

AVALIAÇÃO DO USO DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE MINAS GERAIS

EVALUATION OF THE USE OF CHILDREN'S HEALTH CARD IN BASIC HEALTH UNITS IN A MUNICIPALITY OF MINAS GERAIS

Mariza Faria¹, Talita Almeida Nogueira¹

¹Universidade do Vale do Sapucaí – Pouso Alegre (MG), Brasil.

Data de entrada do artigo: 09/01/2013

Data de aceite do artigo: 15/04/2013

RESUMO

Objetivo: O objetivo do presente estudo foi avaliar o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) pelos profissionais de saúde e responsáveis, verificando se há um acompanhamento do crescimento da criança, assim como possíveis associações com variáveis maternas e das crianças. **Materiais e Métodos:** Participaram da pesquisa 150 mães de crianças menores de dois anos de idade, do município de Pouso Alegre (MG). Os dados foram coletados por meio de entrevista e verificação direta da caderneta, durante as consultas com pediatra e nas campanhas de vacinação. Para análise estatística foi utilizado o teste χ^2 de Pearson e exato de Fisher. **Resultados:** 96,7% das mães entrevistadas relataram facilidade na aquisição da CSC, 62,7% receberam orientações de como utilizar a CSC e 26,0% declararam fazer anotações no cartão. Quanto ao preenchimento da CSC, os campos relativos à identificação da criança foram os itens com maior percentual de preenchimento. Verificou-se também que 83,3% dos cartões tinham registro da idade da criança. O peso e comprimento ao nascer estavam registrados corretamente em 90,0 e 68,7% dos cartões, respectivamente. Percentuais menores foram observados no preenchimento do perímetro cefálico da criança (56,0%) e Índice de *Apgar* (66,0%). No que se refere às curvas de crescimento, apenas 31,3 e 11,3% das crianças tiveram suas medidas registradas nos gráficos de peso/idade e altura/idade, respectivamente. Observou-se maior probabilidade para o seu preenchimento entre mães com idade ≥ 25 anos, com maior escolaridade e entre aquelas que receberam informações sobre a utilização da CSC. **Conclusão:** Na população estudada, a CSC não estava sendo utilizada plenamente, pelos profissionais de saúde e pelos pais/responsáveis.

Palavras-chave: crescimento e desenvolvimento; cuidado da criança; promoção da saúde.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to evaluate how the Children's Health Card (CHC) is filled out by healthcare professionals and the responsible for the children (parents/guardians), checking if there is monitoring of the child's growth, as well as possible associations with maternal and children's variations. **Materials and Methods:** 150 mothers of children under two years of age, from Pouso Alegre (MG), took part in the research. The data were collected through interviews and vaccination card checking, during appointments with pediatricians and vaccination campaigns. For statistical analysis we used the Pearson's χ^2 test and Fisher's exact test. **Results:** 96.7% of the mothers interviewed reported that it was easy to get the CHC, 62.7% received guidance on how to use the CHC and 26.0% of them reported taking notes on the cards. As to the filling out of the CHC, the gaps regarding the child's identification were the items with the highest percentage of answers. It was also found that 83.3% of the cards had notes on the child's age. Birth weight and length were recorded correctly in 90.0 and 68.7% cards, respectively. Lower percentages were observed in the filling out of the child's head circumference (56.0%) and the *Apgar* score (66.0%) information. Regarding the growth curves, only 31.3 and 11.3% of children had their measurements reported on the graphics of weight/age and weight/height, respectively. Greater probability for the filling out of the card was observed among mothers of ≥ 25 years of age, with a higher education level, and among those who received information on the use of the CHC. **Conclusion:** In the studied population, the CHC was not being fully used by health professionals nor by parents/guardians.

Keywords: growth and development; child care; health promotion.

1. INTRODUÇÃO

Os primeiros anos de vida são particularmente importantes para o desenvolvimento da criança, sendo considerada a fase mais crítica do indivíduo no que diz respeito a seu desenvolvimento biológico, cognitivo, emocional e social. É um período extremamente vulnerável em razão da imaturidade do organismo em todos os aspectos, em especial fisiológico, imunológico, desenvolvimento do sistema nervoso central, intenso crescimento somático e total dependência da criança¹.

Segundo Weffort e Lopes², o crescimento infantil é um processo dinâmico que se realiza ao longo do tempo, e que deve ser observado e quantificado mediante múltiplas medidas, em várias ocasiões, seguindo orientação conforme a idade, o gênero e a fase de crescimento.

A avaliação da condição nutricional de uma criança ou de uma comunidade é essencial para o estabelecimento de intervenções preventivas ou curativas. Para isso, é importante considerar a padronização da avaliação a ser utilizada para cada faixa etária, uniformizando os critérios empregados pela equipe de saúde³.

No desenvolvimento de ações voltadas para o cuidado infantil, o Cartão da Criança (CC) foi instituído de maneira a monitorar e manter sob vigilância o crescimento físico e o desenvolvimento da criança⁴. Este documento é válido em todo o território nacional, sendo fornecido gratuitamente, no momento do nascimento. Além de um importante instrumento de acompanhamento do crescimento, o CC tem caráter educativo, não invasivo e de fácil compreensão pela comunidade, permitindo também o registro de identificação da criança, o tipo de parto, índice de *Apgar*, local e data de nascimento, calendário de vacinações, informações do desenvolvimento e direitos constitucionais da criança. Em poder do cartão, os pais podem acompanhar todo o processo de desenvolvimento de seus filhos, identificando precocemente, problemas de saúde, retardo do crescimento, desnutrição e obesidade, tendo a possibilidade de reverter estes quadros, antes que estes problemas se tornem crônicos e irreversíveis^{4,5}.

Após uma revisão, feita em 2006 pelo Ministério da Saúde (MS), o CC se tornou Caderneta de Saúde da Criança (CSC), onde foram incluídas orientações importantes sobre uma alimentação saudável, gráficos de perímetro cefálico por idade, além de dicas e orientações sobre a saúde auditiva, visual e bucal, prevenção de acidentes, espaço para anotações de intercorrências clínicas, tratamentos efetuados e da suplementação profilática de ferro e de vitamina A. Também houve a ampliação da faixa etária para o acompanhamento das crianças, contemplando-as até os dez anos de idade⁶.

Independentemente do tipo de serviço de saúde (público ou privado), este documento utilizado universalmente, ainda é o único meio de monitorização do crescimento e desenvolvimento da criança. Por isso é fundamental o preenchimento dos dados da CSC pelos profissionais de saúde. A monitorização efetiva, no entanto, requer um registro correto e completo das informações, altas taxas de cobertura, regularidade do atendimento, mensurações corretas das medidas antropométricas, profissionais treinados, educação materna nas ações de saúde e nutrição, e adequada intervenção^{7,8}.

Estudos delineados^{9,10} têm sido realizados para verificar a eficácia com que os programas de atenção primária à saúde vêm monitorando o crescimento e desenvolvimento infantil, orientando os pais quanto à saúde de seus filhos e tomando medidas de prevenção. Porém, poucas pesquisas ainda são realizadas para avaliar a importância que é dada à CSC e ao uso correto desse instrumento pelos profissionais de saúde. Estudo conduzido em Feira de Santana (BA)⁴, evidenciou que, para cada 2.329 cartões de menores de um ano analisados, 40% e 78% não possuíam registro nas curvas de crescimento e desenvolvimento, respectivamente, sendo que o índice *Apgar* constava em apenas 28,4% dos CC. Em Belo Horizonte (MG), dentre as 365 CSC analisadas, verificou-se baixo percentual de cadernetas em que os gráficos disponíveis foram utilizados adequadamente. O peso ao nascer estava registrado corretamente em 94,1% das CSC, embora apenas em 69,3% delas este dado estivesse registrado no gráfico apropriado⁵. Em Teresópolis (RJ), uma pesquisa com 329 menores de um ano mostrou a ausência de registro de peso nos últimos três meses em 30,0% dos cartões, ainda que mais de 90,0% dessas crianças tivessem comparecido à consulta pediátrica nesse período⁹. Mais recentemente, um estudo conduzido em quatro unidades básicas de saúde da área urbana de Pelotas¹¹, constatou-se que poucos profissionais preenchem a CSC, sendo que, das 82 páginas disponíveis, apenas as páginas de número 3 (identificação), 42 (crescimento 0 a 3 anos), 46, 56 (gráfico P/I para meninas e meninos, respectivamente) e 78 (vacinas) eram preenchidas.

Devido à importância da CSC como mediador de diálogos entre os familiares e os profissionais de saúde, visando a melhoria da saúde infantil, torna-se fundamental a avaliação deste tipo de ferramenta, para que ações corretivas sejam adotadas, garantindo a qualidade do atendimento às crianças através da organização do trabalho em equipes e da sistematização do atendimento. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi avaliar o preenchimento da CSC, pelos profissionais de saúde e responsáveis, verificando se houve um acompanhamento do crescimento da criança, assim como possíveis associações com variações maternas e das crianças, residentes no município de Pouso Alegre (MG).

2. CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, cuja seleção da amostra foi aleatória simples, constituída por mães ou responsáveis de crianças das áreas de abrangência de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Pouso Alegre (MG). Para a seleção das UBS pesquisadas, levou-se em consideração os seguintes critérios: localização em uma região populosa da cidade em áreas distintas, com grande número de crianças menores de dois anos de idade; e maior demanda média de atendimentos em puericultura e imunização.

A coleta de dados foi realizada entre março a agosto de 2012, durante as campanhas nacionais de vacinação e após as consultas com o pediatra nos postos de saúde. Foram entrevistadas 150 mães ou responsáveis por crianças menores de dois anos que compareceram às UBS citadas e que portavam o CSC no momento da entrevista. Foram excluídas cinco mães que não trouxeram a caderneta. Não quiseram participar da pesquisa dez mães. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Vale do Sapucaí (Protocolo 1773/11), de acordo com a resolução CNS 196/96. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e características do estudo e foram incluídos na pesquisa após a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido.

Foi utilizado um questionário com 45 perguntas, na maioria fechadas, com duas alternativas excludentes: sim ou não, das quais 7 se referiam às características demográficas da mãe e às condições básicas de saúde da criança; 9 perguntas diziam respeito à utilização da CSC pela mãe da criança e por profissionais da saúde; e 29 questões foram preenchidas mediante à verificação direta das cadernetas. A avaliação do preenchimento do CSC tomou como referência as orientações do "Manual para Utilização da Caderneta de Saúde da Criança". O item foi considerado preenchido corretamente quando estava de acordo com as orientações do MS. Quando não havia normalização sobre o assunto, considerou-se apenas preenchido ou não preenchido. O intervalo máximo admitido para registro do peso e do perímetro cefálico nos gráficos da CSC foi três meses, de acordo com o calendário mínimo de acompanhamento da saúde da criança do MS na faixa etária estudada.

A análise das variáveis obtidas foi conduzida por intermédio da distribuição de percentuais e de valores de tendência central (média e desvio padrão). Em caráter exploratório, foram estudadas possíveis associações entre preenchimento da curva de crescimento (Peso para Idade) nos cartões das crianças e características maternas (idade, paridade, escolaridade, trabalho fora do lar, etc) realizado pelos testes do χ^2 de Pearson e exato de Fisher, com nível de significância estatística de 0,05.

Para tanto, foi utilizado o *software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), na versão 16.0.

3. RESULTADOS

Na Tabela 1 estão apresentadas as características maternas e das crianças incluídas no estudo. Das mães entrevistadas, 92,0% apresentaram idade ≥ 25 anos, com uma média de 27 ± 7 anos. A maior parte delas eram donas de casa (62,0%), viviam com companheiro (79,3%),

Tabela 1: Distribuição das variáveis referentes às características maternas e das crianças. Pouso Alegre (MG).

Variáveis	n	%
Estado marital		
Com companheiro	119	79,3
Sem companheiro	31	20,7
Escolaridade		
Básico fundamental	96	64,0
Ensino médio	51	34,0
Ensino superior	3	2,0
Idade materna		
<25 anos	58	38,7
≥ 25 anos	92	61,3
Paridade		
Múltipara	85	56,7
Primípara	65	43,3
Trabalha fora do lar		
Sim	57	38,0
Não	93	62,0
Mora em área urbana		
Sim	138	92,0
Não	12	8,0
Gênero da criança		
Masculino	78	52,0
Feminino	72	48,0
Idade da criança		
<6 meses	41	27,3
≥ 6 meses	109	72,7
Peso da Criança		
<2500 g	12	8,0
≥ 2500 g	123	82,0
Prematuridade		
Sim	9	6,0
Não	141	94,0

moravam na área urbana (97,0%) e possuíam o ensino básico fundamental (64,7%). Em relação à paridade, 56,7% eram múltiparas, com uma média de 2 a 3 filhos.

Com relação aos dados das crianças, 72,7% da amostra apresentou idade ≥ 6 meses. Do total de crianças que tinham os registros de peso ao nascer no CC ($n=135$), 8% nasceram com baixo peso. A média de peso ao nascer foi de $3224,4 \pm 590,1$ gramas. Quanto à idade gestacional, 6% nasceram prematuros (Tabela 1).

Das 150 mães entrevistadas, 96,7% relataram que encontraram facilidade na aquisição da CSC e 62,7% receberam orientações na maternidade de como utilizar a CSC, no entanto, apenas 26,0% das mães declararam fazer anotações no CC referentes ao crescimento e desenvolvimento de seus filhos. Quando questionadas sobre a utilização e importância da CSC, a grande maioria das mães (98,0%) estava ciente da importância do instrumento para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, 71,3% delas utilizavam a CSC como documento de identificação e 76,0% relataram que sempre levam a CSC nas consultas ao pediatra. Com relação ao uso da CSC pelos profissionais da saúde, 74,7% das mães afirmaram que o acompanhamento do CC era feito sistematicamente pelos médicos da rede pública, porém algumas delas (25,3%) notaram certa indiferença por parte de alguns médicos, quanto ao seu preenchimento e acompanhamento.

No que se refere ao preenchimento da CSC, observou-se que houve falhas em vários itens de cada uma das seções. Quanto ao preenchimento dos campos relativos à identificação da criança na CSC, observou-se que o nome da criança (98,0%), a data de nascimento (99,3%) e o nome das mães (98,7%) foram os itens com maior porcentagem de preenchimento. Entretanto o nome do hospital ou maternidade onde foi realizado o parto constava em apenas 9,3% dos cartões. Verificou-se também que 83,3% dos cartões tinham registro da idade da criança. Os dados do nascimento, o peso e o comprimento da criança ao nascer, por sua vez, estavam registrados corretamente em 90,0 e 68,7% dos CC, respectivamente. Percentuais menores foram observados no preenchimento do perímetro cefálico da criança (56,0%) e Índice de *Apgar* (66,0%) (Tabela 2).

Quanto ao processo de acompanhamento do crescimento infantil, detectaram-se baixos percentuais de CSC em que os gráficos disponíveis foram utilizados adequadamente. Cerca de 58,0% das CSC tinham anotações de peso nas consultas, embora apenas em 31,3% delas os dados de peso estavam registrados no gráfico apropriado. Já em relação à altura, somente 11,3 e 16,6% das CSC tinham o registro de altura no gráfico e no cartão, respectivamente (Tabela 2).

Com respeito ao preenchimento do gráfico Peso para a Idade (P/I), foram observadas associações estatisticamente significantes, com maior probabilidade para o seu preenchimento entre mães com idade ≥ 25 anos e com maior escolaridade. Observou-se também associação positiva entre as mães que relataram ter recebido informações sobre a utilização da CSC na maternidade e o preenchimento das curvas de crescimento ($p=0,04$). As demais associações estudadas não apresentaram níveis de significância estatística (Tabela 3).

Os dados da gravidez, parto e puerpério, dados referentes ao desenvolvimento neuropsicomotor, informações sobre a alimentação, uso de suplementos vitamínico-minerais e acompanhamento da saúde bucal, ocular e auditiva das crianças, não estavam preenchidos em nenhuma das cadernetas avaliadas. Por outro lado, quanto à imunização, observou-se que o registro das

Tabela 2: Dados referentes ao preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança no município de Pouso Alegre (MG).

Itens da CSC	SIM	
	n	%
Nome da criança	147	98,0
Nome da mãe	148	98,7
Nome do hospital	14	9,3
Tipo de parto	150	100,0
Data de nascimento	149	99,3
Idade da criança	125	83,3
Peso ao nascer da criança	135	90,0
Comprimento ao nascer da criança	103	68,7
Perímetro cefálico da criança	84	56,0
Índice de <i>Apgar</i>	99	66,0
Anotações de peso	87	58,0
Anotações de altura	25	16,6
Preenchimento da curva de crescimento (P/I)	47	31,3
Preenchimento da curva de crescimento (A/I)	17	11,3
Dados da gravidez, parto e puerpério	0	00,0
Alimentação até 6 meses	81	54,0
Registro das vacinas	150	100,0
Anotações do desenvolvimento neuropsicomotor	0	00,0
Informações sobre alimentação	0	00,0
Anotações sobre o uso de ferro e vitaminas	0	00,0
Acompanhamento da saúde bucal, ocular e auditiva da criança	0	00,0

CSC: caderneta de saúde da criança; P/I: peso/idade; A/I: altura/idade.

Tabela 3: Associação entre o preenchimento da curva de crescimento (Peso/Idade) e as características maternas e das crianças. Pouso Alegre (MG).

Variáveis	Sim		Não		Total		Valor p
	n	%	n	%	n	%	
Idade materna							
<25 anos	13	27,7	45	43,7	58	38,7	0,040
≥25 anos	34	72,3	58	56,3	92	61,3	
Escolaridade							
> Fundamental	26	55,3	28	27,2	54	36,0	0,001
Fundamental	21	44,7	75	72,8	96	64,0	
Mora em área urbana							
Sim	45	95,7	93	90,3	138	92,0	0,210
Não	2	4,3	10	9,2	12	8,0	
Trabalha fora do lar							
Sim	16	34,0	41	39,8	57	38,0	0,310
Não	31	66,0	62	60,2	93	62,0	
Estado marital							
Com companheiro	40	85,1	79	76,7	119	79,3	0,170
Sem companheiro	7	14,9	24	23,3	31	20,7	
Paridade							
Primípara	23	48,9	42	40,8	65	43,3	0,220
Múltipara	24	51,1	61	59,2	85	56,7	
Idade da criança							
<6 meses	14	29,8	27	26,2	41	27,3	0,390
≥6 meses	33	70,2	76	73,8	109	72,7	
Prematuridade							
Sim	5	10,6	4	3,9	9	6,0	0,110
Não	42	89,4	99	96,1	141	94,0	
Peso ao nascer da criança							
<2500 g	5	10,6	7	8,0	12	8,9	0,410
≥2500 g	42	89,4	81	92,0	123	91,1	

*p<0,05 – Teste exato de Fischer.

vacinas estava corretamente preenchido e era constantemente verificado, especialmente pelos enfermeiros dos postos de saúde (Tabela 2).

4. DISCUSSÃO

No acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, o CC apresenta-se como instrumento essencial de vigilância, por ser um documento onde são registrados os dados e eventos mais significativos para a saúde na primeira infância⁵. Os resultados do presente estudo mostraram que, apesar da grande maioria das mães estarem cientes da importância do instrumento e portar a CSC no dia da pesquisa, observou-se que a maior parte dos cartões avaliados estava incompleta, indicando falhas principalmente na monitorização do crescimento infantil.

No estudo realizado em Feira de Santana (BA) em 2005, onde foram analisados 2.329 CC, foi observado que a maioria dos cartões não estava preenchida de

forma plena. Foram constatadas ausência de anotações em relação ao nome da criança e dos pais, hospital em que a criança nasceu, tipo de parto, peso, perímetro cefálico e comprimento por ocasião do nascimento⁴.

No presente estudo, os melhores percentuais de preenchimento foram nos itens relativos à identificação da criança (nome da criança, nome da mãe, data de nascimento, idade da criança, peso e comprimento). Por outro lado, os percentuais de preenchimento encontrados nas curvas de crescimento foram considerados insatisfatórios. O MS⁷ recomenda que, na faixa etária estudada, a criança deve ser atendida pelo menos a cada três meses pela equipe de saúde. Entretanto, constatou-se que apenas 31,3 e 11,3% das crianças tiveram suas medidas registradas nos gráficos de P/I e A/I, respectivamente, nos três meses que antecederam à entrevista. O registro do peso no gráfico neste estudo foi inferior ao encontrado em uma pesquisa feita em Teresópolis, cidade localizada na Região Serrana do estado do Rio de Janeiro em 1998, onde 70,4% dos cartões avaliados tinham pelo menos o peso assinalado no gráfico de crescimento (P/I) nos

últimos três meses⁹. Uma análise do preenchimento das curvas de crescimento, também foi conduzida em uma Unidade Básica Tradicional da cidade de Pelotas (RS) em 2007, onde 167 crianças foram avaliadas, sendo constatado que é possível inferir que existe uma valorização dos pais/responsáveis quanto ao ganho de peso das crianças, porém o baixo percentual de preenchimento do gráfico de A/I (42,1%) surpreendeu e sugere a pouca valorização e o desconhecimento por parte dos profissionais de saúde e dos pais¹¹.

Segundo Romani¹², a utilização dos índices A/I e P/I em estudos populacionais latino-americanos de baixo nível socioeconômico, mostraram altas prevalências de déficits de estatura para a idade, enquanto não havia evidências de déficits importantes de peso para a idade, ressaltando também que o déficit antropométrico de altura para a idade é o mais importante em menores de cinco anos, seguido pelo déficit de peso para a idade.

De acordo com Alves et al.⁵, o uso adequado de instrumentos para o acompanhamento do crescimento infantil representa um desafio para muitos países do mundo. Um estudo realizado entre 1998 e 2002 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) envolvendo 178 países mostrou que em 80% deles, os profissionais da saúde encontravam dificuldades no uso dos cartões para acompanhamento do crescimento infantil, sendo que os problemas encontrados eram de natureza conceitual e operacional e variavam desde a compreensão das curvas de crescimento até a ausência de equipamentos adequados para pesar e medir as crianças.

Os resultados dos estudos sugerem que os profissionais de saúde possuem um conhecimento insuficiente sobre a CSC, pois ainda não estão aptos para preencher as curvas de crescimento e desenvolvimento e orientar os pais quanto à melhor forma de acompanhar o crescimento dos seus filhos. Essa falha possivelmente ocorre, pois os profissionais de saúde não recebem treinamento adequado e as avaliações do crescimento/desenvolvimento são mal distribuídas entre a equipe multiprofissional. Segundo a pesquisa de Carvalho⁸, foi verificado um elevado percentual de profissionais não treinados nas ações de assistência às crianças nos estratos geográficos estudados, bem como um reduzido número de nutricionistas como membro da equipe da saúde. Isso demonstrou não apenas a necessidade de treinamento, mas também a falha da equipe multiprofissional. No estudo Linhares et al.¹¹, de Pelotas (RS), resultado semelhante foi observado, onde observou-se que havia falta de divulgação, de treinamento ou de algum tipo de capacitação sobre a CSC para profissionais que lidam com as crianças, considerando como um dos principais fatores relacionados à utilização incorreta e ao preenchimento inadequado, sugerindo então que a falta de treinamento acabou refletindo na falta de orientação às mães sobre o acompanhamento do crescimento da criança.

Em nosso estudo foi demonstrada a importância da atuação dos profissionais na maternidade quanto à orientação a respeito da CSC, pois observou-se maior preenchimento das curvas de crescimento entre as mães que relataram ter recebido informações sobre a utilização da CSC na maternidade. Possivelmente as mães orientadas, estiveram mais empenhadas em levar a CSC aos atendimentos de seus filhos e, talvez, tenham sido mais exigentes quanto à utilização pelos profissionais de saúde.

Outro achado importante foi a associação positiva, estatisticamente significativa, entre mães com escolaridade superior ao ensino básico fundamental e o preenchimento do gráfico de P/I. Resultados similares foram encontrados por Alves et al.⁵, no Sistema Único de Saúde (SUS) de Belo Horizonte, onde com a utilização do sistema de escores, foi possível identificar quatro grupos de crianças com risco de terem suas CSC mal preenchidas: aquelas cujas mães tinham seis anos ou menos de estudo; aquelas com idade superior a 12 meses; aquelas cujas mães não receberam explicações sobre a CSC na maternidade; e as crianças não acompanhadas por médicos generalistas.

Segundo Romani¹², as mães com maior grau de escolaridade realizam com mais propriedade os cuidados preventivos e curativos com as crianças e, por essa razão, vem sendo evidenciado por muitos autores, como um fator bastante influente na determinação do crescimento dos menores de cinco anos. A baixa escolaridade materna é frequentemente associada a riscos para a saúde da criança. O estudo realizado em Feira de Santana evidenciou associação positiva entre a escolaridade materna e a frequência de registros do desenvolvimento neuropsicomotor, mas esta associação não foi verificada para a curva de crescimento⁴. Deve-se ter cuidado na interpretação deste dado, pois a responsabilidade da CSC deve ser compartilhada entre a família e a equipe de saúde. Este resultado pode, por um lado, sugerir que as mães menos instruídas têm maior dificuldade em assumir seu papel em relação à CSC. Mas, por outro lado, indica a necessidade de repensar na organização da assistência nas equipes de saúde, de modo a valorizar a CSC como instrumento de vigilância da saúde da criança, especialmente nos grupos com maior vulnerabilidade social.

Na presente pesquisa, outro aspecto relevante foi a ausência de anotação sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, onde em todas as CSC avaliadas este campo aparecia em branco. Na pesquisa realizada no município de Belo Horizonte foram contatadas que apenas 18,9% das CSC tinham pelo menos três anotações sobre o Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM)⁵.

Já em relação à vacinação, 100,0% das crianças pesquisadas estavam com as vacinas em dia e devidamente registradas na CSC. Se por um lado esse dado atesta o contato frequente e regular das crianças com o serviço de saúde e dos profissionais da saúde com a CSC, por outro lado, reflete uma concepção da CSC

como o “cartão de vacinação”, historicamente construída. A utilização do instrumento para acompanhamento de outros itens importantes na promoção da saúde da criança não encontra a mesma adesão. Por outro lado, como a totalidade das crianças pesquisadas compareceu ao serviço para a vacinação, esta também deveria ser uma oportunidade para a pesagem e avaliação do crescimento, bem como para sua captação precoce, visando um acompanhamento programado do crescimento.

5. CONCLUSÃO

Há algum tempo, os programas de saúde da criança no Brasil, principalmente o programa de atenção primária à saúde infantil, vem apoiando-se em instrumentos simples, mais completos e que facilitem o acompanhamento da saúde e do crescimento da criança. A importância que a CSC tem no controle, vigilância, prevenção e promoção à saúde infantil, seja em nível individual ou em uma coletividade, é indiscutível. Os resultados apresentados no presente estudo vêm somar a estudos anteriores e contribuir para possíveis novos estudos embasados nesta mesma questão, ao

verificar a má utilização dos instrumentos de acompanhamento infantil pelos profissionais de saúde e pais/responsáveis em nosso meio. Alguns fatores que implicaram na utilização plena e no preenchimento adequado da CSC, também foram identificados na amostra estudada.

A análise conjunta dos fatores que contribuíram para a precária utilização da CSC reforça a necessidade de capacitar e estimular os profissionais da rede pública de saúde, a um acompanhamento integral da saúde da criança e para a utilização deste instrumento como medida de controle precoce da saúde infantil. Reforça também a necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais de saúde e organização do serviço de saúde pública, para que o uso da CSC possa contribuir para a melhoria da saúde da criança em nosso País. Apesar disso, é preciso que os serviços de saúde se organizem, para estimular e otimizar a ida das crianças às UBS, não somente para vacinações, mas também para abordagens e registros de eventos e aspectos relacionados à saúde da criança. Foi demonstrado também que o grau de instrução, informação, sensibilização e envolvimento dos pais/responsáveis, pode contribuir para o bom uso da CSC.

REFERÊNCIAS

1. Devincenzi MU, Mattar MJG, Cintra EM. Nutrição no primeiro ano de vida. *In: Silva SM CS, Mura JAP. Tratado de Nutrição e Dietoterapia. São Paulo: Roca, 2007. p.293-316.*
2. Weffort VRS, Lopes LA. Avaliação antropométrica e nutricional. *In: Weffort VRS, Lamounier JA. Nutrição em pediatria. Barueri: Manole, 2009. p.83-106.*
3. Brasil ALD, Devincenzi UM, Ribeiro LC. Nutrição infantil. *In: Silva SMCS, MURA JAP. Tratado de Nutrição e Dietoterapia. São Paulo: Roca, 2007. p.293-316.*
4. Vieira GO, Vieira TO, Costa MCO, Santana Netto PV, Cabral VA. Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia, 2001. *Rev Bras Saúde Matern Infant. 2005; 5(2):177-84.*
5. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel VR, Viana MRA, Colosimo EA, Do Carmo GAA, Da Costa JGD, Magalhães MEN, De Mendonça ML, Beirão MMV, Moulin ZS. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad Saúde Pública. 2009 mar; 25(3):583-95.*
6. Lacerda EMA, Accioly E. Consulta de nutrição pediatria. *In: Lacerda EMA, Saunders C, Accioly E. Nutrição em obstetrícia e pediatria. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2009. p.241-2.*
7. Ministério da Saúde (BR) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual para utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
8. Carvalho MF, Santos IS, Veras AACA, Filho MB. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública. 2008 mar; 24(3):675-85.*
9. Santos SR, Cunha AJLA, Gamba CM, Machado FG, Leal Filho JMM, Moreira NLM. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. *Rev Saúde Pública. 2000 jun; 34(3):266-71.*

REFERÊNCIAS

10. Saporoli ECL, Adami NP. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. Acta Paul Enferm. 2007 mar; 20(1):55-61.
11. 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.
12. Romani SAM, Lira PIC. Fatores determinantes do crescimento infantil. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2004 mar; 4(1):15-23.

Endereços para correspondência:

Mariza Faria
marizafaria@hotmail.com

Talita Almeida Nogueira
tit-almeida@hotmail.com