

Avaliação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e qualidade do preenchimento segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança

Assessment of the way in which entries are filled out in Child Health Records and the quality of the entries according to the type of health services received by the child

Leonardo de Paula Amorim ¹
Maria Inês Barreiros Senna ¹
Anna Rachel dos Santos Soares ¹
Gisele Teixeira Nascimento Carneiro ¹
Efigênia Ferreira e Ferreira ¹
Mara Vasconcelos ¹
Patrícia Maria Pereira Zarzar ¹
Raquel Conceição Ferreira ¹

Abstract *The scope of this study was to assess the way Child Health Records (CHRs) are filled out and the association between the quality of entries and type of service used to monitor the health of children. It involved a cross-sectional study with a stratified sample – proportional for the nine Health Districts of Belo Horizonte, State of Minas Gerais – of 3- to 5-year-old children selected on Child Vaccination Campaign Day in 2014. Interviews with parents including observation of the 21 CHR items were conducted. The dependent variable was defined by the quality of the CHR entry (satisfactory/unsatisfactory), where satisfactory entries were > 60%. The independent variables were the type of service for monitoring child health, demographic and health conditions of the mother and child and healthcare treatment received by the child, with the participation of 367 (96.10%) parents. The prevalence of unsatisfactory entries was 55.5%. No significant association was found between quality of entry and type of healthcare. Unsatisfactory entries were associated with gestational age < 37 weeks, lack of access to information about the CHR and the absence of parental entries on the CHR. The CHR has been unsatisfactorily employed as a tool for monitoring health, irrespective of the type of service used by the child.*

Key words *Public health surveillance, Child health, Primary healthcare*

Resumo *Objetivou-se avaliar o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) e a associação entre qualidade do preenchimento e o tipo de serviço usado para o acompanhamento da saúde das crianças. Estudo transversal com amostra estratificada e proporcional aos 9 Distritos Sanitários de Belo Horizonte, selecionada entre crianças de 3 a 5 anos, no Dia da Campanha de Vacinação Infantil 2014. Realizou-se entrevista com os pais e observação de 21 itens da CSC. A variável dependente foi definida pela qualidade (satisfatória/insatisfatória) do preenchimento da CSC, sendo considerado satisfatório o preenchimento > 60%. As variáveis independentes foram o tipo de serviço para acompanhamento da saúde da criança, características demográficas e condições de saúde da mãe e da criança, e atenção em saúde recebida pela criança. Participaram 367 pais. A proporção de preenchimento insatisfatório foi 55,5%. Não houve associação significativa entre qualidade de preenchimento e tipo de serviço de saúde. O preenchimento insatisfatório esteve associado à idade gestacional < 37 semanas, falta de acesso a informações sobre a CSC e ausência de anotações dos pais na CSC. A CSC tem sido insatisfatoriamente empregada como um instrumento de vigilância da saúde independentemente do tipo de serviço usado pela criança.*

Palavras-chave *Vigilância em saúde pública, Saúde da criança, Atenção Primária à Saúde*

¹ Departamento de Odontologia Social e Preventiva. Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Antônio Carlos 6627, Pampulha. 31270-901 Belo Horizonte MG Brasil. leo180381@gmail.com

Introdução

Os instrumentos para registros de informações sobre a saúde da criança são utilizados há muitos anos em diversos países e buscam promover o maior envolvimento das famílias no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil^{1,2}. Poucos estudos avaliaram a efetividade do uso de tais instrumentos no monitoramento da saúde da criança e não há evidência científica que seu uso esteja associado à melhoria nos indicadores de saúde ou no acesso aos serviços de saúde, com exceção às melhores taxas de imunização^{3,4}. As implicações do uso dos instrumentos de registros estão para além da assistência individual da criança e eles devem ser considerados como estratégia no âmbito das políticas de informação em saúde⁴.

No Brasil, a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) é o instrumento recomendado pelo Ministério da Saúde desde 2005, se propõe a acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança até os 10 anos de idade, com potencial para favorecer o diálogo entre a família e os profissionais de saúde⁵. A versão atual da CSC é organizada em duas partes, uma destinada à família e outra destinada aos profissionais de saúde. Dados sobre gravidez, parto e puerpério e dados sobre o recém-nascido são itens a serem preenchidos pelos profissionais de saúde na maternidade. Dados sobre a vigilância infantil são itens a serem preenchidos pelos profissionais de saúde nos serviços de saúde usados pela criança⁵.

A CSC tem sido avaliada desde a sua implementação, com predomínio de estudos transversais, que buscaram quantificar a frequência de preenchimento dos itens da CSC por meio da observação direta do instrumento⁶⁻¹⁰. Alguns estudos, de abordagem analítica, avaliaram a qualidade de preenchimento como variável dependente^{6,7,9,11}. Nesses estudos, essa variável foi definida pelo percentual mínimo de itens considerados essenciais para o acompanhamento do desenvolvimento infantil atendidos⁷, pelo preenchimento conjunto das informações relativas à identificação, crescimento, desenvolvimento e imunização⁹, ou pelo preenchimento adequado da curva de crescimento e desenvolvimento^{6,11}.

De modo geral, os estudos evidenciaram falhas no preenchimento da CSC, sugerindo que o instrumento não tem atingido os seus objetivos. Os resultados apresentaram concordância quanto aos itens mais frequentemente preenchidos, sendo referentes à identificação da criança e da mãe, vacinação e peso ao nascer ou peso marcado no

gráfico⁶⁻⁸. Quanto à qualidade do preenchimento, 31,8% das CSC apresentaram menos de 60% de preenchimento de 20 itens essenciais para o acompanhamento do desenvolvimento infantil⁸. Já em estudo realizado no Piauí, o preenchimento conjunto da identificação, crescimento e desenvolvimento e imunização foi observado em 22,2% das CSC⁹. O preenchimento dos itens de desenvolvimento e crescimento foi incompleto em 95,4% e 79,6% das CSC¹¹.

Estudos anteriores evidenciaram que a baixa escolaridade da mãe mostrou associação com a pior qualidade do preenchimento^{7,9} e com o menor preenchimento da curva de desenvolvimento⁶. A menor renda e o fato da mãe trabalhar fora do lar foram associados ao preenchimento insatisfatório da curva de crescimento⁶. A menor idade da criança foi associada à maior qualidade de preenchimento dos itens essenciais da CSC⁷ e dos gráficos de crescimento^{6,11} e desenvolvimento⁶. As CSC de mães primíparas apresentaram maior preenchimento da curva de desenvolvimento em Feira de Santana⁶, já em Mato Grosso, foi observada maior frequência de preenchimento completo dos dados de desenvolvimento nas CSC quando as mães possuíam dois filhos ou mais¹¹. Variáveis relacionadas à atenção em saúde da criança foram também investigadas. Quando o médico generalista não participou da assistência à criança na Atenção Primária à Saúde, observou-se maior frequência de preenchimento insatisfatório dos itens essenciais da CSC⁷. Quando as consultas pediátricas das crianças foram na puericultura, os cartões da criança (antecessor da CSC) apresentavam maior frequência de algum registro de peso na curva ponderal¹². As CSC apresentaram maior preenchimento dos itens essenciais quando as mães receberam informações sobre a CSC na maternidade⁷.

A CSC é distribuída gratuitamente a todas as crianças nascidas em território brasileiro e é entregue às famílias ainda na maternidade, ficando estas responsáveis por levar o documento sempre que a criança necessitar de atendimento de saúde. Além disso, é um dos elementos preconizados pelas políticas públicas de saúde vigentes que envolvem a atenção à saúde integral da criança, incluindo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)¹³. Nos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde está descrito que “são fundamentais a utilização e o adequado preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança para o registro das principais informações de saúde da criança (Caderneta de Saúde da Criança – Passaporte da Cidadania/MS, 2011)”¹⁴. Em função disso, espe-

ra-se que a CSC seja um efetivo instrumento de vigilância, principalmente, no âmbito dos serviços de saúde pública. Estudos analíticos anteriores não avaliaram o efeito do tipo de serviço na qualidade do preenchimento da CSC⁷⁻⁹. A avaliação do efeito do tipo de serviço usado pelos pais para acompanhamento de saúde dos seus filhos, na qualidade do preenchimento, pode contribuir no entendimento das práticas dos profissionais de saúde no serviço público ou privado quanto ao uso da CSC, apontando para novas diretrizes que favoreçam a sua utilização na rede de atenção à criança. Os resultados desse estudo podem contribuir na discussão sobre o emprego de instrumentos de registros de informações sobre a saúde da criança em contextos internacionais onde ferramentas dessa natureza não são ou já têm sido usadas, colaborando com o reconhecimento e fortalecimento do debate desse importante tema na área de saúde coletiva.

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

Métodos

Estudo transversal, analítico, realizado entre crianças de três a cinco anos de idade, de Belo Horizonte, que portavam a CSC nas versões distribuídas a partir da 6ª edição (2009). Belo Horizonte é a capital do Estado de Minas Gerais, localizada na região Sudeste do Brasil e possuía, em 2010, um Índice de Desenvolvimento Humano alto de 0,810¹⁵. A projeção da população do município para 2014 foi de 2.491.109 habitantes¹⁶, e o número de nascidos vivos em 2014, segundo o local de residência da mãe, foi 31.627¹⁷. O município contava, em 2013, com 147 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 509 Equipes de Saúde da Família e 261 Equipes de Saúde Bucal, distribuídas pelos nove Distritos Sanitários os quais coincidem geograficamente com as nove regiões administrativas.

População e amostra

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

dos itens da CSC preenchidos) de 70% observada em estudo prévio⁷, nível de confiança de 95% e erro de 5%. Foi realizada correção para população finita, representada pelo número de crianças de três a cinco anos de idade residentes em Belo Horizonte (Total de crianças=81.145). A amostra necessária foi estimada em 317 crianças, que acrescida de 20% para compensar perdas, resultou na necessidade de 382 participantes. A amostra foi estratificada e proporcional ao número de crianças de três a cinco anos em cada um dos nove Distritos Sanitários da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH).

Variáveis de estudo

A variável dependente foi a qualidade do preenchimento da CSC, construída a partir da soma do número de itens preenchidos. Para isso, foram observados 21 itens da CSC, com base no sistema proposto por Alves et al.⁷, que incluiu 20 itens da 5ª versão da CSC, considerados essenciais ao acompanhamento da saúde da criança e definidos como o preenchimento mínimo indispensável. No presente estudo, foram avaliados 19 desses 20 itens, pois um deles foi excluído a partir da 6ª versão da CSC, acrescidos dois itens de saúde bucal, descritos a seguir: nome da criança; data de nascimento; nome da mãe; peso ao nascer; comprimento ao nascer; perímetro cefálico ao nascer; *Apgar no 5º minuto*; tipo de parto; trimestre de início do pré-natal; número de consultas de pré-natal; idade gestacional da criança; tipo de alimentação da criança na alta da maternidade; perímetro cefálico ao nascer marcado no gráfico; idade em que o último ponto do perímetro cefálico foi marcado no gráfico; peso ao nascer marcado no gráfico; idade em que o último ponto de peso foi marcado no gráfico; anotação sobre o desenvolvimento neuropsicomotor; registro do uso de ferruginoso; registro das vacinas, cronograma de erupção e odontograma. Os itens preenchidos/preenchidos corretamente receberam score um e, os não preenchidos, score zero, totalizando um score final de 0 a 21 pontos, e quanto maior o score, maior o número de itens preenchidos. As CSC com 60% ou menos dos itens preenchidos (≤ 12 itens) foram consideradas com qualidade de preenchimento insatisfatório, e aqueles com mais de 60%, satisfatório (≥ 13). Esse ponto de corte foi definido considerando-se o valor mínimo aceitável, e por ter sido previamente usado em estudo brasileiro⁷.

As orientações do Manual para Utilização da CSC foram consideradas para a avaliação do

preenchimento⁵. Para avaliar os itens desenvolvimento neuropsicomotor, idade em que o último ponto do perímetro cefálico foi marcado no gráfico e idade em que o último ponto de peso foi marcado no gráfico foram considerados os registros referentes ao primeiro ano de vida da criança. O intervalo máximo admitido para registro do peso e do perímetro cefálico nos gráficos foi de três meses. O preenchimento foi considerado correto para o item desenvolvimento neuropsicomotor, quando estavam presentes ao menos três registros e para o registro de vacinas, quando o calendário se encontrava completo para a idade ou com menos de um mês de atraso. A verificação da condição vacinal foi realizada pela equipe responsável pela vacinação⁷. Em relação à erupção dentária, foi avaliada a presença do registro, independentemente do número de dentes marcados, uma vez que a CSC não possui campo destinado ao registro da data da consulta odontológica nem a idade da criança no momento da avaliação, inviabilizando a análise da qualidade do preenchimento. O odontograma foi avaliado somente pelo seu uso, pois a ausência de legenda para registro de dentes hígidos impossibilitou concluir se o odontograma não foi preenchido ou se a criança não apresentava alterações bucais no momento da avaliação. Para os outros quinze itens, considerou-se a presença ou não do preenchimento e a veracidade dos registros não foi investigada.

A principal variável independente foi o tipo de serviço usado pelos pais para acompanhamento à saúde da criança (público ou convênio/particular). As outras variáveis foram referentes à caracterização sociodemográfica e condições da gestação/nascimento e referentes à atenção em saúde recebida pela criança. Para a caracterização sociodemográfica da mãe e da criança foram avaliadas: idade da mãe no momento do nascimento do filho (até 25 anos, de 25 a 40 anos e 41 anos ou mais), anos de estudo da mãe, (1 a 8 anos, 9 a 12 e ≥ 12 anos de estudo), local de trabalho (lar ou fora do lar), *renda per capita* e sexo da criança.

O peso ao nascer (< 2500 g e ≥ 2500 g), paridade (primípara ou múltipara) e a idade gestacional (< 37 semanas e ≥ 37 semanas) foram as variáveis para avaliação das condições da gestação/nascimento. Crianças que nascem com menos de 2500 g são consideradas de baixo peso, e a idade gestacional inferior a 37 semanas define a prematuridade¹⁸.

Na avaliação da atenção em saúde recebida pela criança, foram coletadas além do tipo de serviço usado pela criança, as seguintes variáveis: acompanhamento da criança pelo médico gene-

ralista, pediatra, enfermeiro e cirurgião-dentista (sim ou não para cada profissional), acesso a informações sobre a CSC (sim ou não) e presença ou não de anotações das mães na CSC. O acesso a informações sobre a CSC e as anotações dos pais na CSC foram avaliados por meio das seguintes perguntas às mães: Recebeu explicações sobre a CSC na maternidade ou outro lugar? Há anotações feitas pelas mães ou pais na CSC?

Calibração e estudo-piloto

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

Coleta de dados

Os dados foram coletados no dia 22 de novembro de 2014, durante a Campanha Nacional de Multivacinação Infantil. Para seleção e alcance da amostra, foram selecionadas duas UBS em cada Distrito Sanitário, entre as que apresentavam o maior número de crianças nas suas áreas de abrangência, no ano de 2010. As crianças foram incluídas à medida que possuíam os critérios de inclusão: portar a partir da 6ª edição da CSC e possuir entre três a cinco anos de idade. Nessa faixa etária, as crianças apresentam todos os dentes decíduos erupcionados e ausência de erupção dos dentes permanentes^{19,20}, tendo em vista que os campos de saúde bucal analisados se referem à erupção da dentição decídua e odontograma. No dia da Campanha de Multivacinação, dois estudantes em cada UBS se responsabilizaram pela coleta de dados. O monitoramento da coleta de dados foi realizado com o uso do aplicativo de celular *WhatsApp*[®], em tempo real.

Análise estatística

O banco de dados foi digitado, de forma independente, por dois pesquisadores, empregan-

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

Foi utilizada análise de regressão logística, permanecendo no modelo final as variáveis com $p < 0,05$, e aquelas que melhoraram a qualidade do ajuste. O ajuste foi avaliado por meio do teste de *Hosmer-Lemeshow*. Para testar o poder da amostra (erro tipo β) foi realizado um teste *post hoc* considerando os parâmetros observados na regressão logística bruta, da associação entre qualidade de preenchimento da CSC e tipo de serviço usado ((OR = 1,27; Pr Y = 1 | X = 1 = 0,57; $\alpha = 0,05$)). A análise dos dados foi realizada utilizando-se o programa Stata v.12. O cálculo do poder de teste da amostra para a verificação da associação de interesse foi calculado usando o software G Power v. 3.1.9.2.

Questões éticas

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

Resultados

Um total de 382 pais foram abordados, sendo que 15 (3,93%) se recusaram a participar da pesquisa. Entre as 367 (96,10%) CSC observadas, a maioria (72,5%) dos entrevistados foram mães. A média de idade foi de 33,75 anos (DP = 6,54) e a renda *per capita* média de R\$ 1.422,73 (DP = R\$1.277,46).

A frequência de CSC com qualidade de preenchimento satisfatório foi de 44,5%. O percentual de preenchimento dos itens da CSC variou de 0,8% (registro do odontograma) a 99,5% (nome da criança). Não houve diferença na frequência de preenchimento da maioria dos itens da CSC, segundo o tipo de serviço usado para

acompanhamento da saúde da criança. As CSC de crianças que fazem acompanhamento de saúde realizado por profissionais do serviço público apresentaram, significativamente, maior frequência de preenchimento dos itens perímetro cefálico ao nascer, *Apgar* no 5º minuto e número de consultas de pré-natal (Tabela 1).

Dentre as CSC classificadas com qualidade de preenchimento satisfatório, o registro das vacinas e o nome da criança e da mãe estavam preenchidos em 100%. O desenvolvimento neuropsicomotor, uso de ferruginoso, registro da erupção e odontograma apresentaram baixa frequência de preenchimento, mesmo entre aquelas classificadas com qualidade satisfatória (Tabela 2).

A maioria das mães possuíam 9 ou mais anos de estudo e 70,1% trabalhavam fora do lar. Entre as CSC observadas, 56,9% foram de crianças do sexo masculino. A maioria das mães relatou que as crianças nasceram com 2500 g ou mais (90,1%), e idade gestacional de 37 ou mais semanas (84,5%). Pouco mais da metade das mães era multípara (55,1%) (Tabela 3). Das variáveis de condições da gestação/nascimento da criança, na análise bivariada, a qualidade de preenchimento da CSC foi significativamente associada ao peso ao nascer e à idade gestacional (Tabela 3).

Quanto à atenção em saúde recebida pela criança, a maioria é feita no serviço convênio/particular (72,3%). As crianças são acompanhadas mais frequentemente pelo Pediatra (97,3%). Mais da metade das mães/pais (59,6%) relatou ter recebido informações sobre a CSC. A maioria das CSC não possuía anotações das mães (77,9%). O fato das mães terem recebido informações sobre a CSC na maternidade e a presença de anotações delas na CSC foram significativamente associadas à qualidade do preenchimento. Não houve associação significativa entre a qualidade do preenchimento e o acompanhamento da saúde da criança realizado pelo serviço público ou convênio/particular (Tabela 4).

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

Discussão

Os resultados desse estudo indicam que os problemas de preenchimento da CSC aconteceram independentemente do tipo de serviço usado pe-

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

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

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

los pais para acompanhamento dos seus filhos, não confirmando a hipótese testada.

A frequência de CSC com qualidade satisfatória de preenchimento foi de 44,5%, resultado inferior ao observado em 2009, em Belo Horizonte, utilizando metodologia semelhante (68,2%)⁷, sugerindo uma redução no uso desse instrumento quase uma década depois. No referido estudo, foram incluídas somente crianças que faziam acompanhamento na rede pública de saúde, sendo excluídas aquelas que relatavam acompanhamento em serviços com outro tipo de financiamento. Essa diferença observada entre os dois estudos poderia ser explicada pelo perfil da amostra quanto ao tipo de serviço usado. Contudo, não foi observada diferença na qualidade de preenchimento entre público e convênio/particular embora tenha sido observada, na análise bivariada, maior preenchimento do perímetro cefálico ao nascer, *Apgar* no 5º minuto e número de consultas de pré-natal nas CSC das crianças acompanhadas pelo serviço público. Esses três itens são de preenchimento na maternidade⁸.

Uma limitação desse estudo foi não ter avaliado o local de realização do parto, se maternidade pública ou privada. Contudo, acredita-se que mães que usaram o serviço público de saúde para acompanhamento dos seus filhos tenham também maior probabilidade de ter tido seu parto em maternidades públicas. Novos estudos deverão compreender melhor o uso de instrumentos de registro de saúde no contexto das maternidades e dos serviços de saúde. Devem-se relacionar os processos de trabalhos nesses pontos de atenção com a qualidade do uso do instrumento, construindo indicadores de qualidade de uso da CSC coerentes com a sua proposta de uso na rede de cuidados às gestantes e crianças.

O número de consultas no pré-natal é um indicador de qualidade da atenção às gestantes na rede pública de saúde. A captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação e a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal estão entre as ações que devem ser garantidas por estados e municípios, por meio das unidades in-

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

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

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

tegrantes do sistema de saúde brasileiro²¹. Essa orientação descrita no Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério pode explicar o maior registro dessa informação por profissionais da rede pública. Mesmo possuindo maior preenchimento no serviço público, a frequência de preenchimento desse item foi baixa dada a sua importância, evidenciando o não uso da CSC como instrumento de vigilância à saúde infantil.

O Apgar no 5^o minuto é consistentemente associado à mortalidade infantil, pois é uma das medidas de viabilidade dos recém-nascidos²². O não preenchimento desse dado pode representar a não realização dessa medida na sala de parto, o que sugere baixa qualidade da atenção prestada ao parto e recém-nascido ou a realização da medida, mas pouco cuidado com seu registro²³. Uma hipótese para explicar o maior preenchimento desse indicador em maternidades públicas é o fato de que se constituem mais frequentemente em referência para partos de alto risco²⁴. Nessas situações de parto de alto risco, pode haver um maior comprometimento dos profissionais no registro desse indicador. Com relação ao maior preenchimento do perímetro cefálico, não foram

identificados estudos anteriores que possam elucidar essa associação, devendo ser objeto de futuros estudos.

Contudo, as diferenças observadas nas frequências de preenchimento desses três itens, quanto ao uso de serviços públicos e privados, não se mantiveram ao considerar a qualidade de preenchimento dos 21 itens. Uma explicação é que a baixa frequência de preenchimento desses itens refletiu em pouco impacto na análise da qualidade de preenchimento por tipo de serviço. O número de consultas de pré-natal, por exemplo, não foi preenchido em 64,9% das CSC. Outra possível explicação foi o tamanho da amostra não ter sido suficiente para detectar a associação estudada. A amostra foi estimada para estudo de prevalência, usando a fórmula de estimativa para proporções. Nesse estudo, buscou-se investigar a associação entre qualidade do preenchimento da CSC e o tipo de serviço usado para acompanhamento da em unidade neonatal crianças. A verificação do poder de teste da amostra *pós hoc* evidenciou um valor de 0,72. Para uma amostra com poder de teste de 80%, seria necessária a observação de 450 CSC.

Tabela 3. Distribuição das crianças segundo características sociodemográficas e condições da gestação/nascimento da criança para a amostra total e para os grupos com qualidade do preenchimento da CSC satisfatório ou insatisfatório e resultado da análise bivariada. 2014. (n = 367).

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

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

Dessa forma, o indicador proposto permite uma avaliação exploratória, mais geral, da qualidade, não possuindo sensibilidade para diferenciar qualidade de preenchimento item a item. Além disso, esse estudo não avaliou a validade das informações registradas, o que permitiria conhecer se os registros na CSC refletem a verdadeira condição das crianças ao longo de sua vida. A avaliação da validade deve ser objeto de futuras investigações. Não obstante, a compreensão de diferenciais na qualidade do preenchimento da CSC de forma mais abrangente pode contribuir na busca de estratégias para melhorar o uso desse instrumento no contexto dos serviços de saúde brasileiros. Cabe ainda destacar sua potencialidade

de como instrumento de vigilância e promoção de saúde. Assim, a melhoria na qualidade dos dados da CSC, com validade, possibilitaria seu uso como instrumento de pesquisa.

Nesse sentido, observou-se maior qualidade de preenchimento nas CSC que possuíam anotações das mães ou pais. Essa associação evidencia a importância da participação da família no cuidado da criança¹. Aqueles pais que relataram fazer anotações nas CSC dos seus filhos, provavelmente, se interessam mais pelo instrumento, buscam usá-lo e devem exigir maior preenchimento pelos profissionais. Estudo qualitativo evidenciou que muitos profissionais da saúde relataram vivenciar situações onde se estabelece

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

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

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

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

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

Fonte: Pesquisa de campo, 2014. Modelo ajustado pelo sexo da criança, anos de estudo da mãe, local de trabalho da mãe e entrevistado, se mãe ou pai. *Hosmer and Lemeshow* = 0,801.

um vínculo entre a mãe e o instrumento, demonstrado quando as mães exigem que os dados sejam anotados na CSC, acompanham as anotações realizadas pelos profissionais e conversam com os profissionais assuntos relacionados aos temas da CSC²⁵. Por outro lado, outro estudo qualitativo demonstrou que profissionais da saúde que atuavam na rede básica não reconheciam o papel da família no preenchimento da CSC²⁶. Na percepção desses profissionais, a família não “entende disso”, “não deve preencher porque perde muito dado e a gente até orienta não preencher”, “nem sempre a família tem um cognitivo”. Reforçando esse resultado, muitos profissionais afirmaram não motivar as mães a fazerem anotações na CSC. Esse tipo de atitude profissional pode contribuir para o resultado de que somente ¼ das mães relataram fazer anotações nas CSC dos seus filhos. Essas percepções dos profissionais refletem a falta de prestígio da família como produtora do cuidado, e o não reconhecimento de que os cuidados em saúde são também produzidos na rede informal, representada pela família²⁷. Tais práticas profissionais limitam a participação ativa da família e da mãe, não favorecem a autonomia dos sujeitos no cuidado em saúde e podem ser também resultado de questões históricas e culturais, pois as ações de saúde sempre foram delegadas aos profissionais, não sendo permitida a participação de outros atores nesse processo⁶.

Desde o lançamento da CSC, o Ministério da Saúde recomenda maior participação, apropriação e compromisso dos pais de modo a garantir o cuidado integral à criança e seus direitos como cidadã⁵. O modelo atual da CSC contém somente o campo de identificação para preenchimento dos pais ou responsáveis, o que pode gerar um conflito na compreensão e orientação para preenchimento pelos familiares e pelos profissionais. Essa análise indica uma necessidade de revisão da CSC, quanto ao ator responsável pelo seu preenchimento.

Observou-se maior frequência de preenchimento satisfatório nas CSC, quando as mães/pais relataram ter recebido orientações sobre a CSC nas maternidades ou em outros serviços de saúde. Nesse estudo não foi investigado o conteúdo da orientação ofertada. A mesma associação foi previamente observada em estudos anteriores^{7,8}, e o acesso a orientações sobre a CSC foi também associado ao maior preenchimento da curva de peso por idade⁸. O acesso a orientações pode ser necessário para que a família compreenda a função da CSC no acompanhamento da saúde infantil. Estudo, em 2014, evidenciou que mães

que receberam orientações sobre a CSC e aquelas que relataram observar quando o profissional faz anotações na CSC portavam com mais frequência a CSC na consulta¹⁰. Os profissionais devem usar o instrumento para favorecer o diálogo com a mãe e a família sobre as condições de saúde da criança. Essa abordagem é fundamental, pois favorece o cuidado articulado e cooperativo entre mãe, família e profissionais²⁸. O Manual para a utilização da CSC afirma que “É importante que todos aqueles que cuidam da população infantil, seja nas famílias, seja nas creches, nas pré-escolas e em outras instituições, observem as informações contidas nesse instrumento para o efetivo acompanhamento da saúde da criança, proporcionando um maior conhecimento do seu histórico de saúde”⁵.

Nesse estudo, a frequência de mães que relataram ter recebido informações sobre a CSC na maternidade ou outros serviços foi de 59,6%. Valores na literatura variaram de 33% a 67,5%^{7,8,29}. Os resultados sugerem que a prática de orientação aos pais não está consolidada nas maternidades e/ou outros serviços de saúde. Não ofertar orientações aos familiares pode ter como consequência a desmotivação e também o não reconhecimento da importância da CSC pelos pais. Em estudo, que interrogou mães sobre a função da CSC, para 45% delas, a CSC serve como cartão de vacinação; para 12%, serve como instrumento de informação e comunicação entre profissionais e a família; e para 6,5% das mães, a CSC não serve para nada²⁹.

As CSC das crianças prematuras apresentaram maior frequência de preenchimento insatisfatório. Estudo que analisou a dificuldade do cuidado com o filho prematuro apontou que problemas na integralidade da atenção à saúde infantil e a falta de humanização na relação entre a mãe e o serviço de saúde foram obstáculos ao desenvolvimento de crianças prematuras³⁰. Sentimentos de insegurança e medo foram associados à situação de prematuridade e o apoio e suporte assistencial à família mostraram-se fundamentais para o seu enfrentamento³¹. A importância do empoderamento materno, no cuidado de crianças hospitalizadas foi destacada em estudo no Canadá³², e a comunicação entre os profissionais de enfermagem e as famílias contribuiu no processo de empoderamento individual das mães de recém-nascidos prematuros³³. Esses achados revelam a importância do envolvimento da mãe e das ações dos serviços de saúde no cuidado à criança prematura. A prematuridade pode representar uma situação nova no núcleo familiar,

repleta de cuidados e aspectos que devem ser observados pelos familiares, podendo a CSC assumir um lugar menos importante no cuidado da criança.

Algumas variáveis previamente associadas à qualidade do preenchimento da CSC não mostraram associação no presente estudo: idade da mãe, escolaridade, renda, número de gestações. Estudo na Inglaterra observou que mães mais jovens e em condições de desvantagem social (residência em comunidades mais pobres, mães de famílias grandes, baixa escolaridade da mãe) apresentaram um uso menos efetivo do instrumento de registro⁴. Já Cormack et al., (1998) não encontraram efeito significativo da idade da mãe³⁴. A escolaridade da mãe não teve associação com a qualidade do preenchimento da CSC, ao contrário de estudos anteriores que encontraram associação entre maior escolaridade e melhor preenchimento de instrumentos de registros de saúde da criança^{4,6,7,9}. Estudo, em 2005, apontou associação entre o melhor preenchimento da curva de crescimento do Cartão da Criança e mães que trabalham no lar, também houve associação entre melhor preenchimento da curva de desenvolvimento e mães primíparas⁶. Instrumentos de registro de saúde da criança foram mais usados em mães primíparas de acordo com alguns estudos internacionais^{34,35}. Contudo, a comparabilidade entre os estudos ficou prejudicada pela variabilidade na metodologia em aspectos relacionados ao método de coleta, aos itens da CSC avaliados e à seleção da amostra. No presente estudo, o método de seleção da amostra escolhido pode ter influenciado os resultados observados, pois as crianças/pais foram selecionados em um sábado da campanha de multivacinação, o que pode ter favorecido a inclusão daquelas que usam o serviço de saúde com menos regularidade, que usam o serviço privado de saúde (72,3%), com renda média e escolaridade alta, pois a maioria trabalha fora do lar (70,1%), se considerados os perfis das mães que usam o serviço público para acompanhamento dos seus filhos⁷. Contudo, os fatores associados à qualidade de preenchimento no modelo múltiplo, permaneceram associados

independentemente do sexo da criança, dos anos de estudo da mãe e local de trabalho da mãe.

A PNAB descreve como um dos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica coordenar a integralidade em seus vários aspectos e estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à saúde¹³. Ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde integram o eixo da integralidade e identificam-se com as propostas da CSC. O preenchimento insatisfatório da CSC coloca em questão o uso desse instrumento na atenção infantil, indicando prejuízos no seu potencial de favorecer a comunicação com a família e o cuidado integral à criança. Os resultados apontaram que o trabalho com a família é um caminho que pode contribuir no uso do instrumento. Esse achado foi coerente com uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) que é o fomento à autonomia do cuidado e à corresponsabilidade da família³⁶. A qualidade do preenchimento das CSC não foi influenciada significativamente pelo acompanhamento da criança no serviço público. Se por um lado é um alerta às práticas que vêm perpetuando no setor, torna-se também um estímulo à efetiva implementação e consolidação dos eixos e das ações estratégicas da PNAISC.

Os resultados sugerem que há problemas na qualidade do preenchimento da CSC, independentemente do tipo de serviço usado pelos pais para acompanhamento dos seus filhos. O não preenchimento da CSC pode comprometer o monitoramento e a promoção de saúde infantil. Orientar e contar com a participação das mães/familiares se configuram como ações essenciais ao uso da CSC. O uso efetivo da CSC passa por um aprimoramento do instrumento, incluindo adequação de forma e linguagem visando maior compreensão por parte da família, assim como viabilizando o registro de informações pelos profissionais de saúde. A capacitação dos profissionais envolvidos pode promover maior valorização do instrumento, contribuindo para que a CSC cumpra seus objetivos.

Colaboradores

LP Amorim e RC Ferreira participaram da concepção, delineamento, análise, redação e interpretação dos dados. MIB Senna, M Vasconcelos, EF Ferreira e PMP Zarzar participaram da revisão crítica do artigo. ARS Soares e GTN Carneiro participaram da construção do banco de dados, análise e interpretação dos resultados.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais pelo apoio financeiro.

Referências

1. Clendon J, Dignam D. Child health and development record book: tool for relationship building between nurse and mother. *J Adv Nurs* 2010; 66(5):968-977.
2. Walton S, Bedford H. Parents' use and views of the national standard personal child health record: a survey in two primary care trusts. *Child Care Health Develop* 2007; 33(6):744-748.
3. Department of Education and Early Childhood Development, Victorian Government. *Child Health Record Literature Review*. [acessado 2015 Out 17]. Disponível em: https://www.eduweb.vic.gov.au/edulibrary/public/earlychildhood/mch/chr_lit_review.pdf
4. Walton S, Bedford H, Dezateux C. Use of personal child health records in the UK: findings from the millennium cohort study. *BMJ* 2006; 332(4):269-270.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança*. Brasília: MS; 2005.
6. Vieira GO, Vieira TO, Costa MCO, Santana Netto PV, Cabral VA. Uso do cartão da criança em Feira de Santana. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2005; 5(2):177-184.
7. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHE, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA, Colosimo EA, Carmo GAA, Costa JGD, Magalhães MEN, Mendonça ML, Beirão MMV, Moulin ZS. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad Saude Publica* 2009; 25(3):583-595.
8. Faria M, Nogueira TA. Avaliação do uso da Caderneta de Saúde da Criança nas Unidades Básicas de Saúde em um município de Minas Gerais. *Rev Bras Ciênc Saúde* 2013; 11(38):8-15.
9. Costa JSD, Cesar JA, Pattussi MP, Fontoura LP, Barazzetti L, Nunes MF, Gaedke MA, Uebel R. Assistência à criança: preenchimento da caderneta de saúde em municípios do semi-árido brasileiro. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2014; 14(3):219-227.
10. Palombo CNT, Duarte LS, Fujimori E, Toriyama ATM. Uso e preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança com foco no crescimento e desenvolvimento. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(Esp):60-67.
11. Abud SM, Gaíva MAM. Registro dos dados de crescimento e desenvolvimento na Caderneta de Saúde da Criança. *Rev Gaucha Enferm* 2015; 36(2):97-105.
12. Santos SR, Cunha AJLA, Gamba CM, Machado FG, Leal Filho JMM, Moreira NLM. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. *Rev Saude Publica* 2000; 34(3):266-271.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2012.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento*. Brasília: MS; 2012.
15. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. [acessado 2015 Mar 25]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013>
16. Brasil. Resolução nº 2, de 26 de agosto de 2014. Divulgar as estimativas da população, para Estados e Municípios com data de referência em 1º de julho de 2014. *Diário Oficial da União* 2014; 28 ago.

17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Estatísticas Vitais*. [acessado 2016 Maio 04]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/pnvmg.def>
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Definições*. [acessado 2015 Out 10]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>
19. Messer LBA, Till MJ. A landmark report on understanding the human dentition. *JADA* 2013; 144(4):357-361.
20. Burgueño Torres L, Mourelle Martínez MR, Nova Garcia JM. A study on the chronology and sequence of eruption of primary teeth in Spanish children. *Eur J Pediatr Dent* 2015; 16(4):301-304.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*. Brasília: MS; 2005.
22. Almeida MFB, Guinsburg R, Martinez FE, Prociandy RS, Leone CR, Marba STM, Rugolo LMSS, Luz JH, Lopes, JMA. Fatores perinatais associados ao óbito precoce em prematuros nascidos nos centros da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais. *J Pediatr* 2008; 84(4):300-307.
23. Schoeps D. *O papel dos profissionais de saúde na qualidade da informação de óbitos perinatais e nascidos vivos no município de São Paulo* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2012. [acessado 2015 Nov 17]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-17052012-115130>
24. Bittencourt DAS, Reis LGC, Ramos MM, Rattner D, Rodrigues PL, Neves DCO, Arantes SL, Leal MC. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl. 1):S208-S219.
25. Andrade GN, Rezende TMRL, Madeira AMF. Caderneta de Saúde da Criança: experiências dos profissionais da atenção primária à saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(5):857-864.
26. Silva FB, Gaíva MAM. Preenchimento da caderneta de saúde da criança: percepção dos profissionais. *Ciênc Cuid Saúde* 2015; 14(2):1027-1034.
27. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados de saúde no âmbito da família. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):1497-1508.
28. Erdmann AL, Sousa FGM. Cuidando da criança na atenção básica de saúde: atitudes dos profissionais de saúde. *Mundo Saude* 2009; 33(2):150-160.
29. Goulart LMHF, Alves CRL, Viana MRA, Moulin ZS, Carmo GAA, Costa JGD, Almeida JSCB. Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. *Rev Paul Pediatr* 2008; 26(2):106-112.
30. Gorgulho FR, Pacheco STA. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008; 12(1):19-24.
31. Souza LN, Pinheiro-Fernandes AC, Clara-Costa IC, Cruz-Enderes B, Carvalho JBL, Silva MLC. Domestic maternal experience with preterm newborn children. *Rev Salud Publica* 2010; 12(3):356-367.
32. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *J Adv Nurs* 1995; 21(6):1201-1210.
33. Santos ND, Thiengo MA, Moraes JRMM, Pacheco STA, Silva LF. O empoderamento de mães de recém-nascidos prematuros no contexto de cuidado hospitalar. *Rev enferm UERJ* 2014; 22(1):65-70.
34. Cormack L, Morley C, Seward A, Vickers D. The personal child health record: attitudes to and usage by parents and professionals during the first year of a child's life. *Ambulatory Child Health* 1998; 4(4):375-380.
35. Hampshire AJ, Blair ME, Crown NS, Avery AJ, Williams EI. Variation in how mothers, health visitors and general practitioners use the personal child health record. *Child Care Health Dev* 2004; 40(4):307-316.
36. Brasil. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2015; 6 ago.

Artigo apresentado em 15/03/2016
 Aprovado em 10/05/2016
 Versão final apresentado em 12/05/2016

