REVISTA CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES

Avaliação do preenchimento de Cadernetas da Criança de zero a três anos em um centro municipal de educação infantil

Evaluation of the completion of Children's Booklets from zero to three years old in a municipal early childhood education center

DOI: 10.55905/revconv.17n.1-032

Recebimento dos originais: 01/12/2023
Aceitação para publicação: 02/01/2024

Rillary Caroline de Melo Silva
Graduada em Enfermagem
Instituição: Centro de Endometriose de Maceió
Endereço: Maceió – Alagoas, Brasil
E-mail: melorillary@gmail.com

Lindynês Amorim de Almeida
Pós-Graduanda em Enfermagem
Instituição: Universidade Federal de Alagoas
Endereço: Maceió – Alagoas, Brasil
E-mail: lindyalmeida7@gmail.com

Ana Mirelle dos Santos
Graduada em Enfermagem
Instituição: Universidade Federal de Alagoas
Endereço: Maceió – Alagoas, Brasil
E-mail: ana.mirelle@eenf.ufal.br

Ana Carla de Oliveira Soares
Mestra em Enfermagem
Instituição: Maternidade Escola Santa Mônica
Endereço: Maceió – Alagoas, Brasil
E-mail: anacos87@gmail.com

Rossana Teotônio de Farias Moreira
Pós-Doutora em Doenças Infecciosas e Parasitárias
Instituição: Universidade Federal de Alagoas
Endereço: Maceió – Alagoas, Brasil
E-mail: rossanateo@hotmail.com

Ana Carolina Santana Vieira
Doutora em Ciências da Saúde
Instituição: Universidade Federal de Alagoas
Endereço: Maceió – Alagoas, Brasil
E-mail: ana.vieira@eenf.ufal.br

REVISTA
CONTRIBUCIONES
A LAS CIENCIAS
SOCIALES

RESUMO

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) é um direito de toda criança nascida em território brasileiro e deve ser entregue aos pais ainda na maternidade. Considerada instrumento para vigilância da saúde infantil que deve ser registrada pelo profissional de saúde para acompanhar continuamente os índices de crescimento e desenvolvimento (CD) de crianças entre zero a dez anos. Avaliar o preenchimento das CSC de crianças de zero a três anos matriculadas em um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI), no bairro Benedito Bentes em Maceió, Alagoas. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa descritiva, com análise documental, sendo observados na CSC o preenchimento dos dados relacionados à gravidez, parto e nascimento; dados de consultas; avaliação do desenvolvimento através dos marcos; avaliação antropométrica e situação vacinal. Ressalta-se que foram respeitados os preceitos éticos em pesquisa. Ademais, para eleger o preenchimento ou não foram analisados os dados que deveriam estar preenchidos na CSC de acordo com a idade de cada criança. Assim, foram analisadas dez CSC, nas quais os dados do nascimento do recém-nascido e calendário vacinal foram os que estavam em maior parte preenchidos, em contraponto, observou-se que os dados sobre a gravidez, dados de consultas e gráficos do crescimento, especialmente o de IMC x Idade, apresentavam incompletude de dados ou até mesmo, a falta desses. Os achados apresentados nesta pesquisa demonstraram que há uma ausência de preenchimento das CSC das crianças na primeiríssima infância em um CMEI de Maceió, comprometendo o acompanhamento de saúde infantil. As limitações da pesquisa foi a dificuldade da coleta de dados, visto que participaram apenas dez das vinte e quatro crianças na primeiríssima infância Além do mais, perdura o desconhecimento dos motivos do não preenchimento adequado das Cadernetas pelos profissionais ou se os pais/responsáveis não compareceram às consultas.

Palavras-chave: caderneta de saúde da criança, puericultura, crescimento e desenvolvimento.

ABSTRACT

The Child Health Handbook (CHB) is the right of every child born in Brazil and should be given to parents in the maternity ward. It is considered a tool for monitoring child health and must be recorded by health professionals in order to continuously monitor the growth and development (CD) of children between the ages of zero and ten. To evaluate the completion of CHRs of children aged zero to three enrolled in a Municipal Early Childhood Education Center (CMEI) in the Benedito Bentes neighborhood of Maceió, Alagoas. This is a descriptive quantitative study, with documentary analysis. The CHR was used to fill in data related to pregnancy, childbirth and birth; data on consultations; assessment of development through milestones; anthropometric assessment and vaccination status. It should be noted that the ethical precepts of research were respected. In addition, in order to choose whether or not to fill in the CHR, the data that should be filled in on the CHR according to the age of each child was analyzed. Thus, ten CHRs were analyzed, in which the data on the birth of the newborn and the vaccination schedule were the ones that were mostly filled in; on the other hand, it was observed that the data on pregnancy, data on consultations and growth charts, especially the BMI x Age chart, had incomplete data or were even missing. The findings presented in this research show that there is a lack of completion of the CHRs of children in very early childhood in a CMEI in Maceió, compromising the monitoring of children's health. The limitations of the research were the difficulty in collecting data, since only ten of the twenty-four children in early childhood took part. Furthermore, there is still no knowledge of the reasons why the professionals did not fill in the CHRs properly or if the parents/guardians did not attend the consultations.

Keywords: child health handbook, childcare, growth and development.

1 INTRODUÇÃO

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) foi implantada pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 2005, substituindo o Cartão da Criança (CC) adotado pelo país de 1984 até então, com objetivo de promover a vigilância à saúde integral da criança, visto que o cartão abrangia apenas o calendário de vacinação e o gráfico de crescimento, destinado a crianças de zero a cinco anos de idade. Logo, configura-se como um instrumento de grande importância para o acompanhamento da saúde de cada criança individualmente (ALMEIDA et al, 2016; COELHO et al, 2021).

A Caderneta é um direito de toda criança nascida em território brasileiro e deve ser entregue aos pais ainda na maternidade. Ela deve ser preenchida adequadamente pelos profissionais de saúde e portada pelos pais/responsáveis em qualquer atendimento em saúde. É importante que todas as instituições que convivam com a população infantil, utilizem este instrumento para o acompanhamento da saúde da criança, visto que proporciona um grande conhecimento do seu histórico de saúde, assim como do crescimento e desenvolvimento (COELHO et al, 2021).

O crescimento da criança está agregado aos fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais), sendo estes os cuidados gerais necessários à criança, ao ambiente em que a mesma está inserida, a promoção da saúde e condições de higiene, podendo colaborar ou prejudicar o crescimento saudável. Já o seu desenvolvimento é um processo dinâmico que abrange a maturação do sistema nervoso, o crescimento infantil, os aspectos psicossociais e a construção do vínculo (ALMEIDA et al., 2017; BRASIL, 2012).

Além disso, o crescimento e o desenvolvimento (CD) consistem em Indicadores de Saúde da Criança essenciais para o acompanhamento e rastreamento de riscos à saúde infantil, bem como o acompanhamento da evolução saudável e da aquisição de novas habilidades, promovendo intervenções precoces e prevenindo danos futuros. Ambos os indicadores se associam aos fatores ambientais, socioeconômicos e culturais (GAÍVA et al., 2018).

Nesse ínterim, a avaliação do estado de saúde infantil deve ser registrada pelo profissional da saúde na CSC para que haja um monitoramento contínuo dos índices de CD e a comunicação intersetorial e interprofissional. Considerando que o protagonismo nestas ações é assumido pelos

profissionais de saúde, da educação e do vínculo familiar, o CD são partes integrantes da construção do vínculo infantil nas suas redes de apoio familiar e social (ABUD; GAÍVA, 2015; ALMEIDA, 2016; LIMA et al., 2016).

Este estudo assume relevância para os estudantes e profissionais da saúde, e para a população, a partir da sua abrangência sobre o adequado preenchimento dos dados de gravidez, parto e nascimento; das consultas de puericultura; dos marcos do desenvolvimento; dos dados antropométricos e da situação vacinal na CSC para acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil. Assim, os estudantes da área da saúde devem desenvolver a habilidade de avaliar as CSC nas consultas de puericultura desde a graduação. Enquanto aos profissionais cabe assumir o papel de promover, proteger e recuperar a saúde, além de detectar precocemente fatores de risco para planejar e intervir, com o intuito de minimizar possíveis danos.

O presente estudo expõe como objeto o preenchimento da CSC, por profissionais de saúde, referente ao acompanhamento do CD. Nesse contexto, a motivação pela escolha do tema pesquisado deu-se, primeiramente, pelo interesse como graduanda de Enfermagem e membro do Projeto de Estimulação Precoce na Primeira Infância (PEPPI) vinculado a Universidade Federal de Alagoas (UFAL) pela área de Saúde da Criança, em destaque para identificação de fatores de risco que possam vir a atrasar o CD saudável na infância. Dessa forma, é essencial verificar se esse instrumento de vigilância está sendo devidamente preenchido.

Em concordância com esses princípios surge um questionamento: *As CSC de crianças de zero a três anos de idade matriculados em um Centro Municipal de Educação Infantil estão devidamente preenchidas pelos profissionais de saúde?*

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar o preenchimento das Cadernetas de Saúde da Criança de crianças de zero a três anos matriculadas em um Centro Municipal de Educação Infantil.

2.2 ESPECÍFICOS

- Verificar o índice de preenchimento dos dados sobre o pré-natal, parto e nascimento na Caderneta de Saúde da Criança;

- Verificar o índice de preenchimento dos dados antropométricos na Caderneta de Saúde da Criança;
- Verificar o índice de preenchimento dos marcos do desenvolvimento na Caderneta de Saúde da Criança;
- Verificar o índice de preenchimento dos dados de imunização das crianças na Caderneta de Saúde da Criança.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Entre 1937 e 1945, no governo de Getúlio Vargas, período denominado de Estado Novo, foi implantado o Departamento Nacional da Criança (DNCr), o qual possuía as responsabilidades relacionadas à saúde da mãe e da criança, sendo esse, então, o primeiro órgão criado para atender exclusivamente a saúde materno infantil. O Departamento tinha como foco: Programa Alimentar, Programa Educativo, Programa de Formação de Pessoal e Programa de Imunização (ARAÚJO et al., 2014; CASSIANO et al., 2014).

Durante esse período, a maior preocupação do governo era a redução da mortalidade infantil como estratégia para aumentar a população, sem se preocupar com a qualidade da reprodução humana e com as condições de saúde da mulher. Além do mais, acreditava-se na orientação e responsabilização exclusiva da mãe e da família em relação ao autocuidado e ao cuidado com a criança, além de que a intensificação da melhoria das práticas de higiene e educação sanitária seriam suficientes para reduzir os índices de mortalidade infantil (CASSIANO et al., 2014).

Neste contexto, em 1953 ocorreu o desmembramento do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde (MS), os quais permaneceram interligados por muitos anos, desenvolvendo ações e estratégias para a saúde da criança. Após a divisão, o MS a destituição do DNCr, em 1969, e a criação, em 1970, da Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI), a qual apresentou como proposta o planejamento, orientação, coordenação, controle e fiscalização das ações de proteção à maternidade, à infância e à adolescência conforme Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970 (BRASIL, 2011; ARAÚJO et al., 2014).

Em 1975, houve a implantação do Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI) que tinha dois focos de atuação: o primeiro era a intervenção médica sobre o corpo feminino por meio do uso da cesariana e da esterilização como método contraceptivo preferencial, e o segundo era a

redução da morbidade e mortalidade materna e infantil. Iniciaram as ações com caráter preventivo, porém, pautadas em métodos centralizadores que desconsideravam a diversidade regional existente no país (ARAÚJO et al., 2014; CASSIANO et al., 2014).

O Cartão da Criança (CC), lançado entre 1974 e 1975, na gestão de Cyro Coimbra de Resende na CPMI, visava unificar as informações sobre a criança, sendo um elo entre o serviço de saúde e a família, promovendo o acompanhamento do crescimento da criança, abrindo espaço para uma participação ativa da família e da comunidade na promoção de sua própria saúde (BRASIL, 2011; AMORIM et al., 2018a).

Com vistas a mudar a assistência à saúde da criança no país e em busca do cuidado integral, em 1983, o MS elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), que deu lugar a dois programas específicos para a saúde da mulher e da criança, que funcionavam de forma integrada: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) - primeiro programa com o propósito de planejamento familiar no Brasil e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (BRASIL, 2011; ARAÚJO et al., 2014; CASSIANO et al., 2014).

Ambos surgiram como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes desse grande grupo populacional, e seus principais objetivos eram diminuir a morbimortalidade infantil e materna e alcançar melhores condições de saúde por meio do aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços, conforme preconiza a Constituição Federal e o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011; ARAÚJO et al., 2014; CASSIANO et al., 2014).

Para tanto, estabeleceu-se, nesse período, cinco ações básicas para o atendimento às crianças brasileiras através do PAISC: aleitamento materno e orientação familiar sobre a alimentação em situação de desmame; prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso; prevenção de acidentes e intoxicações; assistência ao recém-nascido; estratégias para o controle das infecções respiratórias agudas; imunização básica; controle efetivo das doenças diarreicas e desidratação e, por último, o acompanhamento profissional do crescimento e do desenvolvimento infantil (BRASIL, 2011; ARAÚJO et al., 2014; BRASIL, 2018).

A versão de 1984 do CC é um folheto em papel cartonado, impresso em cores e formatos diferentes para meninos e meninas, que pode ser dobrado em três, com espaços para anotação de dados de identificação da criança, das consultas, das medidas do peso de acordo com a idade, do gráfico de acompanhamento do crescimento até o quinto ano de idade e do quadro das

imunizações feitas. A partir de 1995, o CC incluiu 11 marcos de desenvolvimento infantil com espaços para o registro da idade em que foram alcançados (ALMEIDA et al., 2016).

De 1984 a 2003 o CC foi acrescentados os direitos da criança e mais alguns marcos do desenvolvimento infantil. A adoção do CC foi expressamente referida em 2004, na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral e Redução da Mortalidade (ALMEIDA et al., 2016).

Em 2005, a Portaria GM/MS nº 964 aprova Resolução do Mercado Comum do Sul (Mercosul) GMC nº 04/05 de 23 de junho de 2005 e seu anexo "Informação básica comum para caderneta de saúde da criança" e logo a Portaria GM/MS nº 1.058 institui a disponibilização gratuita da Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2011). Dessa forma, em 2005, o CC assumiu o formato de um livreto, foi revisado e transformado, passando a ser denominado Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2005; ALMEIDA et al., 2016).

Nesse livreto, foram incluídas novas informações destinadas às famílias e aos profissionais de saúde de modo a ampliar o conhecimento do cuidado à criança e a facilitar a compreensão dos aspectos relacionados ao seu crescimento e desenvolvimento, adotada por todas as crianças brasileiras nascidas a partir de 2005 e conta com as informações básicas comuns para os países do Mercosul (BRASIL, 2005; ALMEIDA et al., 2016).

Em 2015, ocorreu a instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) pelo MS, após as mudanças políticas e sociais observadas no Brasil, com o objetivo de garantir, além de sobrevivência, o desenvolvimento na infância em todo o seu potencial. A PNAISC é organizada em sete eixos estratégicos. Entre as ações do eixo de promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral estão: "A disponibilização da Caderneta de Saúde da Criança, com atualização periódica de seu conteúdo e a qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância pela Atenção Básica à Saúde" (BRASIL, 2018; ROSOLEM et al., 2019; LEAL; OLIVEIRA; PESSOA, 2021).

A PNAISC incorpora em suas ações a prática de cuidado integral, especialmente na Primeira Infância (crianças até completar 6 anos de idade) pela relevância atribuída por inúmeras áreas do conhecimento, como a Biologia, a Psicologia, a Psicanálise e as Neurociências, entre outras contribuições, em interação com o saber e as práticas de saúde, de que as crianças precisam de um ambiente favorável ao seu crescimento e amadurecimento, que permita, junto ao seu

potencial genético, o desenvolvimento pleno de suas capacidades e habilidades motoras, cognitivas e socioafetivas (BRASIL, 2018).

Os primeiros anos de vida são aqueles em que melhor se pode estimular o desenvolvimento global do indivíduo, especialmente devido à sua plasticidade cerebral. A imaturidade, inclusive imunológica, associada a condições de vida desfavoráveis, relacionadas à ausência de saneamento básico, de segurança alimentar e nutricional, de situações de violência intrafamiliar, de baixa escolaridade materna, além de condições específicas das populações vulneráveis, baixo acesso e qualidade dos serviços de saúde, educação e assistência social, entre outros, são determinantes não apenas de maior morbidade e mortalidade, tanto infantil quanto na infância, mas de riscos ao pleno desenvolvimento destas crianças (BRASIL, 2016; BRASIL, 2018).

A CSC é considerada pelo MS um instrumento fundamental para monitorar as ações de promoção do pleno potencial de crescimento e desenvolvimento da criança e prevenção dos agravos prevalentes na infância. Ampliou-se a faixa etária atendida para dez anos de idade e foram incluídas informações sobre gravidez, parto e puerpério, alimentação saudável, prevenção a acidentes, saúde bucal, visual e auditiva, assim como anotação sobre a estatura e as intercorrências clínicas, tratamentos efetuados, da suplementação profilática de ferro e de vitamina A e o calendário básico de vacinação (BRASIL, 2005; ALMEIDA et al., 2016).

Considera-se direito de toda criança receber um exemplar deste documento, que deve ser repassado nas maternidades públicas ou privadas. Ele é de fácil obtenção, gratuito e seu uso é simples, tanto para a mãe como para o profissional de saúde, estando disponível em dois modelos - um para meninos e outro para meninas. Diferem somente na cor e na curva de crescimento, em virtude do desenvolvimento físico ser diferente em cada sexo (SARDINHA; PEREIRA, 2011; ALMEIDA et al., 2016; LIMA et al., 2016).

A caderneta deve ser preenchida em toda consulta de acompanhamento da criança nos serviços de saúde, a exemplo da vacinação e consultas de puericultura. A consulta em puericultura tem como objetivo acompanhar de forma criteriosa o crescimento e o desenvolvimento da criança pelo princípio da integralidade e longitudinalidade, bem como identificar as necessidades da criança. As consultas devem contemplar: anamnese, exame físico, verificação da situação de imunização e orientações quanto ao aleitamento materno, alimentação saudável e entre outras (BRASIL, 2012).

Para que a anamnese ocorra de forma satisfatória um dos pontos fundamentais é o estabelecimento de confiança, para facilitar o planejamento e a tomada de decisão posterior. O exame físico deve ser completo: peso, comprimento e perímetro cefálico; desenvolvimento social e psicoafetivo; estado geral; face; pele; crânio; olhos; orelhas e audição; nariz; boca; pescoço; tórax; abdome; genitália; ânus e reto; sistema osteoarticular; coluna vertebral; e avaliação neurológica. É importante anotar as informações na caderneta da criança e orientar a mãe para sempre trazer à consulta o cartão (BRASIL, 2012).

O desenvolvimento infantil é um processo multidimensional e integral, que se inicia com a concepção e que engloba o crescimento físico, a maturação neurológica, o desenvolvimento comportamental, sensorial, cognitivo e de linguagem, assim como as relações socioafetivas. Tem como efeito tornar a criança capaz de responder às suas necessidades e as do seu meio, considerando seu contexto de vida (BRASIL, 2016).

Logo, o acompanhamento do recém-nascido é essencial na detecção precoce de riscos no desenvolvimento infantil, identificando os déficits neurológicos, para intervir precocemente e minimizar os efeitos adversos. A detecção precoce de sinais de atraso no desenvolvimento é imprescindível na reabilitação, com base nas agressões ao sistema nervoso central, que pode influenciar na evolução motora, física, psicológica e auditiva, assim como pode interferir no cotidiano. Já em relação a avaliação do crescimento infantil, o acompanhamento é realizado por meio dos registros das medidas e preenchimento dos gráficos apropriados pelos profissionais da saúde, após consulta, aferição do peso e da altura, por exemplo, de caráter periódico (LIMA et al., 2016).

A CSC utiliza como parâmetros para avaliação do crescimento de crianças (menores de 10 anos) os seguintes gráficos: perímetro cefálico (de zero a 2 anos), peso para a idade (de zero a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos), comprimento/estatura para a idade (de zero a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos), índice de massa corporal (IMC) para a idade (de zero a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos) (BRASIL, 2012).

De igual forma, quando os dados são registrados na caderneta, uma sugestão é evitar termos técnicos prolixos ou que sejam compreendidos apenas pela categoria profissional da equipe de saúde. Por isso, deve-se preferir a utilização de termos de mais fácil compreensão por parte da família. Assim, estimula-se a produção de autonomia das famílias na interpretação dos

dados sobre a criança e valoriza-se a função da caderneta como “histórico volante” (BRASIL, 2012).

Por conseguinte, a qualidade dos registros das CSC refletem diretamente a valorização desse instrumento de vigilância e o acompanhamento adequado do CD pelos profissionais de saúde. Através das CSC, as famílias devem receber na maternidade as informações mais importantes para o CD, desde o parto, condições de alta do recém-nascido, primeiras vacinas e testes realizados, com sua continuidade dada nas consultas de puericultura posteriores. Logo, a detecção precoce de riscos permite intervenções prévias e redução de danos futuros.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa descritiva, com análise documental. Oliveira (2011) afirma que a ação descritiva possui como propósito, descrever as particularidades de uma determinada população ou acontecimento, permitindo compreender com exatidão as peculiaridades de um indivíduo ou de um grupo. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas aparece na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

A análise documental tem como finalidade a coleta de dados já existentes em documentos, como estatutos, regulamentos e relatórios. Porém, esse tipo de pesquisa requer atenção devido às fontes utilizadas, uma vez que dados equivocados podem aumentar ou reduzir os erros dos dados pesquisados (OLIVEIRA, 2011).

Com relação ao método quantitativo, Zanella (2013) e Menezes, Duarte, Carvalho (2019), relatam que esse recurso trabalha com fatos, portanto, as variáveis devem ser precisamente determinadas, onde sua mensuração parte da análise desse próprio método, com objetivo de representar dados através de números, quantificando os resultados, definindo uma forma oportuna para apurar opiniões, ações e condutas.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A coleta de dados foi realizada no Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) Heloísa Marinho de Gusmão Medeiros, localizada no Conjunto Freitas Neto, Q. A, 25 B - Benedito Bentes, Maceió - AL, 57086-414.

A escolha do CMEI considerou as atividades do Projeto de Pesquisa do Programa Institucional de Iniciação Científica (PIBIC) da UFAL do ciclo 2021/2022 intitulado "Estimulação Precoce Em Crianças Com Atraso No Crescimento E Desenvolvimento: Uma Pesquisa-Ação".

4.3 AMOSTRA E AMOSTRAGEM

O CMEI conta com 120 crianças da primeira infância (de zero a seis anos de idade) matriculadas e entre essas 24 da primeiríssima infância (zero a três anos de idade) divididas na turma de Berçário e Maternal I. Os participantes da pesquisa foram pais ou responsáveis de 10 crianças, conforme ANEXO A, entre zero e três anos de idade matriculadas no CMEI, os quais aceitaram participar da pesquisa e levaram as CSC nos dias destinados à coleta de dados.

A amostragem utilizada neste estudo foi de forma aleatória, conforme a disponibilidade e conveniência dos participantes em trazer a Caderneta para o local da pesquisa.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas as Cadernetas de Saúde da Criança de crianças de zero a três anos de idade, visto que o projeto de pesquisa do PIBIC ciclo 2021/2022 teve como amostra crianças nessa faixa etária. Essas cadernetas foram trazidas pelos pais ou responsáveis que aceitaram participar da pesquisa nos dias destinados à coleta de dados no CMEI.

A faixa etária escolhida foi a considerada "primeiríssima infãncia", que equivale aos três primeiros anos da criança, período importante no desenvolvimento infantil.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas as Cadernetas de Saúde da Criança de três a seis anos de idade e pais ou responsáveis de crianças de zero a três anos que não aceitaram participar da pesquisa ou que não levaram as cadernetas nos dias destinados à coleta de dados no CMEI.

4.6 RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

O recrutamento dos participantes do estudo foi através das ações do projeto de pesquisa do PIBIC ciclo 2021/2022, visto que enquanto eram realizadas avaliações do crescimento e desenvolvimento das crianças no CMEI através de questionários conforme a idade e aferição de

medidas antropométricas, a pesquisadora realizava a avaliação das Cadernetas de Saúde da Criança entre zero e três anos de idade, disponíveis pelos pais ou responsáveis no dia da coleta.

4.7 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu posteriormente à abordagem dos pais ou responsáveis, no CMEI, quando foi explicada a finalidade do PIBIC, e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) juntamente com o participante. Após a assinatura do TCLE, os pais ou responsáveis disponibilizaram a Caderneta de Saúde da Criança de seus filhos para consulta dos dados registrados na Caderneta.

Esta consulta foi realizada pela pesquisadora e buscou avaliar se haviam registros de profissionais nas seções de interesse na caderneta. Não foi avaliada nessa pesquisa a qualidade dos registros e sim, se os campos estavam completos ou incompletos, ou ainda se não havia registros. A coleta de dados se estendeu de fevereiro de 2022 a julho de 2022, sendo o encerramento delimitado pelas dificuldades de coleta, visto que algumas Cadernetas não foram disponibilizadas nos dias da coleta de dados.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis quanto ao preenchimento dos itens da caderneta pelos profissionais de saúde foram: Dados da gravidez, parto e nascimento; Dados de consultas; Avaliação do desenvolvimento através dos marcos; Avaliação antropométrica e Situação Vacinal.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Em atendimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012 e sua complementar 510/2016 a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética, apresentando Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 15228919.8.0000.5013. Aprovada no dia 16 de outubro de 2019, com número de parecer 3.643.157. O anonimato dos participantes foi garantido conforme descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como seus riscos, benefícios, dúvidas e o direito de desistência.

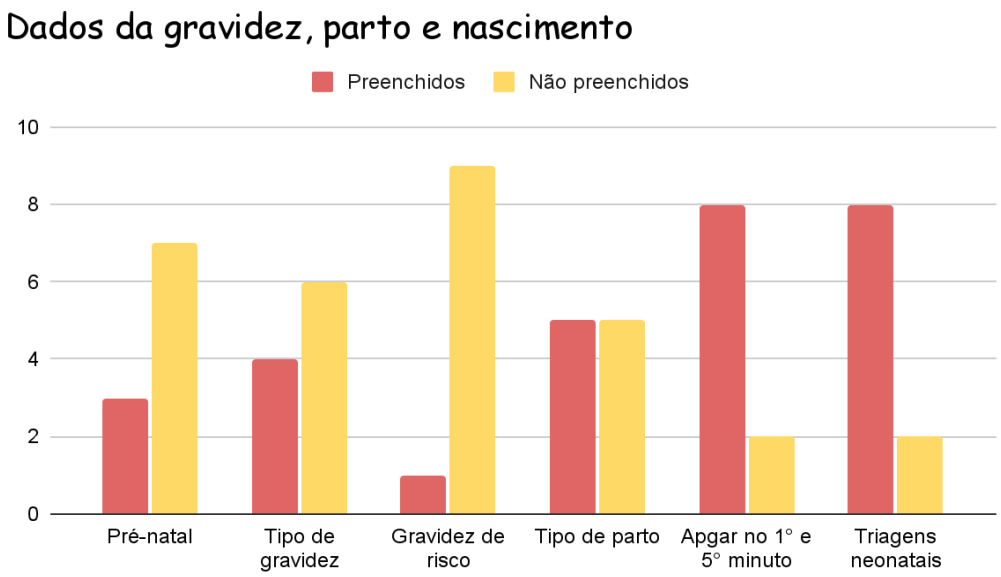
5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados foi dividida em tópicos com as variáveis citadas anteriormente**.** Salienta-se que a verificação do preenchimento adequado das dez CSC foi através da análise dos dados que deveriam estar preenchidos de acordo com a idade de cada criança, com exceção dos dados de gravidez, parto e nascimento.

5.1 DADOS DA GRAVIDEZ, PARTO E NASCIMENTO

Os dados de gravidez analisados foram: pré-natal, tipo de gravidez e gravidez de risco. Os dados sobre o pré-natal estavam preenchidos em três cadernetas, o tipo de gravidez em quatro e sobre a gravidez de risco preenchida em uma. Em relação aos dados do tipo de parto, das dez cadernetas analisadas, cinco estavam preenchidas. E quanto aos dados do nascimento das crianças, o Apgar no 1° e 5° minuto de vida estavam preenchidos em oito cadernetas e com os dados das triagens neonatais, duas cadernetas não estavam preenchidas, quatro estavam preenchidas completamente e as outras quatro com preenchimento incompleto.

Gráfico 1 - Preenchimento dos dados da gravidez, parto e nascimento das Cadernetas de Saúde da Criança analisadas no estudo.

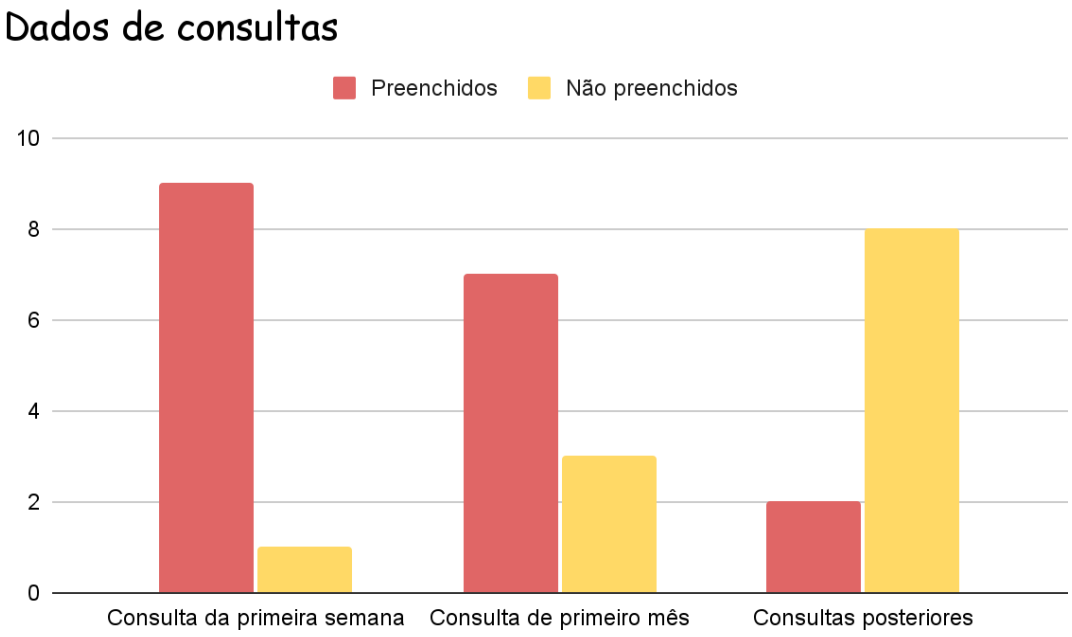


Fonte: Elaborado pela autora. Maceió-AL, 2022.

5.2 DADOS DE CONSULTAS

A consulta da primeira semana não estava preenchida em 9 cadernetas e a única preenchida estava com dados incompletos. A consulta de primeiro mês não estava preenchida em 7 cadernetas e nas 3 preenchidas, uma delas estava com dados incompletos. Dessa forma, os dados das consultas posteriores só estavam preenchidas em duas cadernetas.

Gráfico 2 - Preenchimento dos dados das consultas das Cadernetas de Saúde da Criança analisadas no estudo.

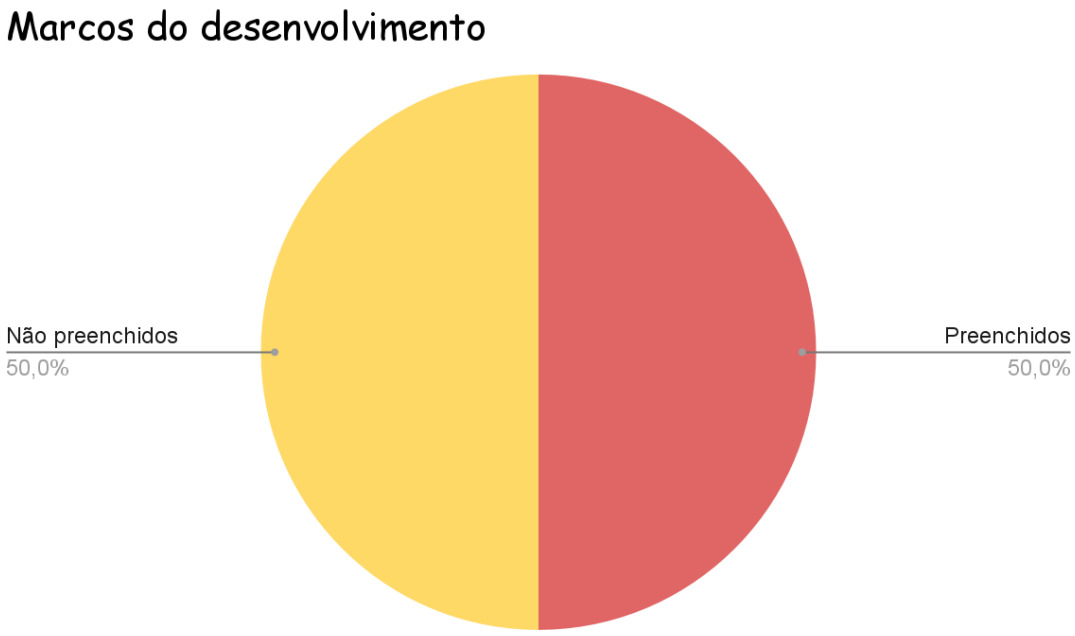


Fonte: Elaborado pela autora. Maceió-AL, 2022.

5.3 AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

Em relação à avaliação do desenvolvimento infantil foram analisados os marcos do desenvolvimento em cada idade, os quais estavam preenchidos em cinco cadernetas. Vale ressaltar que o preenchimento dos marcos deve ser a cada mês, porém as cadernetas que estavam preenchidas não seguiam um padrão de avaliação mensal.

Gráfico 3 - Preenchimento dos marcos de desenvolvimento das Cadernetas de Saúde da Criança analisadas no estudo.

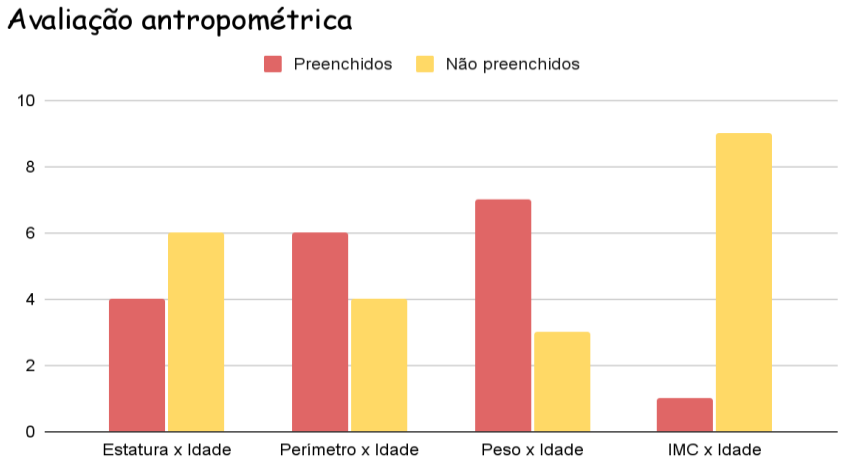


Fonte: Elaborado pela autora. Maceió-AL, 2022.

5.4 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

O gráfico de Estatura x Idade estava preenchido em quatro cadernetas, o gráfico Perímetro cefálico x Idade preenchido em seis cadernetas, o de Peso x Idade estava preenchido em sete cadernetas, já o de IMC x Idade só estava preenchido em uma.

Gráfico 4 - Preenchimento dos dados de avaliação antropométrica das Cadernetas de Saúde da Criança analisadas no estudo.

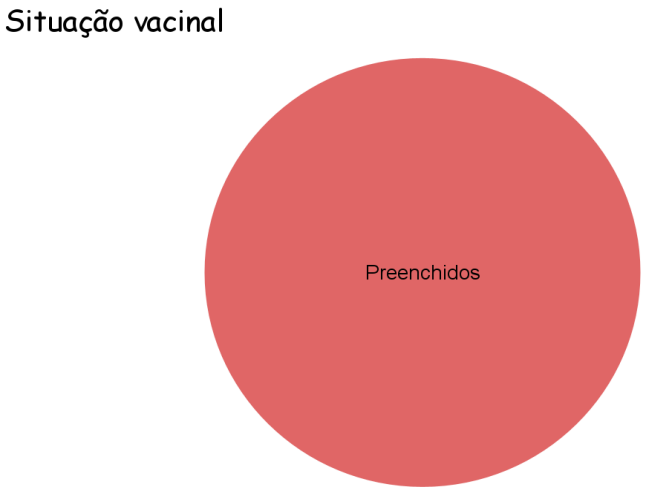


Fonte: Elaborado pela autora. Maceió-AL, 2022.

5.5 SITUAÇÃO VACINAL

Quanto à vacinação infantil, todas as cadernetas de saúde da criança analisadas estavam devidamente preenchidas e apenas duas delas com doses de vacinas atrasadas.

Gráfico 5 - Preenchimento da situação vacinal das Cadernetas de Saúde da Criança analisadas no estudo.



Fonte: Elaborado pela autora. Maceió-AL, 2022.

6 DISCUSSÃO

A caderneta de saúde da criança é essencial para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, pois é um documento onde devem ser registrados todos os dados e eventos significativos para a saúde infantil. Porém, para que ela auxilie nesse acompanhamento é preciso que seja utilizada em todos os atendimentos e os registros efetuados de forma adequada e completa, desde o nascimento até os 10 anos de idade (ABUD; GAÍVA, 2015).

De forma geral, quanto ao preenchimento completo das CSC, Gaiva e Abud (2015) observaram em seu estudo que houve um número pouco satisfatório, contrariando o que preconiza o MS, o que é confirmado pela atual pesquisa, pois das dez CSC analisadas, apenas uma estava com praticamente todas as variáveis preenchidas.

Considerando a importância do preenchimento deste instrumento para o acompanhamento do desenvolvimento da criança, uma caderneta não preenchida ou preenchida inadequadamente pode prejudicar a percepção dos profissionais sobre a real situação de saúde da criança.

Um estudo realizado em Cuiabá-MT, com profissionais de Unidades Básicas de Saúde, foi relatado que os profissionais acreditam que o preenchimento dos dados na caderneta é de responsabilidade do médico, enfermeiro e técnico de enfermagem (SANTOS et al., 2020).

Ainda nessa pesquisa, Santos et al. (2020) mostraram que a maioria dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) afirmou que tinham conhecimento para orientar sobre a CSC, contudo referiram necessidade de capacitação sobre esse conteúdo. Nesse contexto, apesar do preenchimento do instrumento ser um procedimento de baixa complexidade, a falha deste registro demonstra a fragilidade da assistência que não necessita de participação de pessoal com qualificação de nível superior.

Costa et al. (2014) observaram que crianças com mães de maior escolaridade tiveram maior prevalência de cadernetas adequadamente preenchidas, fato que reafirma que a caderneta é um instrumento que permite aos pais o acompanhamento das condições de saúde da criança e mães de maior escolaridade poderiam exigir essas informações das equipes de saúde.

Outrossim, uma revisão de literatura concluiu que a precária utilização da CSC está relacionada à carência e à fragilidade de registros, à dificuldade dos profissionais de saúde de perceberem a relevância do preenchimento, ao conhecimento deficiente por parte desses profissionais, além da carência de orientações às famílias (SANTOS et al., 2020).

Enquanto Silva (2019) evidencia também outros fatores que influenciam a precária utilização da CSC pelos profissionais de saúde para a vigilância do processo de crescimento e desenvolvimento infantil, são: a grande demanda no atendimento infantil, a burocracia do serviço, a fragilidade no processo de comunicação e no trabalho em equipe.

É importante que todos os profissionais que acompanham a criança, principalmente nos primeiros anos de vida, tenham capacidade para avaliação do desenvolvimento e do preenchimento adequado das informações da situação de saúde da criança.

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas no primeiro ano de vida, sendo elas na primeira semana de vida, 1º mês, 2º mês, 4° mês, 6° mês, 9º mês e 12 meses. No segundo ano de vida são propostas duas consultas, com 18 e 24 meses e a partir do segundo ano de vida, consultas anuais (BRASIL, 2012).

Na análise, as consultas de primeira semana de vida e primeiro mês foram as que mais tiveram preenchimento completo, enquanto a dos meses posteriores citados apresentaram escassez de preenchimento, revelando que o acompanhamento das consultas posteriores não foi

registrado nas CSC. Todavia, é importante destacar que a falta desses dados nas Cadernetas também pode estar relacionada ao não comparecimento da criança ou até mesmo ao esquecimento de portar o documento nas consultas de puericultura.

Vale ressaltar que os dados foram coletados após o retorno presencial das crianças ao centro de educação após o início da Pandemia COVID-19, o que pode também ter influenciado na falta de consultas e/ou falta do preenchimento.

Além disso, vale destacar na presente pesquisa o baixo preenchimento sobre os dados de gravidez, sendo informações de grande relevância para que se conheça as condições da criança durante o período gestacional. Os dados de gravidez no estudo de Amorim et al. (2018a) corroboram com o desta pesquisa, pois eles observaram que esses campos foram os menos preenchidos, possivelmente relacionados às mães que não levavam a caderneta da gestante à maternidade ou à primeira consulta da criança.

Os dados referentes ao pré-natal deveriam estar registrados em todas as cadernetas, pois a exposição da mãe a algumas substâncias deve ser comunicada e registrada, tendo em vista que podem resultar em anormalidades na criança. Portanto, dados do pré-natal não registrados podem repercutir diretamente na saúde de recém-nascidos, uma vez que a ausência de registro poderá comprometer a comunicação entre profissionais que acompanharam a mãe e aqueles que darão o seguimento da criança na puericultura (REICHERT et al., 2016).

Os dados de nascimento (Apgar no 1° e 5° minuto e as Triagens neonatais) estavam preenchidos em oito CSC. Para Pedraza (2019) a falta do registro do Apgar no 5° minuto de vida pode indicar a possibilidade de as crianças não serem assistidas adequadamente ao nascer, prejudicando assim, a identificação de condições adversas acometidas no nascimento.

O Apgar no 5° minuto é consistentemente associado à mortalidade infantil, pois é uma das medidas de viabilidade dos recém-nascidos**.** 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 registro (AMORIM et al., 2018b).

Quando a criança nasce, torna-se essencial, o monitoramento do desenvolvimento psicomotor, comunicação, funções sensoriais, cognição e funcionamento sócio-adaptativo, pois a partir destes poderão ser detectados os fatores de risco para transtornos do neurodesenvolvimento e realizar as respectivas estimulações precoces (SOARES et al., 2017).

É imprescindível o acompanhamento do desenvolvimento maturativo, psicomotor, social e psicoafetivo de cada criança, devendo o profissional aproveitar a consulta pediátrica para a observação dos marcos do desenvolvimento e verificar a maneira como os pais/responsáveis se relacionam com a criança. Os marcos servem para dialogar com a família, orientando para os cuidados necessários, para a prevenção de agravos e se caso seja preciso, encaminhar a criança para um serviço especializado (ALMEIDA et al., 2017).

Observa-se no estudo que há preenchimento dos marcos em metade das cadernetas, porém não seguindo um padrão de avaliação mensal. Contudo, os estudos sobre a utilização e preenchimento da caderneta são escassos e revelam falhas consideráveis na utilização da mesma, principalmente em relação ao preenchimento dos marcos do desenvolvimento infantil (GAÍVA; SILVA, 2014).

Já o monitoramento do crescimento tem como objetivo a promoção e proteção da saúde da criança para evitar que desvios do crescimento possam comprometer a saúde atual e a qualidade de vida futura da criança. O melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é o registro periódico através de gráficos do peso, estatura, PC e do IMC da criança na CSC (ALMEIDA et al., 2017).

O peso se altera fácil e rapidamente, de acordo com as mudanças na saúde da criança, e está diretamente relacionado às suas condições de vida e de sua família. Já a estatura é uma medida estável e regular. Ela é cumulativa, progressiva e nunca regressiva e que cessa ao se completar a maturação dos ossos (BRASIL, 2012; GAÍVA et al., 2014).

A avaliação do peso e estatura deve ser periódica, o ganho de peso permite a avaliação do progresso individual, possibilita verificar um maior risco de morbimortalidade, sinalizando precocemente um quadro de desnutrição ou sobrepeso/obesidade, quadros estes que influenciam de forma significativa na evolução do comprimento/altura da criança (BRASIL, 2012).

Por sua vez, o PC é importante para avaliar a dimensão da cabeça e do cérebro, onde qualquer alteração no PC está relacionada ao desenvolvimento cerebral da criança e pode indicar microcefalia ou macrocefalia. Apresenta maior crescimento pós-natal de 0 a 24 meses, período em que deve ser realizada esta medição. Durante o crescimento, essa medida apresenta pequeno desvio padrão e pouca variação em qualquer grupo etário (BRASIL, 2012).

> O IMC é um instrumento, que contempla uma avaliação adequada do estado nutricional da criança, permitindo classificar uma obesidade ou até mesmo a desnutrição (MEES, 2020).

A inclusão do IMC como parâmetro de avaliação permite um melhor acompanhamento da criança na relação peso x comprimento (para menores de 2 anos) ou peso x altura (para maiores de 2 anos). Tal parâmetro ajuda os profissionais a identificarem crianças que em um determinado período estiveram desnutridas e tiveram o comprometimento de sua estatura, como também crianças com excesso de peso e baixa estatura. Em comparação, os gráficos de peso x idade e comprimento x idade, de forma separada, limitam-se a mostrar se a criança está individualmente com o peso e/ou comprimento comprometidos (BRASIL, 2012).

Desse modo, o gráfico de menor preenchimento avaliado na pesquisa foi o de IMC x Idade, preenchido em apenas uma Caderneta. Leal, Oliveira, Pessoa (2021) relatam que a curva de IMC por idade foi a menos avaliada e a menos preenchida, com seus dados corretamente registrados em apenas 2,6 a 13,5% das CSCs analisadas em quatro estudos, assim como Souza et al. (2019) referem preenchimento inadequado do gráfico IMC x Idade, onde um dos motivos foi a dificuldade dos profissionais em manusear a CSC.

Quanto ao gráfico de Peso x Idade, estava preenchido em sete cadernetas e do Perímetro cefálico x Idade preenchido em seis cadernetas. Amorim et al. (2018a) observaram o correto preenchimento dos gráficos de peso e de perímetro cefálico no primeiro ano de vida em 62,7% e 51,8% das 367 CSC, respectivamente, o que demonstra fraca adesão dos profissionais às ações básicas de saúde e o não reconhecimento da utilidade do instrumento para o acompanhamento da criança na prática clínica.

O gráfico Estatura x Idade foi preenchido em quatro CSC, de acordo com a análise. Para Vieira et al. (2017) no que diz respeito aos registros de comprimentos, ocorreu maior prevalência dessas medidas nos atendimentos de puericultura realizados na rede particular/convênio do que na rede pública ($p = 0,011$).

Quanto à vacinação, todas as Cadernetas estavam devidamente preenchidas, já que alguns estudos demonstram que para muitos profissionais, sua principal finalidade é o registro da imunização. Amorim et al. (2018b) apresentaram como um dos itens mais frequentemente preenchidos a vacinação e Leal, Oliveira e Pessoa (2021) mencionam que é primordial que a CSC deixe seu lugar de tão somente o "cartão de vacina" e seja apresentada todas as suas seções, com estímulo à sua leitura e porte constantes.

Portanto, o crescimento e desenvolvimento infantil são indicadores de saúde da criança essenciais e que devem ser monitorados com o auxílio da CSC, porém ainda é um desafio o preenchimento dessa ferramenta pelos profissionais de saúde.

7 CONCLUSÃO

As CSC das crianças assistidas no CMEI participantes da pesquisa apresentaram algumas fragilidades no preenchimento, as quais, podem estar associadas a falta de qualificação dos profissionais para manusear corretamente a CSC, falta de atenção em registrar os dados, ao não comparecimento das crianças nas consultas de puericultura e ainda, o esquecimento dos pais/responsáveis de portar o instrumento, o que prejudica o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

Os dados de nascimento e da situação vacinal foram os de maior preenchimento nas dez CSC analisadas, enquanto os dados de gravidez, dados de consultas de puericultura e o gráfico antropométrico IMC x Idade foram os menos preenchidos.

Desse modo, capacitar os profissionais de saúde para alcançar CSC com registros completos é fundamental, inclusive fazer com que eles e também pais/responsáveis pelas crianças entendam que a Caderneta não é um documento restrito apenas para registro das vacinas, como também para as consultas de pré-natal, após o nascimento na maternidade e nas consultas de puericultura posteriores.

Assim, o cuidado integral da criança será favorecido a partir do diálogo com a mãe e família sobre as condições de saúde da criança, seja sobre seu estado nutricional ou o alcance dos marcos do desenvolvimento, a fim de rastrear atrasos e planejar intervenções precoces, reeducação alimentar ou atividades de estimulação motora, cognitiva e sensorial.

Este estudo teve como limitações a dificuldade de coleta de dados, visto que participaram apenas dez CSC das vinte e quatro crianças na primeiríssima infância (zero a três anos de idade) matriculadas em um CMEI do município de Maceió, Alagoas, ou seja, menos da metade. Além do mais, perdura o desconhecimento dos reais motivos do não preenchimento adequado das Cadernetas.

Espera-se que o presente estudo sirva de reflexão para todos aqueles envolvidos com a saúde da criança, porém novos estudos sobre a temática, considerando a visão dos profissionais

de saúde e de familiares acerca da CSC serão essenciais para uma maior compreensão da finalidade desse instrumento de vigilância.

REFERÊNCIAS

ABUD, S.M.; GAIVA, M.A.M. Registros dos dados de crescimento e desenvolvimento na caderneta de saúde da criança. **Rev. Gaúcha Enferm**., Cuiabá, v. 36, n. 2, p. 97-105, jun., 2015. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/48427. Acesso em: 22 out. 2022.

ALMEIDA, A.C. *et al.* Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil - Revisão sistemática de literatura. **Revista Paulista de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 122-131, mar., 2016. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0103058215001173. Acesso em: 18 abr. 2022.

ALMEIDA, A.P. *et al.* O registro do crescimento e desenvolvimento da criança na caderneta de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 0, p. 10-15, ago., 2017. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/16895. Acesso em: 25 abr. 2022.

AMORIM, L. P. *et al.* Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança nos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, e201701116, p. 1-10, 2018a. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/jcps7xwkCLW9CSRZ3JcHBWF/?lang=pt. Acesso em: 30 abr. 2022.

AMORIM, L. P. *et al.* Avaliação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e qualidade do preenchimento segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Minas Gerais, v. 23, n. 2, p. 585-597, 2018b. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n2/585-597/#. Acesso em: 30 abr. 2022.

ARAÚJO, J.P. *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 67, n. 6, dez., 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/rBsdPF8xx9Sjm6vwX7JLYzx/. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova a Resolução MERCOSUL/GMC Nº 04/05 e seu anexo intitulado “Informação Básica Comum para a Caderneta de Saúde da Criança”. Portaria N° 964, de 23 de junho de 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0964_23_06_2005.html. Acesso em: 25 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_criancas_0a3anos_neuropsicomotor.pdf. Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília : Ministério da Saúde,

2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf. Acesso em: 25 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Normas e Manuais Técnicos: Brasília, DF, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual%200902.pdf, Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Política-Nacional-de-Atenção-Integral-à-Saúde-da-Criança-PNAISC-Versão-Eletrônica.pdf. Acesso em: 19 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.** Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em: 30 abr. 2022.

CASSIANO, A.C.M. *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília,** Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, jun., 2014. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1301/1/2014%20Vol.%2065%2c%20n.2%20Cassiano%2c%20Carlucci%2c%20Gomes%2c%20Bennemann%20-.pdf. Acesso em: 07 dez. 2022.

COELHO, I.I.A. *et al.* Mapeamento do uso da caderneta de saúde da criança por pais e profissionais: um estudo descritivo. **Rev Fun Care Online**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 0, p. 768-773, jun., 2021. Disponível em: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9199/10132. Acesso em: 20 abr. 2022.

COSTA, J.S.D. Assistência à criança: preenchimento da caderneta de saúde em municípios do semiárido brasileira. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 14, n. 3, p. 219-227, set., 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/qTPFGvp5NjKM6MbFFLFdnxG/abstract/?lang=pt. Acesso em: 21 out. 2022.

GAÍVA, M. A. M. *et al.* Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem. **Rev. Av. Enferm.**, Cuiabá, v. 36, n. 1, p. 9-21, abr., 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n1/0121-4500-aven-36-01-00009.pdf. Acesso em: 22 out 2022.

GAIVA, M. A. M.; SILVA, F. B. Caderneta de saúde da criança: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem**, Cuiabá, v. 8, n. 3, p. 742-749, 2014. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9733. Acesso em: 20 abr. 2022.

LEAL, S.L.S.; OLIVEIRA, E.R.D.; PESSOA, M.L.F. Uso da caderneta de saúde da criança no acompanhamento do crescimento. **Revista de APS,** João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 236-48, 2021. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/35135/24354. Acesso em: 21 abr. 2022.

LIMA, L.G. *et al.* A Utilização da Caderneta de Saúde da Criança no acompanhamento Infantil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Fortaleza, v. 20, n. 2, p. 167-174, 2016. Disponível em: https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/21266/1574. Acesso em: 21 out. 2022.

MEES, A. **O preenchimento da caderneta de saúde da criança: um desafio importante.** 2020. 60 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Bacharelado em Enfermagem) - Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, 2020. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/3015&ved=2ahUKEwirpPz4rP77AhVyqpUCHXtsBPYQFnoECAcQAQ&usg=AOvVaw1_R2dJDU_9dXSlMGfgGZfO. Acesso em: 20 out. 2022.

MENEZES, A. H. N. *et al.* **Metodologia científica: teoria e aplicação na educação a distância.** Petrolina: Universidade Federal do Vale do São Francisco, 2019. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://portais.univasf.edu.br/dacc/noticias/livro-univasf/metodologia-cientifica-teoria-e-aplicacao-na-educacao-a-distancia.pdf&ved=2ahUKEwi8xumNrv77AhX6qZUCHfdcA3UQFnoECAoQAQ&usg=AOvVaw0CEcRbLGRUX66YWK0Suk3A. Acesso em: 29 abr. 2022.

OLIVEIRA, M. F. **Metodologia científica: um manual para realização de pesquisas em administração.** Catalão: Universidade Federal de Goiás, 2011. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_-_Prof_Maxwell.pdf&ved=2ahUKEwjh5L6DsP77AhUKpZUCHXMlBeIQFnoECA4QAQ&usg=AOvVaw00HvBdS_NSda7EorKk52Hn. Acesso em: 29 abr. 2022.

PEDRAZA, D.F. Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e antropometria de crianças. **J Manag Prim Health Care**, Campina Grande, v. 10, n. 0, p. 1-18, ago., 2019. Disponível em: https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/957. Acesso em 26 out. 2022.

REICHERT, A.P.S *et al.* Vigilância do crescimento e desenvolvimento: análise dos registros na caderneta de saúde da criança. **Cogitare Enferm.,** João Pessoa, v. 21, n. 4, p. 1-9, dez., 2016. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45256.
Acesso em: 21 out. 2022.

ROSOLEM, L.H. *et al.* CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA: COORDENAÇÃO DO CUIDADO E ACESSO À SAÚDE. **Cogitare enferm.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 0, e61496, jun., 2019. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362019000100344&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 out. 2022.

SANTOS, W.J. *et al.* Avaliação do conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde sobre o conteúdo da Caderneta da Saúde da Criança. **J. Health Biol Sci**, Recife, v. 8, n. 1, p. 1-5, jul.,

2020. Disponível em: https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/3082/1183. Acesso em 22 out. 2022.

SARDINHA, L. M. V; PEREIRA, M. G. Avaliação do preenchimento do cartão da criança no Distrito Federal. **Brasília Med.**, Distrito Federal, v. 48, n. 3, p. 246–251, out., 2011. Disponível em: www.rbm.org.br/details/215/pt-BR/avaliacao-do-preenchimento-do-cartao-da-crianca-no-distrito-federal. Acesso em: 27 out. 2022.

SILVA, T.C.T. **A caderneta de saúde da criança para o cuidado integral à saúde infantil: percepções de profissionais de saúde.** 2019. 110 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2019.

SOARES, A.R.S. *et al.* Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 0-18 meses acompanhadas em uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Saúde e Pesquisa,** Maracanaú, v. 10, n. 3, dez., 2017. Disponível em: https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6221. Acesso em 20 out. 2022.

SOUZA, N.S. *et al.* VIGILÂNCIA E ESTÍMULO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL. **J Nurs UFPE online.**, Recife, v. 13, n. 3, p. 680-9, mar. 2019. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238634/31557. Acesso em 20 out. 2022.

VIEIRA, G.O. *et al*. Fatores associados ao uso da Caderneta de Saúde da Criança em uma cidade de grande porte do nordeste brasileiro, 2009. **Ciênc. saúde colet.,** Feira de Santana, v. 22, n. 6, p. 1943-54, jun., 2017. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n6/1943-1954/. Acesso em 22 out. 2022.

ZANELLA, L. C. H *et al*. **Metodologia de pesquisa.** 2ª ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.atfcursosjuridicos.com.br/repositorio/material/3-leitura-extra-02.pdf&ved=2ahUKEwjeksGxsP77AhVMs5UCHbTtDJwQFnoECAsQAQ&usg=AOvVaw2ZZ25JkkADDdSfgkzCkDIP. Acesso em: 28 maio 2022.