

Avaliação da qualidade do seguimento das crianças do C. S. de Cascais, desde o nascimento até aos 6 anos de idade

MARÍA REMEDIOS CALDERÓN*, ANDRÉ BISCAIA**, ANA FERRÃO***

RESUMO

Com as acções de «vigilância da saúde infantil» pretende-se prevenir a doença, detectar precocemente os problemas que afectam o crescimento e o desenvolvimento e promover a saúde das crianças.

Objectivo: Avaliar a qualidade técnico-científica da assistência médica e de enfermagem prestada na consulta de Saúde Infantil de três módulos da Sede do Centro de Saúde de Cascais.

Métodos: Avaliação interna e retrospectiva que abrangeu as crianças nascidas em 1995 referenciadas para este Centro de Saúde pela Notícia de Nascimento e que tinham Cartão de Utente até a data do início do estudo (6-12-2001) e as equipas de Saúde Infantil.

Resultados: Em relação às crianças com seguimento exclusivo no Centro de Saúde verificou-se um melhor cumprimento do esquema de vigilância do primeiro ano nas crianças consideradas de risco (80%) em relação ao grupo de crianças não consideradas de risco (66,67%) e objectivou-se uma descida da realização dos Exames de Saúde nos dois grupos a partir do segundo ano de vida (48,26%) e principalmente no quarto ano de idade (25,86%).

O Programa Nacional de Vacinação foi cumprido em 90% das crianças de risco.

Discussão: Foram propostas medidas correctoras educativas e estruturais – criação dum esquema de convocatórias para os exames de saúde dos três e quatro anos, implementação de critérios para identificação de uma criança como sendo de risco, e implementação de um projecto na área dos Cuidados Continuados em Saúde Materno-Infantil para melhorar a prestação de cuidados à puérpera e recém-nascido e prevenir, identificar e acompanhar as situações de risco Materno-Infantil.

Palavras-Chave: Avaliação da Qualidade; Saúde Infantil; Notícias de Nascimento; Vigilância de Saúde; Centro de Saúde; Clínica Geral.

*Interna do terceiro ano do Internato Complementar de Clínica Geral Centro de Saúde de Cascais (Sede)

**Assistente de Clínica Geral Centro de Saúde de Cascais (Sede)

***Chefe de Serviço de Clínica Geral Centro de Saúde de Cascais (Extensão de Alvide)

Instituição à qual o trabalho deve ser atribuído:
Centro de Saúde de Cascais

INTRODUÇÃO



Núcleo da Qualidade e Investigação do Centro de Saúde (CS) de Cascais decidiu implementar um Processo de Garantia da Qualidade de Vigilância da Saúde Materno-Infantil

dando continuidade a um trabalho anterior sobre qualidade do preenchimento das Notícias de Nascimento (NN) das crianças nascidas entre os anos 1995 e 1997 no Hospital de Cascais e a qualidade de cuidados prestados na consulta de Saúde Infantil do CS de Cascais ao grupo de crianças consideradas de risco pelo Hospital de Cascais nas NN¹.

O primeiro passo para a Garantia da Qualidade é a avaliação da qualidade e o seu objectivo é a melhoria contínua dos cuidados prestados². É nesta perspectiva que é desenvolvida esta avaliação.

Vigilância da Saúde pode definir-se como o conjunto de acções realizadas pelos profissionais de saúde, incluindo o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, os vários níveis de prevenção, a intervenção necessária e a educação para a saúde³.

Os cuidados de Saúde das crianças antes da idade escolar é fundamentalmente dos pais e da equipa de Saúde Infantil. Pretende-se com este estudo avaliar um período da vida em que o CS tem de assumir um importante papel como instituição que deve velar pelo bem-estar e desenvolvimento da criança.

Por outro lado, os cinco-seis anos são o marco de transição entre a idade pré-

-escolar e escolar. É necessária a realização do exame de saúde global (EGS) antes do início da escolaridade por ser uma etapa muito importante para detecção de problemas, nomeadamente os que se referem ao desenvolvimento psicomotor, à visão, à audição e à linguagem – que se não forem adequadamente encaminhados antes da entrada na escolaridade, poderão comprometer o sucesso educativo e a integração da criança na escola. O registo correcto dos resultados dos exames, a ligação com a equipa de saúde escolar e o encaminhamento adequado dos problemas encontrados são etapas fundamentais neste processo⁴.

As NN são um instrumento de registo criado pelas Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) para informar os Centros de Saúde do nascimento de crianças da sua área de influência, identificando potenciais situações de riscos que obriguem a uma visita domiciliária (VD) por parte dos profissionais de saúde. Esta visita permite o encontro do enfermeiro com a criança/família no seu domicílio, com a finalidade de prestar cuidados de enfermagem. O objectivo geral é orientar os pais dos recém-nascidos no desenvolvimento de competências para o seu auto-cuidado, prevenir e identificar situações de risco Materno-Infantil e resolução dos seus problemas, mobilizando os recursos disponíveis⁵.

Na pesquisa realizada foram encontrados dois artigos feitos neste âmbito em Portugal, com objectivo de avaliar, e assim melhorar a qualidade dos cuidados prestado em Saúde Infantil. Um deles teve como objectivo a avaliação da primeira consulta em crianças com idade inferior a 30 dias, efectuada na Consulta de Saúde Infantil realizada por uma pediatra do CS de Sete Rios (Lisboa) durante o primeiro semestre de 1993, tendo a consulta sido considerada ótima em termos globais⁶. Um outro estudo foi realizado na Unidade da Amorosa e da Oliveira, do CS de Guimarães, en-

tre 1989 e 1990 para avaliar a qualidade técnico-científica dos registos em Saúde Materna e Saúde Infantil, tendo os investigadores chegado à conclusão que os registos eram insuficientes⁷.

A finalidade última deste projecto é a melhoria do seguimento das crianças do Centro de Saúde de Cascais nos primeiros seis anos de vida.

O Objectivo deste estudo é avaliar a qualidade técnico-científica da assistência médica e de enfermagem prestada na consulta de Saúde Infantil às crianças nascidas em 1995, referenciadas à Sede do CS pela NN e que têm o Cartão de Utente até à data do início do estudo.

Pretende-se, ainda, criar um instrumento de medida fiável de avaliação em Saúde Infantil que seja implementado com regularidade no CS com o objectivo de melhorar a qualidade assistencial.

MÉTODOS

Este estudo teve uma base institucional. Foi realizada uma avaliação interna e retrospectiva para estudar a qualidade técnico-científica da assistência médica e de enfermagem prestada, na consulta de Saúde Infantil da Sede do CS de Cascais, às crianças nascidas em 1995, referenciadas ao CS de Cascais pela NN e que têm o Cartão de Utente até a data do início do estudo (6-12-2001).

Os dados foram colhidos em três dos seis módulos da sede do CS de Cascais e diziam respeito ao processo – o conjunto de actividades realizados pelo médico e a enfermeira de Saúde Infantil durante o seguimento das crianças dos zero aos seis anos de vida.

Os dados foram obtidos a partir da consulta das fichas clínicas, do ficheiro piloto, do sistema SINUS, do ficheiro de vacinação e das notícias de nascimento, partindo-se do pressuposto que os registos têm relação com a prática.

Neste estudo foi seguida a listagem de Componentes de uma avaliação da

Qualidade, modificada da proposta por R. H. Palmer⁸.

Foram estudadas as seguintes variáveis de caracterização: data de nascimento; sexo da criança; idade da mãe em anos ao nascimento da criança; idade do pai em anos ao nascimento da criança; problemas de saúde passivos e activos registados na ficha clínica ao longo dos cinco anos (número e a sua codificação pela ICPC-2 Classificação Internacional de Cuidados Primários⁹) em todas as crianças consideradas de risco e nas crianças não considerada de risco que estavam imediatamente a seguir a cada uma das crianças de risco na listagem de cada médico.

Foram utilizados critérios explícitos e normativos baseados no Programa – Tipo de Actuação Saúde Infantil e Juvenil constante da Circular Normativa 9/DSI de 92.10.06 da Direcção-Geral da Saúde 1993¹⁰. A selecção dos critérios foram obtidos por consenso do grupo de investigação e com base em vários trabalhos na área^{3,4,5,11,12,13,14}.

Os critérios estudados foram os seguintes:

1. SEGUIMENTO CLÍNICO DA CRIANÇA

Decidido por consenso entre os investigadores.

Registo do seguimento em instituição ou por profissional de saúde. É considerado cumprido se cumpre os critérios 1.1. e/ou 1.2. e/ou 1.3.

1.1. Seguimento da criança no Centro de Saúde

Ausência de registo, em qualquer das fontes de dados utilizadas, que indique que a criança está a ser seguida exclusivamente em outra instituição ou por profissional de saúde fora do CS.

1.2. Seguimento da criança em médico privado

Registo do seguimento da criança, em qualquer das fontes de dados utilizadas, da criança em médico privado.

1.3. Seguimento da criança em serviço hospitalar

Registo do seguimento da criança, em qualquer das fontes de dados utilizadas, em serviço hospitalar.

2. RASTREIO DE DOENÇAS METABÓLICAS

Registo da realização do rastreio do hipotiroidismo e da fenilcetonúria^{4,15,16}.

3. CUMPRIMENTO DO PNV

Registo da administração de todas as vacinas recomendadas no PNV^{11,15,16,17}.

É avaliado de forma transversal aos 6 anos e considerado cumprido se cumprir os critérios 3.1 e 3.2. e 3.3 e 3.4.

3.1. Vacinação contra a tuberculose-BCG

Registo da administração da vacina contra a tuberculose (BCG).

É considerado cumprido se cumpre os critérios 3.1.1. ou 3.1.2.

3.1.1. Vacina contra a tuberculose no tempo recomendado.

Registo referente à administração de uma dose de BCG no primeiro mês de vida (cumprimento decidido por consenso entre os investigadores).

Excepção: as crianças com contra-indicação de BCG no primeiro mês de vida, nomeadamente imunodeficiências e baixo peso (menos de 2.000 g).

3.1.2. Vacina contra a tuberculose realizada depois do primeiro mês até aos seis anos de vida.

Registo referente à administração duma dose de BCG entre primeiro mês e o sexto ano de vida.

Excepção: as crianças com contra-indicações para a realização de vacinas vias¹¹.

3.2. Vacina contra a difteria, tétano e tosse convulsa

Registo da administração de cinco doses da DTP até aos seis anos de idade.

Excepção: as crianças com contra-indicações para a realização da vacina da tosse convulsa incluída na DTP. Estas contra-indicações abrangem as crianças com doença neurológica evolutiva (epilepsia descompensada, espasmos infantis, encefalopatias evolutivas, etc.)

que só devem ser vacinadas com DT o DTPa – acelular¹¹.

3.3. Vacina oral viva atenuada contra a poliomielite

Registo da administração de quatro doses da vacina contra a poliomielite (VAP) até aos seis anos de idade.

Excepção: as crianças imunodeprimidas ou com VIH positivo, bem como todos os seus conviventes/coabitantes, que devem efectuar a vacina inactivada (VIP)¹¹.

3.4. Vacina contra o sarampo, a parotidite epidémica e a rubéola

Registo da administração de duas doses da Vacina contra o sarampo, a parotidite epidémica e a rubéola (VASPR) até aos seis anos de idade.

Excepção: as crianças com contra-indicações para a realização de vacinas vivas¹¹.

3.5. Vacina contra a Hepatite B

Registo da administração de três doses da vacina contra Hepatite B (VHB) até aos seis anos de idade.

3.6. Vacina contra as doenças por *Haemophilus Influenza*

Registo da administração de quatro doses da vacina contra as doenças por *Haemophilus Influenza* (Hib) até aos seis anos de idade.

4. ESQUEMA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE INFANTIL (EXAMES DE SAÚDE)

Registo dos exames de saúde (ES) das consultas recomendadas no esquema de vigilância em Saúde Infantil^{10,15,16,18}.

É considerado cumprido se são cumpridos os critérios 4.1. e 4.2. e 4.3. e 4.4. e 4.5. e 4.6.

Considera-se realizado um ES igualmente se, no tempo recomendado, tiver ocorrido uma consulta por outra razão onde tivesse sido efectuado o ES da mesma idade.

4.1. Primeira consulta no tempo recomendado

Registo da realização do primeiro ES da criança nos primeiros 28 dias de vida (decidido por consenso entre os inves-

tigadores).

4.2. Número de consultas no primeiro ano de vida

Anotação de, ao menos, cinco consultas registadas como ES durante o primeiro ano de vida, incluindo a primeira consulta da criança.

4.3. Número de consultas no segundo ano

Anotação de, pelo menos, três consultas registadas como ES entre os 12 e os 24 meses de vida da criança.

4.4. Consulta dos três anos

Anotação de, pelo menos, uma consulta registada como ES aos três anos de idade da criança.

4.5. Consulta dos quatro anos

Anotação de, pelo menos, uma consulta registada como ES aos quatro anos de idade da criança.

4.6. Exame Global de Saúde aos cinco-seis anos

Existência de uma consulta registada como Exame de Saúde Global (ESG) ou Exame de Saúde (ES) entre os cinco-seis anos de idade.

5. IDENTIFICAÇÃO COMO SITUAÇÃO DE RISCO EM NOTÍCIA DE NASCIMENTO

Registo nas NN da necessidade, ou não, de visita domiciliária¹².

As NN do HSF Xavier classificam as crianças em alto, médio e baixo risco. As crianças de alto e médio risco foram consideradas como identificadas como situação de risco pela NN.

6. REALIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIÁRIA AOS RECÉM-NASCIDOS IDENTIFICADOS DE RISCO PELA NOTÍCIA DE NASCIMENTO

Registo na ficha clínica da realização pela equipa de enfermagem de VD das crianças consideradas de risco pela NN.

7. REALIZAÇÃO DE VISITA DOMICILIÁRIA A RECÉM-NASCIDOS NÃO IDENTIFICADOS COMO SITUAÇÃO DE RISCO PELA NOTÍCIA DE NASCIMENTO

Registo na ficha clínica da realização pela equipa de enfermagem de VD das

crianças não identificadas como de risco pela notícia de nascimento.

8. REGISTO DO ALEITAMENTO MATERNO

É considerado cumprido se houver registo do mês de início e do mês de paragem do aleitamento materno^{13 15 16}.

8.1. Aleitamento Artificial

Registo da idade de introdução da alimentação com leite artificial.

8.2. Introdução do leite de vaca

Registo da idade de introdução na alimentação da criança do leite de vaca em natureza.

9. REGISTO DA DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

Registo da introdução de outros alimentos além do leite na dieta da criança¹³.

9.1. Idade adequada para a diversificação alimentar

Registo de introdução de outros alimentos além do leite na dieta da criança entre os quatro-seis meses de idade.

10. REGISTO DA PRESCRIÇÃO DE FLÚOR

Registo da prescrição de Flúor na ficha clínica da criança¹³.

É considerado cumprido se cumprir os critérios 10.1. e 10.2.

10.1. Idade de início do suplemento de flúor entre os zero-seis meses

Registo da idade de início do suplemento de flúor entre os zero-seis meses.

10.2. Manutenção do suplemento de flúor na última consulta dos cinco-seis anos

Registo da prescrição do suplemento de flúor na criança na última consulta dos cinco-seis anos.

11. REGISTO TEMPO DE GESTAÇÃO

Considerado cumprido se houver registo em semanas da duração da gestação medida a partir do primeiro dia do último período menstrual normal¹⁹.

12. REGISTO DOS ANTECEDENTES FAMILIARES

Registo de antecedentes médicos relati-

vos a pai e mãe da criança^{15,16,19}.

Devem estar anotados, pelo menos, um dos seguintes antecedentes para os dois pais: saudável, tuberculose, doença alérgica, doença mental, epilepsia, diabetes mellitus, alcoolismo, consanguinidade, toxicodependência, hepatite B, hepatite A e outros.

Nas crianças seguidas exclusivamente em médico privado só foram avaliados os critérios seguintes: 2. Rastreio de doenças metabólicas; 3. Cumprimento do PNV; 5. Registo da necessidade ou não de visita domiciliária em NN; e 11. Registo do tempo de gestação (que está especificado na Notícia de Nascimento).

RESULTADOS

A recolha de dados baseou-se em 78 fichas clínicas de Saúde Infantil, fichas piloto e fichas de vacinas correspondentes, das 144 fichas existentes na Sede do CS de Cascais de crianças nascidas no ano 1995, referenciadas pela NN e inscritas até a data do início do estudo nos 11 médicos que compunham os três (dos seis módulos) da Sede do CS de Cascais avaliados. Os resultados nos vários módulos foram praticamente sobreponíveis.

Variáveis de Caracterização

É de destacar, em relação à idade dos pais, que só encontramos uma mãe e um pai com menos de 18 anos (Quadro I).

Em relação aos tipos de problemas diagnosticado ao longo do seis anos, no grupo das crianças de risco foram registadas malformações congénitas (cardiopatía congénita, luxação congénita da anca, ausência de dedo da mão, malformação congénita cerebral), sinais e sintomas referentes ao comportamento da criança (criança hiperactiva, atraso da fala), contusão, tinha de couro cabeludo e problemas correspondentes ao sistema endócrino ou de carácter metabólico ou nutricional (atraso de cresci-

QUADRO I

REGISTO DAS VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DO TOTAL DAS CRIANÇAS
EM NÚMEROS ABSOLUTOS E PORCENTAGENS

	Crianças Risco	Crianças Não Risco	Total Crianças
Feminino	5 (6,41%)	33 (42,31%)	38 (48,72%)
Masculino	8 (10,26%)	32 (41,02%)	40 (51,28%)
IDADE DA MÃE			
Mãe <18 anos	1 (1,28%)	0 (0%)	1 (1,28%)
Mãe 18-35 anos	11 (14,11%)	59 (75,64%)	70 (89,75%)
Mãe >35 anos	1 (1,28%)	6 (7,69%)	7 (8,97%)
Sem registo	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
IDADE DO PAI			
Pai <18 anos	1 (1,28%)	0 (0%)	1 (1,28%)
Pai 18-35 anos	9 (11,54%)	47 (60,26%)	56 (71,79%)
Pai >35 anos	0 (0%)	12 (15,39%)	12 (15,39%)
Sem registo	3 (3,85%)	6 (7,69%)	9 (11,54%)
HOSPITAL QUE EMITIU AS NOTÍCIAS DE NASCIMENTO			
H. Cascais	12 (15,39%)	58 (74,36%)	70 (89,75%)
H. S. F. Xavier	1 (1,28%)	6 (7,69%)	7 (8,97%)
H. Sta. Maria	0 (0%)	1 (1,28%)	1 (1,28%)
TOTAL	13 (16,67%)	65 (83,33%)	78 (100%)

Nota: As percentagens são apresentadas em relação ao total das crianças do estudo. Os quadros restantes apenas apresentam os resultados obtidos referentes à crianças seguidas exclusivamente no Centro de Saúde.

mento e peso inferior ao normal) que não aparecem no grupo das crianças não consideradas de risco. Em uma criança não considerada de risco foi diagnosticada obesidade.

Outros problemas como varicela, gastroenterite viral, otites aguda, infecções do aparelho respiratório superior, bronquite e bronquiolite aguda, pneumonia, eczema atópico e fimose surgem aproximadamente nas mesma proporção nos dois grupos.

CRITÉRIO 1. SEGUIMENTO CLÍNICO DA CRIANÇA

Das 76 crianças com registo de seguimento, 64 (84,21%) foram seguidas no CS e destas 58 (90,63%) com seguimento exclusivo.

Das 16 crianças com registo de

seguimento médico particular, 11 (68,75%) foram seguidas exclusivamente em médico particular.

O seguimento hospitalar foi nos três casos identificados um seguimento conjunto com a equipa de Saúde Infantil do CS.

CRITÉRIO 2. RASTREIO DE DOENÇAS METABÓLICAS

Este critério foi cumprido em maior percentagem nas crianças seguidas exclusivamente no CS com 93,10 % e foi cumprido em 100 % das crianças consideradas de risco (Quadro II).

CRITÉRIO 3. CUMPRIMENTO DO PNV

O cumprimento do PNV foi praticamente igual no total das crianças do estudo (82%) e nas seguidas exclusivamente

QUADRO II

RASTREIO DE DOENÇAS METABÓLICAS E PNV DAS CRIANÇAS SEGUIDAS EXCLUSIVAMENTE NO CS EM VALORES ABSOLUTOS E PORCENTAGENS

	Crianças Risco	Crianças não Risco	Total Crianças Seguidas CS
Total de fichas	10	48	58
Rastreo doenças metabólicas	10 (100%)	44 (91,7%)	54 (93,1%)
Cumprimento do PNV	9 (90%)	39 (81,3%)	48 (82,8%)
BCG	10 (100%)	44 (91,67%)	54 (93,1%)
BCG primeiro mês	10 (100%)	38 (79,2%)	48 (82,8%)
BCG até aos 6 anos	0 (0%)	6 (12,5%)	6 (10,3%)
DTP	9 (90%)	41 (85,4%)	50 (86,2%)
VAP	9 (90%)	41 (85,4%)	50 (86,2%)
VASPR	9 (90%)	42 (87,5%)	51 (87,9%)
VHB	3 (30%)	18 (37,5%)	21 (36,2%)
Hib	5 (50%)	37 (77,1%)	42 (72,4%)

no CS (83%). É de salientar que no grupo das crianças consideradas como de risco e seguidas exclusivamente no CS o PNV foi cumprido em 90%. A BCG administrada no primeiro mês também foi administrada neste último grupo em 100%.

A administração da VHB teve um cumprimento nas crianças com seguimento exclusivo no CS de 36,21% e a Hib de 72,41% embora não fossem obrigatórias para o cumprimento do PNV. Nas crianças seguidas em médico privado o cumprimento para a vacina VHB foi de 54,55% e para a de Hib de 100% (Quadro II).

CRITÉRIO 4. ESQUEMA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE INFANTIL (EXAMES DE SAÚDE)

A realização da primeira consulta nos primeiros 28 dias de vida nas crianças seguidas exclusivamente no CS foi de 77,6% e no grupo das crianças seguidas exclusivamente no CS e consideradas como de risco foi de 90%. Este melhor grau de cumprimento no grupo das crianças consideradas de risco verificou-se também no número de ES adequado no primeiro ano de vida com um cumprimento de 80%, para descer no

segundo ano para 40%.

A consulta do terceiro ano foi realizada em 48,3% das crianças do CS e a consulta do quarto ano apenas em 25,9% destas.

O EGS dos cinco-seis anos teve um cumprimento de 67,2% nas crianças seguidas exclusivamente no CS e de 56,4% no total das crianças do estudo (Quadro III).

CRITÉRIO 5. 6. 7. IDENTIFICAÇÃO COMO SITUAÇÃO DE RISCO EM NOTÍCIA DE NASCIMENTO E REALIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIÁRIA

Em 73,1% das NN existe registo da necessidade ou não da VD. Não houve registos da realização de qualquer VD.

CRITÉRIO 8. REGISTO DO ALEITAMENTO MATERNO E INTRODUÇÃO DO LEITE DE VACA

O registo do aleitamento materno nas crianças do CS foi de aproximadamente 90% (Quadro IV).

A duração do aleitamento foi de dois a seis meses em 60% das crianças consideradas de risco e de menos de dois meses em 87,5% das crianças não consideradas de risco.

QUADRO III

**ESQUEMA DE VIGILÂNCIA DAS CRIANÇAS SEGUIDAS EXCLUSIVAMENTE
NO CS EM VALORES ABSOLUTOS E PERCENTAGENS**

	Crianças Risco	Crianças não Risco	Total Crianças seguidas CS
Total de fichas	10	48	58
Esquema de vigilância completo	0	2 (4,2%)	2 (3,5%)
Primeira consulta nos primeiros 28 dias	9 (90%)	36 (75%)	45 (77,6%)
Exame de Saúde primeiro ano (5 consultas)	8 (80%)	32 (66,7%)	40 (69%)
Exame de Saúde segundo ano (3 consultas)	4 (40%)	34 (70,8%)	38 (65,5%)
Exame de Saúde terceiro ano	5 (50%)	23 (48%)	28 (48,3%)
Exame de Saúde quarto ano	2 (20%)	13 (27,1%)	15 (25,9%)
Exame Global de Saúde 5-6 A	7 (70%)	32 (66,7%)	39 (67,2%)

CRITÉRIO 9. E 9.1. DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

Estes critério foi cumprido em 100% das crianças de risco seguidas exclusivamente no CS e em 90% destas o início da diversificação alimentar foi na idade adequada (Quadro IV).

CRITÉRIO 10. PRESCRIÇÃO DE FLÚOR

O início do suplemento de flúor entre os zero-seis meses foi de 100% nas crianças consideradas de risco seguidas exclusivamente no CS e de 87,5% no grupo de não risco. A manutenção do flúor até aos cinco-seis anos desceu aos 31% no total dos dois grupos (Quadro V).

CRITÉRIO 11. TEMPO DE GESTAÇÃO

A percentagem de cumprimento deste critério foi de quase 100%. Só em 8,6% o tempo de gestão foi de menos de 37 semanas.

CRITÉRIO 12. ANTECEDENTES

FAMILIARES

A percentagem de cumprimento deste critério foi de 96,6% nas crianças seguidas exclusivamente no CS.

DISCUSSÃO

Não se definiu um padrão para o cumprimento dos vários critérios já que esta é uma primeira avaliação e poderá servir para o estabelecer para futuros estudos. De qualquer modo, quando aplicável, utilizaram-se as metas definidas para os anos 1995 e 1997 da Sub-Região de Lisboa²⁰ e do ano 2001 da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e da Direcção do CS de Cascais como padrão^{21,22}.

O seguimento das crianças consideradas como de risco seguidas exclusivamente no CS teve melhor índice de cumprimento que o grupo de crianças não consideradas como de risco. No entanto, esta melhoria dos cuidados parece ser maior apenas durante o primeiro ano de vida. Assim, verifica-se melhor cumprimento nas crianças de risco do rastreio de doenças metabólicas, da realização da primeira consulta nos primeiros 28 dias de vida, do número adequado de ES no primeiro ano, da duração do aleitamento materno, da diversificação alimentar e do su-

QUADRO IV

ALEITAMENTO MATERNO E DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR DAS CRIANÇAS SEGUIDAS EXCLUSIVAMENTE NO CS EM VALORES ABSOLUTOS E PERCENTAGENS

	Crianças Risco	Crianças não Risco	Total Crianças seguidas CS
Total de fichas	10	48	58
Registo aleitamento materno	9 (90%)	42 (87,5%)	51 (87,9%)
Registo aleitamento artificial	10 (100%)	35 (72,9%)	45 (77,6%)
Registo início consumo leite vaca	4 (40%)	9 (18,8%)	13 (22,4%)
Registo diversificação alimentar	10 (100%)	41 (85,4%)	51 (87,9%)
Idade adequada diversificação alimentar	9 (90%)	37 (77,1%)	46 (79,3%)

QUADRO V

PRESCRIÇÃO DE FLÚOR DAS CRIANÇAS SEGUIDAS EXCLUSIVAMENTE NO CS EM VALORES ABSOLUTOS E PERCENTAGENS

	Crianças Risco	Crianças não Risco	Total Crianças seguidas CS
Total de fichas	10	48	58
Prescrição flúor	3 (30%)	14 (29,2%)	17 (29,3%)
Início flúor entre 0-6 meses	10 (100%)	42 (87,5%)	52 (89,7%)
Manutenção flúor 5-6 anos	3 (30%)	15 (31,3%)	18 (31%)

plemento de flúor entre os zero e os seis meses. Existe, no entanto, uma descida muito importante no cumprimento nas consultas do segundo ano. Os outros parâmetros são próximos dos obtidos nas crianças não consideradas de risco.

Pela análise dos problemas de saúde das crianças consideradas de risco em comparação com as de não risco, parece que a avaliação efectuada ao nascimento estava correcta, o que corresponde a uma validação dos processos de avaliação do risco, mesmo que na altura não estivessem completamente definidos os critérios para se considerar uma criança como de risco. Problemas como malformações congénitas, alterações de crescimento, baixo peso, sinais e sintomas referentes a alterações do comportamento só aparecem nas crianças consideradas de risco enquanto que os

problemas comuns e não tão dependentes de factores externos, como por exemplo recursos económicos ou ambiente familiar, são iguais nos grupos de risco e não risco.

Em relação às VD não houve registo da sua realização. Este problema já foi observado na sequência dum estudo anterior nos anos de 1995, 1996 e 1997¹ pelo que foram criadas normas de procedimento e uma folha de registo própria para as NN e para as VD em utilização no CS de Cascais a partir de 1998.

A meta para 2001 da Direcção do CS que foi de 90% para o Rastreio de Doenças Metabólicas²² foi cumprido nas crianças seguidas exclusivamente no CS enquanto que nas crianças seguidas em médico privado exclusivamente não chegou a atingir os 55%. Isto pode dever-se à ausência muito frequente de

registos deste grupo de crianças na Ficha Clínica de Saúde Infantil do CS (embora o CS tenha responsabilidade de convocar as crianças referenciadas pela NN).

No cumprimento do PNV aos seis anos de idade, não foi atingida para as crianças do estudo a meta da Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo para o ano 2001, que foi de 95%²¹. Atingindo-se só 82,8 % de cumprimento do PNV no total das crianças seguidas no CS.

A administração mais frequente das VHB e Hib em crianças seguidas em médico privado pode dever-se ao facto de estas vacinas, na altura, não serem gratuitas e as famílias que recorrem ao médico privado terem, em regra geral, melhores condições económicas.

Verifica-se uma descida da realização do ES a partir do segundo ano de vida (65,5%) e, principalmente, aos quatro anos de idade (25,9%). Isto sucede provavelmente porque as crianças são convocadas de um modo sistemático apenas até aos dois anos de idade, quase atingindo a meta proposta pela Sub-Região de Lisboa e Vale do Tejo do ano 1997 que foi 70%²¹ para o segundo ano de vida.

O EGS dos cinco-seis anos teve um cumprimento perto de 70% nas crianças seguidas exclusivamente no CS. Portanto, cumpriu-se a meta da Direcção do CS para 2001 que foi de 50%²².

A manutenção do flúor até aos cinco-seis anos desce para os 30% em comparação com os registos da introdução que oscilam entre 87,5% das crianças não consideradas de risco e 100% das crianças de risco seguidas exclusivamente no CS. Isto deve ter relação com a menor percentagem de registo do EGS dos cinco-seis anos em relação ao melhor cumprimento das consultas do primeiro ano de vida.

O critério de registo do tempo de gestação teve um cumprimento muito elevado em todos o grupos pelo facto do

seu registo ter sido procurado em duas das fontes de dados: ficha clínica e NN.

MEDIDAS CORRECTORAS

São propostos quatro conjuntos de medidas correctoras estando as duas primeiras já implementadas.

1. Foi criado um suporte de registo de Visita Domiciliária no CS de Cascais e utilizado desde 1998 pela equipa de Saúde Infantil.

2. Já foi dado início no CS de Cascais a um projecto de Saúde Infantil designado «Nasci e Agora?...» na área dos Cuidados Continuados em Saúde Materno-Infantil que tem como objectivos: melhorar o nível de prestação de cuidados à puérpera e recém-nascido após alta hospitalar; orientar os pais de recém-nascidos no desenvolvimento de competências para o auto-cuidado; prevenir e identificar situações de risco Materno-Infantil; implementar um programa de cuidados Materno-Infantil para prevenção e acompanhamento de situações de risco e aumentar o número de revisões de puerpério.

3. Criação dum esquema de convocatórias para os exames de saúde dos três e quatro anos.

4. Divulgação e implementação como norma de critérios para identificação de uma criança como sendo de risco. Tendo com base o projecto de Articulação Hospital Condes de Castro Guimarães/Centro de Saúde de Cascais e Rede de 1997¹² são consideradas crianças de risco:

- 1) As crianças identificadas como situação de risco pela NN do Hospital de Cascais;
- 2) As crianças consideradas de alto e médio risco pela NN do Hospital SF Xavier;
- 3) Os recém-nascidos que embora não estivessem identificadas com situação de risco pela NN tenham alguma das seguintes características:

- filhos de mães adolescentes com menos de 18 anos;
- mãe ou pai com consumo de droga;
- pais desempregados ou com dificuldades económicas;
- habitações degradadas e/ou agregado familiar numeroso para o espaço de habitação;
- filhos à guarda de outrem;
- patologia crónica da mãe, pai ou irmãos;
- Recém-nascidos admitidos na Unidade de Neonatologia;
- alterações comportamentais dos pais, nomeadamente depressão puerperal e sempre que seja detectada alteração no processo de vinculação, por exemplo desinteresse da mãe em prestar cuidados de higiene e alimentação e dificuldade em estabelecer relação com o bebé¹².

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferrão AM. Avaliação e garantia de qualidade das notícias de nascimento do Centro de Saúde de Cascais. Saúde em Números 1999 jan;141:4-7.
2. Pisco L. Melhoria da Qualidade em Saúde: Curso Monográfico. Lisboa, Instituto da Qualidade em Saúde, 2002.
3. Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Norma n.º 9/90. Núcleo DSI/SEO 1990 (12 Junho).
4. Cordeiro MJ, Carvalho MCA, Dias JA. Detecção precoce em Saúde Infantil: rastreios e detecção oportunista. Lisboa, Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários, 1991.
5. Nunes LC. Visita domiciliária: texto de apoio. Cascais, Centro Saúde de Cascais, 1999.
6. Pacheco CE. Avaliação da qualidade da primeira consulta de saúde infantil em crianças com idade inferior a 30 dias. Rev Port Clin Geral 1997;14:107-15.
7. Salazar C, Martins E. Avaliação da qualidade de registo em saúde materna e saúde infantil. Rev Port Clin Geral 1993; 10:15-9.
8. Ministerio de Sanidade y Consumo. Evaluación de la Asistencia Ambulatoria. Principios y práctica. Madrid, Ministerio de Sanidade e Consumo, 1989.
9. WONCA. ICPC-2 Classificação Internacional de Cuidados Primários. 2ª edição. Lisboa, APMCG, 1999.
10. Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Saúde Infantil – Programa tipo de Actuação. Circular Normativa 9/DSI de 92-12-06. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, 1993.
11. Direcção Geral da Saúde. Plano Nacional de Vacinação. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2000.
12. Gonçalves MH. Projecto de Articulação Hospital de Castro Guimarães/Centro de Saúde de Cascais Parede. Que estratégias para uma melhor comunicação? Lisboa, Centro de Saúde de Parede, 1997.
13. Direcção Geral da Saúde. Alimentação de Criança Saudável. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 1990.
14. Mota HC. Lições de Pediatria. Coimbra: Serviços da Acção Social da U.C.; 1998.
15. Ministério da Saúde. Ficha Clínica de Saúde Infantil (Raparigas) Mod125.01. Lisboa, Ministério da Saúde, 2001.
16. Ministério da Saúde. Ficha Clínica de Saúde Infantil (Rapazes) Mod.125.02. Lisboa, Ministério da Saúde, 2001.
17. Ministério da Saúde. Boletim Individual de Saúde (Registo de Vacinações) Mod. 057.01-200 000 - 03/01. Lisboa, Ministério da Saúde, 2001.
18. Ministério de Saúde. Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa, Ministério da Saúde, 1993.
19. Mendes M L. Curso de Obstetrícia. Coimbra, Centro Cultural da maternidade dos HUC, 1991.
20. ARS de Lisboa e Vale do Tejo - Sub-Região de Saúde de Lisboa. Programas de Saúde 1995-1997. Lisboa, Ministério da Saúde, 1999.
21. ARS de Lisboa e Vale do Tejo. Estratégias Regionais de Saúde: Plano de Actividades. Lisboa, Ministério da Saúde, 2001.
22. Centro de Saúde de Cascais. Relatório de avaliação de programa de Saúde Infantil, Ano 2001. Cascais, Centro de Saúde de Cascais, 2002.

Agradecimentos

Agradecimentos à Dra. Helena Miranda por ter colocado à nossa disposição os meios necessários para o sucesso deste trabalho.

Agradecemos às Sr.^a Enfermeiras Teresa Avilez e Helena Gonçalves pela colaboração na elaboração do protocolo.

Agradecimentos também à Dra. Conceição Gaspar e Sr.^a Enfermeira Paula Arrais pelas suas orientações e estímulo.

Um agradecimento muito especial a Dra. Ana Rita Coelho pelo seu importante contributo na pesquisa dos processos das crianças do estudo.

A todos os profissionais do Centro de Saúde de Cascais que colaboraram conosco nas diferentes fases deste trabalho, os nossos sinceros agradecimentos.

Endereço para correspondência:

Maria Remedios Calderón
Rua do Gama nº 3 – 1º Fte. 2750 Cascais.
Tel: 919 789 269
e-mail: nop26631@mail.teleapc.pt

Recebido para publicação em 07/09/2002
Aceite para publicação em 12/02/2003

QUALITY ASSESSMENT OF THE FOLLOW UP OF CHILDREN FROM BIRTH TO SIX YEARS AT THE CASCAIS HEALTH CENTER

SUMMARY

Child health surveillance activities are designed to prevent disease, to perform early diagnosis of problems stunting growth and development and to promote children's health.

Aim: To assess the quality of medical and nursing care at the Child Health clinic of three units of the Cascais Health Center.

Methods: Internal retrospective audit covering children born in 1995 bearing a Health Center registration at the onset of the study, as well as the Child Health teams.

Results: Children at risk followed exclusively at the Health Center showed better results in fulfilling the surveillance schedule (80%) than children not at risk (66,67%); a reduction of health examinations in both groups was noted after the second year of life (48,26%), particularly for children four years old (25,86%). The national immunization program was carried out fully in 90% of children at risk.

Discussion: Educational and structural corrective measures are suggested – a recall system for three year and four year health examinations; introduction of criteria for identification of children at risk; implementation of prenatal care measures for enhancing care to new mothers and newborns and to prevent, identify and follow up mother-child risk situations.

Key words: Quality Assessment; Child Health; Health Surveillance; Health Center; General Practice.