


Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança nos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil*

doi: 10.5123/S1679-49742018000100016

Filling process of the Child Health Record in health care services of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil

Llenado del Libro de Salud del Niño en los servicios de salud en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Leonardo de Paula Amorim¹ –  orcid.org/0000-0001-8597-7424

Maria Inês Barreiros Senna¹

Viviane Elisângela Gomes¹

João Henrique Lara do Amaral¹

Mara Vasconcelos¹

Adriana Gonçalves da Silva¹

Simone Dutra Lucas¹

Raquel Conceição Ferreira¹

¹Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Belo Horizonte, MG, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) nos serviços de saúde. **Métodos:** estudo descritivo, desenvolvido em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil; realizou-se entrevista com os pais/responsáveis de crianças de 3 a 5 anos de idade e observaram-se 21 itens essenciais ao acompanhamento infantil na CSC, no Dia de Multivacinação de 2014; considerou-se separadamente os campos a serem preenchidos nas maternidades e na Atenção Primária à Saúde (APS) e outros serviços. **Resultados:** foram incluídas 367 crianças (96,1%); 44,5% das CSC apresentaram $\geq 60\%$ dos itens preenchidos; dos itens a serem registrados nas maternidades, o peso ao nascer apresentou maior proporção de preenchimento (64,5%); daqueles a serem registrados na APS e outros serviços, os campos das vacinas foram os mais preenchidos (94,0%); houve maior preenchimento na maternidade do que na APS e outros serviços ($p < 0,001$). **Conclusão:** observou-se baixa proporção de preenchimento, especialmente na APS e outros serviços.

Palavras-chave: Saúde da Criança; Atenção Primária à Saúde; Maternidades; Registros de Saúde Pessoal; Crescimento e Desenvolvimento.

*Este artigo originou-se da dissertação de Mestrado Profissional de Leonardo de Paula Amorim intitulada 'Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados: estudo transversal em um município de grande porte populacional', defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais em 2015. Agência financiadora: Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (APQ-03442-12).

Endereço para correspondência:

Leonardo de Paula Amorim – Rua Professor Moacir Gomes de Freitas, nº 688, Pampulha, Belo Horizonte-MG, Brasil. CEP: 31270-901
E-mail: leo180381@gmail.com



Introdução

Instrumentos para registros sobre a saúde da criança têm favorecido a transmissão de informações entre os serviços de saúde, envolvimento dos familiares no cuidado da criança e disponibilização de informações de saúde da criança para os familiares.^{1,2} No Brasil, o Cartão da Criança (CC), lançado entre 1974 e 1975, visava unificar as informações sobre a criança, ser um elo entre o serviço de saúde e a família e promover o acompanhamento do crescimento da criança.³ A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) foi criada a partir da revisão do CC em 2005, com a aprovação da Resolução do Mercosul na qual os países membros pactuaram informações básicas comuns para instrumentos de acompanhamento da saúde infantil.⁴

A avaliação da qualidade do preenchimento da CSC pode revelar aspectos da organização e funcionamento dos serviços de saúde.

A CSC propõe-se ao acompanhamento integral de saúde da criança, pautado na vigilância à saúde, e foi organizada em duas partes: a primeira, a ser preenchida pelos responsáveis da criança, abrange dados de identificação da criança e dos pais e contém orientações relacionadas à saúde e direitos da criança e dos pais; a segunda, destinada ao registro pelos profissionais de saúde na maternidade ou durante o acompanhamento da criança, nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) ou em outros serviços, inclui dados sobre a gravidez, parto e puerpério, dados do recém-nascido, além de registros úteis à vigilância do desenvolvimento da criança.⁵ A CSC ainda apresenta informações sobre desenvolvimento dos dentes, cárie dentária e orientações para a limpeza da boca/dentes; e conta com espaço para 'registros dos procedimentos da saúde bucal', com cronograma de erupção e odontograma.⁵

A importância da CSC na vigilância em saúde infantil tem sido destacada,⁶⁻¹⁷ porém, foram elencados problemas em seu preenchimento. Estudos realizados em Minas Gerais (Belo Horizonte e Pouso Alegre), São Paulo (município de pequeno porte), Piauí (Caracol e Anísio de Abreu), Rio Grande do Sul (Pelotas) e Mato Grosso (Cuiabá), entre 2005 e 2014, evidenciaram

registros ausentes ou incompletos em campos da CSC, com destaque para a curva do crescimento e do desenvolvimento infantil.^{6,16,17}

Revisão sistemática para avaliar o preenchimento do CC ou da CSC pelos profissionais de saúde concluiu que '[...] o diagnóstico de uso e qualidade de preenchimento de tais instrumentos no Brasil está restrito a poucos trabalhos locais, que não avaliam todas as variáveis consideradas imprescindíveis para vigilância da saúde da criança'.¹⁵ A avaliação da qualidade do preenchimento da CSC pode revelar aspectos da organização e funcionamento dos serviços de saúde. De acordo com o preconizado pelo manual e orientações para o uso da CSC, há campos que deveriam ser preenchidos na maternidade e campos cujos registros deveriam ser feitos em outros serviços de atenção à saúde da criança. Desse modo, este estudo objetiva descrever o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança – CSC – nos serviços de saúde.

Métodos

Estudo transversal realizado em Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, localizado na região Sudeste do Brasil.

Em 2010, Belo Horizonte possuía população residente de 106.398 crianças com 1 a 4 anos e 144.868 com 5 a 9 anos de idade,¹⁸ e índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,810.¹⁹ Em 2013, o município contava com 147 unidades básicas de saúde (UBS), 583 equipes de Saúde da Família e 307 equipes de Saúde Bucal em nove Distritos Sanitários.²⁰

Foram incluídas no estudo crianças residentes em Belo Horizonte que portavam a CSC a partir da 6ª edição (2009), versão vigente no momento da pesquisa e que incorporou os campos referentes à saúde bucal. A faixa etária de três a cinco anos foi selecionada, pois, segundo o manual da CSC, é nela que as crianças apresentam todos os dentes decíduos erupcionados e ausência de erupção dos dentes permanentes,⁵ requisitos necessários para avaliação dos campos de saúde bucal.

A fórmula de estimativa para proporção foi utilizada no cálculo amostral, considerando-se os seguintes parâmetros: prevalência para preenchimento satisfatório (pelo menos 13 dos 21 itens preenchidos, ou seja, percentual de preenchimento $\geq 60\%$)⁶ da CSC de 70%,⁶ nível de confiança de 95%, erro de 5%, e 20% para compensar perdas. Foi realizada a correção para população finita,

considerando-se o número de crianças de três a cinco anos igual a 81.145 em 2010 (dado disponível mais próximo ao ano de coleta de dados, obtido do sistema de informação municipal Intranet). O cálculo resultou em uma amostra de 382 participantes, que foi estratificada e proporcionalizada ao número de crianças de três a cinco anos em cada um dos nove Distritos Sanitários.

Os dados foram coletados no dia 22 de novembro de 2014, durante a Campanha Nacional de Multivacinação Infantil. Em cada Distrito Sanitário, foram escolhidas, por conveniência, duas UBS com maior número de crianças em suas áreas de abrangência. Em cada UBS, os participantes foram abordados antes da vacinação. Os dados foram coletados após a vacinação, mediante entrevista estruturada com um dos pais e observação da CSC.

O roteiro para a entrevista continha variáveis para caracterização sociodemográfica da mãe e da criança: idade da mãe (em anos completos); renda familiar (em reais); número de pessoas que viviam com essa renda; e sexo da criança (masculino; feminino). A renda *per capita* foi obtida dividindo-se a renda familiar pelo número de pessoas que viviam com essa renda.

À semelhança do estudo de Alves *et al.*,⁶ o roteiro de observação incluiu 19 campos da CSC considerados essenciais ao acompanhamento da saúde da criança, acrescidos dos campos de saúde bucal. Para avaliação dos 21 campos, foram seguidas as orientações do manual para utilização da CSC, publicado pelo Ministério da Saúde,⁵ considerando-se os serviços de saúde onde deveriam ser, preferencialmente, preenchidos:

- preenchimento pelos pais (itens de identificação: nome da criança e da mãe; data de nascimento);
- preenchimento na maternidade (trimestre de início e número de consultas de pré-natal; tipo de parto; peso, comprimento e perímetro cefálico ao nascer; Apgar no 5º minuto; idade gestacional; tipo de alimentação da criança na alta da maternidade); e
- preenchimento na APS/outros serviços (desenvolvimento neuropsicomotor; perímetro cefálico e peso ao nascer registrado no gráfico; idade quando o último ponto do perímetro cefálico e de peso foi registrado no gráfico; registro nos cronogramas de erupção e odontograma; registro do uso de ferruginoso; registro das vacinas).

Os registros do primeiro ano de vida da criança foram considerados na avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor e da idade quando o último ponto do perímetro cefálico e do peso foi marcado no gráfico, visando a padronização entre as observações e a

comparação com estudo prévio.⁶ O intervalo máximo admitido para registro do peso e do perímetro cefálico nos gráficos foi de três meses. O preenchimento do campo destinado a desenvolvimento neuropsicomotor foi considerado correto quando estavam presentes ao menos três registros; e para o registro de vacinas, quando o calendário se encontrava completo para a idade ou com menos de um mês de atraso. Para minimizar erros, a condição vacinal foi verificada pela equipe responsável pela vacinação em cada UBS, pois esses trabalhadores conhecem o calendário vacinal completo.⁶ Foi avaliada a presença do registro de erupção dentária, independentemente do número de dentes marcados, uma vez que a CSC não dispõe da data da consulta odontológica, nem da idade da criança no momento da avaliação, inviabilizando avaliar o preenchimento. O odontograma foi avaliado somente por seu uso, porque a ausência de legenda para registro de dentes hígidos impossibilitou concluir pela ausência de preenchimento ou de alterações bucais. Para os demais campos, considerou-se a presença ou não do preenchimento, e a veracidade dos registros não foi investigada.

Um estudo-piloto, realizado em uma UBS, permitiu adequações na sequência dos itens de observação da CSC. Não houve mudança de conteúdo do instrumento. A entrevista e a observação da CSC foram realizadas por 36 entrevistadores treinados (cinco horas de treinamento teórico e prático), acadêmicos de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). No dia da Campanha de Multivacinação, em cada UBS, dois estudantes foram encarregados da coleta de dados, acompanhada a distância pelos coordenadores da pesquisa usando o aplicativo WhatsApp® em tempo real. A dupla digitação do banco de dados por dois pesquisadores, independentemente, possibilitou a correção de erros na digitação mediante consulta aos roteiros originais.

Obteve-se a frequência absoluta e relativa de preenchimento de cada campo da CSC e a frequência de CSC com percentual de preenchimento <60%, ≥60%, ≥70%, ≥80% e ≥90%. O percentual de preenchimento da CSC foi calculado tendo-se em conta o total de 21 campos avaliados e, separadamente, para os três campos de identificação, nove a serem preenchidos na maternidade e nove na APS/outros serviços. Os resultados de percentual de preenchimento foram representados na forma de gráficos. O teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher foi utilizado para testar a associação entre o percentual de preenchimento dos campos

a serem registrados na maternidade ou na APS/outros serviços. O teste de Mann Whitney foi aplicado para comparar o número de campos da CSC preenchidos na maternidade ou APS/outros serviços. A versão 17.0 do programa SPSS® foi utilizada.

O projeto foi aprovado pelos comitês de Ética em Pesquisa da UFMG e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (CAAE: 35282614.2.0000.5149, em 15/10/2014). Os pais das crianças assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Foram incluídas 367 crianças (96,1%), cujos pais foram entrevistados e as respectivas CSC observadas. Houve 15 recusas. A maioria (72,5%) dos entrevistados eram mães (média de idade de 33,7 anos; desvio-padrão = 6,5); a renda familiar média foi de R\$1.422,73 (dp=R\$1.277,46) e 56,9% das CSC eram de crianças do sexo masculino.

Os campos da CSC com maior frequência de preenchimento foram nome e data de nascimento da criança e nome da mãe. Entre os campos de registro na maternidade, houve maior preenchimento do peso e do comprimento ao nascer. Os registros das vacinas foram os mais preenchidos entre aqueles a serem registrados na APS/outros serviços. Alta frequência de não preenchimento foi observada no odontograma (99,2%) e no campo de erupção dentária (98,6%) das CSC (Tabela 1).

Observou-se que 44,5% das CSC possuíam $\geq 60\%$ dos itens preenchidos (Figura 1). Percentual de preenchimento dos campos de registro na maternidade $\geq 80\%$ foi observado em 41,7% das CSC, frequência que foi de 0,8% ao se considerar o mesmo percentual de preenchimento nos campos de registro na APS/outros serviços (Figura 2).

As CSC com $\geq 60\%$ e $\geq 70\%$ de preenchimento dos campos de registro na APS/outros serviços foram significativamente maiores quando as CSC também apresentaram maior percentual de preenchimento ($\geq 60\%$) dos campos de registro na maternidade. Para os maiores percentuais de preenchimento de campos de registro na APS/outros serviços (80 e 90%), essa diferença não foi observada, pelo pequeno número de CSC com esses percentuais de preenchimento (Tabela 2). O número de campos de registro na maternidade preenchidos foi significativamente maior do que o número de campos de registro na APS/outros serviços (teste de Mann Whitney; $p < 0,001$).

Discussão

Os campos mais preenchidos nas CSC foram referentes à identificação da mãe e da criança. Dos itens a serem registrados nas maternidades, o peso ao nascer apresentou maior proporção de preenchimento; daqueles a serem registrados na APS/outros serviços, os campos das vacinas foram os mais preenchidos. Houve maior preenchimento dos itens de registro na maternidade, comparativamente àqueles a serem registrados na APS/outros serviços.

O maior preenchimento dos itens de identificação já fora observado previamente, em estudos transversais realizados em Belo Horizonte (2006)⁶ e Pelotas (2008),⁸ e pode ser explicado por apresentar informações de domínio dos pais.

Dos campos para registro na maternidade, o maior percentual de preenchimento do peso ao nascer foi consistente com resultados observados em Belo Horizonte (2005 e 2006), Pouso Alegre (2012) e Cuiabá (2011),^{6,7,9,17} talvez por ser um indicador de saúde neonatal culturalmente usado e uma das informações do recém-nascido mais requeridas, tanto pela família quanto pelos profissionais de saúde.¹⁷

O trimestre de início (38,7%) e o número de consultas de pré-natal (35,1%) foram os campos menos preenchidos, representando percentuais inferiores aos observados em Belo Horizonte, em 2005 e 2006, que variaram de 58,0 a 69,9%.^{6,7} Contudo, foram superiores aos observados em Cuiabá, em 2011, de 11,9% para número de consultas e 14,7% para início da consulta.¹⁷ Possíveis explicações para os baixos valores observados em Cuiabá foram o preenchimento tão somente do cartão da gestante, ou o fato de a mãe não ter levado o cartão para a maternidade ou à primeira consulta da criança,¹⁷ o que pode, também, explicar os resultados observados no presente estudo.

O cartão da gestante também tem sido utilizado para avaliar a qualidade da assistência às gestantes no pré-natal; contudo, foi igualmente evidenciado o baixo percentual de registro do número recomendado de consultas de pré-natal nesse documento.²¹ A unificação dos cartões da gestante e da CSC facilitaria o processo de trabalho nos serviços de saúde, contribuindo para qualificar o registro e a atenção à saúde materno-infantil.

Esses resultados podem evidenciar problemas na atenção à gestante no pré-natal.⁷ Essa atenção deve ser

garantida, tendo em vista que a maior frequência de visitas pré-natais e a assistência precoce à gestante foram associadas a menores taxas de nascimento de crianças de baixo peso²² e de mortalidade neonatal.²³ Abud e Gaíva, ao estudarem o preenchimento dos dados sobre gravidez, parto, puerpério e recém-nascido na CSC em Cuiabá,¹⁷ recomendaram aos profissionais que, durante as consultas de acompanhamento da gestação, reforcem o fato de que ‘[...] cartão é um documento a ser utilizado durante o pré-natal e na maternidade, por ocasião do nascimento da criança, para acesso a dados fundamentais que irão facilitar o acompanhamento da criança pelos profissionais de saúde’.

O preenchimento do Apgar no 5º minuto foi inferior ao observado em 2005, em amostra de crianças de UBS de Belo Horizonte (74%),⁷ e em 2008, em Pelotas (90%),²⁴ semelhantemente ao observado em amostra

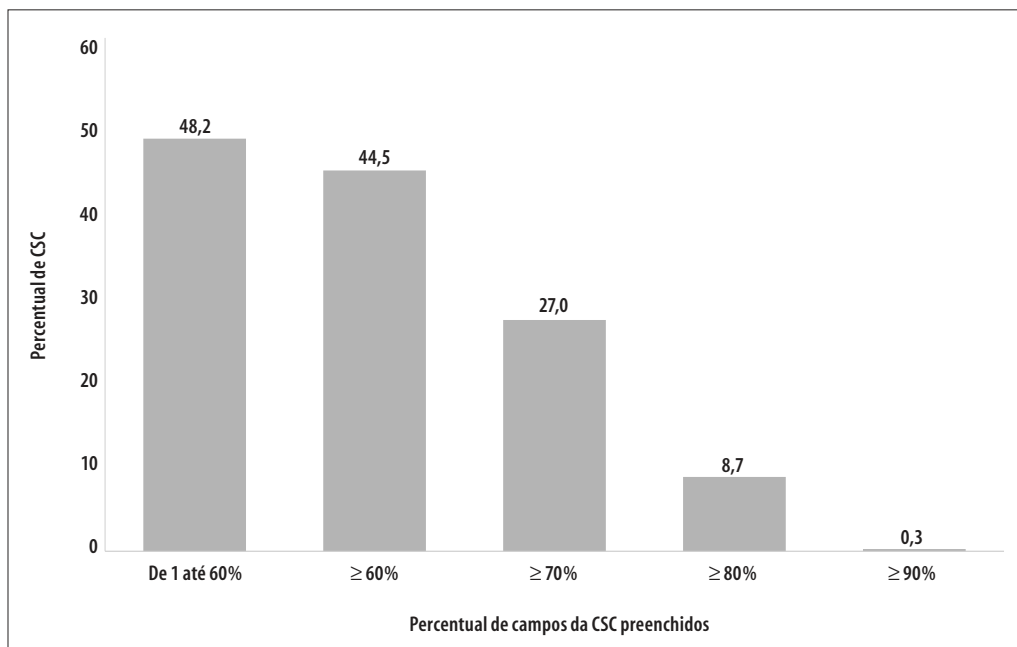
aleatória obtida no dia da Campanha de Multivacinação infantil em Belo Horizonte no ano de 2006 (53,5%)⁶ e em Cuiabá no ano de 2011¹⁷ (60,4%); e entre crianças da área de abrangência de duas UBS de Pouso Alegre, em 2012 (66%).⁹ As variações observadas podem ser explicadas pelos diferentes métodos de seleção dos participantes. Era esperado um percentual de preenchimento maior a partir das ações de humanização do parto e nascimento, e o estabelecimento da avaliação do Apgar em todo recém-nascido pelo Ministério da Saúde,²⁵ além da presença do pediatra na sala de parto. A ausência de preenchimento desse campo nas declarações de nascidos vivos foi justificada pela não realização da medida na maternidade ou pelo pouco cuidado no registro, sugerindo baixa qualidade da atenção ao parto e ao recém-nascido.²⁶ O baixo registro implica a restrição do uso dessa informação, a qual constitui

Tabela 1 – Frequência de preenchimento dos 21 campos da Caderneta de Saúde da Criança (n=367), Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014

Características	Preenchimento					
	Sim			Não		
	n	%	IC _{95%} ^a	n	%	IC _{95%} ^a
Dados a serem preenchidos pelos responsáveis das crianças						
Nome da criança	364	99,5	97,8;99,8	2	0,5	0,1;2,2
Data de nascimento	364	99,2	97,5;99,7	3	0,8	0,3;2,5
Nome da mãe	354	96,5	93,9;97,9	13	3,5	2,1;6,0
Dados a serem preenchidos nas maternidades						
Peso ao nascer	236	64,5	59,4;69,2	130	35,5	30,8;40,6
Comprimento ao nascer	232	63,4	58,3;68,2	134	36,6	31,8;41,7
Tipo de parto	206	56,1	51,0;61,1	161	43,9	38,9;49,1
Perímetro cefálico ao nascer	205	56,0	50,9;61,0	161	44,0	38,9;49,1
Idade gestacional da criança	200	54,8	49,6;59,8	165	45,2	40,1;50,4
Apgar no 5º minuto	197	54,0	48,8;59,1	168	46,0	40,9;51,2
Trimestre de início do pré-natal	142	38,7	33,8;43,8	225	61,3	56,1;66,2
Tipo de alimentação na alta da maternidade	131	36,0	31,2;41,1	233	64,0	58,9;68,8
Número de consultas de pré-natal	129	35,1	30,4;40,2	238	64,9	59,8;69,6
Dados a serem preenchidos na APS^b/outros serviços						
Registro das vacinas	344	94,0	91,0;96,0	22	6,0	3,9;8,9
Peso ao nascer (gráfico)	237	64,8	59,7;69,5	129	35,2	30,5;40,3
Idade do último peso registrado no gráfico	229	62,7	57,6;67,6	136	37,3	32,4;42,4
Perímetro cefálico ao nascer (gráfico)	213	59,0	53,8;64,0	148	41,0	36,0;46,2
Idade do último perímetro cefálico registrado no gráfico	187	51,8	46,6;56,9	174	48,2	43,1;53,4
Desenvolvimento neuropsicomotor	22	6,0	4,0;9,0	342	94,0	91,0;96,0
Registro do uso de ferruginoso	17	4,6	2,9;7,3	349	95,4	92,6;97,1
Registro do cronograma de erupção dentária	5	1,4	0,6;3,3	360	98,6	96,7;99,4
Registro do odontograma	3	0,8	0,3;2,5	362	99,2	97,4;99,7

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

b) APS: Atenção Primária à Saúde.



Nota: Nenhuma CSC apresentou 100% dos campos preenchidos.

Figura 1 – Frequência de Cadernetas de Saúde da Criança (CSC) segundo o percentual de preenchimento, considerando-se os 21 campos observados, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014

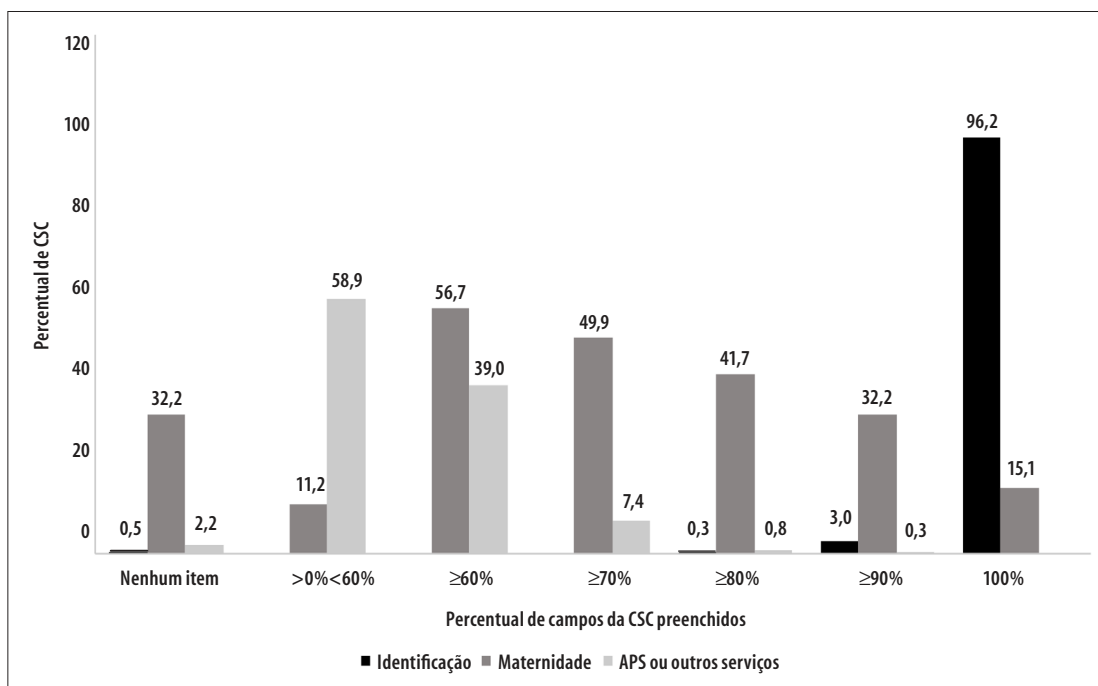


Figura 2 – Frequência de Cadernetas de Saúde da Criança segundo o percentual de preenchimento dos campos de identificação, de preenchimento na maternidade ou na Atenção Primária à Saúde (APS)/outros serviços de saúde de acompanhamento da criança, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014

Tabela 2 – Percentuais de preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) na Atenção Primária à Saúde (APS)/outros serviços, segundo os percentuais de preenchimento na maternidade (n=367), Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014

Percentual de preenchimento dos campos da CSC a serem preenchidos na maternidade	Total	Percentuais de preenchimento dos campos da CSC a serem preenchidos na APS/outros serviços			
		≥60%	≥70%	≥80%	≥90%
<60%	159 (43,3)	28,3	2,5	–	–
≥60%	208 (56,7)	47,1	11,1	1,4	0,5
Valor de p		<0,001 ^a	0,002 ^b	0,261 ^b	0,567 ^b
<70%	184 (50,1)	–	3,8	–	–
≥70%	183 (49,9)	–	10,9	1,6	0,5
Valor de p		–	<0,009 ^a	0,123 ^b	0,499 ^b
<80%	214 (58,3)	–	–	0,5	–
≥80%	153 (41,7)	–	–	1,3	0,7
Valor de p		–	–	0,573 ^b	0,417 ^b
<90%	249 (67,8)	–	–	–	–
≥90%	118 (32,2)	–	–	–	0,8
Valor de p		–	–	–	0,328 ^b
Total		143 (39,0%)	27 (7,4%)	3 (0,8%)	1 (0,3%)

a) Teste qui-quadrado de Pearson.

b) Teste exato de Fisher.

uma das medidas de viabilidade dos recém-nascidos e um importante indicador de mortalidade neonatal.²⁷

O tipo de alimentação na alta da maternidade foi um dos dois itens menos preenchidos (36,0%), contudo superior ao observado em Cuiabá (2011), de 14,5%.¹⁷ Segundo o Ministério da Saúde,²⁸ o aleitamento materno exclusivo deve ser iniciado imediatamente, no pós-parto, e incentivado ao menos até o 6º mês de vida. Esse registro poderia contribuir para intervenções na APS no sentido de evitar o desmame precoce, cujo risco é maior entre crianças que não iniciaram a amamentação na maternidade.⁶

Entre os itens a serem preenchidos na APS/outros serviços, houve maior frequência de preenchimento dos itens correspondentes a vacinação, consistentemente com resultados prévios obtidos em Belo Horizonte (2005 e 2006),^{6,7} no município mineiro de Pouso Alegre (2012),⁹ no interior do Piauí (2008)¹⁰ e em município de pequeno porte em São Paulo, (2013),¹¹ com percentuais entre 91,8 e 100%. Esse resultado pode indicar a excelência do Programa Nacional de Imunizações (PNI), embora possa também revelar que permanece a utilização da CSC apenas como “cartão de vacinação”.⁹

O correto preenchimento dos gráficos de peso e de perímetro cefálico no primeiro ano de vida foi observado em 62,7% e 51,8% das CSC, respectivamente, e

anotações sobre o desenvolvimento neuropsicomotor em 6,0% das CSC. Estudos desenvolvidos em Belo Horizonte (2006),⁶ Pelotas (2009)²⁴ e Cuiabá (2011)¹⁶ também evidenciaram problemas no preenchimento desses itens. Esses resultados podem demonstrar fraca adesão dos profissionais às ações básicas de saúde – de comprovada eficácia – e o não reconhecimento da utilidade do instrumento para o acompanhamento da criança na prática clínica.¹³ No sentido de contribuir para o registro dessas informações, a CSC deveria ser preenchida nas consultas de puericultura recomendadas pelo Ministério da Saúde: sete consultas de puericultura nos primeiros 12 meses, duas no segundo ano e, a partir dessa idade, uma por ano.⁵

Os campos referentes à saúde bucal não se encontram preenchidos na quase totalidade das CSC. O único estudo identificado que considerou os itens de saúde bucal, realizado em Pouso Alegre (2012), revelou ausência de preenchimento desses campos em 100% das CSC.⁹ A CSC pode ser utilizada para a vigilância epidemiológica das doenças bucais, orientando ações de promoção de saúde nos níveis da atenção primária e secundária, em conjunto com outras ações voltadas à saúde materno-infantil. O instrumento pode contribuir para o diálogo com a mãe e a família, favorecendo o cuidado articulado e cooperativo entre mãe, família e profissionais.²⁹

Os resultados sugerem que a CSC tem sido mais preenchida na maternidade, indicando diferenças na valorização, pelos pais e profissionais, das informações presentes em cada campo da CSC ou dos processos de trabalho nos serviços de cuidado à criança. O preenchimento da CSC deve ser responsabilidade de todos os serviços de atenção em saúde; porém, é “[...] particularmente nas maternidades e na APS que o seu adequado manejo se constitui em permanente desafio, por serem estes os locais onde grande parte das informações é gerada”.⁶

Os campos de registro na APS/outros serviços apresentaram maior frequência de preenchimento quando os campos que são de registro na maternidade apresentavam, igualmente, maior frequência de preenchimento. Como o uso da CSC na APS/outros serviços depende de os pais a levarem, esse resultado sugere que, quando há uma participação dos pais nos primeiros anos de vida, o mesmo acontece à medida que a criança envelhece. Estudo com abordagem qualitativa, por meio de grupos focais, entre profissionais de saúde de UBS de Pelotas (2008), evidenciou que muitos desses profissionais relataram vivenciar situações nas quais as mães reconhecem a importância e conversam com eles sobre temas abordados na CSC, exigindo e acompanhando o registro dos dados das crianças.⁸ Mães de crianças menores, informadas sobre a importância de levar a CSC nos atendimentos de saúde, no acompanhamento do crescimento da criança, apresentaram maior probabilidade de levar as CSC para o registro das informações nos serviços de saúde.¹¹

Com a exigência da apresentação das CSC para o atendimento pelas equipes de Saúde da Família, espera-se que os problemas de registro diminuam. Contudo, se o registro é responsabilidade dos profissionais de saúde, estudos indicam a necessidade de estimulá-los quanto à importância da CSC.⁶⁻¹⁵ Revisão da literatura sobre as dificuldades encontradas pelos profissionais para o uso da CSC evidenciou que eles relataram problemas ao buscar as informações de que necessitam na CSC, como também para trabalhar com os conceitos incorporados à caderneta, como as curvas de referência representadas em escores z e o gráfico de índice de massa corporal (IMC), além de muitas vezes desconhecerem o conteúdo do instrumento. Foi discutida a necessidade de investir na capacitação profissional “[...] com o intuito de despertar a consciência destes para a importância do conhecimento da caderneta”.³⁰

A coleta de dados foi realizada durante a Campanha Nacional de Multivacinação Infantil de 2014, entre crianças de três a cinco anos, permitindo o alcance da amostra. Entretanto, os resultados encontrados não podem ser generalizados para crianças de qualquer estrato etário. A seleção de duas UBS por Distrito Sanitário também limitou a representatividade dos resultados para todas as crianças de Belo Horizonte. A avaliação dos campos da CSC incluiu o preenchimento nos primeiros anos de vida, conforme preconizado por estudos prévios, não afetando a validade dos resultados observados e a comparabilidade com outros estudos. A análise foi realizada identificando-se os itens que deveriam ser preenchidos na maternidade ou APS/outros serviços. Porém, os resultados podem não refletir a prática nesses serviços de atenção, já que o preenchimento dos campos da CSC pode ter ocorrido em locais diferentes do que preconiza o instrumento; ou até mesmo pelos pais das crianças, fora do contexto do serviço de saúde.

As CSC apresentaram baixa frequência de preenchimento dos itens essenciais ao acompanhamento da saúde da criança. Este achado indica que sua utilização tem sido insatisfatória, pelos profissionais de saúde lotados nos serviços de atenção à criança, especialmente na APS/outros serviços. O uso adequado da CSC pode contribuir para a qualidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde, favorecendo sua coordenação, por meio da disponibilização de informações a respeito de problemas e serviços anteriores usados pela criança e o reconhecimento dessas informações, na medida em que estão relacionadas às necessidades do atendimento. Problemas no preenchimento comprometem a integralidade da atenção à saúde, pois a não articulação da atuação multiprofissional afeta a continuidade do cuidado nos diversos níveis de atenção. A CSC é um instrumento que pode favorecer o diálogo entre os familiares e os profissionais de saúde,⁷ potencializando ou facilitando a longitudinalidade. Essa ação deve ser valorizada, dada a importância do envolvimento da família com o desenvolvimento e crescimento da criança.^{2,7,8} O enfrentamento do desafio da precariedade nos registros da CSC passa pela formação de profissionais de saúde que saibam reconhecer a importância do instrumento para a vigilância da saúde infantil, bem como do empoderamento dos pais ou responsáveis, que devem portar e exigir o uso da CSC nos diferentes serviços de saúde da criança.

Contribuição dos autores

Amorim LP e Ferreira RC participaram da concepção, delineamento, análise, redação e interpretação dos dados. Amorim LP e Silva AG fizeram a revisão crítica da literatura sobre o tema. Senna MIB, Vasconcelos M, Amaral JHL e Gomes VE participaram da

análise e interpretação dos resultados, e da revisão crítica do artigo. Silva AG e Lucas SD participaram da construção do banco de dados, análise e interpretação dos resultados. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Referências

- Walton S, Bedford H. Parents' use and views of the national standard personal child health record: a survey in two primary care trusts. *Child Care Health Dev.* 2007 Nov;33(6):744-8.
- Clendon J, Dignam D. Child health and development record book: tool for relationship building between nurse and mother. *J Adv Nurs.* 2010 May;66(5): 968-77.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2017 out 9]. 80 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 964, de 23 de junho de 2005. Aprova a Resolução MERCOSUL/GMC nº 04/05 e seu anexo intitulado "Informação Básica Comum para a Caderneta de Saúde da Criança". *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2005 jun 24; Seção I, p. 74.*
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [citado 2017 out 9]. 38 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual%200902.pdf>
- Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHE, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA, et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad Saúde Pública.* 2009 jan-mar;25(3):583-95.
- Goulart LMHE, 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 jun;26(2):106-12.
- Linhares AO, Gigante DP, Bender E, Cesar JA. Avaliação dos registros e opinião das mães sobre a Caderneta de Saúde da Criança em unidades básicas de saúde, Pelotas, RS. *Rev AMRIGS.* 2012 jul-set;56(3):245-50.
- Faria M, Nogueira TA. Avaliação do uso da Caderneta de Saúde da Criança nas Unidades Básicas de Saúde em um município de Minas Gerais. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2013 out-dez;11(38):8-15.
- Costa JSD, Cesar JA, Pattussi MP, Fontoura LP, Barazzetti L, Nunes MF, et al. Assistência à criança: preenchimento da caderneta de saúde em municípios do semi-árido brasileiro. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2014 jul-set;14(3):219-27.
- Palombo CNT, Duarte LS, Fujimori E, Toriyama ATM. Uso e preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança com foco no crescimento e desenvolvimento. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(Esp):60-7.
- Amorim LP, Senna MIB, Soares ARS, Carneiro GTN, Vasconcelos M, Ferreira EF, et al. Avaliação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e qualidade do preenchimento segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança. *Ciênc Saúde Colet.* No prelo 2016.
- Andrade GN, Rezende TMRL, Madeira AMF. Caderneta de Saúde da Criança: experiências dos profissionais da atenção primária à saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(5):857-64.
- Silva FB, Gaíva MAM. Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança: percepção dos profissionais. *Ciênc Cuid Saude.* 2015 abr-jun;14(2):1027-34.
- Almeida AC, Mendes LC, Sad IR, Ramos EG, Fonseca VM, Peixoto MVM. Uso de instrumento de acompanhamento e desenvolvimento da criança: revisão sistemática da literatura. *Rev Paul Pediatr.* 2016 out;34(1):122-31.
- Abud SM, Gaíva MAM. Records of growth and development data in the child health handbook. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015 abr-jun;36(2):97-105.
- Abud SM, Gaíva MAM. Análise do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto, puerpério e recém-nascido na caderneta de saúde da criança. *Rev Soc Bras Enferm Ped.* 2016 jun;16(1):11-20.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas e indicadores. Censo demográfico. Belo

- Horizonte. População residente por sexo, faixa etária e Pirâmides Etárias - 2000-2010 [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [citado 2017 jan 24]. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=estatisticaseindicadores&lang=pt_br&pg=7742&tax=20040
19. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil [Internet]. 2013 [citado 2015 mar 25]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013>
 20. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (MG). Relatório de gestão do SUS-BH 2013 [Internet]. 2017 [citado 2017 jul 05]. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&lang=pt_BR&pg=5571&tax=15436
 21. Santos Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, Gama SGN, Leal MC. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012 set;28(9):1650-62.
 22. Mahumud RA, Sultana M, Sarker AR. Distribution and Determinants of Low Birth Weight in Developing Countries. *J Prev Med Public Health*. 2017 Jan; 50(1):18-28.
 23. Gaíva MAM, Fujimori E, Sato APS. Mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(5):778-86.
 24. Ceia ML, Cesar JA. Avaliação do preenchimento dos registros de puericultura em unidades básicas de saúde em Pelotas, RS. *Rev AMRIGS*. 2011 jul-set;55(3):244-9.
 25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067, de 04 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2005 jul 6; Seção I, p. 25.
 26. Almeida ME, Alencar GP, Schoeps D, Minuci EG, Silva ZP, Ortiz LP, et al. Qualidade das informações registradas nas declarações de óbito fetal em São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública*. 2011 out;45(5):845-53.
 27. Cnattingius S, Norman M, Granath E, Petersson G, Stephansson O, Frisell T. Apgar score components at 5 minutes: risks and prediction of neonatal mortality. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2017 Jul;31(4):328-37.
 28. Brasil. Portaria 1.130, de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2015 ago 6; Seção I, p. 37.
 29. Erdmann AL, Souza FGM. Cuidando da criança na atenção básica de saúde: atitudes dos profissionais de saúde. *Mundo Saúde*. 2009 abr-jun;33(2):150-60.
 30. Abreu TGT, Viana LS, Cunha CLE. Desafios na utilização da Caderneta de Saúde da Criança: entre o real e o ideal. *J Manag Prim Health Care*. 2012;3(2):80-3.

Abstract

Objective: to describe the filling process of the Child Health Record (CHR) in health care services. **Methods:** descriptive study held in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil; an interview was conducted with parents/guardians of children aged 3-5 years old; 21 essential items to child monitoring were observed in the CHR during the 2014 Multi-vaccination Day; fields that should be filled in maternity wards, Primary Health Care (PHC), and other services were assessed separately. **Results:** 367 children (96.1%) were included; 44.5% of CHR presented $\geq 60\%$ of completeness; among the items that should be recorded in maternity wards, birth weight showed the highest proportion of completeness (64.5%); for those that should be filled in PHC/other services, records of vaccines (94.0%) presented the highest completeness; there was more filling in maternity wards than in PHC and other services ($p < 0.001$). **Conclusion:** a low proportion of filling was observed, especially in PHC and other services.

Keywords: Child Health; Primary Health Care; Hospitals, Maternity; Health Records, Personal; Growth and Development.

Resumen

Objetivo: describir el llenado del Libro de Salud del Niño (LSN) en los servicios de salud. **Métodos:** estudio descriptivo con niños de 3 a 5 años de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil; se entrevistó a los padres y fueron analizados 21 partes esenciales del acompañamiento infantil en la LSN, en el Día de Multivacunación de 2014; se consideró por separado los campos que debían ser llenados en las maternidades y en la Atención Primaria de Salud (APS)/ otros servicios. **Resultados:** se incluyeron 367 niños (96,1%); 44,5% del LSN presentaron $\geq 60\%$ de las partes llenadas; en las maternidades, el peso al nacer presentó mayor proporción de llenado (64,5%); ya en las APS/otros el registro de vacunas fue el mayor (94,0%); el llenado fue mayor en maternidades que en las APS y otros servicios ($p < 0,001$). **Conclusión:** se observó baja proporción de llenado, especialmente en los servicios de APS y otros.

Palabras-clave: Salud del Niño; Atención Primaria de Salud; Maternidades; Registros de Salud Personal; Crecimiento y Desarrollo.

Recebido em 01/02/2017
Aprovado em 20/09/2017