

Boletim de Saúde Infantil e Juvenil: Uma Avaliação dos Registos

A Look at Personal Child Health Records

Dra Ana Carolina Cruz¹, Dra Céline Rodrigues², Dr. Pascoal Moleiro³, Dra Margarida Henriques³

1. Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, ACES Pinhal Litoral, Leiria, Portugal

2. USF Condestavel - ACES Pinhal Litoral

3. Serviço Pediatria do Centro Hospitalar de Leiria (CHL)

Acta Pediatr Port 2015;46:305-10

Resumo

Introdução: O boletim de saúde infantil e juvenil é um instrumento imprescindível, que se destina ao registo dos factos mais importantes relacionados com a saúde da criança / adolescente. Apesar da sua reconhecida relevância, continua a ser subutilizado. O objetivo deste trabalho foi conhecer as práticas de registo dos pediatras e médicos de família no boletim de saúde infantil e juvenil, avaliando o grau de preenchimento das várias secções, nomeadamente nas consultas por idade-chave.

Métodos: Estudo observacional, transversal e analítico. Amostra de conveniência constituída por crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos, portadoras do boletim de saúde infantil e juvenil, observadas na urgência pediátrica, consulta externa ou enfermaria de um serviço de pediatria, entre maio e junho de 2013. Foi utilizada uma grelha de avaliação elaborada pelos autores para anotação da presença / ausência de registos em cada secção do boletim.

Resultados: Foram analisados os boletins de saúde infantil e juvenil de 200 crianças / adolescentes, com uma média de idade de 4 anos e 5 meses e mediana de 3 anos e 4 meses. Da avaliação do preenchimento das secções verificou-se que em 28% dos boletins não estava indicado o nome da criança; apresentavam registos em todas as consultas idade-chave 23,0% dos boletins; dos boletins com registos em todas as consultas, 91% pertenciam a crianças com idade inferior a seis anos ($p = 0,004$). As secções com taxas de preenchimento mais reduzidas foram a curva de índice de massa corporal, o desenvolvimento e a fotografia. A secção relativa a hospitalizações não continha registos em 95,4% da amostra. A observação dentária foi registada num único boletim.

Discussão: O boletim de saúde infantil e juvenil possui secções com registos deficitários. Numa fase de transição, com a criação do boletim eletrónico, é urgente alertar e sensibilizar os profissionais de saúde para esta lacuna.

Palavras-chave: Saúde Infantil; Continuidade da Assistência ao Doente

Abstract

Introduction: The personal child health record is a standard health and development record in the form of a booklet, given to parents/caregivers at a child's birth. It is an invaluable tool for health professionals to record the most important facts related to a child's health. Despite its known importance, it remains under-used. The aim of this study was to analyse paediatricians' and family physicians' use of the personal child health record by assessing the thoroughness with which items are completed, especially key development stage examinations.

Methods: This observational and cross-sectional study analysed a convenience sample of children under the age of 18, carrying the booklet and observed in the paediatric emergency room or outpatient clinic or ward of a district hospital between May and June 2013. A grid designed by the authors was used for recording the presence or absence of data in each field of the personal child health record.

Results: Two hundred booklets were obtained, belonging to children with a mean age of four years and five months. In 28%, the child's name was not indicated. The sections with the lowest proportion completed were body mass index curve, development and photographs. Only 23% of the booklets had records of all medical examinations. Tooth observation was recorded in only one booklet. Records of hospitalisations were absent in 95.4%. Ninety-one percent of personal child health records with data on all examinations belonged to children under six years of age ($p=0.004$).

Discussion: Records are missing in many of the booklets. It is urgent to make health professionals aware of this deficiency in the stage of transition between written and electronic records.

Keywords: Child Health; Continuity of Patient Care

Introdução

O boletim de saúde infantil e juvenil (BSIJ) foi introduzido em Portugal em 1981 pela Direção Geral da Saúde, para ser distribuído gratuitamente a todas as crianças na maternidade. Apesar da sua reconhecida importância, o preenchimento pelos profissionais de saúde só se tornou obrigatório em 1991, por despacho do Ministério da Saúde, que descrevia o BSIJ como um instrumento fundamental de recolha, normalização e transmissão de dados relativos à saúde do recém-nascido e da criança.¹ Definia também que o seu correto preenchimento é uma tarefa obrigatória de todos os serviços de saúde e deve abranger todas as crianças, de forma a assegurar a circulação sistemática de informação clínica relevante entre os cuidados de saúde primários, os cuidados diferenciados e outros setores prestadores de cuidados. É um instrumento prático e fácil de utilizar,² permite guardar registos ao longo do tempo, os quais estarão disponíveis sempre que a criança / adolescente necessitar de cuidados de saúde. O BSIJ constitui um elo de comunicação entre os profissionais de saúde e os pais, funcionando como ponto de partida para abordar aspetos do desenvolvimento e crescimento, registo das suas dúvidas e acontecimentos de vida. A confidencialidade dos dados registados fica entregue aos pais,² assim como o dever de se fazerem acompanhar do BSIJ sempre que recorrem a cuidados de saúde com os seus filhos. Face à recente atualização do Programa de Saúde Infantil e Juvenil, em junho de 2013,³ e à criação do novo formato do BSIJ, o boletim eletrónico (e-boletim), os autores consideraram pertinente concretizar um estudo de avaliação das práticas de registo no BSIJ. Definiu-se como objetivo deste trabalho conhecer as práticas de registo dos pediatras e médicos de família nos BSIJ, nomeadamente verificar o grau de preenchimento das diferentes secções do boletim nos vários grupos etários e determinar quais as consultas por idade-chave com maior percentagem de registos. Pretendeu-se, ainda, consciencializar para o preenchimento adequado deste instrumento e propor estratégias / medidas corretoras, numa fase que é de transição.

Métodos

Foi realizado um estudo observacional, transversal e analítico. A amostra, de conveniência, foi constituída por crianças e adolescentes com idade até aos 17 anos e 364 dias, portadores do BSIJ (consideradas todas as versões de BSIJ) e que foram observadas na urgência de pediatria, consulta externa ou enfermaria de pediatria

de um hospital de nível I, durante os meses de maio e junho de 2013. Definiram-se como critérios de exclusão a posse de um boletim de saúde emitido noutra país e a objeção em participar no estudo. A amostra foi caracterizada quanto à idade, sexo, tipo de acompanhamento médico e frequência do centro de saúde (definida como a existência de pelo menos um contacto – consulta ou vacinação / avaliação de peso – no último ano). Foi criada uma grelha de avaliação para ser aplicada a cada boletim e facilitar a recolha de dados. Procedeu-se à análise das várias secções do BSIJ, tendo-se definido para cada secção critérios específicos de quantificação dos registos (considerados adequados quando o nível de registo dos itens para cada secção era igual ou superior a 75%):

- Identificação: Obrigatória a indicação do nome da criança para ser considerado adequado;
- Gestação e período neonatal, quadro antropométrico, curvas de peso-comprimento / estatura, índice de massa corporal (IMC), perímetro cefálico (PC): Grau de preenchimento de todas as curvas até à idade atual;
- Desenvolvimento, fotografia: Grau de preenchimento das consultas por idade-chave (individualmente e tendo em conta o número de consultas com registo, na totalidade das preconizadas para a idade);
- Dentes, notas, hospitalizações (confirmação verbal com os pais / representantes legais da criança / adolescente relativamente à existência de episódios de doença aguda / hospitalizações);
- Alergias: Confirmação verbal;
- Marcação de consultas e número de consultas em que não se verificaram registos.

Foi realizado um pré-teste que consistiu na avaliação de 19 BSIJ com os critérios descritos anteriormente. Posteriormente, foram acrescentadas à grelha de avaliação os seguintes campos:

- Existência de episódio agudo de doença com ida à urgência ou consulta no centro de saúde;
- Antecedentes de reação alérgica;
- Existência de hospitalizações
- Campo de texto livre para observações.

Os dados foram recolhidos pelos autores, anotados e tratados estatisticamente no programa Predictive Analytics SoftWare (PASW) Statistics, versão 19 para Windows® (Chicago: SPSS Inc; 2009). Foi aplicado o teste de qui-quadrado. Os valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos, considerando um intervalo de confiança de 95%.

Resultados

Foram avaliados 200 BSIJ de crianças / adolescentes com idades compreendidas entre os 2 meses e os 16 anos e 5 meses. A idade média foi de 4 anos e 5 meses com um desvio padrão de 3 anos e 8 meses; a mediana foi de de 3 anos e 4 meses. O grupo etário dos 0-3 anos correspondeu a 47,5% (95/200). Verificou-se que 55% (110/200) dos boletins analisados pertenciam ao sexo masculino.

O item relativo ao centro de saúde revelou que 88% (176/200) das crianças / adolescentes tinham tido contacto com a instituição de saúde no último ano. Relativamente ao acompanhamento médico, 84% das crianças eram seguidas pelo médico de família, 32% por este e também na consulta externa de pediatria e 11% exclusivamente por pediatra particular.

Conforme se pode visualizar na Tabela 1, as taxas de preenchimento mais elevadas verificaram-se nas secções de gestação e período neonatal, quadro antropométrico, curva do perímetro cefálico e notas. As curvas relativas ao peso e comprimento / altura atingiram taxas de preenchimento superiores nas crianças de idade igual ou inferior a 2 anos (96,0% e 95,0%, respetivamente), sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p = 0,001$). A curva de IMC 2-18 anos só estava assinalada em 12,1% (16/125) dos boletins e os campos referentes ao desenvolvimento, fotografia e registo do estado dos dentes apresentavam, da mesma forma, baixas taxas de preenchimento (Tabela 1).

Relativamente ao registo das consultas por idade-chave, verificou-se que 23,0% (46/200) dos boletins apresentavam registos adequados em todas as consultas até

Tabela 1. Avaliação dos registos efetuados no BSIJ por secção e grau de preenchimento

| Secção do BSIJ | Grau de preenchimento adequado* | BSIJ elegíveis† (nº) |
|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| Identificação‡ | 72,0% (144/200) | 200 |
| Gestação | 100% | 200 |
| Período neonatal | 100% | 200 |
| Quadro antropométrico | 98,5% (197/200) | 200 |
| Curvas | Peso 0-24 M | 96,0% (192/200) |
| | Estatura 0-24 M | 95,0% (190/200) |
| | PC 0-36 M | 98,0% (196/200) |
| | Peso 2-18 A | 79,2% (99/125) |
| | Estatura 2-18 A | 78,4% (98/125) |
| | IMC 2-18A | 12,8% (16/125) |
| Desenvolvimento | 23,0% (46/200) | 200 |
| Fotografia§ | 6,9% (13/188) | 188 |
| Estado dos dentes (idade ≥ 3 anos) | 1,9% (1/54) | 54 |
| Notas | 99,5% (190/191) | 191 |
| Hospitalizações | 4,6% (3/65) | 65 |
| Agendamento das consultas | 76,0% (152/200) | 200 |

A - anos; BSIJ - boletim de saúde infantil e juvenil; IMC - índice de massa corporal; M - meses; nº - número; PC - perímetro cefálico.

* Adequado se registos com preenchimento ≥75%.

†Total de boletins que incluem a secção em análise.

‡Obrigatório o nome da criança/adolescente.

§Presença / ausência fotografia.

à idade, sendo que 91% (42/46) desse subgrupo tinha idade inferior a 6 anos ($p = 0,004$). Relativamente ao número de consultas com ausência de registos, 35,0% (70/200) dos BSII da amostra tinham uma consulta por idade-chave sem registos e 42,0% (84/200) apresentavam duas ou mais consultas sem registos.

Da análise por idades, verificou-se que no primeiro mês de vida aproximadamente metade das crianças (49,0%, 98/200) tinha registo em apenas uma das duas primeiras consultas de vida, sendo que 11,0% (22/200) não apresentavam registo em nenhuma das duas consultas referidas. De acordo com a Fig. 1, as consultas por idade-chave correspondentes ao primeiro mês, 8 anos, 11-13 anos e 15 anos apresentaram as mais baixas taxas de preenchimento (53,0%, 55,0%, 44,0% e 0%, respetivamente). A secção das notas foi assinalada em 99,5% (190/191) dos boletins elegíveis, cujos titulares apresentavam pelo menos um episódio de doença aguda até à data, com exclusão do dia da colheita dos dados. As secções alergias, reação a medicamentos, vacinas ou outros contaram com uma única anotação, referindo-se uma alergia medicamentosa, confirmada verbalmente. Cerca de 5% (3/65) das crianças que tiveram hospitalizações apresentavam anotação na secção pertinente. Verificou-se que em muitos BSII (64,6%, 42/65) a nota de alta respetiva estava agrafada na secção de notas e não na secção de hospitalizações. O agendamento das consultas estava preenchido em 76% (152/200) dos boletins analisados.

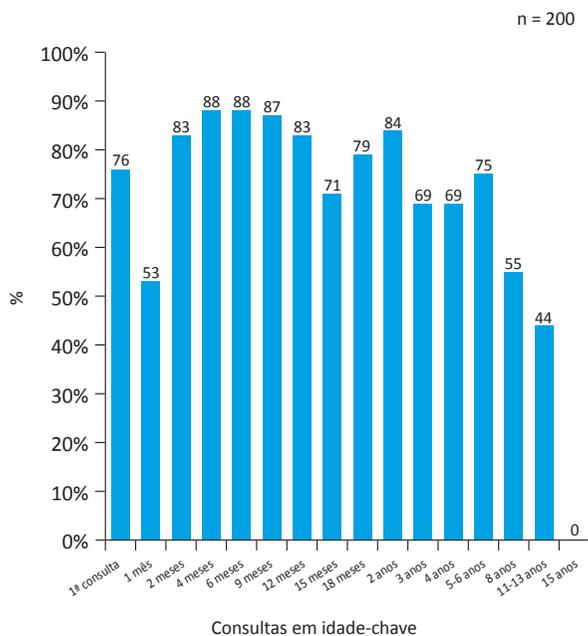


Figura 1. Percentagem de registos adequados por consulta idade-chave.

Discussão

O presente trabalho foi realizado numa fase de transição para um novo modelo e formato de BSII, o e-boletim. Foi objetivo dos autores identificar as principais falhas no registo dos atuais boletins para assim reforçar o importante papel do BSII enquanto instrumento de articulação e comunicação entre estruturas de saúde, profissionais e pais / educadores.²

Deverá assegurar-se o preenchimento dos itens constantes no BSII, começando pela secção destinada à identificação, sendo o nome da criança prioritário. Como se pode verificar pelos resultados obtidos, esta identificação ainda não está sistematizada.

A avaliação das curvas de peso, comprimento / estatura e perímetro cefálico alerta para a necessidade de executar registos adequados até aos 18 anos. Neste estudo verificou-se que os registos nos BSII foram mais adequados até aos 6 anos e mais deficitários nas idades posteriores. A curva de IMC apresentou uma reduzida taxa de preenchimento. Portugal está entre os países europeus com maior número de crianças com excesso de peso, referindo-se que mais de 30% dos menores com idades entre os 7 e os 11 anos, têm excesso de peso ou obesidade.⁹ A sensibilização para o problema da obesidade infantil é reduzida e as consequências reais e a longo prazo podem passar despercebidas aos pais. Num estudo realizado na região centro de Portugal, verificou-se que os pais, na sua maioria (65%), se sentiam pouco ou nada preocupados com o facto de os filhos virem a sofrer de excesso de peso ou obesidade.¹⁰ O preenchimento e explanação das curvas de crescimento nas consultas, nomeadamente de IMC, pode propiciar um momento de sensibilização e de tomada de medidas preventivas em situações de magreza, excesso de peso e obesidade infantil e juvenil.

A área do desenvolvimento é um dos alvos de transformação na nova edição do BSII. Neste estudo, verificou-se uma elevada taxa de ausência de registos em aspetos relativos ao desenvolvimento. Realça-se a necessidade de consciencialização não só dos pediatras e médicos de família, mas também dos pais, para anotar neste campo. É preciso datar as aquisições da criança, porque só a observação e o registo por rotina, persistente e seriado, permitem a deteção atempada de situações que, devidamente orientadas, são suscetíveis de uma intervenção eficaz. A inclusão de fotografia no BSII pode funcionar como suporte ao conteúdo de texto dos dados registados e acrescentar outras informações, não transmissíveis por palavras, nomeadamente na área do desenvolvimento, onde se valorizam elementos como dismorfismos, tónus, postura, entre outros.

As consultas por idade-chave com as mais baixas taxas de preenchimento foram as do primeiro mês, 8, 11-13 e 15 anos. Verificou-se que uma em cada duas crianças não apresentava registos na segunda consulta de vida, o que pode dever-se à proximidade temporal das duas primeiras consultas, condicionando a supressão de uma delas. Por outro lado, de referir que o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação nos primeiros anos de vida poderá condicionar uma maior afluência às consultas nesse período, nomeadamente até aos 6 anos de idade. A escassez ou, em alguns casos, a ausência de registos verificada nas crianças mais velhas poderá relacionar-se com uma menor frequência e/ou absentismo às consultas por esses grupos, muito em particular pelos adolescentes. Alguns autores debruçaram-se sobre este aspeto e apontam como principais motivos de falta às consultas a incompatibilidade com os horários escolares, esquecimento da consulta, recusa / abandono da consulta por considerar inútil ou “se sentir bem”, por doença aguda e problemas familiares.¹¹⁻¹⁴ Como estratégias de melhoria da taxa de adesão à consulta, os profissionais, ao agendarem a consulta, devem ter em conta o horário escolar, a época de avaliações / férias e o regime de faltas. A adoção de estratégias de confirmação de consulta, como o envio de mensagem por telemóvel, poderão diminuir as faltas às consultas.

O registo do estado dos dentes surge neste estudo como uma das áreas mais deficitárias de preenchimento. Apenas um dos 54 boletins elegíveis continha registos. As cáries identificadas devem ser registadas para referência a higienistas orais, dentistas e estomatologistas, sempre que oportuno e de acordo com a recente atualização do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral.¹⁹ A área da saúde oral é partilhada com o médico de família / pediatra, pelo que também é importante otimizar os registos.

A secção de registo de hospitalizações apenas foi utilizada em 4,5% (3/65) dos boletins das crianças que contavam com episódios de internamento prévio. Mesmo considerando que em 65% (42/65) dos casos o resumo da nota de alta ou a própria nota de alta se encontrava anexada, a ausência de informação no espaço destinado a esse efeito impede uma verificação rápida e sucinta dos internamentos, bem como o conhecimento das cirurgias efetuadas. Esta secção é de fácil e rápido acesso, com notas sintéticas, pelo que há vantagem em utilizá-la.

Inúmeros estudos abordam a importância do preenchimento do BSIJ e da sua subutilização e/ou não preenchimento.⁵ Em 1998, um estudo realizado nas consultas externas do Hospital Pediátrico de Coimbra, verificou que o BSIJ estava a ser mal utilizado, não apenas por defeito, com registos omitidos, mas também por excesso, com

registos excessivos de avaliações ponderais.^{6,7}

As principais limitações do presente estudo foram o tratar-se de uma amostra de conveniência, o local de recolha de dados e a aplicação da grelha de avaliação dos boletins quando da consulta médica, com algumas informações fornecidas pelos acompanhantes. Contudo, apesar das limitações descritas, os resultados encontrados parecem ir ao encontro dos apresentados noutros estudos realizados anteriormente.⁴

Em conclusão, o presente estudo revelou que o BSIJ possui secções com registos deficitários, nomeadamente nas consultas em idade-chave. Numa fase de transição entre boletins, é urgente alertar e sensibilizar os profissionais de saúde para esta lacuna. A utilização mais eficiente deste instrumento constitui um progresso na qualidade dos cuidados prestados, na diminuição da ansiedade das crianças / adolescentes e suas famílias em relação ao acompanhamento continuado e, sobretudo, na melhoria da articulação dos vários serviços de saúde.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Proteção de Pessoas e Animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Confidencialidade dos Dados

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

Apresentações e Prémios

Trabalho apresentado como comunicação oral nas XX Jornadas de Pediatria do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, 13 a 14 de fevereiro de 2014.

Correspondência

Ana Carolina Cruz
cruz.acarol@gmail.com

Recebido: 14/08/2014

Aceite: 07/05/2015

Referências

1. Despacho nº 1/1991, Diário da República, 2ª série, Nº 36, 1 de fevereiro de 1991. Ministério da Saúde. Obrigatoriedade do preenchimento dos boletins de saúde infantil e da grávida.
2. Pires B. Boletim de saúde infantil: Avaliação do seu preenchimento. *Saúde Infant* 1989;11:113-7.
3. Lemos L. Boletim de saúde infantil: A subutilização perversa. *Saúde Infant* 1992;14:221.
4. Cordeiro MJ. Utilização do boletim de saúde infantil. Estudo realizado na urgência de pediatria de três hospitais de Lisboa. *Saúde Infant* 1990;12:143-9.
5. Lemos L. Intercomunicação médica: Um panorama ainda desolador. *Saúde Infant* 1995;17:3-4.
6. Santo CE, Quintas MA, Cunha EF, Silva MA. Avaliação do preenchimento do boletim de saúde infantil. *Saúde Infant* 1992;14:31-9.
7. Couto F, Correia M. A vigilância de saúde infantil das crianças seguidas em consultas hospitalares. *Saúde Infant* 1998;20:37-42.
8. Direção Geral da Saúde. Programa nacional de saúde infantil e juvenil. Lisboa: DGS; 2013.
9. Lobstein T, Rigby N, Leach R. Obesity in Europe. London: EASO; 2005.
10. Aparício G, Cunha M, Duarte J, Pereira A. Olhar dos pais sobre o estado nutricional das crianças pré-escolares. *Milennium* 2011;40:99-113.
11. Irwin Jr CE, Millstein SG, Ellen JM. Appointment-keeping behavior in adolescents: Factors associated with follow-up appointment-keeping. *Pediatrics* 1993;92:20-3.
12. Killapsy H, Banerjee S, King M, Lloyd M. Prospective controlled study of psychiatric out-patients non-attendance: Characteristics and outcome. *Br J Psychiatry* 2000;176:160-5.
13. Andrews R, Morgan JD, Addy DP, McNeish AS. Understanding non-attendance in outpatient paediatric clinics. *Arch Dis Chil* 1990;65:192-5.
14. Morera-Guitart J, Mas-Server MA, Más-Sesé G. Análisis de los pacientes no presentados a la consulta de neurologia de la Marina Alta. *Rev Neurol* 2002;34:701-5.
15. Direção-Geral da Saúde. Boletim de saúde infantil e juvenil feminino. Modelo 1396. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda; 2006.
16. Direção-Geral da Saúde. Boletim de saúde infantil e juvenil masculino. Modelo 1397. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda; 2006.
17. Direção Geral da Saúde. Saúde infantil e juvenil: Programa tipo de atuação. 2ª ed. Lisboa: DGS; 2005.
18. Direção Geral da Saúde. Programa nacional de saúde infantil e juvenil. Lisboa: DGS; 2012.
19. Direção Geral da Saúde. Programa nacional de promoção da saúde oral. Lisboa: DGS; 2013.