

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JOELMA ROSÁRIADA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DO MONITORAMENTO SISTEMATIZADO DAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NAS CADERNETAS DE SAÚDE DA CRIANÇA
EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JOELMA ROSÁRIA DA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DO MONITORAMENTO SISTEMATIZADO DAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NAS CADERNETAS DE SAÚDE DA CRIANÇA
EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Projeto de conclusão do Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem– Curso de Saúde Materna, Neonatal e do Lactante, como requisito ao Eixo operativo: Desenvolvimento do processo de cuidar.

Orientadora: Maria Beatriz Guimarães
Ferreira

Tutora: Dorislene Alves de Almeida
Cantarela

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 TEMA..... | 03 |
| 2 DELIMITAÇÃO DO TEMA..... | 03 |
| 3 PROBLEMÁTICA..... | 03 |
| 4 JUSTIFICATIVA | 03 |
| 5 OBJETIVOS | 04 |
| 5.1 Objetivo Geral..... | 04 |
| 5.2 Objetivo Específico..... | 05 |
| 6 REVISÃO DE LITERATURA..... | 05 |
| 7 PLANO DE AÇÃO/METODOLOGIA | 12 |
| 8 RESULTADOS E DISCUSSÕES | 13 |
| 8.1 Sínteses dos Artigos | 13 |
| 8.2 Sínteses dos Protocolos e Manuais | 16 |
| 9 CONCLUSÃO | 18 |
| 10 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO..... | 19 |
| REFERENCIAS | 20 |

1 TEMA

A importância do monitoramento sistematizado das informações contidas nas Cadernetas de Saúde da Criança em uma Unidade Básicas de Saúde.

2 DELIMITAÇÃO DO TEMA

Implantação de protocolo sistematizado para o preenchimento e monitoramento nas Cadernetas de Saúde da Criança em uma Unidade Básica de Saúde no município de Porto Velho – RO.

3 PROBLEMÁTICA

Os Programas de Atenção à Saúde Integral da Criança preconizado pelo Ministério da Saúde ao longo dos anos são estratégias de promoção e prevenção das doenças que identificam e diagnosticam precocemente as doenças, estabelecendo tratamento e intervenções aos agravos à saúde da criança. As informações contidas na Caderneta de Saúde da Criança (CSC) são ferramentas utilizadas pela Equipe de Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde que subsidiam os profissionais de saúde a intervir nas anormalidades detectadas durante a avaliação e monitoramento do crescimento e desenvolvimento durante a infância. Dessa forma, o preenchimento e monitoração das informações contidas nas CSC devem obedecer a critérios técnicos e científicos que fundamentam as intervenções evitando, assim, o agravamento e, reduzindo a mortalidade infantil. Diante do exposto, a Unidade Básica de Saúde Hernandes Índio, localizada no município de Porto Velho - RO necessita monitorar o crescimento e o desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos, por meio de protocolos sistematizados.

4 JUSTIFICATIVA

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) é um direito garantido da criança ao nascer. Trata-se de um documento que oferece orientações e permite o registro das informações pelos profissionais de saúde sobre os diversos aspectos da saúde da criança e suas informações

constituem um instrumento de vigilância e promoção da saúde, promovendo o vínculo entre a criança e família. Na Unidade Básica de Saúde é utilizada na articulação com os serviços de saúde especializados (UNICEF, 2011).

Por ser um instrumento importante para o acompanhamento da saúde, do crescimento e do desenvolvimento das crianças, registram dados e eventos mais relevantes para a saúde infantil possibilitando o contato periódico das famílias com os serviços de saúde e seu correto preenchimento permitirá a Equipe da Saúde da Família (ESF) a detectar precocemente os sinais e agravos contidos na CSC e implementar as intervenções necessárias para o restabelecimento da saúde da criança. O monitoramento e análise das CSC além de permitir a detecção das crianças faltosas possibilitam a realização da busca ativa. Permite ainda, a equipe de saúde prestar orientações periódicas à família sobre as normalidades do crescimento e desenvolvimento das crianças no momento em que procuram os serviços de saúde (CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA, 2013).

Diante do exposto, durante a prática dos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde Hernandes Índio no município de Porto Velho/RO, observou-se a inexistência de protocolos sistematizados para o preenchimento e monitoramento das Cadernetas de Saúde da Criança, bem como de protocolos assistenciais à saúde das crianças.

Dessa forma, justifica-se a presente pesquisa de abordagem descritiva pelo método de revisão bibliográfica sobre a importância do monitoramento sistematizado das informações contidas nas Cadernetas de Saúde da Criança em uma Unidade Básicas de Saúde, com objetivo de identificar na literatura a existência de protocolo sistematizado para o preenchimento e monitoramento nas Cadernetas de Saúde da Criança com vistas a sua implantação na UBS Hernandes Índio no município de Porto Velho/RO.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Realizar revisão de literatura acerca de protocolos assistenciais de Atenção à Saúde da Criança preconizada pelo Ministério da Saúde utilizado para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento da saúde da criança.

5.2 Objetivos Específicos

- Identificar protocolos assistenciais de Atenção à Saúde da Criança preconizada pelo Ministério da Saúde utilizado como ferramenta para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento da saúde da criança;
- Apresentar os protocolos identificados à equipe de saúde da UBS Hernandes Índio no município de Porto Velho/RO visando sua possível implantação.

6 REVISÃO DA LITERATURA

Historicamente as Políticas Públicas Voltadas para a Criança no Brasil teve seu marco inicial na década de 1930 a 1940, cujo primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência foi instituído durante o Estado Novo (1937/1945). Ações coordenadas e desenvolvidas pelo Departamento Nacional da Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. O Departamento Nacional da Criança coordenou a assistência materno-infantil no Brasil até o ano de 1969, desenvolvendo atividades dirigidas à infância, à maternidade e à adolescência, com o objetivo de normatizar o atendimento à dupla mãe-filho e combater a mortalidade infantil, com foco nos Programa Alimentar, Programa Educativo, Programa de Formação de Pessoal e Programa de Imunização (BRASIL, 2011).

E somente em 1984 com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), foi criado especificamente em atenção à saúde da criança com a proposta combater as altas taxas de morbimortalidade caracterizadas pelas precárias condições de saúde da população infantil brasileira, pois geralmente suas ações eram realizadas juntamente com programas em atenção a saúde da mulher. Suas ações estão voltadas à prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde para a faixa etária de zero a cinco anos, com o foco no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o incentivo ao aleitamento materno e a orientação adequada para o desmame, a imunização, a prevenção e o tratamento das infecções respiratórias e diarreias agudas (FROTA *et al.*, 2010).

A preocupação com a redução da mortalidade infantil foi ampliada visando a proporcionar ao ser desenvolvimento melhor qualidade de vida. Esse é um tema complexo que envolve a articulação de diferentes áreas ligadas ao indivíduo, família, sociedade e o poder público. Do mesmo modo, estudos científicos, sobre a saúde de crianças e o alcance de metas, operacionalização de programas e efetivação de políticas de saúde, mostram que a qualidade de vida e o alcance da saúde exigem mudanças nas intervenções e avaliações do modelo de atenção centrado na doença, para a abordagem individual, com respeito às singularidades da criança e, sobretudo, centrada na família (FROTA *et. al.*, 2010, p.132).

O Ministério da Saúde, em 1984, desenvolveu um Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), para acompanhar durante o crescimento e desenvolvimento (CD) infantil, em crianças de 0 a 5 anos, indicando as condições de saúde e vida da criança, visando a promoção e manutenção da saúde, bem como intervindo sobre fatores capazes de agravos à saúde das crianças. O programa objetiva criar condições para um atendimento integrado à saúde da criança de zero a cinco anos com a prioridade para os grupos de risco, através de aumento de cobertura e melhoria da qualidade do atendimento, visando a diminuição da morbimortalidade infantil. Dessa forma, estabeleceu calendário mínimo de consultas: 1mês, 2meses, 4meses, 6meses, 9meses, 12meses, 18meses, 24meses, 3anos, 4anos e 5anos. E também estabeleceu o Calendário Mínimo de Consultas Primeiro ano 2º ano 3º ano 4º ano 5º ano 6º ano 15 dias 1 mês 2 meses 4 meses 6 meses 9 meses 1 ano 18 meses 2 anos 3 anos 4 anos 5 anos 6 anos. Contudo, a periodicidade pode ser alterada em casos de crianças com até 6meses cujo peso ao nascer tenha sido inferior a 2500g ou que já tenha sido desmamada, com déficit de crescimento ou problema de desenvolvimento. Preconizou ainda que, o acompanhamento de CD deve ocorrer sempre que a criança for ao serviço de saúde, seja para puericultura, imunização ou consulta de morbidade (BRASIL, 1996).

O programa determina que durante as consultas, a avaliação do CD deve ser realizada com a ferramenta utilizando-se os gráficos de crescimentos, observação, histórico do desenvolvimento, além de escutar as queixas dos pais, realizar ainda a educação em saúde. Devendo-se utilizar como metodologia de assistência à criança: Avaliação do CD; Promoção do aleitamento materno; Orientação da alimentação no 1º ano de vida; Aumentar os níveis da

cobertura vacinal; Identificar precocemente as patologias; Promover a educação para a saúde, destacando a importância da participação da família (BRASIL, 1996).

Um estudo realizado sobre os cartões de CD surgiu no país pela UFMG (2013) apresenta seu marco na década dos anos 70 até a instituição da Caderneta de Saúde da Criança utilizada atualmente. Inicialmente tivemos com a nomenclatura Caminho da Saúde, o primeiro passo para o desenvolvimento de estratégias nacionais de acompanhamento periódico do crescimento infantil dando origem ao Cartão da Criança, as Cadernetas de Saúde da Criança e aos Passaportes da Cidadania, desenvolvido para ser usado por agentes de saúde com pouca capacidade de leitura e escrita, onde havia escassez de profissionais de saúde qualificados, sob sistema de marcação, que diminuía chances de erros. Havia o registro de eventos importantes relacionados à saúde da criança, a idade da criança era feita através do sistema calendário, bem como havia o gráfico para acompanhamento do peso onde apresentava duas linhas de referência na curva do crescimento. Também eram registrados acontecimentos importantes como o desmame, nascimento de outro irmão, doenças mais graves etc. O cartão “Caminho da Saúde” deveria ficar com a família, e não no serviço de saúde.

Em 1983, Belo Horizonte adotou a ficha Controle da Saúde, foi desenvolvida a partir de uma proposta de avaliação do crescimento denominada Caminho da Saúde que tinha como objetivo servir de instrumento para uma atenção mais adequada e eficaz à saúde da criança, tido como importante instrumento de acompanhamento periódico da saúde infantil, que precedeu outros instrumentos de abrangência nacional de caráter educativo e tinha como objetivo registrar o acompanhamento do crescimento da criança. Na ficha Controle da Saúde havia a Curva de crescimento que possuía 3 cores. Optou-se pelo emprego de cores para que as informações, obtidas através da avaliação do peso pelos percentis, pudessem ser transmitidos de forma simples para a comunidade. Verde: a criança está crescendo bem. Amarelo: a criança necessita de maior controle. Vermelho: ela necessita de cuidados especiais (grande chance de ser desnutrida). O limite inferior de peso foi fixado em duas margens correspondentes ao percentil 25 (risco de desnutrição) e ao percentil 3 (desnutrição). Na época em que a ficha foi utilizada, não havia preocupações acerca da Obesidade infantil. Por isso, não há um percentil que demarque um limite superior para o peso da criança. Na construção desses gráficos foram utilizados como referência somente o percentil do sexo feminino, com o objetivo de criar uma única ficha para ambos os sexos, pois as curvas dos meninos se dispõem ligeiramente acima, sem alterar

significativamente os resultados. A marcação da idade da criança era feita através do sistema calendário, como no Caminho da Saúde. Também havia espaço para o registro da altura da criança, do crescimento de sua cabeça e uso do leite materno (UFMG, 2013).

O Cartão da Criança surgiu em 1984 com a instituição do PAISC – Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança. Possuía como eixos o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o incentivo ao aleitamento materno e orientação para o desmame, a prevenção e o tratamento das doenças diarreicas e respiratórias agudas e a imunização. Seguindo as propostas de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento e de Controle de doenças preveníveis por Imunização, foi lançado o Cartão da Criança (CC). Os objetivos do CC eram unificar as informações entregues à família: Cartão de Vacinas e Cartão de Vacina, abrindo espaço para uma participação ativa da família e da comunidade na promoção de sua própria saúde. O CC deveria ser preenchido por qualquer membro da equipe de saúde, e não apenas pelo médico e ser explicado detalhadamente ao acompanhante da criança (UFMG, 2013).

Além do gráfico para o acompanhamento do crescimento de zero a cinco anos onde foi utilizado o indicador nutricional Peso e idade, Agendamento de consultas, Identificação da criança, Calendário de Imunizações. Foi impressa uma ficha para cada sexo devido às pequenas variações do referencial de normalidade para o peso esperado em meninas e meninos e analisando a curva Peso X Idade, foi observada que o gráfico apresentava duas linhas de referência: o percentil 10 e o percentil 90. A marcação da idade da criança era feita através do sistema calendário, onde era estimulado o registro de eventos importantes relacionados à saúde da criança. A referência utilizada para a curva de crescimento foi a do estudo norte-americano do NCHS (National Center for Health Statistics) de 1977; todavia o percentil 10 foi escolhido como ponto de corte em função da alta sensibilidade para o diagnóstico da desnutrição infantil. Para acompanhamento do desenvolvimento, foi proposta pelo PAISC uma ficha para ser anexada ao prontuário da criança. Nesta ficha há alguns marcos do desenvolvimento motor e social-adaptativo que deveriam ser observados e anotados no decorrer da consulta, de acordo com o seguinte código: Presente (P); Ausente (A); não- verificado (NA) (UFMG, 2013).

Na década de 90, um segundo modelo do CC foi lançado pelo Ministério da Saúde e novos dados foram acrescentados à identificação da criança, com espaço destinado aos direitos da criança, mas a curva de acompanhamento do crescimento permaneceu a mesma. A avaliação simplificada do desenvolvimento de crianças até quatro anos também foi incorporada ao novo

CC, onde há marcos de desenvolvimento infantil. Sugestões acerca de cuidados com a criança, incentivo à amamentação e recomendações de estimulação para o desenvolvimento e prevenção de acidentes constam no CC. No final da década de 90, o MS adotou outra versão do CC. Houve modificações no limiar de normalidade para acompanhamento do crescimento infantil. O percentil 3 foi adotado como limite inferior e ponto de corte para o diagnóstico de desnutrição. Além da curva correspondente ao percentil 3, são apresentadas as curvas do percentil 10 e 97. A preocupação em aumentar a especificidade do ponto de corte para o diagnóstico de desnutrição na curva do CC, coincide com a redução de quase 20% no déficit de crescimento em crianças menores de 5 anos, configurando uma mudança do perfil epidemiológico das crianças brasileiras. As curvas correspondentes aos percentil 3 e 97 foram desenhadas no gráfico com linha cheia; a curva referente ao percentil 10, com linha tracejada. Considerava-se que o percentil 3 era o ponto de corte para desnutrição e o percentil 97, para obesidade. As crianças com pesos entre os percentil 3 e 10 eram consideradas com risco para desnutrição e deveriam ser acompanhadas (UFMG, 2013).

Em Fevereiro de 2005 é lançada a Caderneta de Saúde da Criança (CSC), que veio substituir o CC, apresentando-se como um documento mais completo com o intuito de aperfeiçoar a vigilância à saúde da criança, com o diferencial a introdução do gráfico para acompanhamento do perímetro cefálico no primeiro ano de vida e espaço para anotações de intercorrências clínicas e tratamentos efetuados. Em 2007, a CSC foi aperfeiçoada, culminando na produção de um documento mais completo, totalizando 82 páginas, e conhecido como passaporte da cidadania dos pequenos cidadãos brasileiros (UFMG, 2013).

Surgiram, também, espaços para o nº do prontuário na unidade básica e para mudanças de endereço; espaço para a impressão do pé da criança e do dedo de sua mãe; detalhamento das informações sobre nascimento, triagem neonatal e alimentação no momento da alta da maternidade; a avaliação do perímetro cefálico foi estendida até os 2 anos de vida; pela primeira vez, a altura foi utilizada nos gráficos de acompanhamento do crescimento da criança e a avaliação foi ampliada até os 10 anos de idade. Além do gráfico de acompanhamento do crescimento da criança nessa CSC utiliza as curvas do estudo norte-americano do NCHS, possuía orientações sobre os cuidados a serem tomados na diarreia e desidratação. Muitas outras informações foram adicionadas, tais como: os direitos dos pais e da criança, entre eles o registro gratuito; orientações mais detalhadas sobre a amamentação e cuidados importantes nos primeiros

dias de vida. Em 2009, o Ministério da Saúde, apresenta o atual modelo da CSC, considerado o mais completo, para atender as necessidades da criança durante as fases da infância, orienta de maneira geral a família desde a forma adequada da amamentação até quanto processo do desmame e a inserção de alimentos adequados para a criança; estar em sua 8ª edição (UFMG, 2013).

As Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Criança instituída pelo Ministério da Saúde, a partir de 2005 com a publicação da Portaria nº1058/GM, institui a Caderneta de Saúde da Criança sob as diretrizes de vigilância à saúde da criança, com distribuição gratuita para todas as crianças nascidas vivas, em maternidades públicas ou privadas, conforme estimativa estabelecida a partir do sistema de informações de nascidos vivos SINASC, por local de ocorrência. A CSC possuía informação Básica Comum estabelecida pela Resolução MERCOSUL/GMC nº 04/05, através da Portaria nº 964/GM de 2005, que traça estratégias para a redução da mortalidade infantil, determinando que os Estados Partes, Brasil, Uruguai, Paraguai e Argentina, seguirão o modelo instituído para a Caderneta de Saúde da Criança (PORTARIA Nº 1058/GM/2005) (PORTARIA Nº 964/GM DE 2005).

A atual CSC teve a sua origem no início da década de 1980, quando o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) foi implantado no Brasil. O Cartão da Criança foi o primeiro instrumento de acompanhamento do crescimento proposto pelo PAISC e foi instituído na tentativa de melhor documentar o processo de crescimento e sistematizar o calendário de imunização, uniformizando, assim, essas ações no território nacional. Esse instrumento veio aprimorando ao longo dos anos com a introdução de aspectos como desenvolvimento neuropsicomotor e cidadania, até chegarmos ao modelo de 2005, sob a forma de uma caderneta. As ações do PAISC tinham em comum a comprovada eficácia, a reduzida complexidade tecnológica e a possibilidade de organização de assistência à criança, o que é particularmente importante no acompanhamento do desenvolvimento. Em 2007 e 2009, foram lançados novos modelos de caderneta (ALVES, MOULIN, SANTOS, 2013, p. 42).

A Caderneta de Saúde da Criança é um instrumento importante no acompanhamento CD, vêm substituir o Cartão da Criança com a inovação de dados ampliados sobre as condições de

saúde do recém-nascido, sobre a gravidez, o parto e o puerpério, oferta orientações importantes sobre uma alimentação saudável, gráficos de perímetro cefálico por idade, espaço para anotações de peso e de estatura. Apresentando dicas e orientações sobre a saúde auditiva, visual e bucal, prevenção de acidentes, o caminho esperado para o desenvolvimento global, espaço para anotações de intercorrências clínicas, tratamentos efetuados e da suplementação profilática de ferro e de vitamina A e o calendário básico de vacinação, Com a ampliação da faixa etária para o acompanhamento das crianças, contemplando-as até os 10 anos de idade. Além do profissional de saúde ser fundamental quanto ao preenchimento dos dados da Caderneta, as famílias, também devem ser responsáveis em observar as informações contidas nesse instrumento para o efetivo acompanhamento da saúde da criança, proporcionando um maior conhecimento do seu histórico de saúde. Dessa forma, espera-se que essa ferramenta também possa intermediar os diálogos entre os familiares e os profissionais de saúde (BRASIL, 2005).

A Caderneta de Saúde da Criança é um documento que orienta a equipe de saúde sobre o crescimento e o desenvolvimento da criança de 0 a 10anos de idade, permitindo o registro de informações que constituem um instrumento de vigilância e promoção da saúde, promovendo o vínculo entre a criança e família e a articulação entre a UBS com os serviços de saúde especializados, além de ser um dos direitos garantido da criança ao nascer (UNICEF, 2011).

A Caderneta de Saúde da Criança foi implantada pelo Ministério da Saúde a partir de 2005 para substituir o Cartão da Criança, e reúne o registro dos mais importantes eventos relacionados à saúde infantil. Além do cartão de vacina, a Caderneta apresenta o registro da história obstétrica e neonatal; indicadores de crescimento e desenvolvimento; aspectos importantes da alimentação como aleitamento materno e uso de sulfato ferroso e vitamina A; dados sobre a saúde bucal, auditiva e visual; intercorrências clínicas; além de orientações para a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de acidentes e violência doméstica. A CSC é destinada a todos os nascidos em território brasileiro, e, por basear-se em ações de acompanhamento e promoção da saúde, inclui-se como estratégia privilegiada nas políticas de redução da morbimortalidade infantil (UFMG, 2013, p.1).

Após a implantação do PAISC foi implantado no Brasil o Ministério da Saúde instituiu ainda a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade

Infantil, além do Plano Nacional para Primeira Infância, onde foram estabelecidas as diretrizes e as ações de saúde para a criança na atenção primária, secundária e terciária e que visam: Diminuir o índice de mortalidade infantil; Incentivar o Aleitamento Materno; Acompanhar o Crescimento e o Desenvolvimento – CD; Acompanhar as crianças com patologias de risco, tais como, recém-nascido em situação de risco, portadores de patologias respiratórias, anemias carências, desnutrição, sobrepeso e obesidade, dentre outras; Prevenção de acidentes, violências e promoção da cultura da paz (SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE MATO GROSSO DO SUL, 2013).

7 PLANO DE AÇÃO/METODOLOGIA

O levantamento de dados ocorreu entre os meses de janeiro a dezembro de 2014. Foram separados um total de 10 artigos com descritores protocolos, saúde, criança. Dos 10 artigos, apenas 05 serviram de referencial para o embasamento do estudo, haja vista que os demais artigos não utilizaram a Caderneta da Saúde da Criança como ferramenta para o monitoramento do Crescimento e Desenvolvimento.

Para alcance do objetivo, a revisão de literatura foi definida como método de revisão. Este método promove a conhecer as diferentes contribuições científicas a cerca de um determinado tema, subsidiando suporte a todas as fases de da pesquisa bibliográfica e de qualquer outro tipo de pesquisa, auxiliando na definição do problema, determinando os objetivos, construindo hipóteses e fundamentando as justificativas e conclusões de pesquisas (MARCONI & LAKATOS, 2007).

Para a condução da presente revisão foram realizadas as seguintes etapas: elaboração da questão de pesquisa; busca na literatura dos estudos; avaliação dos estudos, análise e síntese dos resultados dos estudos. A questão de pesquisa norteadora da revisão foi: quais são os protocolos assistenciais de Atenção à Saúde da Criança preconizada pelo Ministério da Saúde utilizados existentes na literatura que podem ser utilizados como ferramenta para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança?

A busca dos estudos primários foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e protocolos sobre o Programa de

Atenção Integral à Saúde da Criança instituída pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde. Para realização da busca, utilizaram-se descritores controlados por meio dos Descritores em Ciências da Saúde – DeCS, saúde, protocolo, criança.

Os critérios de inclusão dos estudos para esta revisão foram estudos que retratavam o tema Atenção Integral à Saúde da Criança; publicados em português, no período de janeiro de 2001 até maio de 2014. E ainda, protocolos já instituídos sobre o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança nas Secretarias Municipais ou Estadual de Saúde de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

A busca dos estudos nas bases de dados elegidas aconteceu no mês de abril de 2014.

A análise dos resultados foi realizada de modo descritivo, apresentando uma síntese de cada estudo incluído e comparações entre os estudos, destacando diferenças e semelhanças.

8 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram encontrados no total de 14 artigos. Durante a leitura dos artigos e extração dos dados, observou-se que 05 artigos não retratavam o tema, porque não havia relação da pesquisa com a Caderneta da Criança no que se refere avaliação do crescimento e desenvolvimento. Assim, frente ao exposto, a amostra da revisão foi composta por 09 estudos, constituído de 05 artigos da base de dados da LILACS e 04 protocolos instituídos por 02 Universidades Federais e 02 nas Secretarias de Saúde, sendo os dados extraídos dos sites institucionais.

8.1 Sínteses dos Artigos

Para Alves (2011) a atenção à saúde da criança objetiva criar condições ao atendimento integrado priorizando grupos de risco, através de cobertura e melhoria na qualidade do atendimento, buscando a diminuição da mortalidade infantil. Avaliou ainda a importância do acompanhamento e desenvolvimento infantil feito pela equipe da saúde da família. Concluiu que a boa assistência à criança é a principal forma de se prevenir alterações de crescimento e desenvolvimento, e quando presente pode ser causa ou consequência de doença. E que a Equipe

de Saúde da Criança tem o papel fundamental neste processo e para isto a educação saúde da ESC deve ser continuada.

Vieira *et al.*, (2013) apresentou em sua pesquisa que a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) é um documento imprescindível para a promoção da saúde infantil e realizou um estudo transversal com amostra aleatória simples de crianças acompanhadas no Sistema Único de Saúde (SUS), visando analisar os fatores associados à qualidade do preenchimento da CSC. Foram realizadas entrevistas e verificação direta das cadernetas de 365 crianças das nove regionais de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Foi criado um sistema de escore para classificar as CSC quanto à qualidade do seu preenchimento e relacioná-la às variáveis explicativas. O odds exploratório foi calculado por regressão logística. O preenchimento dos vinte itens do escore variou de 3,1% (uso de ferruginoso) a e12 meses de idade (OR = 1,77), mães \leq 6 anos de estudo (OR = 1,97), crianças não acompanhadas por médicos generalistas (OR = 3,18) e mães que não receberam explicações sobre a CSC na maternidade (OR = 1,77). Os resultados apontam a precária utilização da CSC, reforçando a necessidade de investimentos em capacitação dos profissionais e organização dos serviços para que ela cumpra seu papel na promoção da saúde infantil.

De acordo com Abreu, Viana e Cunha (2012) a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) é capaz de reunir os mais importantes e significativos registros promovendo a vigilância integral à saúde infantil. O registro correto e completo das informações é um desafio permanente, para que a CSC cumpra seu papel. Portanto objetiva-se buscar na literatura quais os fatores que dificultam a utilização adequada da CSC pelos profissionais de saúde. Trata-se de uma revisão de literatura em periódicos, através das bases de dados LILACS, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scielo, Bireme e Google acadêmico. A análise permitiu a identificação e organização de cinco categorias que evidenciam os principais fatores que dificultam a utilização adequada da CSC pelos profissionais de saúde, são essas: Ausência de capacitação para o uso correto da CSC, Tempo insuficiente, Indisponibilidade da CSC no serviço de saúde, A não utilização da CSC por todos os membros da equipe de saúde e Desvalorização e o desconhecimento das mães/família sobre a CSC. Considera-se então que os profissionais reconhecem a CSC como instrumento de comunicação, porém, alegam que enfrentam diversas dificuldades na utilização da mesma, e que seria necessário investimento e capacitação na formação dos profissionais que manipulam tal instrumento.

Pesquisa realizada por Vieira *et al.*, (2001) constatou que após a promulgação da Constituição de 1988 e que os estados deviam implementar as ações preventivas, o que determinou a decisão de implantação do CC em todo território nacional. Em 1989, "a Secretaria de Saúde da Bahia implantou as ações básicas de saúde e normalizou a utilização do CC para acompanhamento de saúde de menores de cinco anos, em todo estado. Visando estender as ações básicas de saúde aos núcleos familiares, em 1991, o Ministério da Saúde oficializou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com uma agenda prioritariamente direcionada ao grupo materno-infantil". Em Feira de Santana, o PACS foi implantado em 1992 e no ano de 2005, o "Cartão da Criança" foi revisado pelo Ministério da Saúde, resultando na "Caderneta de saúde da criança", com ampliação da faixa de acompanhamento para dez anos de idade. Nesse novo instrumento, além das informações contidas no CC, foram incluídos dados sobre gravidez, parto e puerpério; orientações relevantes sobre a alimentação saudável, gráficos de perímetro cefálico, espaço para anotações de estatura, informações quanto à prevenção de acidentes, à saúde auditiva, visual e bucal, profilaxia de ferro e vitamina A e espaço para anotações de intercorrências clínicas. Considerando a importância desses instrumentos para a avaliação e acompanhamento de saúde das crianças, estudo teve como objetivo analisar o índice de preenchimento do "Cartão da Criança", assim como possíveis associações com variáveis maternas e das crianças menores de um ano, residentes no município de Feira de Santana, Bahia, 2001.

Andrade (2011) aponta que a organização da atenção à saúde da criança na atenção primária sustenta-se basicamente em ações voltadas para a promoção e a vigilância à saúde. A caderneta de saúde da criança apresenta-se como instrumento essencial no desenvolvimento dessas ações. Realizou um estudo teve como objetivo compreender as experiências vividas por profissionais de saúde da atenção primária com a caderneta de saúde da criança no cuidado à saúde infantil. A análise das discussões permitiu a compreensão sobre a experiência vivida por profissionais com a caderneta na atenção à saúde da criança revelando revestir-se de dificuldades. As dificuldades são derivadas das limitações de conhecimento sobre o instrumento; da não complementaridade na caderneta das ações de diversos profissionais que assistem a criança; dos enfrentamentos cotidianos do processo e da organização do trabalho das equipes de saúde da família que dificultam a utilização da caderneta; do desinteresse e descuido das famílias com o

instrumento. A pesquisa aponta ainda que os caminhos possíveis e necessários para melhorar a utilização da caderneta como instrumento de vigilância integral à saúde da criança.

Dos artigos acima descritos, foram observados que todos referencial a Caderneta da Saúde da Criança como, ferramenta para a avaliação do Crescimento e Desenvolvimento das crianças, no entanto não apresentaram os protocolos assistenciais da Atenção à Saúde das Crianças e nem o correto uso da CSC.

8.2 Sínteses dos Protocolos e Manuais

A Secretaria de Estado de Saúde Mato Grosso do Sul (2013) de acordo com os preceitos do SUS fundamentados na e já garantidos da Constituição Federal, no Estatuto da Criança e do adolescente, como direito de acesso aos serviços de saúde hierarquizados, com enfoque na integralidade do indivíduo e assistência humanizada e resolutiva. Resolveu nortear e instrumentalizar a gestão municipal na implementação da assistência à criança.

Crescimento e Desenvolvimento (CD): O monitoramento do Crescimento e Desenvolvimento é considerado a ação eixo na atenção primária à Saúde da Criança em suas ações básicas. Atualmente utilizamos a caderneta de saúde da criança como instrumento único de políticas sociais para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral da criança. Público alvo da ação: Crianças de 0 a 09 anos, com ênfase nas ações programáticas dirigidas à faixa etária de 0 a 6 anos e destes, os menores de 02 anos de idade. Produto esperado: Fortalecimento das ações que permitem prevenir uma série de problemas e agravos à saúde infantil, bem como proporcionar supervisões higiênicas, dietética e nutricional resolutiva, através do acompanhamento da Criança pela equipe da Atenção Básica, conforme preconiza o Ministério da Saúde / Caderneta da Criança. Objetivos: Monitorar o Crescimento e Desenvolvimento como processo sequencial de medidas para o diagnóstico, detecção de crianças de risco e indicadores de saúde com a finalidade de melhorar as condições de qualidade de vida da criança. Como implantar: A Caderneta da Criança é a principal ferramenta de trabalho da equipe de saúde e instrumento de avaliação de Saúde da Criança, esta contém informações e gráficos, que devem ser devidamente preenchidos, para que o monitoramento seja realmente eficaz, como: Identificação do recém-nascido se tiver Posto de Registro Civil na maternidade o nº da Declaração de Nascidos Vivos deverá ser preenchida; A criança deverá ser referenciada a UBS para realização da 1ª semana de saúde integral; Dados sobre gravidez, parto e puerpério; Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; Vacinação; Intercorrências clínicas e tratamentos efetuados; Os dez passos para uma alimentação saudável; Orientações sobre a suplementação profilática de ferro e vitamina A; Gráfico de peso x idade; Gráfico de altura x idade; O gráfico de perímetro cefálico; Os direitos da criança. O serviço de seguimento e as consultas de Puericultura estão voltados para o acompanhamento integral do processo de desenvolvimento da criança, e por meio deles se tem condições de detectar precocemente diferentes distúrbios de crescimento estatural, da nutrição e do desenvolvimento neuropsicomotor (Secretaria de Estado de Saúde Mato Grosso do Sul, 2013, p. 15 a 16).

Para a UNESP (2013) a puericultura é efetiva para avaliação de seu crescimento e desenvolvimento pelo seu acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação, pois permitem avaliar o calendário de vacinação, orientações aos pais e/ou cuidadores sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno e orientação alimentar no período do desmame, higiene individual e ambiental, assim como pela identificação precoce dos agravos, com vistas à intervenção efetiva e apropriada, mediante a atuação de toda a equipe de saúde e multiprofissional que assiste a criança e sua família por meio da consulta de enfermagem, consulta médica, consulta odontológica, grupos educativos e visitas domiciliares, no contexto da Atenção Básica. Dessa forma, o crescimento representa um dos sinais mais importantes de saúde da criança, sendo considerado o pré-requisito para qualquer estratégia de promoção da saúde infantil, recomendado e reconhecido como uma importante ação de saúde. Com o intuito de garantir a extensão da cobertura do atendimento infantil na rede básica de saúde e assegurar simultaneamente o aumento da capacidade resolutiva desses serviços, desde 1984 o Ministério de Saúde prioriza cinco ações básicas de saúde, com eficácia comprovada para a redução da morbimortalidade infantil: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; promoção do aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame; prevenção e controle das doenças diarreicas; prevenção e controle das infecções respiratórias agudas; e imunização.

Na avaliação do crescimento infantil, devem-se considerar algumas medidas antropométricas e a evolução de certas estruturas físicas conhecidas como indicadores do crescimento, sendo os mais comuns o peso, a estatura, os perímetros cefálico (PC), torácico e braquial, a erupção dentária, o fechamento das fontanelas e suturas e, eventualmente, a idade óssea da criança. Para monitorar adequadamente esses indicadores, é importante conhecer: o que cada um deles avalia; os pontos de reparo ou pontos de referência preconizados para realizar as medidas; a técnica correta de medida, denominada somatometria; o material adequado para a realização de cada medida; e os instrumentos de avaliação preconizados para detectar a normalidade ou desvio do dado encontrado, tais como tabelas, gráficos, mapas e índices de avaliação nutricional. O MS considera que o peso, a estatura e o PC são as medidas antropométricas básicas a serem utilizadas na avaliação do crescimento infantil. Para uma boa avaliação do crescimento, são necessárias pesagens periódicas. Em geral, o peso do nascimento duplica dos quatro aos cinco meses, triplica aos 12 meses, quadruplica aos 24 meses e quintuplica entre os quatro e cinco anos de idade. É importante salientar que a variação do peso em relação à idade é muito mais rápida do que a da estatura e reflete, quase que imediatamente, qualquer deterioração ou melhora do estado de saúde, mesmo em processos agudos. Num prazo de poucos dias, podem ser observadas alterações importantes no peso, cuja medição é mais fácil e mais precisa que a estatura³. O acompanhamento do perímetro cefálico deve ser feito principalmente nas crianças de zero a 24 meses de idade, período de maior crescimento pós-natal da cabeça e do cérebro. Com a tomada do PC, deve ser realizada a evolução do fechamento das fontanelas e suturas cranianas. A fontanela

anterior ou bregmática deve se fechar entre 9 e 18 meses. A fontanela posterior ou lambdoide costuma fechar entre um e dois meses de idade. O fechamento precoce da fontanela (craniossinostose) pode ocasionar comprometimento do crescimento cerebral. O MS recomenda como padrão para o acompanhamento do crescimento de crianças brasileiras as tabelas de peso/idade, altura/idade e perímetro cefálico/idade elaboradas pela OMS, com o sistema de percentil e de desvio padrão (escore Z) a partir da medição de um grande número de crianças saudáveis de diferentes grupos étnicos. É fundamental escutar a queixa dos pais e/ou cuidadores e levar em consideração a história clínica e o exame físico da criança, no contexto de um programa contínuo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Assim, será possível formar-se um quadro completo do crescimento e desenvolvimento infantil e da real necessidade de intervenção. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil deve estruturar a Atenção à Saúde da criança nos serviços básicos de saúde, de forma a representar o eixo central do atendimento (UNESP, 2013).

O Protocolo Clínico e Assistencial de Atenção à Saúde da Criança da Secretaria Estadual de Alagoas (2013) inicia-se com o acolhimento e reconhecimento das pessoas/famílias adscritas à unidade básica de saúde (UBS), num processo de territorialização, identificando os problemas de saúde, as condições sócias sanitárias. Valendo-se do conhecimento da necessidade da população, propõe-se o dimensionamento dos serviços e a organização dos processos de trabalho na UBS, reforçando os direitos das crianças do recebimento da Caderneta de Saúde da Criança. Protocolo disponível no site institucional <http://www.saude.al.gov.br>. De igual conteúdo técnico como modelo de implementação de protocolos de Atenção à Saúde da Criança foi encontrado no Manual do Curso de Especialização de Atenção à Saúde da Criança, ministrado pela Universidade Federal de Minas Gerais – Núcleo de Saúde em Educação Coletiva, da Faculdade de Medicina, 2013, disponível no site institucional <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br>>.

9 CONCLUSÃO

A implantação do PAISC instituído pelo Ministério da Saúde fortaleceu as ações no Brasil para diminuir o índice de mortalidade infantil. Associada ao programa o MS instituiu ainda a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, além do Plano Nacional para Primeira Infância, onde foram estabelecidas as diretrizes e as ações de saúde para a criança na atenção primária, secundária e terciária visando além de diminuir o índice de mortalidade infantil, incentivar o aleitamento Materno e acompanhamento do Crescimento e o Desenvolvimento – CD através da Caderneta de Saúde da Criança.

O monitoramento do crescimento e do desenvolvimento das crianças é realizado pela Caderneta de Saúde da Criança por ser um instrumento que registram dados e eventos mais relevantes para a saúde infantil possibilitando detectar precocemente os sinais e agravos à saúde da criança. Permite ainda, a Equipe da Saúde da Família implementar as intervenções necessárias para o restabelecimento da saúde da criança, além de proporcionar o contato periódico das famílias com os serviços de saúde. Dessa forma, protocolos assistências de Atenção Integral a Saúde da Criança devem ser implantadas em todas as UBS valorizando assim, o uso adequado da CSC.

A pesquisa evidenciou que o Protocolo Clínico e Assistencial de Atenção à Saúde da Criança da Secretaria Municipal de Alagoas (2013) atende aos objetivos propostos, dessa forma o protocolo identificado será apresentado à equipe de saúde da UBS Hernandes Índio no município de Porto Velho/RO visando sua possível implantação.

10 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

| AÇÕES/ETAPAS | JAN. 2014 | FEV. 2014 | MAR. 2014 | ABR. 2014 | MAL. 2014 | JUN. 2014 |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Revisão Bibliográfica | X | X | X | | | |
| Entrega do projeto para correção | | | | X | X | |
| Entrega do TCC | | | | | X | |
| Discussão com os profissionais da UBS para apresentação da pesquisa e discussão para implantação do protocolo sistematizado pelo Programa de Atenção à Saúde da Criança preconizada pelo Ministério da Saúde | | | | | | X |

REFERENCIAS

ABREU, Thaysa Gois Trinta; VIANA, Lucian da Silva; CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo. ALVES, C. R. L.; Moulin, Z. S.; Santos, L. C. dos.; NESCON – UFMG. Núcleo em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Minas Gerais. **Atenção à Saúde da Criança: Aspectos Básicos**. Minas Gerais – Belo Horizonte. 2013, p. 42.

ALVES, Claudia Regina Lindgren; Lasmar, Laura Maria de Lima Belizário Facury; GOULART, Lúcia Maria Horta Figueiredo; ALVIM, Cristina Gonçalves; MACIEL, Gustavo Vieira Rodrigues; Viana, Maria Regina de Almeida; Colosimo, Enrico Antônio; CARMO, Guilherme Augusto Alves do; COSTA, Juliana Goulart Dias da; MAGALHÃES, Maria Elizabeth Neves; MENDONÇA, Marislaine Lumenade; BEIRÃO, Mirtes Maria do Vale; MOULIN, Zeína Soares. **Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(3):583-595, mar, 2009.

ALVES, Cristina Elaina. **A Importância do Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil pela Equipe de Saúde da Família**. Universidade Federal de Minas Gerais. Araçuaí – MG. 2011.

ANDRADE. Gisele Nepomuceno de. **Vivências dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde com a Caderneta de Saúde da Criança**. 2011. Belo Horizonte Escola de Enfermagem da UFMG 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Saúde Da Criança – Menina**. Passaporte da Cidadania. 2013. 8ª Edição.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança Materiais informativos**. 2009. Disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestão e Gestores de Políticas à Atenção à Saúde da Criança: 70 Anos de História**. Serie I Historia da Saúde. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **MANUAL PARA A UTILIZAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF 2005.

Desafios na Utilização da Caderneta de Saúde da Criança: Entre o Real e o Ideal. 2012. Disponível em: J Manag Prim Health Care 2012; 3(2):80-83.

Frota MA, Maia JA, Pereira AS, Nobre CS, Vieira LJES. **Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança**. Enfermagem em Foco 2010; 1(3):129-132.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M.; **Metodologia do Trabalho Científico - Fundamentos de Metodologia Científica**. 7ª ed. São Paulo. Ed. 2007.

SciELO. **Scientific Electronic Library Online.** Disponível em: <<http://www.scielo.org/php/index.php>>. Acesso em: Janeiro a maio de 2014.

OLIVEIRA, Valeria Conceição de; Cadette, Matilde Meire Miranda. **Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** Apresentada a Universidade Federal de Minas Gerais UFMG - Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: valeria.oli@oi.com.br. Acta Paul Enferm. 2009; 22(3):301-6.

PORTARIA Nº 1058/GM DE 4 DE JULHO DE 2005. Institui a disponibilização gratuita da “**Caderneta de Saúde da Criança**”, e dá outras providências. Disponível em:

PORTARIA Nº 964/GM DE 23 DE JUNHO DE 2005. Aprova a Resolução MERCOSUL/GMC Nº 04/05 e seu anexo intitulado “**Informação Básica Comum para a Caderneta de Saúde da Criança**”.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO MS. DIRETORIA GERAL DE ATENÇÃO À SAÚDE. Coordenadoria da Atenção Básica Passo a Passo das Ações da Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Campo Grande, MS 2013. Disponível em: <www.saude.ms.gov.br>. Acesso em: 30.04.2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ALAGOAS. DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA. Protocolo Clínico e Assistencial de Atenção à Saúde da Criança. 2013. Disponível em: www.saude.al.gov.br.

UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais. **Observatório da Saúde da Criança e do Adolescente.** Produzido pela Assessoria de Comunicação Social da Faculdade de Medicina da UFMG, 2013. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/observaped/index.php/>>. Acesso em: 28.04.2014.

UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais. **Manual do Curso de Especialização de Atenção à Saúde da Criança.** Núcleo de Saúde em Educação Coletiva, da Faculdade de Medicina, 2013, protocolo disponível no site institucional <http://www.saude.al.gov.br>.

UNICEF. **Direitos Garantidos a toda Criança. 2011.** Disponível em: <www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf>. Acesso em: 30.04.2014.

UNESP. Universidade Federal de São Paulo. **Especialização em Saúde da Família. Fundamentação Teórica sobre Puericultura. Módulo: Caso Complexo**1Danrley. 2013. Disponível em:<www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos.../Caso_1.pdf>. Acesso em: 30/03/2014.

VIEIRA, Graciete Oliveira ;Vieira, Tatiana de Oliveira;Costa, Maria Conceição Oliveira; Pedro Netto, Vieira Santana;Cabral, Vilma Alves. **Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia.** Departamento de Saúde. Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência da Universidade Estadual de Feira de Santana. Campus Universitário. Feira de Santana, BA, Brasil. Disponível em: <<http://www.uefs.br>>. Acesso em: 30.03.2014.