

Análise do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto, puerpério e recém-nascido na caderneta de saúde da criança

Analysis of the fulfillment of data related to pregnancy, delivery, puerperium and newborn in the child health handbook

Análisis de la cumplimentación de los datos sobre embarazo, parto, puerperio y recién nacido en la libreta de salud del niño

Simone Mourão Abud¹, Maria Aparecida Munhoz Gaíva²

Resumo

Objetivo: analisar o preenchimento dos dados sobre gravidez, parto, puerpério e recém-nascido na caderneta de saúde da criança. Método: estudo descritivo, realizado em Cuiabá, (MT), em 13 de agosto de 2011, na 2ª Etapa da Campanha de Vacinação contra a Poliomielite, com aplicação de formulário e observação direta de 950 cadernetas de crianças menores de um ano. Para análise dos dados, foram calculados a razão de prevalência e teste qui-quadrado, com nível de significância de 5%. Resultados: a maior parte dos campos destinados às anotações de dados da gravidez, parto, puerpério e recém-nascido teve índice de não preenchimento acima de 80%. Conclusão: a precariedade dos registros na caderneta reforça a necessidade de sensibilização e capacitação dos profissionais quanto à sua importância e uso adequado para acompanhamento integral da saúde da criança.

Descritores

Saúde da criança; Promoção da saúde; Atenção primária à saúde; Registros de saúde pessoal

Abstract

Objective: to analyze the fulfillment of data related pregnancy, delivery, puerperium and newborn in the child health handbook. Method: this is a descriptive study, which was held in Cuiabá, MT, on August 13th, 2011, during the 2nd Stage of the Vaccination Campaign against Poliomyelitis, with application of form and direct observation of 950 handbooks of children less than one year of age. In order to analyze data, we calculated the prevalence ratio and the chi-square test, with a significance level of 5%. Results: most of the fields intended for recording of data related to pregnancy, delivery, puerperium and newborn showed an index of non-fulfillment above 80%. Conclusion: the precariousness of the records in the handbook reinforces the need for awareness and training of professionals with regard to its importance and appropriate use, in order to provide a comprehensive follow-up for the child health.

Keywords

Child health; Health promotion; Primary health care; Health Records, Personal

Resumen

Objetivo: analizar la cumplimentación de los datos de embarazo, parto, puerperio y recién nacido en la libreta de salud del niño. Método: estudio descriptivo, efectuado en Cuiabá, MT, el 13 de agosto de 2011, durante la 2ª Etapa de la Campaña de Vacunación contra la Poliomielitis, con aplicación de formulario y observación directa de 950 libretas de niños menores de un año. Para el análisis de los datos, se calcularon la razón de prevalencia y el test de chi-cuadrado, con un nivel de significación del 5%. Resultados: la mayoría de los campos destinados a las anotaciones de datos sobre embarazo, parto, puerperio y recién nacido tuvieron un índice de no cumplimentación por encima del 80%. Conclusión: la precariedad de los registros en la libreta refuerza la necesidad de sensibilización y capacitación de los profesionales acerca de su importancia y uso adecuado para seguimiento integral de la salud del niño.

Palabras clave

Salud del niño; Promoción de la salud; Atención primaria de salud; Registros de salud personal

¹Enfermeira. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá-MT, Brasil. Docente no Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Várzea Grande-UNIVAG.

²Enfermeira. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT.

Autor correspondente: Maria Aparecida Munhoz Gaíva - mamgaiva@yahoo.com.br

Introdução

A caderneta de saúde da criança (CSC) foi instituída pelo Ministério da Saúde em 2005 e agrupa o registro dos eventos mais expressivos da saúde infantil, pois traz dados sobre a história obstétrica e neonatal, indicadores de crescimento e desenvolvimento, aspectos da alimentação, com ênfase na amamentação, utilização do sulfato ferroso e vitamina A, saúde bucal, auditiva e visual, imunização, além de intercorrências clínicas e orientações direcionadas aos pais sobre a promoção da saúde e prevenção de agravos, como acidentes e violência doméstica.

A caderneta deve ser entregue ainda na maternidade aos pais de todos os bebês nascidos em território nacional, e faz parte de uma estratégia política para redução da mobilidade e mortalidade infantil, sustentada em ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) e promoção da saúde infantil. Os registros iniciais na caderneta, tais como, dados sobre o parto, puerpério, nascimento e identificação do recém-nascido e sua família devem ser realizados ainda na maternidade. Os próximos registros de acompanhamento deverão ser efetuados, preferencialmente, pelos profissionais das unidades básicas de saúde.⁽¹⁾

A CSC é um importante documento para o acompanhamento da saúde da criança, já que colhe e produz informações sobre seu histórico de saúde e deve ser utilizada em todos os contatos da criança com os serviços de saúde.⁽²⁾ No entanto, para que este instrumento possibilite a análise integrada e preditiva da saúde da criança, faz-se necessário sua utilização de modo adequado, o que inclui o registro correto e completo das informações.⁽¹⁾

Os registros das informações obtidas no atendimento infantil possibilitam a sistematização dos dados e a comunicação efetiva entre os membros da equipe de saúde com os pais; oferecendo informações sobre a assistência prestada com o intuito de garantir sua continuidade, além de favorecer a segurança do paciente e do profissional.⁽³⁾

Desde sua criação, poucos estudos avaliaram os registros sobre gravidez, parto e nascimento na caderneta. Entretanto, embora escassas, as publicações existentes apontam falhas consideráveis na utilização desse instrumento.⁽⁴⁻⁷⁾

Pesquisa que analisou 797 cadernetas de crianças nascidas na cidade de Belo Horizonte (MG), mostrou que em 44% delas, o nome das crianças não estava registrado, em 40% não havia informação do início do pré-natal e em 23%, não havia registro do índice de *Apgar* no 5º minuto. Dados como peso ao nascer, comprimento e perímetro cefálico, estavam em branco em 9, 10 e 15% das cadernetas respectivamente.⁽⁴⁾ Mais recentemente, estudo desenvolvido em unidades básicas de saúde do Município de Pouso Alegre (MG), ao analisar 150 cadernetas de crianças menores de 2 anos de idade, constatou-se que os dados da gravidez, parto e puerpério não estavam preenchidos em nenhuma das cadernetas avaliadas.⁽⁶⁾

Como se pode ver, os resultados das pesquisas já realizadas revelam que a utilização plena da caderneta de saúde da criança ainda se constitui em grande desafio aos profissionais.^(4,8)

Com base no exposto, e na importância da caderneta como principal instrumento de vigilância, monitoramento e avaliação das condições de saúde infantil na atenção primária no Brasil torna-se fundamental o desenvolvimento de pesquisas sobre sua utilização, para que investimentos sejam realizados, com o intuito de garantir a longitudinalidade do cuidado e a integralidade da atenção à criança. Portanto, objetiva-se com este estudo analisar o preenchimento dos dados sobre gravidez, parto, puerpério e recém-nascido na caderneta de saúde da criança.

Método

Estudo descritivo de abordagem quantitativa, que é parte do projeto matricial: "Avaliação da atenção à criança na rede básica de saúde de Cuiabá (MT), com ênfase em sua organização e assistência e nas práticas de enfermagem", aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 882/2010).

A presente pesquisa foi realizada nas Unidades de Saúde da Família (USF) no município de Cuiabá (MT), que possui 63 USF, sendo que 60 situam-se na zona urbana e três na zona rural, distribuídas em quatro Regionais de Saúde (Norte - 13; Sul - 21; Leste - 15 e Oeste - 11 unidades). A amostra das unidades foi probabilística (aleatória estratificada), perfazendo uma cobertura de 60% das unidades sorteadas nas quatro

Regionais de Saúde, sendo oito na Regional Norte, 13 na Regional Sul, 10 na Regional Leste e sete na Regional Oeste, totalizando 38 unidades.

De acordo com os dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, o município possuía em 2011, 3.644 crianças menores de um ano cadastradas nas 63 USF. A amostra do estudo foi baseada apenas no número de crianças menores de um ano das 38 unidades sorteadas (2.490 crianças).⁽⁹⁾ A população de estudo foi composta por todas as crianças que participaram da 2ª Etapa da Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite, nas 38 unidades selecionadas, a escolha dos participantes foi feita no momento da coleta dos dados, com aplicação dos seguintes critérios de inclusão: ser menor de um ano, residente no Município de Cuiabá, estar acompanhada da mãe ou responsável e ter em mãos a caderneta, versões 2007 ou 2009. O tamanho da amostra foi calculado considerando-se a população de 2.490 crianças menores de um ano cadastradas nas unidades sorteadas, nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. Assim, de um total de 1.057 crianças menores de um ano que compareceram às unidades no dia da coleta de dados, após a aplicação dos critérios de inclusão e sendo retiradas aquelas que não aceitaram participar da pesquisa e as perdas de formulários por falta de preenchimento de alguma variável, a amostra totalizou 950 crianças menores de um ano.

A coleta dos dados foi efetuada por aplicação de formulário às mães ou responsáveis das crianças elegíveis para o estudo e também pela observação direta das cadernetas, no dia 13 de agosto de 2011, data da 2ª Etapa da Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite. Participaram como entrevistadores 38 voluntários (enfermeiros e acadêmicos de enfermagem), previamente treinados para a coleta dos dados.

A entrevista foi realizada pela ordem de chegada da criança à unidade, durante todo o período de funcionamento do posto de vacinação no dia da campanha. Antes das entrevistas as mães/responsáveis foram esclarecidas sobre os objetivos e os métodos da pesquisa e assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido para participação da criança no estudo.

O formulário de coleta dos dados continha 43 questões, subdividido em sete blocos assim distribuí-

dos: *Bloco A - Caracterização da USF; Bloco B - Dados de identificação da criança; Bloco C - Dados socioeconômicos e demográficos da mãe; Bloco D - Dados referentes à caderneta (identificação, dados sobre gravidez, parto e puerpério e dados do recém-nascido); Bloco E - Dados de avaliação do desenvolvimento; Bloco F - Dados de avaliação do crescimento; Bloco G - Dados de avaliação da situação vacinal.* Para este artigo, foram analisadas as informações dos Blocos A ao D.

As variáveis (independentes) referentes às características maternas foram: idade, escolaridade, renda mensal familiar, número de filhos e trabalho materno. Por sua vez, as referentes às características das crianças foram: nome da criança, data de nascimento (para cálculo da idade), local de nascimento, nome dos pais e endereço; Dados sobre gravidez, parto e puerpério: dados do pré-natal (início, nº de consultas, sorologias, imunização contra o tétano, intercorrências clínicas, suplementações de ferro); dados referentes ao parto (tipo de parto, local do parto, profissional que assistiu o RN); Dados do recém-nascido: idade gestacional ao nascimento, índice de *Apgar* nos 1º e 5º minutos, peso, comprimento e perímetro cefálico ao nascer, sexo, tipagem sanguínea do RN e da mãe, exames e triagem neonatal, peso na alta, triagem neonatal e tipo de alimentação na alta.

Para analisar o preenchimento procedeu-se à observação direta das cadernetas, tomando como referência as orientações do Manual para Utilização da Caderneta de Saúde da Criança.⁽¹⁾ O item foi considerado preenchido corretamente quando estava conforme as orientações do Ministério da Saúde. Quando não havia normatização sobre o assunto, considerou-se apenas preenchido ou não preenchido.

Para analisar a qualidade do preenchimento, dos dados na CSC em relação ao pré-natal, parto, puerpério e nascimento foi utilizado um sistema de escore baseado em estudo realizado no município de Belo Horizonte (MG) que analisou a *"Qualidade do preenchimento da caderneta de saúde da criança e seus fatores associados"*⁽⁷⁾. Assim, utilizou-se o seguinte ponto de corte: ≤ 12 pontos e > 12 pontos (atribuindo o valor "1" aos itens preenchidos como incompletos e o valor "2" aos itens preenchidos como completos). A pontuação final foi dada ao somatório dos valores atribuídos a cada item, varian-

do de 0 a 32 pontos. Desta forma, quanto maior o valor do escore, mais itens estavam preenchidos. É importante enfatizar que a veracidade das informações contidas nas CSC não foi investigada.

Os dados foram inseridos em banco elaborado no Programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), com dupla digitação para verificação de consistências, e para analisar a associação entre as variáveis e o escore recebido foi calculado o teste de qui-quadrado de *Pearson* considerando o valor de $p < 0,05$.

Resultados

Os dados da tabela 1 apresentam as características gerais da amostra estudada. A maioria das mães tinha idade acima de 19 anos (85,9%), mais de 7 anos de estudo (80,1%), não trabalhava fora do lar (59,2%), tinha dois ou mais filhos (54,1%) e possuía renda familiar menor ou igual a 2 salários mínimos (67,0%). Quanto às crianças, predominou aquelas com idade ≤ 6 meses (60,2%) e do sexo masculino (51,4%).

Em relação aos dados sobre gravidez, parto e puerpério nota-se baixo índice de preenchimento de todas as variáveis. Destaca-se na Figura 1 que o maior percentual de preenchimento foi do profissional que assistiu o recém-nascido na hora do parto (20,4%), seguido do início do pré-natal (14,7%), número de consultas no pré-natal (11,9%) e tipo de gravidez (12,8%), e o item com menor índice de preenchimento foi o das intercorrências clínicas durante a gravidez, parto e puerpério (1,0%).

Nos dados da tabela 2 constata-se que as variáveis escolaridade das mães menor ou igual a 7 anos de estudo ($p=0,016$), crianças com idade menor ou igual a 6 meses ($p=0,037$) e renda familiar inferior ou igual a dois salários mínimos ($p=0,021$), demonstraram significância estatística para o não preenchimento dos dados na caderneta pelos profissionais de saúde. Apesar do baixo índice de preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e puerpério, verificou-se que as cadernetas com maior percentual de preenchimento eram de crianças cujas mães tinham idade acima de 19 anos (15,3%) e mais de 7 anos de estudo (15,9%) (Tabela 2).

Quanto aos dados do recém-nascido, o peso do nascimento estava registrado em 93,1% das cadernetas, comprimento (91,8%) e perímetro cefálico (89,5%). O índice de *Apgar* nos 1º e 5º minutos apresentou percentual de preenchimento de 62,8% e 60,4% respectivamente. Os mais baixos índices de preenchimentos foram peso na alta (9,9%), data da alta (13,2%), teste do reflexo vermelho (14,2%) e o teste do pezinho (14,1%) (Figura 2).

Nos dados da tabela 3 constatou-se que os maiores índices de preenchimento incompleto (pontuação no escore ≤ 12) estavam nas cadernetas de mães com idade menor ou igual a 19 anos (65,7%) e com nível de instrução menor ou igual a 7 anos de estudo (73,0%). Verificou-se associação para o preenchimento dos dados do recém-nascido nas cadernetas de mães com escolaridade menor ou igual a 7 anos de estudo, com apenas um filho, que trabalhavam fora do lar e para crianças com idade ≤ 6 meses (Tabela 3).

Tabela 1 - Características gerais da amostra estudada. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2011 (n= 950)

Variáveis	n	%	Total
Idade das mães (anos)			
≤ 19	134	14,1	950
> 19	816	85,9	
Ano de estudo das mães			
≤ 7	189	19,9	950
> 7	761	80,1	
Nº filhos			
Um	436	45,9	950
Dois ou mais	514	54,1	
Trabalha fora do lar			
Sim	388	40,8	950
Não	562	59,2	
Renda familiar*(n=910)			
≤ 2 SM**	610	67,0	910
> 2SM	300	33,0	
Idade das crianças			
≤ 6 meses	572	60,2	950
> 6 meses	378	39,8	
Sexo das crianças			
Masculino	488	51,4	950
Feminino	462	48,6	

*Das 950 mães entrevistadas, 40 não souberam indicar a renda familiar. **Salário mínimo vigente na época da coleta de dados era R\$ 545,00.
Fonte: as autoras

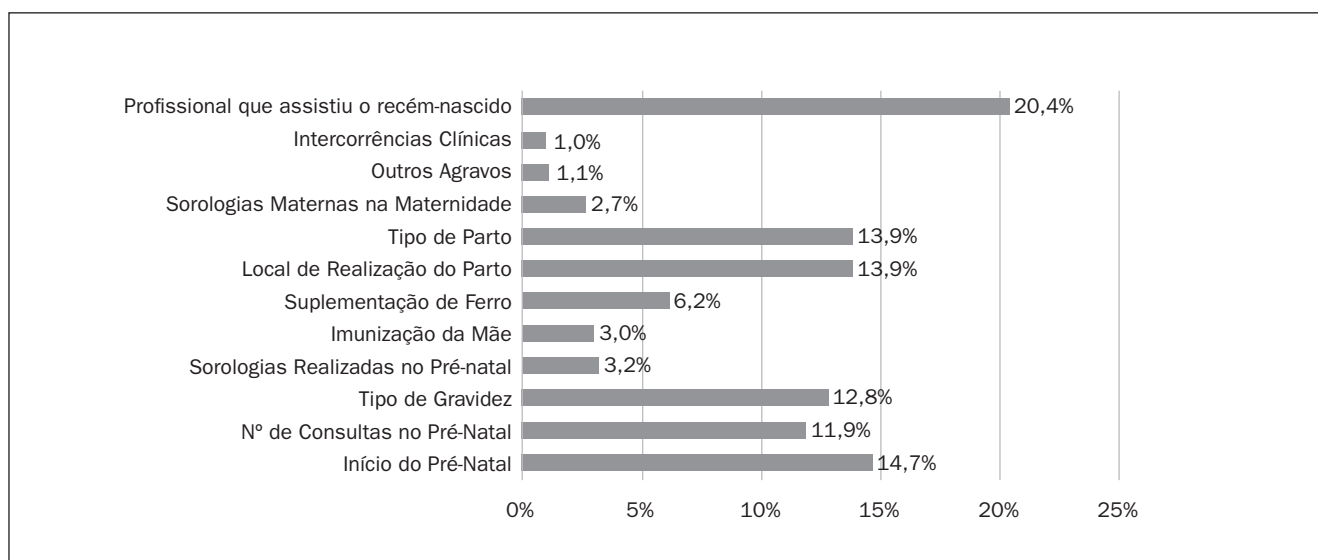


Figura 1 - Porcentagem de preenchimento dos campos relativos aos dados sobre gravidez, parto e puerpério na caderneta de saúde da criança, Cuiabá, MT, 2011 (n=950)

Fonte: as autoras

Tabela 2 - Associação entre as variáveis da criança e da mãe e o preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e puerpério na caderneta de saúde da criança. Cuiabá, (Mato Grosso), Brasil, 2011 (n= 950)

Variáveis	Incompleto (Escore ≤12)		Preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e puerpério		Qui-quadrado	Valor de p***
	n	%	Completo (Escore >12)			
	n	%	n	%		
Idade das mães						
≤ 19	121	90,3	13	9,7	2,925	0,087
> 19	691	84,7	125	15,3		
Ano de estudo das mães						
≤ 7	172	91,0	17	9,0	5,815	0,016
> 7	640	84,1	121	15,9		
Nº filhos						
Um	374	85,8	62	14,2	0,061	0,805
Dois ou mais	438	85,2	76	14,8		
Trabalha fora do lar						
Sim	329	84,8	59	15,2	0,244	0,621
Não	483	86,0	79	14,0		
Renda familiar* (n=910)						
≤ 2 SM**	533	87,4	77	12,6	5,288	0,021
> 2SM	245	81,7	55	18,3		
Idade das crianças						
≤ 6 meses	500	87,4	72	12,6	4,353	0,037
> 6 meses	312	82,5	66	17,5		
Sexo das crianças						
Masculino	417	85,5	71	14,5	0,000	0,984
Feminino	395	85,5	67	14,5		

*Das 950 mães entrevistadas, 40 não souberam indicar a renda familiar. **Salário mínimo vigente na época da coleta de dados era R\$ 545,00. ***Em negrito as variáveis que obtiveram significância estatística (valor de $p < 0,05$).

Fonte: as autoras

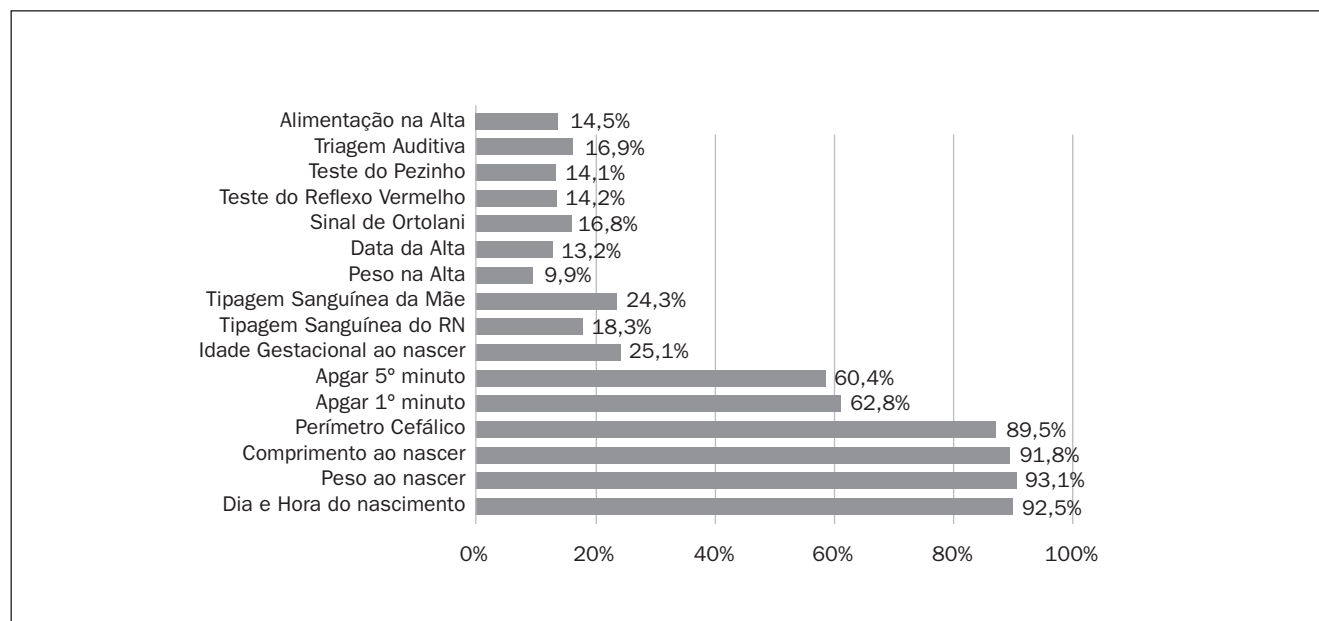


Figura 2 - Porcentagem de preenchimento dos campos relativos aos dados do recém-nascido na caderneta de saúde da criança, Cuiabá, MT, 2011 (n=950)

Fonte: as autoras

Tabela 3 - Associação entre as variáveis da criança e da mãe e o preenchimento dos dados do recém-nascido na caderneta de saúde da criança. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2011 (n= 950)

Variáveis	Preenchimento dos dados do recém-nascido				Qui-quadrado	Valor de p***
	Incompleto (Escore ≤12)		Completo (Escore >12)			
	n	%	n	%		
Idade das mães						
≤ 19	88	65,7	46	34,3	2,74	0,098
> 19	474	58,0	342	42,0		
Ano de estudo das mães						
≤ 7	138	73,0	51	27,0	18,753	0,000
> 7	424	55,7	337	44,3		
Nº filhos						
Um	234	53,7	202	46,3	10,046	0,002
Dois ou mais	328	63,8	186	36,2		
Trabalha fora do lar						
Sim	203	52,3	185	47,7	12,694	0,000
Não	359	63,9	203	36,1		
Renda familiar* (n=910)						
≤ 2 SM**	358	58,7	252	41,3	0,000	0,995
> 2SM	176	58,7	124	41,3		
Idade das crianças						
≤ 6 meses	353	61,7	219	38,3	3,885	0,049
> 6 meses	209	55,3	169	44,7		
Sexo das crianças						
Masculio	287	58,8	201	41,2	0,050	0,823
Femino	275	59,5	187	40,5		

*Das 950 mães entrevistadas, 40 não souberam indicar a renda familiar. **Salário mínimo vigente na época da coleta de dados era R\$ 545,00. ***Em negrito as variáveis que obtiveram significância estatística (valor de $p < 0,05$).

Fonte: as autoras

Discussão

A utilização adequada da caderneta de saúde da criança vem sendo alvo de preocupação desde sua implantação, em 2005 e alguns estudos realizados no Brasil já mostraram falhas importantes, envolvendo sobretudo o preenchimento desse instrumento.^(5-6,10)

Estudo que analisou as publicações sobre o Cartão da Criança/Caderneta de Saúde da Criança como instrumento de vigilância da saúde infantil, mostrou que as poucas publicações existentes, em sua maioria, enfatizam o preenchimento dos dados. Os resultados evidenciaram ainda que a caderneta não vem sendo utilizada pelos profissionais e famílias para o acompanhamento da saúde da criança, tendo em vista a baixa qualidade dos registros e o pouco envolvimento e participação da família neste processo.⁽⁸⁾

No presente estudo, as informações sobre gravidez, parto e puerpério evidenciaram os piores índices de preenchimento em todos os campos analisados. Nota-se que os dados referentes a início do pré-natal e número de consultas realizadas apresentaram, respectivamente, um índice de preenchimento de apenas 14,7% e 11,9%. Estas informações são consideradas essenciais para avaliação da assistência oferecida durante a gestação, e quando subestimadas podem influenciar negativamente na qualidade do atendimento em todo o ciclo gravídico-puerperal, por conterem dados diretamente relacionados à saúde materno-infantil.

Em relação ao baixo índice de registro referente à atenção pré-natal, uma possibilidade a ser cogitada é que essas informações podem ter sido registradas somente no cartão da gestante, ou ainda que a mãe não tenha levado o cartão para a maternidade e à primeira consulta da criança. Neste sentido, é importante que, durante as consultas de acompanhamento da gestação os profissionais da equipe de saúde reforcem que o 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.

Ainda em relação ao registro dos dados da gravidez, este percentual é ainda mais preocupante quando se observa o preenchimento dos campos referentes aos exames de sorologias maternas no pré-natal (3,2%) e a imunização materna (3,0%). Estas condutas estão indicadas a todas as gestantes, para prevenir ou reduzir

os agravos à saúde materna e fetal, sobretudo no que se refere ao diagnóstico precoce de doenças como Sífilis, Hepatite B, Toxoplasmose e Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).⁽¹¹⁾

O baixo índice de registro com relação ao campo destinado à imunização materna com a dupla adulto das gestantes é um fator preocupante já que pode afetar diretamente a saúde da criança após seu nascimento. Dessa forma, os profissionais devem ficar em constante vigilância, pois caso a gestante não tenha completado o esquema de vacinação durante a gestação, o Ministério da Saúde recomenda que este deva ser realizado durante a “primeira semana de saúde integral”, quando a mãe vai até à unidade de saúde para a consulta puerperal e leva o recém-nascido para iniciar o esquema de vacinação.⁽¹¹⁾

Quanto ao registro dos dados do nascimento na caderneta, os maiores percentuais de preenchimento foram o peso ao nascer com 93,1%, comprimento com 91,8% e perímetro cefálico com 89,5%. Resultado semelhante foi encontrado nas cidades de Belo Horizonte (MG) e Pouso Alegre (MG), em que respectivamente 91% e 90% das cadernetas analisadas possuíam o peso ao nascer registrado.^(4,6)

O registro do indicador peso ao nascer torna-se essencial para o acompanhamento efetivo da criança, especialmente aquelas nascidas com baixo peso que de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, devem ser consideradas como de risco nutricional e acompanhadas com maior assiduidade pelos serviços de saúde no primeiro ano de vida.⁽¹²⁾ Além do mais, o peso ao nascer trata-se de uma das informações mais requeridas do recém-nascido, tanto pela sua família quanto pelos profissionais.

Outro dado das condições de nascimento que merece destaque é o índice de Apgar, que na presente pesquisa apresentou um percentual de preenchimento de 62,8% (1º minuto) e 60,4% (5º minuto). Percentual semelhante foi encontrado em pesquisa realizada em Pouso Alegre (MG), no qual 66% das cadernetas continham anotação do índice de Apgar.⁽⁶⁾ As ações de humanização do parto e nascimento, propostas pelo Ministério da Saúde, podem estar refletindo positivamente nesses índices, já que a avaliação do Apgar deve ser realizada obrigatoriamente em todos os partos.

O Apgar é um parâmetro importante para a avaliação das condições de vitalidade nos primeiros mi-

nutos de vida do recém-nascido e que indica a necessidade de assistência visando prevenção de possíveis sequelas. Quanto menor o escore do *Apgar*, menores são as chances de sobrevivência da criança, o que evidencia a importância da qualidade da atenção prestada no trabalho de parto e também dos cuidados imediatos ao recém-nascido após o nascimento.⁽¹³⁾ Assim, o baixo índice de preenchimento deste indicador na caderneta pode acarretar em prejuízo no acompanhamento adequado da saúde da criança.

Outro aspecto a destacar refere-se ao baixo índice de preenchimento dos campos destinados aos exames e triagem neonatal. A triagem neonatal permite o rastreamento de crianças com probabilidade de apresentar determinadas patologias metabólicas, hematológicas, infecciosas e genéticas como a fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, anemia falciforme e fibrose cística, que quando diagnosticadas em estágio precoce, ainda no período neonatal, se consegue minimizar ou eliminar as sequelas.⁽¹⁴⁾

Outro exame obrigatório para todos os recém-nascidos no Brasil é a Triagem Auditiva Neonatal (teste da orelhinha), assegurado pela Lei Federal nº 12.303/2010.⁽¹⁵⁾ Em Cuiabá, este exame começou a ser realizado no mesmo ano em que a lei entrou em vigor, no entanto, no momento da realização desta pesquisa ainda não havia um serviço de referência para a realização desse exame no município.

Ainda em relação à triagem neonatal, o Ministério da Saúde, publicou em 2013, as Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância, definindo que todos os recém-nascidos devem ser submetidos ao teste do reflexo vermelho (TRV) antes da alta da maternidade. O teste do reflexo vermelho é uma ferramenta de rastreamento de alterações que possam comprometer a transparência dos meios oculares, tais como catarata, glaucoma, toxoplasmose, retinoblastoma e descolamentos de retina tardios⁽¹⁶⁾. O TRV (teste do olhinho) deve ser realizado em todas maternidades e hospitais públicos e conveniados no Estado de Mato Grosso, desde 2008.⁽¹⁷⁾

O campo referente ao tipo de alimentação do recém-nascido na alta hospitalar obteve percentual de preenchimento de apenas 14,5%. Valor muito baixo se comparado ao resultado encontrado no Município de Belo Horizonte (MG), que teve um índice de 57,8% de preenchimento desta informação nas cadernetas.⁽⁴⁾

Uma nutrição adequada durante a infância é imprescindível para garantir que as crianças alcancem seu pleno potencial na saúde, crescimento e desenvolvimento. Sendo assim, as informações sobre a alimentação registradas na caderneta são relevantes para que haja um manejo adequado da assistência à mãe e ao bebê, quando ambos estiverem sob os cuidados das equipes de saúde da família, que devem incentivar e apoiar a amamentação exclusiva até o 6º mês de vida.

Na análise, verificou-se associação estatisticamente significativa para o preenchimento dos dados do recém-nascido em cadernetas de mães com 7 anos ou menos de estudo. Por sua vez, pesquisas que analisaram o uso e a qualidade do preenchimento da caderneta mostraram associação positiva para preenchimento do gráfico de peso/altura na caderneta entre mães com maior escolaridade.⁽⁶⁻⁷⁾ O nível de escolaridade materno mais elevado é considerado um fator influente na determinação do crescimento da criança nos primeiros anos de vida⁽⁶⁾, pois as mulheres com maior grau de escolaridade têm melhores condições de compreender as necessidades de cuidados à saúde de seus filhos, assim como, para assimilar as orientações dos profissionais e cobrar deles o preenchimento dos dados na caderneta.

A relação entre nível de escolaridade e melhor desempenho no registro de alguns dados da caderneta sinalizam que as ações educativas desenvolvidas pelos profissionais sobre a importância da caderneta como instrumento de vigilância da saúde infantil precisam estar voltadas, sobretudo, para as famílias com maior vulnerabilidade social.⁽⁶⁾

Por sua vez, a associação para o preenchimento dos dados do recém-nascido em cadernetas de crianças menores de 6 meses pode sugerir que os profissionais de saúde dediquem maior atenção na avaliação e nos registros das conduções de saúde da criança nos primeiros meses de vida, por tratar-se de um período de maior vulnerabilidade. Além disso, nessa idade, criança tem acompanhamento mensal e recebe a maior parte das vacinas da infância, por consequência, os primeiros meses de vida configuram-se em um período de maior utilização da caderneta de saúde da criança.

O estudo trouxe resultados preocupantes em razão da precariedade dos registros dos dados sobre a

gravidez, parto, puerpério e recém-nascido, mostrando a pouca valorização dada pelos profissionais a esse importante instrumento de acompanhamento da saúde infantil.⁽¹⁸⁾

Ademais, os resultados encontrados nos levam a questionar como os profissionais de saúde vêm utilizando a caderneta, pois a precariedade no preenchimento e a pouca valorização de algumas de suas informações podem sinalizar falta de preparo técnico para lidar com esse instrumento de vigilância à saúde da criança, além de não apropriação do mesmo pelos profissionais.

A utilização inapropriada da caderneta pelos profissionais também pode ser influenciada pela não definição a quem cabe a responsabilidade pelo preenchimento de seus dados.⁽¹⁹⁾ Entende-se que todos os profissionais que atuam diretamente na atenção à criança, seja em maternidades, unidades básicas ou ambulatórios são responsáveis pelo registro desses dados. Para tal, o preenchimento da caderneta deve ser visto pelos profissionais de saúde, como elemento inerente à sua prática de atenção à saúde, já que as informações nela registradas constituem um meio de comunicação utilizado por eles e por outros profissionais, para o efetivo acompanhamento da saúde infantil, portanto, este registro precisa ser adequadamente executado.

Assim, para melhorar o índice de preenchimento das cadernetas, é necessário conscientizar, capacitar e estimular os profissionais de saúde que atuam na assistência à criança nos diferentes níveis de atenção, quanto a utilização adequada deste instrumento de trabalho. Além disso, os profissionais precisam assumir suas responsabilidades frente à CSC para sua efetiva implementação.

Uma limitação deste estudo foi analisar somente o preenchimento na caderneta dos dados sobre gravidez, parto, puerpério e recém-nascido. Por outro lado, essa abordagem permitiu aprofundar a discussão sobre os aspectos que a maioria dos estudos a respeito da temática não tem focado.

Apesar dessa limitação, os resultados encontrados poderão servir de alerta a todos os profissionais de saúde que atuam em maternidades, sobre a importância dos primeiros registros na caderneta para o futuro acompanhamento da saúde da criança no contexto da atenção básica, assim como sensibilizar os gestores dos diversos níveis de atenção à saúde da necessidade de

implementar ações para reorganização dos serviços, de modo a proporcionar as condições necessárias para que a caderneta seja utilizada em todos os serviços e de forma adequada, bem como, da importância de investimentos em capacitações para os profissionais de saúde, sobre o uso da caderneta como estratégia para promover o acompanhamento interdisciplinar e de qualidade à criança.

Os resultados do presente estudo também poderão ser aplicados na prática cotidiana dos serviços para qualificar a assistência prestada à criança, além de subsidiar novas pesquisas sobre a temática, uma vez que se trata de importante instrumento para o acompanhamento longitudinal e integral da saúde da criança.

Conclusão

Este estudo que analisou o preenchimento dos dados sobre gravidez, parto, puerpério e recém-nascido na caderneta de saúde da criança, constatou que ela não está sendo preenchida adequadamente, já que a maior parte desses campos teve índice de não preenchimento acima de 80%. As variáveis que apresentaram associação em relação aos dados de gravidez, parto e puerpério foram escolaridade das mães, idade das crianças e renda familiar. Verificou-se também associação para o preenchimento dos dados do recém-nascido, as cadernetas de mães com 7 anos ou menos de estudo, as primíparas, as que trabalhavam fora do lar e as crianças com idade menor ou igual a 6 meses.

A precariedade dos registros na caderneta aponta para a necessidade de conscientizar, capacitar e estimular os profissionais de saúde que atuam na assistência à criança nos diferentes níveis de atenção, quanto à sua importância e uso adequado da mesma para o acompanhamento integral da saúde infantil.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Manual para utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Manual para utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Temática de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Caderneta de Saúde da Criança: passaporte para a cidadania. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
4. Moreira MD, Gaíva MA. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: análise dos registros das consultas de enfermagem. *Rev Pesq Cuid Fundam Online* [Internet]. 2013 [citado 2016 Abril 29];5(2):3757-66. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2150/pdf_774.
5. Goulart LM, Alves CR, Viana MR, Moulin ZS, Carmo GA, Costa JG, et al. Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2008 [citado 2014 mar 14]; 26(2):106-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n2/a02v26n2>.
6. Ceia ML, Cesar JA. Avaliação do preenchimento dos registros de puericultura em unidades básicas de saúde em Pelotas, RS. *Rev AMRIGS* [Internet]. 2011 [citado 2014 mar 12]; 55(3):244-9. Disponível em: http://www.amrigs.com.br/revista/55-03/0000045956-Revista_AMRIGS_3_artigo_original_avalido_preenchimento.pdf.
7. 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; 11(1): 8-15.
8. Alves CR, Lasmar LM, Goulart LM, Alvim CG, Maciel GV, Viana MR, et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009 [citado 2014 mar 12]; 25(3):583-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/13.pdf>.
9. Gaíva MA, Silva FB. Child health handbook: integrative review. *J Nurs UFPE on line*. [Internet]. 2014 [cited 2014 Nov 08]; 8(3):742-49. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5357/pdf_4772.
10. Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Imunobiológicos (GEIMUNO). Meta para campanha nacional contra a poliomielite 1ª e 2ª etapa por regional de saúde. Cuiabá/MT: SMS; 2011.
11. Palombo CN, Duarte LS, Fujimori E, Toriyama AT. Uso e preenchimento da caderneta de saúde da criança com o foco no crescimento e desenvolvimento. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [citado 10 out 2015]; 48(n. Esp):60-7. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600009>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. [citado 2016 Nov 18]. Disponível em: manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf MB.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, 33).
14. Ehrenstein V, Pedersen L, Grijota M, Nielsen GL, Rothman KJ, Sorensen HT. Association of Apgar score at five minutes with long-term neurologic disability and cognitive function in a prevalence study of Danish conscripts. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2009 [cited 2016 Oct 15]; 2:9-14. [cited 2014 apr 17]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2670812>.
15. Sociedade Brasileira de Triagem Neonatal. Triagem Neonatal o que é? [Internet]. Salvador, BA; 2015 [citado 2016 Jul 08]. Disponível em: http://www.sbtn.org.br/pg_triag_oquee.htm.
16. Brasil. Lei nº 12.303, de 02 de agosto de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas [Internet]. Brasília, DF; 2010. [citado 2014 Maio 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12303.htm.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais [Internet]. Brasília, DF: MS; 2013. [citado 2016 Nov 20]. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/conteudo/Diretrizes.pdf>.
18. Brasil. Lei nº 8.800, de 08 de janeiro de 2008. Torna obrigatória a realização do exame denominado "Teste do Olhinho" nos recém-nascidos. *Diário Oficial* [do Estado de Mato Grosso], Cuiabá, MT, nº 24.749, 08 jan. 2008, p. 12. [citado 2014 mai 27]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/7293277/doemt-08-01-2008-pg-12/pdfView>.
19. Gaíva MA, Abud SM, Silva FB. A caderneta de saúde da criança como instrumento de promoção e vigilância à saúde infantil. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Gaíva MA, Ribeiro CA, Rodrigues EC, organizadores. PROENF. Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde da Criança e do Adolescente: Ciclo 9. Porto Alegre; Artmed Panamericana; 2015. p 9-36 (Sistema de Educação Continuada a Distância, vol 3).
20. Silva FB, Gaíva MA. Preenchimento da caderneta de saúde da criança: percepção dos profissionais. *Cienc Cuid Saude*. 2015; 14(2):1027-34.