

## **Caderneta de Saúde da Criança: Como Utilizamos este Instrumento**

Alunos: **Maria da Graça Soares de Lima;**  
**Luciana Cerqueira Rego;**  
**Manuela Queiroz Azevedo;**  
**Nancy Toledo Coelho**

Orientadora: **Eliane Maria Garcez Oliveira da Fonseca**

**Resumo:** Em 1984, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), com a finalidade de promover saúde e reduzir a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos, pertencente a grupos de risco. Neste contexto, o Cartão da Criança foi criado como um instrumento para vigilância da saúde de crianças menores de 5 anos. Este era entregue, gratuitamente, à mãe ou responsável no momento do nascimento ou na ocasião da primeira vacinação. Em 2005, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, revisou o Cartão da Criança com o objetivo de melhorar a vigilância à saúde da criança e de incorporar a resolução do Mercosul de “Informação Básica Comum para a Caderneta da Criança”. O Cartão da Criança foi então transformado na Caderneta de Saúde da Criança. Objetivamos estudar a utilização da Caderneta de Saúde da Criança como instrumento de educação em saúde, para efetiva promoção de saúde e redução da mortalidade infantil, através de entrevistas com mães de crianças de 0 a 60 meses, sobre a utilização da Caderneta da Criança, durante a espera para o atendimento pediátrico no centro comunitário. Aproveitou-se então, a oportunidade para mostrar e explicar para as mães sobre o conteúdo e utilização dos mesmos. Ao final eram novamente aplicadas as perguntas sobre os objetivos do cartão e caderneta.

### **Introdução**

Durante muito tempo, predominou o entendimento de que saúde era sinônimo de ausência de doenças físicas e mentais. Nesse sentido, os serviços de saúde privilegiaram na sua organização a atenção médica curativa e os cursos de graduação, o ensino intra-hospitalar. Entretanto, hoje se

sabe que a garantia à saúde transcende à esfera das atividades clínico-assistenciais, suscitando a necessidade de um novo paradigma que dê conta da abrangência do processo saúde-doença. Essa consciência aponta para a necessidade de um profissional de saúde que seja também capaz de atuar com competência na promoção de saúde.

As discussões sobre a promoção da saúde foram iniciadas a partir da década de 70. O final desta, após a Conferência de Alma-Ata em 1978, foi marcado por projetos que visavam melhorar a saúde como um todo, e criar estratégias de atenção primária com objetivo de reduzir as taxas de mortalidade, principalmente nos países em desenvolvimento<sup>1</sup>.

A atenção primária é o primeiro nível da atenção à saúde. Esta engloba a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, através de ações de caráter individual e coletivo. Os princípios fundamentais desta no Brasil, são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Em 1984, o Ministério da Saúde, criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) com a finalidade de promover saúde e reduzir a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos, pertencente a grupos de risco. Este continha ações específicas para a população infantil como: incentivo ao aleitamento materno e orientação para o desmame, controle de doenças diarreicas, controle das doenças respiratórias, programa ampliado de imunizações, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento<sup>2</sup>.

Neste contexto, o Cartão da Criança foi criado como um instrumento para vigilância da saúde de crianças menores de 5 anos. Este era entregue, gratuitamente, à mãe ou responsável no momento do nascimento ou na ocasião da primeira vacinação. Nesse cartão deveriam ser registrados: dados de identificação e nascimento da criança, marcos do desenvolvimento neuropsicomotor, curva de peso e idade, desmame e intercorrências clínicas, além do controle do esquema vacinal. Havia também informações sobre os Direitos da Criança, orientações sobre as etapas do desenvolvimento e interpretação da curva ponderal. Desta forma, seria estimulada a participação materna no monitoramento do crescimento e desenvolvimento de seu filho, além de permitir que os registros destas informações ficassem sob a posse da família, facilitando atendimentos futuros. A utilização rotineira do cartão em todos os atendimentos pediátricos permitiria também a detecção das crianças que estão com vacinas em atraso<sup>3,4,5,6,7,8,9,10</sup> sendo esta uma oportunidade para atualização e orientação sobre o esquema vacinal.

A importância desta abordagem integral ressalta em nosso modelo de saúde, onde predomina o pronto-atendimento e a busca pela atenção médica é determinada pelos responsáveis e motivada por uma doença ou queixa específica, sendo menos freqüente a procura por medidas de promoção e proteção da saúde. A estratégia de assistência integral cresce de importância quando aplicada a grupos sociais em que se encontra um alto percentual de baixa escolaridade materna, que é um fator associado com maiores coeficientes de morbimortalidade infantil e atraso vacinal<sup>11</sup>, além de ser inibidor das consultas preventivas de puericultura. Vantagens econômicas associadas com melhor educação (melhor renda, melhores condições de moradia e saneamento) são responsáveis por aproximadamente metade do efeito redutor da escolaridade na mortalidade infantil. Além disso, o uso mais freqüente de serviços de saúde e o melhor cuidado doméstico com a criança foram também identificados como importantes fatores mediadores<sup>11,12</sup>.

A baixa potencialidade do pronto-atendimento, como instrumento isolado de impacto nas condições de saúde da população, torna imperiosa a complementação da assistência com medidas programáticas. Desta forma, diminuiríamos as oportunidades perdidas que são compreendidas como omissão de desenvolvimento das ações de vigilância à saúde e diagnóstico precoce quando do contato do indivíduo com os serviços de saúde.

Apesar do valor da utilização do Cartão da Criança, como um instrumento de redução de oportunidades perdidas e, em última instância, redução da mortalidade infantil, estudos realizados em diferentes estados brasileiros mostraram que, apesar da maioria das mães portarem o cartão no momento da consulta, este era subutilizado especialmente no que se refere ao monitoramento do crescimento e desenvolvimento. A maioria dos cartões avaliados tinha seu preenchimento incompleto<sup>3,4,5,6,7,8,9</sup> e poucas mães haviam sido informadas sobre seus objetivos e utilização<sup>10</sup>. Desta forma, este instrumento teve seu impacto reduzido.

Em 2005, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, revisou o Cartão da Criança com o objetivo de melhorar a vigilância à saúde da criança e de incorporar a resolução do Mercosul de “Informação Básica Comum para a Caderneta da Criança”. O Cartão da Criança foi então transformado na Caderneta de Saúde da Criança. Desde então, esta deve estar disponível, também gratuitamente, nas maternidades para todas as crianças nascidas, residentes ou não no município de nascimento,

sejam estas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) ou de planos privados de saúde. Nessa Caderneta são registradas importantes informações sobre as condições de saúde durante a gravidez, o parto, o puerpério e sobre o recém-nascido. E ainda, orientações sobre alimentação saudável, dicas de saúde e prevenção de acidentes, crescimento e desenvolvimento da criança, bem como espaço para anotações de intercorrências clínicas, tratamentos efetuados e das vacinas realizadas segundo o Calendário Básico de Vacinação. Uma vez utilizada corretamente, torna mais efetiva a promoção da saúde e redução da mortalidade neonatal<sup>2</sup>.

### **Objetivo**

Estudar a utilização da Caderneta de Saúde da Criança como instrumento de educação em saúde, para efetiva promoção de saúde e redução da mortalidade infantil.

### **Material e Método**

Estudo transversal realizado no período de abril a junho de 2006, no Centro Comunitário do Sítio do Pai João.

O Sítio do Pai João localiza-se no bairro do Itanhangá, Rio de Janeiro. Este consiste numa área de encosta do Maciço da Tijuca demarcada pela Prefeitura do Município do Rio de Janeiro por cabos de aço (eco limite). Esta demarcação foi estabelecida pela Geo-Rio a fim de impedir novas construções habitacionais em áreas de risco, após um desmoronamento com vítimas fatais ocorrido em 1996. Apesar de vizinha a condomínios de luxo, a população dessa comunidade enfrenta problemas devido às péssimas condições de abastecimento de água, destino de esgoto e do lixo, indubitavelmente reconhecidos como responsáveis por grande parte das doenças que afetam a população, particularmente a infantil. A par com essas condições, a região é carente em serviços de atenção primária à saúde, o que leva a população a recorrer a Hospitais Municipais de Emergência.

A escolha desta comunidade para o desenvolvimento da pesquisa deve-se a existência no local de um projeto de extensão da Disciplina de Pediatria da Faculdade de Medicina da Fundação Técnico- Educacional Souza Marques, iniciado em Janeiro de 2004, com a implantação de um

Programa de Atendimento Integral à Saúde da Criança e do Adolescente. Implantado nesta comunidade, o projeto beneficia também os moradores das comunidades vizinhas entre estas, Vila da Paz, Morro do Banco e Tijuquinha.

Alunos do quinto ano do curso de medicina, previamente treinados, entrevistaram mães de crianças de 0 a 60 meses, sobre a utilização da Caderneta da Criança, durante a espera para o atendimento pediátrico no centro comunitário. Inicialmente foi feita uma pergunta aberta sobre a finalidade da utilização da Caderneta. A seguir, perguntava-se sobre cada um dos objetivos contidos nestes, sobre a entrega, explicação e utilização destes pelos profissionais de saúde.

Aproveitou-se então a oportunidade para mostrar e explicar para as mães sobre o conteúdo e utilização dos mesmos. Ao final eram novamente aplicadas as perguntas sobre os objetivos do cartão e caderneta.

## **Resultados**

No período de abril a junho de 2006 foram atendidas 78 crianças, de 0 a 60 meses, no Centro Comunitário Sítio do Pai João. Destas, 25 (32%) possuíam o Cartão da Criança sendo excluídas do estudo sobre a utilização da Caderneta e incluídas no referente ao Cartão que foi realizado no mesmo período. Todas as 53 mães que possuíam a Caderneta, após esclarecimentos sobre a pesquisa, concordaram em participar desta.

Com relação à escolaridade, 1 (1,9%) das mães não sabia ler, 22 (41,5%) possuíam ensino fundamental incompleto, 10 (13,9%) ensino fundamental completo, 6 (11,3%) ensino médio incompleto, 14 (26,4%) ensino médio completo.

A Caderneta foi entregue na maternidade para 49 (94,5%) das mães e 9 (17%) referem ter recebido explicação sobre a sua utilização.

Ao ser perguntado para quê esta serve, as respostas mais frequentes foram: controle das vacinas (83%), acompanhamento do crescimento (47,2%), do desenvolvimento (26,4%). A informação dos direitos da criança foi citada por 1,9%, as orientações sobre alimentação por 5,7% e as dicas de saúde por 1,9%. As orientações sobre vitamina A, ferro e o número do telefone para denúncia de abuso não foram citados por nenhuma das mães entrevistadas.

Quando questionadas especificamente sobre o conhecimento da presença de orientação alimentar na Caderneta 21(39,6%) responderam afirmativamente. Mas, nenhuma das mães entrevistadas tinha pleno conhecimento dos objetos representados pelos termos usados nos “Dez passos para uma alimentação saudável” impressos na Caderneta. A maioria citava como cereais, as farinhas e produtos industrializados utilizados para aumentar a consistência das mamadeiras. O termo tubérculo era desconhecido e causava surpresa quando se explicava seu significado.

Na pergunta objetiva sobre o conhecimento da presença dos direitos no cartão ou caderneta, 65 (32,3%) responderam afirmativamente e 30 (14,9%) conseguiram citar alguns destes. Sobre o conhecimento do número do telefone para denúncia de abuso na caderneta 18 (34,0%) responderam afirmativamente e 7 (13,2%) o mostraram corretamente.

O conhecimento sobre a presença das dicas de saúde na Caderneta da Criança foi referido por 13,2% das mães na pergunta específica.

Quanto à verificação da Caderneta pelo médico, 86,8% afirmou que este pede e verifica a mesma durante a consulta.

Com relação ao preenchimento correto da Caderneta foram encontrados os seguintes percentuais: informações sobre o parto 79,2%, gravidez 47,2%, período neonatal 62,3%, curva de perímetro cefálico 50,9%, curva de crescimento 77,4%, desenvolvimento 9,4%. O esquema vacinal estava completo em 81,1%.

Após a entrevista e a orientação 79,2% das mães afirmaram saber mais sobre a caderneta e os percentuais de respostas positivas e corretas foram: 50,7% direitos da criança, 60,8% alimentação, 33,3% as dicas de saúde, 15,7% orientações sobre vitamina A e ferro, 37,3% número do telefone para denúncia de abuso.

Além da verificação objetiva do conhecimento, várias mães manifestaram, espontaneamente, satisfação por estar recebendo orientação, aprendendo sobre a utilização deste instrumento. Algumas lamentavam o fato de não ter aprendido com o filho anterior. Os alunos também relataram melhor utilização da Caderneta após participar do trabalho.

## **Comentários**

Os resultados do nosso trabalho demonstram que, apesar da Caderneta significar um aprimoramento do Cartão da Criança, a

subutilização, já documentada em diversos estudos anteriores relativos à utilização do Cartão, continua limitando o impacto destes instrumentos na promoção da saúde e redução da mortalidade infantil. A subutilização constatada aliada à boa aceitação do trabalho, tanto pelas mães quanto pelos futuros médicos, mostram a necessidade de adoção, por parte dos responsáveis pelos Programas de Saúde da Criança, de estratégias que visem à promoção da utilização destes instrumentos entre elas, maior divulgação de seus objetivos, estímulo e capacitação do profissional de saúde.

Além de permitir o registro de informações e construção das curvas de peso e de perímetro cefálico, a Caderneta da Criança tem informações importantes para a promoção de saúde da criança e redução da morbimortalidade na infantil. Para tanto, estas informações devem estar escritas de forma que a mãe e todos aqueles que lidam com crianças diariamente, seja nas próprias famílias ou em creches, escolas e em outras instituições, possam ler, compreender o texto e aplicar o conhecimento adquirido. Os “Dez passos para uma alimentação saudável” trazem orientações para amamentação, desmame adequado e prevenção da desnutrição. Entretanto, a linguagem utilizada, especialmente no Passo 3, é de difícil compreensão, especialmente por mães de baixa escolaridade, como as que predominam em nosso estudo.

Conforme já foi dito, a baixa escolaridade materna é um fator associado a maiores coeficientes de morbimortalidade infantil, portanto, para contribuir na redução deste índices a Caderneta deve ter uma linguagem de fácil compreensão para aqueles com menos anos de estudos. O aumento do nível de escolaridade dos pais, especialmente da mãe, propicia maior conhecimento dos problemas de saúde de seus filhos. Mães com mais de 8 anos de escolaridade adaptam-se melhor à tecnologia médica e tendem a fazer uso mais efetivo dos serviços de saúde. As mães de maior escolaridade tendem a ter maior acesso, maior conhecimento e possuem maior habilidade para interagir com os serviços de saúde. Tendem a valorizar mais o cuidado preventivo, são mais informadas e compreendem melhor os conteúdos das mensagens educativas<sup>11,12</sup>. Portanto, a linguagem simples e de fácil compreensão deve ser priorizada em todos os programas que visem reduzir os índices morbimortalidade infantil.

## Conclusão

A falta de orientação e informação para as mães sobre a utilização da Caderneta, além de uma linguagem algumas vezes de difícil compreensão, limita seu impacto como instrumento de promoção de saúde e redução da mortalidade infantil. É preciso haver um esforço por parte do Ministério e Secretarias de Saúde para capacitar e estimular o profissional de saúde para utilizar este instrumento em conjunto com a mãe ou responsável. É fundamental também que seja feita uma adequação da linguagem contida nesta para permitir uma apreensão mais fácil de seu conteúdo

## Referências

1. Declaração de Alma-Ata Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: [www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf](http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf)
2. Ministério da Saúde. Diretório de Atenção Básica. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acessado em 06/06/2006.
3. Fonseca EMGO, Rodrigues PPB, Rodrigues YT, Rosa MA, Machado M, Pacheco T. Cartão da Criança ou Cartão de Vacinas? Como utilizamos este instrumento? Revista de Pediatria do Ceará, 2000; 1(1): 76.
4. Brasileiro MC, Beltrão MM, Perez EP, Bastos LNV, Oliveira MB. O Cartão da Criança é adequadamente utilizado nos serviços de saúde? Revista de Pediatria do Ceará, 2000; 1(1): 79.
5. Veras AACA, Andrade LASS, Romani SM, Lira PIC, Batista Filho M, Lima MC. Fatores associados à inadequação vacinal em menores de 02 anos atendidos em serviço de saúde no Estado de Pernambuco, 1998. Revista de Pediatria do Ceará, 2000; 1(1): 78.
6. Batista G, Paixão A, Lima J, Moura M, Ribeiro E. Cartão da Criança: a sua utilização. Revista de Pediatria do Ceará, 2000; 1(1): 81.



7. Gomes MASM, Tavares EL, Castro IRR, Brasil CLP. Avaliação da utilização do cartão da criança em unidades da rede básica no Município do Rio de Janeiro. *Revista de Pediatria do Ceará*, 2000; 1(1): 82.
8. Veras AACA, Andrade LASS, Romani SM, Lira PIC, Batista Filho M, Lima MC. Situação vacinal de menores de 02 anos atendidos em serviços públicos de saúde, Pernambuco, 1998. *Revista de Pediatria do Ceará*, 2000; 1(1): 83.
9. Rech A, Gevehr D, David DD, Gerchnam L, Molle LD, Galastri P, Menegazzo P. Cobertura Vacinal em menores de 12 anos em hospital de referência no RGS. *Revista de Pediatria do Ceará*, 2000; 1(1): 87.
10. Fonseca EMGO, Rodrigues PPB, Rodrigues YT, Rosa MA, Machado M, Pacheco T. A percepção das mães sobre o Cartão da Criança. *Revista de Pediatria do Ceará*, 2000; 1(1): 80.
11. Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não-vacinação em localidade urbana do Nordeste brasileiro, 1994. *Rev. Saúde Pública*, 1999; 33 (2): 147-56.
12. Cleland JG, Van Ginneken JK. Maternal education and child survival in developing countries: the search for pathways of influence. *Soc Sci Med* 1988; 27:1357-68.