necessário estabelecer o que vem a ser avaliação. Apesar da avaliação em saúde ainda ser considerada uma área em construção conceitual e metodológica, pode ser encontrada na literatura de forma muito diversificada (NOVAES, 2000 in HOUSE, 1980). A avaliação é, em si, um procedimento de comparação entre situações, destinada a obter um juízo que permita expressar, com maior objetividade, a quantidade de mudanças que se deseja alcançar (IMIP/SUDENE, 1990).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, avaliar é um processo permanente encaminhado principalmente a corrigir e melhorar ações com o fim de aumentar a pertinência, eficiência e eficácia das atividades de saúde (FELISBERTO et al, 2000).

O conceito de avaliação constitui um componente necessário para realização de todas as atividades humanas a partir de um certo grau de complexidade (LOW et al, 2001).

A avaliação tem sido um procedimento corriqueiro no dia-a-dia das pessoas e sua compreensão parece não ser difícil. A emissão de juízo de valor sobre os cuidados médicos, intervenções, programas e políticas sociais tornou-se freqüente (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997; FRIAS, 2001; LOW et al, 2001).

HARTZ & CAMACHO (1996) referem que apesar de reconhecer que existem inúmeras definições de avaliação, sua essencialidade se localiza no julgamento de valor de uma intervenção.

CONTANDRIOUPOLOS et al (1997) chegaram a afirmar que cada avaliador tem a sua definição, para em seguida sugerir uma definição aparentemente consensual. Para eles avaliar “consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Entre as principais funções da avaliação normativa, estão o controle, acompanhamento e garantia de qualidade, permitindo o planejamento e a tomada de decisões, seja redirecionando, acoplando ou subtraindo ações (FRIAS, 2001).

A existência de muitos critérios a serem considerados na avaliação da qualidade tem o importante papel de realçar que a qualidade não pode ser traduzida por apenas um deles. Entre os critérios propostos, estão a eficácia, efetividade, eficiência, equidade, acesso, adequação, aceitação e qualidade técnico-científica (PEREIRA, 1995).

Segundo PEREIRA (1995) apud VUORI (1991) os significados desses componentes são os seguintes:

- Eficácia – capacidade de produzir o efeito desejado, quando o serviço é colocado em “condições ideais de uso”;
- Efetividade – capacidade de produzir o efeito desejado, quando em “uso rotineiro”. É a relação entre o impacto real e o impacto potencial;
- Eficiência – relação entre o impacto real e o custo das ações;
- Equidade – distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população;
- Acesso – remoção de obstáculos à utilização dos serviços disponíveis;
- Adequação – suprimento de número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda;
- Aceitação – fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais, sociais e de outra natureza e com as expectativas dos usuários em potencial;
- Qualidade técnico-científica – aplicação das ações em acordo com o conhecimento e a tecnologia disponível.

Donabedian é o autor mais referenciado em termos de avaliação de qualidade. Para facilitar a avaliação dos cuidados de saúde, este autor propõe que os mesmos sejam considerados sob o triplice aspecto da estrutura, dos processos e dos resultados

(DONABEDIAN, 1985; DONABEDIAN, 1988; DONABEDIAN, 1990; DONABEDIAN, 1992).

Segundo SANTOS & BATISTA FILHO (2001), a estrutura relaciona-se com os recursos físicos, compreendendo planta física, equipamentos e materiais de consumo, recursos humanos (número e qualificação) e recursos financeiros para manutenção da infra-estrutura e da tecnologia disponível. Com relação ao processo, qualidade está relacionada aos aspectos interpessoais da assistência e a qualidade técnica da oferta de serviços. Avalia como o sistema realmente funciona, através da execução das atividades dos prestadores de serviços no reconhecimento do problema ou risco, formulação do diagnóstico, gestão e seguimento da terapia e reabilitação do paciente. Por fim, no que diz respeito aos resultados, qualidade remete a uma mudança, atual ou futura, no estado de saúde de uma dada população e que pode ser atribuída ao que foi ou é oferecido pelos serviços de saúde para esta população (DONABEDIAN, 1988).

É evidente que a estrutura, os processos e os resultados não são elementos autônomos e dissociados. Pelo contrário, estão intimamente relacionados e mantêm uma certa linha de causalidade e efeito que é preciso avaliar com cuidado (MEZOMO, 2001).

1.4. Justificativa do Estudo

O período que se inicia com a concepção e vai até os cinco anos de vida é de extrema importância para o crescimento e desenvolvimento infantil. Este processo, já considerado anteriormente, resume a situação de saúde e nutrição da criança. Problemas no crescimento e desenvolvimento não detectados oportunamente podem resultar em baixa estatura, rendimento intelectual reduzido e uma série de outros problemas, com seqüelas morfológicas e funcionais de diferentes graus e conseqüências.

No Brasil não existem dados suficientes para traçar a evolução do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, apesar de ser o eixo de estruturação do atendimento à saúde da criança. Em Pernambuco, segundo a II Pesquisa Estadual

de Saúde e Nutrição – II PESN (BRASIL, 1998) com relação ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aproximadamente 90% das mães informaram possuir o cartão da criança, entretanto, nos últimos três meses anteriores à pesquisa, não foi observado registro de peso dos menores de 5 anos em 43,9% na RMR, 63,9% na área urbana do interior e 65,1% no Interior Rural. Quanto ao desenvolvimento das crianças chama atenção que em apenas 1% dos cartões havia registro dessa variável.

A Norma Operacional Básica – NOB/96 redefine que a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, deve superar os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade (NOB,1996).

Em linhas gerais, o próprio Ministério da Saúde do Brasil afirma que a maior parte dos estados brasileiros não dispõem de documentos analíticos sobre o funcionamento dos sistemas de saúde:

“Em síntese, tanto o Ministério da Saúde (MS), quanto a maior parte dos estados, não dispõem de diagnósticos analíticos suficientemente precisos do funcionamento dos sistemas estaduais e municipais para o desenvolvimento mais adequado de estratégias e iniciativas de cooperação técnica e decisões de investimento” (BRASIL, 2001a).

E ainda, que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte de um elenco de responsabilidades mínimas na saúde da criança:

“No que diz respeito à assistência, o Plano Diretor de Regionalização deverá ser elaborado na perspectiva de garantir o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às seguintes responsabilidades mínimas:

- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- Promoção do aleitamento materno;
- Realização ou referência para exames laboratoriais;
- Combate às carências nutricionais;

- Implantação e alimentação regular do SISVAN;...” (BRASIL, 2001a).

Após o esforço de descrever a cobertura da atenção (quantidade), como realizada na pesquisa “Assistência Materno-Infantil no Estado de Pernambuco” (BRASIL, 2000), é necessário se incorporar a preocupação da qualidade, caracterizando uma transição indispensável aos serviços de saúde (HARTZ et al, 1995).

A contribuição que a avaliação pode proporcionar é considerável, não só no sentido de apontar acertos e/ou falhas, mas também, delineando soluções, reorganizando atividades e serviços, possibilitando caminhos alternativos para maximizar a utilização de recursos disponíveis e uma melhor conscientização tanto dos profissionais como da própria comunidade sobre seus problemas e necessidades.

Em nosso estudo, a ênfase concentrar-se-á na análise da estrutura (existência de normas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, existência de balanças para pesagem de crianças, existência/suficiência de cartão da criança, existência de gráficos de crescimento e fichas para o acompanhamento do desenvolvimento para serem anexadas ao prontuário, disponibilidade de recursos humanos destinados ao atendimento à criança) e do processo (registro no cartão e/ou no prontuário do peso da criança no dia da entrevista, registro no cartão e/ou no prontuário de marcos do desenvolvimento, registro do traçado na curva de crescimento do cartão e/ou do prontuário, recebimento de orientações no que dizem respeito ao crescimento e desenvolvimento no momento da consulta) dos serviços públicos de saúde do Estado de Pernambuco, segundo os espaços geográficos: Região Metropolitana do Recife – RMR e no Interior do Estado.

Considerando que o monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil constitui, em termos conceituais e programáticos, uma ação fundamental na assistência integral à saúde da criança, normatizada desde a década de 80 pelo Ministério da Saúde do Brasil, além da circunstância de que a Região Nordeste (especificamente o Estado de Pernambuco) representa uma área onde as desigualdades sociais e a pobreza são claramente comprovadas através das altas taxas de mortalidade infantil e outros indicadores sociais e econômicos, consideramos pertinente e relevante a realização de um estudo avaliativo sobre o

tema. Espera-se que, a partir dos resultados e sua análise, se possa dispor de elementos para reorientar os caminhos e reverter a situação de saúde e nutrição da próxima geração de crianças. É oportuno considerar o fato do Ministério da Saúde está implantando novas diretrizes no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, o que implica em que os serviços de saúde podem e devem melhorar tanto em sua estrutura, quanto em seus processos e, em consequência, seus resultados. É o que devem fazer, não por uma simples questão econômico-financeira, mas por um fundamento ético: o respeito devido à pessoa humana e à defesa de seus direitos.

2. Objetivos

2.1. Geral

Avaliar as condições e condutas relacionadas com o monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 5 anos atendidas em serviços públicos de saúde do Estado de Pernambuco.

2.2. Específicos

2.2.1. Descrever o perfil das crianças menores de 5 anos segundo aspectos familiares, socioeconômicos, maternos e dos profissionais que as atenderam segundo os espaços geográficos;

2.2.2. Avaliar a disponibilidade estrutural dos serviços públicos de saúde em relação ao monitoramento do crescimento e desenvolvimento segundo os espaços geográficos;

2.2.3. Avaliar o processo de atendimento à criança em relação a localização do serviço de saúde (RMR e Interior do Estado), analisando as possíveis diferenciações nas práticas de atenção segundo diversas abordagens;

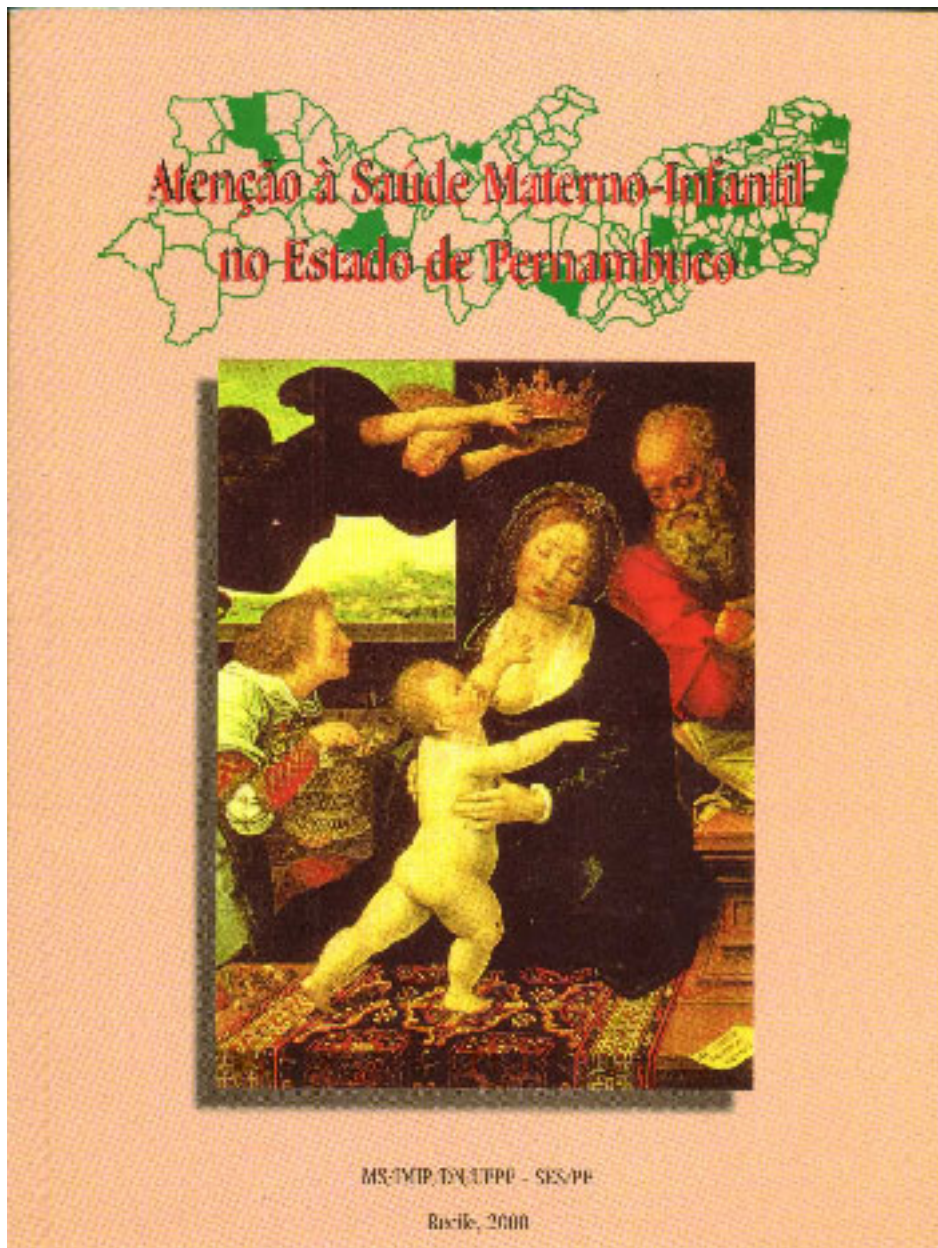
2.2.4. Descrever a assistência prestada às crianças menores de 5 anos nos serviços públicos de saúde do Estado de Pernambuco (RMR e Interior);

2.2.5. Descrever a conduta e a opinião dos profissionais responsáveis pelo atendimento à criança no que diz respeito ao monitoramento do crescimento e desenvolvimento.

3. Aspectos Metodológicos

Capa da Pesquisa:

Atenção à Saúde Materno-Infantil no Estado de Pernambuco



3. Contexto da análise

3.1. A Pesquisa – base de dados

O presente estudo baseia-se no banco de dados da pesquisa “Atenção à Saúde Materno Infantil no Estado de Pernambuco” (BRASIL, 2000), realizada pelo Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco, Instituto Materno Infantil de Pernambuco e Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, com o apoio financeiro do Ministério da Saúde.

A referida pesquisa teve como objetivo principal avaliar a oferta e utilização dos serviços públicos que desenvolviam atividades ambulatoriais de assistência materno-infantil, no que diz respeito a alguns aspectos da atenção integral à saúde da mulher e da criança no Estado de Pernambuco.

O desenho foi do tipo transversal descritivo, com amostra representativa do Estado, distribuída em dois estratos geográficos: Região Metropolitana do Recife (RMR) e Interior do Estado.

3.1.1. Procedimento amostral

Foram incluídos no estudo os seguintes elementos amostrais: as unidades de saúde (elemento amostral básico) que pertenciam à rede assistencial pública, municipalizadas ou não, de caráter ambulatorial, classificadas como de níveis hierárquicos 1 e 2, as crianças menores de 5 anos, as gestantes que procuraram atendimento nos serviços públicos de saúde e os respectivos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento.

Entende-se por Nível Hierárquico 1 e 2, respectivamente:

Nível Hierárquico 1 (NH 1)

Corresponde às unidades de saúde de baixa complexidade, capacitadas a executar atividades simplificadas de atenção à saúde, sem disponibilidade de recursos auxiliares de diagnóstico e terapia.

Nível Hierárquico 2 (NH 2)

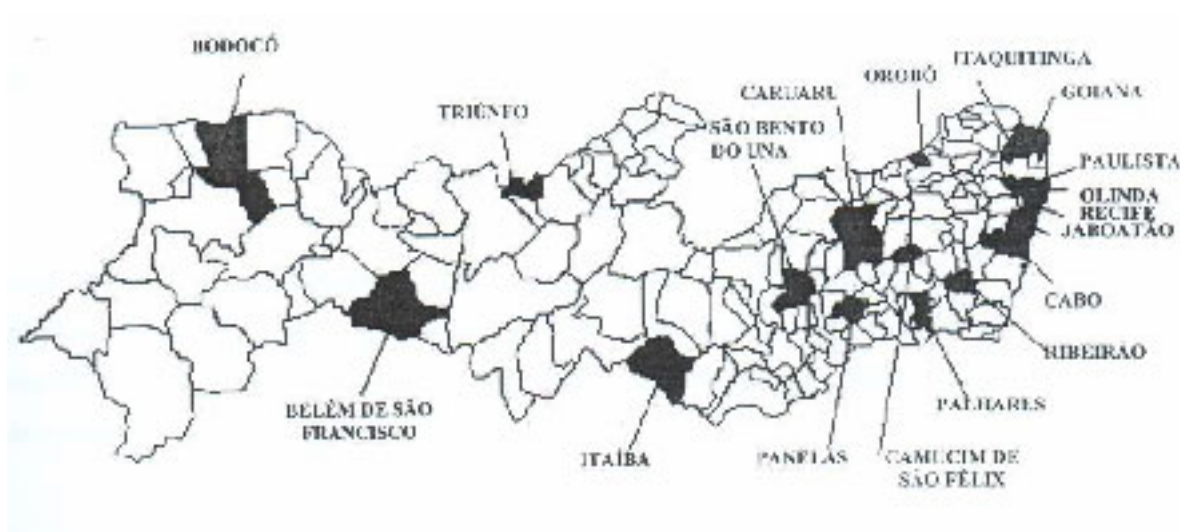
Corresponde às unidades ambulatoriais que oferecem, além das atividades de nível 1, atendimento em Clínica Médica, Tocoginecologia, Pediatria com procedimentos de média complexidade e exames complementares de rotina.

A seleção amostral foi do tipo probabilística (aleatória estratificada) contemplando as unidades do Nível de Hierarquia 1 e 2 existentes na Região Metropolitana do Recife e no Interior do Estado. Devido ao caráter de complementaridade, a pesquisa “Atenção à Saúde Materno Infantil no Estado de Pernambuco” selecionou os 18 municípios anteriormente investigados na I e II Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição do Estado de Pernambuco, realizadas em 1991 e 1998, respectivamente. Os municípios da Região Metropolitana do Recife foram: Recife, Cabo de Santo Agostinho, Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Paulista; e os do Interior do Estado: Belém do São Francisco, Bodocó, Caruaru, Camocim de São Félix, Goiana, Itaíba, Itaquitinga, Orobó, Palmares, Panelas, Ribeirão, São Bento do Una e Triunfo (Figura 1).

As unidades de saúde da rede pública foram representadas por postos, centros, unidades mistas, hospitais regionais, unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Saúde em Casa (PSC), entendendo-se a unidade de saúde como um conglomerado operacional de atendimento.

FIGURA 1

MAPA DE PERNAMBUCO COM A REPRESENTAÇÃO GEOGRÁFICA DA AMOSTRA DE MUNICÍPIOS ESTUDADOS



As unidades de saúde foram identificadas através do cadastro existente no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) perfazendo um total de 1.228 unidades, sendo 221 na Região Metropolitana do Recife (RMR) e 1.007 no Interior do Estado (IE). O total de unidades de saúde nos 18 municípios selecionados correspondia a 252, das quais 156 na RMR e 96 no Interior do Estado. Destas, foram pesquisadas aproximadamente 50%, em cada um dos estratos referenciados, totalizando 130 unidades, conforme quadro abaixo:

QUADRO 1

UNIDADES DE SAÚDE DO ESTADO, MUNICÍPIOS SELECIONADOS E AMOSTRA PESQUISADA DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE E DO INTERIOR DO ESTADO. PERNAMBUCO, 2000

Estratos	Nº de Unidades de Saúde		
	No Estado	Nos Municípios selecionados	Amostra
RMR	221	156	73
Interior	1.007	96	57
Total	1.228	252	130

Fonte: BRASIL, MS/IMIP/DN-UFPE/SES-PE – Atenção à Saúde Materno-Infantil no Estado de Pernambuco (2000)

Para caracterizar as unidades de saúde, foram entrevistados 69 diretores das Unidades da RMR e 51 do Interior, totalizando 120 unidades. Em 10 unidades de saúde (quatro da RMR e seis do Interior do Estado) não foi possível a realização da entrevista com os respectivos diretores.

Vale ressaltar que os responsáveis pelas unidades de saúde só foram informados de sua participação na composição da amostra na ocasião da coleta de dados, a fim de evitar implicações no funcionamento das respectivas unidades que pudessem interferir na avaliação.

Foram estudadas as condições e práticas de atendimentos referentes a 1.669 crianças menores de 5 anos, das quais 884 delas da Região Metropolitana do

Recife e 785 do Interior do Estado. Nas unidades de saúde de Nível Hierárquico 1, foram incluídas 8 crianças menores de 5 anos por unidade e nas de Nível Hierárquico 2, participaram cerca de 12 crianças por unidade na RMR e 24 no Interior do estado, tendo em vista que esta categoria (NH 2) no Interior era bem menor que na RMR e havia necessidade de garantir a representatividade de crianças deste estrato. Um total de 107 profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento à criança (68 na RMR e 39 do Interior) foram estudados mediante o preenchimento opcional de um formulário específico. Os municípios, as unidades de saúde, o número de diretores, crianças e profissionais responsáveis pelo atendimento constam no anexo 5.

3.1.2. Trabalho de campo

Realizou-se um estudo piloto no município de Paulista (Região Metropolitana do Recife) em nove unidades de saúde, sendo entrevistadas 83 mães ou responsáveis pelas crianças menores de 5 anos.

No que diz respeito à coleta de dados propriamente dita, participaram 19 pesquisadores na Região Metropolitana do Recife e 15 no Interior do Estado. O instrumento de coleta utilizado na pesquisa constou de 5 formulários com questões específicas para atender ao objetivo expresso anteriormente: o primeiro, foi aplicado à coleta de informações a respeito das unidades de saúde; o segundo, se referia a informações das crianças menores de 5 anos; o terceiro, às gestantes; o quarto, era relativo aos profissionais que atendiam as crianças; e o quinto formulário trazia informações dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento às gestantes.

3.2. Casuística e Método de Estudo

3.2.1. Contexto do Estudo

O Estado de Pernambuco está localizado na Região Nordeste do Brasil, possui uma área total de 98.526,6 km² e abriga uma população de 7.911.937 habitantes, dos quais 6.052.930 residem nas áreas urbanas (76,5%), apresentando uma densidade demográfica de 80,3 habitantes por quilômetro quadrado (IBGE, 2000).

Em relação à taxa de fecundidade, o estado apresenta, atualmente, uma taxa de 2,3 filhos por mulher em idade fértil, representando praticamente o ritmo de reposição da população, enquanto a Região Nordeste tem um indicador de fecundidade um pouco maior, ou seja, 2,6 filhos por mulher em idade reprodutiva (JORNAL DO COMÉRCIO, 2001 apud IBGE, 2000).

No que diz respeito ao esgotamento sanitário, em 1998, nos domicílios que residiam crianças menores de 5 anos, apenas 33,9% das casas eram ligadas à rede de esgoto sanitário na Região Metropolitana do Recife e 51,6% do Interior Urbano. Destaca-se que estes dados são provenientes da II Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição – II PESN onde a comunidade muitas vezes referia a rede geral de esgoto como sendo a galeria de águas pluviais. A falta de saneamento básico, e as precárias condições de educação sanitária, faziam com que algumas famílias colocassem os dejetos em terrenos baldios, rios e canais, tornando-se um comportamento comum em 66 % das famílias residentes no Interior Rural (BRASIL, 1998; BATISTA FILHO & ROMANI, 2002).

Pesquisa realizada pela ONU e patrocinada pelo Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento (PNUD) em doze principais capitais brasileiras coloca o Recife nos últimos lugares em relação aos indicadores que refletem as condições de vida (saúde, educação, renda, habitação e esperança de vida) no período de 1995 a 1999. A cidade apresentou a maior desigualdade de renda, entre a população de 1,5 milhões de habitantes, a riqueza está concentrada na mão de poucos. Recife ocupou ainda o penúltimo lugar quando a referência foi o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), indicador utilizado pela ONU para medir a qualidade de vida, estimado através da combinação de quatro indicadores básicos: taxa de analfabetismo, taxa de esperança de vida, número médio de anos de estudo e renda “per capita”. Infelizmente, o Recife ocupou o primeiro lugar, possuindo a menor esperança de vida das capitais pesquisadas (63,13 anos). A estatística média de analfabetismo da população com 15 anos ou mais foi 10,9% (JORNAL DO COMÉRCIO, 2001 apud IBGE, 2000).

Considerando a renda, 73,6% das famílias tinham renda “per capita” inferior a um salário mínimo; na RMR, Interior Urbano e Interior Rural, respectivamente, 60,9%, 70,6% e 95,1% das famílias não atingiam o rendimento “per capita” de um salário mínimo. Sob o aspecto econômico, a situação do Estado de Pernambuco representa uma projeção de tendências históricas estabelecidas desde o tempo da colonização, com a cultura da cana-de-açúcar ocupando a zona litorânea e a mata (BRASIL, 1998).

O nível educacional da população é ainda muito precário. Segundo dados do IBGE na década de 90, 40% dos pernambucanos só estudaram quatro anos, representando uma taxa de analfabetismo funcional de 40 % comparada com 29,4% do restante do país (Jornal do Comércio, 2001 apud IBGE, 2000).

3.2.2. População estudada

Para caracterização da amostra de crianças menores de 5 anos atendidas nos serviços públicos de saúde do Estado de Pernambuco, foram analisadas as 1.669 crianças menores de 5 anos que compareceram aos serviços quando da realização da pesquisa. A amostra de serviços de saúde foi composta de 120 unidades, e os profissionais responsáveis pelo atendimento à criança corresponderam a um total de 107. Para obtenção desses dados foram utilizados três formulários: formulário da criança (incluindo características pessoais e maternas, aspectos socioeconômicos da família, motivo da vinda ao serviço, dados sobre o atendimento, posse e preenchimento do cartão, e dados da criança registrados em prontuário); formulário da unidade de saúde (informações relativas ao funcionamento, estrutura física e insumos, recursos humanos existentes e outras atividades); e o formulário do profissional responsável pelo atendimento à criança abordando características pessoais e condutas no atendimento da criança. Tais instrumentos de coleta são os anexos 6, 7 e 8, respectivamente.

3.2.3. Definição e categorização das variáveis estudadas

3.2.3.1. Caracterização da amostra

Relativas às crianças

- Sexo: masculino e feminino
- Faixas etárias: Idade em meses das crianças, com as estratificações: (< 6, 6 – 11, 12 – 23, 24 – 60) e em anos (< 1 ano, 1 a 2 anos, 3 a 5 anos);

Características maternas

- Idade: 10 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 anos e mais.
- Grau de instrução materna: analfabeta, 1º grau (incompleto ou completo), 2º grau (incompleto/completo) e superior.
- Trabalho fora de casa: sim ou não

Características sócioeconômicas e demográficas da família

- Renda familiar: menos de 1 salário mínimo(SM), 1 a menos de 2 SM, de 2 a menos de 3 SM , 3 e mais SM.
- Tamanho da família: até 3 pessoas, 4, 5, 6 e mais pessoas.
- Número de crianças menores de 5 anos residentes no mesmo domicílio: 1, 2 e 3 e mais crianças.
- Tipo de deslocamento da casa à unidade de saúde: a pé, utiliza uma condução, outros.

3.2.3.2. Relativas à Estrutura

- Existência de cartão da criança no serviço: sim ou não.
- Suficiência do cartão da criança: a quantidade é suficiente, sim ou não.
- Existência de balanças para pesagem de crianças < 2 anos: sim, em funcionamento; sim, com defeito; não.
- Existência de balanças para pesagem de crianças > 2 anos e adultos: sim, em funcionamento; sim, com defeito; não.
- Existência de normas para o acompanhamento do crescimento das crianças no serviço: sim ou não.
- Existência de normas para o acompanhamento do desenvolvimento das crianças no serviço: sim ou não.

- Existência de fichas para o acompanhamento do crescimento da criança a serem anexadas ao prontuário: sim ou não.
- Existência de fichas para o acompanhamento do desenvolvimento da criança a serem anexadas ao prontuário: sim ou não.

Relativas ao profissional responsável pelo atendimento às crianças

- Profissionais responsáveis pelo atendimento da criança
- Idade: 25 a 34 anos, 35 a 44 anos e 45 anos e mais.
- Sexo: masculino e feminino.
- número de profissionais
- Tempo de serviço na unidade: menos de 1 ano, de 1 – 4 anos, 5 –10 anos e mais de 10 anos.
- Trabalha em outro local: sim ou não.
- Número de consultas realizadas no dia da entrevista pelo profissional responsável pelo atendimento às crianças: 1 – 9, 10 – 19, 20 – 29, 30 – 39 e > 40 consultas.

3.2.3.3. Relativas ao Processo

- Motivo da visita ao serviço: vacinação, rotina, doença, suplementação alimentar, outro.
- Atendimento na visita: sim, não.
- Atendimento pelo mesmo profissional: sempre, às vezes, nunca, 1ª consulta.
- Tempo esperado para o atendimento: < 30 min, 30 a < 1 h , 1h a < 2h e > 2 horas.
- Criança pesada no dia da consulta: sim, não.
- Criança medida (comprimento em estatura) no dia da consulta: sim, não.
- O acompanhante da criança recebeu informação sobre o crescimento da criança no dia da consulta: sim, não.
- O acompanhante da criança recebeu informação sobre o desenvolvimento da criança no dia da consulta: sim, não.
- Opinião do acompanhante da criança sobre o atendimento recebido: ótimo, bom, regular e ruim.

- Solicitação do cartão da criança pelo profissional que a atendeu: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, nutricionista e outro.
- Posse do cartão da criança no dia da consulta: sim, trouxe; sim, não trouxe; tinha, mas perdeu; nunca teve; não; não sabe.
- Registro do peso ao nascer na capa do cartão: sim, não.
- Registro do peso ao nascer no gráfico contido no cartão da criança: sim, não.
- Número de pontos registrados no gráfico contido no cartão da criança: nenhum ponto, 01 ponto, 2 a 6 pontos, 07 a 11 e > 12 pontos.
- Registro do peso no dia da consulta contido no gráfico do cartão da criança: sim, não.
- Registro do desenvolvimento no cartão da criança observado no dia da consulta: sim, não.
- Existência de prontuário: sim, não.
- Existência de gráfico de crescimento da criança anexado ao prontuário: sim, não.
- Registro do peso da criança no dia da consulta no prontuário: sim, não.
- Registro do peso da criança no dia da consulta no gráfico de crescimento contido no prontuário: sim, não.
- Curva do gráfico descendente no gráfico de crescimento do prontuário: sim, não.
- Ação indicada pelo profissional quando a curva foi descendente: orientação alimentar, encaminhamento para o Nutricionista, solicitação de exames e outra.
- Registro do comprimento (estatura) da criança no dia da consulta no prontuário: sim, não.
- Existência de ficha de desenvolvimento da criança anexada ao prontuário: sim, não.
- Registro do desenvolvimento da criança no prontuário: sim, não.
- Registro do desenvolvimento da criança na ficha de desenvolvimento contida no prontuário: sim, não.
- Desenvolvimento foi anormal em algum momento: sim, não.
- Ação indicada pelo profissional ao detectar desenvolvimento anormal: encaminhamento para o neurologista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, outro.
- Situação do peso no gráfico contido no cartão da criança no dia da consulta: > P90, entre P10 – P 90, < P10.

- Direção da curva de peso no gráfico do cartão da criança: ascendente, descendente, horizontal.
- Quando faz o monitoramento do crescimento e desenvolvimento: Resposta subjetiva – análise do discurso.
- Conduta do profissional ao detectar problemas no CD: orientação da dieta, aprazamento de consultas, encaminhamento, outros.
- Opinião a respeito do serviço referente às ações de CD.

3.3. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados deste estudo foram processados no *software* EPI-INFO, versão 6.02. Para descrição e análise dos resultados foram utilizadas estatísticas descritivas através de tabelas que incluíam distribuições absolutas e percentuais, além de estatísticas inferenciais utilizando o teste do Qui-quadrado de Pearson para as variáveis categóricas, com correção de Yates para tabelas binárias (LIMA & MARQUES, 2000). Foi estabelecido um intervalo de confiança de 95% com nível de significância de 5%, para decisões matemáticas de hipóteses ou julgamento estatísticos de diferenças comparativas de situações de interesse.

3.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo se baseia em dados secundários provenientes da pesquisa “Atenção à Saúde Materno-Infantil no Estado de Pernambuco (BRASIL, 2000), portanto, faz-se desnecessária sua submissão à comissão de ética, visto que, a referida pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco.

4. Resultados

Os resultados a seguir apresentados, serão descritos sob forma de tabelas, gráficos, bem como de respostas a questões subjetivas formuladas aos profissionais responsáveis pelo atendimento às crianças.

4.1. Características da amostra

4.1.1. Crianças

A amostra estudada foi constituída de 1.669 crianças menores de 5 anos, sendo 860 (51,5%) do sexo masculino e 809 (48,5%) do sexo feminino. Segundo os espaços geográficos 884 (53%) das crianças residiam na Região Metropolitana do Recife e 785 (47%) no Interior do Estado. Por faixa etária, observa-se que 30,8% (514 crianças) tinham idade acima de 2 e anos, seguidas das menores de 6 meses, 26,7% (445 crianças) como se detalha, com outras informações adicionais, na Tabela 1.

TABELA 1

**CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS
(SEXO E FAIXA ETÁRIA) POR ESPAÇOS GEOGRÁFICOS.
PERNAMBUCO, 1998**

VARIÁVEIS	RMR		INTERIOR		TOTAL	
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
Sexo						
• Masculino	459	51,9	401	51,1	860	51,5
• Feminino	425	48,1	384	48,9	809	48,5
Total	884	53,0	785	47,0	1669	100,0
Faixa etária - Idade (meses)						
• < 6	253	28,6	192	24,5	445	26,7
• 6 – 11	194	21,9	163	20,8	357	21,4
• 12 – 23	182	20,6	171	21,8	353	21,1
• 24 – 59	255	28,8	259	33,0	514	30,8
Total	884	53,0	785	47,0	1669	100,0

4.1.2. Características das mães

A grande maioria das mães pertencia a faixa etária compreendida entre 20 e 29 anos (59,8%), seguidas da faixa acima de 30 anos (22,2%), e em menor percentual, as mães adolescentes (18%). Considerando o grau de instrução, verifica-se que

14,1% eram analfabetas, entretanto quando se compara os espaços geográficos, na Região Metropolitana do Recife o percentual de analfabetas foi bem menor que o Interior do Estado, 9,4% e 19,4%, respectivamente. No Estado como um todo, a maioria das mães (67,1%), possuía o primeiro grau (completo/incompleto). Apenas 15,9% das mães trabalhavam fora de casa (Tabela 2).

TABELA 2

CARACTERÍSTICAS MATERNAS (IDADE, GRAU DE INSTRUÇÃO, TRABALHO FORA DE CASA) DA AMOSTRA DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS POR ESPAÇOS GEOGRÁFICOS. PERNAMBUCO, 1998

VARIÁVEIS	RMR		INTERIOR		TOTAL	
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
Idade (anos)						
• 10 - 19	170	19,3	129	16,5	299	18,0
• 20 - 29	532	60,5	460	59,0	992	59,8
• > 30	178	20,2	191	24,5	369	22,2
* Total	880	53,0	780	47,0	1660	100,0
Grau de instrução						
• Analfabeta	82	9,4	151	19,4	233	14,1
• 1º grau incompleto/completo	594	68,0	513	65,9	1107	67,1
• 2º grau incompleto/completo	188	21,5	106	13,6	294	17,8
• Superior	09	1,0	08	1,0	17	1,0
**Total	873	52,9	778	47,1	1651	100,0
Trabalho fora de casa						
• Sim	129	14,6	135	17,3	264	15,9
• Não	752	85,4	646	82,7	1398	84,1
*** Total	881	53,0	781	47,0	1662	100,0

* 09 sem informação

** 18 sem informação

*** 07 sem informação

4.1.3. Famílias das crianças

No interior do estado 49,0% das famílias ganhavam menos de um salário mínimo, enquanto na RMR este percentual era de 31,1%. Considerando as rendas mais elevadas, no Interior, 17,3% das unidades familiares pesquisadas recebiam três ou mais salários mínimos, proporção que se elevava para 30% na Região Metropolitana do Recife.

A composição numérica das famílias nos dois espaços geográficos era semelhante, predominando, em ambos, as casas, com 6 ou mais pessoas em cada domicílio. Na maioria das observações (90,0% na RMR e 87,8% no Interior) predominavam as famílias com uma ou duas crianças menores de cinco anos. Na RMR, 93,7% dos deslocamentos dos usuários até os serviços de saúde onde foram entrevistados eram feitos a pé, enquanto no interior do Estado este percentual declinava para 77,8% (Tabela 3).

TABELA 3

CARACTERÍSTICAS SÓCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DAS FAMÍLIAS DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS POR ESPAÇOS GEOGRÁFICOS. PERNAMBUCO, 1998

VARIÁVEIS	RMR		INTERIOR		TOTAL	
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
Renda familiar (SM)¹						
• 0 a <1	275	31,1	385	49,0	660	39,5
• 1 a <2	265	30,0	212	27,0	477	28,6
• 2 a <3	79	8,9	52	6,6	131	7,8
• 3 e mais	265	30,0	136	17,3	401	24,0
Total	884	53,0	785	47,0	1669	100,0
Tamanho da família (pessoas)						
• Até 3	221	25,0	180	22,9	401	24,0
• 4	227	25,7	211	26,9	438	26,3
• 5	161	18,2	134	17,1	295	17,7
• 6 e mais	274	31,0	260	33,1	534	32,0
• Total	883	52,9	785	47,1	1668	100,0
Crianças < 5 anos na casa						
• 1	520	58,8	406	51,8	926	55,5
• 2	276	31,2	282	36,0	558	33,5
• 3 e mais	88	10,0	96	12,2	184	11,0
*Total	884	53,0	784	47,0	1668	100,0
Tipo de deslocamento casa-unidade de saúde						
• a pé	828	93,7	611	77,8	1439	86,2
• uma condução	49	5,5	156	19,9	205	12,3
• mais de uma condução	04	0,5	08	1,0	12	0,7
• não sabe	03	0,3	10	1,3	13	0,8
Total	884	53,0	785	47,0	1669	100,0

SM¹ = Salário Mínimo

* 01 sem informação

4.2. ESTRUTURA

A estrutura das unidades de saúde, no que diz respeito aos recursos utilizados no monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil, foi analisada segundo os espaços geográficos. Para o conjunto do Estado, 90% das unidades possuem o cartão da criança. A RMR apresenta melhores percentuais quando comparada ao Interior. Semelhante a existência do cartão, o estoque deste nos serviços é maior na RMR que no Interior do Estado, 84,9% e 74,5%, respectivamente. Verifica-se ainda, que mais de 90% dos serviços possuem balanças para pesagem de crianças menores de 2 anos, sendo que, destas, 84,2% estão funcionando. A diferença observada entre os espaços geográficos apresentou significância estatística no tocante a existência e suficiência do cartão da criança, além da existência de balança para pesagem das crianças menores de 2 anos ($p < 0,05$). Por outro lado, apesar de 89,2% dos serviços possuírem balanças destinadas a pesagem de crianças maiores de 2 anos de idade, não foi estatisticamente significativa entre os espaços geográficos (Tabela 4).

TABELA 4
CARACTERÍSTICAS DA ESTRUTURA FUNCIONAL (CARTÃO DA CRIANÇA E
BALANÇAS) DAS UNIDADES DE SAÚDE PESQUISADAS POR ESPAÇOS
GEOGRÁFICOS. PERNAMBUCO, 1998

CARACTERÍSTICAS	RMR		INTERIOR		TOTAL		TESTE ESTATÍSTICO
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	
Existência de cartão da criança							
Sim	67	97,1	41	80,4	108	90,0	χ^2 Yates = 7,34 $p < 0,05$
Não	02	2,9	10	19,6	12	10,0	
Estoque de cartão da criança							
Sim	62	89,9	38	74,5	100	83,3	$\chi^2 = 10,82$ $p < 0,05$
Não	05	7,2	03	5,9	08	6,7	
Não tem cartão	02	2,9	10	19,6	12	10,0	
Balança (até 2 anos)							
Sim, em funcionamento	62	89,9	39	76,5	101	84,2	$\chi^2 = 10,17$ $p < 0,05$
Sim, com defeito	06	8,7	03	5,9	09	7,5	
Não	01	1,4	09	17,6	10	8,3	
Balança (> 2 anos e adultos)							
Sim, em funcionamento	62	89,9	45	88,2	107	89,2	$\chi^2 = 0,34$
Sim, com defeito	02	2,9	01	2,0	03	2,5	
Não	05	7,2	05	9,8	10	8,3	$p = 0,84$
Total	69	57,5	51	42,5	120	100,0	

De acordo com a tabela 5, observa-se que mais de 70% das unidades de saúde, não possuem normas orientadoras do monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil. A RMR apresentou os piores índices, quando comparados aos do Interior do Estado, mesmo não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significantes ($p > 0,05$). A existência de fichas utilizadas nesta ação básica, para serem anexadas ao prontuário, é semelhante as normas, visto que, mais de 80% dos serviços não as possuem, apresentando significância estatística entre os espaços, apenas em relação as fichas de desenvolvimento ($p < 0,05$) (Tabela 5).

TABELA 5

CARACTERÍSTICAS DA ESTRUTURA FUNCIONAL (NORMAS / FICHAS UTILIZADAS NO ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS) DAS UNIDADES DE SAÚDE PESQUISADAS POR ESPAÇOS GEOGRÁFICOS. PERNAMBUCO, 1998.

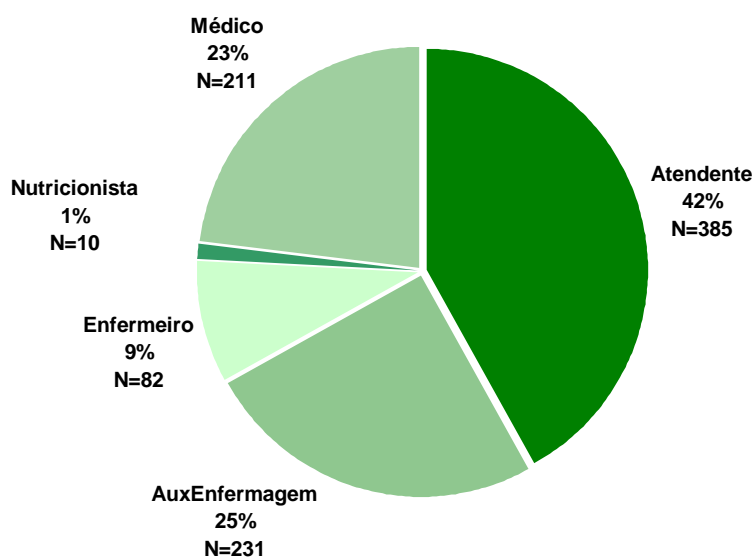
CARACTERÍSTICAS	RMR		INTERIOR		TOTAL		TESTE ESTATÍSTICO
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	
Normas p/ acompanhamento do crescimento							
Sim	14	20,3	14	27,5	28	23,3	$\chi^2 = 0,97$ $p = 0,61$
Não	51	73,9	35	68,6	86	71,7	
Não sabe	04	5,8	02	3,9	06	5,0	
Total	69	57,5	51	42,5	120	100,0	
Normas p/ acompanhamento do desenvolvimento							
Sim	12	17,4	14	27,5	26	21,7	$\chi^2 = 1,84$ $p = 0,39$
Não	53	76,8	35	68,6	88	73,3	
Não sabe	04	5,8	02	3,9	06	5,0	
Total	69	57,5	51	42,5	120	100,0	
Fichas p/ acompanhamento do crescimento p/ serem anexadas ao prontuário							
Sim	15	24,6	03	7,7	18	18,0	$\chi^2 = 3,53$ $p = 0,06$
Não	46	75,4	36	92,3	82	82,0	
*Total	61	61,0	39	39,0	100	100,0	
Fichas p/acompanhamento desenvolvimento p/ serem anexadas ao prontuário							
Sim	18	29,5	01	2,6	19	19,0	$\chi^2 = 9,54$ $p < 0,05$
Não	43	70,5	38	97,4	81	81,0	
*Total	61	61,0	39	39,0	100	100,0	

* 20 sem informação

4.2.1. Profissionais responsáveis pelo atendimento das crianças

Mais de $\frac{3}{4}$ dos recursos humanos destinados ao atendimento das crianças estavam concentrados no conjunto atendente/auxiliar de enfermagem/enfermeiro, cabendo ao médico isoladamente, 23% do movimento total de consultas, enquanto que o nutricionista representa 1% dos profissionais utilizados na demanda total dos serviços estudados (Gráfico 1).

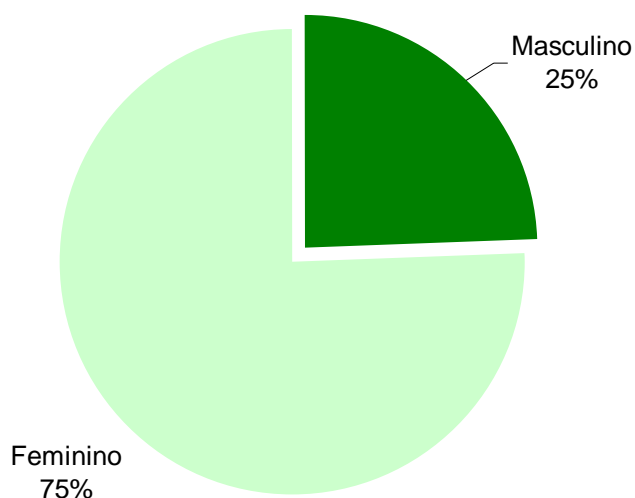
GRÁFICO 1
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS DAS UNIDADES DE SAÚDE PESQUISADAS. PERNAMBUCO, 1998



O gráfico 2 demonstra que 75% dos profissionais responsáveis pelo atendimento das crianças menores de cinco anos nos serviços públicos de saúde do Estado de Pernambuco estudados, eram do sexo feminino.

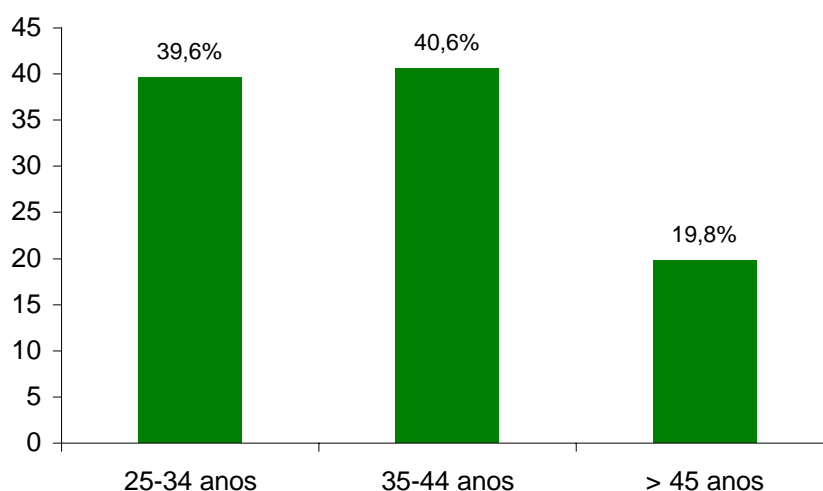
GRÁFICO 2

distribuição percentual segundo o sexo dos profissionais responsáveis pelo atendimento às crianças nos serviços públicos de saúde. Pernambuco, 1998



Considerando a idade dos profissionais de saúde, verifica-se a predominância de jovens, visto que, 40,6% encontravam-se na faixa etária de 35 a 44 anos de idade, seguida da faixa de 25 a 34 anos (39,6%) e menos de 20% do total tinham mais de 45 anos (Gráfico 3).

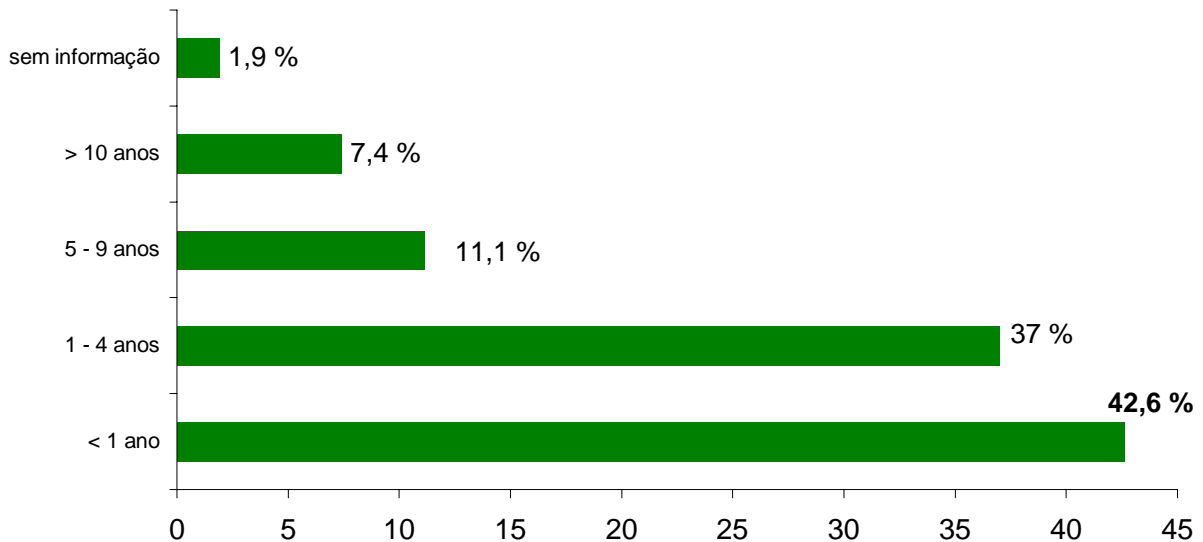
GRÁFICO 3
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL SEGUNDO FAIXA ETÁRIA DOS PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE. PERNAMBUCO, 1998



Conforme se demonstra no gráfico 4, o maior percentual (42,6%) dos profissionais possuem menos de 1 ano de serviço na unidade, seguido dos que trabalham de 1 a 4 anos, que representam 37% do total.

GRÁFICO 4

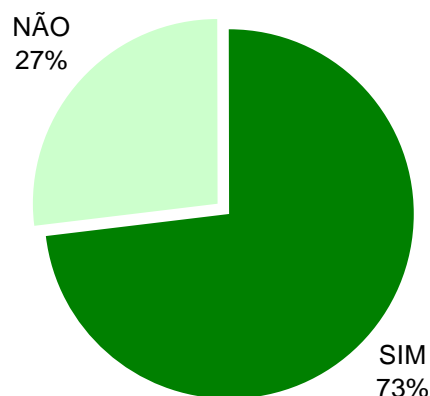
**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO TEMPO DE SERVIÇO NA UNIDADE DOS
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS.
PERNAMBUCO, 1998**



Verifica-se que a maior parte dos profissionais responsáveis pelo atendimento das crianças (73%) trabalham em outro local, além do serviço de saúde pesquisado (Gráfico 5).

GRÁFICO 5

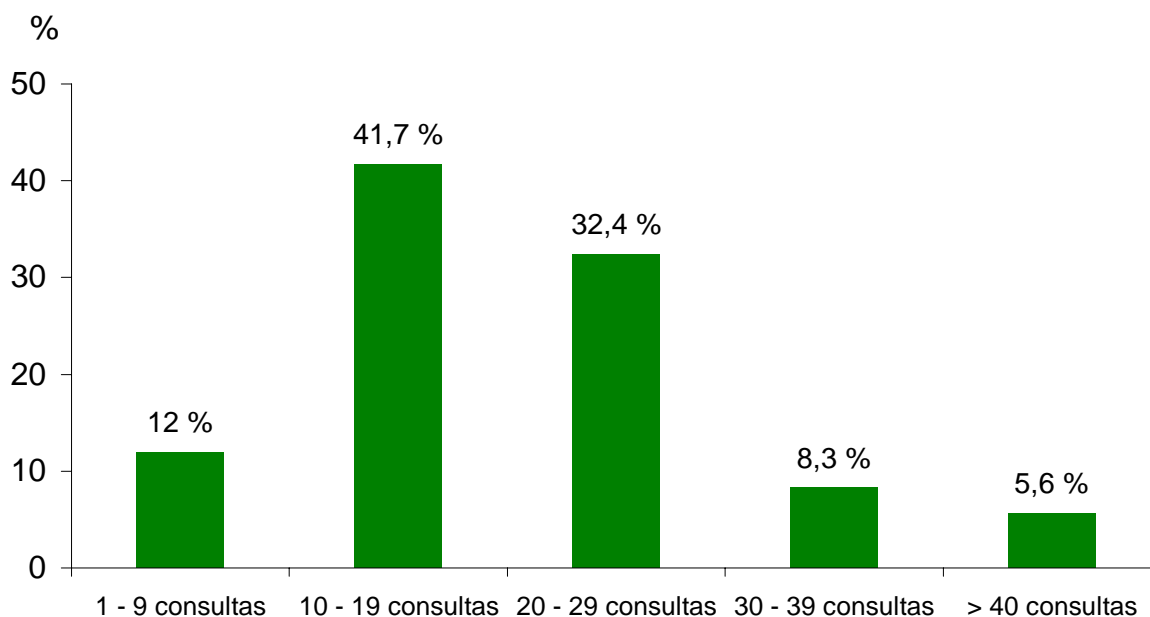
**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELO
ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS SEGUNDO TRABALHO EM OUTRO LOCAL.
PERNAMBUCO, 1998**



Cerca de 41% dos profissionais realizaram no dia da entrevista, entre 10 a 19 consultas e 32,4% atenderam entre 20 e 29 consultas (Gráfico 6).

GRÁFICO 6

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS NO DIA DA ENTREVISTA PELO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS. PERNAMBUCO, 1998



4.3. PROCESSO

4.3.1. Características da Assistência

A doença representou o principal motivo da visita ao serviço de saúde (44,9%), tendo sido verificadas diferenças estatisticamente significantes entre os espaços geográficos ($p < 0,001$). O atendimento ocorreu em 93% dos casos, sem diferenças entre os espaços ($p = 0,17$). Mais da metade dos atendimentos foram realizados pelo mesmo profissional que prestou assistência a criança em outras visitas, com percentual um pouco maior para a RMR. Esta diferença apresentou-se estatisticamente significativa ($p < 0,001$) (Tabela 6).

TABELA 6

CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA PRESTADA ÀS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS ATENDIDAS EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE POR ESPAÇOS GEOGRÁFICOS. PERNAMBUCO, 1998

VARIÁVEIS	RMR		INTERIOR		TOTAL		TESTE ESTATÍSTICO
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	
Motivo da visita ao Serviço							
Vacinação	234	26,5	245	31,2	479	28,7	$\chi^2 = 84,91$ $p < 0,001$
Rotina	233	26,4	72	9,2	305	18,3	
Doença	358	40,5	391	49,8	749	44,9	
Suplementação alimentar	07	0,8	15	1,9	22	1,3	
Outro	52	5,9	62	7,9	114	6,8	
Total	884	53,0	785	47,0	1669	100,0	
Atendimento na visita							
Sim	815	92,2	738	94,0	1553	93,0	$\chi^2 \text{yates} = 1,85$ $p = 0,17$
Não	69	7,8	47	6,0	116	7,0	
Total	884	53,0	785	47,0	1669	100,0	
Atendimento pelo mesmo profissional							
Sempre	484	61,4	344	46,7	828	54,3	$\chi^2 = 55,11$ $p < 0,001$
Às vezes	131	16,6	170	23,1	301	19,8	
Nunca	23	2,9	47	6,4	70	4,6	
1ª consulta	150	19,0	175	23,8	325	21,3	
Total	788	51,7	736	48,3	*1524	100,0	

* 29 não sabe e *116 não foram atendidas

O tempo de espera para o atendimento foi superior a 2 horas em 35,5% do total dos atendimentos às crianças do Estado ($p=0,34$). Em quase a metade dos atendimentos realizados, a criança não foi pesada, e em 83,8% não foi medido o seu comprimento. Analisando a assistência prestada ao acompanhante da criança na consulta, constata-se que em mais de 80% das consultas, nenhuma informação sobre o crescimento e o desenvolvimento foi transmitida. Segundo opinião dos acompanhantes, 83,3% estavam satisfeitos com a assistência recebida. Com exceção do tempo de espera para o atendimento, as demais variáveis

apresentaram-se diferenças estatisticamente significantes entre os espaços geográficos ($p < 0,05$) (Tabela 7).

TABELA 7

ASPECTOS QUALITATIVOS DA ASSISTÊNCIA PRESTADA ÀS CRIANÇAS < 5 ANOS ATENDIDAS EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE POR ESPAÇOS GEOGRÁFICOS. PERNAMBUCO, 1998

VARIÁVEIS	RMR		INTERIOR		TOTAL		TESTE ESTATÍSTICO
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	
Tempo esperado p/ o atendimento							
• < 30 minutos	263	32,3	215	29,1	478	30,8	$\chi^2 = 3,34$ $p = 0,34$
• 30 minutos a < 1 hora	123	15,1	105	14,2	228	14,7	
• 1 hora a < 2 horas	156	19,1	140	19,0	296	19,1	
• > 2 horas	273	33,5	278	37,7	551	35,5	
Total	815	100,0	738	100,0	1553	100,0	
Criança pesada							
• Sim	476	58,4	364	49,3	840	54,1	χ^2 Yates = 12,50 $p < 0,001$
• Não	339	41,6	374	50,7	713	45,9	
Total	815	100,0	738	100,0	1553	100,0	
Criança medida							
• Sim	154	18,9	98	13,3	252	16,2	χ^2 Yates = 8,58 $p < 0,05$
• Não	661	81,1	640	86,7	1301	83,8	
Total	815	100,0	738	100,0	1553	100,0	
Recebeu informação sobre crescimento							
• Sim	198	24,3	85	11,5	283	18,2	χ^2 Yates = 41,57 $p < 0,001$
• Não	617	75,7	653	88,5	1270	81,8	
Total	815	100,0	738	100,0	1553	100,0	
Recebeu informação sobre desenvolvimento							
• Sim	198	24,2	82	11,1	280	18,0	χ^2 Yates = 44,66 $p < 0,001$
• Não	617	75,8	656	88,9	1273	82,0	
Total	815	100,0	738	100,0	1553	100,0	
Opinião sobre o atendimento recebido							
Ótimo	195	23,4	142	19,2	338	21,7	$\chi^2 = 9,35$ $p < 0,05$
Bom	490	60,1	467	63,3	957	61,6	
Regular	111	13,6	97	13,1	208	13,4	
Ruim	19	2,3	32	4,3	51	3,3	
Total	815	100,0	738	100,0	1553	100,0	

Como se demonstra nos resultados da tabela 8, os profissionais que mais solicitaram o cartão da criança foram o enfermeiro (88,1%), o nutricionista (83,3%) seguindo-se do auxiliar de enfermagem (83,2%), e do médico (47,3%). Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os espaços geográficos, quando o médico e o enfermeiro solicitaram o cartão aos acompanhantes das crianças ($p < 0,05$).

TABELA 8

**PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS
SEGUNDO SOLICITAÇÃO DO CARTÃO POR ESPAÇOS
GEOGRÁFICOS. PERNAMBUCO, 1998**

<i>Profissional X Solicitação do cartão</i>	RMR		INTERIOR		TOTAL		TESTE ESTATÍSTICO
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	
• Médico							
Cartão solicitado	340	66,9	109	24,7	449	47,3	χ^2 Yates = 167,06 $p < 0,001$
Cartão não solicitado	168	33,1	332	75,3	500	52,7	
Total (atendimentos)	508	100,0	441	100,0	949	100,0	
• Enfermeiro							
Cartão solicitado	119	90,8	07	58,3	126	88,1	
Cartão não solicitado	12	9,2	05	41,7	17	11,9	
Total	131	100,0	12	100,0	143	100,0	
• Auxiliar de enfermagem							
Cartão solicitado	269	83,0	260	83,3	529	83,2	χ^2 Yates = 0,00 $p = 0,99$
Cartão não solicitado	55	17,0	52	16,7	107	16,8	
Total	324	50,9	312	49,1	636	100,0	
• Nutricionista							
Cartão solicitado	-	-	10	83,3	10	83,3	
Cartão não solicitado	-	-	02	16,7	02	16,7	
Total	-	-	12	100,0	12	100,0	
• Outro							
Cartão solicitado	68	51,9	65	36,9	133	43,3	χ^2 Yates = 6,26 $p = 0,01$
Cartão não solicitado	63	48,1	111	63,1	174	56,7	
Total	131	100,0	176	100,0	307	100,0	

A análise da posse do cartão da criança no dia da entrevista segundo os espaços geográficos, revela que a maioria o possui e o levou para a consulta ($p < 0,001$) (Tabela 9).

TABELA 9
POSSE DO CARTÃO DA CRIANÇA NO DIA DA CONSULTA POR ESPAÇOS GEOGRÁFICOS. PERNAMBUCO, 1998

CARTÃO DA CRIANÇA	RMR		INTERIOR		TOTAL		TESTE ESTATÍSTICO
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	
Sim, trouxe	703	79,5	491	62,5	1194	71,5	$\chi^2 = 65,71$ $p < 0,001$
Sim, não trouxe	160	18,1	267	34,0	427	25,6	
Tinha, mas perdeu	07	0,8	03	0,4	10	0,6	
Nunca teve	05	0,6	03	0,4	08	0,5	
Não	04	0,5	09	1,1	13	0,8	
Não sabe	05	0,6	12	1,6	17	1,0	
Total	884	100,0	785	100,0	1669	100,0	

A associação dos espaços geográficos com o registro do peso ao nascer na capa do cartão (figura 2) 86,8% dos cartões e no gráfico incluído no cartão (figura 3) 36,9% não apresentou diferenças estatisticamente significantes (Tabela 10).

TABELA 10

REGISTRO DO PESO AO NASCER NA CAPA E NO GRÁFICO DO CARTÃO DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS. PERNAMBUCO, 1998

REGISTRO DO PESO AO NASCER	RMR		INTERIOR		TOTAL		TESTE ESTATÍSTICO
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	
Na capa							
• Sim	615	87,5	420	85,7	1035	86,8	χ^2 Yates = 0,64 p = 0,42
• Não	88	12,5	70	14,3	158	13,2	
Total	703	100,0	490	100,0	*1193	100,0	
No gráfico							
• Sim	267	38,0	173	35,3	440	36,9	χ^2 Yates = 0,78 p = 0,37
• Não	436	62,0	317	64,7	753	63,1	
Total	703	100,0	490	100,0	*1193	100,0	

* 01 sem informação

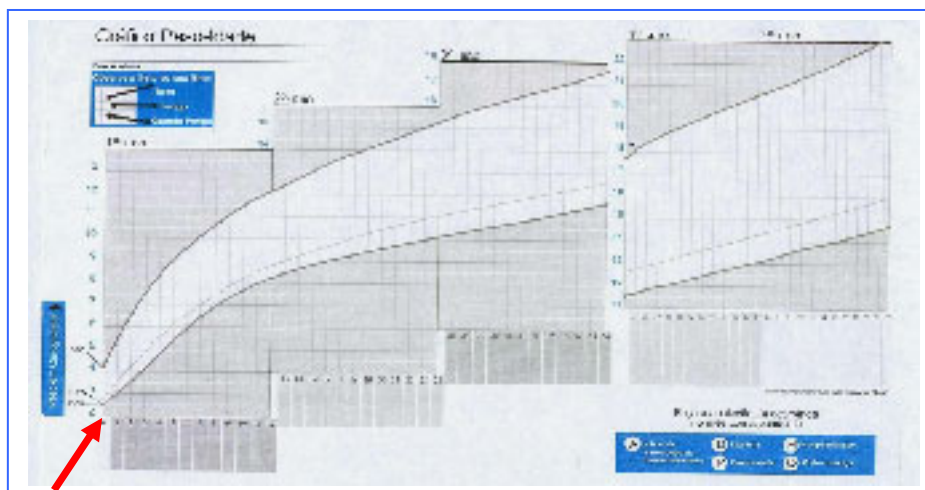
Figura 2.

CAPA



Figura 3.

GRÁFICO



A associação da idade da criança e o número de pontos registrados no gráfico de crescimento do cartão apresentou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Nenhum ponto foi registrado em 27,8% dos gráficos contidos nos cartões das crianças menores de 1 ano. O registro de uma marcação no gráfico de crescimento

do cartão foi verificado em 15,9% das crianças menores de 1 ano. Este percentual foi reduzido à metade, nas crianças com idade entre 1 e dois anos.

Analisando o número de pontos contidos nos gráficos das crianças com idade entre 3 e 5 anos, constata-se que em 29,7% dos cartões possuem de 2 a 6 pontos marcados, enquanto que as crianças com idade entre 3 e 5 anos conquistaram o maior percentual de pontos registrados (> 12). (Tabela 11).

TABELA 11

**NÚMERO DE PONTOS REGISTRADOS NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO
(CARTÃO) SEGUNDO A IDADE DA CRIANÇA. PERNAMBUCO, 1998**

*NÚMERO DE PONTOS	**< 1 ANO		1 – 2 ANOS		3 – 5 ANOS		TOTAL	
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
Nenhum ponto	182	27,8	87	21,7	38	27,5	307	25,7
01 ponto	104	15,9	31	7,7	12	8,7	147	12,3
2 a 6 pontos	301	46,0	141	35,2	41	29,7	483	40,5
07 a 11 pontos	63	9,6	80	20,0	21	15,2	164	13,7
> 12 pontos	05	0,8	62	15,5	26	18,8	93	7,8
Total	655	100,0	401	100,0	138	100,0	1194	100,0
$\chi^2 = 143,50$ $p < 0,001$								

* Independente do dia da consulta (cumulativo)

** Estão incluídas no cálculo estatístico as crianças menores de 1 mês: 54 (3,2%) e as com idade entre 1 e 2 meses: 82 (4,9%).

Das crianças que foram pesadas e que trouxeram o cartão, o registro do peso no gráfico do cartão da criança, no dia da consulta, ocorreu em 59,9%. Observa-se que as unidades de saúde localizadas no Interior do Estado registram bem mais que as da Região Metropolitana do Recife, 71,5% e 53,0%, respectivamente ($p < 0,001$) (Tabela 12).

TABELA 12

REGISTRO DO PESO NO GRÁFICO DO CARTÃO DA CRIANÇA NO DIA DA CONSULTA, POR ESPAÇOS GEOGRÁFICOS. PERNAMBUCO, 1998

REGISTRO DO PESO	RMR		INTERIOR		TOTAL		TESTE ESTATÍSTICO
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	
No gráfico (cartão)							
• Sim	206	53,0	168	71,5	374	59,9	χ^2 Yates = 20,19 p < 0,001
• Não	183	47,0	67	28,5	250	40,1	
Total	389	100,0	235	100,0	624	100,0	

Conforme a tabela 13, o desenvolvimento das crianças menores de cinco anos atendidas nos serviços públicos de saúde, foi registrado no cartão em 1,2% do total de fichas analisadas no Estado, sem diferenças estatisticamente significativas para a RMR e as unidades localizadas no Interior (p=0,21).

TABELA 13

REGISTRO DO DESENVOLVIMENTO NO CARTÃO DA CRIANÇA NO DIA DA CONSULTA, POR ESPAÇOS GEOGRÁFICOS. PERNAMBUCO, 1998

REGISTRO DO DESENVOLVIMENTO	RMR		INTERIOR		TOTAL		TESTE ESTATÍSTICO
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	
No cartão (no dia da consulta)							
• Sim	11	1,6	03	0,6	14	1,2	χ^2 Yates = 1,52 p = 0,21
• Não	680	98,4	480	99,4	1160	98,8	
Total	691	58,9	483	41,1	*1174	100,0	

* 20 sem informação

O percentual de registro do desenvolvimento no cartão segundo a idade foi maior nas crianças maiores de três anos, sem diferenças significantes entre os espaços ($p=0,09$) (Tabela 14).

TABELA 14
REGISTRO DO DESENVOLVIMENTO NO CARTÃO DA CRIANÇA NO DIA DA CONSULTA SEGUNDO IDADE. PERNAMBUCO, 1998

REGISTRO DO DESENVOLVIMENTO	< 1 ANO		1 – 2 ANOS		3 – 5 ANOS		TOTAL	
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
No cartão (no dia da consulta)								
Sim	10	1,5	01	0,3	03	2,2	14	1,2
Não	638	98,5	388	99,7	134	97,8	1160	98,8
Total	648	55,2	389	33,1	137	11,7	*1174	100,0
$\chi^2 = 4,72$ $p = 0,09$								

* 20 sem informação

** Estão incluídas no cálculo estatístico as crianças menores de 1 mês: 54 (3,2%) e as com idade entre 1 e 2 meses: 82 (4,9%).

Das crianças que possuíam ao menos uma anotação em seu cartão sobre o desenvolvimento, as menores de 1 ano foram as mais beneficiadas, apesar de não apresentar diferenças estatisticamente significantes entre as idades ($p=0,12$) (Tabela 15).

TABELA 15
NÚMERO DE ANOTAÇÕES SOBRE O DESENVOLVIMENTO NO CARTÃO SEGUNDO A IDADE DA CRIANÇA. PERNAMBUCO, 1998

NÚMERO DE ANOTAÇÕES SOBRE O DESENVOLVIMENTO NO CARTÃO *	< 1 ANO		1 – 2 ANOS		3 – 5 ANOS		TOTAL	
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
Nenhuma	632	96,6	383	96,2	133	97,1	1148	96,6
01	12	1,8	03	0,8	01	0,7	16	1,3
02 a 04	09	1,4	06	1,5	01	0,7	16	1,3
05 a 07	01	0,2	06	1,5	02	1,5	09	0,8
Total	654	55,0	398	33,5	137	11,5	**1189	100,0
$\chi^2 = 10,07$ $p = 0,12$								

* Independente do dia da consulta - cumulativo

** 05 cartões sem informação

Analisando as variáveis sexo e idade segundo o registro do peso no cartão, no dia da consulta, observa-se que o sexo feminino e as crianças menores de 1 ano possuíam maiores percentuais de registros. A idade da criança apresentou diferenças estatisticamente significantes com o registro do peso no dia da consulta em seus cartões ($p < 0,01$) (Tabela 16).

TABELA 16

REGISTRO DO PESO NO CARTÃO, NO DIA DA CONSULTA, SEGUNDO SEXO E FAIXA ETÁRIA. PERNAMBUCO, 1998

VARIÁVEIS	REGISTRO DO PESO NO CARTÃO				TOTAL		TESTE ESTATÍSTICO
	SIM		NÃO		Nº	(%)	
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	
Sexo							
Masculino	177	47,3	127	50,8	304	48,7	$\chi^2_{yates} = 0,59$ $p = 0,44$
Feminino	197	52,7	123	49,2	320	51,3	
Total	374	100,0	250	100,0	624	100,0	
Idade (meses)							
< 12 meses	235	62,8	98	39,2	333	53,4	$\chi^2 = 33,63$ $p < 0,001$
12 a 23 meses	59	15,8	65	26,0	124	19,9	
≥ 24 meses	80	21,4	87	34,8	167	26,8	
Total	374	100,0	250	100,0	624	100,0	

Observando a tabela 17, verifica-se que 70,1% do total de crianças possuem prontuário na unidade de saúde e, em 6,0% destas observações consta o gráfico de crescimento anexado na RMR e 2,1% no Interior, apresentando associação estatisticamente significativa entre os espaços geográficos ($p < 0,001$). Das que foram pesadas e possuíam o prontuário no serviço, 76,6% achava-se registrado o peso da criança, no dia da consulta, enquanto no gráfico este percentual baixa para 36,8%. A curva do peso estava descendente em 20,0% das crianças. O registro no prontuário, da altura da criança foi verificado em 17,8%.

TABELA 17

DISTRIBUIÇÃO DE VARIÁVEIS RELACIONADAS AO CRESCIMENTO DAS CRIANÇAS NO PRONTUÁRIO, POR ESPAÇOS GEOGRÁFICOS. PERNAMBUCO, 1998

VARIÁVEIS	RMR		INTERIOR		TOTAL		TESTE ESTATÍSTICO
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	
Existência de prontuário							
Sim	636	71,9	534	68,0	1170	70,1	χ^2 Yates = 2,86 p = 0,09
Não	248	28,1	251	32,0	499	29,9	
Total	884	53,0	785	47,0	1669	100,0	
Tem gráfico de crescimento da criança anexado ao prontuário							
Sim	38	6,0	11	2,1	49	4,2	χ^2 Yates = 10,13 p = 0,0014
Não	598	94,0	523	97,9	1121	95,8	
Total	636	54,4	534	45,6	1170	100,0	
Peso da criança registrado no prontuário (no dia da consulta)							
Sim	295	73,6	234	80,7	529	76,6	χ^2 Yates = 4,37 p < 0,05
Não	106	26,4	56	19,3	162	23,4	
Total	401	58,0	290	42,0	691	100,0	
Peso da criança registrado no gráfico contido no prontuário							
Sim	07	24,1	07	77,8	14	36,8	χ^2 Yates = 6,34 p < 0,05
Não	22	75,9	02	22,2	24	63,2	
Total	29	76,3	09	23,7	38	100,0	
Curva descendente no gráfico do prontuário							
Sim	01	8,3	03	37,5	04	20,0	χ^2 Yates = 1,05 p = 0,30
Não	11	91,7	05	62,5	16	80,0	
Total	12	60,0	08	40,0	20	100,0	
Anotação do comprimento (no dia da consulta) no prontuário							
Sim	32	24,1	05	6,7	37	17,8	χ^2 Yates = 8,77
Não	101	75,9	70	93,3	171	82,2	

Total	133	63,9	75	36,1	208	100,0	$p = 0,003$
--------------	-----	------	----	------	-----	-------	-------------------------------

Segundo os espaços geográficos, 10,5% das crianças possuíam a ficha de desenvolvimento anexada aos seus prontuários nos serviços ($p < 0,001$) e que os profissionais responsáveis pelo atendimento das crianças, registram mais na ficha anexada ao prontuário que no próprio (Tabela 18).

TABELA 18

DISTRIBUIÇÃO DE VARIÁVEIS RELACIONADAS AO DESENVOLVIMENTO DAS CRIANÇAS NO PRONTUÁRIO POR ESPAÇOS GEOGRÁFICOS. PERNAMBUCO, 1998

VARIÁVEIS	RMR		INTERIOR		TOTAL		TESTE ESTATÍSTICO
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	
Existência de prontuário							
Sim	636	71,9	534	68,0	1170	70,1	χ^2 yates=2,86 $p = 0,09$
Não	248	28,1	251	32,0	499	29,9	
Total	884	53,0	785	47,0	1669	100,0	
Ficha de desenvolvimento da criança anexada ao prontuário							
Sim	121	19,0	02	0,4	123	10,5	χ^2 yates=105,36 $p < 0,001$
Não	515	81,0	532	99,6	1047	89,5	
Total	636	54,4	534	45,6	1170	100,0	
Desenvolvimento registrado no prontuário (no dia da consulta)							
Sim	53	8,8	14	2,7	67	5,9	χ^2 yates=18,00 $p < 0,001$
Não	549	91,2	514	97,3	1063	94,1	
Total	602	53,3	528	46,7	1130	100,0	
Desenvolvimento registrado na ficha contida no prontuário							
Sim	22	18,5	00	0,0	22	18,2	χ^2 yates = 0,06 $p = 0,80$
Não	97	81,5	02	100,0	99	81,8	
Total	119	98,3	02	1,7	121	100,0	

Considerando a situação da marcação do ponto do peso da criança no dia da consulta, verificamos que 12,9% das crianças estavam com sobrepeso, 73,4% eram normais, enquanto 13,7% achavam-se em risco nutricional ($p < 0,05$) (Tabela 19).

TABELA 19

SITUAÇÃO DO PESO (MARCAÇÃO DO PONTO) NO GRÁFICO DO CARTÃO DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS, NO DIA DA CONSULTA, POR ESPAÇOS GEOGRÁFICOS. PERNAMBUCO, 1998

SITUAÇÃO DO PESO	RMR		INTERIOR		TOTAL		TESTE ESTATÍSTICO
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	
Acima do P90	40	18,0	11	6,4	51	12,9	$\chi^2 = 12,81$ $p < 0,05$
Entre P10 e P90	157	70,7	132	76,7	289	73,4	
Abaixo de P10	25	11,3	29	16,9	54	13,7	
Total	222	56,3	172	43,7	394	100,0	

Analisando a direção da curva de crescimento, assinala-se que 75% dos cartões apresentavam tendência ascendente, enquanto que em 12,5% a curva estava horizontal, este percentual também se repetia para os casos de tendência descendente, não apresentando diferenças estatisticamente significantes entre os espaços geográficos ($p = 0,23$) (Tabela 20).

TABELA 20

DIREÇÃO DA CURVA DE PESO NO GRÁFICO DO CARTÃO DA CRIANÇA POR ESPAÇOS GEOGRÁFICOS. PERNAMBUCO, 1998

DIREÇÃO DA CURVA DE PESO	RMR		INTERIOR		TOTAL		TESTE ESTATÍSTICO
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	
Ascendente	144	72,4	120	78,4	264	75,0	$\chi^2 = 2,86$ $p = 0,23$
Descendente	25	12,6	19	12,4	44	12,5	
Horizontal	30	15,1	14	9,2	44	12,5	

Total	199	56,5	153	43,5	352	100,0
--------------	-----	------	-----	------	-----	-------

Os resultados apresentados a seguir foram obtidos a partir das respostas dos 107 formulários específicos respondidos pelos profissionais responsáveis pelo atendimento às crianças nos serviços públicos de saúde do estado de Pernambuco (anexo 8).

Dos 107 profissionais que responderam ao questionário, 68 corresponderam a RMR e 39 ao Interior do Estado. A maioria era formada por médicos 85,3% na RMR e 94,9% no Interior.

Diante da dificuldade de categorizar as respostas às questões subjetivas contidas no formulário e da riqueza de depoimentos obtidos pelos profissionais envolvidos, apresenta-se abaixo as respostas discriminadas por município, a partir de três questões a eles formuladas:

1. EM SUA PRÁTICA PROFISSIONAL, QUANDO VOCÊ FAZ O MONITORAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO:

• **RECIFE (001 a 013):**

001. Em todas as consultas, avaliamos o crescimento e desenvolvimento;

002. **Nos casos mais graves;**

003. (sem resposta)

004. Em todas as consultas;

005. Sempre que a criança vem ao serviço e **quando há necessidade;**

006. No ambulatório de Pediatria;

007. Sim;

008. Em recém nascidos, lactentes e **em parada de crescimento;**

009. Sim;

010. Desde o nascimento da criança;

011. **Quando noto qualquer distúrbio;**
012. **Quem faz o monitoramento do crescimento e desenvolvimento é a enfermeira** através da **puericultura;**
013. **Em geral com um mês de idade** até 1 ano;
- **CABO DE SANTO AGOSTINHO** (014 a 030):
 - 014. **Puericultura** (crianças até 1 ano);
 - 015. O monitoramento **é feito nesta unidade pela enfermeira;**
 - 016. Sim;
 - 017. No dia a dia, além das consultas no posto, nós temos as visitas domiciliares.
 - 018. Em todas as crianças;
 - 019. No atendimento da criança em geral;
 - 020. Sempre;
 - 021. Em conjunto com a enfermeira da unidade;
 - 022. **Puericultura**, consulta de crianças;
 - 023. Nas consultas periódicas de **Puericultura;**
 - 024. Sempre. Pois, nos casos graves encaminhar e até mesmo internar;
 - 025. (sem resposta)
 - 026. No acompanhamento dos menores de 10 anos, os menores de 1 mês são geralmente acompanhados no ambulatório de **puericultura;**
 - 027. **Em casos de desnutrição, déficit de crescimento, infecções de repetição; doenças crônicas;**
 - 028. Ambulatório de **puericultura;**
 - 029. De rotina nos menores de um ano;
 - 030. Na consulta de **puericultura;**
 - **JABOATÃO DOS GUARARAPES** (031 a 046)
 - 031. Sempre;
 - 032. **Nunca;**
 - 033. Mensalmente até 1 ano, trimestralmente até 5 anos;
 - 034. Desde o nascimento;
 - 035. Sempre que as **condições existirem;**
 - 036. Faço através do cartão de vacinação pelo gráfico;

037. Primeiro quando o serviço dá **condições**;
038. (sem resposta)
039. Sempre que **possível**;
040. (sem resposta)
041. Todas as crianças abaixo de 1 ano;
042. **Quando há indícios de DPC – Desnutrição Protéico Calórica**;
043. Durante o 1º ano de vida;
044. Gráfico de crescimento (inclusive cartão de vacina);
045. Sempre que **possível**;
046. **Quando há atraso de crescimento e desenvolvimento**;
- **OLINDA** (047 a 065)
 - 047. No atendimento da consulta (Puericultura – enfermagem, Médico)
 - 048. **Quando verifico uma alteração no crescimento e desenvolvimento de uma criança**;
 - 049. Mensalmente, em menores de 1 ano. Semestralmente (quando se necessário);
 - 050. Durante a **puericultura**;
 - 051. Sempre;
 - 052. < 1 ano, mensal; 1 – 3 anos, trimestral;
 - 053. No primeiro ano de vida;
 - 054. Diário;
 - 055. Mensalmente;
 - 056. Crianças até 2 anos;
 - 057. Em todas as crianças (até 5 anos de idade);
 - 058. Em crianças abaixo de 5 anos;
 - 059. A partir do 1º mês;
 - 060. **Pelo cartão, exs. Neurológico “grosseiro”**;
 - 061. Em todas as consultas pediátricas;
 - 062. A cada consulta;
 - 063. Nas consultas mensais de avaliação;
 - 064. **Em crianças com déficit pondo estatural**;
 - 065. De 0 a 5 anos;

- **PAULISTA** (066 a 068)
 - 066. Balança quebrada, falta de antropômetro;
 - 067. Usando o cartão da criança;
 - 068. Sempre;

- **CAMOCIM DE SÃO FÉLIX** (069)
 - 069. **Raramente (fica com o pessoal do PAISC);**

- **ITAQUITINGA** (070)
 - 070. (sem resposta)

- **BELÉM DO SÃO FRANCISCO** (071)
 - 071. **Não é feito neste serviço;**

- **BODOCÓ** (072 e 073)
 - 072. **Não tenho conduta organizada;**
 - 073. **Menores de 1 ano e crianças em risco nutricional;**

- **CARUARU** (074 a 089)
 - 074. **Minha atualização é controle da criança;**
 - 075. A partir do nascimento e c/ consultas mensais durante os primeiros anos de vida;
 - 076. Crianças que são também acompanhadas pelo serviço de controle da unidade;
 - 077. Em crianças menores de 2 anos, ou em crianças com problemas de CD > 2 anos, com peso baixo, muito baixo ou anêmica;
 - 078. **Quando apresenta baixo peso e baixa estatura não relacionados com a hereditariedade;**
 - 079. até 5 anos;
 - 080. Como não há número limitado de consultas neste posto, **não faço medida de PC** de rotina mas quando, anamnese e exame físico sugerem distúrbio ou quando medidas feitas pela enfermagem o sugerem. Na medida do possível avalia demais itens de CD;
 - 081. (sem resposta)

- 082. Diariamente, sempre que necessário;
- 083. Em crianças de 0 a 5 anos;
- 084. *Oriento quanto a **higiene, alimentação, vacina, etc.***
- 085. *Quando a **enfermeira não tem possibilidade de fazer sozinha;***
- 086. **Orientação a higiene, alimentação, orientação sobre as vacinas;**
- 087. Até os 5 anos de idade da criança;
- 088. **Orienta a mãe procurar o pediatra;**
- 089. **Em criança de baixo peso;**

- **GOIANA** (090 a 092)

- 090. (sem resposta)
- 091. Sempre;
- 092. No momento da consulta;

- **ITAÍBA** (093)

- 093. Quase sempre;

- **PALMARES** (094 a 097)

- 094. **É feito o monitoramento de crianças em situações de perigo e grande perigo em relação ao CD;**
- 095. Avaliação: **quando a mãe traz o cartão da criança;**
- 096. **Não é feito;**
- 097. Sim 0 – 6 meses de rotina , **> 6 meses casos suspeitos;**

- **PANELAS** (098 e 099)

- 098. **Como trabalho em serviço público ambulatorial s/ condições (não há gráficos) oriento sempre quando há déficit ponderal;**
- 099. (sem resposta)

- **RIBEIRÃO** (100 a 104)

- 100. **menores de 1 ano e em crianças com desnutrição;**
- 101. Sim, baixo peso;
- 102. **Mediante desproporção na relação pondo estatural;**

103. Nos casos de diagnósticos de crianças com baixo peso;

104. Em crianças desnutridas;

- **SÃO BENTO DO UNA (105)**

105. **Não faz**, quem faz CD é Dr^a Ivana (pediatra);

- **TRIUNFO (106 e 107)**

106. **Consultório**;

107. **No consultório particular.**

2. QUAL A SUA CONDUTA AO DETECTAR PROBLEMAS NO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO?

- **32,7% combinaram as seguintes condutas: orientação de dietas, aprazamento de novas consultas e encaminhamento a outro profissional.**
- **21,5% orientavam a dieta e aprazavam nova consulta;**
- **11,2% orientavam a dieta e encaminhavam a outro profissional;**
- **11,2% realizaram outras condutas;**
- **10,3% apenas encaminhavam a outro profissional;**
- **7,5% apenas orientava a dieta;**
- **5,6% aprazavam consulta e encaminhavam a outro profissional;**
- **2,8% apenas marcava uma nova consulta;**

3. OPINIÃO A RESPEITO DA RESOLUTIVIDADE DO SERVIÇO REFERENTE ÀS AÇÕES DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO:

Mais de 80% dos profissionais que responderam ao questionário, opinaram ser satisfatória a resolutividade do serviço em relação as ações do crescimento e desenvolvimento.

6. Discussão

Os conceitos básicos de crescimento e desenvolvimento são já seculares, embora sua monitorização, como conduta normativa em nível profissional e, sobretudo, em escala de prestação de serviços públicos de saúde, seja uma prática relativamente recente, na história da assistência à criança nos seus primeiros meses e anos de vida. Na realidade, as recomendações para sistematizar estes cuidados podem ser historicamente referenciadas com a emergência da pediatria social, a partir dos trabalhos de Debret na França, de Richmond nos Estados Unidos, de Morley, na Inglaterra, de Frederico Gómez, no México e de Pedro Alcântara, no Brasil há pouco mais de meio século (FIGUEIRA, 1996).

No após guerra, a criação do Fundo Internacional de Socorro à Infância - FIS (precursor do atual UNICEF) e a Declaração Universal dos Direitos da Criança, como um capítulo específico e seqüencial dos chamados Direitos do Homem, representam momentos decisivos na definição de normas técnicas que sistematicamente deveriam ser consideradas nos cuidados assistenciais devidos às crianças (UNICEF, 2002c).

Após extensas consultas em inúmeros foros internacionais, dos quais participaram todos os Governos, os organismos das Nações Unidas, incluindo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Banco Internacional para Reconstrução e

Desenvolvimento (BIRD), e um grande número de organizações não governamentais (ONGs), várias metas para a infância e seu desenvolvimento nos anos 90 foram formuladas. Dentre elas, pode ser destacada a institucionalização da promoção do crescimento e de seu acompanhamento regular em todos os países até o fim da década de 90 (UNICEF, 2003).

Desde a Reunião de Cúpula em Favor da Infância (Nova York, 1990) e a Conferência Internacional de Nutrição (Roma, 1992) o monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil foi reconhecido e recomendado como um compromisso universal, um direito das crianças e um dever do Estado.

Muitos países pobres (como é o caso de Cuba, Chile, Costa Rica, Panamá e Jamaica, na América Latina) incorporaram, rapidamente, os cuidados de monitoração do crescimento e desenvolvimento na rotina dos serviços públicos de saúde juntamente com outras ações prioritárias que compõem o elenco convencional da atenção básica e integrada de assistência. Isto possibilitou avanços consideráveis no nível de saúde das crianças, representando, nas duas últimas décadas uma experiência fundamental para o estabelecimento, em escala internacional, de um compromisso que atualmente incorpora $\frac{3}{4}$ de todas as nações.

Como resultado da incorporação das ações de monitoramento do crescimento e desenvolvimento nestes países (Chile, Cuba, Costa Rica e Jamaica), a mortalidade infantil, indicador que reflete não apenas o nível de saúde, mas também, a qualidade de vida de uma população, encontrava-se no período de 1990-95, abaixo de 15/1.000 nascidos vivos (SAMICO, 2003).

Sabe-se que as crianças que vivem em países em desenvolvimento como o Brasil, estão expostas a vários riscos, entre os quais o de apresentar uma alta prevalência de doenças e o de viverem em precárias condições socioeconômicas. Esses fatores fazem com que estas crianças tenham maiores chances de apresentar atrasos em seu potencial de crescimento e desenvolvimento (HALPERN et al, 2000).

Lamentavelmente, o desempenho do Brasil nos últimos 20 anos não repete o exemplo dos países que, de fato, incorporaram em suas políticas e programas de saúde as propostas recomendadas nos fóruns internacionais. Assim, as

observações reunidas em nosso estudo, com os aprofundamentos que se tornaram possíveis, a partir do banco de dados produzido pela Pesquisa sobre Assistência Materno-Infantil no Estado de Pernambuco, representam, uma avaliação que, de certo modo, se aplica em grande escala à própria realidade dos serviços públicos de saúde no Brasil. Embora formalmente reconhecendo e recomendando que a vigilância do crescimento e desenvolvimento devem representar os eixos de apoio de toda a assistência pediátrica (BRASIL, 2002), o cumprimento das normas a este respeito representa mais a exceção do que a própria regra, apesar dos escassos estudos avaliativos sobre o tema em nosso país. Assim, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (BEMFAM, 1997) evidenciou que apenas 14,2% dos menores de 24 meses portadores do “cartão da criança” possuíam o controle do peso nos últimos dois meses anteriores à pesquisa. Por outro lado, o registro de dados sobre o desenvolvimento praticamente inexistia.

Mais recentemente, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a) reconhecia uma falha bem maior e mais genérica, ao destacar que tanto o próprio Ministério como a “maior parte dos estados não dispõem de diagnósticos suficientemente precisos do funcionamento dos sistemas estaduais e municipais ...” Desta forma, o estudo aqui apresentado passa a representar um avanço, na medida em que considera os eixos referenciais em torno dos quais deveria gravitar todo o conjunto de ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde da criança.

No que se refere às abordagens complementares, assim compreendidas as informações adicionais ou específicas das avaliações sobre aspectos estruturais e processos, segundo a visão esquemática de Donabedian (DONABEDIAN,1992; PEREIRA,1995), algumas observações analíticas são singularmente importantes.

6.1. ESTRUTURA

A propósito da estrutura, Pereira (1995) refere que a avaliação baseia-se no princípio de que um programa, serviço ou intervenção está em relação direta com a infraestrutura de que dispõe. Assim, uma boa infraestrutura seria condição essencial para um bom atendimento aos clientes, o que levaria a bons resultados.

A avaliação estrutural dos serviços públicos de saúde de Pernambuco revelou que a grande maioria (entre 83% a 97%) dispõe de cartões e balanças para realizar a vigilância do crescimento e desenvolvimento (CD), sendo que estas condições são estatisticamente melhores na área metropolitana do Recife. A situação é oposta em relação às normas técnicas para padronizar as condutas de monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil, desde que apenas $\frac{1}{4}$ dos responsáveis pelos serviços relataram sua existência. Observa-se que estas normas ou manuais foram disponibilizados nos serviços públicos de saúde em meados da década de 80, na implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC).

O grau de inadimplência se agrava ainda mais quando se considera a situação das fichas de crescimento e desenvolvimento que deveriam ser anexadas no prontuário, verificando-se que, em nível do Estado, apenas 18% atendiam à recomendação normativa, sendo que, nas unidades de saúde do Interior, estes percentuais declinavam para 7,7% (fichas anexadas para o acompanhamento do crescimento) e 2,0%, no caso de fichas para o acompanhamento do desenvolvimento.

Avaliando-se a disponibilidade dos diferentes profissionais mobilizados para o atendimento das crianças, constata-se que os auxiliares de enfermagem e os atendentes representam a grande maioria, somando, em conjunto, $\frac{2}{3}$ do volume total dos atendimentos. Evidencia-se, portanto, a necessidade de se investir na qualificação desses profissionais, o que já é reconhecido pelos formuladores de políticas e programas de saúde desde a década de 80, sem que ainda tenham sido superadas as deficiências então identificadas. Por outro lado, deve ser registrada a participação quase que simbólica do nutricionista (1% dos atendimentos) em evidente desacordo com o potencial de demanda que seria prevista face às crescentes prioridades estabelecidas para esta área no quadro das ações de saúde coletiva.

6.2. PROCESSO

No que se refere ao processo, destaca-se a baixa relevância conferida ao monitoramento do crescimento e desenvolvimento por parte da equipe de saúde e, notadamente pelo médico que, de todos os profissionais, é o que menos solicita o

cartão da criança, onde se acham ou devem ser anotados os registros gráficos dos dois processos. O fato de que os médicos tenham mais de uma ocupação ou emprego, a contingência de que tenham de atender uma demanda média de 12 a 15 consultas num expediente de 2 a 4 horas, a tradição clínica de se fixar em diagnósticos e tratamentos medicamentosos e as próprias limitações sobre a importância do crescimento e desenvolvimento como referências básicas da assistência pediátrica explicariam, em grande parte, o desinteresse pelo acompanhamento cuidadoso desses dois aspectos.

É emblemática, nesta análise, a divisão entre pediatria e puericultura, dicotomia que traduz, de fato, uma visão equivocada e anacrônica de dois domínios diferenciados e até opostos, um referente a criança doente e outro aplicado a criança sadia. A primeira visão é hegemônica, constituindo de fato, o campo de afirmação da própria pediatria. O segundo é subalterno e secundário e, portanto dispensável. É este, de fato, o esquema conceitual, quando concretamente, deveria compreender cuidados simultâneos, numa perspectiva de atenção integral a criança. A Pediatria é a medicina geral aplicada ao ser humano em crescimento e desenvolvimento (SERPA & FERREIRA, 1990; ALMEIDA et al, 1993) e segundo FIGUEIRA et al (1990):

“ A Pediatria deve ser a medicina integral gravitando em torno do eixo conceitual de duplo apoio: crescimento e desenvolvimento... Como abordagem holística, deve compreender toda a problemática de saúde... Na medida em que assume esta compreensão e extensão, a pediatria deixa de ter limites formais, como equivocadamente se dispõe dentro de uma visão miniaturizada, particularizada, especializada, alienada e alienante, proposta como estatuto pela tradição conservadora e acomodada. Com esta perspectiva limitada o que se forma são miniprofissionais ...”

Ao delegar ao auxiliar de enfermagem as atribuições de puericultura e, nesta perspectiva, a vigilância do crescimento e desenvolvimento, consoma-se, na realidade, uma desvalorização implícita destas ações, que assim assumiriam um papel secundário ou residual no atendimento da criança. Sem status médico, sem suporte normativo, sem supervisão técnica, sem curso de capacitação para o exercício competente dessas atribuições, o pessoal auxiliar, que representa, como se demonstra no estudo, o principal componente no quadro de recursos humanos

nas unidades do tipo I e II, acaba sem estímulo e condições para o exercício destas tarefas, sobretudo em relação ao desenvolvimento, de compreensão mais complexa.

O conceito de crescimento é mais objetivo, mais completo e mais pragmático, resumindo-se, em mais de 80% dos casos, no simples registro do peso. Na realidade dos serviços, aparentemente, cumpre duas grandes aplicações: orientar a posologia de esquemas terapêuticos, como competência dos médicos, ou discriminar casos de desnutrição, como competência do pessoal auxiliar. É uma visão esquemática e simplista, mas que, de fato, resume os comportamentos profissionais prevalentes no dia a dia dos serviços públicos de saúde voltados para o atendimento das crianças, principalmente, nas unidades assistenciais do interior do Estado.

É ilustrativo identificar que a doença em primeiro plano (40,5% na Região Metropolitana do Recife e 49,8% no Interior) e a vacinação (respectivamente 26,5% para o primeiro espaço e 31,2% para o segundo) representaram as duas principais justificativas de demanda dos serviços. O chamado atendimento de rotina não alcançou 20% do fluxo total de usuários estudados, sendo que nas unidades do interior ficou limitado a 9,2% dos casos. É uma avaliação que retrata, com fidelidade, o próprio modelo de assistência prestada nestes serviços.

Convém assinalar, a propósito desse aspecto, que apenas 1,3% das visitas foi atribuída à busca da suplementação alimentar, resultado que não se ajusta à demanda potencial esperada para a população, desde que 30,7% das crianças seriam desnutridas, segundo o INAN (RISSIN, 1997 apud PNSN,1989), devendo, por conseguinte, se acharem inscritas no programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais – ICCN então vigente no momento da pesquisa. Esse desencontro deve refletir o próprio fato de que a vigilância do crescimento não funciona como um “screening” de casos para as intervenções nutricionais, confirmando, assim, as observações analisadas por RISSIN (1997) em escala regional, ao constatar que a avaliação antropométrica não distinguia a condição nutricional das crianças assistidas em serviços de saúde do Nordeste. Ou, em outras palavras: era aleatória, a condição de estar inscrita ou não no programa de

suplementação alimentar, independente de se tratar ou não de uma criança desnutrida.

Revela-se, assim, uma das falhas mais grosseiras da monitoração do crescimento, na medida em que deixa de referenciar casos que deveriam ser assistidos de uma forma mais específica e mais intensiva, com o agravante de que cada serviço contava, estimativamente, com 180 reais anualmente, para o atendimento de cada criança desnutrida.

A partir dessas informações não é surpreendente verificar que apenas 18% das mães tenham recebido alguma informação sobre o crescimento e desenvolvimento de seus filhos no momento da consulta, sendo que, nos casos do Interior do Estado, estes valores tenham sido pouco acima de 11%. Aliás, a própria concordância destes resultados, ou seja, a equivalência de respostas positivas sobre informações recebidas pelas mães sobre a situação de crescimento e desenvolvimento de seus filhos representam valores desconexos, uma vez que, a partir dos cartões das crianças os dois parâmetros apresentam percentuais muito divergentes: 59,9% e 1,2%, respectivamente. Portanto, a quase coincidência de respostas positivas para os dois itens, como aparece na Tabela 7, reflete uma inconsistência evidente, podendo resultar da própria confusão que a mãe faz entre crescimento e desenvolvimento (CARVALHAES & GODOY, 2002). Afinal, se trata de uma confusão que também existe, quase com a mesma expressão da parte dos próprios profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento das crianças.

Os profissionais responsáveis pelo atendimento das crianças deveriam aproveitar melhor o momento da consulta para educar as mães e/ou acompanhantes, transmitindo-lhes conhecimentos de saúde e nutrição de seus filhos, pois a educação em saúde é um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana, cuja essência está na melhoria da qualidade de vida (SAMICO, 1995; SCHALL, 1999).

Outro detalhe significativo consiste em observar que embora 86,6% das crianças tivessem seu peso registrado na capa do cartão, em apenas 36,8% dos gráficos seu valor estava anotado. A este respeito, o comportamento era praticamente o mesmo, na RMR e nos serviços do Interior do Estado. Isto significa que o peso ao nascer

que, isoladamente, representa o principal indicador preditivo das chances de sobrevivência e desenvolvimento (PUFFER & SERRANO, 1988) não é assim considerado na instância dos serviços assistenciais analisados, configurando uma constatação preocupante sobre os cuidados de saúde das crianças.

Merece também um registro à parte a observação de que, embora 70,1% das crianças dispusessem de prontuários, sem diferenças notáveis para a RMR e Interior do Estado, em apenas 2,9% dos casos, o gráfico de crescimento estava anexado ao prontuário, com diferenças estatisticamente significantes entre os espaços geográficos ($p < 0,001$), o que representa uma evidência a mais, comprovando que o acompanhamento desse processo só raramente representa um componente do atendimento pediátrico.

Como referido anteriormente, as informações e análises sobre o crescimento e desenvolvimento das crianças foram obtidas a partir dos registros no cartão da criança observados no dia da consulta e em outras consultas, além do registro no prontuário protocolado na unidade de saúde.

Em relação ao crescimento, o percentual de registro do peso, no dia da consulta, foi mais elevado no cartão da criança que no prontuário (59,9% e 53,0%, respectivamente).

Em relação ao desenvolvimento, no dia da consulta, ocorreu um percentual mais elevado de registro no prontuário que no cartão, 5,9% e 1,2%, respectivamente (tabelas 13 e 18). Independente do dia da consulta, ou seja, o registro cumulativo de dados referentes ao desenvolvimento foi de 3,4% para o Estado (tabela 15). A partir dos resultados, observa-se que o registro de dados, sobre o desenvolvimento, sendo maior no prontuário que no cartão, parece ser indicativo de que o profissional valoriza mais esta informação para uso próprio que para fins educativos junto à mãe, como recomenda o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

VIDAL, FRIAS e MARQUES (2001) com o objetivo de avaliar o grau de implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), em Pernambuco, constataram um baixo grau de implantação para o conjunto das ações, tendo como piores resultados, o controle das infecções respiratórias agudas e o crescimento e

desenvolvimento, os piores percentuais de implantação, 13,8% e 10,8% respectivamente.

A localização do serviço de saúde (RMR e Interior do Estado) apresentou associação estatística com o registro do peso da criança no cartão, no dia da consulta. O registro foi verificado em 71,5% das crianças atendidas no Interior e em 53,1% na RMR ($p < 0,001$).

É notável a diferença referente à solicitação do cartão da criança no ensejo do atendimento por parte do médico na Região Metropolitana do Recife (66,9%) e no Interior do Estado (24,7%) bem como nas consultas de enfermagem (90,0% na RMR e 58,3% no Interior). Esta diferenciação de conduta expressa um aspecto qualitativo da prestação de serviços pelo pessoal de nível universitário que deve ser resgatada, tendo em conta, sobretudo, o aparente desinteresse destes profissionais pela vigilância do crescimento e desenvolvimento nas unidades ambulatoriais do Interior.

O monitoramento do crescimento e desenvolvimento compreende duas grandes instâncias de uso: no plano individual e em nível de gestão dos serviços. No primeiro aspecto, que abrange as observações até então discutidas, consideram-se as informações coletadas no atendimento de cada criança como sinalizadores de situações que, devidamente coletadas, registradas e analisadas devem subsidiar os profissionais de saúde para a formação de juízos sobre cada caso e sobre as soluções pertinentes. Já no segundo aspecto se contempla a consolidação de dados individuais como material de interesse epidemiológico, ou seja, como diagnóstico coletivo, em nível de serviços locais de situação municipal, regional, estadual ou nacional. Para responder a esta proposição, as informações devem ser válidas e representativas sob o ponto de vista amostral.

Nesta perspectiva de análise, as informações aqui reunidas demonstram que 14,1% das mães das crianças atendidas eram analfabetas, sendo 9,4% na RMR e 19,4% no Interior do Estado. Em termos de renda, 49% das famílias no interior ganhavam menos de um salário mínimo, percentual que baixava para 31,1% na RMR. Estes resultados se ajustam às diferenciações esperadas entre os dois estratos geográficos e definem, para todo o Estado, uma situação de reconhecida pobreza

das famílias que procuram os serviços públicos de saúde, compatibilizando-se, portanto, ao perfil sócio-econômico descrito em outro estudo (BRASIL, 1998) embora a condição de escolaridade das mães tenha melhorado, o que corresponde a uma tendência temporal já constatada.

A análise dos aspectos estruturais e dos processos efetuados demonstram, em vários itens, diferenças quali e quantitativas entre as duas situações estudadas (RMR e Interior do Estado), com a nítida tendência de condições mais desfavoráveis para o Interior. Partindo da observação geral de que a monitoração do crescimento e desenvolvimento na quase totalidade dos serviços está muitíssimo abaixo do desempenho esperado, deve-se chamar a atenção sobre a tendência de se reproduzir as discriminações desenhadas pelas próprias diferenciações sócio-econômicas, aqui exemplificadas nas desigualdades de renda e de educação formal das mães.

Dessa forma, os serviços de saúde deixam de cumprir sua função de equidade, ou seja, o tratamento igualitário dos usuários, notadamente no que se refere às ações básicas de saúde. Entre os vários aspectos epidemiológicos que poderiam ser considerados a partir desta perspectiva, um deve ser ressaltado, por sua vinculação fundamental com a chamada "patologia da pobreza": a desnutrição energético-proteica (DEP) e seu monitoramento. O registro seqüencial de dados antropométricos, principalmente, peso e altura, representa uma forma simples, rápida e segura de detectar precocemente desvios e aplicar, oportunamente, as medidas necessárias à sua correção. Ou, numa instância mais genérica, desenhar cartografias de ocorrências comparativas, prever e controlar tendências epidemiológicas adversas, estabelecer painéis de prioridades, orientar a formação e a ação conseqüente dos recursos humanos disponíveis na rede de serviços.

Considerando esta abordagem, apesar das limitações dos dados aqui reunidos e analisados, é possível distinguir, por exemplo, que o estado nutricional das crianças na RMR e no Interior apresenta diferenciações e tendências que devem ser referenciadas como instrumento de orientação de intervenções nutricionais. O fato de que na RMR 18,0% das crianças tenham sido classificadas acima do percentil 90 da relação peso/idade, quando a prevalência tolerada seria de 10%, sinaliza que o

sobrepeso começa a se manifestar como problema epidemiológico, e que ainda não acontece com as crianças do Interior (6,4% de risco de sobrepeso). Inversamente, a desnutrição estaria praticamente controlada na RMR (11,3% abaixo de P10, para um limiar estatístico de tolerância de 10%), enquanto no Interior, com uma ocorrência de quase 17% em relação a este limite crítico, o problema da desnutrição é claramente prioritário em comparação com o risco de sobrepeso. Já as linhas com tendência descendente, isto é, os gráficos indicativos de perda de peso em duas ou mais avaliações recentes, sendo praticamente iguais (12,6% e 12,4%) nos dois espaços geográficos, poderiam sugerir que o quadro epidemiológico antes descrito tende para a estabilização na RMR e para melhoria no Interior do Estado, no que se refere ao risco evolutivo da DEP. É evidente que se trata de um exercício ainda especulativo, dada as próprias limitações dos dados existentes, valendo mais como uma ilustração didática do potencial de uso epidemiológico da vigilância do crescimento.

Em relação ao desenvolvimento, uma consideração conclusiva: afora os equívocos conceituais, já comentados, os resultados da avaliação dos serviços de saúde de Pernambuco são tão limitados (1,2% dos casos) que não justificam análises mais aprofundadas. É um item que simplesmente não se incorporou aos cuidados assistenciais em Pernambuco e no Brasil como o todo (II PESN, 1998; FRIAS, 2001; VIDAL, 2001; BEMFAM, 1997), apesar dos compromissos formais a este respeito (MARTELL ET AL, 1979; BRASIL, 1984; CORREIA & MCAULIFFE, 1999; BRASIL, 2002; UNICEF, 2002).

Sem dúvida, a constatação mais contundente, no caso de Pernambuco, consiste em verificar que a própria conceituação e normatização da prática assistencial nos aspectos de crescimento e desenvolvimento são intuitivas e opinativas. Assim, as questões abertas sobre condutas profissionais revelam que os próprios fundamentos e definição de papéis são confusos, conflitivos e até aleatórios, dependendo do livre arbítrio de cada um em cada caso. Exemplos marcantes de respostas: “Quando noto qualquer distúrbio”, “quem faz é a enfermeira através da puericultura” (prática mais comum), “nunca” ou “sempre que as condições existirem”, “raramente”, “não tenho conduta organizada”, “quando verifico uma alteração no crescimento e desenvolvimento” “em menores de dois anos com baixo peso ou anêmica”, “não é

feito”, “nos casos mais graves”, “quando a mãe traz o cartão”, “em casos de desnutrição, déficit do crescimento”, etc. Num universo de 107 profissionais, dos quais a grande maioria (85,3% na RMR e 94,9% no Interior) era constituída de médicos, em aproximadamente, 33 (30,84%) responderam que realizam o monitoramento do crescimento e desenvolvimento em todas as crianças menores de 5 anos.

Este quadro de confusão conceitual, de omissão e de justificativas parciais ou equivocadas, ajusta-se bem a informação de que mais de 70% dos serviços de saúde pesquisados não dispunham de normas orientadoras do monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil. E explica, por extensão, o fato de que quase 46% das crianças não sejam pesadas no dia da consulta, 84% não sejam medidas (comprimento ou estatura) e 82% das mães não sejam informadas sobre a situação do crescimento da criança. Ou ainda, que 96,6% dos cartões das crianças não tenham nenhuma observação sobre a avaliação do desenvolvimento, no dia da consulta, e que, nos casos excepcionais de consideração deste item (41 crianças numa amostra de 1.189) em 16 casos figure apenas um registro sobre a situação do desenvolvimento, o que é um resultado incompatível com o dinamismo próprio do processo. A despeito deste quadro, 80% dos profissionais responsáveis pelo atendimento das crianças, considera que seus serviços apresentam boa “performance” em termos de resolutividade nos aspectos relativos a monitoração do crescimento e desenvolvimento.

Com este desempenho, pode-se concluir, a “priori”, ou seja, independente de abordagens complementares, que a vigilância do crescimento e desenvolvimento nos serviços de saúde de nível hierárquico I e II no Estado de Pernambuco deixa muito a desejar no primeiro aspecto e praticamente inexistem em relação ao segundo, ou seja, o acompanhamento evolutivo das aptidões funcionais progressivas que devem se suceder normalmente no ciclo da vida infantil.

Por fim, deve-se considerar que as deficiências grosseiras que caracterizam o estágio do monitoramento do crescimento e desenvolvimento nos serviços públicos de saúde de Pernambuco são, em essência, de natureza comportamental e não propriamente estrutural. Na realidade, a falta de normas e sua observação na rotina

da assistência às crianças, mesmo tendo, por convenção, um caráter convencionalmente estrutural, pode ser estendida como uma conduta institucional negativa. Em outras palavras: as limitações fundamentais não se encontrariam na falta de balança, gráficos e pessoal que, devidamente instruído, poderia viabilizar plenamente a vigilância do crescimento e desenvolvimento. Existem normas no Ministério da Saúde. Se não chegam aos serviços periféricos, ou seja, ao “front” operacional de rede de serviços, o problema seria de outra ordem: a baixa valorização, o pouco crédito, ou, em termos mais concretos, o descrédito de sua importância como referência fundamental dos cuidados de saúde que devem ser dedicados às crianças nos primeiros anos de vida.

Acreditamos, que seja possível ter ocorrido uma certa melhora no monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil nos serviços públicos de saúde de Pernambuco, ao menos em alguns municípios da RMR, da época de coleta dos dados da pesquisa até a presente data, decorrente da implementação de equipes do Programa Saúde da Família e da formulação e implantação de novos cartões, manuais técnicos relativos ao monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil (ANEXOS).

7. Conclusões

Diante do exposto, constatamos que o monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil realizado nos serviços públicos de saúde do estado de Pernambuco apresenta inúmeras limitações, desde que:

- Em vários aspectos estruturais (existência/suficiência de cartões e prontuários, balança para pesagem de menores de dois anos, fichas para acompanhamento do desenvolvimento) a situação foi significativamente desfavorável em unidades de saúde do Interior;
- Mais de 70% dos serviços de saúde do tipo I e II não disponibilizam de normas orientadoras do monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- No que se refere ao processo, foram verificados diferenças estatisticamente significativas em diversos aspectos da avaliação, como tomada de peso e de estatura, prestação de informações às mães ou responsáveis, solicitação do cartão pelo profissional encarregado do atendimento, sempre em desvantagem dos usuários atendidos no Interior;
- Em quase a metade (45,9%) dos atendimentos realizados, a criança não foi pesada, e em 83,8% não foi medido o seu comprimento;
- Mais de 80% dos acompanhantes das crianças durante a consulta não receberam nenhuma informação sobre o crescimento e o desenvolvimento;
- Mais de 25% dos cartões das crianças não possuem nenhum ponto marcado no gráfico de crescimento;
- Apenas 1,2% das crianças atendidas e que apresentaram o cartão no dia da consulta, tinham o registro do desenvolvimento;

- Somente 4,3% das crianças que possuíam prontuário na unidade de saúde, contavam com o gráfico de crescimento anexado ao mesmo, enquanto 10,8% possuíam a ficha de desenvolvimento anexada a este instrumento;
- Mais de 70% das crianças possuía o prontuário no serviço de saúde;
- 30% dos profissionais desconhecem o significado do monitoramento do crescimento e desenvolvimento;
- Apesar das falhas constatadas, mais de 80% dos profissionais responsáveis pelo atendimento às crianças opinaram ser satisfatória a resolutividade do serviço em relação as ações de CD, enquanto 90% das mães ou acompanhantes consideram bom o atendimento recebido.

8. Recomendações

Em face dos resultados encontrados e de sua análise, recomenda-se:

1. Garantir e/ou implementar um processo contínuo de capacitação e supervisão aos profissionais que prestam assistência às crianças, priorizando os de nível básico e médio (auxiliares e técnicos), visto que, representam 67% da assistência prestada;
2. Disponibilizar em todos os serviços de saúde normas técnicas atualizadas sobre o monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil;
3. Sensibilizar os familiares, através de palestras e se possível durante o atendimento, sobre a importância do crescimento e desenvolvimento na vida da criança, e também, do registro de tais informações no cartão da criança;
4. Estabelecer um esquema de acompanhamento contínuo dos serviços, no que concerne a qualidade das ações básicas de saúde prestadas às crianças;
5. Garantir a prestação de informações sobre crescimento e desenvolvimento a todas as mães e acompanhantes das crianças, através de ações educativas;
6. Ampliar a participação do profissional Nutricionista no atendimento à criança, principalmente na atenção ao crescimento;
7. Desenvolver outros estudos avaliativos da assistência prestada em relação ao processo de crescimento e desenvolvimento infantil, sobretudo, os que abordem aspectos qualitativos.

8. Referências Bibliográficas

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: Informação e documentação: Elaboração. Citações em documento. **Rio de Janeiro, 2002.**

_____. **NBR 10520:** Informação e documentação – Apresentação de citações em documentos. **Rio de Janeiro: 2001.**

ALMEIDA, C.A.N.; DEL CIAMPO, L.A.; RICCO, R.G.; CROTT,G.C. Crescimento físico. Capítulo 3. In: **RICCO, R.G. et al.** Puericultura: Princípios e práticas. **Atenção Integral à Saúde da Criança. 1993.**

BATISTA FILHO, M., RISSIN, A. Deficiências nutricionais: ações específicas do setor saúde para seu controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V.9,n.2, p.30-35,1993.

BATISTA FILHO, M. Alimentação, Nutrição e & Saúde. Capítulo 15. 353-374. In: ROUQUAYROL & ALMEIDA FILHO. **Epidemiologia & Saúde**. 5ª edição. Medsi, Rio de Janeiro, 1999.

BATISTA FILHO, M. & ROMANI, S.A.M. **Alimentação, nutrição e saúde no estado de Pernambuco:** espacialização e fatores socioeconômicos. IMIP. Série Publicações Científicas. n.7. Recife, 2002.153p.

BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil) **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS 1996.** Rio de Janeiro: BEMFAM, 1997.

BENGUIGUI, Y.; LAND, S.; PAGANINI, J. M^a. YUNES, J. **Acciones de salud maternoinfantil a nivel local:** según las metas de la cumbre mundial en favor de la infancia. Organización Panamericana de la Salud. (OPS) 1996.

*BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Child health: growth***

accompaniment and child evolution. Brasil. Ministério da Saúde; (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 11,173) Brasília; 2002. 100p.

_____. *Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde - SAS. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. - Brasília: Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 116, 2001a. 114 p.***

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de saúde da criança. Área técnica de saúde e nutrição. Fundamentos técnico-científicos e orientações práticas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Parte 1. Crescimento. 1ª edição. 2001b.**

_____. **Ministério da Saúde. Atenção à Saúde Materno-Infantil no Estado de Pernambuco.** Recife: MS/IMIP/UFPE/DN/SES/PE. Recife: Bagaço, 2000. 124p.

_____. **II Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição 1997: saúde, nutrição, alimentação e condições socioeconômicas no Estado de Pernambuco.** Recife: INAN/IMIP/DN/UFPE/SES/PE, 1998. 117p.

_____. *Ministério da Saúde. Coordenação Materno-Infantil - COMIN, Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. **Metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância. Avaliação de Meia Década, 1990-1995.** Brasília: 1997. 40p.*

_____. *Ministério da Saúde. **Atendimento Integrado à saúde e desenvolvimento da criança. Módulo 1. Cartão da criança - instrutivo.** Brasília: 1992. 38p.*

_____. ***Constituição da República Federativa do Brasil: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292p.***

_____. **Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Criança: ações básicas. Textos básicos de saúde. Centro de documentação do Ministério da Saúde. Brasília, 1984.**

CABRAL, R.W.DE L. **Avaliação de serviço em saúde: análise da assistência pré-natal para adolescentes em uma instituição de referência da cidade do Recife.**

Dissertação (mestrado). Departamento de saúde coletiva, Fundação Oswaldo Cruz. Agosto, 2000.

CAPRA, F. O modelo biomédico. In: **O ponto de mutação**. 1ª ed. Editora Cultrix. São Paulo, 1982.

CARVALHAES, M.A.B.L. & GODOY, I. As mães sabem avaliar adequadamente o peso das crianças ? **Revista de Nutrição** V.15 n.2 Campinas, maio/agosto 2002.

CASTELLANOS, P.L. A Epidemiologia e a Organização dos Sistemas de Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z. & ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 4ª ed. Medsi, 1994.

CASTRO, JOSUÉ de. **Fome, um tema proibido**: Os últimos escritos de Josué de Castro/Josué de Castro; organização de Anna Maria de Castro. – 3. Ed. – Recife: Instituto de Planejamento de Pernambuco: Companhia Editora de Pernambuco, 1996. 326p.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.. **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1997. p.29 – 47.

CORREIA, L.L. & MCAULIFFE, J.F. Saúde Materno-infantil. In: ROUQUAYROL, M.Z. & ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5ª ed. Medsi, 1999. 570p.

CORTEGUERA, D,R,R,; GARCÍA, H.F. & LAZO, F.V. Avances en pediatria y atencion infantil en Cuba (1959-1974). **Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana**. Marzo, 1976.

COSTA, M.C.L. Atendimento primário em pediatria. In: **Pediatria básica**. Vol.1. 1ª parte. 8ª edição. P. 65-70. 1999.

COSTA, M.C.O. & FORMIGLI, V. L. A. Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes. Revista de Saúde Pública

DONABEDIAN, AVEDIS. **Explorations in quality assement and monitoring: the methods and finding of quality assessment and monitoring.** Michigan: Healty Administration Press, 1985.

_____. The quality of care. How can it be assessed ? **Journal of the American Medical Association**, V.260, n. 12, p. 1743 – 1748, sept 23/30, 1988.

_____. **The seven pilars of quality.** Archives of pathology and laboratorial medicine, v. 114, p.1115 – 1118, november, 1990.

_____. **Evaluacion de la calidad de la atencion medica.** Organización Panamericana de la Salud ,1992. Pags.382-404.

EUCLYDES, MARILENE PINHEIRO. **Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação adequada.** Viçosa, MG, 1997. 467p.

FELISBERTO, ERONILDO. **Avaliação do processo de implantação da estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes da infância (AIDPI) no programa saúde da família (PSF) no Estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999.** (Dissertação de Mestrado) Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da FIOCRUZ. Recife, 2001.

_____. FREESE de CARVALHO, E.; SAMICO, I. Estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes da infância (AIDPI) – considerações sobre o processo de implantação. **Revista do IMIP**, Vol.14. N.01 – Jun/2000.

FIGUEIRA, F.et al. **Pediatria.** Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). Medsi. 1990. 610p.

FIGUEIRA, F.; FERREIRA, O.S.; ALVES, J.G.B. **Carta do IMIP.** Pediatria, 2^a ed, MEDSI, Rio de Janeiro:1996, p.1-4.

FRIAS, P.G. **Análise de implantação do projeto de redução da mortalidade infantil em dois municípios de Pernambuco com semelhantes condições de vida.** Dissertação (mestrado) – Centro de Ciências da Saúde da UFPE. Departamento Materno Infantil. Recife, 2001.146p.

GODOY, A.J. Desenvolvimento Neuromotor. Capítulo 4. In: RICCO, R. G. et al. **Puericultura: Princípios e práticas. Atenção Integral à Saúde da Criança.** Atheneu. 1993.

GOLDBAUM, M. Epidemiologia e serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 12 (Supl. 2): 95-98. 1996.

GUARDIOLA, A. EGEWARTH, C. & ROTTA, N.T. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em escolares de primeira série e sua relação com o estado nutricional. **Jornal de pediatria,**Vol.77, Nº 3, 2001.

HALPERN, R.; GIUGLIANI, E.R.J.; VICTORA, C.G.; BARROS, F.C. & HORTA, B.L. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Jornal de pediatria.** Vol.76,Nº 6, 2000.

HARTZ, Z.M.A. Focalizando a avaliação em saúde. Revista do Instituto Materno Infantil de Pernambuco. **Vol.14. Nº 01 jun/2000. p. 05-06.**

_____ & CAMACHO. Formação de recursos humanos em epidemiologia e avaliação dos programas de saúde. **Caderno de saúde Pública,** Rio de Janeiro, 12 (Supl. 2): 13-20, 1996.

_____.; SAMICO, I. & FELISBERTO, E. Avaliação de um centro de referência para atenção materno-infantil. **Revista do IMIP,** edição especial. Vol.9. Nº2. Dezembro,1995.

_____.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CAMPAGNE, F.; LEAL, M^a C. Uso de traçadores para avaliação de qualidade da assistência à criança: o controle da doença diarreica e das infecções respiratórias agudas em dois centros de saúde. **Revista do IMIP**. Vol 9 – N.2, Dez. 1995.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios – PNAD**, 1999. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

IMIP/SUDENE. **Avaliação das condições de eficiência de serviços de atenção materno infantil e planejamento familiar**. Projeto IMIP/SUDENE. Recife, 1990.

JORNAL DO COMÉRCIO. Brasil. **Índices sociais** – Desigualdade social é a marca do Brasil. **Índices Sociais II. Indicadores do IBGE. Indicadores do IBGE II**. Recife, 05 de abril de 2001.

LEITE, S.R.R.F. **Avaliação dos serviços de pré-natal e planejamento familiar do ambulatório da mulher do CAM-IMIP/Dissertação (mestrado)** – Instituto Materno Infantil de Pernambuco, 1997.

LIMA, Marília de Carvalho & MARQUES, Neusa. **Informática aplicada à pesquisa científica com Epi-Info**. Editora Universitária – UFPE 2^a ed., ver. E ampl. – Recife: 2000. 98p.

LOW, S.; BATISTA FILHO, M.; SOUZA, A. I. Assistência Pré-natal no Estado de Pernambuco. Recife: **Bagaço, 2001, 64p.**

MACEDO, C.G. **Quince años después de Alma-Ata**. Mensaje del director. Bol Of Sanit Panam 115(6), 1993.

MARCONDES, E.; MACHADO, D. V. M.; SETIAN, N.; CARRAZZA, F.R. Crescimento e Desenvolvimento. In: **Pediatria Básica**. Vol.1. 1^a parte. 8^a edição. P. 35-63. 1999.

MARTELL, M.; GAVIRIA, J.; BELITZKY, R. Nueva forma de evaluación del crecimiento posnatal hasta los dos años de vida. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, 86, (2), febrero, 1979.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – INAN. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. INAMPS. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento**. Ações básicas na assistência integral à saúde da criança. 1ª edição. 1984.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Programas e Projetos da Saúde da Criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, 2(2):193-196, maio-ago., 2002a.

_____. **Criança Saudável**. Disponível em: < [http: www.saude.gov.br /sps/ areastecnicas /scrianca/crianca/saudavel/saude2.htm](http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/scrianca/crianca/saudavel/saude2.htm) Acesso em: 12 Jan 2002b.

_____. **Atenção Integrada às doenças prevalentes na infância - AIDPI**. Disponível em: < [http: www.saude.gov.br/programas/scrianca/crianca/aidpi1.htm](http://www.saude.gov.br/programas/scrianca/crianca/aidpi1.htm) Acesso em: 05 Jul 2001a.

_____. **Crescimento e Desenvolvimento**. Disponível em: < [http: www.saude.gov.br /sps/ areastecnicas /scrianca/crianca/crescimento.htm](http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/scrianca/crianca/crescimento.htm) Acesso em: 04 Jul 2001b.

NOB – SUS 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996) “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão” Brasília, 1996.

NOVAES, H.M.D. *Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde*. **Revista de saúde pública** 2000; 34(5): 547-59.

_____. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 12 (Supl. 2): 7-12, 1996.

OMS – Organización Mundial de la Salud. From Alma-Ata to the year 2000. Rs at the Midpoint. Ginebra, OMS, 1988. In: **Notas técnicas**. Bol Of Sanit Panam 109 (5-6), 1990. 592-606p.

OPAS - Organização Panamericana de saúde / Disponível em: http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/ftcd_25..htm#R14. Acesso em: 26 abr 2002a.

OPAS - Organização Panamericana de saúde / Organização Mundial de saúde - OMS. **Ninos saludables: Meta 2002**. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCT/IMCI/meta2002-about.htm> Acesso em: 12 Jan 2002b.

PAIM, J.S. **Recursos Humanos em saúde no Brasil**: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994. 80 p.

PEREIRA, M. Qualidade dos serviços de saúde. Capítulo 24. In: **Epidemiologia Teoria e Prática**. 1995.

PUFFER, R. R. & SERRANO, C.V. **Características Del Peso Al Nacer**. Organizacion Panamericana De La Salud, Publicación científica °504, Washington, D.C. / EUA, 1988.

RATTNER, D. A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 12 (Supl. 2): 21-32, 1996.

RISSIN, A. **Estado nutricional de crianças menores de cinco anos**: uma análise epidemiológica no Brasil, e especialmente no Nordeste, como referência para a fundamentação de programas de intervenção nutricional. Tese (Mestrado) – Instituto Materno-Infantil de Pernambuco. Mestrado em Saúde Materno-Infantil. Recife, 1997. 146p.

SAMICO, I. C. Avaliação dos serviços no ambulatório geral de pediatria – IMIP. **Revista do IMIP**. Edição Especial. Vol.9 – Nº2 . Dezembro, 1995. p.51-59.

_____. **Avaliação da atenção à saúde da criança**: um estudo de caso no Estado de Pernambuco. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Recife, 2003. 172 p.

SANTOS, I.C.R.V. **Avaliação de condutas referentes a prevenção e tratamento da anemia no atendimento pré-natal em serviços de saúde de Pernambuco**. Tese (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Departamento de Nutrição. Programa de Pós-Graduação em Nutrição (Área de Concentração: Saúde Pública). Recife, 2001. 94p.

_____; BATISTA FILHO, M. **Anemia no atendimento pré-natal em Pernambuco**. Série: Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco, IMIP, n. 5. Recife: Gráfica e Editora Liceu, 2001. 98p.

SANTOS, S.R.; CUNHA, A.J.LA; GAMBA, C. M.; MACHADO, F.G.; LEAL FILHO, J.M.M. & MOREIRA, N.L.M. *Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil*. **Revista de Saúde Pública**, 2000.

SCHALL, T. VIRGÍNIA. Educação em saúde: novas perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Vol.15 s.2. Editorial. Rio de Janeiro: 1999.

SEGRE, C.A.M. & SEGRE, M.S.JR. **Pediatria**: diretrizes básicas organização de serviços. São Paulo: Sarvier, 2001. 278p.

SERPA, J. & FERREIRA, O. S. **Notas práticas sobre o exame clínico em Pediatria**. In: FIGUEIRA, F.et al. *Pediatria*. Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). Medsi. 1990. p. 3-13.

UNICEF – FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Seminário: O desenvolvimento integral da primeira infância e as políticas públicas**.

Disponível em: <[http:// www.unicef.org/brazil/seminario/papers/07.htm](http://www.unicef.org/brazil/seminario/papers/07.htm)> Acesso em: 14 fev. 2002a.

_____ – FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Situação Mundial da Infância**, 2002. Brasília: 2002b. 104p.

_____ – FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Declaração dos direitos da criança**. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/decl_dir.htm. Documentos e declarações (institucional) Acesso em: 14 fev. 2002c.

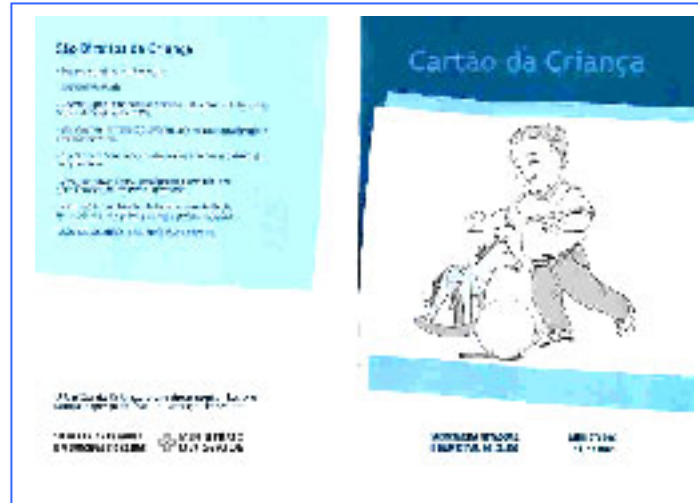
_____ – FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Nuestra historia. UNICEF pasado, presente y futuro**. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/> Acesso em: 12 jun. 2003.

VERAS, F.M.F. Atenção Primária em Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro, 2ª ed. MEDSI, 1987.

VIDAL,S.A.; FRIAS, P.G.de; MARQUES, N.Mª. Avaliação normativa das ações do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) em Pernambuco. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**. 1(2): Recife: maio-ago.,2001. p.129-135.

ANEXO 2 CARTÃO DA CRIANÇA

SEXO MASCULINO



SEXO FEMININO



Gráfico para acompanhamento do crescimento - menina

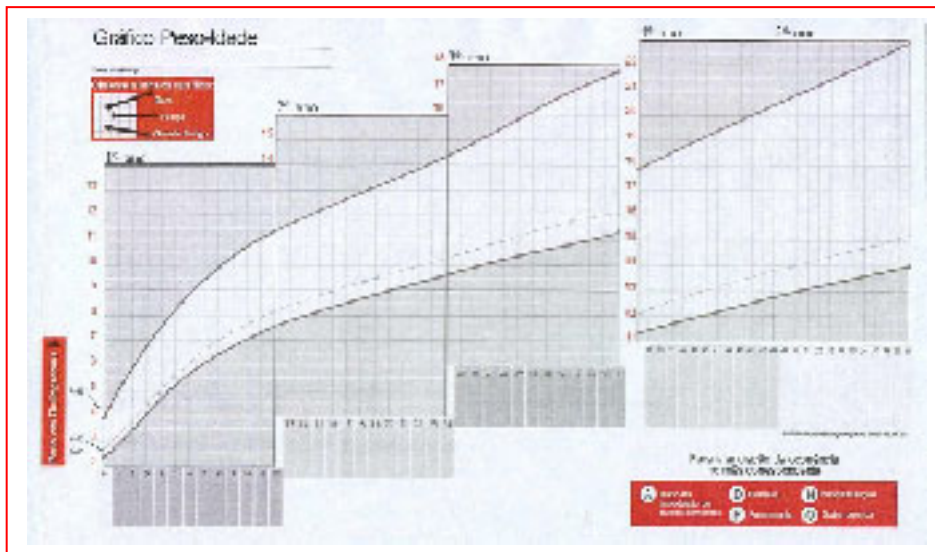
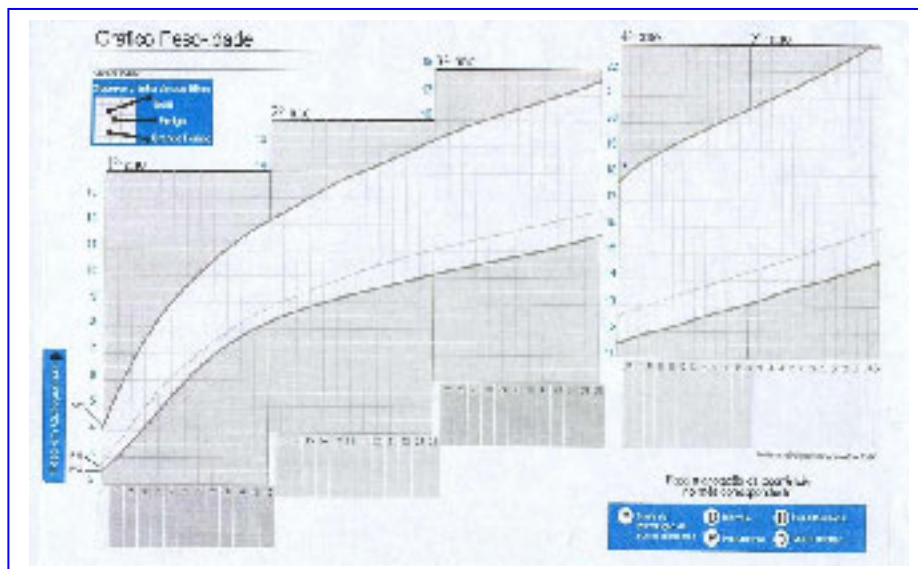
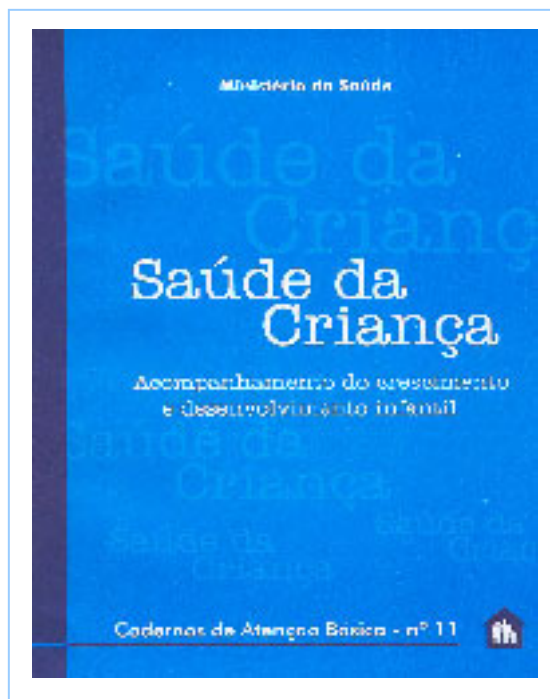


Gráfico para acompanhamento do crescimento - menino



Norma / Manual Técnico - 2002



Ficha de acompanhamento do desenvolvimento															
Registro:		Nome:													
Data de nascimento _ / _ / _	Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)	Idade (meses)													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15
	Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (Reflexo de Moro)														
	Postura: braços para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada														
	Olha para a pessoa que a observa Dá mostras de prazer e desconforto														
	Fixa e acompanha objetos em seu campo visual														
	Colocada de braços, levanta e cabeça momentaneamente														
	Amalha e sorri espontaneamente Começa a diferenciar dia/noite														
	Postura: passa da posição lateral para linha média														
	Colocada de braços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço														
	Emite sons - balbucia Conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva														
	Rola da posição supina para prona														
	Levantada pelos braços, ajuda com o corpo														
	Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro Reconhece quando se dirigem a ela														
	Senta-se sem apoio														
	Segura e transfere objetos de uma mão para a outra														
	Responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhos Imita pequenos gestos ou brincadeiras														
	Arrasta-se ou engatinha														
	Pega objetos usando o polegar e o indicador														
	Emprega pelo menos uma palavra com sentido faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.)														
Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)		Idade (meses)						Idade (anos)							
		10	11	13	14	15	18	21	2	3	4	5	6		
	Anda sozinha, raramente cai														
	Tira sozinha qualquer peça do vestuário														
	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista														
	Leva os alimentos à boca com sua própria mão														
	Corre e/ou sobe degraus baixos														
	Aceita a companhia de outras crianças mas brinca isoladamente Diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seu														
	Veste-se com auxílio														
	fica sobre um pé, momentaneamente														
	Usa frases Começa o controle esfíncter ano														
	Reconhece mais de duas cores														
	Pula sobre um pé só														
	Brinca com outras crianças Imita pessoas da vida cotidiana (pai, mãe, médico, etc.)														
	Veste-se sozinha														
	Pula alternadamente com um e outro pé														
	Altera momentos cooperativos com agressivos Capaz de expressar preferências e idéias próprias														

■ Período em que 90% das crianças adquirem o marco

□ Presentes até o 4º mês

P = presente; A = ausente; NV = não verificado

Elaborado por Brant, J. R. C., Jerusalinsky, R. N. e Zannon, C. M.L.G.

**MUNICÍPIOS, UNIDADES DE SAÚDE, DIRETORES DE UNIDADES, CRIANÇAS E
PROFISSIONAIS DE SAÚDE RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO DAS
CRIANÇAS NA RMR E NO INTERIOR DO ESTADO. PERNAMBUCO, 1998**

MUNICÍPIOS	UNIDADES DE SAÚDE	DIRETORES	CRIANÇAS	PROFISSIONAIS RESP. PELO ATENDIMENTO
• RMR				
RECIFE	1) CS Sítio dos Pintos	01	13	01
	2) CS Córrego da Bica	01	12	01
	3) CS Córrego do Genipapo	01	13	-
	4) CS Alto do Mandú	01	13	01
	5) CS Sítio das Palmeiras	01	12	01
	6) PSF Vila União	01	13	01
	7) PSF Ximboré(Ch.Mendes)	01	12	01
	8) PSF Jardim Uchoa	01	12	01
	9) CS da Jordão Baixo	01	12	01
	10) CS da Mata Sete	01	13	01
	11) CS do Geraldão	01	12	01
	12) CS Jane Magalhães	01	12	01
	13) PSF Sítio Grande	-	13	01
	14) PSF Três Carneiros	01	12	01
	TOTAL	13	174	13

MUNICÍPIOS	UNIDADES DE SAÚDE	DIRETORES	CRIANÇAS	PROFISSIONAIS RESP. PELO ATENDIMENTO
• RMR				
CABO	1) PSC Pajuçara	01	23	02
	2) PM da Cohab	01	20	01
	3) PSC de Pontezinha	01	12	02
	4) PSC da Mangueira	01	12	01
	5) PM da Charneca	01	12	01
	6) PSC Charnequinha	01	12	01
	7) PSC Alto Sta Rosa	01	10	01
	8) PSC do Maruim	01	12	01
	9) PSC São Francisco	01	10	01
	10) PSC de Suape	01	12	01
	11) PSC Alto do Sol	01	10	01
	12) PSC Alto da Igreja	01	14	02
	13) PSC Santo Estevão	01	12	02
	TOTAL	13	171	17

MUNICÍPIOS	UNIDADES DE SAÚDE	DIRETORES	CRIANÇAS	PROFISSIONAIS RESP. PELO ATENDIMENTO
• RMR				
JABOATÃO				
	1) CS Dom Hélder	01	12	01
	2) CS Jardim Copacabana	01	12	01
	3) CS Vaquejada	01	12	01
	4) CS Jardim Jordão	01	13	01
	5) CS Roberval Almeida	01	11	01
	6) CS Córrego da Batalha	01	12	01
	7) CS Curado I	-	12	01
	8) CS Dois Carneiros	-	12	01
	9) CS Eduardo Menezes	01	10	01
	10) CS José Coelho Pereira	01	12	01
	11) CS N. S. da Conceição	01	13	01
	12) CS N. S. Perpétuo Socorro	01	13	01
	13) CS Frei Damião	-	20	01
	14) CS Ana Maria Barbosa	01	17	01
	15) CS de Muribeca	01	14	-
	16)CS Muribeca (Odorico Melo)	01	14	01
	17) CS Jardim Prazeres	01	11	01
	18) CS de Sucupira	-	06	-
	19) CS Curcurana	01	12	-
	TOTAL	16	238	16

MUNICÍPIOS	UNIDADES DE SAÚDE	DIRETORES	CRIANÇAS	PROFISSIONAIS RESP. PELO ATENDIMENTO
• RMR				
OLINDA	1) PSF Passarinho	01	13	01
	2) PSF Sapucaia	01	12	02
	3) PSF Jardim Brasil	01	12	02
	4) PSF Azeitona	01	12	01
	5) PSF Alto Nova Olinda	01	15	01
	6) PSF Ilha do Maruim	01	12	01
	7) CS Rio Doce	01	15	01
	8) CS Ilha de Santana	01	11	01
	9) PSF Ilha de Santana	01	13	01
	10) CS Joaquim Nabuco	01	12	01
	11) CS Bonsucesso	01	13	01
	12) PSF Beira Mangue	01	12	01
	13) PSF Tabajara	01	12	01
	14) CS dos Bultrins	01	10	01
	15) CS Alto da Mina	01	12	01
	16) CS 5ª Etapa Rio Doce	01	13	01
	17) CS Jatobá	01	18	01
	18) PAM 10	01	-	-
TOTAL		18	217	19

MUNICÍPIOS	UNIDADES DE SAÚDE	DIRETORES	CRIANÇAS	PROFISSIONAIS RESP. PELO ATENDIMENTO
• RMR				
PAULISTA				
1) PS Ana Nery		01	09	-
2) PS Edgar Alves		01	08	-
3) CS Francisco Marcelo		01	13	01
4) PS João Abimael		01	09	-
5) CS José Correia Mandú		01	13	-
6) PS Jurandir Júnior		01	06	01
7) PS Manoel Caldas		01	05	01
8) CS Maranguape I		01	15	-
9) PS N. Sr ^a dos Prazeres		01	06	-
	TOTAL	09	84	03
TOTAL DA RMR		69	884	68
• INTERIOR				
BELÉM DE S. FRANCISCO				
1) Fundação Nac. de Saúde		01	28	-
2) Hospital Municipal J. Alventino Lima		01	23	01
3) PS Riacho Pequeno		01	01	-
	TOTAL	03	52	01
BODOCÓ				
1) UM Eulina Lopes		01	36	01
2) PSF Cacimba Nova		01	07	01
3) PSF Feitoria		01	06	-
	TOTAL	03	49	02

MUNICÍPIOS	UNIDADES DE SAÚDE	DIRETORES	CRIANÇAS	PROFISSIONAIS RESP. PELO ATENDIMENTO
• INTERIOR				
CARUARU	1) Vila Kennedy	01	24	01
	2) Cohab I	01	23	01
	3) Centenário	01	24	01
	4) PS João Mota	01	13	01
	5) CS Cedro	01	22	01
	6) CS Salgado	01	29	01
	7) CS Santa Rosa	01	25	01
	8) CS Indianópolis	01	29	01
	9) CS Cohab II	01	21	-
	10) PSF Serra Velha	-	06	01
	11) PSF Juá	-	10	02
	12) PSF Alto do Moura	01	08	01
	13) PSF Lajes	-	04	01
	14) PSF Itaúna	-	10	01
	15) Peladas	-	05	01
	16) Xicuru	01	04	-
	17) Terra Vermelha	-	08	01
TOTAL		11	265	16
CAMOCIM	SÃO FÉLIX	01	33	01
1) UM N.S. do Bom Parto				
TOTAL		01	33	01
GOIANA	1) CS M ^a Oliveira Gadelha	01	04	-
	2) PMD Recanto Bom Tempo	01	24	01
	3) PMD Nova Goiana	01	19	01
	4) PMD Benedito Carneiro	01	13	01
	TOTAL	04	60	03

MUNICÍPIOS	UNIDADES DE SAÚDE	DIRETORES	CRIANÇAS	PROFISSIONAIS RESP. PELO ATENDIMENTO
• INTERIOR				
ITAIBA	1) Unid. Mista João Vicente	01	11	01
	2) PS Povoado Negras	01	06	-
	TOTAL	02	17	01
ITAQUITINGA	1) PS Chã de Sapé	01	12	01
	2) CS Raimunda Vidal	01	24	-
	TOTAL	02	36	01
OROBÓ	1) CS Frisão Aguiar	01	-	-
	TOTAL	01	-	-
PALMARES	1) Hospital Regional	01	24	01
	2) Fund. Bem Estar Social	01	12	-
	3) CS Zenóbio C. Melo	01	06	01
	4) PS Cleodom S. Granja	01	11	01
	5) PS Stº Antonio Palmares	01	03	01
	6) PS Serro Azul	01	06	-
	TOTAL	06	62	04
PANELAS	1) Unidade Mista	01	23	01
	2) PS Cruzes	01	07	01
	3) PS S. José	01	10	-
	TOTAL	03	40	02

MUNICÍPIOS	UNIDADES DE SAÚDE	DIRETORES	CRIANÇAS	PROFISSIONAIS RESP. PELO ATENDIMENTO
• INTERIOR				
RIBEIRÃO	1) FNS – FSESP	01	24	01
	2) PAM	01	24	01
	3) PS Tancredo Neves	01	02	01
	4) PS Bandeirante	01	03	-
	5) PS Cira	01	01	01
	6) PS Caxangá	01	-	-
	7) PS Aripipú	01	-	-
	8) PS Vicente Campelo	01	22	01
	TOTAL	08	76	05
SÃO BENTO DO UNA				
	1) Unidade Mista S.B.U.	01	35	-
	2) PS Espírito Santo	01	04	01
	3) PS Bairro Novo	01	08	01
	TOTAL	03	47	02
TRIUNFO				
	1) Ambulatório Municipal	01	20	01
	2) PS Vila Iguaçú	01	-	-
	3) PS Vila Canaã	01	-	-
	4) UM Felinto Wanderley	01	28	01
	TOTAL	04	48	02
TOTAL INTERIOR		51	785	39
TOTAL GERAL		120	1.669	107

CS – Centro de Saúde / PSF – Unidade com Programa de Saúde da Família / PSC – Unidade com Programa de Saúde em Casa / PM – Posto Médico / PAM – Posto de Assistência Médica / UM – Unidade Mista / PMD – Posto Médico Dentário.

27. Quantidade de profissionais responsáveis pelas atividades educativas:					
<u>Criança</u>					
Nível superior (___) Nível médio (___) Nível elementar (___)					UNI27C _____
<u>Gestante</u>					
Nível superior (___) Nível médio (___) Nível elementar (___)					UNI27G _____
28. Profissionais responsáveis pelo atendimento à criança e à gestante.					
Categoria	Nº de Funcionários		Funcionários com treinamento nas ações de assistência à criança e gestante		
Categoria	Criança	Gestante	Criança	Gestante	
28.1 Atendente					UNI281C _ UNI281CT_ _ UNI281G _ UNI281CG
28.2 Aux. de Enf.					_ _ UNI282C _ UNI282CT_ _
28.3 Enfermeira					UNI282G _ UNI282GT _ _
28.4 Nutricionista					UNI283C _ UNI283CT_ _ UNI283G _ UNI283CG
28.5 Médico					_ _ UNI284C _ UNI284CT_ _ UNI284G _ UNI284GT_ _
* nos últimos 12 meses					
29. Balança para adulto?					
1 () Sim, em funcionamento 2 () Sim, com defeito					UNI29 _____
3 () Não 9 () Não sabe					
30. Normas para vacinação da gestante?					
1 () Sim 2 () Não 9 () Não sabe					UNI30 _____
31. Estoque de vacina antitetânica?					
1 () Sim 2 () Não 9 () Não sabe					UNI31 _____
32. Se Sim, é suficiente para atender à demanda de gestantes?					
1 () Sim 2 () Não					
3 () NSA (não tem estoque) 9 () Não sabe					UNI32 _____

SE A UNIDADE FOR DO NÍVEL HIERÁRQUICO 2, INCLUIR AS SEGUINTEs QUESTÕES. A UNIDADE DISPÕE DE:		
33. Fichas para acompanhamento do <u>crescimento</u> da criança para serem anexadas aos prontuários? 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA (NH1) 9 () Não sabe	UNI33	___
34. Fichas para acompanhamento do <u>desenvolvimento</u> da criança para serem anexadas aos prontuários? 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA (NH1) 9 () Não sabe	UNI34	___
35. Normas para assistência pré-natal? 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA (NH1) 9 () Não sabe	UNI35	___
36. Cartão da gestante? 1 () Sim 2 () Não 9 () Não sabe	UNI36	___
37. Se Sim, é suficiente para a demanda do pré-natal? 1 () Sim 2 () Não 3 () Não tem cartão 8 () NSA (NH1) 9 () Não sabe	UNI37	___
38. Recomendações (Normas) para prevenção e/ou tratamento da anemia em gestante ? 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA (NH1) 9 () Não sabe	UNI38	___
39. Estoque de sulfato ferroso? 1 () Sim 2 () Não 9 () Não sabe	UNI39	___
40. Se Sim, é suficiente para a demanda do pré-natal ? 1 () Sim 2 () Não 3 () Não tem estoque 8 () NSA (NH1) 9 () Não sabe	UNI40	___
41. Laboratório para dosagem de hemoglobina? 1 () Sim, próprio 2 () Sim, contratado 3 () Não 8 () NSA (NH1) 9 () Não sabe	I41	UN ___
42. Serviço para realização de exame preventivo de câncer de colo? 1 () Sim, funcionando 2 () Sim, não funcionando. Por que? _____ 3 () Não tem. Por que? _____ 4 () Não sabe	UNI42	___

43. Na sua Unidade, quais as principais dificuldades para o atendimento de crianças e gestantes?

(Citar 3 principais)

UNI43

—

15. Renda Familiar mensal:		
Pessoas que trabalham	R\$	
Total geral	R\$ _____, 00	CRI15 _____
16. A renda é:	1 () Total 2 () Parcial 9 () Ignorada	CRI16 _____
17. Nº de crianças < 5 anos na casa:	_____	CRI17 _____
18. Nº de pessoas na casa:	_____	CRI18 _____
19. Deslocamento da casa à Unidade de Saúde:		
1 () até 30 min. a pé		
2 () mais 30 min. a pé		
3 () uma condução		
4 () + de uma condução	9 () Não sabe	
5 () Outro _____		CRI19 _____
	especificar	
20. A mãe fez pré-natal desta criança?		
1 () Sim	2 () Não 9 () Não sabe	CRI20 _____
21. Nº de consultas pré-natal:	_____ consultas	CRI21 _____
22. A criança foi amamentada?		
1 () Sim	2 () Não 8 () NSA (ainda mama) 9 () Não sabe	CRI22 _____
23. A criança teve ou tem alguma doença nos últimos 12 meses ?		
1 () Sim	2 () Não	CRI23 _____
24. Quantas vezes trouxe a esta Unidade nos últimos 12 meses? _____ vez(es)		CRI24 _____
<u>NA VISITA DE HOJE: (Questões de 25 à 43)</u>		

<p>25. Motivo da vinda à Unidade de Saúde:</p> <p>1 () vacinação 2 () aprazamento (rotina)</p> <p>3 () doença 4 () suplementação alimentar</p> <p>5 () Outro _____</p> <p style="text-align: center;">especificar</p>	CRI25	___
<p>26. A criança foi atendida ?</p> <p>1 () Sim 2 () Não</p>	CRI26	___
<p>27. Se NÃO, Por que ?</p> <p>_____</p>	CRI27	___
<p>SE FOI ATENDIDA: Não foi atendida = 8</p>		
<p>28. Alguém pediu o cartão ?</p>		
<p>28.1 () Médico 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA</p>	CRI281	___
<p>28.2 () Enfermeira 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA</p>	CRI282	___
<p>28.3 () Auxiliar de Enfermagem 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA</p>	CRI283	___
<p>28.4 () Nutricionista 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA</p>	CRI284	___
<p>28.5 () Outro _____ 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA</p> <p style="text-align: center;">especificar</p>	CRI285	___
<p>29. Profissional(is) que atendeu(ram):</p>		
<p>29.1 () Médico 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA</p>	CRI291	___
<p>29.2 () Enfermeira 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA</p>	CRI292	___
<p>29.3 () Auxiliar de Enfermagem 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA</p>	CRI293	___
<p>29.4 () Nutricionista 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA</p>	CRI294	___
<p>29.5 () Outro _____ 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA</p>	CRI295	___
<p>30. Sua criança é vista pelo mesmo profissional:</p> <p>1 () sempre 2 () nunca 3 () às vezes 4 () não sabe</p> <p>7 () 1ª consulta 8 () NSA</p>	CRI30	___
<p>31. Foi pesada ? 1 () Sim _____ g 2 () Não 8 () NSA</p>	CRI31	___
	CRIPESO_____	
<p>32. Foi medida ? 1 () Sim _____ cm 2 () Não 8 () NSA</p>	CRI32	___
	CRIMEDE _____	
<p>33. Foi informada(o) sobre o <u>crescimento</u> da criança?</p> <p>1 () Sim 2 () Não 8 () NSA</p>	CRI33	___
<p>34. . Foi informada(o) sobre o <u>crescimento</u> da criança?</p> <p>1 () Sim 2 () Não 8 () NSA</p>	CRI34	___
<p>35. Recebeu orientação sobre alimentos ricos em vitamina A?</p> <p>1 () Sim 2 () Não 8 () NSA</p>	CRI35	___

<p>36. Recebeu orientação sobre <u>vacinação</u>?</p> <p>1 () Sim 2 () Não 8 () NSA</p> <p>37. Recebeu orientação sobre <u>aleitamento materno</u> ?</p> <p>1 () Sim 2 () Não 7 () NSA (maior de 6 meses)</p> <p>8 () NSA</p> <p>38. A mãe/acompanhante sabe informar sobre as vacinas que a criança ainda precisa tomar ?</p> <p>1 () Sim 2 () Não 8 () NSA</p> <p>39. Quanto tempo esperou pelo atendimento ? ____ ____ horas ____ ____ min.</p> <p>8 () NSA</p> <p>40. De um modo geral, o que achou do atendimento da Unidade.</p> <p>1 () Ótimo 2 () Bom 3 () Regular 4 () Ruim</p> <p>8 () NSA</p> <p>41. Na sua opinião, qual a maior dificuldade para a criança a ser atendida nesta Unidade ?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>CRI36 ____</p> <p>CRI37 ____</p> <p>CRI38 ____</p> <p>CRI39 ____ ____ ____ ____</p> <p>CRI40 ____</p> <p>CRI41 ____</p>
<p>42. Tem Cartão da criança?</p> <p>1 () Sim, trouxe</p> <p>2 () Sim, não trouxe</p> <p>3 () Tinha, mas perdeu</p> <p>4 () Nunca teve</p> <p>9 () Não sabe</p> <p>43. Onde recebeu o cartão ?</p> <p>1 () Sim, trouxe</p> <p>2 () Sim, não trouxe</p> <p>3 () Tinha, mas perdeu</p> <p>4 () Nunca teve</p>	<p>CRI42 ____</p> <p>CRI43 ____</p>
<p><u>OBSERVAÇÃO NO CARTÃO (QUESTÕES de 44 a 55)</u></p>	
<p>SE NÃO TEM O CARTÃO ANOTAR 8,88,888 EM TODAS AS RESPOSTAS E SE NÃO TROUXE OU NÃO SABE SE TEM, ANOTAR 9,99,999</p>	
<p>44. Registro de peso ao nascer: 1() Sim ____ ____ ____g 2 () Não 8 () NSA</p> <p>45. Pontuação do peso ao nascer no gráfico: 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA</p> <p>46. Nº de pontos no gráfico de peso: ____ ____</p>	<p>CRI44 ____</p> <p>CRINASC ____ ____ ____ ____</p> <p>CRI45 ____</p> <p>CRI46 ____</p>
<p>47. O ponto correspondente ao peso de hoje foi marcado no gráfico?</p> <p>1 () Sim 2 () Não 8 () NSA (não foi pesada) 9 () Não sabe</p>	<p>CR</p> <p>I47 ____</p>

48. Situação da curva de peso (marcação do ponto) nesta visita:

- 1 () Acima do P90 (linha superior)
- 2 () Entre P10 e P90 (entre as duas linhas)
- 3 () Abaixo de P10 (linha inferior)
- 4 () Ponto não marcado
- 8 () NSA (não foi pesada)

I48 _____ CR

49. Direção da curva de peso desta visita em relação à da visita anterior?

- 1 () Ascendente
- 2 () Descendente
- 3 () Horizontal
- 4 () Ponto do peso de hoje não marcado
- 5 () Ponto do peso anterior não marcado

CRI49 _____

50. Registro de desmame:

- 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA (mama exclusivo) 9 () IGN

I50 _____ CR

51. Registro de morbidade:

- 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA (nunca adoeceu ou não tem cartão) 9 () IGN

I51 _____ CR

52. Nº de anotações sobre o desenvolvimento da criança _____

I52 _____ CR

53. O desenvolvimento da criança foi anotado no cartão na visita de hoje ?

- 1 () Sim 2 () Não

I53 _____ CR

54. REGISTRO DAS VACINAS

Vacinas	54.1	54.2	54.3	54.4
	Anti-pólio	(DPT)	BCG	Anti-sarampo
1ª DOSE				

CRI541 _____

CRI542 _____

2ª DOSE					CRI543 _____
3ª DOSE					CRI544 _____
REFORÇO					
55. Registro de dose de vitamina A nos últimos 6 meses. 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA (< 6 meses)					CRI55 _____
56. Tem prontuário? 1 () Sim 2 () Não (ENCERRA) Se tem prontuário, verificar : (questões de 57 a 74) (se não tem prontuário = 8,88)					CRI56 _____
57. Tem gráfico de crescimento da criança anexado ao prontuário ? 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA					CRI57 _____
58. Tem ficha de desenvolvimento da criança anexado ao prontuário 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA					CRI58 _____
59. Número de consultas médicas nos últimos 12 meses: _____ consultas					CRI59 _____
60. Anotação da idade no registro das consultas médicas:					
60.1. Nos últimos 12 meses _____ vez(es)					CRI601 _____
60.2. Na consulta de hoje: 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA					CRI602 _____
61. Anotação do <u>peso</u> :					
61.1. Nos últimos 12 meses _____ vez(es)					CRI611 _____
61.2. Na consulta de hoje: 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA					CRI612 _____
61.3. No gráfico: 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA (não tem gráfico)					CRI613 _____
62. A curva de crescimento (no gráfico) foi descendente em algum momento dos últimos 12 meses ? 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA (não tem gráfico)					CRI62 _____
63. SE SIM , qual a ação indicada ?					
63.1. Orientação alimentar 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA					CRI631 _____
63.2. Enc. P/ Nutricionista 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA					CRI632 _____

63.3. Solicitação de exames	1 () Sim 2 () Não 8 () NSA	CRI633	___
63.4. Outra _____ especificar	1 () Sim 2 () Não 8 () NSA	CRI634	___

64. Anotação do <u>comprimento/estatura</u> :			
64.1. Nos últimos 12 meses ___ ___ vez(es)		CRI641	___
64.2. Na consulta de hoje:	1 () Sim 2 () Não 8 () NSA	CRI642	___
64.3. No gráfico:	1 () Sim 2 () Não 8 () NSA	CRI643	___
65. Anotação do desenvolvimento:			
65.1. Nos últimos 12 meses ___ ___ vez(es)		CRI651	___
65.2. Na consulta de hoje:	1 () Sim 2 () Não 8 () NSA	CRI652	___
65.3. Na ficha:	1 () Sim 2 () Não 8 () NSA	CRI653	___
66. O desenvolvimento (na ficha) foi anormal em algum momento nos últimos 12 meses:	1 () Sim 2 () Não 8 () NSA	CRI66	___
67. SE SIM , qual a ação indicada? (Encaminhamento para)			
67.1. Neurologista	1 () Sim 2 () Não 8 () NSA	CRI671	___
67.2. Fisioterapeuta	1 () Sim 2 () Não 8 () NSA	CRI672	___
67.3. Fonoaudiólogo(a)	1 () Sim 2 () Não 8 () NSA	CRI673	___
67.4. Psicólogo(a)	1 () Sim 2 () Não 8 () NSA	CRI674	___
67.5. Outro _____ especificar	1 () Sim 2 () Não 8 () NSA	CRI675	___
68. Anotação sobre orientação alimentar:			
68.1. Nos últimos 12 meses ___ ___ vez(es)		CRI681	___
68.2. Na consulta de hoje:	1 () Sim 2 () Não 8 () NSA	CRI682	___
69. Anotação sobre orientação do aleitamento materno (< 6 meses):			

69.1. Nos últimos 6 meses ___ ___ vez(es)	CRI691	___
69.2. Na consulta de hoje: 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA (maior de 6 meses)	CRI692	___

70. Anotação da situação vacinal e/ou encaminhamento para vacinação:		
70.1. Nos últimos 12 meses ___ ___ vez(es)	CRI701	___ ___
70.2. Na consulta de hoje: 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA	CRI702	___
71. Anotação sobre administração de vitamina A (maiores de 6 meses)		
1 () Sim 2 () Não 8 () NSA	CRI71	___
72. Anotação do motivo da consulta:		
72.1. Nos últimos 12 meses ___ ___ vez(es)	CRI721	___ ___
72.2. Na consulta de hoje: 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA	CRI722	___
73. Anotação do diagnóstico:		
73.1. Nos últimos 12 meses ___ ___ vez(es)	CRI731	___ ___
73.2. Na consulta de hoje: 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA	CRI732	___
74. Anotação da conduta adotada:		
74.1. Nos últimos 12 meses ___ ___ vez(es)	CRI741	___ ___
74.2. Na consulta de hoje: 1 () Sim 2 () Não 8 () NSA	CRI742	___
75. Data da Entrevista: ___ ___ / ___ ___ / ___ ___	CRI75	___ ___ ___ ___
76. Entrevistador: _____ Código ___ ___	CRI76	___ ___

<p>15. Você acha a resolutividade deste serviço referente as ações de CD, imunização, prevenção da hipovitaminose A e aleitamento:</p> <p>1 () Satisfatória 2 () Insatisfatória Por que ?</p> <p>_____</p>	<p>MEDCRI15 ___</p>
--	-------------------------