

ARTIGO ORIGINAL

CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA: COORDENAÇÃO DO CUIDADO E ACESSO À SAÚDE

Letícia Helena Rosolem¹, Ana Paula Contiero-Toninato², Gabriel Zanin Sanguino³, Poliana Castro de Resende Bonati⁴, Valéria Dias Rezende⁵, Débora Falleiros de Mello⁶, Maria Cândida de Carvalho Furtado⁷

RESUMO

Objetivo: analisar fatores associados ao preenchimento da caderneta de saúde da criança para fomentar a coordenação do cuidado e acesso à saúde.

Método: estudo quantitativo, realizado entre janeiro e junho de 2016, em município paulista. Entrevistadas 284 mães e observadas as cadernetas de seus filhos; considerados significativos resultados com $p < 0,05$.

Resultados: identificou-se baixo preenchimento para pré-natal (5%), dados do recém-nascido (40%), exames de triagem neonatal (10%) e alta hospitalar (6%). Escolaridade materna ($p=0,006$) foi fator associado ao correto preenchimento de dados do recém-nascido.

Conclusão: a caderneta não tem sido fonte de dados para seguimento da atenção ao recém-nascido no município investigado. Favorecer continuidade da atenção após o nascimento e a execução de registros adequados potencializa a coordenação do cuidado. O preenchimento desse instrumento, incorporado às práticas dos serviços e dos profissionais de saúde em todos os pontos da rede de atenção à criança, traz contribuições ao acesso à saúde.

DESCRITORES: Saúde da Criança; Registros de Saúde Pessoal; Promoção da Saúde; Avaliação em Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Rosolem LH, Contiero-Toninato AP, Sanguino GZ, Bonati PC de R, Rezende VD, Mello DF de, et al. Caderneta de saúde da criança: coordenação do cuidado e acesso à saúde. Cogitare enferm. [Internet]. 2019 [acesso em "colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano"]; 24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61496>.



Este obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

¹Enfermeira. Enfermeira do Setor de Medicina Preventiva do Hospital São Francisco. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 

²Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem em Saúde Pública. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 

³Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem em Saúde Pública. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 

⁴Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem em Saúde Pública. Coordenadora do Setor Sanitário Central Norte, Secretaria Municipal da Saúde de Uberlândia. Uberlândia, MG, Brasil. 

⁵Enfermeira. Enfermeira da Clínica Pediátrica, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 

⁶Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 

⁷Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 

CHILD HEALTH BOOKLET: CARE COORDINATION AND ACCESS TO HEALTH CARE

ABSTRACT

Objective: analyze factors associated with filling in child health booklets to promote care coordination and access to health care.

Method: quantitative study conducted between January and June 2016, in a city in the state of São Paulo. A total of 284 mothers were interviewed and the booklets of their children were examined; results with $p < 0.05$ were considered significant.

Results: low completion was identified for prenatal (5%), newborn data (40%), newborn screening (10%) and discharge (6%). Maternal education ($p=0.006$) was a factor associated with proper filling in of newborn data.

Conclusion: the booklets were not a source of data for continued newborn care in the city investigated. Care coordination is strengthened by continued post-birth care and keeping adequate records. Filling in this instrument, incorporated into the practices of health services and professionals at every point in the childcare network enhances healthcare access.

DESCRIPTORS: Children's Health; Personal Health Records; Health Promotion; Assessments in Health; Patient Care Continuity.

CUADERNO DE SALUD INFANTIL: COORDINACIÓN DEL CUIDADO Y ACCESO A LA SALUD

RESUMEN

Objetivo: analizar factores asociados al hecho de completar el cuaderno de salud infantil para fomentar la coordinación del cuidado y el acceso a la salud.

Método: estudio cuantitativo que se realizó entre enero y junio de 2016, en municipio de São Paulo. Se entrevistaron 284 madres y se observaron los cuadernos de sus hijos; considerándose significativos resultados con $p < 0,05$.

Resultados: se identificó bajo índice de relleno para prenatal (5%), datos del recién nacido (40%), exámenes de selección neonatal (10%) y alta hospitalaria (6%). Escolaridad materna ($p=0,006$) fue factor asociado al hecho de completar correctamente los datos del recién nacido.

Conclusión: el cuaderno no viene siendo fuente de datos para la atención al recién nacido en el municipio investigado. Favorecer la continuidad de la atención tras el nacimiento y la realización de registros adecuados potencializa la coordinación del cuidado. Completar el cuaderno de salud infantil, además de las prácticas de los servicios y de los profesionales de salud en todos los puntos de la red de atención al niño trae contribuciones importantes al acceso a la salud.

DESCRIPTORES: Salud del Niño; Registros de Salud Personal; Promoción de Salud; Evaluación en Salud; Continuidad de la Asistencia al Paciente.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, instituída em 2015, tem como escopo proteger a saúde da criança, com adoção do cuidado integral, especialmente na primeira infância, integrando as ações de cuidados em rede articulada desde o pré-natal ao seguimento na atenção básica⁽¹⁾.

Para garantir o seguimento do cuidado entre diferentes pontos de atenção à saúde, esta política recomenda a alta qualificada do recém-nascido da maternidade para o primeiro contato na atenção básica, mediante encaminhamento e entrega bem orientada da Caderneta de Saúde da Criança (CSC), que servirá de roteiro e passaporte para a continuidade da atenção à sua saúde⁽²⁻⁴⁾.

A CSC foi implantada como um meio gratuito de visualização e vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, comporta registros dos eventos mais significativos à saúde criança do pré-natal ao seguimento de puericultura e constitui importante meio de comunicação entre família e profissionais da saúde. Além disso, pertence à família, possibilitando que ela transite pelos diversos serviços de atenção à saúde e contribui para a coordenação do cuidado da criança⁽³⁻⁵⁾.

Atributo da Atenção Primária à Saúde, a coordenação do cuidado se traduz em um modo de integrar e oferecer continuidade da atenção recebida por diferentes profissionais e serviços. Ela se efetiva quando do acesso à informação, como também da responsabilização pelo cuidado e da conformação do caminho percorrido pelo indivíduo nos serviços de saúde. Pressupõe que o cuidado devido seja ofertado nos demais pontos da rede de atenção, além de incorporar parte dos conceitos de acesso e integralidade⁽⁶⁾ com integração entre rede básica de saúde e serviços especializados, respondendo às necessidades de saúde das pessoas⁽⁷⁾.

Adotou-se o Referencial Teórico de Starfield⁽⁸⁾, que define a existência de um mecanismo de comunicação entre os profissionais de saúde como elemento essencial para a coordenação do cuidado. Para cumprir seu papel, a CSC deve ser preenchida por todos os profissionais de saúde. Na prática, assegurar a monitorização efetiva da saúde infantil torna-se um desafio, pois requer o preenchimento correto e completo dos dados para que a CSC seja, de fato, instrumento de comunicação, vigilância, educação e promoção da saúde⁽⁸⁾.

No Brasil, estudos sobre a CSC mencionam importantes fragilidades e falhas no registro dos dados. Em Mato Grosso 95,4% das cadernetas não estavam preenchidas completamente⁽²⁾. Em Minas Gerais prevaleceu a precariedade nos registros de crianças menores de 1 ano, com menos de 25% de cadernetas com anotações sobre o perímetro cefálico por idade e peso por idade⁽⁸⁾ e quase metade das CSC com pelo menos 60% dos itens preenchidos⁽⁹⁾.

Das informações registradas nas maternidades, peso ao nascer obteve a maior proporção de preenchimento (64,5%) e o campo de vacinas, a maior frequência de registro na atenção primária (94,0%). Além disso, houve maior preenchimento de informações na maternidade do que na atenção primária e em outros serviços ($p < 0,001$)⁽¹⁰⁾, semelhante a outro estudo⁽⁴⁾. São Paulo revelou somente 9% e 8% das CSC com dados adequadamente preenchidos, respectivamente, nos gráficos de crescimento e desenvolvimento⁽¹¹⁾.

O município campo de investigação do presente estudo possui programa de atenção à saúde da criança que agenda, ainda nas maternidades que atendem usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), o primeiro atendimento dos recém-nascidos na rede básica de saúde, até o sétimo dia de vida com enfermeiro e até o 10º dia com médico. Ter em mãos, no primeiro atendimento após a alta da maternidade, um documento que contenha dados do pré-natal, parto, nascimento e alta hospitalar do recém-nascido instrumentaliza o enfermeiro com informações para a continuidade do cuidado e, portanto, faz-se imprescindível preenchê-lo corretamente.

O enfermeiro desempenha papel importante ao atuar com a mulher e a criança nessa fase da vida. Ele se faz presente na Atenção Básica, orientando os cuidados pré-natais; na maternidade, para atender ao parto e ao nascimento, bem como recebe de volta na unidade de saúde o binômio após a alta. Embora o enfermeiro não seja o único profissional que preencha tal documento, ele tem potencial para favorecer, entre os membros da equipe, ações que promovam os registros da CSC e a conscientização desse importante instrumento, haja vista seu potencial para reduzir morbimortalidade infantil e permitir acesso ao cuidado e aproximação entre família e profissionais de saúde⁽¹²⁻¹³⁾.

Diante da relevância do preenchimento dos dados de saúde para o seguimento do recém-nascido na rede de atenção primária à saúde, este estudo objetiva analisar fatores associados ao preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança para fomentar a coordenação do cuidado e o acesso à saúde.

MÉTODO

Estudo transversal, descritivo, realizado em dois dos cinco Distritos de Saúde de um município do nordeste paulista. Escolheu-se distritos com maior número de nascimentos nos dois anos que antecederam a coleta dos dados, ou seja, com maior demanda de cuidados da criança na rede básica de saúde.

Da totalidade de nascimentos no município, cerca de 57% são de crianças usuárias do SUS, cujo primeiro atendimento é agendado nas unidades de saúde por intermédio do programa de atenção à criança⁽¹⁴⁾.

Participaram pais/responsáveis de crianças menores de cinco anos, residentes no município e pertencentes às áreas de abrangência das unidades de saúde dos Distritos de Saúde elencados. Constituíram critérios de inclusão: maiores de 18 anos que compareceram às unidades de saúde, por livre demanda, para atendimento da criança na sala de vacina no período de execução do estudo e que portavam a CSC.

Para os dados, o pesquisador principal preencheu questionário com 23 questões sobre dados sociodemográficos, de identificação da criança e acerca do uso da CSC. A observação direta da CSC e seu preenchimento pelo pesquisador seguiu roteiro baseado no Manual de Utilização⁽¹⁵⁾, considerando-se itens com potencial para auxiliar o profissional de saúde no primeiro atendimento da criança na Atenção Básica. Ao verificar a CSC registrava-se, no roteiro, se o item estava "preenchido", para campos adequadamente registrados ou "não preenchido" quando em branco ou parcialmente anotados.

Das variáveis maternas investigou-se: Idade; Paridade; Escolaridade; Renda familiar mensal; Trabalho fora do lar; e Local de residência. Constituíram variáveis da criança: Data de nascimento; Sexo; Idade Gestacional; Tipo de parto; Índice de Apgar no 5º minuto de vida; Peso ao nascimento; Comprimento ao nascimento; Hospital de nascimento; Monitoramento do Crescimento e Desenvolvimento.

Coletou-se dados por três dias consecutivos em cada unidade de saúde, no horário de funcionamento das salas de vacina.

Após dupla entrada em planilhas eletrônicas e validação, processou-se os dados pelo *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 22.0. A variável dependente foi o preenchimento da CSC e compuseram as variáveis independentes dados maternos e da criança. Analisou-se possíveis associações entre preenchimento da CSC (variável dependente) e características maternas e da criança, por meio dos testes do χ^2 de Pearson e exato de Fisher, com nível de significância estatística de 0,05.

O projeto recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob protocolo nº 1.386.436 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 50437415.6.0000.5393 (18/11/2015), após anuência da Secretaria Municipal de Saúde.

RESULTADOS

Os dois Distritos de Saúde campos desta pesquisa totalizam 18 unidades de saúde. Foram abordados 520 pais/responsáveis de crianças menores de cinco anos de idade, excluíram-se 149 que não portavam a CSC e 87 por não concordarem em participar. Somou-se 284 que atendiam os critérios de inclusão. Dos incluídos 155 (54,6%) pertenciam ao Distrito A e 129 (45,4%) ao Distrito B, com média de 17,7 crianças por unidade de saúde. Entre os abordados e respondentes, 250 (88%) eram as mães das crianças. Assim, a partir desse momento, os participantes serão citados neste estudo como “mães/entrevistadas”.

Das entrevistadas, 122 (43%) eram casadas ou viviam com companheiro; 246 (86,6%) tinham idade superior a 20 anos, média de 27 anos, e 138 (48,6%) concluíram ensino médio. Mais da metade (54,6%) das mães não trabalhava fora do lar, e todas residiam na área urbana do município. Quanto à paridade, 113 (39,8%) tiveram somente uma gestação; 137 (48,2%) um parto e 232 (81,7%) nunca tiveram aborto.

Identificou-se 238 (83,8%) crianças nascidas a termo, 246 (86,6%) com peso adequado, média de 3.221g; 151 (53,2%) eram do sexo masculino e 117 (39,8%) tinham, no momento da entrevista, entre um e seis meses de idade. Do total, 199 (70,1%) faziam acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na unidade de saúde de referência. Conforme a Tabela 1, dados sobre gravidez, parto e puerpério tiveram maior ocorrência de preenchimento para local e tipo de parto; as demais informações não estavam preenchidas em mais de 95% das CSC avaliadas.

Tabela 1 – Preenchimento dos dados sobre gravidez, parto, puerpério e informações do recém-nascido na Caderneta de Saúde da Criança. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017 (continua)

Variável	Preenchido		Não Preenchido	
	n	%	N	%
Dados do recém-nascido				
Hora do nascimento	197	69,4	87	30,6
Data de nascimento	203	71,5	81	28,5
Peso	202	71,1	82	28,9
Apgar 1º Minuto	188	66,2	96	33,8
Apgar 5º Minuto	184	64,8	100	35,2
Idade gestacional	161	56,7	123	43,3
Tipo sanguíneo	30	10,6	254	89,4
Aleitamento na 1º hora	21	7,4	263	92,6
Dados da gravidez, parto e puerpério				
Pré-natal	17	5,8	277	94,2
Início pré-natal	16	5,4	278	94,6
Número de consultas	8	2,7	286	97,3
Gravidez	17	5,8	277	94,2
Sorologias	3	1	291	99
Imunização	4	1,4	290	98,6
Suplementação de ferro	12	4,1	282	95,9

Local do parto	161	54,8	133	45,2
Tipo do parto	162	55,1	132	44,9
Sorologias na maternidade	2	0,7	292	99,3
Intercorrências	-	-	294	100
Exames de Triagem Neonatal				
Manobra Ortolani	11	3,9	273	96,1
Reflexo vermelho	22	7,7	262	92,3
Teste do pezinho	18	6,3	266	93,7
Triagem auditiva	169	59,5	115	40,5
Dados da Alta				
Data	18	6,3	266	93,7
Peso	17	6	267	94
Alimentação	18	6,3	266	93,7
Anotações de problemas	-	-	284	100

Dos dados do recém-nascido, houve pelo menos 60% de preenchimento para hora, data, local do nascimento, peso e comprimento, perímetro cefálico, sexo, Apgar 1° e 5° minutos. Informações sobre exames de triagem neonatal e registros para triagem auditiva constavam em pouco mais da metade das CSC.

Os campos para anotações sobre os exames de triagem neonatal ao nascimento, como manobra de Ortolani e teste do reflexo vermelho, tiveram menos de 10% de preenchimento. Dados de alta do recém-nascido não constavam de mais de 90% das CSC.

Quando analisada a associação entre as variáveis maternas e da criança e o preenchimento da CSC para itens gravidez, parto e puerpério (Tabela 2); dados do recém-nascido (Tabela 3); e exames de triagem neonatal (Tabela 4), houve associação significativa entre dados do recém-nascido e escolaridade materna (Tabela 3).

Tabela 2 – Distribuição das variáveis pais/responsáveis da criança segundo preenchimento de dados sobre gravidez, parto e puerpério na Caderneta de Saúde da Criança. Ribeirão Preto, SP Brasil, 2017 (continua)

Variáveis	Dados de gravidez, parto e puerpério			
	Preenchido		Não Preenchido	Valor de p [†]
Pais/responsáveis				
Escolaridade (n=284)				1
Fundamental	1	1,7	59	98,3
Médio	4	2,2	182	97,8
Superior	-	-	38	100
Estado marital (n=284)				0,302
Casado	4	1,6	240	98,4
Solteiro, divorciado e viúvo	-	-	24	100

Vive com companheiro(a)	1	6,3	15	93,8
Idade (anos) (n=284)				1
< 20	-	-	29	100
20 a <35	4	1,9	202	98,1
≥ 35	1	2	48	98
Criança				
Sexo (n=284)				0,063
Feminino	5	3,3	146	96,7
Masculino	-	-	133	100
Idade gestacional (semanas) (N=281) [†]				1
< 37	-	-	24	100
≥ 37	5	1,9	252	98,1
Peso ao nascer (gramas) (N=269) [‡]				1
< 2.500	-	-	21	100
≥ 2.200	5	2	243	98

Nota: [†]Teste exato de Fisher. [‡]Variável com perda de dados.

Tabela 3 – Distribuição das variáveis pais/responsáveis da criança segundo preenchimento de dados do recém-nascido na Caderneta de Saúde da Criança. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017 (continua)

Variáveis	Dados do recém-nascido			Valor de p
	Preenchido	Não Preenchido		
Pais/responsáveis				
Escolaridade (n=284)				0,006 [†]
Fundamental	34	56,7	26	43,3
Médio	81	43,5	105	56,5
Superior	9	23,7	29	76,3
Estado Marital (n=284)				0,975 [†]
Casado	106	43,4	138	56,6
Solteiro, divorciado e viúvo	11	45,8	13	54,2
Vive com companheiro(a)	7	43,8	9	56,3
Idade (anos) (n=284)				0,623 [†]
< 20	15	51,7	14	48,3
20 a <35	89	43,2	117	56,8
≥ 35	20	40,8	29	59,2
Criança				
Sexo (n=284)				0,929 [†]
Feminino	66	43,7	85	56,3
Masculino	58	43,6	75	56,4
Idade gestacional (semanas) (n=281) [§]				0,856 [†]

< 37	10	41,7	14	58,3
≥ 37	112	43,6	145	56,4
Peso ao nascer (gramas) (n=269) [§]				0,132 [†]
< 2.500	6	28,6	15	71,4
≥ 2.500	113	45,6	135	54,4

Nota: [†]Teste exato de Fisher. [‡]Qui-quadrado de Pearson. [§]Variável com perda de dados.

Tabela 4 – Distribuição das variáveis pais/responsáveis da criança e utilização da CSC segundo o preenchimento dos dados de exames da Triagem neonatal na Caderneta de Saúde da Criança. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017 (continua)

Variáveis	Dados de exames da triagem neonatal			Valor de p [†]
	Preenchido	Não Preenchido		
Pais/responsáveis				
Escolaridade (n=284)				0,761
Fundamental	-	-	60	100
Médio	4	2,2	182	97,8
Superior	-	-	38	100
Estado Marital (n=284)				0,241
Casado	3	1,2	241	98,8
Solteiro, divorciado e viúvo	-	-	24	100
Vive com companheiro(a)	1	6,3	15	93,8
Idade (anos) (n=284)				0,725
< 20	-	-	29	100
20 a <35	3	1,5	203	98,5
≥ 35	1	2	48	98
Criança				
Sexo (n=284)				0,251
Feminino	3	2	148	98
Masculino	-	-	133	100
Idade gestacional (semanas) (n=281) [‡]				1
< 37	-	-	24	100
≥ 37	3	1,2	254	98,8
Peso ao nascer (gramas) (n=269) [‡]				1
< 2.500	-	-	21	100
≥ 2.500	4	1,6	244	98,4

Nota: [†]Teste exato de Fisher. [‡]Variável com perda de dados.

Por fim, da alta hospitalar, apenas 6% de CSC tinha preenchimento parcial de dados envolvendo data, peso da criança e tipo de alimentação. Como neste estudo considerou-se o registro completo dos campos, todos pertencentes a este item foram definidos como não preenchidos.

DISCUSSÃO

Os resultados indicam que pouca informação tem sido registrada na CSC. O baixo preenchimento em campos relevantes dos itens avaliados compromete a proposta desse documento, como instrumento que transita entre serviços de saúde para subsidiar a continuidade do cuidado da criança.

Estudo revela que as mães têm o costume de levarem consigo a CSC nos atendimentos de seus filhos⁽¹⁵⁾, fortalecendo a avaliação do atributo coordenação do cuidado em serviços de atenção primária.

Para dados sobre gravidez, parto e puerpério, não houve associação com as variáveis investigadas. Ressalta-se que esses dados devem ser preenchidos ainda na maternidade, aproveitando a presença da mãe e as informações presentes no seu prontuário e no Cartão da Gestante⁽³⁾. Assim, a incompletude nos registros das informações do pré-natal no Cartão da Gestante⁽¹⁶⁾ compromete o preenchimento de dados na CSC e prejudica o cuidado.

Identificou-se associação entre o preenchimento dos dados do recém-nascido e a escolaridade das entrevistadas, semelhante a estudo desenvolvido em município do Centro-Oeste brasileiro⁽²⁾, e a idade gestacional, corroborando achados de pesquisa na capital de Minas Gerais⁽³⁾. A alta escolaridade da mãe é frequentemente associada a influências positivas na saúde da criança e, nesse aspecto, os resultados deste estudo corroboram outro⁽²⁾, que identificou associação significativa entre escolaridade das entrevistadas e preenchimento dos dados do recém-nascido, embora diferindo de outra investigação⁽⁴⁾.

Pesquisa revelou incompletude da escolaridade materna como um fator importante sobre desfechos na saúde da mãe e do feto em outro importante documento, a Declaração de Nascidos Vivos⁽¹²⁾, sendo que os autores recomendaram a premência de esforços conjuntos de profissionais e gestores para registro dessas informações.

Ao levar em conta que os dados devem ser preenchidos na maternidade para identificar e avaliar as condições do recém-nascido, o adequado registro na CSC pode favorecer o acompanhamento da criança em toda a rede de saúde.

Autores⁽¹⁷⁾ avaliaram o efeito do uso do registro eletrônico em saúde durante a gravidez na utilização de cuidados de saúde materno-infantil entre gestantes e seus bebês e descobriram que mais de 34% de todas as mulheres da amostra analítica receberam atendimento perinatal de profissionais que adotaram e usaram tal registro. Mulheres que receberam cuidados pré-natais, principalmente de um profissional que adotou e utilizou o registro eletrônico de saúde, eram mais propensas a receber visitas de puericultura (0,05, $p = 0,04$), e o número apropriado de visitas o primeiro ano de vida (0,03, $p < 0,01$)⁽¹⁷⁾.

Em relação aos dados de exames da triagem neonatal, não se verificou associação com as variáveis maternas e do recém-nascido com o baixo preenchimento dessas informações, como outro estudo⁽²⁾.

A ausência do registro poderia ser interpretada como não realização dos exames de triagem neonatal por falta de equipe, conforme resultado no Nordeste do Brasil⁽¹⁸⁾, por distribuição desigual desses profissionais entre regiões⁽¹⁹⁾ ou até mesmo por subutilização dessa tecnologia de rastreamento⁽²⁰⁾. Contrário a essas evidências, ressalta-se que as maternidades públicas do município estudado dispõem de profissionais de saúde para a efetivação das triagens ao nascimento.

A família da criança deve receber orientações, especialmente a mãe no pré-natal, sobre os exames realizados na maternidade, quais deles ocorrerão na atenção básica e que todos deverão constar na CSC. Logo, é possível que ela não só se aproprie como valorize este instrumento durante o acompanhamento de sua criança, e cobre do profissional de saúde o seu adequado preenchimento.

Os dados da alta da criança tiveram registro inferior a 10% nas CSC avaliadas. Conhecer peso e tipo de alimentação no momento da alta é de extrema importância para o profissional que acolherá a mãe e o bebê na unidade de saúde, pois esses dados viabilizam um trabalho de apoio e incentivo que pode ser executado considerando as especificidades de cada mãe e recém-nascido, como apontado em estudo que evidenciou manutenção dos índices de aleitamento a prematuros após a alta da maternidade⁽²¹⁾. Assim, não documentar o tipo de alimentação oferecida quando a criança sai do hospital pode fragilizar a continuidade de tais ações nos demais pontos de atenção à saúde.

Os dados de alta permitem a continuidade da assistência na atenção básica e, conseqüentemente, efetivo acompanhamento dessa criança. A CSC, por ser um importante instrumento de vigilância para a saúde infantil e meio de comunicação⁽⁷⁻⁸⁾ entre as redes de atenção à saúde, deve ser incorporada às práticas dos profissionais de saúde e dos familiares⁽⁴⁾, em especial para o enfermeiro, pois se trata de importante fonte de apoio e intervenção para o cuidado, garantindo a comunicação com os demais profissionais e fomentando as ações de vigilância e promoção à saúde da criança⁽²²⁾.

Como limitações tem-se a investigação do preenchimento da CSC em somente dois dos cinco Distritos de Saúde do município. A contribuição reside na indicação de dados que tornam esse instrumento potencial fomentador da coordenação do cuidado da criança, em especial na articulação entre maternidade e a rede de atenção primária à saúde.

CONCLUSÃO

O registro incompleto de dados, identificado no estudo, compromete a continuidade do cuidado da criança na rede de atenção primária à saúde, pois alterações a serem prontamente identificadas podem ter prejuízos, como baixo peso ao nascer, perda de peso maior que o esperado após o nascimento, não ocorrência de aleitamento materno exclusivo ou desmame precoce. Mesmo considerando que essas informações possam ser adquiridas na primeira consulta do recém-nascido na unidade de saúde, anotá-las corretamente na maternidade certifica o dado de modo oficial e fidedigno, em um documento que acompanhará a criança no decorrer de sua infância.

Reitera-se a premência de orientar as mães no pré-natal e após o parto sobre a importância desse instrumento, o que pode valorizar sua utilização e contribuir para que elas apreendam a caderneta como um passaporte de cidadania da saúde da criança. Faz-se necessário incentivar os profissionais de saúde e organizar os serviços de saúde para registrar dados em todos os campos desse documento.

O estudo indicou que a CSC não tem sido fonte de informações para seguimento da atenção ao recém-nascido. Favorecer, mediante registros adequados, a continuidade da assistência a essa população, iniciada ao nascimento, potencializa a coordenação do cuidado, o que pode impactar no acesso à saúde e nas ações de promoção à saúde da criança, visando à prevenção dos principais agravos, redução dos índices de morbimortalidade e na melhoria dos indicadores de saúde na infância.

O resgate dessa ferramenta é essencial para que possa contribuir para aproximar os profissionais às famílias no processo de crescimento e desenvolvimento, fortalecendo o registro adequado de dados que permitem ampliar o acesso à saúde e incrementem a coordenação do cuidado em saúde. Assim, reforça-se a recomendação de que o preenchimento deste importante documento seja incorporado às práticas dos serviços de saúde em todos os pontos da rede de atenção à criança.

REFERÊNCIAS

1. 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 em 21 ago 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html.
2. Abud SM, Gaíva MAM. Records of growth and development data in the child health handbook. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2015 [acesso em 26 jun 2018]; 36(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.48427>.
3. Amorim LP de, Senna MIB, Soares ARS dos, Carneiro GTN, Ferreira e Fereira E, Vasconcelos M, et al. Avaliação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e qualidade preenchimento segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança. Cienc. saude colet. [Internet]. 2018 [acesso em 27 ago 2018]; 23(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.06962016>.
4. Vieira GO, Bastos MC, Reis MR dos, Moreira ISS, Martins C da C, Gomes DR, et al. Factors associated with the use of Child Health Handbook in a large city of the Brazilian Northeast, 2009. Cienc. saude colet. [Internet]. 2017 [acesso em 24 ago 2018]; 22(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.07752016>.
5. Chueiri PS, Harzheim E, Takeda SMP. Evaluation of health care coordination and health care networks ordination by Primary Health Care – a proposal of items for the evaluation of these attributes. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2017 [acesso em 24 ago 2018]; 12(39). Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1363](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1363).
6. Oliveira MAC, Pereira IC. Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2013 [acesso em 24 ago 2018]; 66(n.esp). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.
7. Aires LC dos P, Santos EKA dos, Bruggeman OM, Backes MTS, Costa R. Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da Atenção Primária. Esc Anna Nery. [Internet]. 2017 [acesso em 11 maio 2018]; 21(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170028>.
8. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002, 726p.
9. Almeida AP, Ceballos LC, Barbosa ARC, Nogueira DA, Moreira DS. The record of children's growth and development in the health booklet. Rev enferm UERJ. [Internet]. 2017 [acesso em 25 jun 2018]; 25. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.16895>.
10. Amorim L de P, Senna MIB, Gomes VE, Amaral JHL do, Vasconcelos M, Silva AG da, et al. Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança nos serviços de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2018 [acesso em 25 jun 2018]; 27(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000100016>.
11. Palombo CNT, Duarte LS, Fujimori E, Toriyama ATM. Use and records of child health handbook focused on growth and development. Rev. Esc. Enferm. USP. [Internet]. 2014 [acesso em 11 maio 2018]; 48(n.esp). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600009>.
12. Silvestrini S, Buriol VC de S, Silva CH da, Goldani MZ. Assessment of the incompleteness of the maternal school variable in Live Birth Certificate databases in Brazil state capitals, 1996-2013. Cad Saude Publica [Internet]. 2018 [acesso em 01 abr 2019]; 34(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00039217>.
13. Takeuchi J, Sakagami S, Perez RC. The mother and child health handbook in Japan as a health promotiion tool: an overview of its history, contends, use benefits and global influence. Glob Pediatr Health. [Internet]. 2016 [acesso em 01 abr 2019]; 18(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2333794X16649884>.

14. Lima PR de, Furtado MC de C, Reis MCG dos, Mello DF de, Pina JC. Acesso e cuidado do recém-nascido em um programa de atenção à saúde. Rev Eletr Enf. [Internet]. 2016 [acesso em 20 ago 2018]; 18. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v18.31930>.
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Manual para utilização da caderneta de saúde da criança. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. [acesso em 15 maio 2018]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual%200902.pdf>.
16. Pinto LF, Harzheim E, Hauser L, D'Avila OP, Gonçalves MR, Travassos P. A qualidade da atenção primária à saúde na Rocinha – Rio de Janeiro, Brasil, na perspectiva dos cuidadores de crianças e dos usuários adultos. Cienc. saude colet. [Internet]. 2017 [acesso em 20 ago 2018]; 22(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.33132016>.
17. Meghea CI, Corser W, You Z. Electronic medical record use and maternal and child care and health. Matern Child Health J [Internet]. 2016 [acesso em 01 abr 2019]; 20(4). Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-015-1912-x>.
18. Coêlho TTG, Medeiros ACQ, Ribeiro WCS, Menêzes TB. Evaluation of the level of completeness of maternity cards from postpartum mothers assisted in a university hospital. Rev. bras. ciênc. saúde [Internet]. 2015 [acesso em 24 ago 2018]; 19(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2015.19.02.05>.
19. Dias WCFG da S, Pachol MR, Cavalcanti HG. Analysis of the coverage of neonatal hearing screening in Northeast Brazil. Audiol. Commun Res. [Internet]. 2017 [acesso em 20 ago 2018]; 22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6431-2017-1858>.
20. Paschoal MR, Cavalcanti HG, Ferreira MAF. Spatial and temporal analysis of the coverage for neonatal hearing screening in Brazil (2008-2015). Cienc. saude colet. [Internet]. 2017 [acesso em 20 ago 2018]; 22(11). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172211.21452016>.
21. Gomes ALM, Balaminit T, Lopez SB, Pontes K de A do ES, Scochi CGS, Christoffel MM. Breastfeeding of premature infants at a child-friendly hospital: from hospital discharge to home. Rev. RENE [Internet]. 2017 [acesso em 24 ago 2018]; 18(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000600015>.
22. Silva FB e, Gaíva MAM, Mello DF de. Utilização da caderneta de saúde da criança pela família: percepção dos profissionais. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2015 [acesso em 01 abr 2019]; 24(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000212014>.

Recebido: 13/09/2018

Finalizado: 24/06/2019

Autor Correspondente:

Maria Cândida de Carvalho Furtado

Universidade de São Paulo

Av. Bandeirantes, 3.900 - 14.040-902 - Ribeirão Preto, SP, Brasil

E-mail: mcandida@eerp.usp.br

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - LHR, APCT, GZS, PCRB, VDR, DFM, MCCF

Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - APCT, DFM

Aprovação da versão final do estudo a ser publicado - LHR, APCT, GZS, PCRB, VDR, DFM, MCCF