

**VIGILÂNCIA E ESTÍMULO DO PLENO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO
INFANTIL: ações realizadas por enfermeiros da Atenção Básica de Saúde**

VIGILANCE AND STIMULATION OF THE FULL GROWTH AND CHILD DEVELOPMENT:
actions carried out by primary health care nurses

Lilian Paula da Silva Pereira. Acadêmica de Enfermagem pelo Centro Universitário Tabosa de Almeida, Caruaru, PE, Brasil.

Natália dos Santos Souza. Acadêmica de Enfermagem pelo Centro Universitário Tabosa de Almeida, Caruaru, PE, Brasil.

Suéllen Valderly Silva. Acadêmica de Enfermagem pelo Centro Universitário Tabosa de Almeida, Caruaru, PE, Brasil.

Weslla Karla Albuquerque Silva de Paula. Enfermeira. Doutora. Docente do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Tabosa de Almeida, Caruaru, PE, Brasil.

Autor correspondente: Natália dos Santos Souza, Rua José Felismino, 62 - Centro; CEP 55120000 Riacho das Almas/PE, natydosantoss@gmail.com.

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

VIGILÂNCIA E ESTÍMULO DO PLENO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL: ações realizadas por enfermeiros da Atenção Básica de Saúde

RESUMO

Objetivo: Avaliar as ações de vigilância e estímulo ao crescimento e desenvolvimento infantil realizadas por enfermeiros da Atenção Básica. **Métodos:** Estudo transversal, de natureza quantitativa e com uso de critérios da avaliação normativa (estrutura e processo), realizado em 40 unidades de Estratégia Saúde da Família da zona urbana do município de Caruaru-PE. Participaram da pesquisa 503 cuidadores de crianças menores de dois anos e 40 enfermeiros. Realizou-se análise descritiva com o auxílio do software Epi Info 7. O grau de conformidade das dimensões estrutura e processo foram avaliados segundo uma matriz de julgamento. **Resultados:** Percebeu-se elevada frequência de registro das informações referentes ao crescimento na Caderneta de Saúde da Criança, à exceção daquelas pertinentes ao Índice de Massa Corporal (13,5%). 72,7% destas não continham dados sobre os marcos do desenvolvimento. A dimensão estrutura foi classificada como não adequada ao demonstrar um grau de conformidade de apenas 64%, semelhante à dimensão processo, na qual 86% das ações estavam implementadas. **Conclusões:** Observaram-se fragilidades no seguimento das ações de estímulo e vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, denotando que incentivos para a melhoria dos serviços precisam ser realizados. Espera-se que estas informações possam servir para o planejamento e organização dos serviços de atenção básica.

Palavras-chave: Crescimento; Desenvolvimento Infantil; Atenção Básica; Estratégia de Saúde da Família; Avaliação de Serviços de Saúde.

VIGILANCE AND STIMULATION OF THE FULL GROWTH AND CHILD DEVELOPMENT:
actions carried out by primary health care nurses

ABSTRACT

Objective: To evaluate the actions of surveillance and stimulation to the growth and development of children carried out by primary care nurses. **Methods:** Cross-sectional study, with quantitative nature and using normative evaluation criteria (structure and process), carried out in 40 units of Family Health Strategy in the urban area of Caruaru-PE. 503 caregivers of children under two years old and 40 nurses participated in the study. A descriptive analysis was carried out with the aid of Epi Info 7 software. The degree of conformity of the dimensions structure and process was evaluated according to a judgment matrix. **Results:** There was a high frequency of registration of information regarding growth in the Child Health Handbook, except for those related to the Body Mass Index (13.5%). 72.7% of them did not contain data on developmental milestones. The structure dimension was classified as not adequate to demonstrate a degree of compliance of only 64%, similar to the process dimension, in which 86% of actions were implemented. **Conclusions:** Fragilities were observed following the actions of stimulation and monitoring of child growth and development, denoting that incentives for the improvement of services need to be realized. It is hoped that this information can be used to plan and organize basic care services.

Key-words: Growth; Child development; Basic Attention; Family Health Strategy; Evaluation of Health Services.

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da criança no Brasil vem apresentando transformações ao longo da evolução histórica, tendo como reflexo os avanços das diretrizes das políticas sociais, bem como a implementação de programas e políticas públicas de saúde, as quais culminaram com a diminuição da mortalidade infantil.¹ Desde a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), na década de 80, à instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), em 2015, a consideração às ações de vigilância e estímulo ao pleno crescimento e desenvolvimento da criança esteve presente, tamanha a importância deste eixo estratégico para a prevenção de agravos, promoção da saúde infantil e realização de intervenções em tempo oportuno, nos casos em que possíveis desvios sejam identificados.^{1,2,3}

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

O desenvolvimento infantil compreende um processo dinâmico envolvendo um sistema de expansão das habilidades físicas, cognitivas, psicológicas e socioemocionais que levam ao aumento de competências, da autonomia e independência.⁶ É nos primeiros anos de vida, até cerca de dois anos de idade, que a criança apresenta intensa atividade cerebral em virtude da interação entre as características biológicas e experiências vivenciadas, o que faz deste período o mais importante e também onde a criança se encontra mais vulnerável a agravos.^{7,8} Em paralelo, o crescimento, expresso pelo aumento do tamanho corporal, também se constitui como um processo dinâmico e contínuo ocorrendo desde a concepção até o final da vida, tendo na infância um período de várias modificações.⁹

Portanto é imprescindível a monitorização do crescimento e desenvolvimento (C/D) na infância para que haja uma assistência longitudinal de prevenção e promoção de saúde, possibilitando a detecção precoce de possíveis alterações e logo viabilizando em tempo hábil intervenções adequadas que minimize riscos de morbimortalidade, visto que é também neste período em que a criança apresenta melhor prognóstico se a conduta ocorre precocemente. Desta forma, favorecendo um adequado desenvolvimento durante toda infância.^{7,8,9} Esse monitoramento faz parte das ações inerentes à atenção básica, porta de entrada do SUS, cujo enfermeiro membro da equipe multiprofissional assume papel principal no desenvolvimento prático destas atividades no serviço.^{8,9}

Contudo, alguns estudos que analisaram essa prática nos serviços de saúde no Brasil evidenciaram algumas fragilidades na assistência, como a desvalorização da avaliação do desenvolvimento, ausência ou incompletude de registros do desenvolvimento e dos gráficos de crescimento, não consolidação efetiva da ação de acompanhamento do crescimento, o que torna preocupante a qualidade da assistência prestada.^{7,10,11,12} Para verificar a adequação do que é preconizado nas políticas de saúde com ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica, faz-se necessária a avaliação em saúde e a institucionalização dessa prática na rotina dos serviços, visto que existem indagações com relação à qualidade da atenção à saúde da criança, a operacionalização de práticas e ações para o grupo materno infantil, além da escassez de estudos acerca da temática como apontam alguns estudos de revisão.^{7,13,14}

Diante dessas considerações, percebeu-se a necessidade de avaliar o terceiro eixo da PNAISC, a partir do referencial teórico de Donabedian.¹⁵ Assim, o presente estudo objetivou avaliar as ações de vigilância e estímulo ao crescimento e desenvolvimento da criança realizadas por enfermeiros da Atenção Básica de Saúde.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal, de natureza quantitativa e com uso de critérios da avaliação normativa que consiste, segundo Samico, Felisberto, Figueiró, Frias¹⁵, “... em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas existentes”.

Foi realizado em 40 unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) da zona urbana do município de Caruaru-PE, considerado o mais populoso (356.128 hab.) do interior do estado ¹⁶, localizado numa área territorial de 920,611 Km². Quando da elaboração do projeto de pesquisa, a cidade contava com 64 equipes da ESF, sendo 45 localizadas na zona urbana e 19 na zona rural, conforme dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do Município.

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

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

A coleta de dados aconteceu entre os meses de março e novembro de 2017, por meio de dois instrumentos elaborados pelas autoras e validado por especialistas na área. O instrumento utilizado para a coleta de informações com os enfermeiros continha um total de 50 itens distribuídos em 8 componentes relacionados à dimensão estrutura (instalação física, recursos materiais, recursos humanos, normas e rotinas) e processo (avaliação clínica, preenchimento da CSC, promoção de atividades educativas, sistema de referência e contra-referência) da ESF. A fim de complementar as informações foi utilizado também um outro instrumento direcionado aos cuidadores o qual continha 12 itens divididos em 2 componentes relacionados aos dados sociodemográficos (idade, escolaridade, ocupação, renda) e de assistência à saúde das crianças. As entrevistas ocorreram na sala de espera das Unidades de Saúde da Família, assim como nas residências dos cuidadores.

As respostas foram organizadas em um banco de dados criado no software Microsoft Excel for Windows, sendo efetuada a análise descritiva dos dados com o auxílio do programa EpiInfo 7. Foram apresentadas as frequências simples e absolutas das variáveis investigadas.

Na matriz de análise e julgamento, os componentes valorizados na dimensão estrutura e processo foram aqueles considerados essenciais para o adequado funcionamento do serviço e para uma assistência de qualidade às crianças. Foi definida por consenso, através de discussões entre os pesquisadores, tendo como base documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS). ^{17,18}

Na dimensão processo foram avaliados 4 componentes: avaliação clínica, preenchimento da CSC, promoção de atividades educativas, sistema de referência e contra-referência. No componente avaliação clínica foram analisados: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, frequência de acompanhamento e busca ativa de crianças faltosas ao acompanhamento. No componente preenchimento da CSC foi avaliado se a equipe preenchia a CSC durante as consultas de puericultura. No componente promoção de atividades educativas foi investigado se a equipe promovia atividades educativas, em grupo ou individuais, sobre estímulo do crescimento e desenvolvimento infantil e se registrava essas informações no prontuário. No componente referência e contra referência foi avaliado se a equipe realizava encaminhamento de crianças com desvio no C/D para outros níveis de atenção à saúde, se o encaminhamento era formalizado com garantia de atendimento, se era difícil marcação de consultas para o profissional de referência e se havia laboratório de referência.

Cada item foi avaliado de 0,0 a 10,0 pontos. A pontuação máxima da matriz foi de 82 pontos, sendo 32 pontos para dimensão estrutura e 50 pontos, à dimensão processo. A pontuação do processo (50) foi subdividida em: 20 pontos para “avaliação clínica”, 10 pontos para “preenchimento da CSC”, 10 pontos para promoção de “atividades educativas” e 10 pontos para “sistema de referência e contra referência”.

Cada critério dos componentes estrutura e processo foi consolidado e classificado de acordo com o grau de conformidade, em adequado (90-100% das ações implantadas), não adequado (60-89%) e crítico (<60%) ¹⁹.

A pesquisa foi desenvolvida respeitando os preceitos éticos dispostos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA), sob parecer nº 1.806.486 (CAAE: 61258916.3.0000.5203).

RESULTADOS

Foram analisadas informações referentes às 40 eSF da zona urbana do município, as quais totalizam 40 enfermeiros e 503 cuidadores de crianças menores de dois anos, havendo uma perda de 3 enfermeiros e 31 cuidadores. A Tabela 1 sumariza as características sociodemográficas dos cuidadores de crianças menores de dois anos cadastradas nas ESF do município de Caruaru. Os principais cuidadores eram as mães, com idade média de 29,7 anos e média de escolaridade de 8,5 anos de estudo, tendo como principal ocupação diária as atividades referentes ao lar. A renda média familiar informada foi de R\$ 998,74, com 61,5% das famílias possuindo entre um e dois salários ou mais, sendo que pouco mais de 40% referiu receber o bolsa família.

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

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

Em relação aos profissionais enfermeiros, a idade média foi de 38,1 anos, com tempo de formação aproximado de 12 anos, 45% referiram possuir especialização na área de Saúde da Família, além de pouco mais da metade ter realizado o curso introdutório em Saúde da Família. Quase todos mencionaram trabalhar 40 h/semanais. Verificou-se que em torno 55% dos enfermeiros responsáveis pelo atendimento às crianças estavam capacitados para execução de ações de estímulo e vigilância do C/D infantil.

No que concerne a estrutura dos serviços, com base nas informações fornecidas pelos enfermeiros, na Tabela 3, notou-se que quase totalidade das unidades dispunham de consultório médico e de enfermagem, porém apenas 62,5% possuíam área/sala para realização de atividades educativas. Aproximadamente 90% das unidades possuíam tanto sala para armazenar medicamentos, quanto local para arquivos e registros. Entretanto 10% das ESF não possuíam sala de cuidados básicos de enfermagem.

Sala multiprofissional para fins de acolhimento à demanda espontânea, para atividades coletivas e inalação só foram identificadas em 57,5% das unidades. Grande parte destas dispunham de consultório odontológico. Equipamentos e insumos como, balança eletrônica ou mecânica (97,5%), antropômetro (85%) e fita métrica (100%) para pesagem e medição das crianças estavam disponíveis em grande totalidade das unidades. Quase 63% destas tinham material educativo sobre C/D infantil saudável, todavia 32,5% dos entrevistados referiram indisponibilidade da CSC.

Quando indagados a respeito do fornecimento do xarope de sulfato ferroso, 87,5% das unidades dispunham desta medicação. Em contrapartida, quase metade não contava com as megadoses de vitamina A. Pouco mais da metade dos profissionais afirmaram que a quantidade de medicamentos não atendia a demanda da unidade, acabando na maioria das vezes na metade do mês.

Apenas 52,5% das eSF encontrava-se em conformidade quanto à presença da equipe mínima, onde mais da metade não possuía número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada. Grande parte dos enfermeiros relataram ter acesso aos manuais do MS sobre C/D. Constatou-se que 90% desses profissionais realizava solicitação de exames bioquímicos para as crianças.

Ao analisar os componentes da dimensão processo (Tabela 4), os enfermeiros alegaram realizar o acompanhamento do C/D infantil por meio da utilização da CSC, realizar busca ativa dos casos faltosos e relataram encaminhar, quando necessário, as crianças com desvio no C/D para serviços de maior complexidade. Este encaminhamento para a referência era formalizado com garantia de atendimento em quase 93% dos casos, não sendo difícil marcar a consulta para o profissional da referência. Tendo em vista que nem toda unidade possuía apoio matricial do Núcleo Apoio à Saúde da Família (NASF), quase 18% não encaminhava crianças com desvio no C/D para este núcleo de apoio e quase totalidade das unidades de saúde dispunham de laboratório de referência para realização de exames.

A frequência das consultas de puericultura em menores de 1 ano acontecia predominantemente todos os meses, enquanto que naquelas entre 1 e 2 anos, chama atenção que uma pequena parcela (5%) das eSF não realizava acompanhamento de crianças nesta faixa etária.

Assim, de modo geral a dimensão estrutura foi classificada como não adequada ao demonstrar um grau de conformidade de apenas 64%. Da mesma maneira, a dimensão processo evidenciou-se não adequada, apresentando 86% de suas ações implementadas.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo evidenciam consideráveis condições sociodemográficas dos cuidadores ao apresentarem nível de escolaridade compatível com a média nacional ²⁰ e renda familiar acima da média apresentada pelo estado de Pernambuco, porém abaixo da média nacional ²¹, com menor número de beneficiários do bolsa família. Estes dados se expressam como informações importantes para subsidiar as condutas do profissional frente à criança e seus familiares. ¹²

Considerando que mais da metade das crianças possuíam idade inferior a 12 meses com acompanhamento maior nessa faixa etária, a frequência com que as crianças realizavam as consultas de puericultura estava de acordo com o que preconiza o MS, o qual recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida, além de duas consultas no segundo ano. ¹⁷ Época em que estas apresentam maior risco e com necessidade de consultas periódicas. Ao passar desta faixa etária as consultas preventivas passam progressivamente a se restringir às questões voltadas a possíveis agravos à saúde. ²²

Boa parte dos cuidadores alegaram ter recebido orientações sobre o C/D da sua criança, além de referir a realização de exame físico e de medidas antropométricas por parte da equipe. A participação e o envolvimento do cuidador nesse processo de estímulo do C/D e o fornecimento de informações acerca das condições de saúde da criança constituem formas de cuidar e de continuidade do cuidado. ²²

Embora a maioria das crianças possuísem a CSC, não havia o seu adequado preenchimento, principalmente no que concerne a curva de IMC para idade e ao registro dos marcos do desenvolvimento.

A avaliação constante e utilização da curva do IMC é recomendada desde o nascimento da criança por possibilitar indicar e acompanhar o índice de adiposidade e, portanto de possíveis alterações nutricionais de forma precoce, se devidamente avaliado e registrado ^{11,22,23}, no entanto, as recomendações do MS não estão sendo seguidas pelos profissionais, considerando que apenas 16% das cadernetas avaliadas possuíam esse registro.

No que concerne às informações referentes aos marcos do desenvolvimento, chamou atenção a baixa frequência destes registros. Corroborando com os achados de um estudo realizado em Cuiabá - MT, em que houve ausência de anotação deste indicador na maioria das cadernetas analisadas. ¹⁰ O adequado preenchimento das cadernetas não pode ser visto só como parte administrativa, e sim como ferramenta de promoção à saúde das crianças, o que pode refletir na qualidade da assistência prestada e se constitui como importante veículo de informação entre os profissionais, além de possibilitar cuidados contínuos. ^{10,22-24}

A avaliação das dimensões estrutura e processo demonstrou inadequações. No que diz respeito a estrutura, verificou-se que um considerável número de unidades não dispunham de ambientes adequados para o desenvolvimento de atividades educativas, acolhimento à demanda

espontânea, sala de atividades coletivas para os profissionais, sala de inalação coletiva. Faltam medicamentos, e em algumas unidades material educativo sobre C/D, antropômetro e CSC.

Um estudo de revisão da literatura apontou para uma falta de estrutura e improvisação nas instalações de saúde que compromete o desempenho do serviço podendo apresentar um impacto negativo no monitoramento das crianças.²² Para que as ações de vigilância e estímulo tornem-se viáveis é necessário que haja um adequado espaço físico e equipamentos devidamente mantidos e calibrados.^{11,24} Assim, a estrutura e recursos materiais se constituem em meios pelos quais o desenvolvimento das ações se concretize.

Verificou-se um elevado percentual de enfermeiros que não possuíam especialização em saúde da família, apesar de terem realizado o curso introdutório. Boa parcela das equipes encontrava-se incompleta, além de não terem sido capacitadas para executar as ações direcionadas para o público infantil. A carência de capacitação profissional pode comprometer o desenvolvimento das ações preconizadas²⁵ e deve ser uma ação política prioritária na ESF.²⁴

A existência de normas e protocolos do MS se fez presente em mais da metade das unidades. Estas são importantes para a sistematização e otimização da assistência, suporte em caso de dúvidas, além de servir de material para treinamento. O acesso e a adequada utilização de protocolos podem contribuir no acompanhamento e na identificação de possíveis alterações no processo de C/D.^{11,12,24}

No que concerne ao processo, existem algumas características que são exigidas para que a efetividade da prática seja alcançada, a exemplo da avaliação (aferição de medidas antropométricas) mensal de acordo com a idade da criança, além da utilização de instrumentos de registros, entre eles o prontuário e a CSC, ferramentas essas essenciais para acompanhamento da população.²⁵

Uma avaliação seguida de uma boa interpretação de dados durante uma consulta de puericultura pode proporcionar a identificação de algum tipo de desvio no C/D que possa imprimir maior risco de morbi/mortalidade, deixando a equipe em alerta e permitindo a tomada de decisão em tempo oportuno.²⁵ Neste estudo a maioria das crianças são encaminhadas, quando há algum tipo de desvio, ao NASF ou a outros níveis de atenção (média e alta complexidade).

Os resultados observados neste estudo devem ser vistos com cautela, uma vez que a elaboração da matriz de julgamento não contou com a participação de um representante da secretaria de saúde do município, o qual poderia analisar se os itens incluídos nesta matriz estavam de acordo com as proposições da linha de cuidado à saúde da criança no município, no que concerne às ações de vigilância e estímulo do C/D. Apesar dessa limitação, tais resultados podem trazer contribuições importantes a profissionais e gestores da Atenção Básica à Saúde para o planejamento das ações e organização dos serviços.

As falhas nos registros e devido preenchimento das CSC mostram que a maioria dos profissionais não avaliam todos os marcos considerados imprescindíveis para a vigilância do C/D da saúde da criança. Pode-se constatar que o acompanhamento, seguido da forma preconizada, age como dispositivo de promoção à saúde sendo necessário fortalecer e exercitar ações que objetivem melhorias nos serviços que participaram da pesquisa. Uma boa estrutura e disponibilização de equipamentos e insumos são imprescindíveis para prestação de uma assistência de qualidade à criança, isso possibilita que os profissionais desenvolvam suas atividades, tendo como base o seguimento e implementação das políticas públicas vigentes.

REFERÊNCIAS

1. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Toso BRGO, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm.* 2014 nov-dez; 67(6): 1000-7.
2. Silva SA, Fracolli LA. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 jan-fev; 69(1): 54-61.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. [Acesso em 2016 ago. 05]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html
4. Lima LG, Nobre CS, Lopes ACMU, Rolim KMC, Albuquerque CM, Araújo MAL. A utilização da Caderneta de Saúde da Criança no acompanhamento infantil. *R bras ci Saúde.* 2016; 20(2): 167-174.
5. Silva FB, Gaíva MAM, Mello DF. Utilização da caderneta de saúde da criança pela família: percepção dos profissionais. *Rev Texto Contexto Enferm.* 2015 Abr-Jun; 24(2): 407-14.
6. Daelmans B, Black MM, Lombardi J, Lucas J, Richter L, Silver K, et al et al. Effective interventions and strategies for improving early child development. *BMJ.* 2015; 351: h4029.
7. Zeppone SC, Volpon LC, Del Ciampo LA. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. *Rev Paul Pediatr.* 2012; 30(4): 594-599.
8. Oliveira LL, Costa VMR, Requeijo MR, Rebolledo RS, Pimenta AF, Lemos SMA. Desenvolvimento infantil: concordância entre a caderneta de saúde da criança e o manual para vigilância do desenvolvimento infantil. *Rev Paul Pediatr.* 2012; 30(4): 479-485.
9. Silva KD, Araújo MG, Sales LKO, Valença CN, Morais FRR, Morais IF. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na visão de mães da estratégia saúde da família. *Rev. Bras. Pesq. Saúde.* 2014 abr-jun; 16(2): 67-75.
10. Gaíva MAM, Abud SM. Registro dos dados de crescimento e desenvolvimento na caderneta de saúde da criança. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015 jun; 36(2): 97-105.
11. Carvalho MF, Lira PIC, Romani SAM, Santos IS, Veras AMCA, Filho MB. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2008 mar.; 24(3): 675-685.
12. Rocha ACD, Pedraza DF. Acompanhamento do crescimento infantil em unidades básicas de saúde da família do município de Queimadas, Paraíba, Brasil. *Rev Text Contex Enferm.* 2013 out-dez; 22(4): 1169-1178.

13. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLSM, Reis RS, Franceschini SCC. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). *Rev Cien Saude Colet.* 2011; 16(7): 3229-3240.
14. Caminha MFC, Silva SL, Lima MC, Azevedo PTACC, Figueira MCS, Filho MB. Vigilância do desenvolvimento infantil: análise da situação brasileira. *Rev Paul Pediatr.* 2017; 35(1): 102-109.
15. Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. Avaliação em saúde. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. P. 10-11.
16. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada. [Acesso em 2017 out. 03]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/caruaru/panorama>.
17. Ministério da Saúde (BR). Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF; 2012. Cadernos de Atenção Básica, n° 33.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, DF; 2004. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
19. Santos YR, Oliveira VC, Guimarães EAA, Silva BS, Moraes JT, Cortez DN. Avaliação normativa das salas de vacina da região Oeste do estado de Minas Gerais, de outubro de 2015 a agosto de 2016. *Vigil. sanit. debate.* 2017; 5(3): 44-52.
20. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - Educação. [Acesso em 2018 abr. 16]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?edicao=18971&t=resultados>
21. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE divulga o rendimento domiciliar per capita 2017. [Acesso em 2018 abr. 16]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilio_s_continua/Renda_domiciliar_per_capita/Renda_domiciliar_per_capita_2017.pdf
22. Almeida AC, Mendes LC, Sad IR, Ramos EG, Fonseca VM, Peixoto MVM. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil: Revisão sistemática de literatura. *Rev Paul Pediatr.* 2016; 34(1): 122-131.
23. Moreira MDS, Gaíva MAM. Monitoring of child growth and development: analysis of records of nursing consultations. *R. pesq. cuid. fundam.* 2013 abr./jun; 5(2): 3757-66.
24. Pedraza DF. Growth surveillance in the context of the Primary Public Healthcare Service Network in Brazil: literature review. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2016 jan. / mar; 16 (1): 7-19 .

25. Carvalho EB, Sarinho SW. A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças na Estratégia Saúde da Família. *Revista de Enfermagem UFPE*, Recife, dez., 2016; 10 (Supl. 6): 4804-4812.

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

VARIÁVEIS	n	%
CRIANÇAS		
Idade (meses)		
< 12	293	58,2
12 a 23	210	41,8
CUIDADORES		
Escolaridade (anos)		
< 8	182	36,1
≥ 8	321	63,9
Trabalho Remunerado		
Sim	106	21,0
Não	397	79,0
Renda Familiar (SM)		
0 a < 1	194	38,5
1 a < 2	226	45,0
≥ 2	83	16,5
Bolsa Família		
Sim	210	41,27
Não	293	58,2

SM – Salário Mínimo (1SM = R\$ 937,00)

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

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

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

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

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

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

VARIÁVEIS	n	%
Avaliação Clínica		
Realiza acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil	40	100
Frequência do acompanhamento de crianças < 1 anos		
Mensal	39	97,5
Bimensal	1	2,5
Frequência do acompanhamento de crianças < 2 anos		
Mensal	3	7,5
Bimensal	12	30,0
Trimestral	13	32,5
Semestral	10	25,0
Não acompanha	2	5,0
Realiza busca ativa de crianças faltosas	40	100
Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança		
Preenche a caderneta de saúde da criança	40	100
Promoção de atividades educativas		
Promove atividades educativas sobre estímulo do C/D infantil	34	85,0
Sistema de referência e contra-referência		
Realiza encaminhamento de crianças com desvio no C/D para nível de maior complexidade	40	100
Realiza encaminhamento de crianças com desvio no C/D para o NASF	33	82,5
O encaminhamento para a referência é formalizado com garantia de atendimento	37	92,5
É difícil marcar a consulta de crianças com desvio no C/D para o profissional de referência	10	25,0
A equipe dispõe de laboratório de referência para realização de exames	37	92,5