

# MONITORAMENTO DA SAÚDE DA CRIANÇA EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA-PR

## CHILDREN'S HEALTH MONITORING AT A PRIMARY HEALTH CARE UNITY IN THE CITY OF LONDRINA-PR

Carolina Milena Domingos<sup>1</sup>, Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes<sup>2</sup>, Ana Carolina Stutz<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira, Mestranda em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina.

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva, docente da Universidade Estadual de Londrina.

<sup>3</sup> Enfermeira graduada pela Universidade Estadual de Londrina.

Monografia da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Londrina.

Correspondência: **Carolina Milena Domingos** ([carolinamdomingos@gmail.com](mailto:carolinamdomingos@gmail.com))

### RESUMO

Considerando a saúde da criança como área estratégica de atuação da Equipe de Saúde da Família e a relevância dos dados referentes aos nascidos vivos (n.v.) para a avaliação da saúde da população, este estudo teve como objetivo analisar o acompanhamento prestado pelos profissionais de saúde às crianças nascidas na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Para tanto, foram analisados dados secundários dos 148 nascidos vivos no primeiro semestre do ano de 2007, na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde no município de Londrina-PR. Os resultados permitiram identificar uma taxa de registro de n.v. de 26% no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC); ausência de registros na ficha C do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Quanto aos registros dos prontuários analisados, verificou-se que em 39,6% dos n.v. havia registro de aleitamento materno exclusivo, 35,8% dos n.v. não possuíam registros de acompanhamento pondero-estatural e 71,6% possuíam algum registro de vacinas administradas. Identificou-se a inscrição de 25,0% dos n.v. no Programa de Vigilância às Crianças de Risco; 91,2% dos n.v. no Programa de Puericultura; 97,9% dos n.v. estavam registrados na ficha A (SIAB) e 71,6% dos n.v. possuíam de cinco ou mais atendimentos na UBS. Contudo, todos os nascidos vivos foram acompanhados pelo serviço, ainda que exista a necessidade de aprimoramento das ações. Portanto, propõe-se a prática do monitoramento das ações em saúde, para melhoria da qualidade da assistência integral à saúde da criança.

**Descritores:** Monitoramento; Serviços de Saúde da Criança; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

### ABSTRACT

Considering the child's health as a strategic performance of the Family Health Team and the relevance of the data concerning the live births (n.v.) for the evaluation of public health, this paper had the objective of analyzing the follow up that health professionals dispensed to the children born in the area reached by a Basic Health Unity. For such, secondary data were analyzed from 148 live births in the first semester of the year 2007, in the area reached by the UBS in the city of Londrina-PR. The results allowed us to identify a n.v. registration rate of 26% in the Births Information System (SINASC); absence of registration on the file C of Primary Care Information System (SIAB). As to the analyzed promptuary registration, it was noticed that in 39.6% of the n.v. there was an exclusive breastfeeding registration; 35.8% of the n.v. did not present any weight and height ratio follow up registration and 71.6% had some vaccine taking registration. It was identified the enrollment of 25.0% of the n.v. in the Risk Children Vigilance Program, 91.2% of the n.v. in the Child Health Program, 97.9% of the n.v. were registered on the file A (SIAB) and 71.6% of the n.v. had five or more check ups at the UBS. However, all the live births have been followed up by the service, even though there is still a need of activity improvement. Thus, a practice of health activity monitoring is proposed for quality improvement on the full child health assistance.

**Key words:** Monitoring; Child Health Service; Primary Health Care; Family Health.

## INTRODUÇÃO

Diversos movimentos para a implementação da atenção integral à saúde da criança vêm sendo desenvolvidos ao longo das últimas décadas. No início dos anos 80, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), juntamente com a Organização Mundial da Saúde (OMS), lançou a "Revolução pela sobrevivência e desenvolvimento da criança, com enfoque no diagnóstico do estado nutricional". Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) publica manuais de atenção básica sobre o acompanhamento e crescimento da criança. Surge o primeiro Cartão da Criança, elaborado pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC). Assim, com a implementação das ações em prol da saúde da criança, houve uma contribuição para a modificação no perfil epidemiológico de mortalidade infantil<sup>1</sup>.

Em 2004, o MS lança a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, a qual ressalta a organização da assistência à população infantil integral, qualificada e humanizada em todos os níveis de complexidade<sup>2</sup>.

Essa agenda propõe linhas de cuidado para a atenção integral à criança que devem ser incorporadas pelas equipes de saúde da família: promoção do nascimento saudável; acompanhamento do recém-nascido de risco; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e imunização; promoção do aleitamento materno e alimentação saudável; atenção aos distúrbios nutricionais e anemias carenciais e abordagem das doenças respiratórias e infecciosas<sup>2</sup>.

Dessa forma, o Programa Saúde da Família (PSF), implantado em 1994 como principal estratégia para a reorganização da atenção básica, foi denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2006, com a chamada Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e torna-se essencial para a atenção integral à criança.

Para a elaboração das ações de cuidado em saúde integral e sua avaliação, torna-se imprescindível a informação, constituindo-se fator norteador sempre presente na tomada de decisões e estruturação de projetos na área da saúde. Porém, para se ter as informações necessárias, precisam-se de dados, o que denota a importância de um sistema de informação organizado e de fácil acesso.

O Sistema de Informação dos Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros registros disponíveis na unidade de saúde são fundamentais para a análise do acompanhamento adequado prestado às crianças. Os dados sobre nascidos vivos permitem a avaliação dos níveis de saúde da população, o que subsidia o planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde<sup>3</sup>, além de refletirem a qualidade do cuidado.

Considerando-se o contexto apresentado e as linhas de cuidado colocadas como fundamentais pela agenda, se faz necessário o acompanhamento prestado pelos profissionais de saúde às crianças nascidas na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo analisar o acompanhamento prestado pelos profissionais de saúde às crianças nascidas na área de abrangência de uma UBS.

## METODOLOGIA

O estudo foi realizado na área de abrangência de uma UBS, localizada na região sul do município de Londrina, cidade do Norte do Paraná, que possui aproximadamente meio milhão de habitantes. Essa unidade presta atendimento de enfermagem, clínica médica, pediatria, ginecologia e odontologia a uma população total de 11.059 habitantes (segundo dados do IBGE, 2006). Aproximadamente 98% da população referida utilizam os serviços prestados pela UBS. Três equipes de Saúde da Família prestam atendimento a toda população da área de abrangência (composta por 12 bairros) da unidade, que funciona de segunda a sexta-feira, das 7 às 19 horas.

Foram identificados 172 nascidos vivos (n.v.), no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2007, filhos de mães residentes na área de abrangência da unidade no momento do parto.

As fontes de dados utilizadas foram secundárias. Das fichas do SINASC foram levantados dados de identificação e de residência da mãe, data de nascimento, sexo, peso da criança e local de ocorrência do nascimento; dos prontuários foram obtidos os registros quanto à inscrição nos Programas de Puericultura e de Vigilância às Crianças de Risco. Quanto ao esquema vacinal, curva pondero-estatural e aleitamento materno. Além disso, foram utilizados outros registros alternativos disponíveis na unidade de saúde,

denominados caderno do Agente Comunitário da Saúde (ACS) e livro de puericultura.

Em um primeiro momento, os nascimentos ocorridos no primeiro semestre de 2007, na área de abrangência, foram levantados na Gerência de Informação em Saúde responsável, em nível municipal, pelo processamento dos eventos vitais. A seguir, realizou-se a identificação dos registros das crianças na unidade de saúde, disponíveis no: prontuário individual, ficha A, ficha C, cartão sombra e registros alternativos. Posteriormente, ocorreu a coleta de dados nos registros da unidade, levantados para identificar o acompanhamento prestado aos nascidos vivos durante os seis primeiros meses de vida, pelas equipes de saúde da UBS.

A análise de dados foi feita no programa Epi Info versão 3.3.2 de 2005, sendo realizada frequência simples. Para conferência dos dados obtidos, foi realizada análise manual dos dados levantados no estudo.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento validado em outras Unidades do município que integram uma pesquisa maior, intitulada “Implantação e Desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná”, com financiamento do CNPq. Tal pesquisa foi pensada a partir da ocorrência do processo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde no município de Londrina e visa avaliar as modificações das práticas profissionais relacionadas ao acompanhamento prestado à população<sup>4</sup>.

Os princípios éticos que são contemplados na resolução 196/96, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, foram respeitados por esta pesquisa, que se submeteu à aprovação do “Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos”, da Universidade Estadual de Londrina, tendo sido aprovada em 13/11/2006, por meio do Parecer nº 287/06, CAAE nº 0218.0.268.000-06.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, 129 n.v. foram identificados pelo SINASC, dos quais dois não residiam na área de abrangência no momento do parto e 40 não constavam dos registros dos ACS. Entretanto, desses 40, 38 eram de conhecimento dos ACS quando questionados sobre as crianças. Assim, 127 n.v. foram identificados pelo SINASC e, além disso, foram levantados mais 45 n.v. junto aos registros da unidade de saúde que não constavam do sistema de informação, revelando que 26,0% dos n.v. não estavam incluídos no banco de dados do SINASC referente à área de abrangência da UBS em estudo. Chegou-se, então, ao total de 172 n.v. residentes na área de abrangência por ocasião do parto e, destes, foram excluídos 24 n.v. (22 n.v. haviam mudado para áreas de abrangência de outras UBS; 02 n.v. foram a óbito), sendo a população de estudo 148 n.v. acompanhados em seus registros de atendimentos por um período de seis meses. (Figura 1).

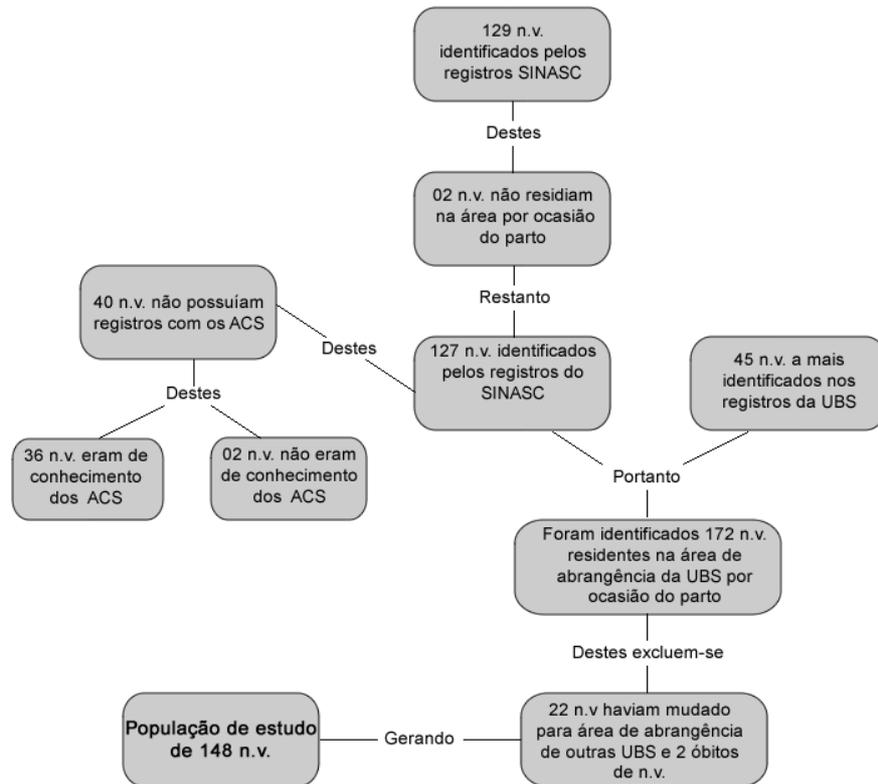


Figura 1 - Fluxograma de análise da população de nascidos vivos em estudo.

Em 1990, devido à inexistência de uma cobertura nos registros dos nascidos vivos e da necessidade de se conhecer a distribuição destes de acordo com alguns indicadores importantes sob o ponto de vista epidemiológico (peso ao nascer, índice de apgar, duração da gestação, tipo de parto, paridade, idade e instrução da mãe), o MS implantou o SINASC no Brasil, tendo como instrumento de coleta de dados a Declaração de Nascido Vivo (DN)<sup>5</sup>.

A avaliação do registro de nascimento tem sido uma preocupação das autoridades de saúde desde a década de 40. Vários estudos vêm sendo desenvolvidos com técnicas variadas de mensuração desses registros. A primeira taxa de registro de nascidos vivos (38%) foi apresentada por Saade<sup>6</sup> (1947) após estudo realizado em Vitória, no Espírito Santo. Em 1973, o IBGE<sup>7</sup> realizou um estudo em nível nacional (por meio de coleta de dados em domicílio), identificando uma taxa n.v. não registrados para a área urbana de 27,3%.

Estudos mais recentes, em relação ao registro de n.v., mostraram grandes diferenças em diferentes regiões do país. Portela<sup>8</sup> (1989) identificou uma taxa para Piripiri, interior do Piauí, de 68%, no período de 1983/84, e Souza<sup>9</sup> (1992), em Maringá (Paraná), mostrou uma estimativa de 9,1%, em 1989. Tais pesquisas sugerem que os registros podem estar aquém do validado por ter como causas

as diferentes características socioeconômicas e regionais do país, e as taxas de registro atrasado de nascimento.

Assim, os dados encontrados de n.v. não registrados de 26% demonstram a necessidade de intervenção, uma vez que se aproximam dos dados apresentados em nível nacional, quando ainda não se haviam consolidado ações de atenção integral à criança, e se distanciam da estimativa de dados de outras regiões que possuem características socioeconômicas e regionais similares.

As debilidades ainda apresentadas por esse sistema diminuem a possibilidade de prestar uma assistência à saúde da criança, pois, como preconizado pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, por meio desse sistema ocorre a obtenção de informações para o planejamento de ações dirigidas às crianças do território: identificação de todas as crianças nascidas vivas para a organização do serviço de maneira a dar cobertura a 100% das crianças na promoção de sua saúde, com o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento, imunização e atendimento a intercorrências patológicas agudas na infância; identificação das crianças de risco ao nascimento que necessitam de acompanhamento prioritário, e construção das taxas de mortalidade da

população sob responsabilidade do serviço de saúde<sup>2</sup>.

Verificou-se que, embora o SINASC não refletisse a totalidade dos nascidos vivos na área de abrangência daquela unidade, estes eram acompanhados direta ou indiretamente pelas equipes de saúde, pois dos 40 n.v. que estavam identificados pelo SINASC e não tinham registros com os ACS, apenas dois não eram de conhecimento dos mesmos (Figura 1).

#### Monitoramento dos nascidos vivos

O monitoramento, em sua concepção geral e de origem, *monitoring* (atividade de olhar, observar, controlar qualquer coisa com um fim definido) é entendido como uma atividade repetitiva, regular, preventiva e desenvolvida para evidenciar ou medir um risco<sup>10</sup>. As informações produzidas no cotidiano da atenção permitem a realização de atividades de monitoramento, as quais possibilitam a avaliação da situação de saúde da população, do trabalho em saúde e dos

resultados das ações, tornando-se indispensáveis para a orientação da implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde<sup>11</sup>.

Para o acompanhamento das ações e resultados das atividades realizadas pelo ESF, dentro do contexto de reorganização do SUS, foi criado em 1998 o Sistema de Informação da Atenção Básica, o qual incorpora conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária<sup>12</sup>. O SIAB possui vários instrumentos (ficha A, ficha B – GES, ficha B – HA, ficha B – DIA, ficha B – TB, ficha B – HAN, ficha C e ficha D) que servem para alimentar o banco de dados. Tais dados são gerados pelos ACS. Para verificar o acompanhamento prestado à criança, foram analisadas a utilização, pelas equipes de saúde da família, da ficha A (de cadastramento das famílias) e ficha C (de acompanhamento das crianças da área).

Quanto ao registro do acompanhamento dos 148 nascidos vivos (população de estudo) na área de abrangência da unidade de saúde, foram levantados os seguintes dados (Tabela 1):

**Tabela 1** - Registros dos nascidos vivos na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde, Londrina (PR), 2007.

	SIM		NÃO		IGNORADO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Registro da Criança</b>						
Ficha A	145	97,9	03	2,1	-	-
Ficha C	-	-	148	100	-	-
Programa Puericultura	135	91,2	12	8,2	01	0,6
Programa de Vigilância às Crianças de Risco	37	25,0	109	73,6	02	1,4
Registros Alternativos	145	97,9	03	2,1	-	-

A ficha A é a ficha cadastral das famílias. Por conseguinte, nela estão registrados dados socioeconômicos e de moradia, além de morbidade referida dos indivíduos daquela família<sup>13</sup>, sendo relevante para a construção do perfil epidemiológico da região. Verificou-se, neste estudo, que a grande maioria (97,9%) dos nascidos vivos estão registrados na ficha A (Tabela 1). Deve-se considerar que as ACS da unidade em estudo estavam em um período de intensa atualização e reorganização dos registros na ficha A; entretanto, o adequado registro de todos os n.v. foi apresentado, fato que consolida o objetivo desse sistema como principal instrumento de monitoramento das ações da Saúde da Família.

Os registros dos n.v. referentes à ficha C (Tabela 1) evidenciam a utilização dos registros alternativos em detrimento dos oficiais. A ficha C deveria ser utilizada para o acompanhamento da assistência médica prestada e condições de saúde em menores de dois anos de idade<sup>13</sup>. Tal acompanhamento é realizado na unidade; entretanto, o caderno do agente comunitário de saúde é utilizado como forma de registro.

Tal situação evidencia uma dicotomia, uma vez que os instrumentos alternativos de registros criados na unidade em estudo contêm informações úteis para o acompanhamento das crianças, além de serem de fácil manuseio e locomoção; entretanto, são informais, individuais e subjetivos. Dessa forma, não garantem a

uniformidade e relevância de informações, nem o arquivamento das mesmas para utilização em momentos futuros, além de não terem suporte legal para sua utilização exclusiva. Portanto, registros alternativos são válidos para o acompanhamento de quaisquer grupos, desde que vinculados aos instrumentos normatizados pelo Ministério da Saúde.

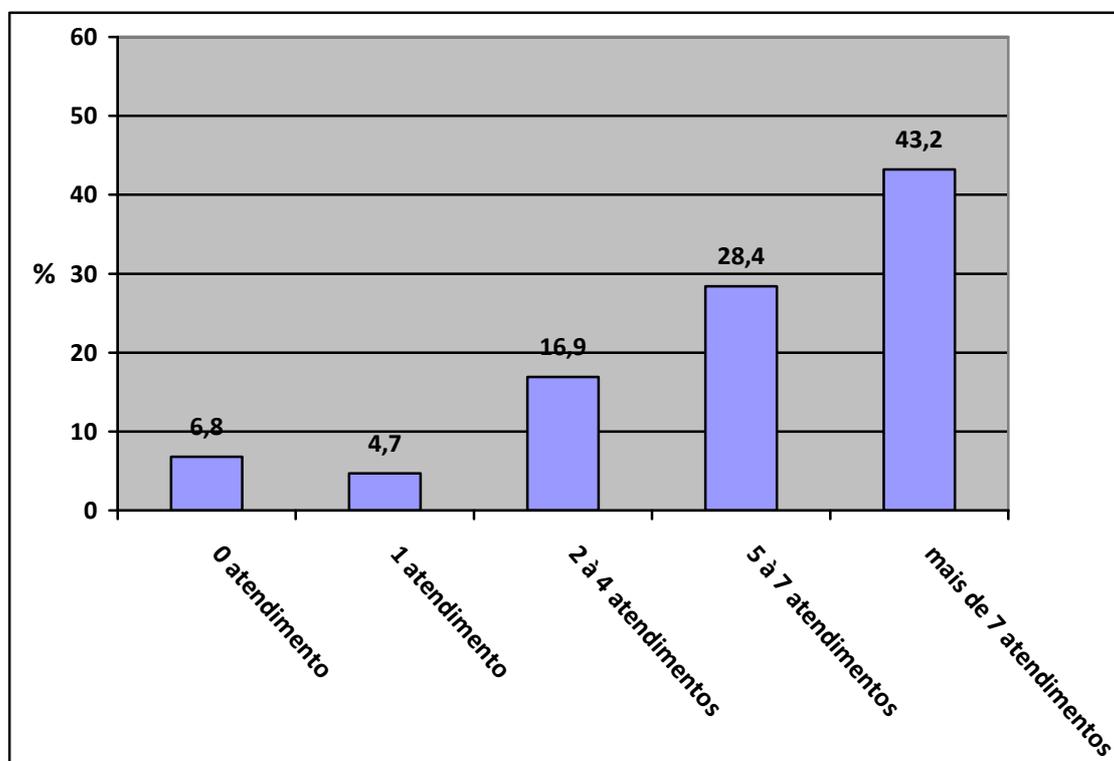
Quanto ao registro dos nascidos vivos no Programa de Vigilância às Crianças de Risco, verificou-se que na unidade havia 37 n.v. de risco e que todos estavam inscritos no programa, correspondendo a 25,0% da população total de nascidos vivos da área de abrangência e 100% de inscrição das crianças de risco. Esse programa tem como objetivo oferecer cuidados diferenciados às crianças com algum critério de risco para prevenir agravos à saúde ou a mortalidade infantil. Os critérios de risco, segundo o Ministério da Saúde<sup>14</sup>, são: residir em área de risco; baixo peso ao nascer (< 2.500 g); prematuros (< 37 semanas de idade gestacional); asfixia grave (Apgar < 7 no 5.º minuto de vida); crianças internadas ou com intercorrências na maternidade ou em unidade de assistência ao recém-nascido; orientações especiais para a alta da maternidade/unidade de cuidados do recém-nascido; recém-nascido de mãe adolescente (< 18 anos); recém-nascido de

mãe com baixa instrução (< 8 anos de estudo); história de morte de crianças (< 5 anos na família).

Estudos têm demonstrado reduções significativas no índice de morbi-mortalidade infantil após a implementação desse programa e de outros com características semelhantes<sup>1,15</sup> (Tabela 1).

A maioria das crianças (91,2%) estava inscrita no Programa de Puericultura e registrada em um livro intitulado "Livro de Puericultura", para a identificação e acompanhamento dos nascidos vivos. Verificou-se que 10 crianças realizavam acompanhamento de puericultura e vacinas em outra unidade de saúde. A puericultura tem como objetivos a promoção da saúde das crianças e a prevenção de doenças, por meio do acompanhamento neuro-psico-motor infantil e de orientações aos cuidadores. Dessa forma, a sua realização permite a identificação do contexto sócio-econômico-cultural e familiar, no qual a criança está inserida, pois esses fatores influenciam diretamente no processo saúde-doença e na rede de cuidados com a criança<sup>2</sup>.

Para verificar o acompanhamento prestado às crianças, buscou-se identificar o número de atendimentos realizados nos seis primeiros meses de vida (Figura 2).



**Figura 2** - Distribuição (%) do número de atendimentos na Unidade Básica de Saúde aos nascidos vivos de sua área de abrangência, Londrina (PR), 2007.

Observaram-se altas taxas de registro em relação aos atendimentos prestados às crianças na unidade em seus primeiros seis meses de vida, sendo que 71,6% dos n.v. possuíam cinco ou mais retornos a UBS (principalmente para a realização da puericultura e consulta médica com o pediatra da unidade). Quanto aos retornos para o acompanhamento de puericultura, verificou-se que a maioria (77,7%) dos n.v. possuía três ou mais atendimentos destinados à puericultura. Percebeu-se, ainda, que das crianças inscritas no programa de vigilância de risco, 38,2% possuíam de cinco a sete atendimentos e 26,4% possuíam mais de sete atendimentos, sendo que 67,0% dos mesmos possuíam de três a quatro ou mais retornos destinados à puericultura.

O Ministério da Saúde propõe o mínimo de seis consultas destinadas à realização de

puericultura, como um dos indicativos da qualidade da atenção à criança, além de ser a oportunidade de se avaliar a saúde dessa clientela, e implementação de ações que promovam o seu bem-estar<sup>16</sup>. E, ainda, este número de atendimentos deve ser intensificado quando a criança se enquadra nos critérios do Programa de Vigilância de Risco, necessitando de uma maior intensificação do cuidado em saúde, devendo ser acompanhada pelo enfermeiro com retornos precoces, dependendo da gravidade do caso<sup>17</sup>.

Por fim, fez-se uma análise dos registros nos prontuários quanto à vacinação, acompanhamento pondero-estatural e aleitamento materno. Esses três indicadores foram selecionados, pois representam importantes fatores no desenvolvimento saudável das crianças.

**Tabela 2** - Registros nos prontuários dos nascidos vivos quanto ao incentivo ao aleitamento materno, vacinação e acompanhamento pondero-estatural de uma Unidade Básica de Saúde, Londrina (PR), 2007.

Registro Criança	SIM		NÃO		IGNORADO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Incentivo ao Aleitamento Materno	93	62,8	45	30,4	10	6,8
Esquema Vacinal	106	71,6	32	21,6	10	6,8
Curva Pondero-estatural	85	57,4	53	35,8	10	6,8

A vacinação “visa contribuir para o controle ou erradicação de doenças infectocontagiosas e imunopreveníveis”<sup>18</sup>, uma vez que se administra microorganismos vivos atenuados, mortos ou componentes inativados de microorganismos, resultando numa resposta imunológica e na produção de anticorpos específicos, que irão atuar nesses microorganismos caso ocorra uma infecção posterior. Em virtude dessa proteção conferida, desde que foi formulado o Programa Nacional de Imunizações, em 1973, os índices de mortalidade infantil decaíram. Portanto, o acompanhamento rigoroso da cobertura vacinal nas crianças é fundamental para a prevenção de incapacidade e agravos à saúde. Assim, verificou-se que na maioria (71,6%) dos prontuários analisados havia algum tipo de registro das vacinas administradas nas crianças até o sexto mês de vida. Entretanto, entre os registros das doses de vacinas administradas, a com maior número de registros foi a BCG, seguida pelas primeiras doses de Hepatite B e Tetravalente, e a com menor número de registros foi a última dose da Hepatite B. Das 32 crianças

que não possuíam registros sobre vacinas, 10 realizavam puericultura em outra unidade de saúde.

Apesar de haver registros nos prontuários relacionados à vacinação, eles acontecem em maior proporção no primeiro atendimento e em relação às primeiras doses do calendário de imunização. Este fato torna o registro falho, o que dificulta o monitoramento das vacinas aplicadas, da conclusão do esquema completo de imunização para as vacinas que possuem mais de uma dose a ser administrada, da identificação das crianças que ainda necessitam ser vacinadas e do cálculo da cobertura vacinal para a análise da situação e elaboração de intervenções. A principal forma de registro de vacinas utilizada na unidade é a carteira de vacinação e o “cartão-sombra” (constitui uma cópia da carteira de vacinação da criança utilizada como forma de registro pelos ACS).

O acompanhamento pondero-estatural, que consiste na relação entre o peso e a estatura, é um dado importante para detectar risco de mortalidade e de doenças como

desnutrição infantil, que é responsável, ou corresponsável por inúmeros agravos à saúde das crianças. Ainda, permite o reconhecimento do sobrepeso, que vem crescendo na infância nos últimos anos<sup>1</sup>. Em razão de sua estreita dependência de fatores ambientais como alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais e de higiene, condições de habitação e saneamento básico, acesso a serviços de saúde, o crescimento é considerado como um dos indicadores de saúde de maior relevância, uma vez que reflete as condições de vida da criança<sup>1</sup>.

Mais da metade dos prontuários apresentava registros completos do acompanhamento pondero-estatural (Tabela 2). Entretanto, devido à importância desse acompanhamento como eixo referencial para todas as atividades de atenção à criança<sup>1</sup>, 35,8% dos n.v. sem esse registro compromete o rastreamento de morbidades relacionadas ao peso/estatura, cuja identificação e intervenção precoces são necessárias para a qualidade de vida, prevenção de agravos à saúde e diminuição dos índices de mortalidade infantil.

Analisaram-se os registros de orientações e incentivo ao aleitamento materno, identificando-se algum registro sobre essa prática em 62,8% dos prontuários, principalmente nos primeiros atendimentos. Observaram-se, por meio de registros em prontuários, grandes índices de desistência do aleitamento materno exclusivo e aumento do aleitamento misto (38%) e verificou-se que o índice de aleitamento materno exclusivo da população em estudo totalizou 39,6% das crianças.

O aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, e posterior complementação até os dois anos de idade ou mais, é a estratégia isolada de maior impacto e menor custo na redução da mortalidade infantil<sup>19</sup>, pois além de ser um alimento gratuito, inúmeros estudos comprovam que esse leite contém todos os nutrientes necessários para suprir as necessidades nutricionais da criança; promove o seu desenvolvimento sensor e cognitivo; protege-as contra doenças crônicas, infecciosas e alergias; diminui os índices de mortalidade infantil e o número de internamentos nas maternidades e, ainda, é rico em anticorpos (linfócito e imunoglobulinas) que auxiliam na formação do sistema imunológico do lactente. Além disso, existem vantagens para quem amamenta, pois o aleitamento previne o câncer de mama e diminui a ocorrência de hemorragias pós-parto, já que a sucção libera um hormônio (oxitocina) que estimula a contração uterina e diminui o sangramento<sup>20</sup>.

Rea<sup>21</sup>, em estudo referente às reflexões sobre a amamentação no Brasil, coloca que em um período de 25 anos (1975 a 1999) houve aumento da duração da prática de aleitamento materno de dois ou três meses, para cerca de dez meses. Entretanto, esse fato pode ser visto como positivo ou como algo que poderia estar melhor se todas as atividades relacionadas ao aleitamento materno no país tivessem sido mantidas, avaliadas, bem coordenadas. Lamounier<sup>22</sup> (1999) fala que o frequente resgate da prática da amamentação natural em todo o mundo, inclusive no Brasil, pode ser atribuído, dentre outros fatores, à ação de profissionais de saúde dedicados ao aleitamento materno, bem como à adoção de políticas de apoio, incentivo e promoção adotadas pelo Ministério da Saúde-OMS, seguindo as recomendações do UNICEF.

Um estudo nacional, realizado em 25 capitais brasileiras e no Distrito Federal, por Sena<sup>23</sup> et al (2004), em 1999, tendo como objetivo estimar a prevalência do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo para as capitais brasileiras e Distrito Federal, apresentou como resultado uma estimativa geral de prevalência de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de 7,7%. A taxa apresentada pelo presente estudo (39,6%) é considerada alta quando relacionada com as taxas apresentadas em estudos referentes ao assunto, como demonstrado pelo estudo feito nas capitais brasileiras anteriormente citado. A falta de padronização e dificuldades na realização dos registros em prontuários, gerando dados que não correspondem à realidade, podem ter interferido no dado encontrado (39,6%).

No entanto, existe a necessidade imediata de intervenção, tanto com os profissionais, que são os responsáveis pela disseminação das informações, quanto junto à comunidade, que em alguns casos conhece as vantagens do aleitamento, mas, que por inúmeros motivos, dentre os quais os culturais, deixa de amamentar.

Dos 10 registros ignorados quanto ao incentivo ao aleitamento materno, esquema vacinal e acompanhamento pondero-estatural, 9 eram referentes aos prontuários não encontrados e 1 realizava puericultura em serviço particular. Esse dado demonstra a necessidade de um maior monitoramento em relação aos registros de saúde dessa população, principalmente para aqueles que pertencem à área de abrangência da unidade e não realizam puericultura em outra UBS ou em serviços particulares, tendo como único local de atendimento a unidade referida no presente estudo.

Torna-se importante lembrar que dentre os fatores contribuintes para a dificuldade na prática do monitoramento, destacam-se algumas características existentes no serviço de saúde que dificultam o trabalho dos ACS, como a falta de funcionários e infra-estrutura. Essas características resultam na apropriação de outras funções por esses profissionais (organização dos prontuários, atendimento na recepção da unidade) em detrimento da execução das suas atribuições específicas e fundamentais para a operacionalização da atenção básica.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os nascidos vivos no primeiro semestre de 2007, na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde, são acompanhados pelos profissionais do serviço em questão, apesar de haver fragilidades no sistema de informações do município. Sugere-se um estudo mais aprofundado que busque identificar as reais causas dessa fragilidade, em nível regional, para a formulação de intervenções resolutivas que tenham impacto na taxa de registro.

Verifica-se que existem pontos a serem aprimorados, dentre os quais a qualidade dos registros, principalmente em relação ao aleitamento materno exclusivo, acompanhamento pondero-estatural e vacinação, para se alcançar uma assistência à criança com qualidade.

Portanto, propõe-se a prática do monitoramento das ações em saúde, dada a sua relevância para o planejamento e programação de intervenções que busquem a eficiente resolução dos problemas de saúde de acordo com as especificidades de cada região. Esta prática permite, ainda, a constante avaliação dos resultados produzidos a partir da implementação dos projetos e execução do cuidado em saúde pelos profissionais, tornando-se indispensável para a atenção integral à saúde da criança.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao CNPq pelo apoio financeiro para a realização do presente estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [acesso 2007 out 12]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento\\_desenvolvimento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acesso 2007 out 5]. Disponível em: [http://saude.pr.gov.br/ftp/SaudeCrianca/Agendadacrianca\\_MS.pdf](http://saude.pr.gov.br/ftp/SaudeCrianca/Agendadacrianca_MS.pdf)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Anuário Estatístico do Brasil. Sistemas e Aplicativos. Eventos Vitais [Internet]. [acesso 2007 jul 19]. Disponível em: [http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B368C7D470E2F361G64H011Jr0L0M0N&VInclude=../site/din\\_sist.php&VMapa=1](http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B368C7D470E2F361G64H011Jr0L0M0N&VInclude=../site/din_sist.php&VMapa=1)
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde: orientações para o curso [Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. [acesso 2007 jun 10]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso\\_facilitadores\\_orientacoes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_facilitadores_orientacoes.pdf)
5. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Soboll MLMS, Almeida MF, Latorre MRDO. Avaliação do sistema de informação sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde. Rev Saúde Pública. 1993 dez;27(6 supl.):1-46.
6. Saade MJ. Verificação estatística do grau de deficiência do registro de nascimentos. Rev Serv Saude Publica. 1947 jul 1(2):449-67.
7. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Soboll MLMS, Almeida MF, Latorre MRDO. Avaliação do sistema de informação sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde. Rev Saúde Pública [Internet]. 1993 dez [acesso 2009 mar 25];27(6

- supl.):1-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v27s0/01.pdf>
8. Portela MHRB. Sub-registro de nascimentos vivos em localidade do Estado de Piauí, Brasil. Rev Saude Publica. 1989 dez;23(6): 493-501.
  9. Souza RKT. Mortalidade infantil e sub-registro de nascidos vivos no município de Maringá-PR, em 1989 [dissertação] São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública;1992.
  10. Pivetta F, Machado JMH, Araújo UC, Moreira MFR, Apostoli P. Monitoramento biológico: conceitos e aplicações em saúde pública. Cad Saude Publica [Internet]. 2001 maio/jun;17(3):545-54.
  11. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. Rev Bras Saude Mater Infant. 2004 jul/set;4(3):317-21.
  12. Brasil. Ministério da Saúde. Sistemas de Informação em Saúde. O Sistema de Informação na Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [acesso 2009 mar 20]. Disponível em: <http://dev-siab.datasus.gov.br/SIAB/default.php?area=01>
  13. Silva AS, Laprega MR. Avaliação crítica do sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto. São Paulo, Brasil Cad Saude Publica. 2005 nov/dez;21(6):1821-28.
  14. Paiva NST, Anselmi ML, Santos, CB. Projeto "Viver em Cascavel": análise do fluxo de informações. Rev Lat Am Enferm 2002 jul/ago;10(4):537-43.
  15. Vasconcelos ACCP. Situação de saúde e nutrição das crianças do programa de vigilância do recém-nascido de risco no município de Santos, SP [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública;1996.
  16. Del Ciampo LA, Ricco RG, Daneluzzi JC, Del Ciampo IRL, Ferraz IS, Almeida CAN. O Programa de Saúde da Família e a puericultura. Cienc Saude Coletiva. 2006 jul/set;11(3):739-43.
  17. Silva CRT, Castro LKK, Sampaio RVL, Crippa SMT. Protocolo clínico de saúde da criança. Londrina: Secretaria Municipal de Saúde; 2006.
  18. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações. SI-PNI Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações [Internet]. Brasília: Datasus [acesso 2007 out 12]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/pni.htm>
  19. Brasil. Ministério da Saúde. Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno [Internet]. [acesso 2007 out 13]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cid\\_adao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=26350](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cid_adao/visualizar_texto.cfm?idtxt=26350)
  20. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Amazonas: aleitamento incentivado nas escolas [Internet]. Brasília: Assessoria de Comunicação SUSAM; 2005 [acesso 2007 out 13] Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/imprimir.cfm?id=1763>
  21. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. Cad Saude Publica. 2003 jan; 19(supl. 1):S37-S45.
  22. Lamounier JA. Tendências do aleitamento materno no Brasil. Rev Med Minas Gerais. 1999 abr/jun 9(2):59-65.
  23. Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. Rev Assoc Med Bras. 2007 maio/jun;53(6):520-4.

**Recebido em 24/06/2009.**

**Aceito em 11/02/2010.**