

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGISTROS DAS FICHAS “C” DE CRIANÇAS MENORES DE 01 ANO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MONTES CLAROS/MG

Assessing the quality of form “C” records, for children under one year old, by the Family Health Teams of Montes Claros, MG

Cláudia Mendes Campos Versiani¹, Conceição Vieira da Silva Ohara²,
Eliane Campos Leite Saporolli³, Patrick Leonardo Nogueira da Silva⁴,
Edilene Oliveira Amara⁵, Leila das Graças Siqueira⁶

RESUMO

O presente estudo objetiva avaliar a qualidade dos registros das fichas “C” de crianças menores de um ano acompanhadas pelos agentes comunitários de saúde das equipes de saúde da família do município de Montes Claros/MG. Este é do tipo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, sendo utilizada a análise documental como técnica para a coleta de dados. Das 1101 fichas analisadas, os dados obtidos nesta pesquisa mostram que, com relação à curva de crescimento das crianças, 643 fichas estavam inadequadas ao preenchimento dos registros, 330 estavam parcialmente adequadas e apenas nove fichas estavam em adequação. Quanto à situação alimentar e nutricional, a maior parte das fichas (n=965) não apresentava os dados, 122 fichas inadequadas ao dado e apenas 14 com adequação dos dados. Em se tratando da situação vacinal, a maior parte das fichas (n=971) encontra-se parcialmente adequada. Portanto, conclui-se que o registro dos dados ainda precisa ser melhorado por meio de capacitações à equipe de saúde da família, a fim de melhor monitorizar a população assistida.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado da Criança; Programa Saúde da Família; Agente Comunitário de Saúde; Epidemiologia Descritiva.

ABSTRACT

The present study aims to evaluate the quality of the Form "C" records for children under one year old who were monitored by the community health workers from the family health care teams of the city of Montes Claros, MG. This is a descriptive, retrospective study with a quantitative approach, using document analysis as the data collection technique. Of the 1,101 forms analyzed, the data obtained in this study show that, with respect to the growth curve for children, 643 forms were inadequate for completing the records, 330 were partially adequate, and only 9 forms were in compliance. As to the food and nutritional situation, most of the forms (n=965) had no data, 122 forms had inadequate data, and only 14 had adequate data. In the case of vaccination status, most of the forms (n=971) were found partially adequate. We conclude that the record data still needs to be improved through training for the family health team in order to better monitor the population served.

KEYWORDS: Child Care; Family Health Program; Community Health Agent; Descriptive Epidemiology.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Docente da Unimontes e das Faculdades Unidas do Norte de Minas (Funorte).

² Enfermeira. Doutora e Mestre em Enfermagem pela Unifesp. Professora Adjunta da Unifesp.

³ Enfermeira. Doutora e Mestre em Enfermagem pela Unifesp. Professora Adjunta da Unifesp.

⁴ Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família pela Unimontes. Pós-Graduando em Didática e Metodologia do Ensino Superior pela Unimontes. E-mail: patrick_moces70@hotmail.com.

⁵ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela Unimontes. Docente da Funorte.

⁶ Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Doutoranda em Ciências da Saúde pela Unimontes. Docente da Unimontes e da Funorte.

INTRODUÇÃO

A organização da prestação de atendimento à saúde da população brasileira está consolidada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme define a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em que se estabelecem os princípios e diretrizes: universalidade de acesso a todos os níveis de assistência, integralidade e igualdade dessa assistência (equidade), participação da comunidade (controle social) e descentralização político-administrativa.¹

No Brasil, o primeiro nível de assistência à saúde do SUS é denominado de Atenção Básica à Saúde (ABS), conceituado como um conjunto de ações de saúde que engloba a promoção, prevenção, diagnóstico, prestação do cuidado (tratamento e reabilitação). Essas ações são dirigidas a populações em territórios (território-processo) bem delimitados, que assumem a responsabilidade, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver a maioria dos problemas de saúde das populações, sendo estes os problemas de maior frequência e relevância.²

Para consolidar o SUS, o Ministério da Saúde (MS) implantou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), como tática de reorganização da Atenção Básica.¹ Esta estratégia propõe-se a transformar o tradicional modelo sanitário médico brasileiro medicamentoso, hospitalocêntrico, curativista e individualista, em um modelo de saúde coletivo, multiprofissional e centrado na família e comunidade.³

Atendendo às necessidades dessa estratégia, foi desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em 1998, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como uma ferramenta de gerenciamento das informações da Atenção Básica, tendo como ponto de partida o monitoramento direto da população assistida pelas equipes de saúde.

O SIAB permite acompanhar, avaliar e diagnosticar o estado de saúde das famílias cadastradas, bem como monitorar o desempenho dos serviços e propiciar a elaboração de um planejamento adequado das ações de saúde.

Os dados coletados mensalmente neste sistema de informação são consolidados, produzindo relatórios que possibilitam às equipes de saúde e ao gestor o acompanhamento das atividades desenvolvidas e, conseqüentemente, levam a permitir a avaliação da qualidade do serviço prestado.

Um dos relatórios gerados pelo SIAB é denominado Situação de Saúde e Acompanhamento (SSA2) que aborda, entre outros dados, o monitoramento das crianças menores de dois anos. Os dados utilizados por este relatório

são oriundos da Ficha “C”, também conhecida como cartão espelho, que é a cópia da Caderneta da Saúde da Criança, utilizada nos serviços de saúde do Brasil. Esta ficha é um instrumento de registro para coleta mensal de dados das crianças menores de dois anos. Ela permite registrar informações sobre a identificação da criança, dados neonatais, monitoramento da alimentação, imunização, peso e desenvolvimento. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o responsável pela transcrição desses dados e deve consolidá-los mensalmente para alimentar o sistema de informação relativo à saúde da criança.⁴

O registro de informações é uma ferramenta importante para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, e, quando redigido de maneira que retrate a realidade a ser documentada, possibilita a comunicação permanente. Além disso, pode destinar-se a diversos fins como ensino, pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamentos e outros. É, portanto, um dos canais de comunicação escrita usado pela equipe de saúde no desenvolvimento de suas ações, constituindo um instrumento legal para a equipe de saúde, cliente e instituição.⁵⁻⁶

Dessa forma, o registro é considerado um critério de avaliação de qualidade da prestação de serviços de saúde, ou seja, a qualidade dos registros efetuados é o reflexo da qualidade de assistência prestada, sendo ponto-chave para informar a respeito do processo de trabalho.⁷

Diante dessas considerações, aliada à vivência de uma das autoras procurou-se obter respostas a algumas perguntas relacionadas à qualidade dos registros do SIAB, selecionando para este trabalho, a seguinte questão: por que o SSA2 apresenta alto percentual de aleitamento materno exclusivo (AME) e baixo número de registros de crianças pesadas no mês?

Esta investigação foi ancorada na concepção sistêmica de avaliação de serviços de saúde, e adotando-se a abordagem de processo, ao focar a dimensão da qualidade dos registros das fichas espelho da Caderneta da Criança, em três aspectos: crescimento infantil, situação alimentar/aleitamento e imunização.

Dessa forma, este estudo objetivou avaliar a qualidade dos registros nas fichas das crianças menores de um ano, acompanhadas pelos ACS nas equipes de ESF em Montes Claros.

METODOLOGIA

Este estudo é do tipo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, sendo utilizada a análise documental como técnica para a coleta de dados.

A pesquisa foi realizada no município de Montes Claros/MG, no período de outubro de 2010 a janeiro de

2011, e foram utilizados 97% das Fichas “C” das crianças menores de um ano, que foram informadas no SSA2, nas 26 equipes da ESF, que compõem a área de abrangência dos Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF) Eldorado, Santos Reis, Delfino Magalhães e Vila Sion, totalizando 1.101 cartões espelhos levantados.

As variáveis definidas no estudo foram identificadas baseadas nos dados existentes na Ficha “C” das crianças e, para este artigo, selecionamos as variáveis: curva de crescimento, situação alimentar/amamentação e imunização.

Estas três variáveis foram categorizadas em:

1. Curva de crescimento.

- a) Adequado: peso lançado na ficha e construída a curva e registro a caneta na atividade.
- b) Parcialmente adequado: peso marcado na ficha, não sendo construída a curva de crescimento, mas possibilita uma leitura frente à situação nutricional, registro realizado a lápis ou a caneta.
- c) Inadequado: peso registrado só em número absoluto, curva inexistente, cartão usado não corresponde ao sexo da criança.
- d) Inexistente: não existe nenhum registro de peso da criança anotado na ficha.

2. Situação alimentar/amamentação.

- a) Adequado: existe registro a caneta sobre a situação alimentar, usando codificação e local adequado.
- b) Inadequado: existe registro a caneta ou a lápis sobre situação alimentar em algum lugar da ficha, não especificando a idade, de forma não contínua e com presença de rasura.
- c) Inexistente: não existe nenhuma informação na ficha sobre a situação alimentar da criança.

3. Imunização.

- a) Adequado: existe registro legível das vacinas tomadas, sendo a caneta, no qual constam: a data da administração, o lote da vacina recebida e o nome da Unidade Básica de Saúde (UBS) que administrou a dose. Não tem data do retorno.
- b) Parcialmente adequado: há registro das vacinas to-

mas escritas a caneta, constando apenas a data de administração, não sendo lançado o registro relacionado ao lote da vacina e o nome da UBS em que a criança tomou a vacina. Presenças de rasuras.

- c) Inadequado: todos os registros de vacinas encontram-se a lápis, além da presença de anotações extras (data de retorno, aleitamento e vitamina A) na parte destinada à vacina.
- d) Inexistente: não há nenhum registro relacionado à vacina.

Para proceder à coleta de dados, a pesquisadora visitou todas as unidades portando o ofício emitido pelo chefe de divisão da atenção primária, autorizando a pesquisa. Foi solicitado um espaço reservado à instalação da copiadora utilizada para reprodução das Fichas “C”. Essas foram separadas por microáreas e, posteriormente, reproduzidas uma a uma. Todas as anotações a lápis foram identificadas na hora com a letra “L”, para possibilitar análise posterior. As fichas foram devolvidas aos ACS, no mesmo dia, não sendo retiradas da unidade evitando, assim, extravios e desgaste às equipes.

Posteriormente, as cópias foram agrupadas também por área e numeradas sequencialmente de 001 a 026 para as equipes e 001 a 1101 para as fichas das crianças. A codificação numérica foi realizada de forma aleatória. Não foi necessária a utilização de um instrumento específico para coleta de dados, uma vez que as próprias fichas copiadas foram usadas para alimentar o programa de consolidação dos dados.

Os dados foram digitados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0 para Windows e, posteriormente, sendo realizada a análise descritiva dos mesmos.

Os preceitos éticos foram obedecidos conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde na qual regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP UNIFESP), sob o parecer consubstanciado de nº. 0604/2010 de 14 de maio de 2010.

RESULTADOS

Foram avaliadas 1.101 Fichas “C” de crianças menores de 01 ano acompanhadas pelos ACS, de 26 equipes da ESF do município de Montes Claros, conforme os dados das tabelas a seguir.

Tabela 1 - Distribuição das Fichas “C” relacionada com a construção da curva de crescimento nas crianças menores de 01 ano das equipes pertencentes à ESF, em relação aos critérios de avaliação, Montes Claros (MG), 2010-2011.

Equipe de Saúde	Adequado		Parcialmente Adequado		Inadequado		Inexistente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
01	00	00	16	36	21	48	07	16
02	00	00	08	23	14	40	13	37
03	00	00	34	74	10	22	02	04
04	00	00	03	09	32	91	00	00
05	01	03	07	19	23	64	05	14
06	01	02	20	45	21	48	02	05
07	00	00	04	12	23	72	05	16
08	00	00	00	00	23	79	06	21
09	00	00	05	14	27	77	03	09
10	01	02	13	31	23	55	05	12
11	00	00	07	17	32	78	02	05
12	00	00	00	00	22	61	14	39
13	00	00	19	31	38	61	05	08
14	00	00	06	16	30	79	02	05
15	00	00	13	28	33	72	00	00
16	00	00	05	06	71	83	09	11
17	01	03	15	38	23	59	00	00
18	00	00	04	12	23	72	05	16
19	01	03	03	08	24	63	10	26
20	00	00	16	37	27	61	01	02
21	00	00	26	49	19	36	08	15
22	03	05	40	63	18	29	02	03
23	00	00	28	70	12	30	00	00
24	00	00	16	46	11	31	08	23
25	01	04	17	71	06	25	00	00
26	00	00	05	10	37	79	05	11
TOTAL	09		330		643		119	

Fonte: Fichas “C” de crianças menores de 01 ano das ESF do município de Montes Claros, Minas Gerais.

A Tabela 1 apresenta os dados dos registros sobre a construção da curva do crescimento das crianças acompanhadas pelas equipes. Este registro permite contribuir na consolidação dos dados sobre a situação de crescimento e nutricional das crianças, que no SIAB é apresentado em duas categorias: zero a menores de um ano e crianças de um ano a menores de dois anos.

Observa-se, nos dados desta tabela, que as fichas analisadas enquadraram-se nas categorias de inadequado (58,0%), parcialmente adequado (30,0%), inexistente (11,0%) e apenas 1,0% como adequado. Em relação às fichas avaliadas das equipes, ressalta-se que, nas equipes 2 e 12, houve o registro inexistente de peso das crianças

acima de 30% em relação às demais.

Comparando os dados da Tabela 1 com os dados da Tabela 2, detecta-se que as equipes 2 e 12 informaram, no relatório SSA2, que as crianças foram pesadas em 94,0% e 89,0%, respectivamente, e que apresentaram um percentual de desnutrição de 6,0% e 0%, respectivamente. Este dado contradiz com aquilo que foi registrado na Ficha C, evidenciando um comprometimento da qualidade do registro.

Verifica-se, também, que 17 equipes de saúde apresentaram registros da curva de crescimento categorizados, como inadequados em mais de 50,0% das fichas avaliadas, fato considerado relevante, visto que a coleta desses dados

depende da consulta de puericultura e, conseqüentemente, do registro no cartão da criança.

Tabela 2 - Distribuição das Fichas “C” relacionada com a situação alimentar/amamentação nas crianças menores de um ano em relação aos critérios de avaliação, Montes Claros (MG), 2010-2011.

Equipe de Saúde	Adequado		Inadequado		Inexistente	
	n	%	n	%	n	%
01	00	00	14	32	30	68
02	00	00	01	03	34	97
03	00	00	01	02	45	98
04	00	00	05	14	30	86
05	00	00	00	00	36	100
06	00	00	00	00	44	100
07	00	00	00	00	32	100
08	00	00	04	14	25	86
09	00	00	03	09	32	91
10	00	00	00	00	42	100
11	00	00	01	02	40	98
12	00	00	00	00	36	100
13	00	00	06	10	56	90
14	00	00	00	00	38	100
15	00	00	06	13	40	87
16	00	00	14	17	71	83
17	00	00	21	54	18	46
18	00	00	08	25	24	75
19	00	00	03	08	35	92
20	00	00	08	18	36	82
21	14	26	21	40	18	34
22	00	00	00	00	63	100
23	00	00	00	00	40	100
24	00	00	01	03	34	97
25	00	00	00	00	24	100
26	00	00	05	11	42	89
TOTAL	14	01	122	11	965	88

Fonte: Fichas “C” de crianças menores de 01 ano das ESF do município de Montes Claros, Minas Gerais.

Verifica-se, nos dados da Tabela 2, em relação ao registro sobre amamentação nas equipes estudadas, o seguinte resultado: 88%, 11% e 1%, como inexistente, inadequado e adequado, respectivamente. A equipe 21 foi a única a apresentar registro adequado, porém 40% e 34% de seus registros estão na condição de inadequado ou inexistente, respectivamente. As fichas das demais equipes posicionam-se, em sua maioria, na categorização de inexistente, variando de 46% a 100%.

Os dados da Tabela 3 apresentam os resultados sobre registro de imunização e mostram um resultado melhor,

mas ainda longe do ideal. Verifica-se que 3% e 88% das fichas avaliadas estão categorizadas como “adequado” e “parcialmente adequado”, respectivamente. Na condição de inadequado, foram encontrados 8% e em 1% das Fichas “C” o registro era inexistente sobre a imunização das crianças. Vale ressaltar que as vacinas de BCG (Bacillus Calmette-Guérin) e a primeira dose da vacina contra a Hepatite B estão padronizadas dentro da área hospitalar, proporcionando, assim, ao recém-nascido a condição de ser vacinado em seu primeiro dia de vida.

Tabela 3 - Distribuição das Fichas “C” em relação à situação vacinal nas crianças menores de 01 ano das equipes pertencentes à ESF, em relação aos critérios de avaliação, Montes Claros (MG), 2010-2011.

Equipe de Saúde	Adequado		Parcialmente Adequado		Inadequado		Inexistente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
01	00	00	39	89	04	09	01	02
02	02	06	25	71	05	14	03	09
03	00	00	43	93	02	04	01	02
04	14	40	21	60	00	00	00	00
05	02	06	32	89	02	06	00	00
06	00	00	40	91	04	09	00	00
07	01	03	27	84	03	09	01	03
08	00	00	28	97	01	03	00	00
09	00	00	34	97	00	00	01	03
10	01	02	40	95	01	02	00	00
11	00	00	40	98	01	02	00	00
12	01	03	31	86	04	11	00	00
13	01	02	60	97	01	02	00	00
14	00	00	38	100	00	00	00	00
15	00	00	41	89	05	11	00	00
16	00	00	78	92	07	08	00	00
17	00	00	32	82	07	18	00	00
18	00	00	32	100	00	00	00	00
19	05	13	31	82	02	05	00	00
20	00	00	42	95	02	05	00	00
21	02	04	45	85	06	11	00	00
22	00	00	53	84	10	16	00	00
23	04	10	31	77	05	13	00	00
24	00	00	34	97	01	03	00	00
25	02	08	21	88	01	04	00	00
26	00	00	33	70	14	30	00	00
TOTAL	35		971		88		07	

Fonte: Fichas “C” de crianças menores de 01 ano das ESF do município de Montes Claros, Minas Gerais.

Tabela 4 - Percentual de crianças informadas no SSA2, menores de 01 ano, das equipes pertencentes à ESF, em relação ao peso, desnutrição, imunização e aleitamento materno, no SIAB, em Montes Claros (MG), 2010-2011.

Equipe de Saúde	Pesadas		Desnutridas		Imunizadas		Aleitamento	
	n	%	n	%	n	%	n	%
01	39	88	02	05	43	98	15	93
02	33	94	02	06	35	100	07	87
03	33	72	00	00	46	100	14	93
04	34	97	00	00	27	77	10	83
05	35	94	01	03	37	100	07	87
06	44	80	00	00	53	96	14	93
07	23	79	01	03	29	100	09	82

08	28	96	00	00	25	86	07	58
09	33	94	00	00	30	86	06	43
10	35	83	00	00	40	95	08	100
11	40	91	00	00	44	100	14	73
12	32	89	00	00	36	100	09	82
13	64	97	02	03	63	95	17	74
14	37	90	00	00	41	100	10	83
15	23	77	01	02	30	100	11	73
16	75	88	00	00	77	91	23	74
17	37	95	00	00	35	90	11	69
18	27	84	00	00	30	94	09	64
19	35	85	01	03	37	90	12	86
20	34	77	01	02	42	95	14	100
21	51	96	00	00	52	98	11	85
22	52	83	01	03	62	98	17	94
23	28	70	00	00	36	90	06	50
24	31	89	01	02	30	86	12	86
25	23	88	04	06	25	96	11	78
26	42	89	03	08	45	96	12	80

Fonte: Fichas “C” de crianças menores de 01 ano das ESF do município de Montes Claros, Minas Gerais.

Embora a Tabela 4 não conste das variáveis do recorte deste trabalho, ressalta-se a importância de destacá-la por retratar os dados consolidados pelas equipes de saúde e que dão sustentação para avaliar aquilo que foi registrado na Ficha C e a informação que foi emitida pelas equipes no SSA2, o que possibilita realizar uma comparação entre o informado e a presença do registro.

Outro aspecto a ser considerado, e muito importante é que quando comparados os dados da Tabela 2 com os da Tabela 4, verifica-se o percentual de crianças menores de quatro meses em AME ou em aleitamento misto. Observa-se que das 26 equipes avaliadas, 23 delas apresentam percentual de AME, oscilando entre 60% a 100%.

Evidenciam-se, nestas tabelas, situações divergentes, ou seja, duas informam a inexistência dos dados na Ficha “C” e a outra apresenta, em sua maioria, um indicador de muito bom a excelente, em relação à incidência do aleitamento materno.

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou 1.101 fichas “C” de crianças menores de 01 ano, que compõem o banco de dados do SIAB da população em estudo, que correspondem a 97,0% das crianças monitorizadas nas equipes.

Estudo realizado em Montes Claros, região Norte de Minas Gerais, evidenciou que, na ESF, 76,0% das crianças tiveram o acompanhamento regular de puericultura,

sendo a primeira consulta realizada em 40,0%, na idade de 8-15 dias de vida e o registro do crescimento e desenvolvimento foi regular (73,0%).⁸

Em estudo realizado no Município de São Paulo, em 2003, sobre o registro em prontuários de crianças e a prática da integralidade, foi encontrada uma média de 51,0% de registro da curva de crescimento.⁹ Situação semelhante foi verificada em João Pessoa (PB), em que o peso era anotado, mas sem o registro da construção da curva de crescimento, e os registros sobre estatura e perímetro cefálico (PC) estavam anotados em 28% e 36%, respectivamente.¹⁰ 59% das Cadernetas das Crianças avaliadas não apresentavam o gráfico de crescimento e, no gráfico de PC, só 15% tinham referido o mesmo.¹¹ Outros estudos evidenciaram que o peso da criança foi registrado nas Cadernetas das Crianças em 84% e que em só 10% apresentavam registro no gráfico relacionado ao PC.¹² Já estudos realizados em Pernambuco¹³ e, em Feira de Santana,¹⁴ demonstraram deficiência em relação aos registros de peso.

Os estudos mencionados apontam deficiência de registros e, sobretudo a curva de crescimento, que confirmam os resultados encontrados nesta pesquisa.

De acordo com o relatório da série histórica das informações de saúde da zona geral – SIAB, o município de Montes Claros apresentou, em 2010, uma média de 81% de crianças pesadas e 1% de crianças menores de 01 ano de idade na condição de desnutrida.¹⁵

Como evidenciado neste estudo, mais de 95% dos re-

gistros relacionados com a construção da curva de crescimento estão na condição de inadequados ou inexistentes, gerando incerteza dos dados lançados no SIAB, já que, sem a construção do gráfico de peso-idade, poderá gerar imprecisão na classificação nutricional da criança.

Entre os erros mais comuns constatados neste estudo estão: as anotações de outros dados mensurados lançados, também, no local destinado à construção do gráfico, como estatura, PC, entre outros dados. Outros pontos muito comuns foram o não lançamento do peso de nascimento e, também, o simples registro do peso em número absoluto, nos documentos apresentados; situação que não possibilita verificar a avaliação nutricional das crianças diretamente, sendo, neste caso, necessário lançar o peso em um gráfico de crescimento ou na tabela, para poder definir o percentil e, conseqüentemente, a classificação nutricional da criança.

Estudo realizado em São Paulo aponta que 66% das crianças menores de quatro meses atendidas nas consultas de enfermagem puericultura estavam em AME.¹² Estudo realizado na cidade de Montes Claros (MG) evidenciou o aumento da taxa de aleitamento materno, no município. A duração mediana de AME na cidade passou de 27 dias (em 1996) para 3,5 meses (em 2004).¹⁶ Ambos os estudos apontam para uma prevalência alta do aleitamento materno, porém no Brasil, estudos realizados sobre AME apontam para divergências desses percentuais.

Estudos realizados na cidade de Campina Grande (PB) afirmam a baixa prevalência do aleitamento materno, com queda vertiginosa, nos meses subsequentes ao nascimento. No primeiro mês de vida, 78%, com declínio para 15% no quarto mês, e 45% das crianças nesta faixa etária já estavam desmamadas.¹⁷

Em outro estudo realizado, em 2003, no município de Paula Cândido (MG), foi verificado que apenas 20% das crianças avaliadas estavam em AME, em virtude da oferta de água e chá, desde os primeiros dias de vida.¹⁸ Aponta ainda que 37% das mães ofereceram leite de vaca precocemente às crianças.

Em relação à anotação do aleitamento materno, o estudo realizado em São Paulo evidenciou que só 36% das crianças avaliadas tinham registro no prontuário.⁹ e foi constatada a deficiência de preenchimento em 42% das cadernetas das crianças avaliadas, em relação ao tipo de alimentação da criança após alta hospitalar.¹⁹

De acordo com os indicadores do SIAB de 2006, o percentual de AME para crianças menores de quatro meses em todas as regiões do Brasil, na ESF foi: Norte (75%), Nordeste (67%), Sudeste (75%), Centro-Oeste (78%) e Sul (76%)²⁰. Montes Claros, de acordo com o consolidado do SIAB 2011, apresenta uma média de 82% de crianças

menores de quatro meses em AME, encontrando-se acima da média nacional.

Frente ao que foi encontrado nesta pesquisa, quase 88% das fichas “C” não trazem nenhum registro sobre a situação da amamentação. O dado lançado no SSA2 pode apresentar um viés muito importante, a não ser que a equipe tenha outra forma de coletar esse dado para posteriormente consolidar o SSA2.

É importante pensar então na possibilidade de um desvio, comum a todos os municípios que estão inseridos na ESF/EACS e que cada equipe é responsável pela manutenção do banco de dados e, posteriormente, análise e planejamento das ações para melhorar seus indicadores.

O estudo realizado pelo MS reconhece a possibilidade de limitações no sistema de informação como: presença de omissão e erros no registro de dados no cartão da criança e no prontuário (puericultura) e erros na transcrição dos dados para o relatório SSA2.²¹

Ainda em relação a esta variável, os 11% na condição de registro inadequado, o que mais apareceu foi a presença desse registro de forma irregular e não sistematizada, além da mera escrita de AME ou aleitamento misto em alguma parte da ficha, não sendo determinada a idade, nem a data da referida anotação.

Verificou-se, ainda, que o registro sobre a situação de alimentação da criança foi realizado tanto a caneta como a lápis, sendo irrelevante a presença de rasura com apenas 0,2%.

Correlacionando a Tabela 3 com os dados da Tabela 4, percebe-se que as equipes 2, 3 e 7 apresentavam registros inexistentes sobre imunização em suas fichas avaliadas, mas informaram, no relatório mensal do SSA2, que 100% das crianças menores de um ano estavam com situação vacinal em dia.

Entretanto um melhor percentual de registro relacionado à vacinação das crianças encontra-se no local que apresentou maior percentual de rasura, alcançando 48% das fichas. É importante destacar que, em 33% das fichas, foi lançada a data de retorno para a próxima vacina, e conforme Manual do SIAB esta data não deveria ser transcrita na Ficha “C”.

De acordo com o relatório anual do SIAB, o município apresentou, em 2010, uma média de 93% de cobertura vacinal nas crianças menores de um ano. Este percentual encontra-se abaixo do preconizado pelo MS que é de 95%. Este desvio não pode ser comprovado por problemas de registro, uma vez que 91% das fichas “C” avaliadas estão nas categorias de adequadas ou parcialmente adequadas, situação que não iria interferir na análise da situação vacinal.

Na análise dos cartões de pré-natal, em outros estu-

dos obtidos em São Paulo (SP), foi evidenciado que em 58% dos cartões das gestantes não havia registro sobre imunização²². Outro estudo com resultado bem próximo a este foi o realizado em Belo Horizonte, que encontrou nas cadernetas das crianças, ausência de preenchimento em relação à vacinação materna, em 63% das cadernetas.¹⁹ Considerando que em ambos os estudos foi detectada a ausência do registro sobre a imunização, em mais de 58% dos cartões, esta situação contradiz o presente estudo, pois o registro existe em 91% das Fichas “C”.

Em São Paulo, 100% das crianças estavam com o esquema vacinal completo para a idade.¹² Já, em Belo Horizonte, ficou demonstrado que 95% das cadernetas das crianças apresentavam registros das vacinas.¹¹ Estes dois estudos confirmam os dados encontrados, atualmente, em Montes Claros.

O resultado encontrado nesta pesquisa evidenciou uma qualidade muito precária em relação aos registros das Fichas “C”, nas equipes avaliadas no município. A divergência entre a Ficha “C” e o relatório SSA2 pode apresentar um viés importante em virtude da deficiência dessa qualidade. Essa situação pode interferir diretamente na análise, planejamento e tomada de decisão de cada equipe de saúde, assim como na avaliação da ESF, em Montes Claros.

CONCLUSÃO

Portanto, os índices encontrados nesta investigação evidenciam uma falha na qualidade dos registros gerados pelas equipes de saúde, assim como uma necessidade de discussão com os profissionais de saúde e gestores, a fim de sensibilizar para a importância da melhoria da qualidade dos registros, por meio de treinamento e monitoramento.

Os resultados encontrados chamam a atenção para a melhoria da qualidade dos dados coletados, em razão de serem considerados importantes para a consolidação dos relatórios do SIAB e a manutenção do banco de dados referente ao sistema de informação em saúde.

Este trabalho permitiu concluir que em relação à Ficha “C” houve: baixa adesão ao instrumento padronizado pela coordenação da ESF entre as equipes; excesso de instrumentos utilizados nas equipes, como forma de registro; quantidade insuficiente de Fichas “C” disponibilizadas às equipes; reaproveitamento de cartões; registros inadequados ou inexistentes sobre desenvolvimento, situação alimentar, crescimento, intercorrências, outros registros de dados, vitamina A e sulfato ferroso; presença de rasura, sobretudo na parte de imunização; anotações indevidas na parte destinada à construção do gráfico de crescimen-

to e no quadro de imunização; utilização de Fichas “C” trocadas; deficiência no monitoramento sobre a coleta de dados; registros realizados a lápis, podendo ser alterados, a qualquer momento; descumprimento das normas de preenchimento da ficha “C”, definida especialmente pelo manual do SIAB; possibilidade de inexistência dos dados, dentro da Caderneta da Criança, inviabilizando seu registro na Ficha “C”; divergência entre os dados encontrados na Ficha “C” em relação aos dados enviados no relatório SSA2; evidência de dados subnotificáveis, enquanto que outros superestimados.

Já em relação ao relatório SSA2, conclui-se que houve um descumprimento das normas para o preenchimento do SSA2, definido pelo manual do SIAB; evidência de dados superestimados; homogeneidade entre as diversas equipes; deficiência na análise do relatório SSA2.

REFERÊNCIAS

1. Roman AC. Informatização do registro clínico essencial para a atenção primária à saúde: um instrumento de apoio às equipes da estratégia saúde da família [doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica [Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria nº 676 de 3 de junho de 2003, Diário Oficial da União em 04 de junho de 2003].
3. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(1):113-8.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de informação de Atenção Básica. 1ª ed. 4ª reimpr. Brasília; 2003.
5. Labbadia LL, Adami NP. Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospital universitário. *Acta Paul Enf.* 2004; 17(1):55-62.
6. Oliveira VC, Cadette MMM. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(3):301-306.
7. Vasconcelos MM, Gribel EB, Moraes IHS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do pacien-

- te na atenção básica. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(Supl 1):S173-82.
8. Caldeira AP, Oliveira RM, Rodrigues OA. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de atenção primária. *Cienc Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl 2):3139-47.
9. Prado SRLA, Fujimori E. Registro em prontuário de crianças e a prática da integralidade. *Rev Bras Enf*. 2006; 59(1):67-71.
10. Lima GGT, Silva MFOC, Costa TNA, Neves AFGB, Dantas RA, Lima ARSO. Registros do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: enfoque na consulta de puericultura. *Rev Rene*. 2009; 10(3):117-24.
11. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA et al. Qualidade do preenchimento da caderneta de saúde da criança e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(3):583-95.
12. Saporoli ECL, Adami NP. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(1):55-61.
13. Carvalho MF, Lira PIC, Romani SAM, Santos IS, Veras AACA, Batista Filho M. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(3):675-85.
14. Vieira GO, Vieira TO, Costa COM, Santana Netto PV, Cabral VA. Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2005; 5(2):177-84.
15. Montes Claros. Sistema de Informação da Atenção Básica. Série histórica. Montes Claros (MG); 2010.
16. Caldeira AP, Gonçalves E. Avaliação de impacto da implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr (Rio J)*. 2007; 83(2):127-32.
17. Barros VO, Medeiros CCM, Cardoso MAA, Tavares JS, Carvalho DF, Cardoso MRA et al. Aleitamento materno e crescimento de lactentes atendidos pelo programa de saúde da família. *Nutrire: Rev Soc Bras Alim Nutr/J Brazilian Soc Food Nutr*. 2008; 33(3):111-21.
18. Gomes KO, Cotta RMM, Euclides MP, Targueta CI, Priore SE, Franceschini SCC et al. Anemia ferropriva no grupo infantil de uma comunidade rural da zona da mata mineira: prevalência, fatores de riscos e avaliação do tratamento. *Nutrire: Rev Soc Bras Alim Nutr/J Brazilian Soc Food Nutr*. 2008; 33(3):83-96.
19. Goulart LMHF, Alves CRL, Viana MRA, Moulin ZS, Carmo GAA, Costa JGD et al. Caderneta de saúde da criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. *Rev Paul Pediatr*. 2008; 26(2):106-12.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica: indicadores 2006. Brasília; 2009.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação. Brasília; 2004.
22. Carvalho GM, Folco G, Barros LMR, Merighi MAB. Análise dos registros nos cartões de pré-natal como fonte de informação para a continuidade da assistência à mulher no período gravídico-puerperal. *Rev Min Enf*. 2004; 8(4):449-54.

Submissão: abril/2013

Aprovação: março/2014
