



Cadernetas de saúde materno-infantil da 4ª Região de Saúde: Análise do preenchimento para usuários de risco

Maternal and child health records in the Fourth Health Region: analysis of the completion for at-risk users

Willidiane Tessari^{1}, Cristina Ide Fujinaga², Emaline Angélica de Paula Santos³*

¹Doutoranda em Desenvolvimento Comunitário pelo Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário (PPGDC) da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Irati (PR), Brasil; ²Docente do Departamento de Fonoaudiologia e do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário (PPGDC) da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Irati (PR), Brasil; ³ Doutora em Desenvolvimento Comunitário pelo Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário (PPGDC) da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Irati (PR), Brasil.

*Autor correspondente: Willidiane Tessari – Email: willidiane080895@gmail.com

RESUMO

A caderneta de saúde é uma fonte importante de informações sobre a saúde materno-infantil. O objetivo foi descrever o preenchimento das cadernetas de saúde da Linha de Cuidados Materno-Infantil na 4ª Região de Saúde do Estado do Paraná (Brasil). Trata-se de pesquisa documental, exploratória e quantitativa, realizada em um Ambulatório de Especialidades. Foram analisadas 60 cadernetas de saúde das gestantes e 60 cadernetas das crianças de risco. As variáveis foram analisadas através da estatística descritiva. A média do preenchimento das cadernetas das gestantes foi de 88,4% incompletas. Nenhuma das cadernetas das crianças estava com registros completos. Os resultados possibilitaram perceber a escassez de informações nesse instrumento de comunicação entre os níveis de atenção a saúde e é necessário que os profissionais se impliquem com o registro desses dados. O preenchimento correto e completo das cadernetas é um tema imprescindível na educação permanente para efetivo acompanhamento da saúde materno-infantil.

Palavras-chave: Criança. Gestante de Risco. Registros de Saúde Pessoal. Saúde Materno-Infantil.

ABSTRACT

The health record is an important source of information on maternal and child health. This study aimed to describe the completion of health records of mothers and children in the Fourth Health Region of the Paraná state (Brazil). This documentary, exploratory, and quantitative study was developed in an outpatient clinic. Health records from 60 pregnant women and 60 children at risk were investigated, and variables were analyzed using descriptive statistics. Most (88.4%) maternal health records were incomplete, and none of the child health records were complete. The lack of information in these records highlighted the need for involvement of health professionals in recording all health data. Thus, the correct completion of the health records is an essential topic in continued education of health professionals for effective monitoring of maternal and child healthcare.

Keywords: Child. Pregnant Women at Risk. Personal Health Records. Maternal and Child Health.

INTRODUÇÃO

A *Rede Cegonha* foi implantada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2011 para assegurar o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis¹. Já em 2015 foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), através da portaria nº 1.130 com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno². A PNAISC oferece cuidados integrais, com atenção especial à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade em todo o desenvolvimento infantil².

A redução dos indicadores de mortalidade materno-infantil ainda é um desafio. A melhoria nos indicadores está relacionada ao acesso e qualidade da assistência à saúde e à educação em saúde³. No Paraná, o número de nascidos vivos é de aproximadamente 140.824 mil e de 2.168 na 4ª Região de Saúde do Estado em 2022, com óbito materno de 1 caso/ano e 16 óbitos fetais e infantis⁴.

Dessa forma, o estado do Paraná elaborou a Linha Guia Materno-Infantil, fundamentada no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde propostas por Mendes. Para tal, recomenda-se que as equipes se atentem em manter a caderneta da gestante preenchida com as informações principais sobre o curso da gravidez, anotando os riscos, quando existirem; antecedentes pessoais; história obstétrica; vacinação e resultados dos exames de rotina, conforme o trimestre de idade gestacional. As informações devem ser atualizadas e registradas a cada consulta, servindo de elo de comunicação entre as consultas, e as gestantes e responsáveis devem ser orientados a estar sempre portando a caderneta para garantir o preenchimento detalhado³.

Após a alta hospitalar da criança é necessário a continuidade dos cuidados, sendo que nesse momento entrega-se aos pais ou responsáveis a caderneta de saúde da criança com todas as informações sobre o nascimento e

intercorrências neonatais. A equipe de atenção primária à saúde realiza a atenção integral à criança, acompanhando o crescimento e o desenvolvimento. É importante o registro na caderneta de saúde da criança: curvas de peso, comprimento, perímetro cefálico, índice de massa corporal (IMC), marcos do desenvolvimento neuropsicomotor, intercorrências, vacinação, orientações no cuidado (por exemplo, alimentação, higiene e prevenção de acidentes) e identificação de violência³.

Estudos realizados na cidade de Belo Horizonte (MG) apontaram falhas no preenchimento da caderneta de saúde, deixando uma proporção bastante elevada de dados importantes em branco, em uma baixa proporção de registros nos serviços de saúde. Desta forma, volta-se a atenção para o fato de que a caderneta da gestante e/ou criança só se torna efetiva como instrumento de comunicação, vigilância e promoção da saúde com um registro correto e completo das informações^{5,6}. Outro estudo realizado no Maranhão, em 2020, sobre a qualidade dos registros de pré-natal na caderneta da gestante, identificou registros legíveis, porém incompletos, sendo que nenhuma das cadernetas podem ser classificadas como boas ou excelentes (excelente (incompletude < 5%), bom (5% ≤ incompletude < 10%)⁷. Denotando uma desvalorização deste instrumento e provável descumprimento das recomendações ditadas para a obtenção de assistência funcional e de qualidade⁷.

Nesta perspectiva, é possível verificar que os serviços apresentam lacunas assistenciais. A caderneta de saúde possibilita identificar características necessárias para um manejo em saúde eficaz e elo de comunicação entre os níveis de saúde. No entanto, a caderneta de saúde vem apresentando alterações em suas edições, podendo induzir ao não preenchimento das informações, prejudicando a promoção, a prevenção e o planejamento das ações na linha de cuidado materno-infantil. Portanto, o objetivo do presente artigo foi descrever o preenchimento das cadernetas de saúde da Linha de Cuidados Materno Infantil na 4ª Região de Saúde do Estado do Paraná.

MÉTODOS

Esse estudo caracteriza-se como documental, exploratório e de caráter quantitativo, realizado em um ambulatório de especialidades de uma regional de saúde do estado do Paraná, durante o segundo semestre de 2020. O ambulatório possuiu uma equipe multiprofissional que atua de maneira interdisciplinar. A equipe da linha de cuidado materno foi composta por enfermeira, assistente social, nutricionista, psicóloga, farmacêutica e médica obstetra. Já a equipe da linha de cuidado infantil incluíu a enfermeira, assistente social, nutricionista, psicóloga e médica pediatra.

Participaram do estudo gestantes e crianças de risco. A amostra foi independente, ou seja, as crianças incluídas não eram os filhos das mães da Linha de Cuidado Materno, totalizando um N amostral de 120 cadernetas (N=60, por grupo). Todos os indivíduos estavam agendados para o atendimento no ambulatório de especialidades. Os critérios de inclusão para a participação na pesquisa foram: ser gestante, maior de 18 anos, em qualquer idade gestacional e crianças com até 12 meses completos, ambos inseridos nas classificações de risco intermediário e/ou alto risco, e acompanhados no Ambulatório de Especialidades. Foram excluídos do estudo as gestantes e crianças de risco habitual (que não se enquadravam na estratificação de risco, como risco intermediário e/ou alto risco), ou não apresentassem a caderneta de saúde no momento do atendimento.

O procedimento de coleta de dados se deu em duas fases. Na primeira fase foram coletados os dados relacionados a gestante de risco do ambulatório de especialidades, através das imagens fotografadas da caderneta da mesma, sendo eles: idade, raça, estado marital, uso de substâncias lícitas e ilícitas (vícios), renda familiar, escolaridade, avaliação odontológica, estratificação de risco gestacional, planejamento gestacional, histórico obstétrico (tipo de parto, número de gestações, números de fatores de risco), preenchimento dos gráficos do peso gestacional e altura uterina das gestantes de risco.

Na segunda fase foram coletados os dados relacionados à criança de risco do

ambulatório, através das imagens fotografadas da caderneta da mesma: idade, sexo, estratificação de risco, número de fatores de risco, alimentação da alta, triagem neonatal (teste do olhinho, orelhinha e pezinho), a frequência de puericultura, vacinação, avaliação odontológica, preenchimento dos gráficos de crescimento e desenvolvimento na caderneta das crianças de risco, bem como dados das mães das crianças de risco quanto à: número de consultas de pré-natal, idade gestacional do nascimento e tipo de parto.

Foram coletadas 17 e 18 variáveis das cadernetas das gestantes e das crianças (respectivamente), totalizando em 35 variáveis da 7ª edição das cadernetas de saúde (2018) do Paraná. As variáveis quantitativas foram digitadas e armazenadas em planilhas do Excel, duplamente conferidas e exportados para análise no software SPSS versão 25.0. As variáveis foram analisadas através da estatística descritiva, quanto as medidas de tendência central e dispersão (média, desvio padrão, mediana, frequência, percentil),

Os itens foram considerados como “preenchidos em sua totalidade/satisfatório” quando o registro estava presente e completo, “parcialmente completo” quando o registro estava presente, mas incompleto ou com poucos registros do número de atendimentos e “sem registro” quando o mesmo estava ausente. As cadernetas com 60% ou menos dos itens preenchidos (≤ 11 itens) foram consideradas com qualidade de preenchimento insatisfatório, e aqueles com mais de 60% (≥ 12), foram consideradas satisfatórios. Esse ponto de corte foi definido considerando-se o valor mínimo aceitável, e por ter sido usado em estudo brasileiro⁸.

Houve a desistência de uma gestante e duas crianças em que os pais ou responsáveis optaram por não participar e a exclusão de uma criança que compareceu para atendimento sem caderneta de saúde. Em seguida, foram coletadas informações das crianças e gestantes agendadas até completar 60 cadernetas para cada grupo. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (nº 4.055.505) e seguiu a Declaração de Helsinque.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES A PARTIR DAS CADERNETAS DE SAÚDE DA GESTANTE

Em sua grande maioria, caracterizavam-se como sendo gestantes de alto risco (88% - N=53), com companheiro fixo (56,6% - N=34), brancas (68,3% - N=41), profissão Do Lar (38,3% - N=23) com idade de 33 a 38 anos (30% - N=18), com média de $31,1 \pm 7,25$ anos, com intervalo de confiança (IC) de 95% (em torno da estimativa) de 29,2 a 32,9 anos. E apenas 11% (N=7) possuíam ensino superior completo. A escolaridade materna predominou como ensino fundamental incompleto, somada a uma renda familiar baixa e a falta de uma profissão salariada da maioria das mães.

Portanto, evidenciou-se que dos 6 itens (idade, raça, estado marital, escolaridade, profissão, renda familiar), 5 encontravam-se não preenchidos (exceto idade). Cerca de 35% (N=21) das informações quanto a renda familiar estavam sem registro, sendo essa informação a menos informada em nossa amostra. A situação conjugal mais frequente foi companheiro fixo 56,67% (N=34), em seguida, casada com 40% (N=24) na amostra estudada.

Destaca-se a alta taxa de falta de registro quanto às informações acerca da saúde odontológica (60% - N=36) e histórico quanto ao uso de substâncias lícitas (26,67% - N=16). Em contrapartida, apenas 2 (3,3%) cadernetas não possuíam registro sobre o número de gestações, e 5 (8,4%) cadernetas encontravam-se não preenchidas no que diz respeito ao planejamento da gestação, variável está representada quanto as respostas documentadas; totalizando uma média de 2,36% de informações defasadas quanto ao histórico gestacional das participantes.

Embora o preenchimento acerca do histórico gestacional tenha se mostrado satisfatório, o acompanhamento gestacional mostrou-se preocupante, uma vez que grande parte das cadernetas encontravam-se sem registro. A altura uterina (66,67% n = 40) foi uma das informações faltantes, o que pode levar ao não diagnóstico de restrição de crescimento intrauterino, por exemplo.

A frequência de atendimentos e o número de fatores de risco mostraram um registro favorável nas cadernetas, uma vez que 100% destas continham tal informação. A Média de Fatores de Risco para as gestantes foi de $1,78 \pm 0,90$ (IC 95% = 1,55-2,01). As informações sobre o tipo de parto e gestações anteriores também foram satisfatórias, e apenas 3,34% (n = 2) das cadernetas não registraram o número de gestações. O número médio de gestações foi de $2,72 \pm 1,4$ (IC 95% = 2,3 a 3,1).

Dessa forma, fazendo uma síntese geral do preenchimento das cadernetas de Saúde das gestantes estudadas, a média de cadernetas incompletas foi de 88,4%. Ainda, apenas 11,6% dos registros estavam completos/satisfatórios, enquanto 86,7% encontravam-se parcialmente completos e 1,7% possuíam menos de 50% dos dados preenchidos.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES A PARTIR DAS CADERNETAS DE SAÚDE DA CRIANÇA

A mediana da idade das crianças foi de 6 meses, com média de $5,18 \pm 3,3$ meses, com IC95% (em torno da estimativa) de 4,3 a 6 meses, e 66,7% (N=40) delas eram do sexo masculino. De acordo com o registro nas Caderneta de Saúde da Criança, 95% (N=57) destas classificavam-se como alto risco. Apenas 6,6% (n = 4) das cadernetas infantis não tinham registro para a idade gestacional ao nascer.

Referindo-se ao preenchimento quanto ao tipo de parto observamos o preenchimento de todas as cadernetas. Quanto a alimentação na alta, o registro mostra-se incompleto em 40% (N= 24) das cadernetas de saúde da criança. Quanto ao preenchimento dos campos destinados aos exames de triagem neonatal, 6,10% apresentaram-se como não preenchidos. Quanto à frequência de atendimento, todas as cadernetas possuíam tal registro. A média de frequência de atendimento para as crianças foi de 7,17, com desvio padrão de 4,33. O IC95% (em torno da estimativa) foi de 6,05 a 8,29.

As informações sobre puerpério evidenciaram os piores índices de preenchimento em todos os campos analisados. Nota-se que os dados referentes ao número de consultas realizadas apresentaram um índice de

preenchimento de apenas 15% (N=9). Além disso, a saúde bucal apresentou elevado número de não registros (91,7%; n = 55). Apenas 15% (n = 9) das crianças não apresentavam a vacinação em dia, sendo que a maioria das cadernetas não possuíam registro da equipe de saúde.

As curvas de crescimento foram incompletas ou com poucos registros quanto ao número de consultas. Para a estatura, 53% (n = 32) dos prontuários das crianças estavam parcialmente preenchidos e 16% (n = 10) não tinham registros. Da mesma forma, 34% (n = 32) do peso e 32% (n = 34) das curvas de perímetro cefálico foram parcialmente preenchidas. Além disso, 52% (n = 52) das cadernetas das crianças não tinham registros para IMC. Assim, embora o número geral de informações ignoradas tenha sido pequeno ($3,6 \pm 1,35$), nenhuma das cadernetas infantis foi totalmente preenchida.

DISCUSSÃO

A caderneta da gestante é um instrumento que favorece o cuidado. Os registros devem ser realizados com intuito de estabelecer uma efetiva comunicação entre os profissionais de saúde, registrando as informações obtidas durante a assistência prestada, a fim de oferecer respaldo aos profissionais frente às legislações vigentes e garantir segurança ao paciente. Assim, essas ações possibilitam uma assistência contínua, organizada, segura e completa à criança e a gestante⁹.

O preenchimento adequado das cadernetas quanto ao número de fatores de risco e frequência, favorece a qualidade do cuidado no acompanhamento pré-natal na rede de atenção à saúde. A oferta de serviços reduz os riscos aos quais a gestante e o feto podem estar expostos e possibilita a redução das possíveis consequências adversas e internamentos durante a gestação¹⁰. Além disso, o registro permite a tomada de decisão baseada em evidências e a estruturação de políticas públicas para lacunas assistenciais, servindo como base de vigilância para identificação de fatores de risco, planejamento de ações, assistência integrativa de qualidade e prevenção da mortalidade infantil¹¹.

A literatura demonstra fatores que interferem na precariedade do preenchimento

dos dados, como a carga de trabalho dos profissionais de saúde (muitas vezes sobrecarregada com inúmeras atividades assistenciais e burocráticas), a comunicação deficiente entre a equipe de saúde e a falta de conhecimento dos registros de saúde pelos responsáveis¹². Desse modo, os profissionais veem a Caderneta de Saúde Materno-Infantil apenas como mais um formulário a ser preenchido, não dando a devida importância a sua utilização para prevenção, identificação precoce e promoção à saúde materno-infantil. Ainda, 80% dos profissionais referem falta de tempo como um dos fatores que interfere no acompanhamento da criança, e que 75% das mães relataram esquecimento do cartão no momento da consulta, evidenciando um déficit na qualidade no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança¹³.

Em estudo realizado em Cuiabá, 80% dos itens sobre dados de gestação, parto, puerpério e recém-nascido estavam sem informação, e apenas 14,7% e 11,9% das informações sobre início do pré-natal e número de consultas foram concluídas, respectivamente¹⁴. Em outro estudo, 23,75% dos prontuários maternos apresentavam informações incompletas sobre o número de consultas de pré-natal, com ponto de corte de $\leq 60\%$ ¹¹. Além disso, estudo com 72 cadernetas de gestantes mostrou baixa adesão ao preenchimento das informações perinatais¹⁵. Apesar de 75% (n = 54) das variáveis peso e 70,83% (n = 51) de estatura terem sido registradas, apenas 52,77% (n = 38) do IMC foi registrado, não havendo adesão ao preenchimento dessa variável e da curva de altura uterina¹⁵.

Em se tratando do índice de curva uterina em nosso estudo também não houve completude, obtendo cerca de 66,67% de não preenchimento. Tal informação visa diagnosticar os desvios da normalidade a partir da relação entre a altura uterina e a idade gestacional³. Tal índice é realizado para avaliar o crescimento fetal e identificar possíveis problemas na gravidez (por exemplo, restrição do crescimento intrauterino) e o diagnóstico pode ser durante o cuidado pré-natal. Para acompanhamento do crescimento fetal é calculada a medida da altura uterina, procedimento simples, realizada através da fita métrica, medindo a distância (cm) entre a sínfise

pública ao fundo uterino¹⁶. Entretanto, a avaliação clínica da altura uterina não pode ser negligenciada, e deve ser realizada e registrada na caderneta de saúde da gestante.

Sobre o baixo índice de registro referente à atenção pré-natal, uma possibilidade é que essas informações podem ter sido registradas somente no cartão da gestante, ou ainda que a mãe não tenha levado o cartão para a maternidade e na primeira consulta da criança. Neste sentido, é importante que, durante as consultas de acompanhamento da gestação os profissionais da equipe de saúde reforcem que o cartão é um documento a ser utilizado durante o pré-natal e o parto na maternidade para acessar os dados fundamentais que irão facilitar o acompanhamento da criança pelos profissionais de saúde.

Neste estudo, 40% das informações sobre o tipo de alimentação do recém-nascido na alta hospitalar estavam incompletas. Destaque-se que uma nutrição adequada durante a infância é imprescindível para garantir que as crianças alcancem seu pleno potencial na saúde, crescimento e desenvolvimento, essas informações contidas na caderneta auxiliam no manejo adequado do cuidado materno-infantil pelas equipes de saúde da família, que devem incentivar e apoiar o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. Em contrapartida, em outro estudo realizado possuiu um preenchimento de apenas 14,5%¹⁴. No presente estudo, mais de 90% das cadernetas das crianças não continham dados sobre a alta neonatal; apenas 6% tinham informações parcialmente preenchidas sobre data, peso e tipo de alimentação. Conhecer o peso e tipo de alimentação no momento da alta é de extrema importância para o profissional que irá acompanhar a mãe e o bebê na unidade de saúde, ressaltando a importância do registro para a continuidade das ações e cuidado com a criança nos demais pontos de atenção à saúde.

Outro dado de suma importância é a triagem neonatal, a qual permite o rastreamento precoce de crianças com probabilidade de apresentar determinadas patologias metabólicas, hematológicas, infecciosas e genéticas (por exemplo, fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, anemia falciforme e fibrose cística), minimizando ou eliminando as sequelas¹⁷. A

triagem auditiva neonatal (teste da orelha) é um exame obrigatório para todos os recém-nascidos no Brasil, garantido pela lei federal nº 12.303/2010¹⁸. Além disso, o Ministério da Saúde, publicou em 2016, as Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância, definindo que todos os recém-nascidos devem ser submetidos ao Teste do Reflexo Vermelho (Teste do Olhinho) antes da alta da maternidade. O teste é uma ferramenta de rastreamento de alterações que possam comprometer a transparência dos meios oculares (por exemplo, catarata, glaucoma, toxoplasmose, retinoblastoma e descolamentos de retina tardios)¹⁹.

Em nosso estudo, a triagem neonatal apresentou um pequeno déficit no registro, apenas 6,10% apresentaram-se como não preenchidos/insatisfatórios. Já um estudo em um município Paulista evidenciou menos de 10% de preenchimento dos campos destinados aos exames e triagem neonatal¹⁴. As mães devem receber informações sobre os exames realizados nas maternidades e solicitar aos profissionais de saúde o preenchimento adequado, uma vez que as maternidades públicas dispõem de profissionais de saúde para a realização das triagens ao nascimento²⁰.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam trazer subsídios para a melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada, visando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, observando a necessidade de trabalhos de sensibilização e capacitação de todos os profissionais envolvidos com a saúde materno-infantil. Ainda, espera-se contribuir com os gestores na determinação do planejamento das ações e na formação de políticas públicas na linha de cuidado materno-infantil. Portanto, para melhorar o preenchimento das cadernetas, é necessário promover educação permanente em saúde para os profissionais que atuam na assistência, quanto à importância da utilização adequada da caderneta materno infantil em todos os níveis de atenção, em prol do acompanhamento integral da saúde da criança¹⁴. Quando bem utilizada, as cadernetas tornam-se um prontuário acessível, com uma riqueza de informações bem como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral, principalmente na primeira infância²¹.

Uma pesquisa realizada em São Paulo demonstrou um baixo percentual de preenchimento dos dados de crescimento e desenvolvimento, exceto do gráfico de acompanhamento cefálico com 95% de preenchimento e campos sobre vacinas, que são dados anotados nas Unidades Básicas de Saúde²². Além disso, apenas 4% das cadernetas de saúde das crianças analisadas completavam o gráfico de comprimento, e cerca de 95% não tinham registros do desenvolvimento neuropsicomotor, sugerindo que os profissionais de saúde têm negligenciado o registro desses dados²². Outras evidências demonstram que os percentuais insatisfatórios de preenchimento das curvas de crescimento do perímetro cefálico (15% de conclusão) e peso, com apenas 59,4% no gráfico peso/idade⁸. Também dispõe de informações sobre a ausência dos registros nos gráficos, com 77,3% e 27,3% das cadernetas não preenchidas no campo IMC/idade e referente ao gráfico PC/idade, respectivamente²³.

O mesmo ocorreu no estudo em questão, onde 34% e 32% das cadernetas das crianças apresentaram os gráficos de peso e perímetro cefálico estavam parcialmente preenchidos (respectivamente), enquanto 52% não apresentavam registro para IMC. Da mesma forma, um estudo realizado em um hospital pediátrico em Rondônia observou que apenas 21,9% e 18,1% possuíam informações sobre perímetro cefálico e neurodesenvolvimento (respectivamente), levantando preocupações quanto ao nível de preenchimento das informações sobre crescimento e desenvolvimento²¹.

Uma diminuição na vigilância da saúde infantil pode ocorrer à medida que a criança cresce. As consultas de puericultura ocorrem mensalmente nos primeiros meses de vida devido à maior vulnerabilidade nesse período, e a criança recebe a maior parte das vacinas infantis até o 6º mês, o que pode explicar a maior utilização da caderneta nesse período¹⁴. No entanto, o preenchimento da caderneta de saúde da criança ainda apresenta fragilidades após anos de sua implantação, desviando-se das recomendações do Ministério da Saúde. No presente estudo, a falta de itens preenchidos na caderneta de saúde da criança foi um fator negativo para o acompanhamento do crescimento e

desenvolvimento da criança, dificultando o planejamento de ações para o cuidado adequado da criança.

O preenchimento dos registros de saúde é simples, rápido e uma medida de baixo custo para avaliar e detectar fatores de risco²⁴. O registro do peso ao nascer é essencial para o acompanhamento efetivo da criança, principalmente daquelas com baixo peso ao nascer, que são consideradas de risco nutricional pelo Ministério da Saúde e devem ser acompanhadas com maior frequência pelos serviços de saúde no primeiro ano de vida²⁵. Além do mais, o peso ao nascer trata-se de uma das informações mais requeridas do recém-nascido, tanto pela sua família quanto pelos profissionais.

Os profissionais de saúde utilizaram parcialmente as cadernetas neste estudo, contribuindo para a fragmentação do cuidado, uma vez que o baixo preenchimento das curvas dificulta a assistência ao crescimento e desenvolvimento das crianças. Além disso, a utilização de todos os itens dos registros de saúde é fundamental para o cuidado integral. Estudo realizado em um município de pequeno porte do município de São Paulo corroborou esse achado, revelando que apenas 9% e 8% das cadernetas de saúde das crianças apresentaram preenchimento satisfatório dos gráficos de crescimento e desenvolvimento, respectivamente²⁶.

A vacinação teve 85% de preenchimento no presente estudo, corroborando estudo demonstrando que esse item apresentou a maior taxa de preenchimento (98,75%) nas cadernetas de saúde infantil¹¹. No entanto, as cadernetas não possuíam informações referentes ao desenvolvimento neuropsicomotor e saúde bucal¹¹. Embora essa taxa de dados da vacinação indicasse o contato frequente das crianças com os serviços de saúde e dos profissionais com a caderneta da criança, refletia a concepção histórica da caderneta de saúde da criança como um "cartão de vacina", destacando seu uso inadequado. A caderneta de saúde infantil passou por diversas reformulações com o passar dos anos. Ainda, o baixo frequência de preenchimento das cadernetas de saúde da criança pode estar atrelada à necessidade de os pais a levarem para a consulta, à sobrecarga de atribuições do enfermeiro, necessidade de capacitação sobre a relevância e à percepção

errônea de alguns profissionais de saúde de que se trata de um cartão de vacinação⁶.

De modo geral, nenhum dos registros estavam completos em sua totalidade, ficando assim evidente a fragilidade e necessidade de capacitação e gestão das equipes de saúde no preenchimento do prontuário para garantir a longitudinalidade do cuidado. Assim, a utilização adequada das cadernetas de saúde da criança permite o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, otimizando medidas de intervenção que possibilitem uma assistência de qualidade.

As limitações do estudo pautam-se na dificuldade da obtenção das cadernetas para a coleta de dados, tendo em vista a situação pandêmica, vivenciada devido ao Sars-CoV2. As medidas protetivas limitaram os atendimentos e a frequência dos usuários, diminuindo o contato profissional com as gestantes e familiares que estavam em posse do documento, conseqüentemente colocando um obstáculo na formação da amostra final.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos através da avaliação das cadernetas de saúde das gestantes e crianças possibilitou perceber a escassez de registros de informações nesse documento, que caracteriza-se como um instrumento de comunicação entre os níveis de atenção à saúde. Considerando que os dados foram coletados de uma amostra regional e pequena de gestantes e crianças, novos estudos devem ser realizados em outras regiões do estado para obter informações abrangentes sobre o preenchimento adequado das cadernetas de saúde. Ainda, considerando que todos os profissionais de saúde que atuam diretamente na rede de atenção à saúde materno-infantil são responsáveis pelo preenchimento desses registros, os achados suscitaram preocupações sobre como estão utilizando essa ferramenta, uma vez que a escassez de informações pode indicar falta de preparo técnico.

Nesse sentido, a educação permanente dos profissionais de saúde é essencial para melhorar a comunicação e a integração entre os diferentes níveis de atenção, uma vez que é um

elemento inerente à prática assistencial. Além disso, os profissionais de saúde devem ser orientados sobre a importância do devido preenchimento das cadernetas de saúde para garantir o efetivo acompanhamento da saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011 [acesso 2023 jul 13]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
2. Ministério da Saúde (BR). 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). 2015 [acesso 2023 jul 13]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html.
3. Paraná. Secretaria da Saúde. Divisão de Atenção à Saúde da Mulher. Linha Guia – Atenção Materno Infantil: Gestação / Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. 8.ed. Curitiba: SESA, 2022 [acesso 2023 jul 14]. Disponível em: <https://www.sau.gov.br/Pagina/Atencao-Materno-Infantil>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS, TABNET. [acesso 2024 maio 15]. Disponível em: <http://datasus.sau.gov.br/informacoes-de-sau/tabnet>.
5. Amorim LP, Senna MIB, Gomes VE, Amaral JHL, Vasconcelos M, Silva AG, et al. Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança nos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil*. *Epidemiol. Serv. Saude.* 2018;27(1):e201701116. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000100016>.

6. Amorim LP, Senna MIB, Gomes VE, Amaral JHL, Vasconcelos M, Silva AG, et al. Avaliação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e qualidade do preenchimento segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23(2):585-597. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.06962016>.
7. Rodrigues TA, Pinheiro AKB, Silva AA, Castro LRG, Silva MB da, Fonseca LMB. Qualidade dos registros da assistência pré-natal na caderneta da gestante. *Rev. baiana enferm.* 2020;34:e35099. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.35099>.
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(3):583-95. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000300013>.
9. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Anotações de enfermagem / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo: Coren-SP, 2022 [acesso 2023 ago 02]. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/09/anotacao-de-enfermagem.pdf>.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Brasília: Ministério da Saúde, 2022 [acesso 2023 ago 02]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf.
11. Rodrigues BGS, Nery SBM, Barroso LARG, Barreto KKM, Souza CMA, Brito MGA, et al. Avaliação da qualidade do preenchimento da caderneta de saúde da criança. *Research, Society and Development*. 2022;11(16):e585111636315. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i16.36315>.
12. Araujo MR de S, Pinheiro ACM, Caldas EM, Neves JL, Costa MP dos SSB, Rodrigues R de S, et al. Análise dos fatores que podem contribuir para a ausência ou o preenchimento inadequado da caderneta da criança. *REAS*. 2021;13(4):e6698. <https://doi.org/10.25248/reas.e6698.2021>.
13. Frota AM, Pordeus AMJ, Forte LB, Vieira LJES. Acompanhamento Antropométrico de Crianças: O ideal e o Realizado. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2007;31(2):212-222. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2007.v31.n2.a1407>.
14. Abud SM, Gaíva MA. Análise do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto, puerpério e recém-nascido na caderneta de saúde da criança. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* 2016;16(1):11-20. <https://doi.org/10.31508/1676-3793201600002>.
15. Costa YL da, Nicácio DB, Bomfim de França AM, Pedrosa AK, Araújo MA dos S, Mendonça A de L. Caderneta da gestante: avaliação dos dados perinatais. *Interfaces Científicas*. 2020;8(2):336-4. <https://doi.org/10.17564/2316-3798.2020v8n2p336-346>.
16. Zimmermann JB, Coutinho, T, Duarte AMBR. Condutas em obstetrícia para gestantes de baixo risco. Protocolo do serviço de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFJF. 1ª ed. MARGEM DA PALAVRA: 2018.
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Triagem neonatal biológica: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2016 [acesso 2023 ago 18]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf.
18. Brasil. Presidência da República Casa Civil. Lei nº 12.303, de 2 de agosto de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de

- realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. 2010 [acesso 2023 ago 18]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112303.htm.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais. 2ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016 [acesso 2023 ago 18]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_saude_ocular_infancia_prevencao_deficiencias_visuais.pdf.
20. Rosolem LH, Contiero-Toninato AP, Sanguino GZ, Bonati PCR, Rezende VD, Mello DF, et al. Caderneta de saúde da criança: Coordenação do cuidado e acesso à saúde. *Cogitare enferm.* 2019;24:e61496. <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.61496>.
21. Freitas JLG, Pereira PP da S, Moreira KFA, Órfão NH, Cavalcante DF, Nascimento RC, et al. Preenchimento da caderneta de saúde da criança na primeira infância. *Rev Bras Promoc Saúde.* 2019;32:8407. <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.8407>.
22. Barbosa TF, Ferreira LB. Situação do preenchimento das Cadernetas de Saúde da Criança em Unidades Básicas de Saúde de um município do Estado de São Paulo, Brasil. *Arch Health Invest.* 2021;10(9):1413-9. <https://doi.org/10.21270/archi.v10i9.5298>.
23. Moreira MDS, Gaíva MAM. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil: Análise dos Registros das Consultas de Enfermagem. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online).* 2013;5(2):3757-66. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n2p3757>.
24. Nascimento RL, Carvalho FO, Saraiva LC, Batista KGS, Silva GM, Araujo FS. Associação de indicadores antropométricos com variáveis hemodinâmicas, glicemia e aptidão física de adultos. *Saud Pesq.* 2021; 14(1):29-36. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2021v14n1.e8113>.
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015 (Cadernos de Atenção Básica; n. 23) [acesso 2023 ago 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aleitamento_materno_alimentacao_complementar_2edicao.pdf.
26. 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):60-67. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600009>.

Recebido: 26 Jan. 2024

Aceito: 21 Mai. 2024