

# Uso e preenchimento da caderneta de saúde da criança com foco no crescimento e desenvolvimento

USE AND FILLING OF CHILD HEALTH HANDBOOK FOCUSED ON GROWTH AND DEVELOPMENT

USO Y LLENADO DE LA LIBRETA DE SALUD INFANTIL CON EL FOCO EN EL CRECIMIENTO Y EL DESARROLLO

Claudia Nery Teixeira Palombo<sup>1</sup>, Luciane Simões Duarte<sup>2</sup>, Elizabeth Fujimori<sup>3</sup>, Áurea Tamami Minagawa Toriyama<sup>4</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar uso e preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança (CSC), especialmente crescimento e desenvolvimento. **Método:** Estudo transversal com 358 pares mãe-criança atendidos em 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de município de pequeno porte. As mães foram entrevistadas nas UBS, de fevereiro a abril de 2013, com o uso de questionário. Utilizou-se softwares Epi-info e Stata. **Resultados:** No momento da entrevista, 53% das mães portavam a CSC, proporção similar à de mães que referiram orientação para levar a CSC aos atendimentos de saúde. Anotações na CSC durante os atendimentos foram referidos por 49%. Esquema vacinal estava completo em 97% das CSC, mas apenas 9% e 8% das CSC tinham, respectivamente, gráficos de crescimento e desenvolvimento adequadamente preenchidos. **Conclusão:** O uso e o preenchimento insatisfatório da CSC reforçam a necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais e na sensibilização da comunidade para que a CSC se torne efetivamente um instrumento de promoção da saúde infantil.

## DESCRIPTORIOS

Saúde da criança  
Crescimento e desenvolvimento  
Promoção da Saúde  
Atenção Primária à Saúde

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the use and records of the Child Health Handbook (CHH), especially growth and development. **Method:** Cross-sectional study with 358 mother-child pairs registered in 12 Primary Health Centers (PHCs) of a small municipality. Mothers were interviewed at the PHC from February to April 2013 using a questionnaire. Data analysis was done using WHO Anthro software, Epi Info™ and Stata. **Results:** Fifty-three percent of the mothers were carrying the CHH at the time of the interview, similar to the proportion of mothers who were instructed to bring the CHH to health appointments. Annotations in the CHH during the visits were reported by 49%. The vaccination schedule was completed in 97% of the CHH, but only 9% and 8% of the CHH, respectively, contained growth charts and properly completed developmental milestones. **Conclusion:** Low rates of use and unsatisfactory record-keeping in the CHH reinforce the need for investment in professional training and community awareness for the CHH to become an effective instrument of promotion of child health.

## DESCRIPTORS

Child health  
Growth and development  
Health Promotion  
Primary Health Care

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar el uso y llenado de la Libreta de Salud Infantil (LSI), especialmente el crecimiento y el desarrollo. **Método:** Estudio transversal con 358 pares de madres e hijos matriculados en 12 Unidades Básicas de Salud (UBS) de una ciudad pequeña. Las madres fueron entrevistadas en el UBS desde febrero a abril 2013 mediante un cuestionario. Se utilizó Epi-info y software SPSS. **Resultados:** 53% de las madres estaban llevando LSI durante la entrevista, proporción similar a las madres que recibieron instrucciones para llevar el LSI a la atención de la salud. Anotaciones en LSI durante las visitas se registraron en un 49%. Calendario de vacunas fue completa en el 97% de LSI, pero sólo el 9% y el 8% de LSI tenido, respectivamente, las curvas de crecimiento y desarrollos debidamente cumplimentados. **Conclusión:** El uso y el relleno satisfactorio de LSI refuerzan la necesidad de inversión en la formación profesional y el acercamiento a la comunidad para la LSI se convierte efectivamente en un instrumento de promoción de la salud infantil.

## DESCRIPTORIOS

Salud del niño  
Crecimiento y desarrollo  
Promoción de la Salud  
Atención Primaria de Salud

<sup>1</sup> Doutoranda em Ciências, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. <sup>2</sup> Mestranda em Ciências, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. <sup>3</sup> Professora Associada, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. <sup>4</sup> Professora Doutora, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) é destinada a todos os nascidos em território brasileiro e reúne o registro dos mais importantes eventos relacionados à saúde da criança. O preenchimento deve ter início na maternidade com o registro das informações sobre o parto, condições de alta do bebê, primeiras vacinas e exames ou testes realizados, e sua continuidade deve ser dada, preferencialmente, pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde a análise da CSC deve ser o primeiro cuidado prestado ao recém-nascido<sup>(1)</sup>.

Apesar disso, estudos sobre o uso da CSC ainda são escassos e todas as publicações destacam falhas importantes, envolvendo principalmente o seu preenchimento<sup>(2-6)</sup>. Revisão de literatura publicada no Brasil entre 2005 e 2011, acerca dos fatores que dificultam a utilização adequada da CSC por profissionais de saúde, aponta como principais fatores a desvalorização e o desconhecimento de mães/familiares sobre a CSC e a falta de capacitação dos profissionais para o seu uso correto<sup>(7)</sup>.

Acredita-se que a valorização e a apropriação da CSC por mães/familiares podem estar fortemente ligadas à utilização adequada da CSC pelos profissionais de saúde, o que inclui registro da avaliação do peso, altura, estado nutricional e de desenvolvimento, vacinação e intercorrências, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados de alimentação, higiene, estimulação e vacinação em todos os atendimentos<sup>(8)</sup>.

Tendo em vista essas considerações, este estudo teve como objetivo avaliar o uso e o preenchimento das CSC, especialmente crescimento e desenvolvimento, em unidades básicas de saúde, com vistas a promover a utilização desse importante instrumento para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento, bem como para qualificar a atenção à saúde da criança.

## MÉTODO

Este estudo observacional de corte transversal integra projeto mais amplo intitulado *Efeito do aconselhamento nutricional da estratégia AIDPI sobre práticas alimentares, estado nutricional e desenvolvimento infantil*, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (processo nº 193.468). Foi desenvolvido em um município de pequeno porte do Estado de São Paulo, com cerca de 45 mil habitantes, que possui 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde atuam 13 médicos, 12 enfermeiros, 26 auxiliares de enfermagem e 32 agentes comunitários de saúde.

O tamanho da amostra foi calculado no software Epi-Info, considerando-se uma estimativa de 50% de crianças com práticas alimentares inadequadas<sup>(9-12)</sup>, população de 3.904 crianças menores de três anos cadastradas nas UBS, nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. O cálculo indicou a necessidade de 350

pares mãe-criança. A seleção da amostra foi representativa e proporcional ao número de crianças cadastradas em cada UBS. De um total de 399 mães abordadas nas UBS, 35 não aceitaram participar da pesquisa e 6 não atendiam aos critérios de inclusão: três eram gêmeares, duas portavam doenças neurológicas e uma criança não era filha biológica. Assim, participaram do estudo 358 pares mãe-criança.

A coleta de dados foi realizada de fevereiro a abril de 2013 por 11 enfermeiras e uma graduanda em enfermagem, devidamente treinadas. As mães foram entrevistadas nas UBS com questionário pré-testado. O uso da CSC foi avaliado com as seguintes questões: A mãe está com a CSC no momento da entrevista? A mãe leva a CSC nas consultas da criança? Foi orientada a levar a CSC nos atendimentos de saúde? A mãe observa profissionais de saúde fazendo anotações na CSC? Para avaliar o preenchimento, procedeu-se à verificação direta das CSC quanto à 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<sup>(13)</sup>.

Para este artigo, as mães foram caracterizadas quanto a idade, escolaridade, paridade e trabalho fora do lar. As crianças foram caracterizadas quanto a idade, sexo, peso e comprimento ao nascer, frequência à creche, principal cuidador e estado nutricional e desenvolvimento infantil. Para avaliar o estado nutricional, verificou-se peso e comprimento/estatura das crianças conforme as técnicas padronizadas pelo Ministério da Saúde<sup>(14)</sup>. Utilizou-se balança pediátrica digital (marca Welmy) e antropômetro de madeira para crianças menores de dois anos e balança antropométrica tipo plataforma (marca Welmy) para crianças de dois a três anos. O estado nutricional foi avaliado pelo Índice de Massa Corporal (IMC) para idade expresso em escore-z e classificado em: baixo peso (magreza acentuada  $<-3$ ; magreza  $\geq -3$  e  $<-2$ ), peso adequado ( $\geq -2$  e  $<+1$ ) e excesso de peso (risco de sobrepeso  $>+1$  e  $\leq +2$ ; sobrepeso  $>+2$  e  $\leq +3$ ; obesidade  $>+3$ )<sup>(15)</sup>. Para análise do estado nutricional, utilizou-se o programa WHO Anthro versão 3.1.0. O desenvolvimento infantil foi avaliado com a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento adotada pelo Ministério da Saúde<sup>(16)</sup>, categorizando-se como *Desenvolvimento normal* (presença de todos os marcos de desenvolvimento para a faixa etária avaliada) e *Alerta para o desenvolvimento* (ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento)<sup>(13)</sup>.

Os dados foram inseridos em banco elaborado no software Epi-info 6.04 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos), com dupla digitação para verificação de consistência, e para análise estatística utilizou-se o teste de qui-quadrado e o teste exato de Fisher no programa Stata.

## RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características maternas e infantis. A maioria das mães tinha idade superior a 19 anos (87,5%), mais de 8 anos de estudo (64,9%) e não trabalhava fora do lar (61,3%). Quanto às crianças, hou-

ve predominância de menores de 1 ano (59,0%), do sexo masculino (54,7%) e com peso ao nascer maior que 2.500g (88,3%). A maioria não frequentava creche (87,1%) e tinha a mãe como a principal cuidadora (88,3%). O baixo peso afetava 7,2% e o excesso de peso quase um terço das crianças.

**Tabela 1** - Distribuição das características maternas e infantis - Município do Estado de São Paulo, 2013

Variáveis <sup>a</sup>	n	%
<b>Características maternas</b>		
Idade materna (anos)		
≤ 19	43	12,5
> 19	302	87,5
Escolaridade (anos de estudo)		
≤ 8	124	35,1
> 8	229	64,9
Paridade		
Primípara	153	42,7
Múltipara	205	57,3
Trabalha fora do lar		
Sim	137	38,7
Não	217	61,3
<b>Características infantis</b>		
Idade da criança (meses)		
< 6	129	36,2
6   12	81	22,8
12   18	51	14,3
18   24	40	11,2
24   30	26	7,3
≥ 30	29	8,2
Sexo		
Masculino	196	54,7
Feminino	162	45,3
Peso ao nascer (gramas)		
< 2.500	42	11,7
≥ 2.500	315	88,3
Comprimento ao nascer (centímetros)		
< 47	69	21,4
≥ 47	253	78,6
Frequenta creche (período integral ou parcial)		
Sim	46	12,9
Não	311	87,1
Principal cuidador (exceto criança que frequenta creche em período integral)		
Mãe	279	88,3
Outros	37	11,7
Estado nutricional		
Baixo peso	25	7,2
Peso adequado	213	61,2
Excesso de peso	110	31,6
Desenvolvimento Infantil		
Normal	165	49,4
Alerta	169	50,6

<sup>a</sup> Não se obtiveram informações para o total da amostra.

Quanto ao desenvolvimento, metade das crianças apresentava ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento, das quais 56,8% (n=96) tinham ausência de dois ou mais marcos do desenvolvimento (dado não apresentado na Tabela 1).

Constata-se na Tabela 2 que apenas cerca de metade das mães portavam a CSC no momento da entrevista, proporção similar à de mães que haviam sido orientadas a levar a CSC aos atendimentos da criança e também à

de mães que referiram observar que profissionais faziam anotações na CSC. 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%) das CSC apresentava

registro completo das medidas antropométricas, e os gráficos de peso e estatura estavam adequadamente preenchidos em menos de 10% das CSC, da mesma forma que o gráfico de desenvolvimento. Contudo, o esquema vacinal estava completo em 96,6% das CSC (Tabela 2).

**Tabela 2** - Informações sobre uso e preenchimento da CSC - Município do Estado de São Paulo, 2013

Variáveis	n	%
<b>Uso da CSC</b>		
Mãe estava com a CSC no momento da entrevista <sup>a</sup>	185	53,2
Mãe refere ter sido orientada a levar a CSC nos atendimentos de saúde	183	52
Mãe refere levar a CSC nos atendimentos de saúde <sup>a</sup>	271	76,6
Mãe observa que o profissional de saúde faz anotações na CSC	173	49
<b>Preenchimento completo dos itens da CSC</b>		
Identificação da criança <sup>a</sup>	85	48
Informações sobre nascimento <sup>a</sup>	84	47,5
Folha de registro das medidas antropométricas <sup>a</sup>	53	33,8
Gráfico de altura <sup>a</sup>	14	8,9
Gráfico de peso <sup>a</sup>	14	8,9
Gráfico de desenvolvimento <sup>a</sup>	13	8,3
Esquema de vacinação <sup>a</sup>	169	96,6

<sup>a</sup>Não há informações para a totalidade da amostra

Independentemente de portar ou não a CSC no momento da entrevista, todas as mães foram questionadas sobre o uso desse instrumento pelos profissionais de saúde. Ter sido orientada sobre a importância de levar a CSC aos atendimentos de saúde

da criança, 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 associou-se estatisticamente com portar a CSC no momento da entrevista (Tabela 3).

**Tabela 3** - Características de uso da CSC, estado nutricional, desenvolvimento e faixa etária das crianças segundo mãe com CSC no momento da entrevista - Município do Estado de São Paulo, 2013

Características	Mãe com CSC <sup>a</sup>				p <sup>b</sup>
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
<b>Mãe orientada a levar a CSC aos atendimentos<sup>a</sup></b>					
Sim	112	61,9	67	41,9	0
Não	69	38,1	93	58,1	
<b>Mãe observa que profissional faz anotações<sup>a</sup></b>					
Sim	125	68,7	85	52,8	0,012
Não	57	31,3	76	47,2	
<b>Mãe é orientada sobre o ganho de peso e estatura da criança<sup>a</sup></b>					
Sim	161	88	126	78,8	0,029
Não	22	12	34	21,2	
<b>Estado nutricional<sup>a</sup></b>					
Baixo peso	12	6,5	13	8,4	0,788
Peso adequado	112	60,9	93	60,4	
Excesso de peso	60	32,6	48	31,2	
<b>Desenvolvimento adequado<sup>a</sup></b>					
Normal	84	51,2	87	54	0,611
Alerta	80	48,8	74	46	
<b>Faixa etária<sup>a</sup></b>					
≤1 ano de idade	122	66	75	50,7	0,005
>1 ano de idade	63	34	73	49,3	

<sup>a</sup>Não há informações para a totalidade da amostra.

<sup>b</sup> Teste qui-quadrado

Não se observou associação entre o preenchimento dos itens da CSC com o estado nutricional, o desenvolvimento e a faixa etária das crianças (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) foi implantada pelo Ministério da Saúde em 2005 para substituir o Cartão da Criança, inicialmente divulgado na década de 1970 para acompanhar o crescimento da criança. Com a instituição do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) em 1984, tornou-se indispensável para atender à

criança, considerando que o crescimento e o desenvolvimento passaram a constituir eixo referencial para todas as atividades de atenção à criança<sup>(17)</sup>.

Apesar desse histórico, apenas metade das mães em atendimento nas UBS portavam a CSC no momento da entrevista (53,2%). Trata-se de um percentual baixo, comparado a outros inquéritos desenvolvidos em UBS, nos quais 81%<sup>(18)</sup> e 77%<sup>(19)</sup> das mães entrevistadas portavam a CSC. Esses percentuais são mais similares ao de mães que referiram ter o hábito de levar a CSC aos atendimentos de saúde (76,6%), mas que no dia da entrevista não estavam com o documento.

**Tabela 4** - Preenchimento dos itens da CSC segundo estado nutricional, desenvolvimento e faixa etária das crianças - Município do Estado de São Paulo, 2013

Preenchimento dos itens da CSC <sup>a</sup>	Estado nutricional <sup>b</sup>			Desenvolvimento <sup>a</sup>			Faixa etária		p <sup>d</sup>
	Adeq <sup>b</sup>	Inadeq <sup>c</sup>	p <sup>d</sup>	Normal	Alerta	p <sup>d</sup>	≤1 ano	>1 ano	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
<b>Folha de registro</b>									
Completo	29 (30,5)	24 (39,3)	0,3	27 (40,3)	22 (28,6)	0,16	36 (36,7)	17 (28,8)	0,384
Incompleto	66 (69,5)	37 (60,7)		40 (59,7)	55 (71,4)		62 (63,3)	42 (71,1)	
<b>Gráfico de peso</b>									
Completo	8 (8)	6 (10,5)	0,576	6 (9,1)	7 (8,7)	1	11 (11,1)	3 (5)	0,255
Incompleto	92 (92)	51 (89,5)		60 (90,9)	73 (91,3)		88 (88,8)	56 (94,9)	
<b>Gráfico de altura</b>									
Completo	9 (8,9)	5 (8,9)	1	6 (9)	7 (8,7)	1	10 (10)	4 (6,9)	0,576
Incompleto	92 (91,1)	51 (91,1)		61 (91)	73 (91,3)		90 (90)	54 (93,1)	
<b>Gráfico de desenvolvimento</b>									
Completo	7 (53,9)	6 (10,5)	0,55	5 (7,7)	6 (7,5)	1	9 (9,1)	4 (6,7)	0,768
Incompleto	92 (64,3)	51 (89,5)		60 (92,3)	74 (92,5)		89 (90,8)	55 (93,2)	

<sup>a</sup> Não há informações para a totalidade da amostra.

<sup>b</sup> Adeq = adequado

<sup>c</sup> Inadeq = inadequado (Baixo peso e excesso de peso)

<sup>d</sup> Teste exato de Fisher.

Destaca-se o percentual de mães sem a CSC nos atendimentos de saúde na UBS (46,8%); entretanto, observa-se associação entre a faixa etária menor ou igual a um ano e a posse da CSC pelas mães no momento da entrevista. As crianças menores de um ano estão em fase de maior vulnerabilidade, em que o acompanhamento deve ser mais frequente. O Ministério da Saúde propõe um calendário mínimo de sete consultas médicas no primeiro ano de vida da criança<sup>(13)</sup>. Ademais, o calendário de vacinação atual impõe retornos mensais aos menores de um ano, fazendo com que pelo menos nesse tipo de atendimento a mãe esteja com a CSC em mãos. Independentemente do motivo, cada contato entre a criança e o serviço de saúde deve ser

visto como oportunidade para uma avaliação integrada e resolutive de sua saúde, e a CSC poderia ser ainda mais benéfica como instrumental para essa assistência.

Desvalorização e desconhecimento das mães sobre o uso da CSC têm sido apontados como um dos principais desafios ao uso efetivo desse instrumento nas ações de saúde<sup>(7)</sup>. Possivelmente isso se relaciona às questões históricas e culturais, pois as ações de saúde sempre foram delegadas aos profissionais, não sendo permitida ou estimulada a interferência ativa das mães nesse processo<sup>(5)</sup>. Entretanto, os profissionais de saúde também não valorizam esse importante instrumento de acompanhamento da saúde, nutrição e desenvolvimento infantil<sup>(1)</sup>.

Os gráficos de peso e estatura apresentaram ainda baixo percentual de preenchimento (8,9%), corroborando com resultados de estudos semelhantes<sup>(2-4,19-20)</sup>.

O baixo percentual de preenchimento dos gráficos de peso e estatura é extremamente preocupante quando se observa o estado nutricional das crianças avaliadas neste estudo, uma vez que os extremos antropométricos (baixo peso em 7,2% e excesso de peso em 31,6% das crianças) se apresentaram acima das médias nacionais. Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006) mostram que déficits de peso em relação à altura, indicativos de casos agudos de desnutrição, não ultrapassam 2% das crianças em qualquer região ou estrato social da população. Já o excesso de peso afeta 7,4% das crianças brasileiras<sup>(12)</sup>. Certamente, se a CSC estivesse sendo utilizada de forma adequada, cumpriria seu papel na vigilância e promoção da saúde da criança.

Estudo recente mostra que os temas crescimento e desenvolvimento são abordados em 90% das consultas de enfermagem<sup>(21)</sup>; porém, o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com os novos conceitos incorporados à caderneta, como, por exemplo, as curvas de referência em escores-z e o gráfico de IMC-para-idade, poderia justificar, em parte, o baixo percentual de preenchimento dos gráficos de crescimento encontrado no presente estudo<sup>(7)</sup>.

Contudo, revisão de literatura que analisou a prática da integralidade em publicações que abordavam a saúde da criança na atenção básica evidenciou que a precária utilização da CSC é uma constante, o que levou os autores a reforçar a necessidade de se investir na organização dos serviços e na formação e capacitação dos profissionais, uma vez que a CSC é um instrumento essencial para a garantia da integralidade na atenção à criança<sup>(22)</sup>.

O pequeno percentual de crianças com gráfico de desenvolvimento preenchido também chama a atenção, especialmente porque metade das crianças avaliadas apresentava ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento, que caracteriza situação de *alerta*<sup>(13)</sup>.

Ressalta-se que o fato de o profissional de saúde preencher o gráfico de desenvolvimento é fundamental para orientar as mães/familiares quanto à importância da observação e estimulação da criança para a aquisição de novas habilidades. Essa simples ação assistencial adquire um papel vital na promoção do desenvolvimento adequado e prevenção de possíveis atrasos<sup>(23)</sup>.

Assim como em outros estudos que avaliaram o preenchimento da CSC<sup>(2-3)</sup>, os dados referentes à vacinação estavam completos em quase a totalidade das CSC avaliadas (96,6%). Certamente esse resultado se deve à 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<sup>(24)</sup>. Ademais, o PNI possui estrutura de capacitação continuada de recursos humanos, vigilância e supervisão das atividades em sala de vacina

que padronizam os procedimentos e proporcionam estabilidade nas ações voltadas à vacinação.

O não preenchimento ou o preenchimento incompleto dos outros itens da CSC induzem as famílias a pensar que a CSC é pouco importante no acompanhamento da criança; assim, não são levadas às UBS, são mal conservadas e perdem seu caráter de documento de saúde. A utilização adequada da CSC consiste no registro correto das informações do acompanhamento de saúde da criança e no esclarecimento das famílias sobre suas anotações e conteúdos, possibilitando inclusive a valorização e a apropriação da CSC pela família<sup>(3)</sup>. Se a família compreendesse a função desse instrumento, poderia valorizá-lo mais e cobrar o seu adequado preenchimento. Além disso, a falta de sensibilização dos profissionais de saúde para a importância da CSC sugere que ela seja apenas mais um formulário a ser preenchido<sup>(3)</sup>.

O estado nutricional e o desenvolvimento das crianças foram avaliados neste estudo com o propósito de verificar as seguintes hipóteses: 1) crianças com estado nutricional e desenvolvimento adequados teriam gráficos de crescimento e/ou de desenvolvimento preenchidos em maior proporção, evidenciando que a CSC cumpre seu papel na vigilância e promoção da saúde da criança; 2) crianças com estado nutricional e desenvolvimento inadequados teriam gráficos de crescimento e/ou de desenvolvimento preenchidos em maior proporção, indicando a prioridade no acompanhamento dessas crianças pelos profissionais de saúde; ou 3) crianças de um ano ou menos teriam o preenchimento dos gráficos de crescimento e/ou de desenvolvimento em maior proporção, indicando a prioridade na vigilância dessas crianças pelos profissionais de saúde. Nenhuma dessas hipóteses pôde ser confirmada, pois, além do número reduzido de gráficos preenchidos, a condição de crescimento, desenvolvimento e faixa etária das crianças não se associou estatisticamente com o preenchimento adequado da CSC.

Embora estudos sobre a CSC sejam escassos, todos são unânimes em afirmar que é necessário um trabalho de divulgação, sensibilização e capacitação dos profissionais, potencializando o uso da CSC para uma abordagem integral da saúde da criança<sup>(7)</sup>.

## CONCLUSÃO

Considerando-se que as avaliações foram realizadas nas UBS, a baixa porcentagem de mães que portavam a CSC e a elevada proporção de crianças com estado nutricional e de desenvolvimento alterados são preocupantes.

Ademais, a precariedade de registros nas CSC reafirma a importância da capacitação dos profissionais de saúde quanto ao uso correto da carteira. Reforça-se também a necessidade de investimentos na organização dos serviços e na sensibilização de toda a comunidade para que a CSC de fato contribua para promover o crescimento, o desenvolvimento e a melhoria da saúde das crianças.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Temática de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Caderneta de Saúde da Criança: passaporte para a cidadania. Brasília; 2013.
2. 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.
3. 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.
4. Frota MA, Pordeus AMJ, Forte LB, Vieira LIES. Acompanhamento antropométrico de crianças: o ideal e o realizado. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2007;31(2):212-22.
5. Vieira GO, Vieira TO, Costa MCO, Santana Netto PV, Cabral VA. Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005;5(2):177-84.
6. Ratis CAS, Batista Filho M. Aspectos estruturais e processuais da vigilância do crescimento de menores de cinco anos em serviços públicos de saúde do Estado de Pernambuco. *Rev Bras Epidemiol*. 2004;7(1):44-53.
7. Abreu T, Viana L, Cunha C. 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.
8. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília; 2004.
9. Alves MN, Muniz LC, V MFA. Consumo alimentar entre crianças brasileiras de dois a cinco anos de idade: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(11):3369-77.
10. Broilo MC, Louzada MLC, Drachler ML, Stenzel LM, Vitolo MR. Maternal perception and attitudes regarding healthcare professionals' guidelines on feeding practices in the child's first year of life. *J Pediatr*. 2013;89(5):485-91.
11. Garcia MT, Granado FS, Cardoso MA. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):305-16.
12. Brasil. Ministério da Saúde; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS, 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília; 2009.
13. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília; 2012. (Caderno de Atenção Básica, nº 33).
14. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de Saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília; 2011.
15. World Health Organization (WHO). Child Growth Standards. Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: WHO; 2006.
16. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília; 2002.
17. Trapé CA, Fujimori E, Bertolozzi MR. O Sistema Único de Saúde e as políticas de atenção à saúde da criança. In: Fujimori E, Ohara CVS, organizadoras. *Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica*. Barueri: Manole; 2009. p. 25-43.
18. Carvalho MF, Lira PIC, Romani SAM, Santos IS, Veras AACA, Batista Filho M. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação dos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(3):675-85.
19. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLSM, Reis RS, Franceschini SCC. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3229-40.
20. Moreira MDS, Gaíva MAM. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: análise dos registros das consultas de enfermagem. *Rev Pesq Cuid Fundam Online [Internet]*. 2013 [citado 2014 mar. 15];5(2):3757-66. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2150/pdf\\_774](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2150/pdf_774)
21. Loureiro FM, Silva JANF, Quiterio MMSL, Charepe ZB. Participated observation of nursing child health consultation. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2012 [cited 2014 Mar 15];46(6):1294-99. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/en\\_02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/en_02.pdf)

- 
22. Cursino EG, Fujimori E. Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica. Rev Enferm UERJ. 2012;20(n.esp1):676-80.
23. Clendon J, Dignam D. Child health and development record book: tool for relationship building between nurse and mother. J Adv Nurs. 2010;66(5):968-77.
24. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Imunização: 30 anos. Brasília; 2003.

#### Financiamento

Financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa - FAPESP (Processo nº 2011/509309).