

# Registro dos dados de crescimento e desenvolvimento na caderneta de saúde da criança

*Records of growth and development data in the child health handbook*

*Registro de los datos de crecimiento y desarrollo en la cartilla de salud del niño*



Simone Mourão Abud<sup>a</sup>  
Maria Aparecida Munhoz Gaíva<sup>b</sup>

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.48427>

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar o preenchimento dos dados do crescimento e desenvolvimento na caderneta de saúde da criança.

**Método:** Estudo transversal, realizado em Cuiabá, Brasil, em 13 de agosto de 2011, com aplicação de formulário e observação direta de 950 cadernetas. Foram incluídas crianças menores de um ano, residentes em Cuiabá, acompanhadas da mãe ou do responsável e de posse da caderneta. Os dados foram analisados calculando-se a razão de prevalência (RP) e teste Qui-Quadrado, com nível de significância de 5%. O projeto foi aprovado por Comitê de Ética sob o parecer nº 882/2010.

**Resultados:** Das cadernetas analisadas, 95,4% do desenvolvimento e 79,6% dos gráficos de crescimento estavam com preenchimento incompleto ou ausente.

**Conclusão:** O baixo índice de preenchimento dos indicadores, crescimento e desenvolvimento, reforça a necessidade de sensibilização da população, de profissionais e gestores da saúde para a importância da caderneta, bem como investimentos na formação e capacitação dos profissionais quanto ao seu uso adequado.

**Palavras-chave:** Saúde da criança. Crescimento e desenvolvimento. Vigilância em saúde pública. Registros de saúde pessoal. Atenção primária à saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** The aim was to analyse the input of growth and development data in the Child Health Handbook.

**Method:** This is a cross-sectional study conducted in Cuiabá, Brazil, on August 13, 2011, with the application of a questionnaire and direct observation of 950 handbooks. We included children under one year of age who resided in Cuiabá, accompanied by their mothers or guardians who were in possession of the handbook. Data were analyzed by calculating the prevalence ratio (PR) and Chi-Square test, with a significance level set at 5%. The project was approved by the Ethics Committee under Opinion No. 882/2010.

**Results:** Of the analyzed handbooks, 95.4% of the development data and 79.6% of the data in the growth charts were incomplete or missing.

**Conclusion:** The low rate of growth and development data input in the handbooks reveals the need to create awareness among the population, health care professionals and managers on the importance of handbooks, and the need to invest in training and the empowerment of professionals in relation to its proper use.

**Keywords:** Child health. Growth and development. Public health surveillance. Health records, personal. Primary health care.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar el relleno de los datos del crecimiento y desarrollo en la Cartilla de Salud del Niño.

**Método:** Estudio transversal, realizado en Cuiabá, Brasil, en 13 de agosto de 2011, con aplicación de cuestionario y observación directa de 950 cartillas. Se incluyeron niños menores de un año, residentes en Cuiabá, acompañadas de la madre o responsable y juntamente con la cartilla. Los datos fueron analizados calculándose la razón de prevalencia (RP) y prueba Qui-Cuadrado, con nivel de significancia del 5%. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética bajo el Parecer nº 882/2010.

**Resultados:** De las cartillas analizadas, 95,4% del desarrollo y 79,6% de los gráficos de crecimiento, estaban con relleno incompleto o ausente.

**Conclusión:** El bajo índice de rellenos indicadores de crecimiento y desarrollo refuerza la necesidad de sensibilización de la población, profesionales y gestores de la salud para la importancia de la cartilla, así como inversiones en la formación y capacitación de los profesionales cuanto a su uso adecuado.

**Palabras clave:** Salud del niño. Crecimiento y desarrollo. Vigilancia en salud pública. Registros personales de salud. Atención primaria de salud.

<sup>a</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem no Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG). Cuiabá, MT, Brasil.

<sup>b</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Pesquisadora do CNPq. Cuiabá, MT, Brasil.

## ■ INTRODUÇÃO

O acompanhamento do crescimento e o desenvolvimento são eixos referenciais para as atividades de atenção à saúde da criança sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social<sup>(1)</sup>. O acompanhamento de dados antropométricos em curvas de crescimento padronizadas tornou-se um teste de triagem na promoção da saúde, pois as curvas individuais, principalmente a do peso, são indicadores sensíveis do estado de saúde da criança<sup>(1)</sup>.

Os dados antropométricos registrados em gráficos de crescimento têm sido utilizados no Brasil desde meados da década de 1980, a partir da implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), inicialmente com o Cartão da Criança, e desde 2005 com a caderneta de saúde da criança<sup>(1-2)</sup>.

O cartão continha apenas o gráfico para o acompanhamento do crescimento das crianças menores de cinco anos, mas em 2005 ele foi revisado e transformado na caderneta de saúde da criança, com o objetivo de promover a vigilância à saúde integral da criança. Atualmente ela é o principal instrumento utilizado para o acompanhamento da saúde infantil no contexto da atenção primária no país<sup>(2)</sup>.

Em 2007, o Ministério da Saúde apresentou a segunda versão da caderneta, incorporando as novas curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), propostas em 2006. Foram acrescidos os gráficos de peso, altura e perímetro cefálico por idade, informações sobre o registro civil de nascimento, direitos dos pais e da criança, os primeiros dias de vida do recém-nascido, orientações sobre desenvolvimento e estimulação da criança, alimentação saudável, amamentação e desmame, espaço para anotações de intercorrências clínicas, tratamentos efetuados e da suplementação profilática de ferro e de vitamina A e o calendário básico de vacinação<sup>(2-3)</sup>.

A caderneta passou por nova reformulação em 2009, destacando-se a inclusão do guia básico de acompanhamento de crianças em situações especiais, como síndrome de Down e Autismo, do gráfico de índice de massa corporal por idade; e todos os gráficos de crescimento adotados pela OMS passaram a ser representados em escores z e não mais em percentil. Também houve ampliação da faixa etária para o acompanhamento das crianças (até os 10 anos de idade) e diferenciação das cadernetas por sexo<sup>(3)</sup>.

A caderneta é essencial para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, pois é um documento onde devem ser registrados todos os dados e eventos significativos para a saúde infantil<sup>(3)</sup>. Porém, para que ela auxilie nesse acompanhamento é preciso que seja utiliza-

da em todos os atendimentos e os registros efetuados de forma adequada e completa, desde o nascimento até os 10 anos de idade.

Entretanto, as pesquisas sobre a utilização e preenchimento da caderneta e de seu antecessor o cartão da criança, em sua maioria, revela falhas no que diz respeito ao preenchimento dos dados da gestação, parto e do recém-nascido; incompletude ou ausência de registro do desenvolvimento e dos gráficos de crescimento<sup>(4-6)</sup>.

Especificamente quanto à vigilância do crescimento e desenvolvimento, considerado eixo norteador das ações básicas em saúde voltadas à população infantil, as pesquisas que analisam essa prática nos serviços de saúde evidenciam que a ausência ou incompletude dos dados desse indicador na caderneta tem sido comum<sup>(7-9)</sup>.

Tendo em vista a importância da vigilância e monitoramento do crescimento e desenvolvimento na avaliação das condições de saúde infantil, as irregularidades nos registros apontadas nos estudos e a escassez de pesquisas sobre o preenchimento de dados do crescimento e desenvolvimento na caderneta em nossa realidade, este estudo justifica-se, e os seus resultados poderão contribuir para o planejamento e a avaliação das ações desenvolvidas pelas unidades de saúde na atenção à criança no município, especialmente quanto a utilização da caderneta, uma vez que esta é o principal instrumento para o acompanhamento infantil no contexto da atenção primária no país.

Assim, reconhecendo a relevância da caderneta como estratégia de vigilância e promoção da saúde integral da criança, este estudo tem por objetivo analisar o preenchimento dos dados do crescimento e desenvolvimento na caderneta de saúde da criança.

## ■ MÉTODO

Estudo descritivo de corte transversal, que originou-se de uma dissertação de mestrado<sup>(10)</sup>, desenvolvida em unidades de saúde da família no município de Cuiabá-MT. Ao todo o município possui 63 unidades de saúde da família (60 na zona urbana e 03 na zona rural), estando as da zona urbana distribuídas em 4 Regionais de Saúde (Norte – 13; Sul – 21; Leste - 15 e Oeste - 11). A amostra das unidades foi probabilística (aleatória estratificada) perfazendo uma cobertura de 60% das unidades sorteadas nas 4 Regionais de Saúde, sendo 08 na Regional Norte, 13 na Regional Sul, 10 na Regional Leste e 07 na Regional Oeste, perfazendo um total de 38 unidades.

Para definir o número de crianças que participariam da pesquisa considerou-se o total de menores de um ano das unidades sorteadas, que naquele momento corres-

pondia a 2.490 crianças estimadas a comparecerem às unidades de vacinação no dia da campanha, segundo previsão da meta da secretaria de saúde do município. A amostra foi composta por todas as crianças que participaram da campanha nas 38 unidades selecionadas, sendo que a escolha dos participantes foi feita no dia da coleta dos dados, com aplicação dos seguintes critérios de inclusão: ser menor de um ano, residente no município de Cuiabá, estar acompanhada da mãe ou responsável e ter em mãos a caderneta, versões 2007 ou 2009. Assim, de um total de 1057 crianças menores de um ano que compareceram as unidades para vacinação, após aplicação dos critérios de inclusão, das que não aceitaram participar da pesquisa e das perdas de formulários por falta de preenchimento de alguma variável, a amostra totalizou 950 crianças menores de um ano.

A pesquisa ocorreu no dia 13 de agosto de 2011, dia D da 2ª etapa da Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite. A coleta dos dados aconteceu simultaneamente nas 38 unidades de vacinação selecionadas, por meio da aplicação de formulário às mães ou responsáveis das crianças incluídas no estudo e também pela observação direta da caderneta. Os dados foram coletados por 38 voluntários, enfermeiros e acadêmicos de enfermagem, antecipadamente treinados.

O formulário aplicado às mães continha 43 perguntas, sendo subdivididas em 7 blocos assim distribuídos: *Bloco A – Caracterização da unidade; Bloco B – Dados de identificação da criança; Bloco C – Dados socioeconômicos e demográficos da mãe; Bloco D – Dados referentes à caderneta (identificação, dados sobre gravidez, parto e puerpério e dados de nascimento); Bloco E – Dados de avaliação do desenvolvimento; Bloco F – Dados de avaliação do crescimento; Bloco G – Dados de avaliação da situação vacinal.* Sendo que do Bloco D ao G as questões apresentavam-se com três alternativas: completo, incompleto e ausente, fazendo-se necessário observar as informações contidas diretamente na caderneta. As perguntas dos blocos B e C foram coletadas do formulário aplicado à mãe ou responsável e as perguntas dos blocos D, E, F e G da observação direta da caderneta. Para este artigo foram usadas as informações contidas nos Blocos A, B, C, E e F.

Para avaliar o preenchimento da caderneta, baseou-se nas orientações do Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Criança, que indica os critérios de preenchimento dos dados na caderneta<sup>(2)</sup>, como *completo*, *incompleto* ou *ausente*. É considerado anotações incompletas a ausência em um dos itens. Como referência para analisar a qualidade do preenchimento dos dados na caderneta foi utilizado um sistema de escore baseado em estudo realizado

no município de Belo Horizonte (MG)<sup>(6)</sup>, que atribuiu valor 1 para itens preenchidos corretamente e valor zero para os incorretamente ou não preenchidos. Para a somatória final dos valores de cada item estabeleceu o seguinte escore, 60% ou menos dos itens preenchidos ( $\leq 12$  pontos) e mais de 60% dos itens preenchidos ( $> 12$  pontos).

No presente estudo, os registros de desenvolvimento foram avaliados conforme seu preenchimento em: "0" (ausente = nenhum item preenchido), "1" (incompleto = 1 item preenchido) e "2" (completo = 2 itens ou mais preenchidos), portanto, a curva de desenvolvimento foi considerada completa quando a caderneta possuía pelo menos 2 itens ou mais preenchidos (de um total de 4), conforme a idade que criança apresentava no momento da coleta dos dados. Foi considerado "2" a pontuação máxima e "0" a pontuação mínima. Utilizamos o seguinte ponto de corte:  $\leq 0,8$  pontos (representando  $\leq 40\%$  itens preenchidos) e  $> 0,8$  pontos (representando  $> 60\%$  itens preenchidos).

Para os registros dos dados da curva de crescimento, realizou-se a somatória da pontuação (0 – ausente; 1 – incompleto; 2 – completo), a qual variou entre 0 e 8 pontos, em que se considerou completa quando a caderneta apresentava pelo menos uma anotação do peso a cada três meses, com um mínimo de 4 registros no primeiro ano de vida. Foi estabelecido um ponto de corte para determinar o nível de preenchimento:  $\leq 3$  pontos (representando menos de 40% de itens preenchidos) e  $> 3$  pontos (representando 60% ou mais itens preenchidos).

A definição do ponto de corte para os indicadores crescimento e desenvolvimento foi baseada na distribuição estatística dos escores encontrados, já que não foi localizado na literatura indicações para nortear essa escolha.

Os dados foram inseridos em banco e analisados no Programa Estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). Para análise da associação entre as variáveis calculou-se a razão de prevalência (RP), teste do qui-quadrado, cálculo do valor de  $p$  e do Intervalo de confiança 95% (IC95), sendo considerados como estatisticamente significantes valores de  $p$  iguais ou menores do que 0,05.

Este estudo faz parte do projeto matricial: "Avaliação da atenção à criança na rede básica de saúde de Cuiabá, MT, com ênfase em sua organização, assistência e nas práticas de enfermagem", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, parecer nº 882/2010, conforme as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, vigente à época da realização da pesquisa. As mães/responsáveis entrevistadas foram esclarecidas sobre os objetivos e métodos da pesquisa e assinaram livremente o termo de consentimento.

## ■ RESULTADOS

Foram analisadas 950 cadernetas com relação à curva de crescimento e 929 em relação à curva de desenvolvimento, pois a caderneta de 2007 apresenta estratificação da faixa etária e a versão 2009 não, assim para esta análise foram excluídas 21 crianças que portavam o modelo de 2007.

A Tabela 1 apresenta as características maternas e infantis. 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 (67,0%). Quanto às crianças, houve predominância das do sexo masculino (51,4%) e com idade ≤ 6 meses (60,2%).

Constata-se na Tabela 2 que 95,4% das 929 cadernetas analisadas apresentaram preenchimento incompleto ou ausente para a avaliação do desenvolvimento. Apenas a variável número de filhos apresentou significância esta-

tística, indicando um risco ( $p=0,034/RP=1,03$ ) para o não preenchimento.

Das 950 cadernetas investigadas, 756 (79,6%) apresentaram preenchimento ausente ou incompleto no gráfico de crescimento e apenas a variável idade das crianças apresentou significância estatística, sugerindo risco para o não preenchimento completo das cadernetas (Tabela 3).

Também foi observado se o valor do peso estava anotado no gráfico, bem como se a curva estava traçada. Assim, das 950 cadernetas analisadas, 76,1% não tinham o valor do peso anotado no gráfico e em 70,5% não havia o desenho do traçado da curva.

## ■ DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde preconiza que o acompanhamento do desenvolvimento deve ser realizado em todas as consultas, no intuito de detectar qualquer alteração no desenvolvimento, para que seja possível oferecer

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

Variáveis	n	%	Total
<b>Idade das Mães (anos)</b>			
≤ 19	134	14,1	950
> 19	816	85,9	
<b>Anos de estudo das Mães</b>			
≤ 7	189	19,9	950
> 7	761	80,1	
<b>Idade das Crianças</b>			
≤ 6 meses	572	60,2	950
> 6 meses	378	39,8	
<b>Sexo das Crianças</b>			
Menino	488	51,4	950
Menina	462	48,6	
<b>Número de filhos</b>			
Um	436	45,9	950
Dois ou mais	514	54,1	
<b>Mãe trabalha fora do lar</b>			
Sim	388	40,8	950
Não	562	59,2	
<b>Renda Familiar*(n=910)</b>			
≤ 2 Salários Mínimos**	610	67,0	910
> 2 Salários Mínimos	300	33,0	

Fonte: Pesquisa de campo, 2011.

\*Não soube informar. \*\*Salário Mínimo vigente na época da pesquisa R\$ 545,00.

**Tabela 2** – Distribuição das variáveis das crianças e das mães segundo o preenchimento dos dados de desenvolvimento na Caderneta de Saúde da Criança. Cuiabá-Mato Grosso, Brasil, 2011 (n= 929)

Variáveis	Preenchimento dos Dados de Desenvolvimento				
	Incompleto ou Ausente (Escore ≤0,8)	Completo (Escore >0,8)	Qui-quadrado	Valor de p	RP* (IC95%)
<b>Idade das Mães</b>					
≤ 19	130	3	1,98	0,159	1,03 (1,00 – 1,06)
> 19	756	40			
<b>Anos Estudo das Mães</b>					
≤ 7	173	9	0,051	0,821	1,00 (0,96 - 1,03)
> 7	713	34			
<b>Número de filhos</b>					
Um	414	13	4,492	0,034	1,03 (1,00 – 1,06)
Dois ou mais	472	30			
<b>Idade das Crianças</b>					
≤ 6 meses	527	31	2,72	0,099	0,98 (0,95 - 1,00)
> 6 meses	359	12			
<b>Sexo das Crianças</b>					
Masculino	451	27	2,320	0,128	0,98 (0,95 - 1,01)
Feminino	435	16			
<b>Renda Familiar (n=892)**</b>					
≤ 2 Salários Mínimos***	571	30	1,691	0,193	0,98 (0,95 - 1,01)
> 2 Salários Mínimos	282	9			
<b>Mãe trabalha fora Lar</b>					
Sim	362	16	0,226	0,634	1,01 (0,98 – 1,04)
Não	524	27			

Fonte: Pesquisa de campo, 2011.

\*Razão de Prevalência \*\* Das 929 mães entrevistadas, 37 não sabiam a renda familiar. \*\*\* Salário Mínimo vigente na época da pesquisa R\$ 545,00.

orientações de estímulo à mãe e/ou familiares e, em casos graves, realizar o encaminhamento o mais precocemente possível<sup>(1)</sup>.

No entanto, os resultados desta pesquisa demonstraram que o registro do desenvolvimento neuropsicomotor da criança vem sendo negligenciado pelos profissionais de saúde, pois em mais de 95,0% das cadernetas investigadas não havia este dado registrado. Achado esse consonante com os encontrados em estudos realizados em Feira de Santana (BA) e Belo Horizonte (MG), em que houve ausência de anotação deste indicador na maioria das cadernetas analisadas, 92,2% e 81,1% respectivamente<sup>(4,6)</sup>.

Em contrapartida, estudo realizado na França mostrou que os registros dos marcos do desenvolvimento estavam presentes em 74,0% a 93,0% das cadernetas francesas de

crianças de 1 a 4 anos de idade, evidenciando a importância dada pelos profissionais franceses para este indicador<sup>(11)</sup>.

A precariedade de registros sobre o desenvolvimento da criança também são observados quando se avalia os prontuários. Pesquisa realizada em João Pessoa (PB) com o objetivo de analisar os registros em prontuários do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento executado pelo enfermeiro, verificou-se ausência de anotações do desenvolvimento em 100% dos prontuários<sup>(7)</sup>. Resultado semelhante também foi encontrado na cidade de Pelotas (RS), onde 94,0% das crianças menores de um ano atendidas nas unidades básicas de saúde não possuíam qualquer tipo de anotação no prontuário para o indicador desenvolvimento<sup>(12)</sup>. Por sua vez, estudo que analisou os registros do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na

**Tabela 3** – Distribuição das variáveis da criança e da mãe segundo o preenchimento dos dados de Crescimento na Caderneta de Saúde da Criança. Cuiabá-Mato Grosso, Brasil, 2011 (n= 950)

Variáveis	Preenchimento da Curva de Crescimento				
	Incompleto ou Ausente (Escore ≤3)	Completo (Escore >3)	Qui-quadrado	Valor de p	RP* (IC95%)
<b>Idade das Mães</b>					
≤ 19	101	33	1,698	0,193	0,94 (0,85 - 1,04)
> 19	655	161			
<b>Anos Estudo das Mães</b>					
≤ 7	143	46	2,228	0,136	0,94 (0,86 - 1,03)
> 7	613	148			
<b>Número de filhos</b>					
Um	337	99	2,590	0,108	0,95 (0,89 - 1,01)
Dois ou mais	419	95			
<b>Idade das Crianças</b>					
≤ 6 meses	506	66	69,796	0,000	1,34 (1,24 - 1,45)
> 6 meses	250	128			
<b>Sexo das Crianças</b>					
Masculino	387	101	0,047	0,829	0,99 (0,93 - 1,06)
Feminino	369	93			
<b>Renda Familiar (n= 910)**</b>					
≤ 2 Salários Mínimos***	487	123	0,031	0,86	0,99 (0,93 - 1,06)
> 2 Salários Mínimos	241	59			
<b>Mãe trabalha fora do Lar</b>					
Sim	316	72	1,403	0,236	1,04 (0,98 - 1,11)
Não	440	122			

Fonte: Pesquisa de campo, 2011.

\*Razão de Prevalência \*\* Das 950 mães entrevistadas, 40 não sabiam a renda familiar. \*\*\*Salário Mínimo vigente na época da pesquisa R\$ 545,00.

consulta de enfermagem à crianças menores de dois anos em unidades de saúde da família em Cuiabá-MT, mostrou que 59,1% dos registros de desenvolvimento nos prontuários estavam incompletos<sup>(8)</sup>.

O registro das informações de saúde constitui um meio de comunicação utilizado pelos profissionais em suas ações. Para tanto, este necessita ser adequadamente executado, pois reflete diretamente a qualidade da assistência prestada<sup>(13-14)</sup>.

Na presente pesquisa, apenas a variável número de filhos apresentou significância estatística, sugerindo risco ( $p=0,034/RP=1,03$ ) para o não preenchimento dos dados de desenvolvimento, evidenciando que os profissionais ativeram maior atenção para o preenchimento deste dado nas cadernetas cujas mães tinham dois filhos ou mais, con-

trapondo-se ao resultado encontrado em Feira de Santana (BA), em que os profissionais tiveram maior preocupação em relação ao preenchimento deste indicador na caderneta das crianças de mães primíparas<sup>(4)</sup>.

Uma provável explicação para associação entre o número de filhos e o não preenchimento dos dados do desenvolvimento na caderneta, pode ser porque as mães com dois ou mais filhos, por possuírem maior experiência e conhecimento sobre os cuidados com a saúde infantil, sobretudo com o desenvolvimento, ficam mais atentas a esse aspecto e mais exigentes quanto à utilização da caderneta pelos profissionais de saúde.

A vigilância do desenvolvimento da criança é uma atividade fundamental a ser executada pelos profissionais de saúde, e tem o objetivo de promover o desenvolvimento

adequado, identificar e prevenir os desvios<sup>(14)</sup>. Para tal, o profissional deve aproveitar o momento que preenche o gráfico de desenvolvimento para prestar orientações sobre as habilidades esperadas para a idade e como a mãe/familiares podem participar e estimular a criança nesse processo. Nesse sentido, o instrumento de vigilância do desenvolvimento presente na caderneta auxilia os pais a reconhecerem o seu papel na estimulação dos marcos do desenvolvimento de seus filhos<sup>(15)</sup>.

Quanto ao crescimento, observou-se que apenas 20,4% das cadernetas estavam preenchidas de maneira completa, o que é considerado um percentual insatisfatório para o acompanhamento deste indicador em crianças menores de um ano. Este resultado contraria o preconizado pelo MS, que recomenda a avaliação das crianças menores de um ano pelo menos a cada três meses, totalizando no mínimo quatro registros neste período<sup>(2)</sup>.

Baixo percentual de preenchimento dos gráficos de crescimento no cartão da criança também foi observado em estudo realizado na cidade de Brasília (DF), onde apenas 21,1% estavam adequadamente preenchidos<sup>(16)</sup>. Percentuais ainda mais baixos foram encontrados em pesquisa recente desenvolvida em município de pequeno porte no Estado de São Paulo, em que só um terço das cadernetas analisadas apresentava registro completo das medidas antropométricas, e menos de 10% tinham os gráficos de peso e estatura adequadamente preenchidos<sup>(17)</sup>.

Somente a variável *idade das crianças* demonstrou significância estatística, sugerindo risco para o não preenchimento do indicador crescimento. A faixa etária que demonstrou maior probabilidade para este registro não ser realizado de forma adequada, foi a de crianças com seis meses ou menos de idade, com um índice de 53,3%. Este percentual é maior que o encontrado em Feira de Santana (BA), em que 21,4% das cadernetas de crianças menores de seis meses não tinham os dados de crescimento preenchidos<sup>(4)</sup>. Por sua vez, investigação desenvolvida em Brasília (DF) evidenciou que o preenchimento adequado do crescimento diminui à medida que a idade da criança aumenta, sendo que o maior índice de preenchimento adequado foi nos gráficos de crianças menores de 6 meses de idade<sup>(16)</sup>, resultado oposto ao encontrado no presente estudo. Pesquisa realizada na França também ratificou a tendência de redução do preenchimento de dados na caderneta à medida que avança a idade da criança<sup>(11)</sup>.

Essa divergência com outros estudos chama atenção, pois a preocupação com os cuidados com a saúde da criança, tanto por parte dos pais como dos profissionais é naturalmente maior nos primeiros anos de vida, pois neste período a criança apresenta crescimento e desenvolvimen-

to intenso, por isso o acompanhamento deve ser mais frequente e a atenção da equipe continua e resolutive. Tanto é que o calendário mínimo de consultas para o acompanhamento de saúde da criança proposto pelo Ministério da Saúde prevê um número maior de consultas nos primeiros anos de vida da criança<sup>(1)</sup>.

Ademais, é no primeiro ano de vida que a criança recebe a maior parte das vacinas, com necessidade de retornos mensais aos serviços de saúde, o que é uma oportunidade para utilização da caderneta como instrumental para essa assistência.

Outro aspecto relevante no acompanhamento infantil é a curva de crescimento. No presente estudo, menos de 1/3 das cadernetas exibiram o valor do peso escrito e a curva de crescimento traçada. Este dado é preocupante, pois sem a complementação desses elementos, não há como realizar uma adequada avaliação longitudinal do crescimento. O MS recomenda que os profissionais construam as curvas de crescimento da criança a partir da pontuação do peso no gráfico, ligando os pontos de modo que se possa verificar a tendência de crescimento da criança frente aos padrões estabelecidos<sup>(2)</sup>.

Uma possível justificativa para o baixo percentual de preenchimento dos gráficos de crescimento, poderia estar relacionada a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com os novos conceitos incorporados à caderneta, como, por exemplo, as curvas de referência em escores-z e o gráfico de índice de massa corporal por idade (IMC)<sup>(18)</sup>.

A avaliação periódica do ganho ponderal oferece subsídios para os profissionais acompanharem a evolução da criança e identificarem as de maior risco de morbimortalidade, reconhecendo precocemente os sinais de perigo. Para tanto, o acompanhamento deve seguir um calendário mínimo de consultas e ser devidamente registrado tanto no prontuário como na caderneta<sup>(1)</sup>.

Apesar da importância da caderneta como instrumento de vigilância e promoção da saúde infantil, a literatura revela situação preocupante quanto à sua utilização<sup>(15,19)</sup>. Estudos mostram que os principais fatores que dificultam o uso adequado da caderneta pelos profissionais de saúde são: ausência de capacitação para o uso desse instrumento, indisponibilidade da caderneta nas unidades básicas de saúde, não utilização da caderneta por todos os membros da equipe e desconhecimento de mães/familiares sobre a mesma<sup>(18,20)</sup>.

A precária utilização da caderneta verificada no presente estudo pode indicar que ações voltadas especificamente ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento não estão alcançando a maioria das crianças menores de um ano no município. Condição essa que preocupa, já

que a caderneta é o único instrumento de monitorização do crescimento e desenvolvimento da criança. Portanto, é de fundamental importância, o registro correto e completo dos dados pelos profissionais de saúde.

A utilização adequada da caderneta é essencial para promover a vigilância à saúde integral da criança, mas para que ela cumpra tal função, se faz necessário a participação e compromisso dos profissionais de saúde na sua implementação<sup>(4)</sup>, bem como maior valorização desse documento por parte dos gestores da saúde, de modo a proporcionar as condições necessárias para a sua utilização, uma vez que constitui um indicador da qualidade da atenção oferecida pelos serviços de saúde às crianças.

Nessa perspectiva, os achados da pesquisa contribuem e trazem avanços em relação a produção sobre a temática, uma vez, que não se limitou a descrever apenas os percentuais de preenchimento dos indicadores crescimento e desenvolvimento na caderneta, mas utilizou escores para avaliar a qualidade do preenchimento desses dados, possibilitando a análise de um conjunto de dados relevantes para a saúde da criança, apontando para a urgente necessidade de implementação de estratégias para organização dos serviços de atenção primária no município, com ações voltadas à utilização da caderneta para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, especialmente, das crianças menores de um ano.

## ■ CONCLUSÃO

Os resultados mostraram que 95,4% e 79,6% das cadernetas analisadas tinham preenchimento incompleto ou ausente do desenvolvimento ou gráfico de crescimento, respectivamente. Apenas duas variáveis apresentaram significância estatística, sugerindo risco para o não preenchimento completo das cadernetas, idade da criança para os dados de crescimento e número de filhos, para o desenvolvimento.

O baixo índice de preenchimento dos indicadores crescimento e desenvolvimento na caderneta de saúde da criança, encontrados no presente estudo sugere acompanhamento inadequado das crianças, o que pode comprometer a qualidade da atenção e dificultar a avaliação das ações de saúde. Ainda, a caderneta é um direito da criança e a sua utilização de forma inadequada por parte dos profissionais configura-se em desrespeito desse direito.

Vale ressaltar que as falhas nos registros nas cadernetas apontam para a necessidade de sensibilização de todos os envolvidos com a saúde infantil para a importância da mesma, bem como, investimentos na formação e capacitação dos profissionais quanto ao seu uso correto. Faz-se neces-

sário também, que a caderneta seja valorizada e apropriada por mães/familiares, para que ela possa efetivamente cumprir seu papel de comunicação, educação, vigilância e promoção da saúde.

A presente pesquisa possui limitações inerentes ao estudo transversal. Apesar dessa limitação, os resultados obtidos vêm somar a estudos já realizados e poderão subsidiar o planejamento de ações e políticas locais voltadas à criança, além de chamar a atenção dos profissionais que assistem diretamente essa população, sobre a importância da adequada utilização da caderneta para o cuidado da criança pela família e para as práticas profissionais no contexto da atenção básica.

Acredita-se ainda, que os resultados deste estudo poderão ser aplicados na prática para subsidiar a melhoria da qualidade da assistência prestada à criança, bem como, no ensino das profissões de saúde. Ademais, indicam a necessidade de que as novas pesquisas sobre a temática incluam também crianças de outras faixas etárias, assim como a análise de diferentes variáveis explicativas para melhor compreender as causas que dificultam a adequada utilização da caderneta.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF; 2012. Cadernos de Atenção Básica, nº 33.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Manual para utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília, DF; 2005.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Caderneta de saúde da criança. Brasília, DF; 2009.
4. Vieira GO, Vieira TO, Costa MCO, Santana Netto PV, Cabral VA. Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2005;5(2):177-84.
5. 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(2):106-12.
6. 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.
7. Lima GGT, Silva MFOC, Costa TNA, Neves AFGB, Dantas RA, Lima ARSO. Registros do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: enfoque na consulta de puericultura. *Rev Rene*. 2009;10(3):17-24.
8. Moreira MDS, Gaíva MAM. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: análise dos registros das consultas de enfermagem. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2013;5(2):3757-66.
9. Modes PSSA, Gaíva MAM. Satisfação das usuárias quanto à atenção prestada à criança pela rede básica de saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2013;17(3):455-65.



10. Abud SM. Análise do preenchimento da caderneta de saúde de crianças atendidas pelas equipes de saúde da família do município de Cuiabá-MT [dissertação]. Cuiabá (MT): Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso; 2012.
11. Vincelet C, Tabone MD, Berthier M, Bonnefoi MC, Chevallier B, Lemaire JP, et al. Le carnet de santé de l'enfant est-il informatif? évaluation dans différentes structures de prévention et de soins. *Arch Pédiatr.* 2003;25(10):403-9.
12. Ceia MLM, Cesar JA. Avaliação do preenchimento dos registros de puericultura em unidades básicas de saúde em Pelotas, RS. *Rev AMRIGS.* 2011;55(3):244-9.
13. Oliveira VC, Cadette MMM. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. *Acta Paulista de Enfermagem.* 2009;22(3):301-6.
14. Clendon J, Dignam D. Child health and development record book: tool for relationship building between nurse and mother. *Journal of Advanced Nursing.* 2010;66(5):968-77.
15. Gaiva MAM, Silva FB. Caderneta de saúde da criança: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE On Line.* [Internet]. 2014 [citado 2015 fev. 5];8(3):742-9. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5357/pdf\\_4773](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5357/pdf_4773)
16. Sardinha LMV, Pereira MG. Avaliação do preenchimento do cartão da criança no Distrito Federal. *Brasília Méd.* 2011;48(3):246-51.
17. 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(nesp):60-7.
18. Abreu TGT, Viana LS, Cunha CLFC. Desafios na utilização da caderneta de saúde da criança: entre o real e o ideal. *J Manag Prim Health Care.* 2012;3(2):80-3.
19. Reichert APS, Almeida AB, Souza LC, Silva MEA, Collet N. Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. *Rev Rene.* 2012;13(1):114-26.
20. Linhares AO, Gigante DP, Bender E, Cesar JA. Avaliação dos registros e opinião das mães sobre a caderneta de saúde da criança em unidades básicas de saúde, Pelotas, RS. *Rev AMRIGS.* 2012;56(3):245-50.

■ **Endereço do autor:**

Maria Aparecida Munhoz Gaíva  
 Rua 59, 215/303, Jardim Goiás  
 74810-260 Goiânia – GO  
 Email: mamgaiva@yahoo.com.br

Recebido: 07.07.2014

Aprovado: 17.04.2015