

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

LEONARDO DE PAULA AMORIM

**PREENCHIMENTO DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA E FATORES
ASSOCIADOS: estudo transversal em um município de grande porte
populacional**

Belo Horizonte

2015

LEONARDO DE PAULA AMORIM

**PREENCHIMENTO DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA E FATORES
ASSOCIADOS: estudo transversal em um município de grande porte
populacional**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Odontologia

Área de Concentração: Saúde Coletiva
Linha de Pesquisa: Políticas Públicas, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dra. Raquel Conceição Ferreira
Co-orientadora: Prof^a. Dra. Maria Inês Barreiros Senna

Belo Horizonte

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

A524p Amorim, Leonardo de Paula.
2015 Preenchimento da caderneta de saúde da criança e fatores
T associados: estudo transversal em um município de grande porte
populacional / Leonardo de Paula Amorim. – 2015.

142 f. : il.

Orientadora: Raquel Conceição Ferreira.
Co-orientadora: Maria Inês Barreiros Senna.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Registros odontológicos. 2. Saúde da criança. 3. Atenção
primária à saúde. I. Ferreira, Raquel Conceição. II. Senna,
Maria Inês Barreiros. III. Universidade Federal de Minas
Gerais. Faculdade de Odontologia. IV Título.

BI 1364 – D047

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por propiciar essa conquista cercado por pessoas especiais.

Aos meus pais, Edmundo e Letícia, e à minha irmã Juliana por compartilharem tudo: desafios, obstáculos, alegrias e conquistas. Vocês sabem mais que ninguém o quanto tivemos que abrir mão do delicioso convívio.

À minha querida vó, Voninha, tios (as), cunhados (as) e primos (as), pela fé, entusiasmo, torcida e motivação.

À Aridelson e Neusa pela força, carinho e ajuda especial.

À Raquel pelo exemplo. Sua motivação e compromisso social aliados ao seu conhecimento e partilha do saber, a torna uma referência, um estímulo ao aprendizado. Obrigado por tornar possível essa conquista.

À Maria Inês pelo incentivo (desde o internato rural), por compartilhar sua vasta experiência na saúde pública e pelas cuidadosas contribuições.

À Mara e Simone, coordenadoras do mestrado profissional, pela dedicação e carinho com nossa turma.

A todos os professores envolvidos nessa trajetória. Pelo compromisso e especial contribuição.

À FAPEMIG pelo apoio no financiamento à pesquisa.

Ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia pelo suporte e estrutura.

À Prefeitura Municipal de Belo Horizonte pela confiança no trabalho.

À maravilhosa equipe do PPSUS pela oportunidade de vivenciar a construção do conhecimento.

À Anna Rachel e Adriana pela dedicação e esforço em prol desse trabalho.

A todos que participaram da coleta de dados pelo compromisso e trabalho em equipe.

Aos colegas do mestrado pelo prazer da convivência e pelo aprendizado. Cada um de sua maneira, com suas experiências e saberes, contribuíram para um mestrado melhor.

Aos amigos que, direta ou indiretamente, participam, compartilham, ajudam e estimulam a buscar as conquistas.

Aos meus filhos, Thiago e Henrique, por serem a razão do meu viver. Vocês são a inspiração para me tornar uma pessoa melhor. Amo vocês!

E, em especial, à minha esposa Juliana pelo amor, cumplicidade, compreensão, pela doação! Obrigado por proporcionar as maiores alegrias da minha vida!

AMORIM, Leonardo de Paula. PREENCHIMENTO DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA E FATORES ASSOCIADOS: ESTUDO TRANSVERSAL EM UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE POPULACIONAL. Dissertação (Mestrado Profissional em Odontologia – área de concentração: Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

RESUMO

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) é um importante instrumento de vigilância e promoção da saúde infantil. Objetivou-se avaliar a qualidade do preenchimento dos campos de saúde geral e bucal das CSC e a associação entre qualidade do preenchimento e o tipo de serviço usado pelos pais para o acompanhamento de saúde dos filhos. Foi realizado um estudo transversal com amostra estratificada e proporcional aos nove Distritos Sanitários de Belo Horizonte, Minas Gerais (n=382 incluindo 20% para possíveis perdas), selecionada entre crianças de três a cinco anos, que procuraram as Unidades Básicas de Saúde no Dia da Campanha Nacional de Multivacinação Infantil de 2014. Utilizou-se roteiro para entrevista com um dos pais e observação de 21 itens da CSC essenciais para o acompanhamento do desenvolvimento infantil, incluindo dois campos sobre saúde bucal. Análise descritiva foi realizada, com a obtenção da frequência de preenchimento de cada item da CSC. Para caracterizar o preenchimento insatisfatório da CSC, a variável dependente foi definida como qualidade de preenchimento, que foi considerada satisfatória quando as CSC apresentaram 60% ou mais dos itens preenchidos. Para construção da variável dependente foi calculado um escore variando de 0 a 21 pela soma dos itens preenchidos. A principal variável independente foi o tipo de serviço usado pelos pais para acompanhamento de saúde das crianças (público ou privado/convênio). As outras variáveis independentes foram características demográficas da mãe e da criança, condições de saúde da mãe e da criança e atenção em saúde recebida pela criança. A associação foi testada por meio do teste qui-quadrado e regressão logística. Participaram 367 (96,10%) crianças, as mães possuíam média de idade de 33,75 anos (DP=6,54), a maioria com ≥ 9 anos de estudo (89,6%) e renda *per capita* média de R\$1.422,73 (DP=R\$1.277,46). Os itens

da CSC com maior frequência de preenchimento foram nome da criança (99,5%), data de nascimento (99,2%), nome da mãe (96,5%) e registro das vacinas (94,0%). Observou-se baixa frequência de preenchimento do desenvolvimento neuropsicomotor (6,0%), do uso de ferruginoso (4,6%), do campo de erupção dentária (1,4%) e do odontograma (0,8%). A prevalência de preenchimento insatisfatório foi 55,5% e foi maior nas CSC de crianças cujas mães não receberam explicações sobre a CSC na maternidade ou em outro serviço de saúde (OR=1,55; IC95%=1,04-2,45) e nas CSC sem anotações das mães/pais (OR=1,97; IC95%=1,17-3,36). A prevalência de preenchimento insatisfatório foi menor nas CSC de crianças de mães com idade gestacional ≥ 37 semanas (OR=0,52; IC95%=0,27-0,98). Não houve associação da qualidade de preenchimento e tipo de serviço de saúde usado pelos pais para acompanhamento dos filhos. Os itens de saúde bucal não têm sido preenchidos podendo comprometer o monitoramento e a promoção da saúde integral da criança. Itens considerados essenciais da CSC apresentaram baixa frequência de preenchimento, independentemente do tipo de serviço usado pelos pais para acompanhamento de saúde dos seus filhos. O resultado indica a necessidade de aprimoramento no uso da CSC pelos serviços de saúde. Orientar e contar com a participação das mães se configuram como ações essenciais ao uso desse instrumento.

Descritores: Vigilância em Saúde Pública. Registros Odontológicos. Saúde da Criança. Atenção Primária à Saúde.

FILLING OF CHILD HEALTH CARD AND ASSOCIATED FACTORS: cross sectional study in a city of large population

ABSTRACT

The Child Health Card (CHC) is an important monitoring tool. This study aimed to evaluate the quality of the fill in records of oral and general health fields of the CHC and the association between the quality of the fill in records and the type of service used by parents to monitor their children health. A cross-sectional study was conducted with a proportional stratified sample to the nine Health Districts of Belo Horizonte, Minas Gerais (n = 382 including 20% for possible losses), selected among children aged three to five years old, which sought the Basic Health Units in the National Children's Campaign Day for Multivaccination in 2014. A semi-structured interview with one of the parents was performed and the observation of 21 items of the CHC that are essential to monitoring the child development was performed, including two fields on oral health. Descriptive analysis was performed, obtaining the percentage of each item of CHC completed. To characterize the unsatisfactory fill in records of the CHC, the dependent variable was defined as the quality of the fill in records, and it was considered satisfactory when the CHC had 60% or more of completed fields. The dependent variable was constructed calculating a score ranging from 0 to 21 by the sum of the completed fields in the CHC. The main independent variable was the type of service used by the mothers for health follow-up (public or private / health plan). The other independent variables were demographic characteristics of the mother and child, mother and child's health conditions and the health care received by the child. The association of the variables was tested using the chi-square test and logistic regression. Participated in the study 367 (96.10%) respondents, mothers with an average age of 33.75 (SD = 6.54) years old, most mothers with education of >9 years (89.6%) and average per capita income of R\$ 1,422.73 (SD=R\$ 1,277.46). The fields most frequently filled in were the child's name (99.5%), date of birth (99.2%), mother's name (96.5%) and the registration of vaccines (94.0%). There was a low frequency of fill in records of psychomotor development (6.0%), the use of iron (4.6%), the tooth eruption fields (1.4%) and the dental chart (0.8%). The poor fill in rate was 55.5% and was higher in children from CHC whose mothers did not receive information about the CHC (OR=1.55, 95% CI

1.04 to 2.45) and the CHC without notes of the parents (OR=1.97, 95% CI 1.17 to 3.36). The prevalence of poor fill in of the CHC was lower in mothers with children's gestational age ≥ 37 weeks (OR=0.52, 95% CI 0.27 to 0.98). There was no association of the quality of the fill in records and the type of health service used by parents for monitoring the children. The oral health items have not been filled which could compromise the monitoring and the health promotion of the child. Items considered essential in the CHC showed low frequency of fill in records, regardless of the type of service used by parents to monitor the health of their children. The result indicates the need for improvement in the utilization of the CHC by the health services. To guide and include the participation of mothers are characterized as necessary actions to the utilization of this health instrument.

Descriptors: Public Health Surveillance. Dental Records. Child Health. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APS Atenção Primária à Saúde
ATSCAM Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
CC Cartão da Criança
CS Centro de Saúde
CSC Caderneta de Saúde da Criança
DN Declaração de Nascido Vivo
DNCr Departamento Nacional da Criança
g Gramas
MG Minas Gerais
MS Ministério da Saúde
OMS Organização Mundial de Saúde
PAISC Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PBH Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
PNAB Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNSB Política Nacional de Saúde Bucal
SUS Sistema Único de Saúde
UBS Unidade Básica de Saúde
UFMG Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|-----|
| Quadro 1: Estudos internacionais sobre o uso de Instrumentos de Registro de dados de Saúde da Criança de posse e guarda pela família | 28 |
| Quadro 2: Conteúdo da primeira parte da Caderneta de Saúde da Criança distribuída pelo Ministério da Saúde. 7ª Versão. 2011 | 37 |
| Quadro 3: Conteúdo da segunda parte da Caderneta de Saúde da Criança distribuída pelo Ministério da Saúde. 7ª Versão. 2011 | 38 |
| Quadro 4: Estudos nacionais sobre a avaliação da Caderneta de Saúde da Criança | 40 |
| Quadro 5: Itens avaliados na Caderneta de Saúde da Criança | 64 |
| Quadro 6: Programação da Oficina Atenção à saúde bucal no SUS-BH: gestantes e crianças de 0 a 5 anos realizada em 19 de novembro de 2015, na Faculdade de Odontologia da UFMG | 118 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----|
| Tabela 1: Distribuição das crianças de 3 a 5 anos por Distrito Sanitário de Belo Horizonte, Minas Gerais. | 60 |
| Tabela 2: Distribuição das Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte por Distritos Sanitários do município. | 61 |
| Tabela 3: Distribuição das Unidades Básicas de Saúde selecionadas, por Distritos Sanitários de Belo Horizonte. | 61 |
| Artigo 1 | |
| Tabela 1: Frequência de preenchimento dos 21 itens da CSC. Belo Horizonte. 2014. (n=367) | 92 |
| Artigo 2 | |
| Tabela 1: Frequência de preenchimento dos itens da CSC por tipo de serviço usado pelos pais para o acompanhamento da saúde da criança. | 102 |
| Tabela 2: Frequência de preenchimento dos itens da CSC classificadas com qualidade de preenchimento satisfatório. | 103 |
| Tabela 3: Distribuição das crianças segundo características sócio-demográficas e condições de saúde da mãe e da criança para a amostra total e para os grupos com qualidade do preenchimento da CSC satisfatório ou insatisfatório e resultado da análise bivariada. 2014. (n=367) | 104 |
| Tabela 4: Distribuição das crianças segundo atenção em saúde recebida para a amostra total e para os grupos com qualidade do preenchimento da CSC satisfatório ou insatisfatório e resultado da análise bivariada. 2014. (n=367) | 105 |
| Tabela 5: Fatores associados à qualidade insatisfatória de preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) na análise múltipla. Belo Horizonte. 2014. | 106 |

LISTA DE GRÁFICOS

Artigo 1

Gráfico 1: Percentual de Cadernetas de Saúde da Criança segundo número de 93
itens preenchidos.

LISTA DE PLANILHAS

Produção técnica

Planilha 1: Planilha utilizada durante a discussão em grupo para o levantamento dos problemas encontrados e a proposição de estratégias de enfrentamento. 117

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Regiões administrativas de Belo Horizonte. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. 59

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| 1 INTRODUÇÃO | 18 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 22 |
| 2.1 Vigilância da saúde da criança | 22 |
| 2.2 Atenção à saúde da criança no Brasil | 23 |
| 2.3 Instrumentos de registro de dados de saúde da criança | 25 |
| 2.3.1 Instrumentos de registro de dados de saúde da criança no Brasil | 35 |
| 3 OBJETIVOS | 57 |
| 3.1 Objetivo geral | 57 |
| 3.2 Objetivos específicos | 57 |
| 4 METODOLOGIA | 58 |
| 4.1 População, amostra e seleção dos participantes | 59 |
| 4.2 Estudo-piloto e teste do instrumento de coleta de dados | 61 |
| 4.3 Coleta de dados | 62 |
| 4.3.1 Entrevista com os pais | 62 |
| 4.3.2 Observação da Caderneta de Saúde da Criança | 63 |
| 4.4 Análise de dados | 69 |
| 4.5 Aspectos éticos | 69 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 70 |
| 5.1 Produção científica | 70 |
| 5.1.1 Artigo 1: Caderneta de Saúde da Criança: instrumento de vigilância da saúde geral e bucal? | 71 |
| 5.1.2 Artigo 2: Caderneta de Saúde da Criança: existem diferenças na qualidade de preenchimento de acordo com o tipo serviço de saúde usado pela criança? | 94 |
| 5.2 Produção técnica | 116 |
| 5.2.1 Apresentação e justificativa | 116 |
| 5.2.2 Objetivo da oficina | 116 |
| 5.2.3 Metodologia da oficina | 116 |

| | |
|---|-----|
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 119 |
| REFERÊNCIAS | 121 |
| ANEXOS | 128 |
| Anexo 1 | 128 |
| Anexo 2 | 129 |
| Anexo 3 | 133 |
| Anexo 4 | 137 |
| APÊNDICES | 138 |
| Apêndice 1 | 138 |
| Apêndice 2 | 140 |
| Apêndice 3 | 141 |
| PRODUÇÃO INTELECTUAL DESENVOLVIDA DURANTE O CURSO | 142 |

1 INTRODUÇÃO

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde, garantindo a integralidade da atenção¹.

O monitoramento do crescimento e do desenvolvimento das crianças tem sido recomendado desde a década de 70, na Conferência de Alma Ata (1978). No Brasil, embora o Relatório Final da V Conferência Nacional de Saúde, realizada em 5 de agosto de 1975, tenha incorporado a vigilância do crescimento, o tema somente ganhou relevância em 1984, com a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), pelo Ministério da Saúde (MS). Esse programa tinha como eixos o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o incentivo ao aleitamento materno e a orientação para o desmame, a prevenção e o tratamento das doenças diarreicas e respiratórias agudas e a imunização².

Impulsionado por esse programa, foi criado o Cartão da Criança (CC) que se propunha a unificar as informações sobre a criança e ser um elo entre o serviço de saúde e a família². Em 2005, com a aprovação da Resolução MERCOSUL/GMC nº 04/05 e seu anexo, intitulado “Informação Básica Comum para Caderneta de Saúde da Criança”³ e considerando a necessidade de garantir um instrumento portátil que permitisse a continuidade da atenção à saúde da criança em território nacional e entre os países do Mercosul, o MS estabeleceu a disponibilização gratuita da “Caderneta de Saúde da Criança” (CSC) para todas as crianças brasileiras⁴.

A importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança tem sido, ao longo do tempo, reafirmada e reforçada pelas ações, programas e políticas de saúde infantil no Brasil. Mais recentemente, a vigilância do crescimento e desenvolvimento das crianças foi considerada um eixo estratégico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela Portaria nº 1.130 de 05 de agosto de 2015. A PNAISC busca a integração das ações já existentes para o cuidado infantil, é orientada por princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) e pelas diretrizes que envolvem organização das ações e serviços na rede de atenção, promoção da saúde, fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família e qualificação da força de trabalho do Sistema Único

de Saúde (SUS). Está estruturada em sete eixos estratégicos com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde. Os eixos estratégicos abordam a atenção humanizada, promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral, atenção à saúde de crianças com vulnerabilidade e ações de vigilância, incluindo a disponibilização da CSC⁵.

No contexto da atenção à saúde infantil, a saúde bucal é uma das 13 linhas de cuidado na Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil⁶. A saúde bucal está prevista entre as ações para atenção à saúde da criança⁷⁻¹² e é uma área de atuação estratégica da atenção primária, consolidada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e também já incluída anteriormente na Norma Operacional de Assistência à Saúde¹³⁻¹⁵. A PNAISC, em seus eixos estratégicos, não aborda especificamente a saúde bucal, mas é orientada pelo princípio da integralidade do cuidado e um dos seus eixos consiste na atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas⁵.

O acompanhamento e monitoramento do desenvolvimento infantil e saúde da criança pode ser favorecido pelo uso da CSC e deve incluir o acompanhamento da saúde bucal. A CSC substituiu o CC propondo a inclusão dos itens descritos na Portaria nº 964/GM/2005, e ampliou a faixa de acompanhamento para dez anos de idade. A CSC foi organizada em duas partes: a primeira destinada aos responsáveis pela criança, contendo dados de identificação da criança e dos pais, informações e orientações sobre saúde, direitos da criança e dos pais, registro de nascimento, amamentação e alimentação saudável, vacinação, saúde bucal, crescimento e desenvolvimento, sinais de perigo de doenças graves, prevenção de acidentes e violências, entre outros. A segunda, destinada ao registro de informações da saúde da criança pelos profissionais de saúde inclui dados sobre a gravidez, parto e puerpério, dados do recém-nascido, anotações de problemas na maternidade, vigilância do desenvolvimento e do crescimento, medidas antropométricas, pressão arterial, saúde bucal, auditiva e visual, uso de suplemento de ferro e vitamina A, registros das vacinas e alimentação. Como um instrumento de vigilância em saúde bucal, a CSC aborda aspectos informativos relacionados à dentição decídua, desenvolvimento dos dentes, cárie dentária e orientações para higiene da

boca/dentes. Há um espaço denominado “registros de procedimentos da saúde bucal” que contém figuras e legenda para anotações do cronograma de erupção do dente decíduo, cronograma de exfoliação do dente decíduo e erupção dos dentes permanentes e odontograma¹⁶.

Estudos anteriores destacaram a importância da CSC como instrumento de vigilância em saúde infantil¹⁷⁻²⁶. Entretanto, os estudos evidenciaram baixa frequência de preenchimento de itens importantes para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e baixa qualidade de preenchimento da CSC. Embora sua importância como instrumento de vigilância seja reconhecida por profissionais envolvidos no cuidado da criança e pelas mães da criança, persistem ao longo dos anos dificuldades no uso efetivo desse instrumento. Historicamente, a CSC é um instrumento recente e as avaliações do seu uso restringem-se a um período de, aproximadamente, dez anos. Experiências internacionais com instrumentos de registro de dados de saúde da criança também demonstraram desafios no seu uso e, apesar das especificidades locais, os resultados dos estudos mostraram tanto experiências exitosas como também fracassos²⁷⁻³⁹. Entre os estudos nacionais, somente um deles considerou aspectos de saúde bucal na avaliação do preenchimento da CSC e mostrou 100% de ausência de dados²⁰.

Revisão sistemática da literatura realizada por Almeida *et al.* (2015) avaliou o uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Foram incluídos oito estudos que fizeram análise quantitativa do preenchimento do CC ou da CSC. Todos os estudos concluíram que as informações não foram adequadamente registradas e os resultados evidenciaram a subutilização do instrumento. Neste sentido, os autores concluíram que o uso desse instrumento de vigilância não está consolidado, sendo necessários novos estudos que avaliem o preenchimento da CSC considerando variáveis imprescindíveis para vigilância da saúde da criança⁴⁰. Contudo, há necessidade de avançar a compreensão dos motivos do não preenchimento. Os estudos analíticos têm contribuições nesse sentido e foram identificados quatro estudos que buscaram caracterizar o preenchimento por meio da caracterização da qualidade de preenchimento como variável dependente^{17,21,41,42}.

A qualidade de preenchimento foi definida pelo percentual mínimo (60%) de itens considerados essenciais para o acompanhamento do desenvolvimento infantil

preenchidos¹⁷, pelo preenchimento conjunto das informações relativas à identificação, crescimento, desenvolvimento e imunização²¹, ou pelo preenchimento adequado da curva de crescimento e desenvolvimento^{41,42}. Fatores relacionados ao uso do instrumento abordaram características maternas, como paridade, condição social, local de trabalho e acesso a informações sobre a CSC, assim como a caracterização da criança, como idade, hospitalização e assistência médica^{17,21,41-43}.

Dessa forma, ainda há necessidade de compreensão do uso desse instrumento na realidade dos serviços de saúde brasileiros, visando um uso efetivo e com potencial para trazer melhorias em indicadores de saúde das crianças.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Vigilância da saúde da criança

Os primeiros anos da vida da criança representam um período importante para o seu desenvolvimento e a ocorrência de problemas de saúde nesse período pode ter consequências em toda a sua vida⁴⁴. As primeiras mudanças significativas nos índices de mortalidade infantil no Brasil estão associadas ao início do trabalho efetivo de elaboração de políticas públicas e investimentos na saúde materno-infantil, com ações educativas de vigilância e prevenção⁴⁵.

O 1º Congresso Brasileiro de Proteção à Infância ocorreu em 1920 e impulsionou a criação de uma agenda sistematizada sobre a proteção social e culminou com a promulgação do Código de Menores em 1927. Ainda nessa década, a criança, por ser considerada dependente dos trabalhadores das indústrias, passou a receber assistência médica pelos médicos contratados por proprietários destas indústrias. A assistência buscava diminuir a frequência de adoecimento da criança, mas a meta era reduzir o absenteísmo entre trabalhadoras nas indústrias⁴⁶.

Na década de 1930, foi criado o primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência e em 1940, o Departamento Nacional da Criança (DNCr), assumiu as atividades do programa. Após o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde, em 1953, o MS incorporou as responsabilidades do DNCr e, com o Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970, foi criada a Coordenação de Proteção Materno-Infantil, com a atribuição de planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência⁴⁷.

As décadas de 1980 e 1990 foram marcadas por conquistas sociais importantes no âmbito da saúde. Em 1983, o MS elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança que buscou ampliar a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde da mulher e da criança. No ano seguinte, o programa se dividiu e o crescimento e desenvolvimento infantil, além das ações de assistência e prevenção de agravos às crianças, ficaram sob a responsabilidade do PAISC⁴⁷. Por meio da Constituição Federal de 1988, e, posteriormente, pelas Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990, criou-se um amparo

legal para propiciar importantes transformações no modelo de saúde brasileiro⁴⁶. Considerado um marco na proteção da infância, o Estatuto da Criança e do Adolescente, amparado pela Lei nº 8.069 de 1990, dispõe sobre a proteção integral das crianças e adolescentes, incluindo o direito à vida e à saúde⁴⁸. Em 1998, o MS definiu setores específicos para propor e coordenar as políticas governamentais e designou a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM) como responsável pela atenção à saúde da criança. A ATSCAM propunha modelos de atenção que integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência em “linhas de cuidado”, que se interrelacionam visando a atenção integral à saúde da criança⁴⁷.

Atualmente, a Coordenação-Geral da Saúde da Criança e Aleitamento Materno faz parte do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde, unidade do MS. Após essa longa trajetória de desafios e avanços em busca da atenção integral da saúde infantil, a PNAISC procura consolidar as leis, decretos, portarias, programas e ações em prol da promoção e proteção da saúde da criança e do aleitamento materno⁵.

A implementação de uma política nacional de saúde da criança é considerada um avanço institucional, tanto pelo seu ineditismo quanto pela sua estruturação e objetivos. No entanto, sua implementação precisa de cautela para não incorrer em erros e/ou omissões que historicamente caracterizaram muitas das leis que regulamentam aspectos importantes da área da saúde no Brasil⁴⁹.

2.2 Atenção à saúde da criança no Brasil

A APS se constitui em uma estratégia de organização do sistema de saúde e tem como atributos a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação⁵⁰. Em 1978, foi realizada a I Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, no Cazaquistão, onde foi proposta uma meta aos países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, por meio da APS⁵¹.

No Brasil, a APS, como coordenadora do cuidado, é a estratégia prioritária para alcançar os objetivos do SUS, consolidados pela Constituição de 1988 e pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990⁵²⁻⁵⁴.

A atenção em saúde da criança no Brasil tem sofrido transformações ao longo dos anos de acordo com as influências do contexto histórico, dos avanços do conhecimento técnico-científico, das diretrizes das políticas sociais e do envolvimento de vários agentes e segmentos da sociedade⁵⁶.

Atualmente, com a criação da PNAISC, a promoção e a proteção da saúde da criança estão amparadas por uma política de governo que considera desde o art. 227 da Constituição Federal de 1988 que define como

“dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”,

até a pactuação ocorrida na 8ª reunião da Comissão Intergestores Tripartite, em 11 de dezembro de 2014. A PNAISC é orientada pelos seguintes princípios: direito à vida e à saúde, prioridade absoluta da criança, acesso universal à saúde, integralidade do cuidado, equidade em saúde, ambiente facilitador à vida, humanização da atenção, gestão participativa e controle social. Com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança, a PNAISC estrutura-se em eixos estratégicos⁵.

A qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância pela APS e a disponibilização da CSC são ações estratégicas do eixo de promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral. Importante instrumento para promover a vigilância integral à saúde da criança, a CSC permite o diálogo entre os profissionais de saúde e a família. A sua utilização adequada possibilita a valorização e a apropriação da CSC pela família, além de revelar a qualidade tanto do funcionamento dos serviços como o desempenho de seus profissionais¹⁸. A Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) está entre as ações estratégicas do eixo de atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas. A AIDPI tem por finalidade promover uma rápida e significativa redução da mortalidade na infância, por meio de um novo enfoque da atenção à saúde na infância. Foi desenvolvida originalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência, e tem como

características abordagem simultânea e integrada do conjunto de doenças de maior prevalência na infância, ao invés do enfoque tradicional que busca abordar cada doença isoladamente, como se ela fosse independente das demais doenças que atingem a criança e do contexto em que ela está inserida⁵⁶. A PNAISC se organiza a partir da Rede de Atenção à Saúde e de seus eixos estratégicos, mediante a articulação das ações e serviços de saúde, e tem a APS como coordenadora do cuidado⁵.

2.3 Instrumentos de registro de dados da saúde da criança

A literatura apresenta diferentes experiências internacionais do uso de registros de saúde da criança por meio de instrumentos que são de posse e guarda da família. O primeiro instrumento com essa concepção foi criado pelo Prof. *David Morly*, em 1959, na Nigéria, denominado *The Road to Health Chart*, que consistia em um gráfico de crescimento para monitorar o peso da criança, registrado pelos pais, que deveria ser apresentado ao profissional de saúde em cada consulta, com o objetivo de detecção precoce de sinais de desnutrição⁵⁷. De modo geral, esses instrumentos têm como objetivo o registro de informações sobre a saúde e o desenvolvimento da criança, tais como: referentes ao nascimento da criança, medidas de peso e comprimento ao nascer e ao longo do primeiro ano de vida, registros de marcos do desenvolvimento neuropsicomotor, resultados de exames e registros de vacinas, dentre outros. Algumas informações podem ser registradas pelos pais, pela família e pelos responsáveis pela criança, e outras pelos médicos ou outros profissionais da saúde. Alguns países, como o Reino Unido, adotam documentos padronizados de uso nacional (*Red Book*, primeira versão disponível em 2004) e, em outros, há experiências isoladas, com construção de instrumentos próprios e adaptados^{27,34,37,38}. Têm sido usados em países europeus^{27,29,32,34-36}, alguns estados dos Estados Unidos da América⁵⁸, Canadá³⁸, África do Sul³⁷ e Austrália⁵⁹.

As principais vantagens descritas tem sido melhorar a comunicação entre pais e profissionais de saúde, funcionar como um repositório de informações, melhorar o conhecimento dos pais sobre a saúde e o desenvolvimento das crianças, melhorar a

continuidade do cuidado^{36,38,59}, ser útil em situações de guerra³¹ ou para famílias que se deslocam de um lugar para outro com muita frequência²⁸.

Apesar do uso difundido desses instrumentos no mundo, e os custos financeiros envolvidos na sua elaboração e distribuição, foram identificadas poucas evidências empíricas sobre a sua efetividade na melhoria do uso de serviços e da saúde das crianças. Foram identificados estudos que tratam da percepção e opiniões de pais e profissionais sobre o efeito da CSC na melhora da relação entre pais e profissionais da saúde, de mudança no conhecimento dos pais sobre a saúde da criança e no uso de serviços. Foram localizados dois estudos experimentais, randomizados e aleatorizados; um deles avaliou a efetividade de instrumentos de registro no aumento do uso de serviços de imunização²⁷ e o outro a efetividade do instrumento em relação ao uso de serviços de saúde, melhora na comunicação entre profissionais de saúde e pais, conhecimento dos pais sobre a saúde e desenvolvimento dos seus filhos³⁴. Nesses dois estudos, os resultados não comprovaram o efeito positivo do uso desses instrumentos nas respostas analisadas.

Os estudos, de modo geral, mostraram que os pais relataram gostar de possuir um registro de informações de seus filhos e os avaliaram como úteis^{33,35,36,59} e que os profissionais de saúde aprovaram o seu uso^{29,59}. Alguns estudos buscaram identificar os fatores associados ao maior ou menor uso de instrumentos pessoais de registro e mostraram maior uso por mães primíparas^{33,60}. Hampshire *et al.* (2004) observaram que mães mais jovens usam mais frequentemente o instrumento de registro³³. Já Cormack *et al.* (1998) não encontraram efeito significativo da idade da mãe⁶⁰. Walton *et al.* (2006) observaram um uso menos efetivo do instrumento em mães desfavorecidas socialmente, naquelas que residiam em comunidades mais pobres, nas mães mais jovens, de famílias grandes, mães de baixa escolaridade, e crianças filhas de mães solteiras e mães que reportaram que seus filhos foram hospitalizados³⁵.

Mais recentemente, na literatura internacional, têm sido relatados sistemas eletrônicos para registros de dados de saúde (*Personal Health Record*). Esses trabalhos se sustentam pelas limitações dos processos tradicionais e a necessidade de acesso mais rápido e flexível às informações de saúde. Eles são apontados como uma inovação com potencial para aumentar o empoderamento dos usuários,

tornando-os mais ativos nas tomadas de decisões sobre a situação de sua própria saúde^{61,62}. Estudo realizado no Havaí mostrou que crianças cujos pais usavam um sistema eletrônico para registros pessoais de saúde, integrado com os sistemas de saúde nacionais, mas de acesso pelos usuários (*Integrated Personal Health Records*) apresentaram maior adesão às consultas de cuidado infantil preconizadas pelo sistema de saúde e ao programa de imunização⁵⁸.

O quadro 1 sintetiza os estudos internacionais identificados que abordaram avaliações sobre instrumentos para registros de informações das crianças. As palavras-chave utilizadas foram *child health booklet; child health card; child health record; Road of Health Card; parent held' child health records* nas bases de dados *Medline/Pubmed*, *Bireme* e *Cochrane database*. Foram também incluídas evidências citadas em artigos consultados. Não houve delimitação de período de tempo e nem de tipo de estudo. Contudo, foram incluídos somente artigos em inglês, português e espanhol. Foram excluídos quatro artigos: um em alemão e três em francês.

Quadro 1: Estudos internacionais sobre o uso de Instrumentos de Registro de dados de Saúde da Criança de posse e guarda pela família

| Referência, investigação | Local / Ano | Objetivo | Amostra / Taxa de não resposta | Tipo de Estudo | Fonte de Dados e forma de coleta (instrumentos) | Principais resultados |
|--|-------------------|---|---|--|--|--|
| Lakhani et al., 1984 Evaluation of a home based health record booklet. | Inglaterra, 1977. | Avaliar a eficácia e efetividade de um folheto de registro da saúde da criança desenvolvido no Distrito de Saúde Oeste, em <i>Lambeth</i> , distrito da Grande Londres, Inglaterra, que possuía as seguintes seções: nome e informações de nascimento; Registro de peso. Registros de marcos de desenvolvimento; Avaliação da imunização. | Hipótese testada: O folheto melhoraria o uso dos serviços de imunização. 479 mães que receberam alta do setor de enfermaria obstétrica do Hospital de St Thomas em 1980. Essas mães foram aleatoriamente alocadas em um dos grupos (que receberam ou não o folheto de registro da criança. | Estudo experimental, randomizado, controlado: Grupo 1: mães que receberam o folheto. Grupo 2: mães que não receberam o folheto. | - O uso dos serviços de imunização foi avaliado e comparado - A efetividade do uso do folheto foi avaliada após um ano, sendo medidos os conteúdos registrados. | - O grupo controle e o grupo de estudo foram semelhantes quanto à idade, paridade, escolaridade, local de nascimento da mãe, classe social, cor da pele, religião, local de acompanhamento pré-natal, peso ao nascimento do bebê e tipo de amamentação na maternidade. - Após um ano, o pareamento foi mantido e houve uma taxa de resposta de 93,9%. Os itens mais preenchidos foram nome da criança, data de nascimento e endereço. No campo de marcos do desenvolvimento, o campo do sorriso foi marcado por 36% e do nascimento dos dentes por 9,0%. O preenchimento no campo das vacinas foi baixo, (36%), justificado pelo uso de outro cartão, já empregado no local. O estudo foi incapaz de mostrar algum efeito do registro sobre o uso do serviço de imunização. |
| Miller, 1990 A trial of parent held child health records in the armed forces. | Alemanha, 1987. | Avaliar instrumentos de registros de dados das crianças distribuídos pelo exército britânico. A hipótese é que esse instrumento beneficiaria famílias nas forças armadas, porque elas se movem frequentemente de | Crianças nascidas em hospitais ingleses durante um mês. Os pais receberam o <i>Child Health Record</i> , que deveria ser mantido com os pais. | Estudo coorte. | Entrevistas com os pais depois de seis meses e um ano de distribuição dos <i>Child Health Records</i> . Eles foram questionados sobre a satisfação | Depois de seis meses e um ano todas as famílias que se mantinham no exército britânico estavam com o registro e a maioria relatou que gostou do instrumento. |

| | | | | | | |
|---|----------------------------|---|--|------------------------|--|---|
| | | um local para outro. | | | com o esquema proposto, foi também avaliada a proporção de primeiro exame e de imunização registrada no documento. | |
| MacFarlane e Saffin, 1990 Do general practitioners and health visitors like "parent held" child health records? | Oxford, Reino Unido, 1986. | Avaliar a aceitabilidade de registros da saúde da criança por médicos generalistas e enfermeiros que atendiam crianças quando os mesmos eram mantidos pelos pais. | Todos os clínicos gerais e enfermeiros (<i>health visitor</i>) trabalhando no distrito de Oxfordshire, em áreas com o uso ou não de registros de saúde da criança mantidos pelos pais. | Transversal. | Questionários com questões fechadas enviados aos médicos clínicos gerais e enfermeiros (<i>health visitors</i>). | A maioria dos profissionais com experiência no uso de registros de saúde da criança mantidos pelos pais relatou ser a favor dessa prática. Os profissionais relataram uma melhora no registro, já que quando mantidos na clínica, nem sempre estão disponíveis, já que a criança é atendida por um número diverso de profissionais. |
| Volkmer, Gouldstone e Ninnes, 1993 Parental perception of the use and usefulness of a parent-held child health record. | Sul da Austrália | Avaliar a frequência de uso do <i>parent-held child health record</i> pelos pais e sua percepção quanto à utilidade desse instrumento. | 313 pais de crianças que possuíam o <i>parent-held child health Record</i> . | Transversal. | Entrevista e observação do instrumento. | Altos níveis de conhecimento dos registros de saúde pelos pais e um aumento no uso por profissionais de saúde nos 10 anos, desde a implementação e distribuição do <i>Parent-held child health record</i> . As seções mais frequentemente usadas foram imunização, curva de crescimento, e exames de saúde. |
| McMaster, McMaster e Southall, 1996 Personal child | Lukovac, Bósnia, 1994. | Relato da experiência do uso de um cartão de saúde da criança no período da guerra da Bósnia, entre famílias desalojadas pelo | Foram distribuídas 100 cadernetas nos lugares onde as famílias estavam abrigadas. As mães foram orientadas a preencher as | Relato de experiência. | Observação dos registros das crianças das mães que as levaram para avaliação | Segundo os autores, no contexto de um desastre, os registros pessoais das crianças servem para produzir dados epidemiológicos, gerar registro permanente e servir de instrumento para ações de educação em |

| | | | | | | |
|--|-------------------------------------|---|---|-----------------------------------|--|--|
| health record and advice booklet programme in Tuzla, Bosnia, Herzegovina. | | exército da Bósnia. | informações das crianças e as mesmas foram examinadas por profissionais da saúde para registros de dados de saúde. | | profissional. | saúde. Os pais e crianças mais velhas avaliaram satisfatoriamente o material recebido. |
| Vincelet <i>et al</i> , 2003 How are personal child health records completed? A multicentric evaluation study. | França | Avaliar o preenchimento do <i>Personal Child Health Record</i> na França. | Inclusão de 1685 crianças, 863 com idade entre 12 e 18 meses e 822 entre três anos e meio a quatro anos e meio. | Estudo transversal multicêntrico. | Análise dos PCHR e entrevista com os pais. | O registro do Apgar no 1 ^o minuto foi registrado em 96% dos casos. Os marcos de desenvolvimento sentar-se e caminhar foram marcados por 91% e 81%, respectivamente. Houve registro de peso e de altura nos gráficos em 64% e 62% dos casos, respectivamente. Não houve registro da última visita com médico em 10% dos casos. Muitos dados importantes para acompanhamento médico da criança não são registrados, especialmente para as crianças mais velhas. |
| Hampshire <i>et al</i> , 2004 Variation in how mothers, health visitors and general practitioners use the personal child health record. | <i>Nottingham</i> Inglaterra, 2003. | Avaliar variação no uso do <i>"Personal Child Health Record"</i> por mães com diferentes características sociais. | Avaliação do uso do PCHR nacional por 394 mães de crianças nascidas durante um período de 3 meses em hospitais do município. As mães responderam quando as crianças possuíam entre 3 a 6 meses de idade. Um clínico geral e um enfermeiro de cada área de estudo foram entrevistados. | Transversal analítico. | Entrevistas com as mães Entrevistas com médicos clínico geral e com enfermeiros (<i>health visitors</i>). | Mães relataram gostar e usar o PCHR. Mães primíparas e adolescentes consideram o PCHR mais útil que as outras mães. Aproximadamente, 2/3 dos médicos e dos enfermeiros relataram algumas dificuldades no registro das informações, como não conhecer o local de fazer o registro. Enfermeiros registram mais no PCHR do que médicos clínicos gerais. |
| Grovdal, Grimsmo e | Noruega, 2001 a | Avaliar o efeito de um <i>Parent-held child health</i> | Crianças de 6 semanas a 5 anos de idade que | Estudo experimental, | Questionário respondido pelas | Um total de 309 crianças foram incluídas, 94% retornaram o questionário em <i>baseline</i> 84% |

| | | | | | | |
|---|---------------------------------|--|---|---|--|--|
| <p>Nilsen, 2006</p> <p>Parent-held child health records do not improve care: a randomized controlled trial in Norway.</p> | <p>2003.</p> | <p><i>record</i> (PHCHR) que foi criado pelo Conselho Norueguês de Saúde com o objetivo de introduzi-lo no país.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar em que extensão o PHCHR: - pode ser usado nos serviços de saúde como um todo - Aumenta a satisfação dos pais em relação à participação e comunicação com os profissionais - Influencia na utilização dos serviços de saúde - Melhora o conhecimento dos pais sobre saúde da criança. | <p>consultaram em 14 centros de atenção infantil em 10 municípios da Noruega. Um cálculo amostral resultou em 300 crianças, para detectar uma diferença de 15% entre os grupos. As crianças foram alocadas aleatoriamente entre dois grupos: grupo intervenção (programa nacional de vigilância sanitária comum + PHCHR) e grupo controle (programa nacional de vigilância sanitária comum). O PHCHR incluiu marcações de consultas, vacinações, marcos do desenvolvimento infantil, espaço para anotações dos pais e profissionais de saúde.</p> | <p>randomizado, controlado, com avaliação em <i>baseline</i> e um ano após a intervenção.</p> | <p>mães sobre o PHCHR.</p> | <p>após um ano. Não houve diferença entre os grupos quanto ao sexo da criança, idade, presença de doença crônica, escolaridade dos pais e estado civil dos pais.</p> <p>Os pais usaram o PHCHR mais frequentemente nos centros de cuidado infantil. Eles foram orientados a usar em todos os serviços usados pela criança. O uso em serviços especializados ou outros foi baixo. Houve correlação positiva entre o uso do PHCHR e o fato da criança possuir doença crônica.</p> <p>Os pais do grupo intervenção disseram que o PHCHR melhorou a participação (31%) ou comunicação (39%) nos cuidados de saúde das crianças. Após um ano, não houve diferença entre os grupos quanto à dificuldade de conversar com os profissionais de saúde sobre a criança. Não houve diferença quanto ao conhecimento dos pais sobre a saúde da criança após um ano. Os pais relataram satisfação com o PHCHR, mas foi maior quando a criança apresentava doença crônica.</p> <p>Tanto no grupo controle como no grupo de intervenção houve uma mudança positiva nas medidas ao longo do tempo. Os autores apresentaram a hipótese de ser devido a um aumento na experiência dos pais no cuidado com as crianças.</p> |
| <p>Walton <i>et al.</i> 2006</p> <p>Use of</p> | <p>Reino Unido, 200 a 2002.</p> | <p>No Reino Unido, o <i>Personal Child Health Record</i> (PCHR) é uma caderneta distribuída aos</p> | <p>Mães de 18503 crianças nascidas entre 2000 e 2002, vivendo no Reino Unido, quando as crianças</p> | <p>Estudo transversal aninhado em</p> | <p>Entrevistas com as mães para avaliação:</p> | <p>- 93% das mães usaram o PCHR, 88% consultaram o PCHR para verificar o último peso da criança, resultando em 85% das mães com uso efetivo do PCHR. O uso menos</p> |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|---|---|---------------------|---|---|
| <p>personal child health records in the UK: findings from the millenium cohort study.</p> | | <p>novos pais para ser usada como o registro principal do crescimento e desenvolvimento da criança e registros do uso de serviços de saúde (disponível desde abril de 2004). Os pais devem atualizar os registros todas as vezes que as crianças forem vistas por um serviço de saúde.</p> <p>O objetivo do PCHR é melhorar a comunicação, a continuidade do cuidado e aumentar o conhecimento dos pais do desenvolvimento e saúde dos seus filhos.</p> | <p>possuíam 9 meses de idade.</p> | <p>uma coorte.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Proporção de mães que usam o PCHR - Proporção de PCHR que continha o registro do último peso - Proporção de mães com uso efetivo do PCHR definido como usar e consultar o registro e ter o último registro de peso documentado. | <p>efetivo do PCHR foi associado com fatores refletindo desvantagens sociais, incluindo residência em comunidades mais pobres, mães mais jovens, famílias grandes, baixa escolaridade da mãe, e crianças filhas de mãe solteira e mães que reportaram que seus filhos foram hospitalizados. Segundo os autores, o PCHR é recomendado no âmbito do serviço nacional para as crianças e o novo padrão do PCHR foi concebido para refletir as atuais políticas. O seu uso em todo o seu potencial tem implicações que vão além da assistência individual da criança. Seu uso deve ser considerado nas estratégias de informação do Sistema Nacional de Saúde no âmbito das políticas de informação em saúde.</p> |
| <p>Walton e Bedford, 2007</p> <p>Parents' use and views of the national standard personal child health record: a survey in two primary care trusts.</p> | <p>Reino Unido, 2004.</p> | <p>Avaliar a percepção dos pais sobre o uso do PCHR, novo instrumento nacional.</p> | <p>Pais que procuraram atendimento clínico em cinco Unidades de Cuidado Básico em julho de 2004, totalizando 91 pais.</p> | <p>Transversal.</p> | <p>Questionário com pais que procuraram os serviços de saúde.</p> | <p>Taxa de resposta (89%). A maioria dos respondentes foram mães, com idade mediana de 31 anos de idade e 63% eram primíparas. 53% avaliaram que receberam informações adequadas sobre o uso do PCHR, 98% e 96% relataram que consideraram a quantidade de ilustrações e de informações adequadas, respectivamente. 71% afirmaram que gostaram das seções a cuidados de saúde, pois ajuda o entendimento. 98% dos pais relataram usar o PCHR como registro de dados sobre a saúde e desenvolvimento da criança e 28% para ajudar a lembrar de agendamentos com profissionais de saúde. Os pais levaram com mais frequência o PCHR nas consultas com médicos da família (clínicos</p> |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|--------------|--|--|
| | | | | | | gerais), enfermeiros (<i>health visitor</i>), para imunização. Menor frequência foi relatada para visitas aos dentistas e quando usaram hospitais (profissionais da atenção primária usam mais o instrumento que profissionais da atenção secundária). |
| Tarwa e De Villiers, 2007 The use of the Road to Health Card in monitoring child health. | África do Sul | Avaliar se o <i>Road to Health Card</i> foram completados e interpretados adequadamente nos níveis da atenção primária, secundária e terciária na África do Sul | Três centros em cada um de um dos níveis de atenção em saúde: primária, secundária e terciária. Foram selecionados 100 indivíduos em cada centro, que estivessem acompanhando crianças de até 5 anos de idade. | Transversal. | Aplicação de um questionário. | A maioria dos respondentes eram as mães das crianças. O RTHC não foi levado por 70% das mães na atenção primária, 32% na secundária e 42% na terciária. Entre aqueles que não levaram, a maioria nos três níveis de atenção afirmou que eles não foram necessários para a consulta (75,7%, 62,5% e 78,6% respectivamente). Os resultados evidenciaram que o RTHC não foi usado em todo seu potencial. Foi observado que aproximadamente 20% das crianças apresentavam imunização incompleta. |
| Rourke et al., 2009 The Rourke Baby Record Infant/Child Maintenance Guide: do doctors use it, do they find it useful, and does using it improve their well-baby visit records? | Canadá (London, Ottawa e Toronto), 2005. | Avaliar a prevalência de uso do <i>Rourke Baby Record</i> (RBR) entre médicos pediatras. | Clínicos gerais e médicos da família que estavam atuando e que atendiam crianças na sua prática clínica (identificados na base de dados de registros nacionais. | Transversal. | Inicialmente foram identificados 1065 profissionais, dos quais 512 foram considerados elegíveis. Entre os que relataram usar o <i>Rourke Baby Record</i> , foi aplicado um questionário para avaliação do uso. | O RBR era usado por 78,5% dos profissionais contatados. Os que usaram, relataram fazê-lo de várias formas. Relataram considera-lo útil para avaliação do desenvolvimento infantil, registro de consultas médicas, orientar os pais, identificar problemas de saúde e identificar situações de alto risco. |
| Clendon e | Nova | Avaliar o papel e o impacto | 35 participantes que | Abordagem | Entrevistas com os | Os livros de registros tomam um importante |

| | | | | | | |
|---|-------------------------------|---|---|--|-----------------------|--|
| <p>Dignam, 2010</p> <p>Child health and development record book: tool for relationship building between nurse and mother.</p> | <p>Zelândia, 2004 a 2006.</p> | <p>do livro de registro de informações sobre a saúde e desenvolvimento da criança na Nova Zelândia (Essa prática existe no país desde 1921, inicialmente como um livro para registro somente pelos enfermeiros. Na atualidade, outros profissionais bem como os pais são estimulados a registrarem nesse livro). Esse não é um instrumento de posse dos pais.</p> | <p>apresentaram interesse no tema, que desejavam compartilhar suas experiências, incluindo mães, professores, trabalhadores da saúde, com idades entre 30 e 82 anos de idade.</p> | <p>qualitativa, história oral de vida.</p> | <p>participantes.</p> | <p>papel na relação entre mães e enfermeiros. As mães lêem, refletem sobre e se preocupam com os registros realizados sobre a saúde e desenvolvimento da criança por gerações.</p> |
|---|-------------------------------|---|---|--|-----------------------|--|

2.3.1 Instrumentos de registro de dados da saúde da criança no Brasil

No Brasil, entre 1974 e 1975 foi lançado, pela primeira vez, o CC, que se propunha a 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. Em 1977, foi instituído, pela Portaria nº 452, o primeiro Calendário Básico de Vacinação e o Cartão de Vacinas com as vacinas obrigatórias para os menores de um ano de idade⁴⁷. Até 2005, o CC apresentava o gráfico de crescimento, o quadro de vacinas e algumas poucas informações de saúde. Nesse sentido, no Brasil, o CC foi, historicamente, usado para registro das vacinas.

Em 2005,

“Considerando a vigilância à saúde da criança, preconizada pelo Ministério da Saúde; considerando a Portaria nº 964/GM, de 23 de junho de 2005, que aprova a Resolução MERCOSUL/GMC nº 04/05 e seu anexo, intitulado “Informação Básica Comum para Caderneta de Saúde da Criança”; considerando a necessidade de garantir um instrumento portátil a todas as crianças brasileiras nascidas a partir de 2005, que permita a continuidade da atenção prestada quando do deslocamento em território nacional e entre os Estados-Parte do MERCOSUL, o Ministério da Saúde instituiu a disponibilização gratuita da “Caderneta de Saúde da Criança” para todas as crianças brasileiras”⁴.

A CSC, chamada de “passaporte da cidadania”, substituiu o CC propondo a inclusão dos itens descritos na Portaria nº 964/GM/2005, que compõem a chamada “Informação Básica Comum para Caderneta de Saúde da Criança”. Assim, além das informações contidas no CC, foram incluídos, nas sucessivas edições da CSC, dados sobre a gravidez, o parto e o puerpério; informações sobre o recém-nascido; acompanhamento da saúde bucal, ocular e auditiva; acompanhamento das intercorrências clínicas e tratamentos efetuados, orientações de saúde relacionadas à prevenção de acidentes, violência e desenvolvimento saudável; alimentação; gráfico de perímetro cefálico para a idade; acompanhamento do desenvolvimento até os três anos; e acompanhamento da suplementação profilática de ferro e de vitamina A¹⁶.

Em 2007, o instrumento foi reformulado para incluir as novas curvas de crescimento desenvolvidas pela OMS propostas em 2006, curvas de acompanhamento do crescimento do peso e altura até os dez anos de idade e curva

do perímetro cefálico até os dois anos. Até essa versão, havia possibilidade da família participar do preenchimento dos dados de identificação e de desenvolvimento⁶³.

Em 2009, foi lançada nova versão da CSC, e a participação dos pais no preenchimento se restringiu à primeira parte, dos dados de identificação. O instrumento foi dividido em duas partes, sendo a segunda para uso pelos profissionais da saúde⁶⁴.

Na primeira página da CSC está escrito:

“a primeira parte da CSC é destinada a quem cuida da criança. Contém informações e orientações para ajudar a cuidar melhor da saúde da criança. Apresenta os direitos da criança e dos pais, orientações sobre o registro de nascimento, amamentação e alimentação saudável, vacinação, crescimento e desenvolvimento, sinais de perigo de doenças graves, prevenção de acidentes e violências entre outros. A segunda parte é destinada aos profissionais de saúde, com espaço para registro de informações importantes relacionadas à saúde da criança. Contém também os gráficos de crescimento, instrumento de vigilância do desenvolvimento e tabelas para registro das vacinas aplicadas”⁶⁴.

Nessa nova versão, foram incluídos dados como gráficos de índice de massa corporal para a idade, instrumento de vigilância do desenvolvimento, orientação para situações especiais de acompanhamento da criança com Síndrome de Down e autismo e informações de saúde bucal. A partir dessa versão, os gráficos de crescimento adotados pela OMS passaram a ser representados em escore Z e não mais em percentil. Também houve ampliação da faixa para o acompanhamento das crianças (até os dez anos de idade) e diferenciação da CSC por sexo (meninas e meninos). O quadro 2 apresenta o conteúdo da CSC, 7ª edição, com itens de preenchimento pelos pais e responsáveis e lista dos conteúdos das orientações disponíveis. O quadro 3 apresenta os itens para registro dos profissionais.

Quadro 2: Conteúdo da primeira parte da Caderneta de Saúde da Criança distribuída pelo Ministério da Saúde. 7ª Versão. 2011

| Primeira parte da CSC destinada aos registros pelos pais ou responsáveis | |
|--|---|
| Identificação | Nome da criança, data de nascimento, município de nascimento, nome da mãe, nome do pai, endereço, raça/cor/etnia, unidade básica que frequenta, número do prontuário na UBS, número da declaração de nascido vivo, número do registro civil de nascimento, número do cartão SUS, espaço para registro de mudanças de endereço |
| Orientações aos pais | <p>Registro civil de nascimento</p> <p>Direitos dos pais</p> <p>Direitos das crianças</p> <p>Os primeiros dias de vida (cuidados com o umbigo)</p> <p>Amamentando o bebê</p> <p>Como tornar a amamentação mais tranquila e prazerosa</p> <p>Ordenha ou expressão manual do leite</p> <p>Como prevenir problemas na amamentação</p> <p>Dificuldades na amamentação</p> <p>Dez passos para uma alimentação saudável de crianças menores de 2 anos e de 2 a 10 anos</p> <p>Suplementação de ferro e Vitamina A</p> <p>Acompanhando a saúde da criança</p> <p>Estimulando o desenvolvimento da criança com afeto</p> <p>Percebendo alterações no desenvolvimento</p> <p>Vigiando o crescimento da criança</p> <p>Vacinação</p> <p>Calendário básico de vacinação da criança</p> <p>Saúde bucal (importância dos dentes decíduos, desenvolvimento dos dentes, dicas para a limpeza da boca/dentes, cárie dentária)</p> <p>Saúde ocular e auditiva</p> <p>Cuidados com a saúde da criança (sinais de perigo)</p> <p>Evitando a diarreia e a desidratação</p> <p>Cuidando da segurança da criança: prevenindo acidentes e violências</p> |

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança⁶⁵, organizado pelo autor.

Quadro 3: Conteúdo da segunda parte da Caderneta de Saúde da Criança distribuída pelo Ministério da Saúde. 7ª Versão. 2011

| Segunda parte da CSC destinada aos registros pelos pais ou responsáveis | |
|--|---|
| PREENCHIMENTO NA MATERNIDADE | |
| Dados sobre gravidez, parto e puerpério | <p>Pré-natal</p> <p>Trimestre de início do pré-natal Número de consulta pré-natais Gravidez simples ou múltipla Sorologias realizadas no pré-natal (para as condições aparecem o código CID) Imunização Uso de suplementos de ferro Parto e pós-parto Local de realização do parto</p> <p>Tipo de parto</p> <p>Sorologias maternas realizadas ainda na maternidade Megadose de vitamina A no período pós-parto imediato Intercorrências clínicas da gravidez, parto e puerpério</p> |
| Dados do recém-nascido | <p>Data e hora do nascimento Local do nascimento (nome da maternidade, cidade e UF) Peso ao nascer Comprimento ao nascer Perímetro cefálico Sexo Apgar no 1º e 5º minutos Idade gestacional Método de avaliação da idade gestacional Triagem sanguínea do recém-nascido e da mãe Profissional que assistiu ao recém-nascido Aleitamento na primeira hora de vida Manobra de Ortolani Teste de reflexo vermelho Teste do pezinho Triagem auditiva Outros exames Data na alta Peso na alta Campo para anotações de problemas na maternidade</p> |
| PREENCHIMENTO PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE USADOS PELA CRIANÇA | |
| Vigilância do desenvolvimento infantil | <p>Instrumento para registro da vigilância do desenvolvimento (marcação de habilidades esperadas na idade) Registro de medidas antropométricas (data, idade, peso, estatura, perímetro cefálico e Índice de Massa Corporal) Gráfico para registro do perímetro cefálico x idade (de 0 a 2 anos) Gráfico para registro do peso x idade (de 0 a 2 anos; 2 a 5 anos; 5 a 10 anos) Gráfico para registro do comprimento x idade (de 0 a 2 anos; 2 a 5 anos; 5 a 10 anos) Gráfico para registro do IMC x idade (de 0 a 2 anos; 2 a 5 anos; 5 a 10 anos) Aferição da pressão arterial Registros dos procedimentos de saúde bucal (cronograma de erupção dente decíduo; cronograma de exfoliação dente decíduo e erupção dente permanente e odontograma) Saúde ocular e auditiva Registros de suplementação de ferro e vitamina A Registro das vacinas do calendário básico Folha de registro da alimentação da criança Registro de intercorrências (doenças, relatórios de internações, acidentes, alergias e outros)</p> |

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança⁶⁵, organizado pelo autor.

A CSC evoluiu no sentido de proporcionar mais oportunidades de registros e informações e possibilitar que esse acompanhamento aconteça de forma articulada entre as ações de promoção, prevenção e vigilância à saúde²⁴. A CSC é destinada a todas as crianças nascidas em território brasileiro e é entregue às famílias ainda na maternidade, ficando estas responsáveis em levar o documento sempre que a criança necessitar de atendimento de saúde. Dessa forma, os pais em posse do instrumento poderão acompanhar a saúde dos seus filhos. É importante destacar que a utilização da CSC envolve a família, profissionais da equipe de saúde e outros serviços, que atendem a criança, como as creches e pré-escolas, visando ao acompanhamento integral da saúde infantil⁶⁶.

O CC e a CSC têm sido avaliados por pesquisadores brasileiros desde a sua implementação. Foram identificados dois trabalhos que descreveram a avaliação do uso do CC em Recife⁶⁷ e Rio de Janeiro⁴³. Estudos a partir de 2005 passaram a avaliar as versões da CSC, e foram encontrados estudos desenvolvidos em municípios de Minas Gerais^{17,18,20,24,26}, Rio Grande do Sul¹⁹, Bahia⁴¹, Piauí²¹, Mato Grosso^{25,42} e São Paulo²².

O quadro 4 apresenta estudos realizados no Brasil que abordaram o uso e a avaliação do preenchimento do CC e da CSC. Foram também incluídos estudos que avaliaram a percepção dos atores envolvidos no uso da CSC (pais e profissionais de saúde). Para a busca dos trabalhos, foram utilizadas as palavras chave cartão da criança, caderneta de saúde da criança, saúde materno-infantil, crescimento e desenvolvimento nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline)*, *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)* e Google Scholar. Foram também incluídas evidências citadas por artigos consultados. Não houve delimitação de período de tempo e nem de tipo de estudo. Todos os artigos encontrados estavam escritos em língua portuguesa.

Quadro 4: Estudos nacionais sobre a avaliação da Caderneta de Saúde da Criança

| Referência, investigação | Local / Ano | Objetivos | Amostra / Taxa de não resposta | Tipo de Estudo | Fonte de Dados e forma de coleta (instrumentos) | Principais resultados |
|---|--|---|---|----------------|---|--|
| Santos et al., 2000 Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. | Teresópolis, Rio de Janeiro, 1998. | Descrever, analisar e comparar os cuidados primários prestados a crianças menores de um ano e suas mães. | Todas as mães ou responsáveis por crianças menores de um ano de idade que compareceram ao posto de vacinação no Dia da Campanha de Vacinação em 1998. | Transversal. | Em relação às crianças, foram avaliadas existência de algum registro de peso na curva do Cartão da Criança e sua associação com a idade materna, o local de moradia, o motivo da consulta pediátrica e a natureza do serviço público. | Das crianças que estavam com o Cartão no dia da coleta de dados, 70,4% tinham pelo menos um peso assinalado no gráfico de crescimento (peso/idade) nos últimos três meses. <u>Observou-se associação entre consulta de puericultura e registro de peso no cartão da criança. Não foram identificadas associações com o fato da mãe ser adolescente, residir em favela ou ter usado o serviço público de saúde.</u> |
| Vieira et al. 2005 Uso do Cartão da Criança em Feira de Santana, Bahia. | Feira de Santana, Bahia, agosto de 2001. | Analisar o índice de preenchimento do Cartão da Criança assim como possíveis associações com variáveis maternas e das crianças menores de um ano, residentes no município de Feira de Santana, Bahia. | Crianças menores de um ano de idade que compareceram às unidades de vacinação acompanhadas das mães. A amostra foi selecionada em 44 unidades de vacinação. | Transversal. | Aplicação de questionários com as mães e observação dos seguintes itens no Cartão da Criança: peso, perímetro cefálico, comprimento e índice de Apgar ao nascimento. As variáveis em relação às características da mãe foram: idade, paridade, escolaridade, renda mensal familiar, trabalho fora do lar e local de residência. Para as crianças (conforme preenchimento do Cartão da Criança): data de nascimento, sexo, idade gestacional, tipo de parto, | Responderam ao questionário 2319 mães e 2215 (95,5%) portavam o Cartão da Criança. A frequência de preenchimento dos itens do cartão foi: <ul style="list-style-type: none"> - Nome da criança: 99,8% - Tipo de parto: 93,3% - Apgar do 5º minuto: 28,4% - Peso ao nascer: 97,2% - Perímetro cefálico ao nascer: 88,9% - Comprimento ao nascer: 91,8% - Curva de crescimento: 41,1% - Curva de desenvolvimento: 7,8% Houve <u>associação significativa entre preenchimento da curva de crescimento</u> e o fato da mãe trabalhar fora do lar, renda familiar e idade da criança. Houve maior preenchimento quando as mães não trabalhavam fora do lar, nas mães que recebiam 2 salários mínimos ou menos e quando a criança |

| | | | | | | |
|---|--|---|---|------------------------------|--|---|
| | | | | | índice de Apgar no 5º minuto de vida, peso, comprimento e perímetro cefálico no nascimento. | possuía menos de 6 meses de idade. Com relação à curva de desenvolvimento, houve maior preenchimento para as mães primíparas e para aquelas com escolaridade maior do que o ensino fundamental, para as mães que residem em áreas cobertas pelo Programa Agente Comunitário de Saúde e quando as crianças possuíam menos de 6 meses de idade. |
| Carvalho et al., 2008 Acompanha- mento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. | Pernambuco, 1998 (com base no banco de dados da pesquisa Atenção à saúde materno- infantil no Estado de Pernambuco). | Analisar a ação de acompanhamento do crescimento de crianças menores de um ano, em unidades de saúde de Pernambuco. | Foram incluídas 816 crianças menores de um ano e 120 unidades de saúde. | Transversal. | Foram analisadas as variáveis: relacionadas ao espaço geográfico, relacionadas a crianças menores de 1 ano, relacionadas às mães, à estrutura do serviço e ao processo de acompanhamento do crescimento da criança. Nesse último grupo, foi avaliado se as mães estavam de posse do cartão da criança, se o cartão continha o registro do peso ao nascer e do peso atual no gráfico. | 72,0% das crianças possuíam registro do peso ao nascer no Cartão da Criança. Ao comparar as regiões, houve maior preenchimento no cartão das crianças que residiam na região metropolitana de Recife e menor entre as que eram do interior do Estado. O percentual e registro do peso atual no gráfico no Estado foi de 44,1%, na região metropolitana foi de 46,4% e no interior 40,4%. |
| Goulart et al. 2008 Caderneta de saúde da criança: avaliação do preenchimento dos dados | Belo Horizonte, Minas Gerais, 2º semestre de 2005. | Avaliar o preenchimento de dados sobre gravidez, parto e recém-nascido na CSC e conhecer a percepção das mães sobre a | Foram incluídas as CSC de crianças nascidas em Belo Horizonte, Minas Gerais, entre abril e dezembro de 2005, que foram entregues às mães | Transversal e descritivo. | Coleta: 2º semestre de 2005, por médicos e enfermeiros alunos do Curso de Especialização em Saúde da Família. Aplicação de questionário com 49 questões, que incluíam identificação e questões | Foram estudadas 797 CSC de crianças cuja idade variou de 3 dias a 8,4 meses, nascidas em 17 maternidades de Belo Horizonte, 56% dos nascimentos ocorreram em maternidades privadas. Em todas as CSC foram identificadas falhas no preenchimento, predominantemente campos deixados em branco. <u>O peso ao nascer foi o campo com maior proporção</u> |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|--------------|---|---|
| sobre gravidez, parto e recém-nascido. | | função deste instrumento. | nas maternidades públicas ou privadas/conveniadas. As crianças foram selecionadas em 29 UBS por ocasião do comparecimento para atendimento dos filhos ou por busca ativa em visitas domiciliares. | | para verificação direta dos campos da CSC (nome e identificação da criança, dados sobre gravidez, parto e puerpério, informações sobre o recém-nascido). O preenchimento dos campos foi avaliado de acordo com orientações do Manual para Utilização da Caderneta de Saúde da Criança. Além da observação da CSC, as mães responderam às perguntas: - A senhora recebeu explicações sobre esta caderneta na maternidade? - Em sua opinião, para que serve a CSC? | <p><u>de preenchimento (91%)</u>. A frequência de preenchimento dos campos de identificação variou de 2% para número de registro civil até 90,7% para nome da mãe. Nas informações sobre gravidez, parto e puerpério o menor percentual de preenchimento foi de 35,8% para uso de vitamina A pós-parto e o maior foi de 71,6% para grupo sanguíneo da mãe. Nas condições do recém-nascido, o menor preenchimento foi para a realização do teste <i>Coombs</i>, com 9,4%.</p> <p>Verificou-se que 67% das mães não receberam explicações sobre a CSC na maternidade, não havendo diferença se o parto foi em maternidade pública ou privada/conveniadas ($p=0,14$). <u>Para 45% das mães, a CSC serve como cartão de vacina, para 12% serve como instrumento de informação e comunicação com a família, para 6,5% das mães, a CSC não serve para nada.</u> Das que relataram nenhuma função para a CSC, 92% não tinham recebido explicações na maternidade.</p> |
| <p>Alves et al. 2009</p> <p>Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados.</p> | Belo Horizonte, Minas Gerais, agosto de 2006. | Analisar os fatores associados à qualidade do preenchimento da CSC em Belo Horizonte. | Amostra aleatória simples de crianças nascidas entre 1 ^o de janeiro de 2005 a 31 de janeiro de 2006, cujo acompanhamento de saúde era realizado pelo SUS , em Belo Horizonte. Excluídas as crianças que não apresentavam a CSC. (Versão 2005). Para | Transversal. | 50 acadêmicos do curso de Medicina realizaram entrevista e verificação direta das CSC. O questionário apresentava 64 perguntas fechadas. Para a classificação da qualidade do preenchimento das CSC, foi criado um sistema de escore variando de 0 a 20 (número total de itens observados). A variável resposta estudada foi o escore do | Compareceram às UBS, 728 crianças elegíveis para o estudo. Em 84% dos casos, a entrevista foi realizada com as mães da criança. A idade das mães variou de 15 a 46 anos e cerca de 15% das mães eram adolescentes. A mediana de anos de estudo foi 9 anos e apenas 2% delas tinham nível superior completo ou incompleto. A idade das crianças variou de 6,8 a 15,8 meses e 48,4% delas eram do sexo feminino. <u>Aproximadamente, 93% das crianças eram regularmente acompanhadas em UBS. As demais eram acompanhadas em hospitais ou eram levadas em serviços de pronto-atendimento.</u> <u>Metade das mães entrevistadas não recebeu</u> |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|---|
| | | | <p>participarem da pesquisa as crianças deveriam estar acompanhadas pela mãe ou pai no Dia Nacional de Multivacinação.</p> <p>Cálculo amostral: 365 crianças. Para seleção das crianças foram selecionadas duas UBS, por regional, entre aquelas que aplicaram mais de 200 doses de vacinas em menores de um ano durante a campanha de vacinação de 2005.</p> | | <p>preenchimento da CSC, transformado em variável binária segundo o percentual de preenchimento dos itens incluídos no sistema de escore: 60% ou menos dos itens preenchidos e mais de 60%.</p> | <p><u>qualquer informação sobre a CSC durante a permanência na maternidade e 38,9% delas nunca receberam informações sobre o gráfico peso x idade da caderneta. As mães relataram ter feito anotações nas CSC dos seus filhos em 21,7% das entrevistas.</u></p> <p>30% das CSC apresentaram menos de 60% dos itens preenchidos. Os itens selecionados com os percentuais de preenchimento foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nome da criança (93,8%); Data de nascimento (99,7%); Nome da mãe (98,9%); Peso ao nascer (94,1%); Comprimento ao nascer (91,2%), Perímetro cefálico ao nascer (85,6%); Apgar no 5º minuto (53,5%); Tipo de parto (89,3%); Orientação para levar o recém-nascido à UBS na primeira semana de vida (33,0%); Trimestre de início do pré-natal (58%); Número de consultas de pré-natal (58%); Idade gestacional da criança (72,4%); Tipo de alimentação da criança na alta da maternidade (67,3%); Perímetro cefálico ao nascer marcado no gráfico (15,5%); Idade em que o último ponto do perímetro cefálico foi marcado no gráfico (30,7%); Peso ao nascer marcado no gráfico (69,3%); Anotação sobre o desenvolvimento neuropsicomotor (18,9%); Registro do uso de ferruginoso (3,1%) e registro das vacinas (94,6%). <p><u>Houve maior prevalência de qualidade insatisfatória de preenchimento da CSC de crianças com mais de 12 meses de idade, nas CSC das crianças não acompanhadas por médicos generalistas, nas de crianças cujas mães não receberam explicações sobre a CSC na maternidade e quando as mães possuíam 6 anos ou menos de estudo.</u></p> |
|--|--|--|---|--|---|---|

| | | | | | | |
|--|---|---|---|-------------------------------|---|--|
| <p>Abreu, Viana e Cunha, 2012</p> <p>Desafios na utilização da Caderneta de Saúde da Criança: entre o real e o ideal.</p> | <p>Pesquisa realizada no período de novembro a dezembro de 2011.</p> | <p>Realizar uma revisão da literatura sobre os fatores que dificultam a utilização adequada da CSC pelos profissionais de saúde.</p> | <p>Não se aplica.</p> | <p>Revisão da literatura.</p> | <p>Realizada uma busca na literatura nacional, no período de 2005 a 2011, utilizando como descritores: profissionais de saúde, saúde da criança e atenção primária à saúde. Foram consultadas as bases de dados Lilacs, BVS, Scielo, Bireme e Google acadêmico. Os artigos foram categorizados por ano de publicação, metodologias abordadas e temáticas.</p> | <p>Foram incluídos 5 estudos. A análise da literatura <u>organizou os fatores que dificultam a utilização adequada da CSC em cinco categorias:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausência de capacitação para o uso correto da CSC - Tempo insuficiente: queixa dos profissionais do tempo ser insuficiente para cumprir com as atividades geradas pela demanda do serviço e ainda haver disponibilidade para o diálogo com a família sobre as anotações realizadas nas CSC. As tarefas burocráticas e a produtividade que é exigida comprometem a adesão à CSC no cuidado à saúde da criança. - Indisponibilidade da CSC no serviço de saúde - A não utilização da CSC por todos os membros da equipe de saúde: <ul style="list-style-type: none"> - Desvalorização e o desconhecimento das mães/familiares. |
| <p>Oliveira et al. 2012</p> <p>Desenvolvimento infantil: concordância entre caderneta de saúde da criança e o manual para vigilância do desenvolvimento infantil.</p> | <p>Belo Horizonte, Minas Gerais, março de 2009 a março de 2010, com crianças de 2 meses a 2 anos residentes na área de abrangência de um Centro de saúde da Regional de Venda Nova, em Belo</p> | <p>Verificar a concordância entre os instrumentos Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil, no contexto da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) e a CSC na avaliação de suspeita de atraso de</p> | <p>Amostra não probabilística por tipicidade. Foram excluídas crianças com diagnóstico prévio de problemas de desenvolvimento neuropsicomotor.</p> <p>Excluídas crianças (24) que não participavam de ambas avaliações (CSC e AIDPI).</p> | <p>Estudo transversal.</p> | <p>O desenvolvimento neuropsicomotor da criança foi avaliado usando a CSC e o Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil, com a definição de dois grupos com e sem atraso pelas duas avaliações. A concordância foi avaliada pelo cálculo do coeficiente Kappa.</p> | <p>Participaram 364 crianças. Pela avaliação usando o Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil, 22% das crianças foram consideradas normais, e pela CSC esse valor foi de 36,5%. O valor de Kappa foi de 0,24, pobre concordância. Os autores discutiram que a AIDPI foi incorporada à CSC em 2010. O estudo não permitiu concluir sobre a maior ou menor qualidade da avaliação de um ou outro instrumento, já que se baseiam em critérios distintos.</p> |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|---------------------|---|--|
| | Horizonte. | desenvolvimento. Esse Manual analisa a passagem das crianças por várias etapas de desenvolvimento e apresenta uma proposta de seguimento caso o paciente possua algum atraso, enquanto a CSC não possui essa proposta de seguimento. | | | | |
| Linhares et al, 2012 Avaliação dos registros e opinião das mães sobre a caderneta em unidades básicas de saúde, Pelotas, RS. | Pelotas, Rio Grande do Sul, janeiro e março de 2008. | Avaliar o preenchimento da CSC e conhecer a opinião das mães quanto às seções mais utilizadas, com a indicação daquelas que mais menos gostavam. Avaliar a opinião de médicos, enfermeiros, nutricionistas, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde sobre a | Todas as crianças nascidas no ano de 2007 e inscritas no programa de Puericultura de quatro UBS, na área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, cujos serviços de Puericultura funcionam há mais de 20 anos. | Estudo transversal. | 1) Questionário com perguntas abertas e fechadas aplicado em visitas domiciliares às mães ou responsáveis pela criança (pai ou avôs) realizadas por uma nutricionista e uma estudante de nutrição 2) Verificação do preenchimento da CSC por observação de 137 itens. Foram considerados preenchidos todos os itens que possuíam pelo menos uma anotação. No caso de acompanhamento do crescimento e imunizações, foi verificado se a anotação | Nas quatro UBS foram identificadas 167 crianças, sendo que 92% das mães foram entrevistadas. Dessas, 109 possuíam a CSC. Segundo as mães, as seções mais usadas das CSC se referem aos gráficos de peso para idade e o registro das vacinas. As seções que as mães relataram gostar mais foram referentes ao acompanhamento da criança, os gráficos de desenvolvimento, seguidos das dicas de amamentação e alimentação. Entre as respostas sobre o que menos gostavam, se destacaram: o tamanho (volume de páginas muito grande) e o fato da mesma CSC servir para meninas e meninos. Quanto ao preenchimento da CSC, houve falhas em vários itens. Nos campos de identificação, as informações mais preenchidas foram nome da criança, data de nascimento, nome da mãe e do pai. Nos campos de acompanhamento, houve maior frequência de preenchimento no gráfico de peso |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|----------------------------|--|---|
| | | CSC. | | | estava atualizada conforme a idade da criança. | para idade (96%). A segunda seção mais utilizada foi a referente à imunização. |
| <p>Faria e Nogueira, 2013</p> <p>Avaliação o uso da caderneta de saúde da Criança nas unidades básicas de saúde em um município de Minas Gerais.</p> | <p>Pouso Alegre, Minas Gerais, março a agosto de 2012.</p> | <p>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 variáveis maternas e das crianças, residentes no município de Pouso Alegre, MG.</p> | <p>Mães ou responsáveis por crianças das áreas de abrangência de duas UBS do município de Pouso Alegre menores de 2 anos de idade.</p> | <p>Estudo transversal.</p> | <p>Coleta de dados realizada durante a campanha de multivacinação infantil e após as consultas com os pediatras nas UBS utilizando questionário com 45 perguntas, na maioria fechadas: 7 questões se referiam a características demográficas da mãe e às condições básicas de saúde da mãe; 9 perguntas diziam respeito à utilização da CSC pela mãe da criança e por profissionais da saúde, e 29 questões foram preenchidas por observação direta da CSC. <u>Foi investigada a associação entre preenchimento da curva de crescimento (peso para idade) e características maternas (idade, paridade, escolaridade, trabalho fora do lar, etc) por meio do teste qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher.</u></p> | <p>Foram entrevistadas 150 mães que compareceram às UBS. Das mães entrevistadas, 92% apresentaram idade > 25 anos, com uma média de 27 anos, maior parte donas de casa (62%), viviam com companheiro (79,3%) e possuíam o ensino básico fundamental (64,7%) e 66,7% eram multíparas. 62,7% das mães receberam orientações na maternidade de como utilizar a CSC e 26% relataram fazer anotações na CSC referentes ao crescimento e desenvolvimento de seus filhos. Com relação ao preenchimento da CSC, houve falhas em vários itens. Os itens mais frequentemente preenchidos foram tipo de parto (100%), registro das vacinas (100%) nome da criança (98%), nome da mãe (98,7%) e data de nascimento da criança (99,3%).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peso ao nascer – 90% - Comprimento ao nascer – 68,7% - Perímetro cefálico da criança – 56% - Índice de Apgar – 66% - Curva de peso por idade – 31,3% - Curva de Altura por idade – 11,3% - Amamentação até 6 meses – 54% <p>Não houve preenchimento dos campos: anotações do desenvolvimento neuropsicomotor, informações sobre a alimentação, sobre o uso de ferro e vitaminas, <u>saúde bucal</u>, ocular e auditiva. Houve maior frequência de preenchimento da curva de peso por idade entre mães com idade \geq 25 anos e com maior escolaridade e <u>entre as que relataram ter recebido informações sobre a CSC na maternidade.</u></p> |
| Costa et al. | Municípios de | Verificar a | A população alvo foi | Estudo | Questionários padronizados | Das 1640 crianças localizadas, 1551 (94,6%) |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|---|
| <p>2014</p> <p>Assistência à criança: preenchimento da caderneta de saúde em municípios do semi-árido brasileiro.</p> | <p>Caracol e Anísio de Abreu no Piauí, julho a setembro de 2008.</p> | <p>qualidade da assistência à saúde materno infantil mediante a investigação da frequência de CSC com preenchimento adequado e verificar a sua associação com possíveis variáveis exploratórias em duas cidades do semi-árido (com IDH entre os piores do Nordeste do Brasil).</p> | <p>constituída por todas as crianças com idades até cinco anos residentes nas áreas urbana e rural dos municípios. Nos dois municípios, foram visitados todos os domicílios (Caracol=2169 domicílios; Anísio de Abreu=1740); e foram incluídas no estudo todas as crianças até 5 anos residentes nos dois municípios.</p> <p>O cálculo amostral revelou a necessidade de 263 crianças. Avaliaram as CSC de 342 crianças.</p> | <p>transversal de base populacional com crianças até 5 anos de idade residentes nas áreas urbana e rural.</p> | <p>e pré-codificados foram aplicados às mães ou responsáveis pela guarda das crianças, em domicílio, por 10 entrevistadores treinados. O desfecho do estudo foi a <u>adequação do preenchimento da CSC</u>, que foi definido pelo <u>preenchimento conjunto das informações relativas à identificação, crescimento (peso e altura), desenvolvimento e imunização</u>. As variáveis independentes foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geográficas (município de residência; área urbana ou rural; distância da residência ao serviço de saúde); - Características biológicas maternas (cor da pele referida pela mãe, idade e número de filhos); - Características socioeconômicas da família (renda familiar, escolaridade materna, escolaridade paterna e beneficiária do Programa Bolsa Família); - Características biológicas da criança (idade e peso ao nascimento); Utilização de serviços de saúde (realização do pré-natal, pré- | <p>apresentaram algum tipo de caderneta da criança (cartão da criança, cartão de vacinas). Foram excluídas da análise 1209 crianças que apresentavam outro modelo de caderneta que não apresentava seções para o acompanhamento do desenvolvimento e 89 que não possuíam CSC. Foram analisadas 342 crianças.</p> <p>Das 342 CSC, 95,6% apresentavam dados de identificação, 30,4% observações de acompanhamento de desenvolvimento, 70,8% algum peso anotado e 91,8% tinham registro de imunizações.</p> <p>Um percentual de 22,2% das cadernetas estava adequadamente preenchidas.</p> <p>Na análise ajustada, observou-se maior prevalência de CSC com preenchimento inadequado nas mães de baixa escolaridade.</p> |
|--|--|--|--|---|---|---|

| | | | | | | |
|---|---|--|---|---|--|---|
| | | | | | natal adequado, consulta puerperal, consulta da criança nos últimos três meses; Consulta de puericultura nos últimos três meses e hospitalização no último ano). | |
| <p>Andrade, Rezende, Madeira, 2014</p> <p>Caderneta de Saúde da Criança: experiências dos profissionais da atenção primária à saúde.</p> | <p>Belo Horizonte, Minas Gerais, setembro a novembro de 2010, em 2 UBS.</p> | <p>Compreender as experiências vividas por profissionais de saúde da atenção primária com a CSC para o cuidado à saúde infantil.</p> | <p>Amostra não probabilística. Médicos e enfermeiros de 6 ESF, de duas UBS de Belo Horizonte e os pediatras que compõem a equipe de apoio. Os participantes deveriam possuir pelo menos 6 meses de atuação nas equipes e prestar atendimento à criança em seu cotidiano de trabalho nos centros de saúde.</p> | <p>Qualitativo, com abordagem fenomenológica.</p> | <p>12 Entrevistas abertas norteadas pelas seguintes questões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conte para nós como é sua experiência com a caderneta na atenção à saúde da criança. - Como é, para você, o preenchimento da CSC? As entrevistas foram gravadas, na íntegra. Em seguida, foram transcritas na sua totalidade e foram interrompidas quando os conteúdos se tornaram repetitivos, sinalizando desocultamento do fenômeno. | <p>Foram desveladas três categorias analíticas: A CSC na experiência profissional; Os desafios em utilizar a CSC: dificuldades vivenciadas no mundo profissional; Como o profissional percebe o envolvimento da mãe e da família com a CSC. Na primeira categoria, a compreensão da CSC como um meio de acompanhar o crescimento da criança e a situação vacinal foi a única presente no discurso de todos os profissionais e para alguns esse entendimento se revela como sendo o único valor da CSC em suas práticas de saúde com a criança. Os profissionais consideram que a CSC contribui no processo de produção do cuidado durante o atendimento à criança, por meio das informações presentes em seu conteúdo. Os profissionais consideram a CSC um importante instrumento para dialogar com a mãe e a família sobre as condições de saúde da criança. Reconhecem que não utilizaram o instrumento em todas as suas possibilidades, por valorizarem apenas os dados antropométricos, por não registrarem as informações ou não a utilizarem em todos os atendimentos. Dificuldades foram reveladas: Alguns profissionais não sabem ao certo como trabalhar as diversas informações disponíveis no instrumento e não identificam sentido para seu conteúdo; apresentam dificuldades para manusear a CSC, não sabem trabalhar com os novos conceitos incorporados (curvas em escores Z e gráfico de Índice de Massa Corporal) e desconhecem o conteúdo do</p> |

| | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|--|
| | | | | | | <p>instrumento. Os profissionais relataram que as ações com a CSC, nas Equipes de Saúde da Família, são fragmentadas, evidenciando um desencontro das ações entre os profissionais das equipes. Revelam ainda a não participação dos profissionais de diferentes instituições, como maternidades, hospitais e serviços de pronto atendimento. Segundo os participantes, a CSC possibilita o entendimento das mães sobre aspectos da saúde dos seus filhos. Os entrevistados revelam que vivenciam situações de desinteresse da mãe e da família com a CSC, retratado como esquecimento ou perda da CSC, além de desinteresse pelo conteúdo. Eles assumem que não sensibilizam as mães para o uso da CSC. Por outro lado, vivenciam situação onde se estabelece um vínculo entre a mãe e o instrumento, demonstrado quando algumas mães exigem os dados anotados na CSC, acompanham as anotações realizadas pelos profissionais e conversam com os profissionais assuntos relacionados aos temas da CSC, mostrando o potencial da CSC para promover mudanças nos cuidados à saúde infantil.</p> |
| <p>Palombo <i>et al.</i> 2014</p> <p>Uso e preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança com foco no crescimento e desenvolvimento.</p> | <p>Município de pequeno porte do Estado de São Paulo, que possuía 12 UBS, fevereiro a abril de 2013.</p> | <p>Avaliar o uso e o preenchimento das CSC, especialmente crescimento e desenvolvimento, em UBS.</p> | <p>Amostra calculada considerando-se uma estimativa de 50% de crianças com práticas alimentares inadequadas, indicando a necessidade de 350 indivíduos. Seleção da amostra proporcional ao número de crianças menores de 3 anos</p> | <p>Observacional de corte transversal.</p> | <p>358 entrevistas em 12 UBS com questionário pré-testado. As mães foram entrevistadas nas UBS quando procuraram atendimento, no período de fevereiro a abril de 2013. As mães foram entrevistadas para avaliação do uso da CSC usando as seguintes questões: A mãe está com a CSC no momento da entrevista? A mãe leva a CSC nas consultas da</p> | <p>Participaram do estudo 358 pares mãe-criança, sendo que a maioria tinha idade superior a 19 anos (87,5%), mais de 8 anos de estudo (64,9%) e não trabalhava fora do lar (61,3%). Baixa porcentagem de mães portava CSC no momento da entrevista (53,2%), 52% relataram ter sido orientada a levar a CSC nos atendimentos de saúde, 76,6% afirmaram levar a CSC nos atendimentos de saúde da criança e 49% relataram observar o profissional de saúde fazer anotações na CSC.</p> <p>Em relação ao preenchimento, a identificação da criança e as informações sobre o nascimento estavam ausentes ou incompletos em mais da metade das CSC avaliadas. Só um terço (33,8%)</p> |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------------------------|---|---|
| | | | de idade cadastradas em cada UBS. | | <p>criança? Foi orientada a levar a CSC nos atendimentos de saúde? A mãe observa profissionais de saúde fazendo anotações nas CSC? O preenchimento da CSC foi avaliado por observação direta nos campos de identificação da criança, informações sobre o nascimento, registro das medidas antropométricas, preenchimento das curvas de peso e altura, preenchimento do gráfico de desenvolvimento e vacinação. Foram consideradas incompletas as CSC com ausência de um dos itens referentes a cada tópico, respeitando a idade e o calendário de acompanhamento da criança.</p> <p>Os dados foram inseridos em banco elaborado no software Epi-info 6.04, com dupla digitação para verificação de consistência, e para análise estatística utilizou-se o teste de qui-quadrado e o teste exato de Fischer.</p> | <p>das CSC apresentava registro completo das medidas antropométricas e os gráficos de peso e estatura estavam adequadamente preenchidos em menos de 10% da CSC, da mesma forma que o gráfico de desenvolvimento. O esquema vacinal estava completo em 96,6% das CSC.</p> <p><u>Houve associação entre portar a CSC no momento da entrevista com o fato da mãe ter recebido orientação sobre a importância de levar a CSC nos atendimentos de saúde, ser informada sobre o crescimento da criança, observar que o profissional faz anotações na CSC e a criança ter idade menor ou igual a um ano.</u></p> <p><u>Não houve associação entre preenchimento da CSC e estado nutricional, desenvolvimento, nem faixa etária da criança.</u></p> |
| <p>Silva e Gaiva, 2015</p> <p>Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança: percepção dos</p> | <p>Cuiabá, Mato Grosso, fevereiro a março de 2013.</p> | <p>Analisar a percepção dos profissionais que atuam na rede básica de saúde sobre o preenchimento da</p> | <p>Participaram 20 profissionais de oito UBS, quatro unidades de saúde da família e quatro centros de saúde. Participaram oito</p> | <p>Abordagem qualitativa.</p> | <p>Coleta de dados realizada por entrevista semiestruturada.</p> | <p>A análise do conteúdo resultou em dois eixos temáticos: a importância do preenchimento de dados na CSC e a responsabilidade pelo preenchimento da CSC. Os profissionais reconhecem a importância dos registros na CSC para o acompanhamento da saúde infantil. Mas, segundo eles, nas maternidades e nas UBS, os</p> |

| | | | | | | |
|--|--------------------------------------|---|--|--------------|---|---|
| profissionais | | CSC. | médicos, oito enfermeiros e quatro agentes comunitários de saúde que atuavam na assistência à criança. | | | dados não estão sendo preenchidos de forma adequada. Nas UBS os registros, segundo os profissionais, se limitam ao acompanhamento do crescimento e da vacinação. Para os entrevistados, o registro dos dados na caderneta é de responsabilidade dos membros da equipe de saúde, contudo, houve discordância entre eles quanto à participação da família no preenchimento deste instrumento. A falta ou incompletude do registro dos dados de saúde da criança na caderneta traz prejuízos para o acompanhamento integral de sua saúde e dificulta a avaliação das ações de saúde prestadas. |
| Abud e Gaíva, 2015 Registro dos dados de crescimento e desenvolvimento na Caderneta de Saúde da Criança. | Cuiabá, Mato Grosso, agosto de 2011. | Analisar o preenchimento dos dados do crescimento e desenvolvimento na CSC. | A amostra foi composta por todas as crianças que participaram da campanha de multivacinação nas 38 unidades selecionadas. A escolha dos participantes foi realizada no dia da coleta de 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 CSC, versões 2007 e 2009. | Transversal. | Coleta de dados no dia da Campanha de Multivacinação Infantil, em agosto de 2011. A coleta aconteceu simultaneamente nas 38 unidades de vacinação selecionadas, por meio da aplicação de formulário às mães ou responsáveis das crianças e por observação direta da CSC. O formulário de coleta de dados contemplava 7 blocos de variáveis: 1) caracterização da unidade; 2) dados de identificação da criança; 3) dados socioeconômicos e demográficos da mãe; 4) dados referentes à CSC (identificação, dados sobre gravidez, parto e puerpério e dados de nascimento); 5) dados de avaliação do desenvolvimento; 6) dados de avaliação do crescimento; | Participaram 950 crianças. A maioria das mães tinha idade acima de 19 anos (85,9%), mais de 7 anos de estudo (80,1%), dois ou mais filhos (54,1%), não trabalhava fora do lar (59,2%) e possuía renda familiar menor ou igual a 2 salários mínimos (67%). 95,4% das CSC apresentaram preenchimento incompleto ou ausente para a avaliação do desenvolvimento. Houve maior frequência de ausência de preenchimento nas CSC de crianças filhas de mães com dois ou mais filhos. Em 79,6% das CSC o gráfico de crescimento estava incompleto ou não estava preenchido. Houve maior frequência de não preenchimento ou preenchimento incompleto do gráfico de crescimento nas CSC de crianças com idade \leq 6 meses. |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>7) dados de avaliação da situação vacinal. Dos grupos 4 a 7, as questões correspondiam a avaliação da CSC, que poderia ser completo, incompleto ou ausente. A qualidade do preenchimento foi avaliada pela soma dos escores dos itens preenchidos, considerando 60% o preenchimento satisfatório. O escore para os registros de desenvolvimento e da curva de crescimento variou de 0 a 8. Associação investigada pelo teste qui-quadrado e razão de prevalência bruta.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|

Foi observado um predomínio de estudos transversais que buscaram quantificar a frequência de preenchimento dos itens da CSC por meio da observação direta do instrumento^{17,19-22,41} e em alguns estudos foram empregados critérios para definição da qualidade de preenchimento^{17,21}. A qualidade foi definida por meio do preenchimento de um percentual mínimo de itens considerados essenciais para o acompanhamento do desenvolvimento infantil¹⁷ ou pelo preenchimento conjunto das informações relativas a identificação, crescimento, desenvolvimento e imunização²¹. A eleição dos itens a serem observados na CSC variou entre os estudos, mas, no geral, houve avaliação de itens de identificação, referentes à gravidez, parto e puerpério, informações sobre o crescimento e desenvolvimento da criança e vacinação. Alguns estudos, de abordagem analítica, buscaram caracterizar o preenchimento. Contudo, houve variabilidade na definição da variável dependente, sendo: qualidade de preenchimento (mínimo de 60% de itens preenchidos)¹⁷, qualidade de preenchimento conjunto da identificação, crescimento e desenvolvimento e imunização²¹, pelo menos um registro do peso da criança no gráfico⁴³, preenchimento adequado da curva de crescimento e desenvolvimento^{41,42} e o fato da mãe portar a CSC no dia da consulta na Unidade Básica de Saúde (UBS)²².

Dois estudos utilizaram a abordagem qualitativa para avaliar a percepção de profissionais quanto à CSC^{25,24}. Nesses dois estudos, as entrevistas foram realizadas com profissionais da APS, atuando no serviço público. A opinião da mãe quanto às seções mais utilizadas da CSC¹⁹ e quanto à função deste instrumento¹⁸ foi avaliada em dois estudos quantitativos, cujas respostas foram agrupadas por frequência.

Quanto à amostragem, a seleção das crianças foi, na maior parte dos estudos, entre usuárias de serviços públicos de saúde, que buscavam atendimento na APS¹⁸, crianças inscritas no Programa de Puericultura¹⁹, crianças que eram acompanhadas por profissionais do SUS¹⁷ e cadastradas nas UBS do município²². Em três estudos, as crianças foram selecionadas independentemente do tipo de serviço usado para acompanhamento em saúde^{20,21,41}. A abordagem para obtenção da amostra foi domiciliar^{19,21}, em campanhas de vacinação^{17,20,41,42} ou no momento da consulta na APS, nas UBS^{18,22}. Observou-se também uma variabilidade metodológica entre os estudos quanto a idade da criança, a maioria deles incluiu

crianças de até um ano de idade^{18,19, 41,42}, outros foram as crianças de 7 a 15 meses¹⁷, menores de dois²⁰, três anos²² e até 5 anos de idade²¹.

De modo geral, os estudos evidenciaram falhas no preenchimento do CC ou da CSC. Os resultados apresentaram concordância quanto aos itens mais frequentemente preenchidos, sendo referentes à identificação da criança e da mãe, vacinação e peso ao nascer ou peso marcado no gráfico^{17,19,20,41}. Esse resultado é consistente com a percepção das mães que relataram que os campos para registro da vacinação e o gráfico do peso são os mais usados¹⁹ e de que a CSC é utilizada como cartão de vacina¹⁸. As percepções dos profissionais reafirmam esses achados. Embora muitos profissionais reconheçam a importância da CSC para o acompanhamento da saúde infantil, eles afirmaram que o instrumento é, principalmente, utilizado para registro de vacinação e acompanhamento do crescimento²⁵. Porém, um estudo também revelou que muitos profissionais só reconhecem o valor da CSC para o acompanhamento do crescimento e para registro das vacinas²⁴.

Quanto à qualidade do preenchimento, 31,8% das CSC apresentaram menos de 60% de preenchimento dos 20 itens essenciais¹⁷. Já o preenchimento conjunto da identificação, crescimento e desenvolvimento e imunização foi observado em 22,2% das CSC²¹. O preenchimento dos itens de desenvolvimento e crescimento foi incompleto em 95,4% e 79,6% das CSC, respectivamente⁴². Somente um estudo, realizado em Minas Gerais, no município de Pouso Alegre, considerou os itens de saúde bucal na avaliação do preenchimento da CSC entre crianças da área de abrangência de duas UBS observando-se ausência de preenchimento em 100% das CSC²⁰.

A baixa escolaridade da mãe foi fator associado a pior qualidade do preenchimento tanto quando definida por, no mínimo, 60% dos itens preenchidos como quando levou em conta o preenchimento conjunto da identificação, crescimento e desenvolvimento e imunização^{17,21} e também associada ao menor preenchimento da curva de desenvolvimento⁴¹. A menor renda e o fato da mãe não trabalhar fora do lar foram associadas ao maior preenchimento da curva de crescimento⁴¹. A menor idade da criança foi associada à maior qualidade de preenchimento dos itens essenciais da CSC¹⁷ (crianças \leq 1 ano em relação a crianças $>$ 1 ano de idade), do gráfico de desenvolvimento (\leq 6 meses comparado com $>$ 6 meses)⁴² e ao fato da mãe levar a CSC no dia da consulta na UBS (\leq 1 ano

de idade em relação à > 1 ano)²². Já em relação à curva de crescimento e desenvolvimento, observou-se maior preenchimento nas crianças com 6 meses ou menos de idade⁴¹. Quanto ao número de filhos, dois estudos avaliaram essa variável e encontraram resultados contraditórios. As CSC de mães primíparas apresentaram maior preenchimento da curva de desenvolvimento em Feira de Santana⁴¹ já em Mato Grosso, foi observada maior frequência de preenchimento completo dos dados de desenvolvimento nas CSC quando as mães possuíam dois filhos ou mais⁴². Variáveis relacionadas à atenção em saúde da criança foram também investigadas. Quando o médico generalista não participou da assistência à criança na APS houve maior frequência de preenchimento insatisfatório dos itens essenciais da CSC¹⁷. Quando as consultas pediátricas das crianças foram na puericultura, os CC apresentavam maior frequência de algum registro de peso na curva ponderal⁴³. As CSC foram levadas mais frequentemente às UBS no dia da consulta²² e apresentaram maior preenchimento dos itens essenciais¹⁷ quando as mães receberam informações sobre a CSC na maternidade.

Algumas dificuldades foram apontadas pelos profissionais para o uso da CSC: desconhecimento dos profissionais sobre as diversas informações disponíveis no instrumento e não identificação de sentido para o conteúdo da CSC; desconhecimento de conceitos incorporados na CSC (curvas em escores Z e gráfico de Índice de Massa Corporal), fragmentação das ações nas equipes de saúde e, portanto dos registros na CSC; não participação dos profissionais de diferentes instituições, como maternidades, hospitais e serviços de pronto atendimento no preenchimento da CSC e situações de desinteresse da mãe e da família com a CSC e seu conteúdo. Uma revisão da literatura de trabalhos publicados entre 2005 e 2011, apresentou os fatores que dificultam a utilização adequada da CSC em cinco categorias: 1) ausência de capacitação para o uso correto da CSC; 2) tempo insuficiente dos profissionais de saúde para cumprir com as atividades geradas pela demanda do serviço e ainda haver disponibilidade para o diálogo com a família sobre as anotações realizadas nas CSC; 3) indisponibilidade da CSC no serviço de saúde; 4) não utilização da CSC por todos os membros da equipe de saúde e 5) desvalorização e o desconhecimento das mães/familiares²³.

Revisão sistemática da literatura realizada por Almeida *et al.* (2015) avaliou o uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento⁴⁰. Foram incluídos oito estudos que fizeram análise quantitativa do preenchimento do

CC ou da CSC. Todos os estudos concluíram que as informações não foram adequadamente registradas e os resultados evidenciaram a subutilização do instrumento. Neste sentido, os autores concluíram que

“Trinta anos após a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, o uso do instrumento de vigilância da saúde não está consolidado (...). Ficou evidente a falta de sensibilização dos profissionais das equipes de saúde para o preenchimento do instrumento estudado (p.8).”

Segundo os autores dessa revisão sistemática

“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 (p.8).”

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a proporção do preenchimento de itens da Caderneta de Saúde da Criança.

3.2 Objetivos específicos

- Avaliar o preenchimento dos campos de saúde geral da Caderneta de Saúde da Criança.
- Avaliar o preenchimento dos campos de saúde bucal da Caderneta de Saúde da Criança.
- Avaliar a associação entre o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e variáveis referentes à caracterização sociodemográfica, condições de saúde da mãe e da criança e atenção em saúde recebida pela criança.
- Avaliar a associação entre a qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e o tipo de serviço usado pelos pais para o acompanhamento de saúde dos filhos.

4 METODOLOGIA

Estudo transversal, realizado entre crianças de três a cinco anos de idade, de Belo Horizonte, Minas Gerais (MG), que portavam a CSC nas versões distribuídas a partir da 6ª edição (2009), quando foram introduzidos os campos referentes à saúde bucal. Esse estudo foi parte do projeto “Atenção à saúde bucal das gestantes e crianças de 0 a 5 anos na rede pública de saúde”, financiado pela FAPEMIG, Edital PPSUS Redes (APQ-03442-12).

Belo Horizonte é a capital do Estado de Minas Gerais, localizada na região Sudeste do Brasil. A projeção da população do município para 2014 foi de 2.491.109 habitantes⁶⁸ e seu território é dividido em nove regiões administrativas. Apresentava, em 2010, segundo o documento do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento “Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil”, um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal alto de 0,810⁶⁹. O município contava, em 2013, com 147 UBS distribuídas pelos nove Distritos Sanitários, os quais coincidem geograficamente com as nove regiões administrativas (Figura 1). Havia 509 Equipes de Saúde da Família e 261 ESB segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde⁷⁰.

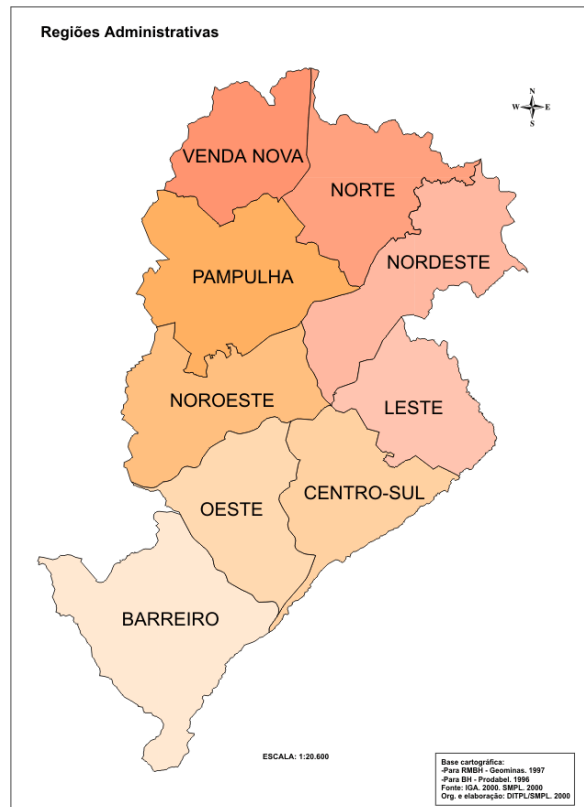


Figura 1: Regiões administrativas de Belo Horizonte. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
Fonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. 2000.

4.1 População, amostra e seleção dos participantes

Foram incluídos os responsáveis (pai ou mãe) por crianças de três a cinco anos de idade, residentes em Belo Horizonte, que portavam a CSC a partir da 6^a edição. A idade de três a cinco anos foi definida porque os campos de saúde bucal analisados, presentes na CSC, se referem à erupção da dentição decídua e odontograma. A literatura aponta que nessa faixa etária, as crianças apresentam todos os dentes decíduos erupcionados e ausência de erupção dos dentes permanentes^{71,72}.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado empregando a fórmula de estimativa para proporção, considerando-se a prevalência de preenchimento satisfatório da CSC (60% ou mais dos itens da CSC preenchidos) de 70% observada em estudo prévio¹⁷, nível de confiança de 95% e erro de 5%. Foi realizada correção para população finita, representada pelo número de crianças de três a cinco anos de idade residentes em Belo Horizonte (Total de crianças=81.145)⁷³. A amostra necessária foi estimada em 317 crianças, que acrescida de 20% para compensar

perdas, resultou em 382 participantes. A amostra foi estratificada e proporcional ao número de crianças de três a cinco anos em cada um dos nove distritos sanitários de Belo Horizonte (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição das crianças de 3 a 5 anos por Distrito Sanitário de Belo Horizonte, Minas Gerais.

| | 3 anos | 4 anos | 5 anos | Total por regional | Percentual de crianças por Distrito Sanitário | Amostra em cada Distrito Sanitário (382) | Amostra mínima necessária (317) |
|--------------------|---------------|---------------|---------------|--------------------|---|--|---------------------------------|
| Barreiro | 3.637 | 3.780 | 3.839 | 11.256 | 13,87 | 53 | 44 |
| Centro-sul | 2.217 | 2.271 | 2.266 | 6.754 | 8,32 | 32 | 26 |
| Leste | 2.598 | 2.685 | 2.626 | 7.909 | 9,75 | 37 | 31 |
| Nordeste | 3.269 | 3.396 | 3.494 | 10.159 | 12,52 | 48 | 40 |
| Noroeste | 3.355 | 3.440 | 3.489 | 10.284 | 12,67 | 49 | 40 |
| Norte | 2.672 | 2.860 | 2.961 | 8.493 | 10,47 | 40 | 33 |
| Oeste | 3.300 | 3.369 | 3.298 | 9.967 | 12,28 | 47 | 39 |
| Pampulha | 2.104 | 2.133 | 2.176 | 6.413 | 7,90 | 30 | 25 |
| Venda nova | 3.210 | 3.268 | 3.432 | 9.910 | 12,22 | 46 | 39 |
| Total geral | 26.362 | 27.202 | 27.581 | 81.145 | 100 | 382 | 317 |

Fonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2010⁷³.

Os dados foram coletados no dia 22 de novembro de 2014, durante a Campanha Nacional de Multivacinação Infantil, realizada em Belo Horizonte. Para seleção e alcance da amostra, foram selecionadas duas ou três UBS de cada Distrito Sanitário dentre aquelas que apresentavam o maior número de crianças nas suas áreas de abrangência, no ano de 2010⁷⁴ (Tabelas 2 e 3). A fonte de dados foi referente ao ano de 2010 por se tratar dos dados disponíveis no momento do delineamento e planejamento do estudo. As crianças foram incluídas à medida que possuíam os critérios de inclusão: portar a partir da 6ª edição da CSC e possuir entre três a cinco anos de idade.

Tabela 2: Distribuição das Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte por Distritos Sanitários do município.

| Distritos Sanitários | Número de Unidades Básicas de Saúde |
|-----------------------------|--|
| Barreiro | 20 |
| Centro-sul | 12 |
| Leste | 14 |
| Nordeste | 21 |
| Noroeste | 21 |
| Norte | 19 |
| Oeste | 15 |
| Pampulha | 9 |
| Venda Nova | 16 |
| Total | 147 |

Tabela 3: Distribuição das Unidades Básicas de Saúde selecionadas, por Distritos Sanitários de Belo Horizonte.

| Distritos Sanitários | Unidades Básicas de Saúde |
|-----------------------------|----------------------------------|
| Barreiro | Centro de Saúde (CS)Tirol |
| | CS Itaipú/Jatobá |
| Centro-sul | CS Santa Rita de Cássia |
| | CS Menino de Jesus |
| Leste | CS Horto |
| | CS Paraíso |
| Nordeste | CS Leopoldo Crisóstomo de Castro |
| | CS Cidade Ozanan |
| Noroeste | CS Glória |
| | CS Jardim Montanhês |
| Norte | CS Heliópolis |
| | CS Jardim Guanabara |
| Oeste | CS São Jorge |
| | CS Vila Leonina |
| | CS Havaí |
| Pampulha | CS Santa Amélia |
| | CS Santa Terezinha |
| Venda Nova | CS Santa Mônica |
| | CS Visconde do Rio Branco |

4.2 Estudo-piloto e teste do instrumento de coleta de dados

Previamente a coleta de dados, foi realizado um estudo-piloto em uma UBS da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH) para teste do roteiro de entrevista e de observação da CSC, que conduziu a adequações no formato do instrumento (ordem de apresentação das questões para a entrevista e formatação das opções de respostas). A entrevista e observação da CSC foram realizadas por entrevistadores

previamente treinados, acadêmicos do curso de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Foi realizado um treinamento teórico e prático, com duração de 5 horas e participação de 36 voluntários. O roteiro para coleta de dados e as versões da CSC a serem incluídas foram apresentadas aos entrevistadores, bem como seu conteúdo e os critérios para a avaliação de cada item, com simulação de observação da CSC.

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista com um dos pais da criança e observação direta da sua CSC. No dia da Campanha Nacional de Multivacinação Infantil, dois estudantes em cada UBS se responsabilizaram pela coleta de dados, um pela entrevista com os pais e outro pela observação da CSC. Em cada UBS, foram incluídas as crianças que chegavam para vacinação e possuíam a partir da 6ª versão da CSC. O monitoramento da coleta de dados foi realizado usando o aplicativo de celular *WhatsApp*®, com esclarecimentos de dúvidas pela coordenadora do projeto em tempo real.

4.3.1 Entrevista com os pais

Para a entrevista, foi empregado um roteiro (APÊNDICE 1) com variáveis para caracterização sociodemográfica da mãe e da criança, condições de saúde da criança e da mãe e da atenção em saúde recebida pela criança. Para a caracterização sociodemográfica da mãe e da criança foram avaliadas: idade da mãe (até 25 anos, de 25 a 40 anos e 41 anos ou mais), anos de estudo da mãe, (1 a 8 anos, 9 a 12 e ≥ 12 anos de estudo), local de trabalho (lar ou fora do lar), *renda per capita* e sexo da criança. O peso ao nascer (<2500 gramas (g) e ≥ 2500 g), a paridade (primípara ou múltipara) e a idade gestacional (<37 semanas e ≥ 37 semanas) foram as variáveis para avaliação das condições de saúde da mãe e da criança. Crianças que nascem com menos de 2500 g são consideradas de baixo peso e a idade gestacional inferior a 37 semanas define a prematuridade⁷⁵.

As seguintes variáveis foram consideradas na avaliação da atenção em saúde recebida pela criança: tipo de serviço para acompanhamento à saúde da criança (público ou convênio e particular), acompanhamento da criança pelo médico

generalista, pediatra, enfermeiro, cirurgião-dentista e outras especialidades (sim ou não), uso de serviços de saúde bucal (usou serviço público ou privado ou não usou), acesso a informações sobre a CSC (sim ou não) e presença ou não de anotações das mães na CSC. O acesso a informações sobre a CSC e a presença de anotações dos pais na CSC foram avaliados por meio das seguintes perguntas às mães: *Recebeu explicações sobre a Caderneta de Saúde da Criança na maternidade ou outro lugar? Há anotações feitas pelas mães ou pais na CSC?*

4.3.2 Observação da Caderneta de Saúde da Criança

Foram avaliadas as CSC a partir da 6^a edição, quando foram introduzidos os campos de registro sobre saúde bucal. A CSC possui duas versões, para meninos e meninas, e foi organizada em duas partes: a primeira destinada aos responsáveis pela criança, contendo dados de identificação da criança e dos pais, informações e orientações sobre saúde, direitos da criança e dos pais, registro de nascimento, amamentação e alimentação saudável, vacinação, crescimento e desenvolvimento, sinais de perigo de doenças graves, prevenção de violências e acidentes, entre outros. A segunda, destinada ao registro de informações da saúde da criança pelos profissionais de saúde, na maternidade ou durante o acompanhamento da criança, nos serviços de atenção primária ou em outros serviços procurados pelos usuários. Essa segunda parte inclui dados sobre a gravidez, parto e puerpério, dados do recém-nascido, anotações de problemas na maternidade, vigilância do desenvolvimento e do crescimento, medidas antropométricas, pressão arterial, saúde bucal, auditiva e visual, uso de suplemento de ferro e vitamina A, registros das vacinas e alimentação⁶⁴.


Para a observação direta da CSC, foi utilizado um roteiro para a avaliação do preenchimento dos itens de caracterização da criança, saúde geral e bucal (APÊNDICE 2), selecionados com base no sistema proposto por Alves *et al.* (2009)¹⁷, que incluiu 20 itens da 5^a versão da CSC considerados essenciais ao acompanhamento da saúde da criança e definidos como o preenchimento mínimo indispensável.

O Índice de Apgar no quinto minuto após o nascimento é um desses 20 itens que foram avaliados e constitui-se em um teste para avaliar as condições de

vitalidade do recém-nascido através de uma pontuação que pode indicar asfixia ou apnéia⁷⁶.

No presente estudo, foram avaliados 19 desses 20 itens, pois um deles foi excluído a partir da 6ª versão da CSC, acrescidos dois itens de saúde bucal, totalizando os 21 itens apresentados no quadro 5.

Quadro 5: Itens avaliados na Caderneta de Saúde da Criança

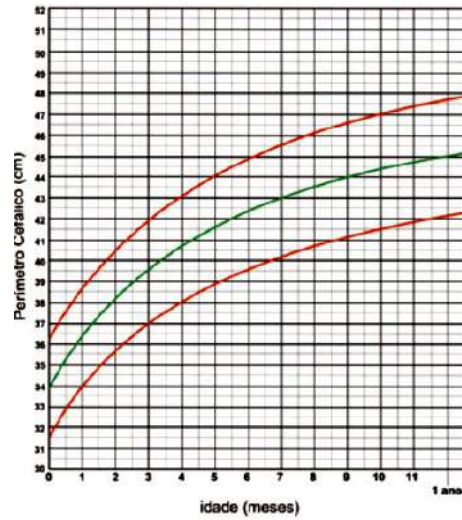
| | |
|---|---|
|  <p>Capa da Caderneta de Saúde da Criança (Versão Menina)</p> | |
| Dados de Preenchimento pelos Pais | |
| <p>1) Nome da criança</p> <p>2) Data de nascimento</p> <p>3) Nome da mãe</p> | <p>IDENTIFICAÇÃO</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>FOTO</p> </div> <p>Nome da criança: _____</p> <p>Data de nascimento: ____/____/____</p> <p>Município de nascimento: _____</p> <p>Nome da mãe: _____</p> |

| Dados para Preenchimento na Maternidade | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------|----------------|-------------------|---|-------------------------|--|------------------|---|----------------|--|
| <p>4) Trimestre de início do pré-natal</p> <p>5) Número de consultas de pré-natal</p> <p>6) Tipo de parto</p> | <p style="text-align: center;">DADOS SOBRE GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO</p> <p>Pré-natal</p> <p>Pré-natal iniciou no: () 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre</p> <p>Número de consultas pré-natais: _____</p> <p>Gravidez: () simples () múltipla</p> <p>Parto e pós-parto</p> <p>Parto realizado: () Hospital/clinica () Domicílio () Casa de parto () Outro</p> <p>Tipo de parto: () Normal () Fórceps () Cesáreo</p> <p>Indicação _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>7) Peso ao nascer</p> <p>8) Comprimento ao nascer</p> <p>9) Perímetro cefálico</p> <p>10) Apgar no 5º minuto</p> <p>11) Idade gestacional</p> <p>12) Tipo de alimentação da criança na alta da maternidade</p> | <p style="text-align: center;">DADOS DO RECÉM-NASCIDO</p> <p>Nascimento:</p> <p>Nascido às _____ h, do dia ____/____/____</p> <p>Maternidade/Cidade, UF: _____</p> <p>Peso ao nascer: _____ g Comprimento ao nascer: _____ cm</p> <p>Perímetro cefálico: _____ cm Sexo: () Masculino () Feminino</p> <p>Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____</p> <p>Idade gestacional (IG): _____ semanas _____ dias</p> <p>Dados na alta:</p> <p>Data: ____/____/____ Peso _____</p> <p>Alimentação: _____</p> <p>() leite materno () leite materno e outro leite () outro leite _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dados para Preenchimento por profissionais de saúde durante o acompanhamento da criança, nos serviços de atenção primária ou em outros serviços procurados pelos usuários | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>13) Anotação sobre o desenvolvimento neuropsicomotor (presença de pelo menos três registros)</p> | <p style="text-align: center;">DE CRIANÇAS DE ZERO A 12 MESES</p> <p style="text-align: center;">Idade (meses)</p> <table border="1" style="margin: auto;"> <thead> <tr style="background-color: #f08080;"> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>10</th> <th>11</th> <th>12</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="background-color: #ffff00;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="background-color: #ffff00;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="background-color: #ffff00;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="background-color: #ffff00;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="background-color: #ffff00;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="background-color: #ffff00;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="background-color: #ffff00;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="background-color: #ffff00;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="background-color: #ffff00;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="background-color: #ffff00;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="background-color: #ffff00;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">Exemplo de orientações para o preenchimento</p> <p style="text-align: center;">INSTRUMENTO DE VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO</p> <p style="text-align: center;">Registre na escala: P = marco presente A = marco ausente NV = marco não verificado</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #f08080;"> <th style="width: 30%;">Marcos do desenvolvimento</th> <th style="width: 70%;">Como pesquisar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mostra o que quer</td> <td>A criança indica o que quer sem que seja pelo choro, podendo ser com palavras ou sons, apontando ou estendendo a mão para alcançar. Considere a informação do acompanhante.</td> </tr> <tr> <td>Coloca blocos na caneca</td> <td>Coloque 3 blocos e a caneca sobre a mesa, em frente à criança. Estimule-a a colocar os blocos dentro da caneca, mediante demonstração e fala. Observe se a criança consegue colocar, pelo menos, um bloco dentro da caneca e soltá-lo.</td> </tr> <tr> <td>Fala uma palavra</td> <td>Observe se durante o atendimento a criança diz, pelo menos, uma palavra que não seja nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.</td> </tr> <tr> <td>Anda sem apoio</td> <td>Observe se a criança já anda bem, com bom equilíbrio, sem se apoiar.</td> </tr> </tbody> </table> | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Marcos do desenvolvimento | Como pesquisar | Mostra o que quer | A criança indica o que quer sem que seja pelo choro, podendo ser com palavras ou sons, apontando ou estendendo a mão para alcançar. Considere a informação do acompanhante. | Coloca blocos na caneca | Coloque 3 blocos e a caneca sobre a mesa, em frente à criança. Estimule-a a colocar os blocos dentro da caneca, mediante demonstração e fala. Observe se a criança consegue colocar, pelo menos, um bloco dentro da caneca e soltá-lo. | Fala uma palavra | Observe se durante o atendimento a criança diz, pelo menos, uma palavra que não seja nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante. | Anda sem apoio | Observe se a criança já anda bem, com bom equilíbrio, sem se apoiar. |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marcos do desenvolvimento | Como pesquisar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mostra o que quer | A criança indica o que quer sem que seja pelo choro, podendo ser com palavras ou sons, apontando ou estendendo a mão para alcançar. Considere a informação do acompanhante. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Coloca blocos na caneca | Coloque 3 blocos e a caneca sobre a mesa, em frente à criança. Estimule-a a colocar os blocos dentro da caneca, mediante demonstração e fala. Observe se a criança consegue colocar, pelo menos, um bloco dentro da caneca e soltá-lo. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fala uma palavra | Observe se durante o atendimento a criança diz, pelo menos, uma palavra que não seja nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anda sem apoio | Observe se a criança já anda bem, com bom equilíbrio, sem se apoiar. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

14) Perímetro cefálico ao nascer marcado no gráfico

15) Idade em que o último ponto do perímetro cefálico foi marcado no gráfico (registros referentes ao primeiro ano de vida da criança)

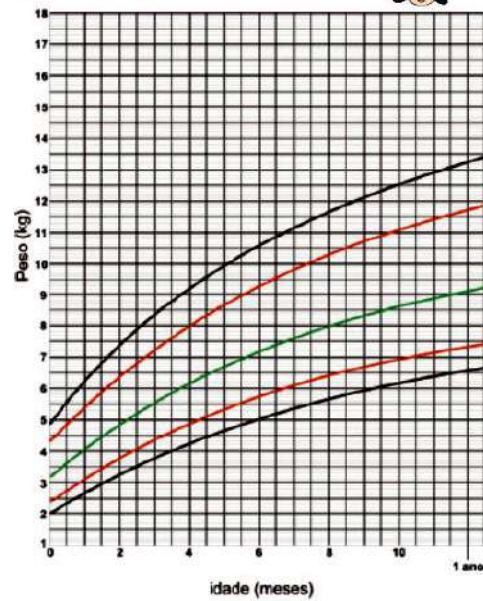
PERÍMETRO CEFÁLICO X IDADE
ZERO A 2 ANOS



16) Peso ao nascer marcado no gráfico

17) Idade em que o último ponto de peso foi marcado no gráfico (registros referentes ao primeiro ano de vida da criança)

PESO X IDADE
ZERO A 2 ANOS



18) Registro do cronograma de erupção

19) Registro do Odontograma

REGISTROS DOS PROCEDIMENTOS DA SAÚDE BUCAL

Cronograma de erupção dente decíduo (dente de leite que nasceu)

LEGENDA
 Dente erupcionado: ◆

Cronograma de exfoliação dente decíduo (dente de leite que caiu) e erupção (nascimento) dente permanente

LEGENDA
 Dente decíduo que exfoliou: ◆
 Dente permanente que erupcionou: ◆

Dente permanente
 Dente de leite
 Dente permanente

Odontograma

LEGENDA
 Dente cariado: ◆
 Dente restaurado: ◆
 Extração indicada: x
 Pulpotomia/endodontia: ▼
 1º molar erupcionado: ◆

Dente de leite
 Dente permanente

20) Registro do uso de ferruginoso

REGISTROS DA SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E VITAMINA A

Ferro

Anote no quadro abaixo a data em que a criança recebeu o ferro e a assinatura de quem ofereceu.

| | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|
| Ferro (6 a 24 meses) | Data da Entrega | 1 | Data da Entrega | 2 | Data da Entrega | 3 |
| | Assinatura | | Assinatura | | Assinatura | |
| | Data da Entrega | 4 | Data da Entrega | 5 | Data da Entrega | 6 |
| | Assinatura | | Assinatura | | Assinatura | |

21) Registro das vacinas (Calendário se encontrava completo para a idade ou com menos de um mês de atraso)

| REGISTRO DAS VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Doses/vacinas | BCG-ID | Hepatite B | Antipólio | Tetravalente | Rocavírus | Pneumocócica |
| 1ª Dose: | Data: / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / | Data: / / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / | Data: / / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / | Data: / / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / | Data: / / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / | Data: / / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / |
| 2ª Dose: | | Data: / / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / | Data: / / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / | Data: / / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / | Data: / / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / | Data: / / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / |
| 3ª Dose: | | Data: / / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / | Data: / / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / | Data: / / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / | | |
| | Meningocócica C | Tríplice Viral | Febre amarela dose inicial | Reforço | | |
| | | | | DTP | Poliomielite | Pneumocócica |
| 1ª Dose ou reforço: | Data: / / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / | Data: / / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / | Data: / / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / | Data: / / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / | Data: / / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / | Data: / / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / |
| | | | Febre amarela 10/10 anos | | Meningocócica C | dT 10/10 anos |
| 2ª Dose ou reforço: | Data: / / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / | Data: / / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / | Data: / / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / | Data: / / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / | Data: / / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / | Data: / / / Lote: / / / Unid.: / / / Ass.: / / / |

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança (Versão da Menina)⁶⁴.

As orientações do Manual para Utilização da CSC foram consideradas para a avaliação do preenchimento⁶⁶. Para avaliar os itens do desenvolvimento neuropsicomotor, idade em que o último ponto do perímetro cefálico foi marcado no gráfico e idade em que o último ponto de peso foi marcado no gráfico foram considerados os registros referentes ao primeiro ano de vida da criança. O intervalo máximo admitido para registro do peso e do perímetro cefálico nos gráficos foi de três meses. Para o item desenvolvimento neuropsicomotor, o preenchimento foi considerado satisfatório quando estavam presentes pelo 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. A verificação da condição vacinal foi realizada pela equipe responsável pela vacinação¹⁷. Em relação à erupção dentária, foi avaliada a presença do registro, independentemente do número de dentes marcados, uma vez que a CSC não possui campo destinado à anotação da data da consulta odontológica nem a idade da criança no momento da avaliação, inviabilizando a análise da adequação do preenchimento. O odontograma foi avaliado somente pelo seu uso, pois a ausência de legenda para registro de dentes hígidos impossibilitou concluir se o odontograma não foi preenchido ou se a criança não apresentava alterações bucais no momento da avaliação. Para os outros quinze itens, considerou-se a presença ou não do preenchimento e a veracidade dos registros não foi investigada.

A qualidade do preenchimento da CSC foi avaliada considerando-se o percentual de itens preenchidos. As CSC com, pelo menos, 60% dos itens (≥ 13

itens) preenchidos foram consideradas com preenchimento satisfatório. Para essa análise, foi obtida a soma do número de itens preenchidos, gerando um escore de 0 a 21, de acordo com o preenchimento dos 21 itens acima descritos, sendo valor um atribuído aos itens preenchidos satisfatoriamente e valor zero para os itens não preenchidos ou insatisfatoriamente preenchidos. Esse foi o ponto de corte adotado por Alves *et al*, 2009, considerado o preenchimento mínimo aceitável¹⁷.

4.4 Análise de dados

Os dados foram submetidos à análise descritiva, com a obtenção da frequência de preenchimento de cada um dos itens da CSC. Foi realizada a dupla digitação do banco de dados por dois pesquisadores, independentemente, empregando o *software Microsoft Excel* ®. Em seguida o Epi Info versão 3.2.7 foi utilizado para cruzamento dos bancos de dados e identificação de inconsistências que foram corrigidas por consulta aos roteiros originais. Inicialmente, foi realizada a análise bivariada e a associação testada pelo teste qui-quadrado. As variáveis associadas com a qualidade do preenchimento com $p < 0,20$ foram incluídas no modelo múltiplo. Foi utilizada análise de regressão logística, permanecendo no modelo as variáveis com $p < 0,05$ e aquelas que melhoraram a qualidade do ajuste. O ajuste foi avaliado por meio do teste de *Hosmer-Lemeshow*. A análise dos dados foi realizada empregando-se o programa SPSS versão 17.0.

4.5 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFMG e da PBH (CAAE: 35282614.2.0000.5149 e 35282614.2.3001.5140) (ANEXOS 2 e 3). Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos e métodos da pesquisa, tiveram as eventuais dúvidas respondidas e assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (APÊNDICE 3).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Produção científica

Foram produzidos dois artigos científicos.

5.1.1 Artigo 1: Caderneta de Saúde da Criança: instrumento de vigilância da saúde geral e bucal?

Artigo submetido à Cadernos de Saúde Pública (Qualis A2, Capes 2014).

5.1.2 Artigo 2: Caderneta de Saúde da Criança: existem diferenças na qualidade de preenchimento de acordo com o tipo serviço de saúde usado pela criança?

Artigo a ser submetido na Revista de Saúde Pública (Qualis A2, Capes 2014).

5.2 Produção técnica

OFICINA – Atenção à saúde bucal no SUS-BH: gestantes e crianças de 0 a 5 anos

5.1.1 Artigo 1

Caderneta de Saúde da Criança: instrumento de vigilância da saúde geral e bucal?

Child Health Card: surveillance tool of general and oral health?

Resumo

Instrumentos para monitoramento da saúde infantil têm sido usados no mundo. No Brasil, a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) é recomendada para acompanhamento integral da saúde da criança. Estudos têm evidenciado preenchimento inadequado da CSC, mas os campos de saúde bucal não têm sido incluídos nas avaliações. Avaliou-se o preenchimento dos campos de saúde geral e bucal da CSC. Estudo transversal com amostra de 367 crianças de 3 a 5 anos, proporcional aos distritos sanitários de Belo Horizonte, MG; selecionada no Dia da Campanha de Multivacinação. Foi realizada entrevista com os pais e observação de 21 itens essenciais ao acompanhamento infantil, incluindo dois de saúde bucal. Os campos de identificação e registro das vacinas foram os mais preenchidos. Observou-se baixa frequência de preenchimento do desenvolvimento neuropsicomotor. Houve preenchimento do odontograma em 0,8% e do campo de erupção dentária em 1,4% das CSC. Menos da metade das CSC possuía mais de 60% dos itens preenchidos. A CSC não tem sido usada como instrumento de vigilância da saúde bucal. Itens essenciais apresentaram baixa frequência de preenchimento.

Descritores: Vigilância em Saúde Pública. Saúde da Criança. Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Instruments for monitoring child health have been used in the world. In Brazil, the Health Child Card (HCC) is recommended for full monitoring of children's health. Studies have shown incomplete filling of the HCC, but oral health fields have not been included in these evaluations. This study evaluated the fulfillment of the general and oral health items of HCC. Cross-sectional study with a sample of 367 children 3-5 years in Belo Horizonte, MG. The sample was selected on the Multivaccination Day. Data were collected through interviews with parents and direct observation of

21 essential items to child monitoring. The items about child identification and registration of vaccines were the most filled. There was low frequency of filling neurodevelopment. There was filling the dental chart by 0.8% and tooth eruption in 1.4% of HCC. Less than half of CSC presented more than 60% of completed items. HCC has not been used as oral health surveillance tool. Essential items showed low frequency of filling.

Keywords: Public Health Surveillance. Child Health. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Instrumentos para registros pessoais sobre a saúde da criança de posse e guarda dos pais (*Personal Child Health Records*) têm sido amplamente usados no mundo¹. O primeiro instrumento com essa concepção foi criado em 1959, na Nigéria, e consistia em um gráfico de crescimento para monitorar o peso da criança, registrado pelos pais, que deveria ser apresentado para o profissional de saúde a cada visita, com o objetivo de detecção precoce de sinais de desnutrição². Instrumentos para registros de informações sobre a saúde e desenvolvimento da criança têm sido usados em locais que não possuem um sistema de informação em saúde centralizado³, em países em guerra⁴, e para monitoramento nacional do crescimento e desenvolvimento da criança⁵⁻⁷. Entre as vantagens desses instrumentos têm sido apontadas: transmitir informações da criança entre os serviços de saúde, contribuir para o envolvimento dos familiares no cuidado da criança e disponibilizar informações em saúde das mães e da criança para os familiares⁵⁻⁷.

No Brasil, o Cartão da Criança (CC) foi lançado pela primeira vez, entre 1974 e 1975 e se propunha a unificar as informações sobre a criança, ser um elo entre o serviço de saúde e a família e promover o acompanhamento do crescimento da criança⁸. Em 1977, foi instituído o primeiro calendário básico de vacinas obrigatórias para menores de um ano de idade. Até 2005, o CC apresentava o gráfico de crescimento, o quadro de vacinas e algumas informações de saúde⁸. Nesse sentido, no Brasil, o CC foi historicamente usado para registro das vacinas.

A CSC é um instrumento de acompanhamento integral de saúde da criança, pautado na vigilância à saúde e foi criado a partir da revisão do CC, em 2005. Esse movimento ocorreu com a aprovação da Resolução MERCOSUL, no qual os países

membros pactuaram informações básicas comuns para instrumentos de acompanhamento da saúde infantil⁹. A criação e distribuição desse instrumento foram fundamentadas pela necessidade de “garantir um instrumento portátil a todas as crianças brasileiras nascidas a partir de 2005, que permita a continuidade da atenção prestada quando do deslocamento em território nacional e entre os Estados-Parte do MERCOSUL”¹⁰.

A CSC, chamada de “passaporte da cidadania”, foi organizada em duas partes: a primeira contém campos para preenchimento pelos responsáveis pela criança, abrangendo dados de identificação da criança e dos pais e informações e orientações sobre saúde, direitos da criança e dos pais, registro de nascimento, amamentação e alimentação saudável, vacinação, crescimento e desenvolvimento, sinais de perigo de doenças graves, prevenção de violências e acidentes, entre outros. A segunda, destinada ao registro de informações da saúde da criança pelos profissionais de saúde, inclui dados sobre a gravidez, parto e puerpério, dados do recém-nascido, anotações de problemas na maternidade, vigilância do desenvolvimento e do crescimento, medidas antropométricas, pressão arterial, saúde bucal, auditiva e visual, uso de suplemento de ferro e vitamina A, registros das vacinas e alimentação¹¹.

Na Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, a saúde bucal é uma das 13 linhas de cuidado¹², está prevista entre as ações para atenção à saúde da criança¹³⁻¹⁵ e é uma área de atuação estratégica da atenção básica, consolidada pela Política Nacional de Atenção Básica, e pela Política Nacional de Saúde Bucal e também já incluída anteriormente na Norma Operacional de Assistência à Saúde¹⁶⁻¹⁸.

Como um instrumento de vigilância em saúde bucal, a CSC aborda aspectos informativos relacionados à dentição decídua, desenvolvimento dos dentes, cárie dentária e orientações para a limpeza da boca/dentes. Apresenta um espaço denominado “registros dos procedimentos da saúde bucal” que contém desenhos e legenda para anotações do cronograma de erupção do dente decíduo, cronograma de exfoliação do dente decíduo e erupção dos dentes permanentes e odontograma¹¹.

Estudos anteriores destacaram a importância da CSC como instrumento de vigilância em saúde infantil¹⁹⁻²⁷. Entretanto, problemas na qualidade do preenchimento desse instrumento têm sido demonstrados por estudos empregando

diferentes metodologias¹⁹⁻²⁵. O preenchimento dos itens da CSC, referentes à gravidez, parto e recém-nascido foi avaliado como presente, ausente ou incorreto, entre as mães de crianças que a receberam nas maternidades públicas, privadas ou conveniadas de Belo Horizonte, Minas Gerais (MG), no ano de 2005. A ausência de registro foi o achado mais frequente e o percentual de preenchimento dos itens variou de 2% (número do registro civil) a 91% (peso ao nascer)²⁰. Outro estudo avaliou a presença de preenchimento de itens da CSC de crianças nascidas no ano de 2007 e inscritas no programa de puericultura de quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Pelotas, Rio Grande do Sul e foram observadas falhas em vários itens, com maior frequência de preenchimento nos itens referentes à vacinação²¹. No ano de 2012, em Pouso Alegre, MG, foram avaliadas 150 CSC e dados sobre gravidez, parto e puerpério, referentes ao desenvolvimento neuropsicomotor, informações sobre a alimentação, uso de suplementos vitamínicos-minerais e acompanhamento da saúde bucal, ocular e auditiva das crianças não estavam preenchidos em nenhuma das cadernetas avaliadas. Já o registro de vacinas estava corretamente preenchido em todas as cadernetas²². Estudo realizado em 18 UBS de Belo Horizonte, MG, em 2006, avaliou a qualidade do preenchimento de 20 itens considerados essenciais ao acompanhamento da saúde da criança e 68,2% das CSC apresentaram mais de 60% dos itens preenchidos e os mais preenchidos referiam-se à identificação da criança, dados do nascimento e registro de vacinas¹⁹. Em dois municípios no Piauí, em 2008, 22,2% das CSC foram adequadamente preenchidas, considerando o conjunto das informações relativas à identificação, crescimento (peso e altura), desenvolvimento e imunização²³. Em 2013, em um município de pequeno porte em São Paulo, os itens de vacinação foram os mais frequentemente preenchidos (96,6%) e o gráfico de desenvolvimento foi o que apresentou menor preenchimento²⁴.

Somente um dos estudos identificados considerou os itens de saúde bucal na avaliação do preenchimento da CSC. Esse estudo foi realizado em um município de pequeno porte no Estado de Minas Gerais, entre uma amostra de conveniência de crianças da área de abrangência de duas UBS, em 2012²². Revisão sistemática da literatura realizada por Almeida *et al* (2015)²⁸ avaliou o uso do CC e da CSC pela inclusão de estudos que realizaram análise quantitativa do preenchimento e concluíram que as informações não foram adequadamente registradas e os resultados evidenciaram que uso do instrumento de vigilância da saúde não está

consolidado. Segundo os autores dessa revisão sistemática “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.”

A avaliação da qualidade do preenchimento da CSC pode revelar o nível de organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Neste contexto, há necessidade de outros estudos que investiguem a utilização da CSC como instrumento de vigilância da saúde bucal. Diante do exposto, o presente estudo objetivou avaliar o preenchimento dos campos de saúde geral e bucal das CSC.

MÉTODOS

Estudo transversal, realizado entre crianças de três a cinco anos de idade, de Belo Horizonte, MG, que portavam a CSC nas versões distribuídas a partir da 6ª edição (2009), quando foram introduzidos os campos referentes à saúde bucal. Belo Horizonte é a capital do Estado de Minas Gerais, localizada na região Sudeste do Brasil. A projeção da população do município para 2014 foi de 2.491.109 habitantes²⁹ e seu território é dividido em nove regiões administrativas. Apresentava, em 2010, um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,81³⁰. O município contava, em 2013, com 147 UBS distribuídas pelos nove Distritos Sanitários os quais coincidem geograficamente com as nove regiões administrativas. Segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde apresentava 509 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 261 Equipes de Saúde Bucal³¹.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado empregando a fórmula de estimativa para proporção, considerando-se a prevalência de preenchimento satisfatório da CSC (60% ou mais dos itens da CSC preenchidos) de 70% observada em estudo prévio¹⁹, nível de confiança de 95% e erro de 5%. Foi realizada correção para população finita, representada pelo número de crianças de três a cinco anos de idade residentes em Belo Horizonte (Total de crianças=81.145)³². A amostra necessária foi estimada em 317 crianças, que acrescida de 20% para compensar perdas, resultou em 382 participantes. A amostra foi estratificada e proporcional ao número de crianças de três a cinco anos em cada um dos nove Distritos Sanitários de Belo Horizonte.

Os dados foram coletados no dia 22 de novembro de 2014, durante a Campanha Nacional de Multivacinação Infantil, realizada em Belo Horizonte. Para seleção e alcance da amostra, foram selecionadas duas UBS de cada Distrito Sanitário que apresentavam o maior número de crianças nas suas áreas de abrangência, no ano de 2010³³. As crianças foram incluídas, à medida que possuíam os critérios de inclusão: portar a partir da 6ª edição da CSC e possuir entre três a cinco anos de idade.

Previamente a coleta de dados, foi realizado um estudo-piloto em uma UBS da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH) para teste do roteiro de entrevista e de observação da CSC, que conduziu às adequações no formato do instrumento. A entrevista e observação da CSC foram realizadas por entrevistadores previamente treinados, acadêmicos do curso de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Foi realizado um treinamento teórico e prático, com duração de 5 horas e participação de 36 voluntários. O roteiro para coleta de dados e as versões da CSC a serem incluídas foram apresentados aos entrevistadores, bem como seu conteúdo e os critérios para a avaliação de cada item, com simulação de observação da CSC. No dia da Campanha de Multivacinação, dois estudantes em cada UBS se responsabilizaram pela coleta de dados. O monitoramento da coleta de dados foi realizado com o uso do aplicativo de celular *WhatsApp*®, em tempo real.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista com um dos pais da criança e observação direta da sua CSC. Para a entrevista, foi empregado um roteiro com variáveis para caracterização sociodemográfica e condições de saúde da mãe e da criança e da atenção em saúde recebida pela criança. Nesse estudo, foram apresentados os resultados para a idade da mãe, renda *per capita* e sexo da criança para caracterização da amostra.

Para a observação direta da CSC, foi utilizado um roteiro para a avaliação do preenchimento dos itens de caracterização da criança, saúde geral e bucal; itens de preenchimento pelos pais ou por profissionais de saúde na maternidade ou durante o acompanhamento da criança, nos serviços de atenção primária ou em outros serviços procurados pelos usuários. Os itens foram selecionados com base no sistema proposto por Alves *et al.* (2009)¹⁹, que incluiu 20 itens da 5ª versão da CSC considerados essenciais ao acompanhamento da saúde da criança e definidos como o preenchimento mínimo indispensável. No presente estudo, foram avaliados 19 desses 20 itens, pois um deles foi excluído a partir da 6ª versão da CSC, acrescidos

dois itens de saúde bucal, totalizando os seguintes 21 itens: nome da criança; data de nascimento; nome da mãe; trimestre de início do pré-natal; número de consultas de pré-natal; tipo de parto; peso ao nascer; comprimento ao nascer; perímetro cefálico ao nascer; *Apgar no 5º* minuto; idade gestacional da criança; tipo de alimentação da criança na alta da maternidade; anotação sobre o desenvolvimento neuropsicomotor; perímetro cefálico ao nascer marcado no gráfico; idade em que o último ponto do perímetro cefálico foi marcado no gráfico; peso ao nascer marcado no gráfico; idade em que o último ponto de peso foi marcado no gráfico; registro nos cronogramas de erupção; no odontograma; do uso de ferruginoso e registro das vacinas.

As orientações do Manual para Utilização da CSC foram consideradas para a avaliação do preenchimento¹¹. Para avaliar os itens referentes ao desenvolvimento neuropsicomotor, idade em que o último ponto do perímetro cefálico e do peso foi marcado no gráfico foram considerados os registros referentes ao primeiro ano de vida da criança. O intervalo máximo admitido para registro do peso e do perímetro cefálico nos gráficos foi de três meses. Para o item desenvolvimento neuropsicomotor, o preenchimento 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. A verificação da condição vacinal foi realizada pela equipe responsável pela vacinação¹⁹. Em relação à erupção dentária, foi avaliada a presença do registro, independentemente do número de dentes marcados, uma vez que a CSC não possui campo destinado ao registro da data da consulta odontológica nem a idade da criança no momento da avaliação, inviabilizando a análise da qualidade do preenchimento. O odontograma foi avaliado somente pelo seu uso, pois a ausência de legenda para registro de dentes hígidos impossibilitou concluir se o odontograma não foi preenchido ou se a criança não apresentava alterações bucais no momento da avaliação. Para os outros quinze itens, considerou-se a presença ou não do preenchimento e a veracidade dos registros não foi investigada.

Os dados foram submetidos à análise descritiva, com a obtenção da frequência de preenchimento de cada um dos itens da CSC. Foi também obtida frequência de cadernetas com 60%, 70%, 80% e 90% dos itens preenchidos. Foi realizada a dupla digitação do banco de dados por dois pesquisadores, independentemente, empregando o *software Microsoft Excel*®. Em seguida, o Epi

Info versão 3.2.7 foi utilizado para cruzamento dos bancos de dados e identificação de inconsistências que foram corrigidas por consulta aos roteiros originais. A análise dos dados foi realizada empregando o programa SPSS versão 17.0.

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFMG e da PBH (CAAE: 35282614.2.0000.5149 e 35282614.2.3001.5140). Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos e métodos da pesquisa, tiveram as eventuais dúvidas respondidas e assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*.

RESULTADOS

Um total de 367 (96,10%) pais foram entrevistados e o mesmo número de CSC foram observadas, pois 15 pais/mães foram abordados e recusaram participar da pesquisa. A maioria (72,5%) dos entrevistados eram as mães. A média de idade foi de 33,75 anos (DP=6,54) e a renda *per capita* média de R\$ 1.422,73 (DP=R\$1.277,46). Entre as CSC observadas, 56,9% eram de crianças do sexo masculino.

Os itens da CSC com maior frequência de preenchimento foram: o nome da criança, data de nascimento, nome da mãe. Dentre os itens a serem preenchidos na maternidade, houve maior preenchimento do peso e comprimento ao nascer. Dentre os itens de preenchimento pelos profissionais de saúde durante o acompanhamento da criança nos serviços de atenção primária ou em outros serviços procurados pelos usuários, os mais frequentemente preenchidos foram os registros das vacinas. Não houve preenchimento do odontograma em 99,2 % e do campo de erupção dentária em 98,6% das CSC (Tabela 1).

Observou-se 44,5% das CSC com 60% dos itens preenchidos, percentual que reduziu para 27% ao considerar 70% de preenchimento, reduzindo ainda mais ao se considerar 80% e 90% de preenchimento (Gráfico 1).

DISCUSSÃO

A importância do uso da CSC como instrumento de vigilância em saúde é ressaltada em diversos estudos¹⁹⁻²⁷. A CSC foi concebida visando a vigilância integral à saúde da criança, não se restringindo à condição vacinal e nutricional.

Embora o MS estabeleça que a CSC substituiu o CC¹¹, os itens mais preenchidos foram aqueles que já constavam no Cartão: nome e data de nascimento da criança, nome da mãe e registro de vacinas. Observou-se que em, aproximadamente, metade das CSC não houve preenchimento de 60% dos 21 itens considerados essenciais. Registro no odontograma foi observado em 0,8% das CSC e no campo de erupção dentária em 1,4%. Essas constatações sugerem que, apesar do aprimoramento no instrumento de vigilância, o seu uso ainda é insatisfatório e compromete o monitoramento e a promoção de saúde infantil, com destaque ao não uso dos campos referentes à saúde bucal.

A coleta de dados da pesquisa foi realizada em um dos sábados da Campanha Nacional de Multivacinação Infantil de 2014, que teve a duração de vinte dias. Embora tenha sido realizado um cálculo amostral, o método de seleção da amostra pode ter afetado o perfil das mães incluídas, representando o grupo que não utiliza o serviço de saúde durante a semana devido ao trabalho ou usam o serviço público menos regularmente. Contudo, essa opção metodológica permitiu o alcance da amostra e buscou-se a representatividade do município, já que foi selecionada em todos os Distritos Sanitários do município. Em relação aos critérios de inclusão, foram selecionadas crianças de três a cinco anos de idade porque nessa faixa etária, as crianças apresentam todos os dentes decíduos erupcionados e ausência de erupção dos dentes permanentes^{34,35}, tendo em vista que os campos de saúde bucal analisados referem-se à erupção da dentição decídua e odontograma. Embora a análise tenha sido realizada identificando os itens que deveriam ser preenchidos na maternidade, os resultados podem não refletir a prática nesses lugares, já que esses itens podem ter sido preenchidos em outros serviços ou mesmo pelos pais.

Os itens selecionados para a avaliação da qualidade do preenchimento da CSC refletem as ações básicas propostas para o acompanhamento da saúde da criança¹⁹. Nesse estudo, observou-se, que para 13 itens da CSC, o percentual de preenchimento foi inferior a 60% e que em, aproximadamente, metade das CSC (55,5%), menos de 60% dos itens estavam preenchidos. A CSC foi proposta como instrumento essencial de vigilância por pertencer à criança e à família e com elas transitar por diferentes serviços e níveis de atenção. Contudo, para que a CSC contribua na comunicação, vigilância e promoção da saúde infantil é necessária sua

utilização adequada, o que inclui o registro correto e completo das informações, além do diálogo com a família sobre as anotações ali realizadas²⁰.

Os itens de identificação avaliados são os que apresentaram maior frequência de preenchimento. Entretanto, os três campos analisados nesse estudo não se constituem nos únicos no campo de identificação. Outros campos, tais como endereço, raça/cor da pele, nome do pai fazem parte deste tópico da CSC. Observa-se que mesmo em estudos que avaliaram o preenchimento de outros campos de identificação, os mais frequentemente preenchidos foram nome da criança, data de nascimento e nome da mãe²¹. Os itens de identificação da criança e da mãe compõem a parte da CSC destinada às famílias e podem, com maior frequência, ter sido preenchidos pelos pais, embora não foi objetivo deste estudo identificar quem preencheu o campo.

O registro da vacina foi corretamente preenchido em 94,0% das CSC, sendo o terceiro campo mais preenchido. Esse resultado sugere que o uso desse instrumento não avançou para além do Cartão de Vacina. Outros estudos apontaram alta frequência de preenchimento do campo das vacinas, variando de 91,8% a 100%^{19,20,22-24}. O alto percentual de registro das vacinas parece indicar o uso regular deste tipo de serviço pelas crianças, ao mesmo tempo em que revela que permanece a utilização da CSC, apenas como “cartão de vacinação”. A utilização do instrumento para acompanhamento de outros itens importantes na promoção da saúde da criança não encontra a mesma adesão²². O resultado pode também refletir a excelência do Programa Nacional de Imunização, que mobiliza toda a população há mais de 40 anos, em torno das campanhas de vacina em escala nacional.

Os dados referentes ao pré-natal, parto, puerpério e sobre o recém-nascido devem ser registrados nas maternidades. Os percentuais de preenchimento desses itens variaram de 35,1% (número de consultas no pré-natal) até 64,5% (peso ao nascer). Os percentuais de preenchimento dos itens *Apgar* no 5º minuto (54,0%), tipo de parto (56,1%), trimestre de início do pré-natal (38,7%), número de consultas do pré-natal (35,1%) e idade gestacional (54,8%) foram considerados baixos. Esses resultados foram inferiores ao observado previamente, em 2008, em que o início do pré-natal estava preenchido em 59,6% das CSC, o número de consultas de pré-natal, em 68,5%, o tipo de parto, em 84,9%, a idade gestacional, em 75,9% e o *Apgar* no 5º minuto em 76,7% das CSC²⁰. Em 2009, foram encontradas as seguintes frequências de preenchimento: trimestre de início do pré-natal (58,0%), número de

consultas de pré-natal (69,9%), tipo de parto (89,3%), idade gestacional (72,4%) e *Apgar* no 5º minuto (53,5%)¹⁹. Esses dois estudos foram realizados em UBS em Belo Horizonte (MG), mesmo município do presente estudo e evidenciam que, após uma década, se confirmam problemas no preenchimento do instrumento quanto a esses itens de preenchimento nas maternidades, indicando uma diminuição do seu uso. No presente estudo, as crianças foram selecionadas independentemente de serem acompanhadas pelo serviço público ou privado. Nos estudos citados, a amostra foi formada por crianças que procuraram UBS para atendimento na atenção primária à saúde e estavam portando a CSC²⁰ e crianças que eram acompanhadas no SUS¹⁹. Esse resultado pode indicar práticas diferenciadas entre o serviço público e privado quanto ao uso e preenchimento da CSC, hipótese que deverá ser testada em novos estudos.

Dos itens de preenchimento na maternidade, os dois com maior frequência foram o peso e o comprimento ao nascer. Os estudos são concordantes quanto a maior frequência de preenchimento do peso ao nascer na CSC.^{19,20,22,25} Esse resultado pode ser entendido pela percepção dos pais e dos profissionais, que reconhecem ser a CSC um instrumento somente para acompanhamento do crescimento da criança e para registro de vacina.²⁶

O trimestre de início do pré-natal e o número de consultas no pré-natal foram dos itens menos preenchidos nas maternidades. Tais informações poderiam ser úteis na avaliação da assistência à gestante e as condições de desenvolvimento da criança no útero²⁰. O Ministério da Saúde recomenda, para as gestantes de risco habitual, seis consultas durante a gravidez³⁶. O preenchimento do *Apgar* no 5º minuto foi inferior ao observado em Belo Horizonte, em 2008, de 74%²⁰ e em um estudo francês e foi semelhante ao observado no mesmo município em 2009 (53,5%)¹⁹. Na França, foi realizado um estudo transversal multicêntrico entre 1685 crianças e 96% dos instrumentos apresentavam preenchimento de *Apgar* no 1º ou 5º minuto. Nesse país, o instrumento *Carnet de Santé de l'Enfant* é utilizado há mais de 50 anos⁵. Hipóteses para explicar a ausência de preenchimento do Índice nas declarações de nascidos vivos (DN) foram apontadas: a não realização da medida na maternidade, o que sugere baixa qualidade da atenção prestada ao parto e recém-nascido ou a realização da medida, mas pouco cuidado com seu registro³⁷. Se a DN, um documento obrigatório, apresenta falhas no preenchimento, esperava-se acontecer uma situação mais desfavorável para o registro da mesma informação

na CSC. De todo modo, os resultados levam a restrição do uso dessa informação, que tem se mostrado importante um indicador de mortalidade neonatal, pois se constitui em uma das medidas de viabilidade dos recém-nascidos³⁸.

O tipo de alimentação na alta da maternidade foi um dos dois itens menos preenchidos na maternidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o aleitamento materno exclusivo deve ser iniciado imediatamente no pós-parto³⁹. Esse registro, se realizado, poderia contribuir para intervenções da atenção básica no sentido de evitar o desmame precoce, já que seu risco é maior naquelas crianças que não iniciaram a amamentação na maternidade¹⁹.

Portanto, há necessidade de se compreender as causas do não preenchimento da CSC. Uma das hipóteses é a sobreposição de informações a serem preenchidas pelos profissionais em mais de um documento na maternidade, dificultando o processo de trabalho. De acordo com as orientações do Ministério da Saúde e por força de lei, no Brasil, a DN, regulada pela Lei nº12662/2012⁴⁰, é de preenchimento obrigatório. Verifica-se que a DN compartilha várias informações presentes na CSC. Entretanto, o negligenciamento no preenchimento das CSC pode estar relacionado ao fato que ele não é obrigatório e não implica em consequências para o profissional, para o serviço de saúde ou para a família. Uma das estratégias para melhorar o preenchimento poderia ser a incorporação da DN como parte da CSC. Outro dificultador pode ser a falta de definição clara de qual profissional compete o preenchimento da CSC na maternidade, o que pode levar à “diluição de responsabilidades e dificuldades nos esforços de capacitação e avaliação”²⁰.

O correto preenchimento dos gráficos de peso e perímetro cefálico no primeiro ano de vida foi observado em 62,7% e 51,8% das CSC, respectivamente, anotações sobre o uso de ferruginoso em 4,6% e sobre o desenvolvimento neuropsicomotor em 6,0% das CSC. Em estudo anterior, realizado no mesmo município, no ano de 2009, o gráfico de peso foi preenchido corretamente em 59,4% e o gráfico de perímetro cefálico em 30,7% das CSC. O uso de ferruginoso foi registrado em 3,1% e anotações sobre o desenvolvimento neuropsicomotor em 18,9%¹⁹. Nesses dois estudos foi utilizada a mesma metodologia para avaliação do gráfico do peso e perímetro cefálico (registros de peso e de perímetro cefálico marcados no gráfico cuja diferença entre a idade na data do registro e a idade cronológica da criança foi ≤ 3 meses). As informações de acompanhamento do desenvolvimento da criança deveriam ser registradas pelos profissionais de saúde

responsáveis pelo acompanhamento da criança, nos serviços de atenção primária ou em outros serviços procurados pelos usuários²⁰. Não há justificativas para a não utilização da CSC por parte da equipe de saúde e demonstra fraco vínculo dos profissionais com as ações básicas de saúde, medidas de comprovada eficácia²⁵. A CSC deveria ser preenchida nas consultas de acompanhamento de rotina. O Ministério da Saúde recomenda sete consultas nos primeiros 12 meses (1ª semana e 1º, 2º, 4º, 6º, 9º e 12º mês), duas no segundo ano (18º e 24º mês) e, a partir dessa idade, uma por ano¹¹. A baixa proporção dos registros de desenvolvimento pode representar um não reconhecimento pelos profissionais da necessidade e utilidade do instrumento para o acompanhamento da criança na sua prática clínica. A literatura apontou possíveis motivos para problemas no preenchimento da CSC: limitação do conhecimento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a CSC, dificuldade na sua utilização considerando os enfrentamentos cotidianos do processo e da organização do trabalho das ESF e o desinteresse e descuido das famílias com a CSC²⁶.

O uso adequado da CSC pode contribuir para a qualidade do cuidado na APS. O registro correto das informações possibilitaria a coordenação da atenção, por meio da disponibilização de informações a respeito de problemas e serviços anteriores usados pela criança e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento⁴¹. A existência de problemas no preenchimento da CSC compromete a integralidade do cuidado, pois não cumpre o papel de articular e integrar a atuação multiprofissional, comprometendo a continuidade do cuidado prestado nos diversos níveis de atenção. Adicionalmente, a CSC teria como potencial intermediar o diálogo entre os familiares e os profissionais de saúde²⁰, favorecendo a longitudinalidade. A utilidade da CSC, ao não ser adequadamente preenchida pelos profissionais de saúde, torna-se questionável, pois deixa de ser um instrumento de transmissão de informações da criança entre os serviços de saúde e não explorada no diálogo entre profissionais da saúde e família, ação que deve ser valorizada, uma vez que pesquisas apontam a importância do envolvimento da família com o desenvolvimento e crescimento das crianças^{19,20,27,42}. Análise crítica da CSC como instrumento de informação e educação em saúde, por meio de uma abordagem qualitativa e multiprofissional, incluindo 20 profissionais de saúde e 20 mães de crianças com menos de 42 meses sugeriu que a CSC não tem favorecido o envolvimento da família com a atenção

recebida pela criança⁴³. Além disso, muitas mães não reconhecem as funções do instrumento, entendendo-o somente como cartão de vacina ou mesmo que o instrumento não “serve para nada”²⁰.

Embora todos os pontos de atenção em saúde devam se responsabilizar pela verificação e o preenchimento da CSC, é particularmente nas maternidades e nos serviços de atenção primária que o adequado manejo deste instrumento se constitui em permanente desafio, por serem estes os locais onde grande parte das informações é gerada¹⁹. Como o registro das informações é responsabilidade dos profissionais de saúde, sucessivos estudos apontam para a necessidade de conscientizar e estimular os profissionais de saúde da rede pública quanto à importância da CSC¹⁹⁻²⁷. Dessa forma, uma das estratégias apontadas para melhorar o uso da CSC tem sido a ação efetiva da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que tem como objetivo a transformação das práticas das equipes de saúde⁴².

Os campos referentes à saúde bucal não estavam preenchidos em quase totalidade das CSC. Resultado semelhante ao observado em estudo realizado em 2012 em município de pequeno porte em Minas Gerais, em que não houve registros nos campos de saúde bucal em todas as CSC observadas²². Esperava-se um maior preenchimento dos itens de saúde bucal já que 51,2% das crianças usaram os serviços odontológicos na vida e mais de um terço dos entrevistados responderam que a criança era acompanhada pelo cirurgião-dentista. O desconhecimento sobre o instrumento, a falta de informação e a desvalorização da importância de se trabalhar com o monitoramento do desenvolvimento infantil por parte do cirurgião-dentista podem ser algumas das causas para os resultados encontrados, mas novos estudos serão necessários para maior compreensão do não uso da CSC pelos cirurgiões-dentistas.

Uma das hipóteses é que a melhora do uso da CSC para a vigilância em saúde bucal da criança passa pela revisão dos campos de saúde bucal. Essas informações devem ser compreendidas e discutidas com os pais ou responsáveis pelo cuidado à criança. Com isso torna-se imprescindível que a linguagem e as ilustrações da CSC sejam adequadas à realidade da família brasileira, assim como os gráficos e espaços para registros dos profissionais possibilitem fácil interpretação por parte dos responsáveis pela criança. A avaliação dos campos sobre saúde bucal da CSC mostrou que no espaço para registro do cronograma de erupção e

exfoliação do dente decíduo e erupção do dente permanente não se observa campo para anotação da data do exame ou idade da criança, interferindo no monitoramento da cronologia da erupção. Já no odontograma, de acordo com a legenda, não é possível identificar se um dente não marcado é hígido ou se o registro não foi realizado pelo cirurgião-dentista. Além disso, o símbolo usado para o primeiro molar erupcionado é igual ao símbolo de dente restaurado, impossibilitando a identificação de restauração no primeiro molar. Estudo prévio propõe a inclusão de informações sobre traumatismo dentário, hábitos de sucção não nutritivos, deglutição atípica e respiração bucal e sugere que as orientações sobre saúde bucal sejam mais acessíveis ao entendimento dos pais⁴⁵.

Outros autores destacam que a indisponibilidade da CSC nos serviços de saúde e o tempo insuficiente para dialogar com a família sobre as informações contidas no instrumento também são entraves para a sua efetiva utilização^{26,46}. A distribuição das CSC no município de Belo Horizonte é monitorada pela Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente. As Cadernetas ficam armazenadas no almoxarifado da Secretara Municipal de Saúde e as maternidades (públicas ou privadas) as buscam mediante autorização da coordenação. Desde 2005, o MS calcula o número de cadernetas que encaminha pelo número de Nascidos Vivos. Soma-se o número de crianças nascidas (residentes e não residentes) e acrescenta-se mais 10%. Não há fluxo das CSC para as UBS, apenas em situações especiais, como um longo período de falta da caderneta por atraso no envio por parte do MS (Comunicação pessoal junto à Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, Gerência de Assistência à Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Setembro de 2015). No presente estudo, foram consideradas as crianças que possuíam CSC. Não foi objetivo avaliar a disponibilidade, pois não houve abordagem das crianças que não receberam a CSC. Há um desconhecimento do número de crianças que não receberam a CSC.

Os resultados conduziram a indagações e nos convidou a uma reflexão sobre a CSC: a CSC é o melhor instrumento para permitir a vigilância em saúde da criança? Em que medida, as informações registradas na CSC têm permitido o acompanhamento do desenvolvimento e a melhora no cuidado da criança? Em que medida a CSC tem contribuído para orientações da família e para o acompanhamento da criança nos serviços de saúde?

Estudo randomizado, controlado, realizado na Noruega evidenciou que, os registros de saúde da criança que são de posse dos pais foram bem aceitos pelos pais e profissionais, mas não apresentaram efeito na melhora da comunicação dos pais com os profissionais de saúde, não afetaram a utilização de serviços de saúde pelas crianças nem o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento e a saúde da criança⁴⁷. Na Noruega, o instrumento de registro foi desenvolvido para o estudo, com base em experiências de outros países e continha: registro de vacinas e consultas realizadas, espaços para anotações dos pais e dos profissionais de saúde e registro de etapas do desenvolvimento da criança.

Considerando a realidade brasileira, a coordenação da atenção e a vigilância à saúde da criança poderiam ser mais efetivas nos serviços de saúde por meio de sistemas de informação mais eficazes e funcionais, cujo preenchimento fosse obrigatório em todo o território nacional? A apresentação dos registros usando outras tecnologias poderia aumentar a efetividade no uso das informações? Experiências de sistemas eletrônicos de informações centrado no indivíduo têm sido relatadas em outros países; contudo ainda mostram baixas frequências de uso^{48,49}. São identificados como desafios para o desenvolvimento e efetividade desses sistemas: aceitação dos usuários por receio de risco de privacidade, dificuldades em conseguir um sistema funcional, que seria possível em um serviço de saúde integrado; fatores econômicos, sociais e culturais, que refletiriam em diferentes possibilidades de compreensão, acesso e uso dos sistemas eletrônicos^{48,49}. Contudo, essas inovações são sustentadas pelas limitações dos processos tradicionais e a necessidade de acesso mais rápido e flexível às informações de saúde pelos usuários. São apontados como inovadores com potencial para aumentar o empoderamento dos usuários, tornando-os mais ativos nas tomadas de decisões sobre a situação de sua própria saúde^{48,49}. Estudo realizado no Havaí mostrou que crianças cujos pais usavam um sistema eletrônico para registros pessoais de saúde integrado ao dos sistemas de saúde nacionais, mas de acesso pelos usuários (*Integrated Personal Health Records*) apresentaram maior adesão às consultas de cuidado infantil preconizadas e ao programa de imunização⁵⁰.

Essa reflexão e novas indagações evidenciam a importância da avaliação das ações e políticas públicas, visando o alcance dos objetivos propostos, para um avanço no sentido da qualidade do cuidado na atenção primária à saúde. Itens da CSC considerados essenciais apresentaram baixa frequência de preenchimento e

esse instrumento tem sido insatisfatoriamente utilizado pelos profissionais de saúde. Quanto à saúde bucal, a CSC não tem sido empregada como um instrumento de vigilância das crianças, comprometendo o monitoramento e a promoção da saúde infantil.

REFERÊNCIAS

1. Macfarlane A, Saffin K. Do general practitioners and health visitors like “parent held” child health records? *Br J Gen Pract* 1990; 40(332):106-108.
2. Cuthbertson WFJ, Morley D. A health and weight chart for children from birth to five. *West Afr Med J* 1962; 11:237-40.
3. Lakhani AD, Avery A, Gordon A, Tait N. Evaluation of a home based health record booklet. *Arch Dis Chil* 1984; 59(11):1076-81.
4. Macmaster P, Macmaster HJ, Southall FRCP. Personal child health record and advice booklet programme in Tuzla, Bosnia Herzegovina. *J R Soc Med* 1996; 89(4):202-204.
5. Vincelet C, Tabone MD, Berthier M, Bonnefoi MC, Chevallier B, Lemaire JP, Dommergues JP. How are personal child health records completed? A multicentric evaluation study. *Arch Pediatr* 2003; 10(5):403-409.
6. Volkmer RE, Gouldstone MA, Ninnes CP. Parental perception of the use and usefulness of a parent-held child health record. *J Paediatr Child Health* 1993; 29(2):150-153.
7. 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 Develop* 2007; 33(6):744-748.
8. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
9. Ministério da Saúde (Brasil). 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 União 24 jun 2005; Seção 1.

10. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.058, de 4 de julho de 2005. Institui a disponibilização gratuita da “Caderneta de Saúde da Criança”. Diário Oficial da União 5 jul 2005; Seção 1.
11. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
12. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
13. Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. BH Viva Criança: compromisso com a assistência integral à saúde da criança e adolescente. Belo Horizonte: SMSA/PBH; 2004.
14. Diretoria de Normalização de Atenção à Saúde, Superintendência de Atenção à Saúde, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção à saúde da criança. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2006.
15. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
16. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
17. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
18. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
19. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA, *et al.* Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:583-95.
20. Goulart LMHF, 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; 26:106-12.

21. 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. *Rev AMRIGS* 2012; 56:245-50.
22. 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; 38:8-15.
23. 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 Matern Infant* 2014; 14:219-27.
24. 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; 48:60-7.
25. Vieira GO, Vieira TO, Costa MCO, Netto PVS, Cabral VA. Uso do cartão da criança em Feira Santana, Bahia. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5:177-84.
26. Andrade GN, Rezende TMRL, Madeira AMF. Caderneta de Saúde da Criança: experiências dos profissionais da atenção primária à saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48:857-64.
27. Silva FB, Gaíva MAM. Preenchimento da caderneta de saúde da criança: percepção dos profissionais. *Ciênc Cuid Saúde* 2015; 14:1027-34.
28. 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 In press* 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.06.012> (acessado em 28/Out/2015).
29. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (Brasil). Resolução n. 2, de 26 de agosto de 2014. Divulgar as estimativas da população, para Estados e Municípios com data de referência em 1º de julho de 2014. Diário Oficial da União 28 ago 2014; Seção 1.
30. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. <http://www.atlasbrasil.org.br/2013> (acessado em 25/Mar/2015).
31. Departamento de Informática do SUS, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta de Estabelecimentos por CNES - ano base 2013. <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1> (acessado em 25/Mar/2015).

32. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Dados do censo 2010. http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=estatisticaseindicadores&lang=pt_BR&pg=7742&tax=20040 (acessado em 05/Jun/2014).
33. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. <http://intranet.smsa.pbh/cgi/tabcgi.exe?pop2010.def> (acessado em 22/Mai/2014).
34. Messer LBA, Till MJ. A landmark report on understanding the human dentition. *JADA* 2013; 144(4):357-361.
35. Burgueño Torres L, Mourelle Martínez MR, de Nova Garcia JM. A study on the chronology and sequence of eruption of primary teeth in Spanish children. *Eur J Pediatr Dent* 2015; 16(4):301-4.
36. Brasil. Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prenatal_puerperio_atencao_humanizada.pdf (acessado em 28/Mar/2015).
37. Schoeps D. O papel dos profissionais de saúde na qualidade da informação de óbitos perinatais e nascidos vivos no município de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2012 [acesso 2015-11-17]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-17052012-115130>.
38. Ribeiro AM, Guimarães MJ, Lima MC, Sarinho SW, Coutinho SB. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(2):246-255.
39. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an Expert Consultation. Geneva, Switzerland, March 2001.
40. Brasil. Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Assegura a validade nacional à Declaração de Nascido Vivo. Diário Oficial da União 6 jun 2012; Seção 1.
41. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002; p. 365-66.
42. Clendon J, Dignam D. Child health and development record book: tool for relationship building between nurse and mother. *J Adv Nurs* 2010; 66:968-77.
43. Vieira JRB. Análise crítica da Caderneta de Saúde da Criança como instrumento de informação e educação em saúde nas áreas de: medicina, odontologia,

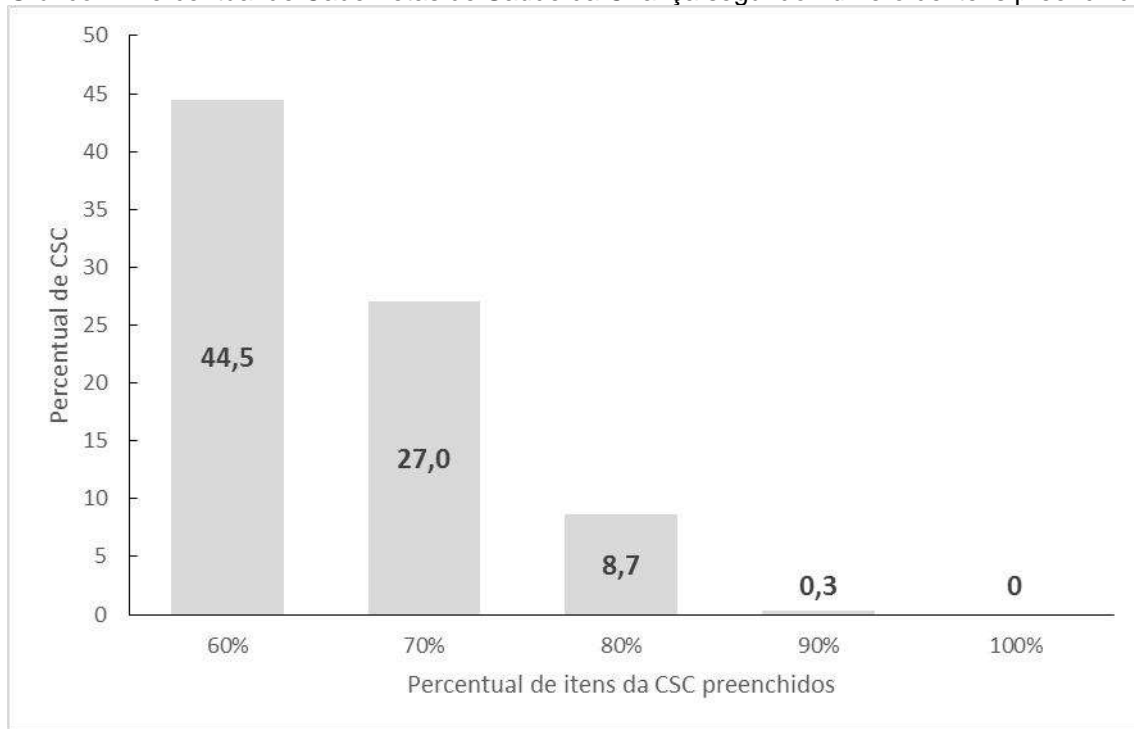
- fonaudiologia e psicologia. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Ciências Médicas] – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2012.
44. Departamento de Gestão da Educação em Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
45. Vieira JRB, Rangel M, Vieira FLD. Análise Crítica da Caderneta de Saúde da Criança como Instrumento de Informação e Educação em Saúde Bucal. *Odontol Clín-Cient* 2011; Suppl 437-41.
46. Abreu TGT, Viana LS, Cunha, CLF. Desafios na utilização da caderneta de saúde da criança: entre o real e o ideal. *J Manag Prim Health Care* 2012; 3:80-83.
47. Grovdal B; Grimsmo A, Nilsen TIL. Parent-held child health records do not improve care: a randomized controlled trial in Norway. *Scand J Prim Health Care* 2006; 24:186-90.
48. Househ MS, Boryckib EM, Rohrera WM, Kushniruk AW. Developing a framework for meaningful use of personal health records (PHRs). *Health Pol Tech* 2014; 3(4):272–280.
49. Genitsaridi I, Kondylakis H, Koumakis L, Marias K, Tsiknakis M. Irini Genitsaridia. Towards Intelligent Personal Health Record Systems: Review, Criteria and Extensions. *Proc Comp Sci* 2013; 21:327–334.
50. Tom JO, Chen C, Zhou YY. Personal health record use and association with immunizations and well-child care visits recommendations *J Pediatr* 2014; 164(1):112-7.

Tabela 1: Frequência de preenchimento dos 21 itens da CSC. Belo Horizonte. 2014 (n=367).

| Itens da CSC | Sim | Não |
|--|-----------------------|-----------------------|
| | n (%; IC 95%) | n (%; IC 95%) |
| Dados de identificação a serem preenchidos pelos responsáveis | | |
| 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 sobre gravidez, parto e puerpério e dados do recém-nascido 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 de saúde da criança para preenchimento pelos profissionais de saúde durante o acompanhamento da criança nos serviços de atenção primária ou em outros serviços procurados pelos usuários | | |
| 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 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 último perímetro cefálico 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) |

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

Gráfico 1: Percentual de Cadernetas de Saúde da Criança segundo número de itens preenchidos.



Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

5.1.2 Artigo 2

Caderneta de Saúde da Criança: existem diferenças na qualidade de preenchimento de acordo com o tipo serviço de saúde usado pela criança?

Resumo

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) é um importante instrumento de vigilância e promoção da saúde infantil. Objetivou-se avaliar a associação entre qualidade do preenchimento da CSC e o tipo de serviço usado para acompanhamento da saúde das crianças. Estudo transversal com amostra estratificada e proporcional aos nove Distritos Sanitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, selecionada entre crianças de 3 a 5 anos, no Dia da Campanha de Multivacinação Infantil de 2014. Utilizou-se roteiro para entrevista com os pais e observação de 21 itens da CSC essenciais para o acompanhamento do desenvolvimento infantil, sendo consideradas com preenchimento satisfatório as CSC com mais de 60% dos itens preenchidos. A principal variável independente foi o tipo de serviço usado pelos pais para acompanhamento da saúde das crianças. As outras variáveis independentes foram referentes a características demográficas da mãe e da criança, condições de saúde da mãe e da criança e atenção em saúde recebida pela criança. A associação foi testada por meio de análise de regressão logística. Participaram 367 (96,10%) pais. A prevalência de preenchimento insatisfatório foi 55,5%. Não houve associação significativa entre qualidade de preenchimento e tipo de serviços de saúde usados pelas crianças. Houve maior prevalência de qualidade insatisfatória do preenchimento quando a mãe não recebeu explicações sobre a CSC, nas CSC sem anotações das mães/pais e nas mães com idade gestacional <37 semanas. A CSC tem sido insatisfatoriamente empregada como um instrumento de vigilância da saúde das crianças independentemente do tipo de serviço usado pela criança. **Descritores:** Vigilância em Saúde Pública. Saúde da Criança. Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

Os instrumentos para registros de informações sobre a saúde da criança são utilizados há muitos anos em diversos países e buscam promover o maior envolvimento das famílias no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil^{1,2}. Poucos estudos avaliaram a efetividade do uso de tais instrumentos no monitoramento da saúde da criança e não há evidência científica que seu uso esteja associado à melhoria nos indicadores de saúde ou no acesso aos serviços de saúde, com exceção às melhores taxas de imunização³. As implicações do uso dos instrumentos de registros estão para além da assistência individual da criança e eles devem ser considerados como estratégia no âmbito das políticas de informação em saúde⁴.

Ensaio clínico, realizado na Noruega (2006), que propôs identificar o efeito de um instrumento de vigilância de saúde infantil denominado *Parent-Held Child Health Record* (PHCHR) não apontou melhoria na comunicação entre a família e os profissionais de saúde envolvidos no acompanhamento da criança, assim como não indicou maior conhecimento dos pais sobre a saúde dos filhos. Porém, os responsáveis relataram satisfação com o PHCHR⁵.

No Brasil, a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) é o instrumento recomendado pelo Ministério da Saúde desde 2005, se propõe a acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança até os 10 anos de idade, com potencial para favorecer o diálogo entre a família e os profissionais de saúde⁶.

A CSC tem sido avaliada por pesquisadores brasileiros desde a sua implementação, com predomínio de estudos transversais, que buscaram quantificar a frequência de preenchimento dos itens da CSC por meio da observação direta do instrumento⁷⁻¹². Alguns estudos, de abordagem analítica, buscaram avaliar o preenchimento por meio da caracterização da qualidade de preenchimento como variável dependente^{7,8,11,13}. A qualidade de preenchimento foi definida pelo percentual mínimo de itens considerados essenciais para o acompanhamento do desenvolvimento infantil preenchidos⁸ ou pelo preenchimento conjunto das informações relativas à identificação, crescimento, desenvolvimento e imunização¹¹, preenchimento adequado da curva de crescimento e desenvolvimento^{7,13}.

De modo geral, os estudos evidenciaram falhas no preenchimento da CSC, o que parece indicar que o instrumento não tem atingido os seus objetivos. Os

resultados apresentaram concordância quanto aos itens mais frequentemente preenchidos, sendo referentes à identificação da criança e da mãe, vacinação e peso ao nascer ou peso marcado no gráfico⁷⁻¹⁰. Quanto à qualidade do preenchimento, 31,8% das CSC apresentaram menos de 60% de preenchimento de 20 itens essenciais para o acompanhamento do desenvolvimento infantil⁸. Já o preenchimento conjunto da identificação, crescimento e desenvolvimento e imunização foi observado em 22,2% das CSC¹¹. O preenchimento dos itens de desenvolvimento e crescimento foi incompleto em 95,4% e 79,6% das CSC¹³. A baixa escolaridade da mãe foi fator associado à pior qualidade do preenchimento^{8,11} e também associado ao menor preenchimento da curva de desenvolvimento⁷. A menor renda e o fato da mãe trabalhar fora do lar foram associados ao preenchimento insatisfatório da curva de crescimento⁷. A menor idade da criança foi associada à maior qualidade de preenchimento dos itens essenciais da CSC⁸ e do gráfico de crescimento¹³. Já em relação à curva de crescimento e desenvolvimento, observou-se maior preenchimento nas crianças com menos de seis meses de idade⁷. As CSC de mães primíparas apresentaram maior preenchimento da curva de desenvolvimento em Feira de Santana⁷, já em Mato Grosso, foi observada maior frequência de preenchimento completo dos dados de desenvolvimento nas CSC quando as mães possuíam dois filhos ou mais¹³. Variáveis relacionadas à atenção em saúde da criança foram também investigadas. Quando o médico generalista não participou da assistência à criança na Atenção Primária à Saúde (APS) observou-se maior frequência de preenchimento insatisfatório dos itens essenciais da CSC⁸. Quando as consultas pediátricas das crianças foram na puericultura, os cartões da criança apresentavam maior frequência de algum registro de peso na curva ponderal¹⁴. As CSC apresentaram maior preenchimento dos itens essenciais quando as mães receberam informações sobre a CSC na maternidade⁸.

Em dois dos estudos analíticos^{8,11}, a amostra de crianças foi constituída por usuários do serviço público de saúde⁸ ou que procuraram uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para atendimento¹¹. Um único estudo analítico selecionou as crianças independentemente do tipo de serviço usado, contudo não avaliou o efeito do tipo de serviço na qualidade do preenchimento¹⁰. A CSC é distribuída gratuitamente a todas as crianças nascidas em território brasileiro e é entregue às famílias ainda na maternidade, ficando estas responsáveis por levar o documento sempre que a criança necessitar de atendimento de saúde. Além disso, é um dos elementos

preconizados pelas políticas públicas de saúde vigentes que envolvem a atenção à saúde integral da criança, incluindo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)¹⁵. Nos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde está descrito que “são fundamentais a utilização e o adequado preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança para o registro das principais informações de saúde da criança (Caderneta de Saúde da Criança – Passaporte da Cidadania/MS, 2011)”¹⁶. Em função disso, espera-se que a CSC seja um efetivo instrumento de vigilância, principalmente, no âmbito dos serviços de saúde pública. A avaliação do efeito do tipo de serviço usado pelos pais para acompanhamento de saúde dos seus filhos na qualidade do preenchimento da CSC pode contribuir no entendimento das práticas dos profissionais de saúde no serviço público ou privado quanto ao uso do instrumento de vigilância em saúde da criança brasileira.

Neste contexto, a hipótese testada neste estudo foi que há maior qualidade de preenchimento das CSC de crianças cujas mães relataram usar o serviço público para acompanhamento da saúde dos seus filhos. Objetivou-se avaliar a associação entre qualidade do preenchimento das CSC e o tipo de serviço usado pelos pais para o acompanhamento de saúde dos filhos.

MÉTODOS

Estudo transversal, analítico, realizado entre crianças de três a cinco anos de idade, de Belo Horizonte, MG, que portavam a CSC nas versões distribuídas a partir da 6ª edição (2009). Belo Horizonte é a capital do Estado de Minas Gerais, localizada na região Sudeste do Brasil. A projeção da população do município para 2014 foi de 2.491.109 habitantes¹⁷ e seu território é dividido em nove regiões administrativas. Apresentava, em 2010, um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal alto de 0,810¹⁸. O município contava, em 2013, com 147 UBS distribuídas pelos nove Distritos Sanitários os quais coincidem geograficamente com as nove regiões administrativas. Possui 509 Equipes de Saúde da Família e 261 Equipes de Saúde Bucal implantadas segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde¹⁹.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado empregando a fórmula de estimativa para proporção, considerando-se a prevalência de preenchimento satisfatório da CSC (60% ou mais dos itens da CSC preenchidos) de 70% observada

em estudo prévio⁸, nível de confiança de 95% e erro de 5%. Foi realizada correção para população finita, representada pelo número de crianças de três a cinco anos de idade residentes em Belo Horizonte (Total de crianças=81.145)²⁰. A amostra necessária foi estimada em 317 crianças, que acrescida de 20% para compensar perdas, resultou em 382 participantes. A amostra foi estratificada e proporcional ao número de crianças de três a cinco anos em cada um dos nove Distritos Sanitários da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH).

A variável dependente foi a qualidade do preenchimento da CSC, construída a partir da soma do número de itens preenchidos. Para isso, foram observados 21 itens da CSC com base no sistema proposto por Alves *et al.* (2009)⁸, que incluiu 20 itens da 5ª versão da CSC considerados essenciais ao acompanhamento da saúde da criança e definidos como o preenchimento mínimo indispensável. No presente estudo, foram avaliados 19 desses 20 itens, pois um deles foi excluído a partir da 6ª versão da CSC, acrescidos dois itens de saúde bucal, descritos a seguir: nome da criança; data de nascimento; nome da mãe; peso ao nascer; comprimento ao nascer; perímetro cefálico ao nascer; *Apgar no 5^o minuto*; tipo de parto; trimestre de início do pré-natal; número de consultas de pré-natal; idade gestacional da criança; tipo de alimentação da criança na alta da maternidade; perímetro cefálico ao nascer marcado no gráfico; idade em que o último ponto do perímetro cefálico foi marcado no gráfico; peso ao nascer marcado no gráfico; idade em que o último ponto de peso foi marcado no gráfico; anotação sobre o desenvolvimento neuropsicomotor; registro do uso de ferruginoso; registro das vacinas, cronograma de erupção e odontograma. Os itens preenchidos/preenchidos corretamente receberam escore um e os não preenchidos escore zero, totalizando um escore total de 0 a 21 pontos e quanto maior o escore maior o número de itens preenchidos. As CSC com 60% ou menos dos itens preenchidos (≤ 12 itens) foram consideradas com qualidade de preenchimento insatisfatório e aqueles com mais de 60% satisfatório (≥ 13). Esse ponto de corte foi definido considerando-se o um valor mínimo aceitável e por ter sido previamente usado em estudo brasileiro⁸.

As orientações do Manual para Utilização da CSC foram consideradas para a avaliação do preenchimento⁶. Para avaliar os itens desenvolvimento neuropsicomotor, idade em que o último ponto do perímetro cefálico foi marcado no gráfico e idade em que o último ponto de peso foi marcado no gráfico foram considerados os registros referentes ao primeiro ano de vida da criança. O intervalo

máximo admitido para registro do peso e do perímetro cefálico nos gráficos foi de três meses. Para o item desenvolvimento neuropsicomotor, o preenchimento 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. A verificação da condição vacinal foi realizada pela equipe responsável pela vacinação⁸. Em relação à erupção dentária, foi avaliada a presença do registro, independentemente do número de dentes marcados, uma vez que a CSC não possui campo destinado ao registro da data da consulta odontológica nem a idade da criança no momento da avaliação, inviabilizando a análise da qualidade do preenchimento. O odontograma foi avaliado somente pelo seu uso, pois a ausência de legenda para registro de dentes hígidos impossibilitou concluir se o odontograma não foi preenchido ou se a criança não apresentava alterações bucais no momento da avaliação. Para os outros quinze itens, considerou-se a presença ou não do preenchimento e a veracidade dos registros não foi investigada.

A principal variável independente foi o tipo de serviço usado pelos pais para acompanhamento à saúde da criança (público ou convênio/particular). As outras variáveis foram referentes à caracterização sociodemográfica e condições de saúde da criança e da mãe e referentes à atenção em saúde recebida pela criança.

Para a caracterização sociodemográfica da mãe e da criança foram avaliadas: idade da mãe no momento do nascimento do filho (até 25 anos, de 25 a 40 anos e 41 anos ou mais), anos de estudo da mãe, (1 a 8 anos, 9 a 12 e \geq 12 anos de estudo), local de trabalho (lar ou fora do lar), *renda per capita* e sexo da criança.

O peso ao nascer (<2500 g e \geq 2500 g), a paridade (primípara ou múltipara) e a idade gestacional (<37 semanas e \geq 37 semanas) foram as variáveis para avaliação das condições de saúde da mãe e da criança. Crianças que nascem com menos de 2500 g são consideradas de baixo peso e a idade gestacional inferior a 37 semanas define a prematuridade²¹.

Na avaliação da atenção em saúde recebida pela criança, foram coletadas além do tipo de serviço usado pela criança, as seguintes variáveis: acompanhamento da criança pelo médico generalista, pediatra, enfermeiro e cirurgião-dentista (sim ou não), acesso a informações sobre a CSC (sim ou não) e presença ou não de anotações das mães na CSC. O acesso a informações sobre a CSC e sobre saúde bucal e a presença de anotações dos pais na CSC foram

avaliados por meio das seguintes perguntas às mães: Recebeu explicações sobre a CSC na maternidade ou outro lugar? Recebeu explicações sobre saúde bucal na maternidade ou outro lugar? Há anotações feitas pelas mães ou pais na CSC?

Os dados foram coletados no dia 22 de novembro de 2014, durante a Campanha Nacional de Multivacinação Infantil. Para seleção e alcance da amostra, foram selecionadas duas UBS em cada Distrito Sanitário entre as que apresentavam o maior número de crianças nas suas áreas de abrangência, no ano de 2010²². As crianças foram incluídas, à medida que possuíam os critérios de inclusão: portar a partir da 6ª edição da CSC e possuir entre três a cinco anos de idade. Nessa faixa etária, as crianças apresentam todos os dentes decíduos erupcionados e ausência de erupção dos dentes permanentes^{23,24}, tendo em vista que os campos de saúde bucal analisados referem-se à erupção da dentição decídua e odontograma.

Previamente a coleta de dados, foi realizado um estudo-piloto em uma UBS da PBH para teste do roteiro de entrevista e de observação da CSC, que conduziu às adequações no formato do instrumento. A entrevista e observação da CSC foram realizadas por entrevistadores previamente treinados, acadêmicos do curso de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Foi realizado um treinamento teórico e prático, com duração de 5 horas e participação de 36 voluntários. O roteiro para coleta de dados e as versões da CSC a serem incluídas foram apresentados aos entrevistadores, bem como seu conteúdo e os critérios para a avaliação de cada item, com simulação de observação da CSC. No dia da Campanha de Multivacinação, dois estudantes em cada UBS se responsabilizaram pela coleta de dados. O monitoramento da coleta de dados foi realizado com o uso do aplicativo de celular *WhatsApp*®, em tempo real.

O banco de dados foi digitado, de forma independente, por dois pesquisadores, empregando o *software Microsoft Excel*®. Em seguida o Epi Info versão 3.2.7 foi utilizado para cruzamento dos bancos de dados e identificação de inconsistências que foram corrigidas por consulta aos roteiros originais. Os dados foram submetidos à análise descritiva, e a associação entre as variáveis foi testada pelo teste qui-quadrado de *Pearson*. A comparação da renda *per capita* entre os grupos com preenchimento satisfatório e insatisfatório foi realizada por meio do teste *Mann Whitney*. As variáveis associadas com a qualidade do preenchimento com $p < 0,20$ foram incluídas no modelo múltiplo. Foi utilizada análise de regressão logística, permanecendo no modelo final as variáveis com $p < 0,05$ e aquelas que melhoraram

a qualidade do ajuste. O ajuste foi avaliado por meio do teste de *Hosmer-Lemeshow*. Para testar o poder da amostra (erro tipo β) foi realizado um teste post hoc considerando os parâmetros observados na regressão logística bruta, da associação entre qualidade de preenchimento da CSC e tipo de serviço usado (OR=1,27; Pr $Y=1|X=1 = 0.57$; $\alpha=0,05$). A análise dos dados foi realizada utilizando-se o programa SPSS versão 17.0. O cálculo do poder de teste da amostra para a verificação da associação de interesse foi calculado usando o software G Power v. 3.1.9.2.

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFMG e da PBH (CAAE: 35282614.2.0000.5149 e 35282614.2.3001.5140). Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos e métodos da pesquisa, tiveram as eventuais dúvidas respondidas e assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*.

RESULTADOS

Um total de 367 (96,10%) CSC foram observadas e 15 pais/mães foram abordados e se recusaram participar da pesquisa. A maioria (72,5%) dos entrevistados foram mães. A média de idade foi de 33,75 anos (DP=6,54), a renda *per capita* média de R\$ 1.422,73 (DP=R\$1.277,46).

O percentual de preenchimento dos itens da CSC variou de 0,8 (registro do odontograma) a 99,5% (nome da criança). Não houve diferença na frequência de preenchimento da maioria dos itens da CSC segundo o tipo de serviço usado para acompanhamento da saúde da criança. As CSC de crianças que fazem acompanhamento de saúde realizado por profissionais do serviço público apresentaram, significativamente, maior frequência de preenchimento dos itens perímetro cefálico ao nascer, *Apgar* no 5º minuto e número de consultas de pré-natal (Tabela 1).

Tabela 1: Frequência de preenchimento dos itens da CSC por tipo de serviço usado pelos pais para o acompanhamento da saúde da criança.

| Itens da CSC | Percentual de preenchimento na amostra total | Frequência de preenchimento dos itens da CSC por tipo de serviço | | Valor de p |
|--|--|--|-------------------------|--------------|
| | | Serviço público (n=100) | Serviço privado (n=261) | |
| Nome da criança | 99,5 | 100 | 98,8 | 0,283 |
| Data de nascimento da criança | 99,2 | 97,0 | 96,2 | 0,709 |
| Nome da mãe | 96,5 | 100,0 | 98,9 | 0,283 |
| Peso ao nascer | 64,5 | 69,0 | 62,2 | 0,229 |
| Comprimento ao nascer | 63,4 | 68,0 | 61,3 | 0,238 |
| Perímetro cefálico ao nascer | 56,0 | 64,0 | 52,5 | 0,041 |
| Apgar no 5^o minuto | 54,0 | 62,0 | 50,2 | 0,043 |
| Tipo de parto | 56,1 | 61,0 | 53,8 | 0,219 |
| Trimestre de início do pré-natal | 38,7 | 35,0 | 39,7 | 0,412 |
| Número de consultas de pré-natal | 35,1 | 43,0 | 31,7 | 0,043 |
| Idade gestacional da criança | 54,8 | 60,0 | 52,5 | 0,200 |
| Tipo de alimentação na alta da maternidade | 36,0 | 39,0 | 35,2 | 0,626 |
| Perímetro cefálico ao nascer (gráfico) | 56,0 | 57,0 | 59,8 | 0,632 |
| Idade último perímetro cefálico no gráfico | 51,8 | 49,0 | 52,5 | 0,553 |
| Peso ao nascer (gráfico) | 64,8 | 64,0 | 65,5 | 0,787 |
| Idade do último peso registrado no gráfico | 62,7 | 61,0 | 64,0 | 0,686 |
| Desenvolvimento neuropsicomotor | 6,0 | 5,0 | 6,5 | 0,591 |
| Registro do uso de ferruginoso | 4,6 | 3,0 | 5,4 | 0,502 |
| Registro das vacinas | 94,0 | 95,0 | 93,5 | 0,770 |
| Registro do cronograma de erupção | 1,4 | 1,0 | 1,5 | 0,698 |
| Registro do odontograma | 0,8 | 0 | 3,0 | 0,282 |

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

Considerando todos os itens da CSC avaliados, a frequência de CSC com qualidade de preenchimento satisfatório - mais de 60% dos itens preenchidos -, foi de 44,5%. O registro das vacinas e o nome da criança e da mãe estavam preenchidos em 100% das CSC classificadas com qualidade de preenchimento satisfatório. O desenvolvimento neuropsicomotor, uso de ferruginoso, odontograma e registro da erupção apresentaram baixa frequência de preenchimento, mesmo entre aquelas classificadas com qualidade satisfatória (Tabela 2).

Tabela 2: Frequência de preenchimento dos itens da CSC classificadas com qualidade de preenchimento satisfatório.

| Itens da CSC | Percentual de itens preenchidos entre as CSC com qualidade de preenchimento satisfatório (n=163) |
|--|--|
| Nome da criança | 100,0 |
| Nome da mãe | 100,0 |
| Registro de vacinas | 100,0 |
| Peso ao nascer | 99,4 |
| Comprimento ao nascer | 98,2 |
| Data de nascimento | 97,5 |
| Tipo de parto | 95,7 |
| Perímetro cefálico ao nascer | 93,9 |
| Idade gestacional | 93,9 |
| Apgar 5 ^o minuto | 92,0 |
| Peso ao nascer no gráfico | 82,2 |
| Idade último peso no gráfico | 81,6 |
| Perímetro cefálico ao nascer (gráfico) | 80,4 |
| Idade último perímetro cefálico no gráfico | 73,0 |
| Trimestre de início do pré-natal | 71,2 |
| Número de consultas de pré-natal | 66,3 |
| Tipo de alimentação na alta da maternidade | 64,4 |
| Desenvolvimento neuropsicomotor | 10,4 |
| Uso do uso de ferruginoso | 8,6 |
| Registro de erupção | 2,5 |
| Registro do odontograma | 1,8 |

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

A maioria das mães possuíam 9 ou mais anos de estudo e 70,1% trabalhavam fora do lar. Entre as CSC observadas, 56,9% foram de crianças do sexo masculino. A maioria das mães relatou idade gestacional de 37 ou mais semanas (84,5%), que as crianças nasceram com 2500 g ou mais (90,1%) e para, aproximadamente, metade a criança era fruto da primeira gestação (44,9%) (Tabela 3). Das variáveis de caracterização sociodemográfica das mães, na análise bivariada, a qualidade de preenchimento da CSC foi significativamente associada à idade gestacional (Tabela 3).

Quanto à atenção em saúde recebida pela criança, a maioria é feita no serviço privado/convênio (72,3%). As crianças são acompanhadas mais frequentemente pelo Pediatra (97,3%). Mais da metade das mães/pais (59,6%) relatou ter recebido informações sobre a CSC. A maioria das CSC não possuía anotações das mães (77,9%). O fato das mães terem recebido informações sobre a CSC na maternidade e a presença de anotações delas na CSC foram significativamente associadas à qualidade o preenchimento. Não houve associação

significativa entre a qualidade do preenchimento e o acompanhamento da saúde da criança realizado pelo serviço público ou privado/convênio (Tabela 4).

Tabela 3: Distribuição das crianças segundo características sócio-demográficas e condições de saúde da mãe e da criança para a amostra total e para os grupos com qualidade do preenchimento da CSC satisfatório ou insatisfatório e resultado da análise bivariada. 2014. (n=367)

| Variáveis | Amostra total | | Qualidade do preenchimento | | | | Valor de p** |
|---|------------------------|------|----------------------------|------|------------------------|------|--------------|
| | | | Satisfatório | | Insatisfatório | | |
| | N | % | n | % | N | % | |
| Caracterização sócio-demográfica da mãe da criança | | | | | | | |
| <i>Idade da mãe</i> | | | | | | | |
| Até 25 anos | 88 | 24,2 | 47 | 53,4 | 41 | 46,6 | 0,15 |
| De 25 a 40 | 260 | 71,4 | 108 | 41,5 | 152 | 58,5 | |
| 41 ou mais | 16 | 4,4 | 7 | 43,8 | 9 | 56,3 | |
| <i>Anos de estudo da mãe</i> | | | | | | | |
| ≥ 12 anos | 169 | 46,3 | 74 | 43,8 | 95 | 56,2 | 0,62 |
| 9 a 12 | 158 | 43,3 | 69 | 43,7 | 89 | 56,3 | |
| 1 a 8 | 38 | 10,4 | 19 | 50,0 | 19 | 50,0 | |
| <i>Local de trabalho da mãe</i> | | | | | | | |
| Lar | 109 | 29,9 | 52 | 47,7 | 57 | 52,3 | 0,40 |
| Fora do lar | 256 | 70,1 | 110 | 43,0 | 146 | 57,0 | |
| <i>Sexo da criança</i> | | | | | | | |
| Masculino | 209 | 57,1 | 86 | 41,1 | 123 | 58,9 | 0,13 |
| Feminino | 157 | 42,9 | 77 | 49,0 | 80 | 51,0 | |
| Renda <i>Per Capita</i> Média (Desvio Padrão) | 1419,71 (± 1277,97) | | 1406,34 (± 1230,39) | | 1430,45 (± 1317,94) | | 0,89* |
| Condições de saúde da criança e da mãe | | | | | | | |
| <i>Peso ao nascer</i> | | | | | | | |
| < 2500 | 35 | 09,9 | 11 | 31,4 | 24 | 68,6 | 0,07 |
| ≥ 2500 | 320 | 90,1 | 152 | 47,5 | 168 | 52,5 | |
| <i>Paridade</i> | | | | | | | |
| Primípara | 164 | 44,9 | 77 | 47,0 | 87 | 53,0 | 0,37 |
| Múltipara | 201 | 55,1 | 85 | 42,3 | 76 | 37,8 | |
| <i>Idade gestacional</i> | | | | | | | |
| < 37 semanas | 54 | 15,5 | 18 | 33,3 | 36 | 66,7 | 0,04 |
| ≥ 37 semanas | 295 | 84,5 | 142 | 48,1 | 153 | 51,9 | |

Fonte: Pesquisa de campo, 2014. *Resultado do teste Mann Whitney; **Valor de p resultante do teste qui-quadrado de Pearson. As variáveis em negrito foram incluídas no modelo inicial da análise múltipla.

Tabela 4: Distribuição das crianças segundo atenção em saúde recebida para a amostra total e para os grupos com qualidade do preenchimento da CSC satisfatório ou insatisfatório e resultado da análise bivariada. 2014. (n=367)

| Variáveis | Amostra total | | Qualidade do preenchimento | | | | Valor de p** |
|--|---------------|------|----------------------------|------|----------------|------|--------------|
| | | | Satisfatório | | Insatisfatório | | |
| | N | % | n | % | N | % | |
| Atenção em saúde recebida pela criança | | | | | | | |
| <i>Tipo de serviço para acompanhamento da criança</i> | | | | | | | |
| Serviço público (UBS) | 100 | 27,7 | 49 | 49,0 | 51 | 51,0 | 0,298 |
| Convênio ou particular | 261 | 72,3 | 112 | 42,9 | 149 | 57,1 | |
| <i>Acompanhamento da criança pelo médico generalista</i> | | | | | | | |
| Sim | 51 | 14,2 | 24 | 47,1 | 27 | 52,9 | 0,699 |
| Não | 308 | 85,8 | 136 | 44,2 | 172 | 55,8 | |
| <i>Acompanhamento da criança pelo pediatra</i> | | | | | | | |
| Sim | 356 | 97,3 | 157 | 44,1 | 199 | 55,9 | 0,318 |
| Não | 10 | 02,7 | 6 | 60,0 | 4 | 40,0 | |
| <i>Acompanhamento da criança pelo enfermeiro</i> | | | | | | | |
| Sim | 70 | 19,2 | 38 | 54,3 | 32 | 45,7 | 0,075 |
| Não | 294 | 80,8 | 125 | 42,5 | 169 | 57,5 | |
| <i>Acompanhamento da criança pelo cirurgião-dentista</i> | | | | | | | |
| Sim | 142 | 38,8 | 64 | 45,1 | 78 | 54,9 | 0,870 |
| Não | 224 | 61,2 | 99 | 44,2 | 125 | 55,8 | |
| <i>Uso de serviços odontológicos</i> | | | | | | | |
| Usou público | 44 | 12,0 | 20 | 45,5 | 24 | 54,5 | 0,991 |
| Usou privado | 144 | 39,4 | 64 | 44,4 | 80 | 55,6 | |
| Nunca usou | 178 | 48,6 | 79 | 44,4 | 99 | 55,6 | |
| <i>Acesso a informações sobre a CSC</i> | | | | | | | |
| Sim | 217 | 59,6 | 106 | 48,8 | 111 | 51,2 | 0,043 |
| Não ou não sei | 147 | 40,4 | 56 | 38,1 | 91 | 61,9 | |
| <i>Anotações das mães ou pais na CSC</i> | | | | | | | |
| Sim | 80 | 22,1 | 46 | 57,5 | 34 | 42,5 | 0,011 |
| Não ou não sei | 282 | 77,9 | 117 | 41,5 | 165 | 58,5 | |

Fonte: Pesquisa de campo, 2014. **Valor de p resultante do teste qui-quadrado de Person. As variáveis em negrito foram incluídas no modelo inicial da análise múltipla.

No modelo ajustado, observou-se maior prevalência de qualidade insatisfatória do preenchimento nas CSC de crianças de mães que tiveram idade gestacional < 37 semanas, quando as mães/pais não receberam explicações sobre a CSC e nas CSC sem anotações das mães/pais (Tabela 5).

Tabela 5: Fatores associados à qualidade insatisfatória de preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) na análise múltipla. Belo Horizonte. 2014.

| Variáveis | OR bruta (95% IC) | OR ajustada (95% IC) |
|--|-------------------|----------------------|
| <i>Idade gestacional</i> | | |
| < 37 semanas | 1 | 1 |
| ≥37 semanas | 0,51 (0,27-0,99) | 0,52 (0,27-0,98) |
| <i>Acesso a informações sobre a CSC</i> | | |
| Sim | 1 | 1 |
| Não | 1,55 (1,01-2,38) | 1,55 (1,04-2,45) |
| <i>Anotações das mães ou pais na CSC</i> | | |
| Sim | 1 | 1 |
| Não | 1,91 (1,15-3,15) | 1,97 (1,17-3,36) |

Fonte: Pesquisa de campo, 2014. Modelo ajustado pelo sexo da criança, anos de estudo da mãe, local de trabalho da mãe e entrevistado, se mãe ou pai.

Hosmer and Lemeshow = 0,801

DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo indicam que os problemas de preenchimento da CSC aconteceram independentemente do tipo de serviço usado pelos pais para acompanhamento dos seus filhos, não confirmando a hipótese testada.

A frequência de CSC com qualidade satisfatória de preenchimento foi de 44,5%, resultado inferior ao observado em 2009, em Belo Horizonte, utilizando metodologia semelhante (68,2%)⁸, sugerindo uma redução no uso desse instrumento quase uma década depois. No estudo de 2009, foram incluídas somente crianças que faziam acompanhamento na rede pública de saúde, sendo excluídas aquelas que relatavam acompanhamento em serviços com outro tipo de financiamento. Essa diferença observada entre os dois estudos poderia ser explicada pelo perfil da amostra quanto ao tipo de serviço usado, o que motivou este estudo. Contudo, não foi observada diferença na qualidade de preenchimento entre público e privado embora tenha sido observada, na análise bivariada, maior preenchimento do perímetro cefálico ao nascer, *Apgar* no 5º minuto e número de consultas de pré-natal nas CSC das crianças acompanhadas pelo serviço público. Esses três itens são de preenchimento na maternidade⁶. Nesse estudo, não foi avaliado o local de realização do parto, se maternidade pública ou privada. Contudo,

acredita-se que mães que usaram o serviço público de saúde para acompanhamento dos seus filhos tenham também maior probabilidade de ter tido seu parto em maternidades públicas. Trata-se de uma limitação do estudo, pois mães que relataram levar seus filhos para acompanhamento com profissionais da rede privada podem ter usado os serviços públicos para o parto. Novos estudos deverão compreender melhor o uso dos instrumentos no contexto das maternidades e dos serviços de saúde, buscando relacionar os processos de trabalhos nesses pontos de atenção com a qualidade do uso do instrumento, construindo indicadores de qualidade de uso da CSC coerentes com a proposta de uso do instrumento na rede de cuidados às gestantes e crianças. Portanto, como um primeiro estudo que levantou esse problema, ficaram mais questões do que respostas, indicando necessidade de novas investigações.

O número de consultas no pré-natal é um indicador de qualidade da atenção às gestantes na rede pública de saúde. A captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação e a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação estão entre as ações que devem ser garantidas por estados e municípios, por meio das unidades integrantes do sistema de saúde brasileiro²⁵. Essa orientação descrita no Manual Técnico de pré-natal e puerpério, recomendado pelo Ministério da Saúde, pode explicar o maior registro dessa informação por profissionais da rede pública. Mesmo possuindo maior preenchimento no serviço público, a frequência de preenchimento desse item foi baixa dada a sua importância, evidenciando o não uso da CSC como instrumento de vigilância à saúde infantil.

O *Apgar* no 5º minuto é consistentemente associado à mortalidade infantil, pois é uma das medidas de viabilidade dos recém-nascidos²⁶. O não preenchimento desse dado pode representar a não realização dessa medida na sala de parto, o que sugere baixa qualidade da atenção prestada ao parto e recém-nascido ou a realização da medida, mas pouco cuidado com seu registro²⁷. Uma hipótese para explicar o maior preenchimento desse indicador em maternidades públicas é o fato de que se constituem mais frequentemente em referência para partos de alto risco. Nessas situações de parto de alto risco, pode haver um maior comprometimento dos profissionais no registro desse indicador. Estudo anterior evidenciou que entre os hospitais públicos da região sudeste foi maior a proporção de referências para

partos de alto risco²⁸. Com relação ao maior preenchimento do perímetro cefálico não foram identificados estudos anteriores que possam elucidar essa associação, devendo ser objeto de futuros estudos.

Contudo, as diferenças observadas nas frequências de preenchimento desses três itens quanto ao uso de serviços públicos e privados não se mantiveram ao considerar o indicador de qualidade como um todo. Uma explicação é que o indicador adotado leva em conta, no mínimo, 60% dos itens preenchidos. Muitas CSC classificadas como satisfatórias, segundo esse critério, não apresentaram os itens número de consultas no pré-natal, *Apgar* no 5º minuto e perímetro cefálico preenchidos, principalmente, com relação ao número de consultas no pré-natal, informação não preenchida em 33,7% das CSC satisfatórias. Outra possível explicação foi o tamanho da amostra não ter sido suficiente para detectar a associação estudada. A amostra foi estimada para estudo de prevalência, usando a fórmula de estimativa para proporções. Nesse estudo, buscou-se investigar a associação entre qualidade do preenchimento da CSC e o tipo de serviço usado para acompanhamento da saúde das crianças. A verificação do poder de teste da amostra *pós hoc* evidenciou um valor de 0,72. Para uma amostra com poder de teste de 80%, seria necessária a observação de 450 CSC.

Dessa forma, o indicador proposto permite uma avaliação exploratória, mais geral, da qualidade, não possuindo sensibilidade para diferenciar qualidade de preenchimento item a item. Não obstante, a compreensão de diferenciais na qualidade do preenchimento da CSC de forma mais abrangente pode contribuir na busca de estratégias para melhorar o uso desse instrumento no contexto dos serviços de saúde brasileiros.

Nesse sentido, observou-se maior qualidade de preenchimento nas CSC que possuíam anotações das mães ou pais. Essa associação evidencia a importância da participação da família no cuidado da criança¹. Aqueles pais que relataram fazer anotações nas CSC dos seus filhos, provavelmente, se interessam mais pelo instrumento, buscam usá-lo e devem exigir maior preenchimento pelos profissionais. Estudo qualitativo evidenciou que muitos profissionais da saúde relataram vivenciar situações onde se estabelece um vínculo entre a mãe e o instrumento, demonstrado quando as mães exigem que os dados sejam anotados na CSC, acompanham as anotações realizadas pelos profissionais e conversam com os profissionais assuntos relacionados aos temas da CSC²⁹. Por outro lado, outro estudo qualitativo

demonstrou que profissionais da saúde que atuavam na rede básica não reconheciam o papel da família no preenchimento da CSC³⁰. Na percepção desses profissionais, a família não “entende disso”, “não deve preencher porque perde muito dado e a gente até orienta não preencher”, “nem sempre a família tem um cognitivo”. Reforçando esse resultado, muitos profissionais afirmaram não motivar as mães a fazerem anotações na CSC. Esse tipo de atitude profissional pode contribuir para o resultado de que somente ¼ das mães relataram fazer anotações nas CSC dos seus filhos. Essas percepções dos profissionais refletem a falta de prestígio da família como produtora do cuidado, e o não reconhecimento de que os cuidados em saúde são também produzidos na rede informal, representada pela família³¹. Tais práticas profissionais limitam a participação ativa da família e da mãe, não favorecem a autonomia dos sujeitos no cuidado em saúde e podem ser também resultado de questões históricas e culturais, pois as ações de saúde sempre foram delegadas aos profissionais, não sendo permitida a participação de outros atores nesse processo⁷.

Desde o lançamento da CSC, o Ministério da Saúde recomenda maior participação, apropriação e compromisso dos pais de modo a garantir o cuidado integral à criança e seus direitos como cidadã⁶. O modelo atual da CSC contém somente o campo de identificação para preenchimento dos pais ou responsáveis, o que pode gerar um conflito na compreensão e orientação para preenchimento pelos familiares e pelos profissionais. Essa análise indica uma necessidade de revisão da CSC quando ao ator responsável pelo seu preenchimento.

Observou-se maior frequência de preenchimento satisfatório nas CSC quando as mães/pais relataram ter recebido orientações sobre a CSC nas maternidades ou em outros serviços de saúde. Nesse estudo não foi investigado o conteúdo da orientação ofertada. A mesma associação foi previamente observada em estudos anteriores^{8,10} e o acesso a orientações sobre a CSC foi também associado ao maior preenchimento da curva de peso por idade¹⁰. O acesso a orientações pode ser necessário para que a família compreenda a função da CSC no acompanhamento da saúde infantil. Estudo anterior evidenciou que mães que receberam orientações sobre a CSC e aquelas que relataram observar quando o profissional faz anotações na CSC portavam com mais frequência a CSC na consulta¹². Os profissionais devem usar o instrumento para favorecer o diálogo com a mãe e a família sobre as condições de saúde da criança. Essa abordagem é fundamental, pois favorece o cuidado articulado e cooperativo entre mãe, família e profissionais³². O Manual para

a utilização da CSC afirma que “É importante que todos aqueles que cuidam da população infantil, seja nas famílias, seja nas creches, nas pré-escolas e em outras instituições, observem as informações contidas nesse instrumento para o efetivo acompanhamento da saúde da criança, proporcionando um maior conhecimento do seu histórico de saúde”⁶.

Nesse estudo, a frequência de mães que relataram ter recebido informações sobre a CSC na maternidade ou outros serviços foi de 59,6%, Valores na literatura variaram de 33% a 67,5%^{8,10,33}. Os resultados sugerem que a prática de orientação aos pais não está consolidada nas maternidades e/ou outros serviços de saúde. Não ofertar orientações aos familiares pode ter como consequência a desmotivação e também o não reconhecimento da importância da CSC pelos pais. Em estudo anterior, que interrogou mães sobre a função da CSC, para 45% das mães, a CSC serve como cartão de vacinação, para 12% serve como instrumento de informação e comunicação entre profissionais e a família e para 6,5% das mães, a CSC não serve para nada³³.

As CSC das crianças prematuras apresentaram maior frequência de preenchimento insatisfatório. Estudo que analisou a dificuldade do cuidado com o filho prematuro apontou que problemas na integralidade da atenção à saúde infantil e a falta de humanização na relação entre a mãe e o serviço de saúde foram obstáculos ao desenvolvimento de crianças prematuras³⁴. Sentimentos de insegurança e medo foram associados à situação de prematuridade e o apoio e suporte assistencial à família mostraram-se fundamentais para o seu enfrentamento³⁵. A importância do empoderamento materno, no cuidado de crianças hospitalizadas foi destacada em estudo no Canadá³⁶ e a comunicação entre os profissionais de enfermagem e as famílias contribuiu no processo de empoderamento individual das mães de recém-nascidos prematuros³⁷. Esses achados revelam a importância do envolvimento da mãe e das ações dos serviços de saúde no cuidado à criança prematura. A prematuridade pode representar uma situação nova no núcleo familiar, repleta de cuidados e aspectos que devem ser observados pelos familiares, podendo a CSC assumir um lugar menos importante no cuidado da criança.

As três variáveis associações à qualidade do preenchimento remeteram ao papel da mãe no cuidado da criança e evidencia a importância do envolvimento em busca do uso efetivo e aperfeiçoamento de um instrumento essencial de vigilância à

saúde integral da criança. Gestores do serviço e profissionais de saúde que são responsáveis pela atenção à saúde da criança devem considerar esses achados e procurar estimular o envolvimento das mães com o instrumento. Divulgação efetiva da relevância das informações relacionadas à CSC e viabilizando a participação materna podem configurar como estratégia de ampliação do seu uso.

Algumas variáveis previamente associadas à qualidade do preenchimento da CSC não mostraram associação no presente estudo: idade da mãe, escolaridade, renda, número de gestações. Estudo na Inglaterra observou que mães mais jovens e em condições de desvantagem social (residência em comunidades mais pobres, mães de famílias grandes, baixa escolaridade da mãe) apresentaram um uso menos efetivo do instrumento de registro⁴. Já Cormack *et al.*, (1998) não encontraram efeito significativo da idade da mãe³⁸. A escolaridade da mãe não teve associação com a qualidade do preenchimento da CSC, ao contrário de estudos anteriores que encontraram associação entre maior escolaridade e melhor preenchimento de instrumentos de registros de saúde da criança^{4,7,8,11}. Estudo anterior apontou associação entre o melhor preenchimento da curva de crescimento do Cartão da Criança e mães que trabalham no lar, também houve associação entre melhor preenchimento da curva de desenvolvimento e mães primíparas⁷. Instrumentos de registro de saúde da criança foram mais usados em mães primíparas de acordo com alguns estudos internacionais^{38,39}. Contudo, a comparabilidade entre os estudos ficou prejudicada pela variabilidade na metodologia em aspectos relacionados ao método de coleta, aos itens da CSC avaliados e à seleção da amostra. No presente estudo, o método de seleção da amostra escolhido pode ter influenciado os resultados observados, pois as crianças/pais foram selecionados em um sábado da campanha de multivacinação, o que pode ter favorecido a inclusão daquelas que usam o serviço de saúde com menos regularidade, que usam o serviço privado de saúde (72,3%), com renda média e escolaridade alta, pois a maioria trabalha fora do lar (70,1%), se considerados os perfis das mães que usam o serviço público para acompanhamento dos seus filhos⁸. Contudo, os fatores associados à qualidade de preenchimento no modelo múltiplo, permaneceram associados independentemente do sexo da criança, dos anos de estudo da mãe e local de trabalho da mãe.

A PNAB descreve como um dos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica coordenar a integralidade em seus vários aspectos e estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do

cuidado à saúde¹⁵. Ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde integram o eixo da integralidade e identificam-se com as propostas da CSC. O preenchimento insatisfatório da CSC coloca em questão o uso desse instrumento na atenção infantil, indicando prejuízos no seu potencial de favorecer a comunicação com a família e o cuidado integral à criança. Os resultados apontaram que o trabalho com a família é um caminho que pode contribuir no uso do instrumento. Esse achado foi coerente com uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) que é o fomento à autonomia do cuidado e à corresponsabilidade da família⁴⁰. A qualidade do preenchimento das CSC não foi influenciada significativamente pelo acompanhamento da criança no serviço público. Se por um lado é um alerta às práticas que vêm perpetuando no setor, torna-se também um estímulo à efetiva implementação e consolidação dos eixos e das ações estratégicas da PNAISC.

Conclui-se que há problemas na qualidade do preenchimento da CSC independentemente do tipo de serviço usado pelas mães para acompanhamento dos seus filhos. Orientar e contar com a participação das mães/familiares se configuram como ações essenciais ao uso da CSC.

REFERÊNCIAS

1. Clendon J, Dignam D. Child health and development record book: tool for relationship building between nurse and mother. *J Adv Nurs* 2010; 66:968-77.
2. 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 Develop* 2007; 33(6):744-748.
3. Department of Education and Early Childhood Development, Victorian Government. Child Health Record Literature Review. https://www.eduweb.vic.gov.au/edulibrary/public/earlychildhood/mch/chr_lit_review.pdf (acessado em 17/Out/2015).
4. Walton S, Bedford H, Dezateux C. Use of personal child health records in the UK: findings from the millenium cohort study. *BMJ* 2006; 332(4):269-70.
5. Grovdal B, Grimsmo A, Nilsen TIL. Parent-held child health records do not improve care: a randomized controlled trial in Norway. *Scand J Prim Health Care* 2006; 24:186-90.

6. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
7. Vieira GO, Vieira TO, Costa MCO, Santana Netto PV, Cabral VA. Uso do cartão da criança em Feira de Santana. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2005; 5(2):177-84.
8. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA, et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:583-95.
9. 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. *Rev AMRIGS* 2012; 56:245-50.
10. 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; 38:8-15.
11. 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 Matern Infant* 2014; 14:219-27.
12. 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.
13. Abud SM, Gaíva MAM. Registro dos dados de crescimento e desenvolvimento na Caderneta de Saúde da Criança. *Rev Gaúcha Enferm* 2015; 36(2):97-105.
14. 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; 34(3):266-71.
15. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
16. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
17. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (Brasil). Resolução n. 2, de 26 de agosto de 2014. Divulgar as estimativas da população, para Estados e Municípios com data de referência em 1º de julho de 2014. Diário Oficial da União 28 ago 2014; Seção 1.

18. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. <http://www.atlasbrasil.org.br/2013> (acessado em 25/Mar/2015).
19. Departamento de Informática do SUS, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta de Estabelecimentos por CNES - ano base 2013. <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1> (acessado em 25/Mar/2015).
20. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Dados do censo 2010. http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=estatisticaseindicadores&lang=pt_BR&pg=7742&tax=20040 (acessado em 05/jun/2014).
21. Departamento de Informática do SUS, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Definições. <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm> (acessado em 10/Out/2015).
22. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. <http://intranet.smsa.pbh/cgi/tabcgi.exe?pop2010.def> (acessado em 22/Mai/2014).
23. Messer LBA, Till MJ. A landmark report on understanding the human dentition. *JADA* 2013; 144(4):357-361.
24. Burgueño Torres L, Mourelle Martínez MR, de Nova Garcia JM. A study on the chronology and sequence of eruption of primary teeth in Spanish children. *Eur J Pediatr Dent* 2015; 16(4):301-4.
25. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
26. Almeida MFB, Guinsburg R, Martinez FE, Procianoy RS, Leone CR, Marba STM, et al. Fatores perinatais associados ao óbito precoce em prematuros nascidos nos centros da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais. *J Pediatr* 2008; 84(4):300-7.
27. Schoeps D. O papel dos profissionais de saúde na qualidade da informação de óbitos perinatais e nascidos vivos no município de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2012 [acesso 2015-11-17]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-17052012-115130>.

28. Bittencourt DAS, Reis LGC, Ramos MM, Rattner D, Rodrigues PL, Neves DCO, *et al.* Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl 1:S208-S219.
29. Andrade GN, Rezende TMRL, Madeira AMF. Caderneta de Saúde da Criança: experiências dos profissionais da atenção primária à saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48:857-64.
30. Silva FB, Gaíva MAM. Preenchimento da caderneta de saúde da criança: percepção dos profissionais. *Ciênc Cuid Saúde* 2015; 14:1027-34.
31. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados de saúde no âmbito da família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15:1497-1508.
32. Erdmann AL, Sousa FGM. Cuidando da criança na atenção básica de saúde: atitudes dos profissionais de saúde. *Mundo Saúde* 2009; 33(2):150-160.
33. Goulart LMHF, 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; 26:106-12.
34. Gorgulho FR, Pacheco STA. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008; 12(1):19-24.
35. Souza LN, Pinheiro-Fernandes AC, Clara-Costa IC, Cruz-Enderes B, Carvalho JBL, Silva MLC. Domestic maternal experience with preterm newborn children. *Rev Salud Publica* 2010; 12:356-67.
36. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *J Adv Nurs* 1995; 21:1201-10.
37. Santos ND, Thiengo MA, Moraes JRMM, Pacheco STA, Silva LF. O empoderamento de mães de recém-nascidos prematuros no contexto de cuidado hospitalar. *Rev enferm UERJ* 2014; 22(1):65-70.
38. Cormack L, Morley C, Seward A, Vickers D. The personal child health record: attitudes to and usage by parents and professionals during the first year of a child's life. *Ambulatory Child Health* 1998; 4(4):375-380.
39. Hampshire AJ, Blair ME, Crown NS, Avery AJ, Williams EI. Variation in how mothers, health visitors and general practitioners use the personal child health record. *Child care health dev* 2004; 40(4):307-16.
40. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.130, de 5 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 União 6 ago 2015; Seção 1.

5.2 Produção técnica

OFICINA – Atenção à saúde bucal no SUS-BH: gestantes e crianças de 0 a 5 anos

5.2.1 Apresentação e justificativa

Desde 2014 professores, alunos de graduação e pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG vêm desenvolvendo, com apoio da FAPEMIG (Edital PPSUS Redes), o projeto de pesquisa *Atenção à saúde bucal das gestantes e crianças de 0 a 5 anos na rede pública de saúde*, cujo objetivo é avaliar a atenção à saúde bucal recebida pelas gestantes e crianças nos primeiros anos de vida na rede pública de saúde. Com a finalização da pesquisa, propôs-se a realização de uma oficina para devolver os resultados para a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, buscando criar um espaço para discutir possíveis estratégias de enfrentamento dos problemas observados.

5.2.2 Objetivo da oficina

Apresentar à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte os resultados da pesquisa *Atenção à saúde bucal de gestantes e crianças de 0 a 5 anos na rede pública de saúde* e discutir possíveis estratégias de intervenção.

5.2.3 Metodologia da oficina

Oficina para 30 participantes (gestores e trabalhadores da rede SUS/BH, alunos de graduação e pós-graduação do Mestrado Profissional e Acadêmico e professores da Faculdade de Odontologia) com quatro horas de duração.

Após acolhimento dos participantes foi realizada uma dinâmica para compreender as expectativas individuais em relação à oficina. Cada expectativa foi disposta numa corda formando um “varal de expectativas”. Posteriormente foram realizadas quatro apresentações referentes aos resultados de quatro pesquisas que compõem o estudo aprovado pelo PPSUS.

Os participantes foram divididos em quatro grupos que trabalharam separadamente tentando identificar os problemas levantados com a pesquisa e relacionando possíveis estratégias de enfrentamento. Esta atividade foi registrada na Planilha 1. Após o tempo programado, cada relator escolhido dentre os participantes do grupo fez a exposição dos pontos discutidos. Simultaneamente, um relator desenvolvia a síntese geral, a qual foi apresentada ao final das apresentações dos grupos.

Ao final dessa atividade, retomou-se o varal de expectativas, o qual recebeu a expressão do sentimento final dos participantes em relação à oficina.

A oficina foi avaliada por meio de um instrumento específico que contemplou os seguintes aspectos: organização, infraestrutura, metodologia, carga horária.

Planilha 1: Planilha utilizada durante a discussão em grupo para o levantamento dos problemas encontrados e a proposição de estratégias de enfrentamento.

| Quais os problemas que o grupo identifica nos resultados apresentados | Como o grupo descreve os problemas identificados | Quais as possíveis causas para os problemas identificados pelo grupo | Quais estratégias de enfrentamento que o grupo propõe |
|---|--|--|---|
| | | | |

Quadro 6: Programação da Oficina Atenção à saúde bucal no SUS-BH: gestantes e crianças de 0 a 5 anos realizada em 19 de novembro de 2015, na Faculdade de Odontologia da UFMG

| Atividade | Objetivos | Metodologia | Recursos | Responsável | Tempo |
|--|--|--|--|---|---------|
| Abertura da Oficina | Apresentar a oficina - Recepção e Boas Vindas aos participantes | Exposição oral | Sala de aula | Coordenador oficina | 5 min |
| Identificação dos participantes e Levantamento de expectativas | Conhecer as expectativas dos participantes com a oficina | Apresentação dos participantes com uma palavra que expresse as expectativas em relação à oficina. Os registros deverão compor o Varal das expectativas | Tarjeta de papel, caneta, quadro | Coordenador da oficina | 25 min |
| Apresentação dos resultados das pesquisas | Apresentar os resultados observados nas pesquisas | Exposição oral Cada estudante de pós-graduação terá 10 minutos para fazer a apresentação dos resultados observados nas pesquisas | Power Point | Estudantes de Pós-graduação e Graduação | 40 min |
| Identificação de problemas | Escolher um nome para o grupo Identificar problemas a partir dos resultados apresentados Elencar estratégias de enfrentamento dos problemas observados | Trabalho em pequenos Grupos (Dividir em quatro grupos. Cada grupo deverá trabalhar separadamente em uma sala. O grupo deverá indicar um relator). | Notebook, material impresso | Participantes | 60 min |
| Intervalo | | | | | 20 min |
| Discussão em plenária | Apresentar as discussões dos grupos | Exposição oral | Data-show | Relatores dos grupos | 40 min. |
| Síntese das apresentações | Sintetizar as principais idéias | Exposição oral | Sala de aula | Coordenador oficina | 5 min |
| Avaliação | Avaliar a oficina e propor encaminhamentos e pactuações | Cada participante deverá escolher uma palavra para expressar o seu sentimento ao final da oficina. Varal das expectativas. Preenchimento do instrumento de avaliação da oficina | Papel e canetinhas Instrumento de avaliação | Participantes Coordenador oficina | 30 min |
| Encerramento | Agradecer aos participantes | Exposição oral | Sala de aula | Coordenador oficina | 5 min |

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta do mestrado profissional foi o primeiro atrativo para a minha trajetória. A possibilidade de avançar na busca e produção do conhecimento aliada à elaboração de um trabalho vinculado à prática profissional e à construção de um produto técnico que proporcione um retorno à sociedade me motivou a imergir no campo da saúde pública.

Na minha vida pessoal passava por um momento especial, a chegada do meu primeiro filho. Não sei ao certo até que ponto a construção da minha família estava relacionada à elaboração do meu projeto de pesquisa, mas o fato é que o tema do meu trabalho teve uma grande identificação com o meu contexto de vida.

Aprofundei meus estudos na atenção à saúde da criança e não apenas encontrei subsídios para confirmar a importância da família como também vivenciei essa maravilhosa experiência.

A motivação e os obstáculos estavam presentes nos dois aspectos. Motivação para entender melhor o meu trabalho, seus objetivos, suas perspectivas, seu impacto. Motivação para ser um pai melhor, viver e envolver intensamente a família. Obstáculos para vencer minha inexperiência na produção acadêmica. Obstáculos para vencer o desafio de ser pai. Obstáculos para conciliar as responsabilidades.

Como desdobramentos, no mestrado, um projeto bem estruturado e orientado; na vida pessoal, a chegada do segundo filho.

Em relação a esse trabalho, tive a grata oportunidade de ser orientado pela professora Raquel e poder vivenciar a construção do conhecimento por meio do grupo de estudos por ela coordenado, o Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS). O aprendizado, que me acompanhou por todo o mestrado, permitiu a elaboração de um trabalho consistente e relevante. A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) mostrou-se um importante instrumento de vigilância à saúde integral da criança, mas que não tem atendido aos seus propósitos. Prevalece o preenchimento insatisfatório da CSC interferindo no seu papel de favorecer o diálogo entre os profissionais de saúde e a família. Estudos anteriores, no Brasil e em outros países, também apontaram falhas no preenchimento dos instrumentos de registro de saúde da criança. O inexpressivo uso dos campos de registro de erupção dentária e

odontograma mostram que a CSC não tem sido usada como instrumento de vigilância da saúde bucal, comprometendo a integralidade da atenção à criança. A idade gestacional da criança, o acesso a informações sobre a CSC e anotações das mães ou pais na CSC foram associados à qualidade insatisfatória de preenchimento da CSC. O serviço público, onde se esperava maior impacto das políticas públicas de saúde, não influenciou na qualidade do preenchimento da CSC. Os resultados do estudo nos levam a uma reflexão sobre a continuidade do uso do instrumento nos moldes atuais, sob as mesmas orientações e legislação vigentes.

A construção do produto técnico envolveu os resultados de cinco trabalhos relacionados à atenção à saúde da criança. O produto técnico, denominado “Oficina - Atenção à saúde bucal no SUS-BH: gestantes e crianças de 0 a 5 anos”, foi elaborado por meio de reuniões do grupo PPSUS, onde foram apresentados os resultados dos trabalhos de mestrado que abordaram o tema e envolveram dados coletados no âmbito da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Previamente à oficina, os resultados foram analisados, os problemas e suas causas foram apontados e discutidos e as possíveis estratégias para enfrentamento dos problemas foram levantadas. O objetivo da oficina foi apresentar os resultados encontrados à Secretaria Municipal de Saúde e promover a discussão de possíveis estratégias de intervenção. Espera-se uma construção permanente das estratégias aliando a gestão, a pesquisa e a prática.

Quanto à vida pessoal, me sinto realizado. As dificuldades nesses últimos dois anos foram muitas, mas quando olho para frente vejo um caminho mais iluminado e bem direcionado. Olho para o lado e vejo que as pessoas que me fazem feliz caminharão comigo e continuaremos compartilhando os obstáculos e as alegrias. A busca pelo conhecimento continua!

REFERÊNCIAS

1. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Manual de gestão da vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
2. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da criança: ações básicas. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.
3. Ministério da Saúde (Brasil). 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 União 24 jun 2005; Seção 1.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.058, de 4 de julho de 2005. Institui a disponibilização gratuita da “Caderneta de Saúde da Criança”. Diário Oficial da União 5 jul 2005; Seção 1.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.130, de 5 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 União 6 ago 2015; Seção 1.
6. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. BH Viva Criança: compromisso com a assistência integral à saúde da criança e adolescente. Belo Horizonte: SMSA/PBH; 2004.
8. Diretoria de Normalização de Atenção à Saúde, Superintendência de Atenção à Saúde, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção à saúde da criança. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2006.
9. Superintendência de Atenção à Saúde, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida. 2. ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2006.
10. Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Assistência ao pré-natal: protocolos de atenção à saúde da mulher. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2008.

11. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
12. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
13. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
14. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
15. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
16. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança - Passaporte da Cidadania. 9. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
17. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA, *et al.* Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:583-95.
18. Goulart LMHF, 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; 26:106-12.
19. 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. *Rev AMRIGS* 2012; 56:245-50.
20. 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; 38:8-15.
21. 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 Matern Infant* 2014; 14:219-27.

22. 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.
23. Abreu TGT, Viana LS, Cunha, CLF. Desafios na utilização da caderneta de saúde da criança: entre o real e o ideal. *J Manag Prim Health Care* 2012; 3:80-83.
24. Andrade GN, Rezende TMRL, Madeira AMF. Caderneta de Saúde da Criança: experiências dos profissionais da atenção primária à saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48:857-64.
25. Silva FB, Gaíva MAM. Preenchimento da caderneta de saúde da criança: percepção dos profissionais. *Ciênc Cuid Saúde* 2015; 14:1027-34.
26. Oliveira LL, Costa VMR, Requeijo MR, Rebolledo RS, Pimenta AF, Lemos SMA. Desenvolvimento infantil: concordância entre a caderneta de saúde da criança e o manual para vigilância do desenvolvimento infantil. *Rev Paul Pediatr* 2012; 30:479-85.
27. Lakhani AD, Avery A, Gordon A, Tait N. Evaluation of a home based health record booklet. *Arch Dis Chil* 1984; 59:1076-81.
28. Miller SASStJ. A trial of parent held child health records in the armed forces. *Br Med J* 1990; 300:1046.
29. Macfarlane A, Saffin K. Do general practitioners and health visitors like "parent held" child health records? *Br J Gen Pract* 1990; 40(332):106-108.
30. Moss ALH. Is the personal child record used in secondary care? *Child care health dev* 2005; 31(5):627-8.
31. Macmaster P, Macmaster HJ, Southall FRCP. Personal child health record and advice booklet programme in Tuzla, Bosnia Herzegovina. *J R Soc Med* 1996; 89(4):202-204.
32. Vincelet C, Tabone MD, Berthier M, Bonnefoi MC, Chevallier B, Lemaire JP, et al. How is personal child health records completed? A multicentric evaluation study. *Arch Pediatr* 2003; 10(5):403-409.
33. Hampshire AJ, Blair ME, Crown NS, Avery AJ, Willians EI. Variation in how mothers, health visitors and general practitioners use the personal child health record. *Child care health dev* 2004; 40(4):307-16.

34. Grovdal B, Grimsmo A, Nilsen TIL. Parent-held child health records do not improve care: a randomized controlled trial in Norway. *Scand J Prim Health Care* 2006; 24:186-90.
35. Walton S, Bedford H, Dezateux C. Use of personal child health records in the UK: findings from the millenium cohort study. *BMJ* 2006; 332(4):269-70.
36. 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 Develop* 2007; 33(6):744-748.
37. Tarwa C, De Villiers FPR. The use of the Road to Health Card in monitoring child health. *SA Fam Pract* 2007; 49(1):15-15d.
38. Rourke L, Godwin M, Rourke J, Pearce S, Bean J. The Rourke Baby Record Infant/Child Maintenance Guide: do doctors use it, do they find it useful, and does using it improve their well-baby visit records? *BMC Family Practice* 2009; 10: 28.
39. Clendon J, Dignam D. Child health and development record book: tool for relationship building between nurse and mother. *J Adv Nurs* 2010; 66:968-77.
40. 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 In press* 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.06.012> (acessado em 28/Out/2015).
41. Vieira GO, Vieira TO, Costa MCO, Santana Netto PV, Cabral VA. Uso do cartão da criança em Feira de Santana. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2005; 5(2):177-84.
42. Abud SM, Gaíva MAM. Registro dos dados de crescimento e desenvolvimento na Caderneta de Saúde da Criança. *Rev Gaúcha Enferm* 2015; 36(2):97-105.
43. 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; 34(3):266-71.
44. Wake M, Nicholson JM, Hardy P, Smith K. Preschooler Obesity and Parenting Styles of Mothers and Fathers: Australian National Population Study. *Pediatrics* 2007; 120(6):1520-7.
45. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Toso BRGO, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm* 2014; 67(6):1000-7.

46. Perez JRD, Passone EF. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. *Cad Pesqui* 2010; 40(140):649-673.
47. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
48. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente: lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. Brasília: Câmara dos Deputados; 2010.
49. Oliveira JP. Da concepção à aprovação: a trajetória da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2015.
50. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002; p.61.
51. World Health Organization. Declaration of Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978. <http://www.who.int/management/district/phc/en/index5.html> (acessado em 11/out/2015).
52. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Seção II: Da Saúde. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
53. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set 1990.
54. Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez 1990.
55. Figueiredo GLA, Mello DF. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007; 15(6).
56. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
57. Cuthbertson WFJ, Morley D. A health and weight chart for children from birth to five. *West Afr Med J* 1962; 11:237-40.
58. Tom JO, Chen C, Zhou YY. Personal health record use and association with immunizations and well-child care visits recommendations. *J Pediatr* 2014; 164(1):112-7.

59. Volkmer RE, Gouldstone MA, Ninnes CP. Parental perception of the use and usefulness of a parent-held child health record. *J Paediatr Child Health* 1993; 29(2):150-153.
60. Cormack L, Morley C, Seward A, Vickers D. The personal child health record: attitudes to and usage by parents and professionals during the first year of a child's life. *Ambulatory Child Health* 1998; 4(4):375-380.
61. Genitsaridi I, Kondylakis H, Koumakis L, Marias K, Tsiknakis M. Towards Intelligent Personal Health Record Systems: review, criteria and extensions. *Proc Comp Sci* 2013; 21:327–334.
62. Househ MS, Boryckib EM, Rohrera WM, Kushniruk AW. Developing a framework for meaningful use of personal health records (PHRs). *Health Pol Tech* 2014; 3(4):272–280.
63. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança - Passaporte da Cidadania. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
64. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança - Passaporte da Cidadania. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
65. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança - Passaporte da Cidadania. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
66. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
67. Carvalho MF, Lira PIC, Romani SAM, Santos IS, Veras AACA, Batista Filho M. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(3):675-685.
68. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (Brasil). Resolução n. 2, de 26 de agosto de 2014. Divulgar as estimativas da população, para Estados e Municípios com data de referência em 1º de julho de 2014. Diário Oficial da União 28 ago 2014; Seção 1.

69. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. <http://www.atlasbrasil.org.br/2013> (acessado em 25/Mar/2015).
70. Departamento de Informática do SUS, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta de Estabelecimentos por CNES - ano base 2013. <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1> (acessado em 25/Mar/2015).
71. Messer LBA, Till MJ. A landmark report on understanding the human dentition. *JADA* 2013; 144(4):357-361.
72. Burgueño Torres L, Mourelle Martínez MR, de Nova Garcia JM. A study on the chronology and sequence of eruption of primary teeth in Spanish children. *Eur J Pediatr Dent* 2015; 16(4):301-4.
73. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Dados do censo 2010. http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=estatisticaseindicadores&lang=pt_BR&pg=7742&tax=20040 (acessado em 05/jun/2014).
74. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. <http://intranet.smsa.pbh/cgi/tabcgi.exe?pop2010.def> (acessado em 22/Mai/2014).
75. Departamento de Informática do SUS, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Definições. <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm> (acessado em 10/Out/2015).
76. Apgar V. A Proposal for a New Method of Evaluation of the Newborn Infant. *Anesth analg* 2015; 120(5):1056-59.

ANEXOS

Anexo1




SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado "Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do uso, qualidade do preenchimento e utilização como instrumento de promoção de saúde bucal" sob a responsabilidade dos pesquisadores Raquel Conceição Ferreira e Leonardo de Paula Amorim Bucal a ser desenvolvido nos Centros de Saúde sob guarda e responsabilidade da Coordenação de Saúde Bucal.

Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente Projeto de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo do sigilo e confidencialidade dos dados que serão acessados. Autorizo sua execução, desde que respeitadas as exigências legais específicas e que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Belo Horizonte, 29 de agosto de 2014

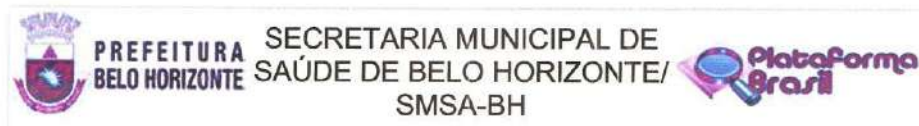

 Referência Técnica
 GEAS


 Dir. Maria Lúcia Torres
 Gerente da GEAS


 Maria da Glória Mendes de Castro
 Coordenadora de Saúde Bucal

De acordo
 Ana Helena
 CRM 148247-5

Anexo 2



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do uso, qualidade do preenchimento e utilização como instrumento de promoção de saúde bucal

Pesquisador: RAQUEL CONCEIÇÃO FERREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35282614.2.3001.5140

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 866.339

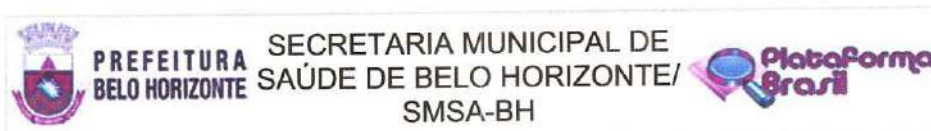
Data da Relatoria: 03/11/2014

Apresentação do Projeto:

O estudo se propõe avaliar o uso e a qualidade do preenchimento nos campos de saúde geral e de saúde bucal da Caderneta de Saúde da Criança usuária do Sistema Único de Saúde do SUS-BH. A Caderneta de Saúde consiste em um instrumento importante no acompanhamento da saúde de cada criança, pois contém dados ampliados sobre as condições de saúde do recém-nascido, sobre a gravidez, o parto e o puerpério, orientações importantes sobre uma alimentação saudável, gráficos de perímetro cefálico por idade, espaço para anotações de peso e de estatura. Apresenta também dicas e orientações sobre a saúde auditiva, visual e bucal, prevenção de acidentes, o caminho esperado para o desenvolvimento global, espaço para anotações de intercorrências clínicas, tratamentos efetuados e da suplementação profilática de ferro e de vitamina A além do calendário básico de vacinação. A CSC é adotada por todas as crianças brasileiras nascidas a partir de 2005 e conta com as informações básicas comuns para os países do Mercosul. É um documento importante para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança, do nascimento até os 10

anos. Será realizado um estudo transversal, realizado entre crianças de 3 a 5 anos de idade, usuários do Sistema Único de Saúde do município de Belo Horizonte. A coleta de dados será realizada mediante o uso de um roteiro, que conterà perguntas para entrevista com um dos pais

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
Bairro: Funcionários **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 866.339

da criança (características demográficas da mãe e da criança, condições de saúde da criança e atenção em saúde recebida pela criança) e itens que serão preenchidos mediante a observação direta da caderneta. A entrevista e observação da CSC deverão ser realizadas por entrevistadores previamente treinados, acadêmicos do curso de odontologia da UFMG. Espera-se a presença de, pelo menos, dois estudantes, em cada regional. O cálculo do tamanho da amostra levará em conta o número de crianças de 3 a 5 anos de idade residentes em Belo Horizonte (Total de crianças de 3 a 5 anos: 81.145). Foi estimada como amostra estatisticamente recomendada o número de 317 crianças. Será adotada essa amostra, acrescida de 20% para compensar perdas, totalizando 380 participantes. A amostra será estratificada entre as nove regiões administrativas do município, com base no número de crianças de 3 a 5 anos em cada uma delas. A coleta de dados será realizada no dia da campanha nacional de multivacinação. Foram selecionados três Centros de Saúde, por regional, com o maior número de crianças de 3 a 5 anos na área de abrangência, no ano de 2010. Será feita uma seleção sistemática da criança, sendo entrevistadas as crianças elegíveis de número ímpar pela ordem de chegada em cada Centro de Saúde, durante o funcionamento no dia da campanha.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o uso e a qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança.

Objetivo Secundário:

•Avaliar o uso e a qualidade do preenchimento dos campos de saúde geral da Caderneta de Saúde da Criança. •Avaliar o uso e o preenchimento dos campos de saúde bucal da Caderneta de Saúde da Criança. •Avaliar a relação entre o uso e a qualidade do preenchimento dos campos de saúde geral e o uso e preenchimento dos campos de saúde bucal da Caderneta de Saúde da Criança. •Avaliar os fatores associados à qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

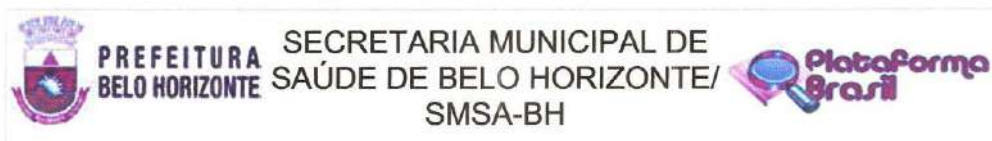
Riscos:

A entrevista pode gerar algum constrangimento ao respondente. Para evitar, deverá ser feita em local reservado. As cadernetas deverão ser observadas com cuidado, evitando qualquer dano a ela; garantindo a sua devolução ao usuário, sem nenhum dano.

Benefícios:

Compreender o uso da caderneta de saúde da criança, problemas no uso, dificuldades, pode conduzir a sugestões de melhor uso como instrumento de promoção de saúde da criança.

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
 Bairro: Funcionários CEP: 30.130-007
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 868.339

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Segundo o pesquisador existe uma carência de estudos relacionados à utilização da CSC como instrumento de promoção de saúde bucal, aliado à constatação da precária utilização dos instrumentos de acompanhamento infantil na saúde pública. Mediante os argumentos apresentados, destaca-se a relevância do presente estudo que se propõe a aprofundar o assunto, discutir, refletir e apresentar possíveis ideias ou sugestões para uma contínua melhoria no atendimento integral à criança.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a) RAQUEL CONCEIÇÃO FERREIRA e pelo representante da Instituição proponente foi apresentada.

Carta de anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentada e assinada pela GEAS representada pela gerente e referencia técnica.

O TCLE foi apresentado com linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa embora não contenha contatos do CEP SMSA-PBH e não haja referência sobre ressarcimento financeiro.

Recomendações:

Adotar modelo de TCLE que inclua dados do CEP-SMSA e informação quanto ao que consta no nas alíneas 'g' e 'h' do item IV.3 da Resolução CNS 466/12, conforme minuta de modelo postada para fins de balizamento em 11/11/2014.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do uso, qualidade do preenchimento e utilização como instrumento de promoção de saúde bucal.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar

Bairro: Funcionários

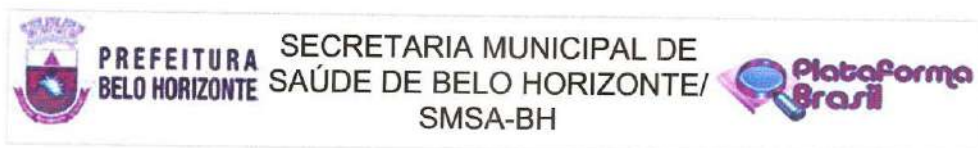
CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 866.339

ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

BELO HORIZONTE, 11 de Novembro de 2014

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador)

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
Bairro: Funcionários **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

Anexo 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do uso, qualidade do preenchimento e utilização como instrumento de promoção de saúde bucal

Pesquisador: RAQUEL CONCEIÇÃO FERREIRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 35282614.2.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 830.433

Data da Relatoria: 15/10/2014

Apresentação do Projeto:

Na agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, a saúde bucal está entre uma das 13 linhas de cuidado. Apesar do declínio constatado nos últimos anos, a cárie dentária continua sendo a doença bucal mais prevalente em crianças e a presença de lesões cariosas na dentição decidua tem se mostrado como preditora de risco de desenvolvimento de cárie na dentição permanente. O levantamento nacional sobre as condições bucais da população brasileira, realizado pelo Ministério da Saúde em 2003 revelou que, na faixa etária de 18 a 36 meses, 26,8% das crianças possuíam ao menos um dente com lesão cariosa cavitada. Como resultado, espera-se que este modo de atenção integral à criança possibilite a construção de novos valores para os sujeitos envolvidos e maior chance de uma infância e uma adolescência saudáveis. Com o objetivo de promover a vigilância à saúde integral da criança, o Ministério da Saúde desenvolveu a Caderneta de Saúde da Criança (CSC). Consiste em um instrumento importante no acompanhamento da saúde de cada indivíduo. Além das informações anteriormente contempladas no Cartão da Criança, a Caderneta traz dados ampliados sobre as condições de saúde do recém-nascido, sobre a gravidez, o parto e o puerpério, orientações importantes sobre uma alimentação saudável, gráficos de perímetro cefálico por idade, espaço para anotações de peso e de estatura. Apresenta espaço para anotações de intercorrências clínicas, tratamentos

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 830.433

efetuados e da suplementação profilática de ferro e de vitamina A, além do calendário básico de vacinação. É um documento para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança, do nascimento até os 10 anos. Com relação à saúde bucal, a CSC aborda aspectos informativos relacionados à importância dos dentes decíduos, desenvolvimento dos dentes, dicas para a limpeza da boca/dentes e cárie dentária. É possível registrar o cronograma de erupção do dente decíduo, o cronograma de exfoliação do dente decíduo/erupção do dente permanente e o odontograma. Esse preenchimento é realizado de acordo com uma legenda situada ao lado dos espaços para registros. A literatura não aponta estudos sobre a frequência do preenchimento da CSC pela Equipe de Saúde Bucal (ESB) assim como não são encontrados dados sobre a qualidade do preenchimento e as limitações do espaço como instrumento de promoção de saúde bucal. Será realizado um estudo transversal, em crianças de 3 a 5 anos de idade, usuárias do Sistema Único de Saúde do município de Belo Horizonte. A coleta de dados será realizada mediante o uso de um roteiro, que conterá perguntas para entrevista com um dos pais da criança (características demográficas da mãe e da criança, condições de saúde da criança e atenção em saúde recebida pela criança) e itens que serão preenchidos mediante a observação direta da caderneta. A entrevista e observação da CSC deverão ser realizadas por acadêmicos do Curso de Odontologia da UFMG. O cálculo do tamanho da amostra levou em conta o número de crianças de 3 a 5 anos de idade residentes em Belo Horizonte (Total de crianças de 3 a 5 anos: 81.145). Utilizando-se frequência esperada de 70% de resposta adequada, nível de confiança de 95%, erro de 5%, poder de teste de 80%, a amostra necessária foi de 317 crianças. Será adotada essa amostra, acrescida de 20% para compensar perdas, totalizando 380 participantes. A amostra será estratificada entre as nove regiões administrativas do município, com base no número de crianças de 3 a 5 anos em cada uma delas. A coleta de dados será realizada no dia da campanha nacional de multivacinação de crianças menores de 5 anos, prevista para agosto de 2014. Foram selecionados três Centros de Saúde, por regional, com o maior número de crianças de 3 a 5 anos na área de abrangência, no ano de 2010. Será feita uma seleção sistemática da criança, sendo entrevistadas as crianças elegíveis de número ímpar pela ordem de chegada em cada Centro de Saúde, durante o funcionamento no dia da campanha.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar o uso e a qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança.

Objetivos Secundários: • Avaliar o uso e a qualidade do preenchimento dos campos de saúde geral da Caderneta de Saúde da Criança. • Avaliar o uso e o preenchimento dos campos de saúde bucal

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 830.433

da Caderneta de Saúde da Criança. • Avaliar a relação entre o uso e a qualidade do preenchimento dos campos de saúde geral e o uso e preenchimento dos campos de saúde bucal da Caderneta de Saúde da Criança. • Avaliar os fatores associados à qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A entrevista pode gerar algum constrangimento ao respondente. Para evitar, deverá ser feita em local reservado. As cadernetas deverão ser observadas com cuidado, evitando qualquer dano a ela; garantindo a sua devolução ao usuário, sem nenhum dano.

Benefícios: Compreender o uso da caderneta de saúde da criança, problemas no uso, dificuldades, pode conduzir a sugestões de melhor uso como instrumento de promoção de saúde da criança.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa viável e importante para as áreas de Odontopediatria e Epidemiologia da Saúde Bucal.

Justificativa da Emenda: Inclusão de instituição coparticipante Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH para que o processo possa ser enviado a essa instituição.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes: Projeto de Pesquisa Plataforma Brasil, Projeto de Pesquisa, Folha de Rosto Assinada pelo Diretor da Faculdade de Odontologia da UFMG, Parecer Consubstanciado Aprovado pela Câmara do Departamento de Odontopediatria e Ortodontia da Faculdade de Odontologia da UFMG, Questionário para Coleta de Dados, Carta de Anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, TCLE (redigido em forma de convite, relata os objetivos e procedimentos, garante confidencialidade das informações, direito a recusa).

Recomendações:

Recomenda-se a aprovação da emenda ao projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis à aprovação da emenda ao projeto "Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do uso, qualidade do preenchimento e utilização como instrumento de promoção de saúde bucal" da Pesquisadora Profa. Dra. RAQUEL CONCEIÇÃO FERREIRA.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 830.433

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovada a emenda ao projeto conforme parecer.

BELO HORIZONTE, 14 de Outubro de 2014

Assinado por:
Telma Campos Medeiros Lorentz
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Si 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Anexo 4**Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health**

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Fundação Oswaldo Cruz

Rua Leopoldo Bulhões 1480

Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil

Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737

cadernos@ensp.fiocruz.br<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

Prezado(a) Dr(a). LEONARDO DE PAULA AMORIM:

Confirmamos a submissão do seu artigo "Caderneta de Saúde da Criança: instrumento de vigilância da saúde geral e bucal?" (CSP_1807/15) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no *link* "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Prof^a. Marilia Sá Carvalho

Prof^a. Claudia Travassos

Prof^a. Claudia Medina Coeli

Editoras

APÊNDICES

Apêndice 1



Pesquisa: **Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do uso, qualidade do preenchimento e utilização como instrumento de promoção de saúde bucal**



Faculdade de Odontologia da UFMG

Entrevistador: _____ Data: _____
 ___/___/2014

Centro de Saúde: _____ Regional: _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------|------------------------------|------------------------------|--------------|------------------------------|------------------------------|----------------------|------------------------------|------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|
| <p>Entrevista <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe</p> <p><u>Endereço completo:</u> Rua _____, n.: _____ Bairro: _____</p> <p><u>Características demográficas da mãe e da criança</u></p> <p>1. <i>Idade da mãe (anos):</i> _____</p> <p>2. <i>Paridade:</i> 1. <input type="checkbox"/> Um filho 2. <input type="checkbox"/> Dois ou mais filhos</p> <p>3. <i>Anos de estudo da mãe:</i> 1 <input type="checkbox"/> Analfabeto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental (1º ao 4º ano) 3 <input type="checkbox"/> Fundamental (5º ao 9º ano) 4 <input type="checkbox"/> Médio (1º ao 3º ano) 5 <input type="checkbox"/> Ensino superior 6 <input type="checkbox"/> Pós-graduação</p> <p>4. <i>Local de trabalho:</i> 1 <input type="checkbox"/> Lar 2 <input type="checkbox"/> Fora do lar</p> <p>5. <i>Renda familiar (somadas as rendas de todas as pessoas que vivem na mesma casa):</i> R\$ _____</p> <p>6. <i>Número de pessoas que vivem na mesma casa:</i> _____</p> | <p>10. <i>Idade gestacional ao nascimento da criança (semanas):</i> _____</p> <p><u>Atenção em saúde recebida pela criança</u></p> <p>11. <i>Tipos de serviços odontológicos que a criança usou pela última vez:</i> 1 <input type="checkbox"/> Sim, público 2 <input type="checkbox"/> Sim, privado ou convênios 3 <input type="checkbox"/> Nunca usou serviços odontológicos</p> <p>12. <i>Onde é o acompanhamento médico da criança:</i> 1 <input type="checkbox"/> Unidades Básicas de Saúde 2 <input type="checkbox"/> Hospitais 3 <input type="checkbox"/> Convênio 4 <input type="checkbox"/> Consultório particular 9 <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p>13. <i>Quais os profissionais envolvidos no acompanhamento da criança</i></p> <table border="1"> <tr> <td>1 Cirurgião-dentista</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td>2 Pediatra</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td>3 Enfermeiro</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td>4 Médico generalista</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td>5 Outras especialidades médicas, exceto</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> </tr> </table> | 1 Cirurgião-dentista | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 2 Pediatra | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 3 Enfermeiro | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 4 Médico generalista | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 5 Outras especialidades médicas, exceto | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 1 Cirurgião-dentista | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 Pediatra | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 Enfermeiro | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 Médico generalista | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 Outras especialidades médicas, exceto | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|--------------------|--|--|-----------------------------|--------------|--------------------|
| <p>7. Idade da criança (meses): _____</p> <p>8. Sexo da criança: 1 () Masculino 2 () Feminino</p> | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="849 230 1152 264">pediatras</td> <td data-bbox="1158 230 1279 264"></td> <td data-bbox="1286 230 1404 264"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="849 264 1152 383">6 profissionais saúde</td> <td data-bbox="1158 264 1279 383">Outros da</td> <td data-bbox="1286 264 1404 383">() Sim () Não</td> </tr> </table> | pediatras | | | 6 profissionais saúde | Outros da | () Sim () Não |
| pediatras | | | | | | | |
| 6 profissionais saúde | Outros da | () Sim () Não | | | | | |
| <p>Condições de saúde da criança e da mãe</p> <p>9. Peso ao nascer (gramas): 1 () <2500 2 () ≥2500 3 () Não lembra ou não está registrado na CSC</p> | <p>9 Sem informação</p> <p>14. Recebeu explicações sobre a Caderneta de Saúde da Criança na maternidade ou outro lugar? 1 () Sim 2 () Não</p> <p>15. Recebeu explicações sobre saúde bucal na maternidade ou outro lugar? 1 () Sim 2 () Não</p> <p>16. Há anotações feitas pelas mães ou pais na Caderneta de Saúde da Criança? 1 () Sim 2 () Não</p> | | | | | | |

Apêndice 2



Pesquisa: **Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do uso, qualidade do preenchimento e utilização como instrumento de promoção de saúde bucal**



Faculdade de Odontologia da UFMG

| Observação da CSC (Observar o preenchimento dos campos. Em seguida, assinalar sim quando o campo estiver preenchido e não quando não estiver preenchido) | | |
|---|---------|---------|
| Versão da Caderneta: _____ | | |
| 1. Nome da criança | () Sim | () Não |
| 2. Data de nascimento | () Sim | () Não |
| 3. Nome da mãe | () Sim | () Não |
| 4. Peso ao nascer | () Sim | () Não |
| 5. Comprimento ao nascer | () Sim | () Não |
| 6. Perímetro cefálico ao nascer | () Sim | () Não |
| 7. Apgar no 5º minuto | () Sim | () Não |
| 8. Tipo de parto | () Sim | () Não |
| 9. Trimestre de início do pré-natal | () Sim | () Não |
| 10. Número de consultas de pré-natal | () Sim | () Não |
| 11. Idade gestacional da criança | () Sim | () Não |
| 12. Tipo de alimentação da criança na alta da maternidade | () Sim | () Não |
| 13. Perímetro cefálico ao nascer marcado no gráfico | () Sim | () Não |
| 14. Idade em que o último ponto de perímetro cefálico foi marcado no gráfico (mínimo 1 ano) | () Sim | () Não |
| 15. Peso ao nascer marcado no gráfico | () Sim | () Não |
| 16. Idade em que o último ponto de peso foi marcado no gráfico (mínimo 1 ano) | () Sim | () Não |
| 17. Anotação sobre o desenvolvimento neuropsicomotor | () Sim | () Não |
| 18. Registro do uso de ferruginoso | () Sim | () Não |
| 19. Registro das vacinas | () Sim | () Não |
| 20. Registro no cronograma de erupção de dente decíduo | () Sim | () Não |
| 21. Registro no Odontograma | () Sim | () Não |

Apêndice 3

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: **Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do uso, qualidade do preenchimento e utilização como instrumento de promoção de saúde bucal.**

Instituições promotoras: Faculdade de Odontologia da UFMG – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
Coordenadora: Raquel Conceição Ferreira

Convidamos o (a) senhor (a) para participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar o uso e a qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança. Esse estudo será importante para melhorar o acompanhamento da saúde da criança incluindo a saúde bucal. O (A) senhor (a) será entrevistado (a) e observaremos o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança do seu (sua) filho (a). A entrevista será realizada com um dos pais da criança que tenha de 3 a 5 anos de idade e resida em Belo Horizonte. As informações obtidas serão registradas para que possamos estudá-las, podendo ser divulgadas em artigos científicos e resumos em eventos. Porém, o (a) senhor (a) e seu filho (a) não serão identificados (a) pelo nome em nenhuma hipótese. Para evitar incômodo e constrangimento, a entrevista será realizada em local reservado e o mais rapidamente possível. As cadernetas serão observadas com cuidado, evitando danificá-las de qualquer forma. O (A) senhor (a) não será prejudicado (a) de qualquer forma caso não queira participar. Se quiser mais informações sobre este trabalho, por favor, ligue ou fale pessoalmente com: Profa. Raquel Conceição Ferreira, na Faculdade de Odontologia da UFMG, na Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - telefones: 31-3409-2442 ou 3409-2409; e-mail: ferreira_rc@hotmail.com. Se tiver alguma dúvida sobre as questões éticas do projeto, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, localizado na Av. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2^o andar – sala 2005 – Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG – CEP 31270-901. Telefone: 3409-4592; e-mail: coep@prpq.ufmg.br.

Eu li e entendi as informações acima. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar desta pesquisa. Fui informado de que tenho plena liberdade para recusar-me a participar do estudo ou posso retirar o meu consentimento, sem penalização alguma. Assinarei duas cópias desse consentimento, uma ficará com o pesquisador e receberei uma cópia assinada.

| | | |
|--|---------------------------------------|------|
| Nome do participante | Assinatura do participante | Data |
| Nome da testemunha | Assinatura da testemunha | Data |
| Raquel Conceição Ferreira Nome do coordenador da pesquisa | Assinatura do coordenador da pesquisa | Data |

PRODUÇÃO INTELECTUAL DESENVOLVIDA DURANTE O CURSO

Resumos publicados em anais de congressos

AMORIM, L.P.; SENNA, M.I.B.; VASCONCELOS, M.; BUENO, A.C.; SOARES, A.R.; FERREIRA, R.C. Uso de serviços odontológicos e da Caderneta de Saúde da Criança como instrumento de vigilância da saúde bucal. In: 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ABRASCO, 2015, Goiânia.

AMORIM, L.P.; SENNA, M.I.B.; VASCONCELOS, M.; GOMES, V.E.; BUENO, A.C.; SOARES, A.R.; FERREIRA, R.C. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança. In: 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ABRASCO, 2015, Goiânia.

CARNEIRO, T.N.C.; AMORIM, L.P.; SENNA, M.I.B.; SOARES, A.R.; VASCONCELOS, M.; GOMES, V.E.; FERREIRA, R.C. Caderneta de Saúde da Criança como instrumento de vigilância em saúde geral e bucal das crianças: qualidade do seu preenchimento. In: 32ª Reunião da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica (SBPqO), 2015, Campinas.

Apresentações de trabalho em eventos científicos

AMORIM, L.P.; SENNA, M.I.B.; VASCONCELOS, M.; BUENO, A.C.; SOARES, A.R.; FERREIRA, R.C. Uso de serviços odontológicos e da Caderneta de Saúde da Criança como instrumento de vigilância da saúde bucal. In: 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ABRASCO, 2015, Goiânia.

AMORIM, L.P.; SENNA, M.I.B.; VASCONCELOS, M.; GOMES, V.E.; BUENO, A.C.; SOARES, A.R.; FERREIRA, R.C. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança. In: 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ABRASCO, 2015, Goiânia.