



ANNA CAROLINA NAZARETH E SOUSA

**UTILIZAÇÃO DA CADERNETA DA CRIANÇA NA REDE DE
SAÚDE E SUAS INTERFACES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

LAVRAS - MG

2025

ANNA CAROLINA NAZARETH E SOUSA

**UTILIZAÇÃO DA CADERNETA DA CRIANÇA NA REDE DE SAÚDE E SUAS
INTERFACES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-graduação em Nutrição e Saúde, linha de pesquisa de Alimentação e Nutrição Humana, para a obtenção do título de Mestre.

Profa. Dra. Maysa Helena de Aguiar Toloni
Orientadora

Prof. Dra. Kelly Carvalho Vieira
Coorientadora

LAVRAS – MG

2025

**Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema de Geração
de Ficha Catalográfica da Biblioteca Universitária da UFLA, com
dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).**

Sousa, Anna Carolina Nazareth e.

Utilização da Caderneta da Criança na rede de saúde e suas interfaces na Atenção Primária / Anna Carolina Nazareth e Sousa. - 2025.
120 p. : il.

Orientadora: Maysa Helena de Aguiar Toloni

Coorientadora: Kelly Carvalho Vieira

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal de Lavras, 2025.
Bibliografia.

1. Saúde Pública. 2. Saúde da Criança. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Gestão em Saúde. 5. Desenvolvimento Infantil. I. Toloni, Maysa Helena de Aguiar. II. Vieira, Kelly Carvalho. III. Universidade Federal de Lavras. IV. Título.

ANNA CAROLINA NAZARETH E SOUSA

**UTILIZAÇÃO DA CADERNETA DA CRIANÇA NA REDE DE SAÚDE E SUAS
INTERFACES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**UTILIZATION OF THE CHILD'S NOTEBOOK WITHIN THE HEALTH SYSTEM
AND ITS INTERFACES IN PRIMARY HEALTH CARE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-graduação em Nutrição e Saúde, área de Alimentação e Nutrição Humana, para a obtenção do título de Mestre.

APROVADA em 28 de maio de 2025.

DSc. Paulo Sergio Da Silva UFLA

DSc. Janaina Paula Costa Da Silva UFU

Profª. Dra. Maysa Helena de Aguiar Toloni
Orientadora

Prof. Dra. Kelly Carvalho Vieira
Coorientadora

LAVRAS – MG

2025

Às crianças brasileiras.

Que este trabalho contribua para um futuro em que todas tenham acesso digno à saúde, ao cuidado e à atenção que merecem desde os seus primeiros dias de vida — principalmente aquelas que vivem em contextos de vulnerabilidade. Que cada página aqui escrita seja um pequeno passo em direção a uma infância mais protegida, valorizada e cheia de possibilidades.

AGRADECIMENTOS

A vida nunca foi feita por linhas retas, e talvez seja exatamente por isso que ela tenha me trazido até aqui após longos anos de altos e baixos.

Primeiro, agradeço a Deus. Por me dar fôlego nos dias difíceis, coragem para seguir quando a rota parecia torta e por tantas oportunidades que apareceram no caminho, mesmo (ou talvez justamente) quando eu menos esperava.

À Universidade Federal de Lavras, minha casa em dobro – onde cursei minha segunda graduação e mergulhei de cabeça nessa Pós-Graduação que me transformou tanto quanto me desafiou. Obrigada por me dar espaço, voz e chão fértil para crescer.

Aos meus pais, que sempre foram a rocha e o colo. Que seguraram as pontas quando tudo parecia solto e me ensinaram, cada um à sua maneira, o que é persistência e amor incondicional. Ao meu irmão Pedro, meu melhor amigo de todas as horas com quem compartilho risadas, segredos e o tipo de apoio silencioso que só quem é de casa entende.

Ao meu marido André, com quem divido a vida, a tranquilidade de um fim de tarde e os dias de caos. Obrigada por me lembrar que existe calma mesmo quando tudo à volta parece tempestade, e por sempre me trazer de volta para mim com afeto, amor e um cafezinho na varanda.

Às amigas Bruna, Camila, Renata, Mari e Amarilis, que me acompanham desde a enfermagem e hoje se tornaram mestres, doutoras, mulheres incríveis. Foi com vocês que descobri o amor pela saúde pública e, também, a leveza de ter ao lado gente que faz tudo parecer possível.

Às amigas Larissa e Rebeca, companheiras da medicina que hoje brilham na pediatria. Agradeço por todo o apoio, incentivo e por acreditarem neste trabalho desde o início. Hoje levam, com sensibilidade, a Caderneta da Criança em cada consulta, ajudando a transformar o cuidado na infância.

À minha orientadora, professora Maysa, que me enxergou antes mesmo que eu conseguisse me ver com clareza. Obrigada por apostar no meu potencial e por caminhar comigo com firmeza, sensibilidade e generosidade. Esse projeto ganhou alma por causa da sua confiança.

À minha coorientadora, Kelly, que chegou na reta final, mas trouxe olhares potentes e generosos para a análise qualitativa. Suas contribuições deram mais profundidade ao trabalho.

À Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais, pelo apoio financeiro que permitiu tirar essa pesquisa do papel e transformá-la em realidade.

Aos membros da banca, que enriqueceram este trabalho com olhares cuidadosos, contribuições preciosas e respeito à minha trajetória.

E por fim, agradeço ao meu “eu” do passado, aquela que decidiu fazer mestrado e medicina ao mesmo tempo, no meio da vida, com mais coragem do que juízo. Essa conquista é para todas as versões de mim mesma que não desistiram, mesmo quando o caminho era improvável. Para quem ousou sonhar fora da curva e insistiu, mesmo cansada. Que esse seja só o começo de uma linda trajetória.

“A iniquidade é a raiz dos males sociais.” (Papa Francisco)

BIOGRAFIA

ANNA CAROLINA NAZARETH E SOUSA, filha de Rachel de Souza Nazareth e Jorge Manuel da Cruz Sousa, irmã de Pedro Hugo Nazareth e Sousa, casada com André Brasil Ballalai, nasceu no Rio de Janeiro em 24 de março de 1990, cidade onde vive atualmente. É fruto da mistura de raízes nordestinas, por parte de mãe, e portuguesas, por parte de pai, imigrante angolano que chegou ao Brasil ainda adolescente.

Desde pequena, esteve cercada de crianças e sempre se encantou com o mundo lúdico da infância. Quando perguntavam o que queria ser quando crescesse, a resposta mudava a cada fase: professora, dançarina, apresentadora, comissária de bordo, veterinária. Os testes vocacionais no ensino médio apontavam para a comunicação social, mas o fascínio sempre foi mesmo pelo corpo humano, pela biologia e pelo cuidado.

A indecisão e a curiosidade a levaram a se inscrever em diferentes cursos e universidades: psicologia, nutrição, enfermagem, medicina, veterinária. Na época, cada instituição possuía seu próprio vestibular, e aos 16 anos, tomar uma decisão definitiva parecia muito injusto e prematuro. Foi aprovada para Enfermagem na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ): o destino decidiu por ela.

Sem ninguém da área da saúde na família, foi desbravando caminhos. Seria a segunda pessoa da família a concluir o ensino superior, depois de seu pai. Durante a graduação, na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP), da UNIRIO, mergulhou com intensidade no universo da saúde e da vida acadêmica. Participou ativamente do Centro Acadêmico Walter Fernandes (CAWF), onde pôde exercer sua veia política e contribuir para a melhoria das condições de formação e atuação dos estudantes. Foi uma das fundadoras da Associação Atlética de Enfermagem Fernando Porto (AAAFP), acreditando que o esporte também é ferramenta de transformação coletiva e individual. Engajou-se em projetos de extensão com práticas integrativas, como Reiki, em ações de puericultura e saúde da criança, e desenvolveu iniciação científica na área de terapia intensiva.

Desde então, mostrou que nunca foi apenas uma coisa só: era enfermeira, educadora, comunicadora, pesquisadora, ativista, atleta. Apaixonou-se pela enfermagem, mesmo reconhecendo os desafios sociais e institucionais da profissão. Entendeu, com o tempo, que sua voz precisava ecoar em mais espaços, e que, se não podia mudar o mundo de uma vez, poderia

começar mudando o seu. Tornar-se médica era, também, uma forma de ampliar sua escuta, sua presença e sua influência nos espaços de cuidado.

Foram anos de cursinho pré-vestibular, conciliados com trabalho e plantões. Nesse período, seu primeiro emprego foi, por acaso ou destino, justamente na pediatria, área que já habitava seus sonhos. A tão esperada aprovação para medicina veio no quinto ano de cursinho, na Universidade Federal do Maranhão. Pela primeira vez, deixou o Rio de Janeiro para viver uma nova cultura, a quase 3.000 km de casa, longe de tudo que entendia como família.

A experiência no Maranhão, uma das regiões mais desafiadoras do país em termos sociais e de acesso à saúde, ampliou sua visão sobre o SUS, a escassez, política e a potência do cuidado coletivo. Menos de um ano depois, com a chegada da pandemia de COVID-19, retornou ao Rio e atuou na linha de frente das campanhas de vacinação e da vigilância epidemiológica.

Em 2021, foi aprovada na transferência para a Universidade Federal de Lavras (UFLA), onde encontrou um espaço para viver o que aquela menina sonhadora sempre quis: estrutura, possibilidades e conexão com a comunidade. Atuou como voluntária no projeto de extensão “Filhos do Ritmo” e, por meio da sua professora de pediatria na medicina, Cynthia Francisca Xavier Costa De Assis Silva, conheceu o projeto “Caderneta de Saúde da Criança: implicações sobre a Segurança Alimentar e Nutricional na Primeira Infância” que despertou o desejo de ingressar no mestrado em Nutrição e Saúde.

Após ser aprovada no processo seletivo do mestrado, ao escolher sua orientadora, foi acolhida pela Professora Maysa Helena de Aguiar Toloni, tão sonhadora e apaixonada pelo SUS quanto sua aluna, propôs unir as duas grandes paixões de Anna Carolina: a saúde pública e a pediatria, em um estudo que se debruçasse sobre a potência da Caderneta da Criança. Conciliar o internato médico com o mestrado pode parecer loucura para alguns, mas para ela foi a chance de viver plenamente o que sempre acreditou: não é preciso escolher ser apenas uma coisa. Defendeu seu mestrado em maio de 2025 e colou grau em medicina em julho do mesmo ano.

Atualmente, vive no Rio de Janeiro, onde atua como médica da Estratégia Saúde da Família no mesmo território onde nasceu e cresceu. Acredita que promover saúde é também um ato de pertencimento e amor. Deseja, em breve, se especializar em Pediatria, continuar sendo múltipla, como desejou aquela menina sonhadora, e seguir cuidando de quem mais precisa: as crianças que são o futuro e, com afeto, escuta e compromisso com o SUS, ajudar a transformar as injustiças que ainda marcam nosso país.

RESUMO GERAL

Introdução: A Caderneta da Criança (CC) é essencial para o acompanhamento do desenvolvimento infantil, o empoderamento familiar e a comunicação entre profissionais de saúde. Desde 2018, há escassez desse documento em diversos municípios brasileiros. Recentemente, foi lançada a versão digital da CC, mas os desafios estruturais da Atenção Primária à Saúde (APS), como a ausência de recursos tecnológicos, reforçam a importância de compreender os limites e potencialidades do uso da versão física no contexto local. **Objetivo:** Analisar a utilização da CC no município de Lavras, Minas Gerais. **Metodologia:** Estudo transversal, de abordagem mista, vinculado ao projeto “Caderneta Saúde da Criança: implicações sobre a segurança alimentar e nutricional na primeira infância”. Na etapa quantitativa, 324 responsáveis por crianças atendidas no município foram entrevistados. O banco de dados foi duplamente digitado e validado nos softwares Epi-Info e Microsoft Excel. As análises descritivas foram conduzidas no Jamovi 2.3, e o teste exato de Fisher identificou associações estatísticas. A etapa qualitativa consistiu em entrevistas semiestruturadas com profissionais da rede de saúde de Lavras, analisadas com base na abordagem de Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** A maioria dos responsáveis (94,8%) era do sexo feminino. Embora 86,4% conhecessem a CC, somente 68,4% compreendiam seu conteúdo. O pediatra foi a única categoria profissional com maioria de respostas afirmativas quanto ao preenchimento da CC (88,5%). O teste exato de Fisher mostrou associações significativas entre conhecimento da CC e parentesco, bem como entre conhecimento do conteúdo da CC e estado civil, etnia e escolaridade. A análise qualitativa revelou dificuldades como sobrecarga de trabalho, fragmentação do cuidado, substituição da CC pelo Cartão Simplificado e ausência de protocolo municipal. Os profissionais também relataram a desvalorização da APS no município, marcada pela priorização do atendimento especializado, baixa adesão à puericultura e pouca integração multiprofissional. **Conclusão:** Os achados evidenciam desafios na utilização da CC na APS, que deveria ser o principal espaço para a puericultura. Reforça-se a necessidade de políticas públicas que valorizem a atenção primária e incentivem estratégias para ampliar a adesão à CC como ferramenta de cuidado infantil. A ampliação do acesso à versão digital e a implementação de protocolos locais são importantes avanços, mas a limitada estrutura das UBS, com ausência de internet e computadores, indica que a caderneta física ainda é fundamental para garantir o monitoramento e a promoção da saúde infantil.

Palavras-chave: Saúde Pública. Saúde da Criança. Atenção Primária à Saúde. Gestão em Saúde. Desenvolvimento Infantil.

ABSTRACT

Introduction: The Child's Notebook (CN) is essential for monitoring child development, empowering families, and facilitating communication among healthcare professionals. Since 2018, there has been a shortage of this document in several Brazilian municipalities. Recently, a digital version of the CN was launched; however, structural challenges in Primary Health Care (PHC)—such as the lack of technological resources—reinforce the importance of understanding the limitations and potential of the physical version in the local context.

Objective: To analyze the use of the CN in the municipality of Lavras, Minas Gerais, Brazil.

Methods: This is a cross-sectional, mixed-methods study linked to the project “Child Health Notebook: implications for food and nutrition security in early childhood.” In the quantitative phase, 324 caregivers of children assisted in the municipality were interviewed. The database was double-entered and validated using Epi-Info and Microsoft Excel. Descriptive analyses were conducted in Jamovi 2.3, and Fisher's exact test was used to identify statistical associations. The qualitative phase consisted of semi-structured interviews with health professionals from Lavras, interpreted using Bardin's Content Analysis approach. **Results:** Most caregivers (94.8%) were female. Although 86.4% were familiar with the CN, only 68.4% understood its content. Pediatricians were the only professional category with a majority of affirmative responses regarding CN completion (88.5%). Fisher's exact test revealed significant associations between CN awareness and kinship, as well as between understanding of CN content and marital status, ethnicity, and education level. The qualitative analysis revealed challenges such as work overload, fragmented care, replacement of the CN with the Simplified Card, and lack of municipal protocols. Professionals also reported the devaluation of PHC in the municipality, characterized by the prioritization of specialized care, low adherence to routine child care (puericulture), and limited multiprofessional integration. **Conclusion:** The findings reveal challenges in the use of the CN within PHC, which should be the main setting for puericulture. Public policies that strengthen PHC and promote strategies to increase CN adherence are essential to ensure its effective use as a child care tool. Expanding access to the digital version and implementing local protocols are important steps, but the limited infrastructure of Basic Health Units—such as lack of internet and computers—indicates that the physical CN remains fundamental for monitoring and promoting child health.

Keywords: Public Health. Child Health. Primary Health Care. Health Management. Child Development.

INDICADORES DE IMPACTO

O presente trabalho apresenta impactos em potencial nas dimensões social, cultural e de saúde pública, ao investigar a utilização da Caderneta da Criança na rede de saúde do município de Lavras, Minas Gerais. A análise das práticas de preenchimento, distribuição e utilização do instrumento evidencia fragilidades no monitoramento do desenvolvimento infantil, nas ações de educação em saúde e na comunicação entre a equipe multiprofissional e cuidadores, revelando desigualdades no acesso à informação e no cuidado integral às crianças. Os resultados obtidos possibilitam subsidiar a proposição de estratégias locais de fortalecimento da atenção primária, como a padronização da distribuição da Caderneta da Criança, a valorização da educação em saúde durante as consultas de puericultura e a formulação de protocolos municipais para seu uso sistemático, contribuindo para a qualificação do cuidado e a redução de iniquidades em saúde. O trabalho envolveu entrevistas com cuidadores de crianças e com profissionais de saúde da rede municipal, promovendo o diálogo entre universidade e território, com participação direta da comunidade externa à UFLA, o que caracteriza sua interface extensionista. As áreas temáticas da Política Nacional de Extensão que melhor se alinham ao estudo são Saúde, Educação e Direitos Humanos e Justiça, considerando que o instrumento avaliado é uma política pública fundamental para a garantia de direitos na infância. Em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU, os resultados se alinham, especialmente, ao ODS 3 – Saúde e Bem-Estar, com destaque para as metas 3.2, 3.4, 3.7, 3.8 e 3.c, ao contribuírem para a promoção do desenvolvimento saudável e a redução da mortalidade infantil por causas evitáveis, além de apoiar o fortalecimento dos sistemas de saúde e das redes de proteção social desde os primeiros anos de vida.

IMPACT INDICATORS

This study presents potential impacts in the social, cultural, and public health dimensions by investigating the use of the Child Notebook in the public health network of Lavras, Minas Gerais, Brazil. The analysis of recording, distribution, and utilization practices of this instrument reveals weaknesses in child development monitoring, health education activities, and communication between the multidisciplinary health team and caregivers, exposing inequalities in access to information and comprehensive care for children. The results support the proposal of local strategies to strengthen primary health care, such as standardizing the distribution of the Child Health Handbook, enhancing health education during child care consultations, and formulating municipal protocols for its systematic use, contributing to the improvement of care quality and the reduction of health inequities. The study involved interviews with child caregivers and health professionals from the municipal network, promoting dialogue between the university and the local territory, with direct participation from the external community of UFLA, characterizing its extensionist interface. The thematic areas of the National Extension Policy that best align with the study are Health, Education, and Human Rights and Justice, considering that the evaluated instrument is a fundamental public policy for ensuring children's rights. In line with the United Nations Sustainable Development Goals (SDGs), the results are especially aligned with SDG 3 – Good Health and Well-being, with emphasis on targets 3.2, 3.4, 3.7, 3.8, and 3.c, by contributing to the promotion of healthy development and the reduction of preventable child mortality, as well as supporting the strengthening of health systems and social protection networks from the earliest years of life.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030	21
Quadro 01 – Metas do ODS 3.....	22
ARTIGO 1	
Figura 01 – Linha do tempo: Estratégias Públicas voltadas à Saúde da Criança no Brasil a partir do século XX	34
Figura 02 – A Evolução da Caderneta da Criança no Brasil.....	38
ARTIGO 2	
Figura 01 – Abordagem Sequencial Explanatória (planejamento em duas fases).....	46
Figura 02 – Organograma das etapas percorridas pelos dados estatísticos.....	50
Figura 03 – Representação da intersecção entre as etapas da Análise de Conteúdo.....	53
Figura 04 – População cadastrada pelas equipes de atenção primária e de saúde da família no Brasil, Estado de Minas Gerais e Município de Lavras de 2021 a 2023	55
Figura 05 – Proporção da amostra entrevistada em relação à população de crianças de zero a três anos residentes na cidade de Lavras, Minas Gerais, em 2021 segundo o DATASUS.....	56
Figura 06 – Gráfico do percentual de profissionais da Atenção Primária à Saúde que preenchem a Caderneta da Criança	60
Figura 07 – Framework analítico da utilização da Caderneta da Criança na Rede de Saúde de Lavras.....	97

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 2

Tabela 01 – Caracterização da coleta dos dados qualitativos.....	53
Tabela 02 – Distribuição das características sociodemográficas dos responsáveis	57
Tabela 03 – Análise descritiva dos dados referentes à Caderneta da Criança	58
Tabela 04 – Categorização dos profissionais de saúde em relação ao preenchimento da Caderneta	59
Tabela 05 – Associação entre o conhecimento da CC e os aspectos sociodemográficos dos cuidadores.....	61
Tabela 06 – Associação entre o conhecimento do conteúdo da CC e aspectos sociodemográficos dos cuidadores.....	62
Tabela 07 – Caracterização dos Profissionais Entrevistados.....	70
Tabela 08 – Categorias e subcategorias emergentes das entrevistas com profissionais.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ASS	Atenção Secundária à Saúde
CC	Caderneta da Criança
CD	Crescimento e Desenvolvimento
CSC	Caderneta Saúde da Criança
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CNDSS	Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde
DNC	Departamento Nacional da Criança
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
EBBS	Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MEC	Ministério da Educação
MG	Minas Gerais
MI	Mortalidade Infantil
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PBF	Programa Bolsa Família
PCF	Programa Criança Feliz
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PROASP	Programa de Assistência à Saúde Perinatal
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WBG	World Bank Group
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

PRIMEIRA PARTE.....	19
1 INTRODUÇÃO GERAL	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO – ARTIGO 1: A Caderneta da Criança como ferramenta de saúde pública: uma revisão narrativa	24
SEGUNDA PARTE	44
ARTIGO 2: Entre o previsto e o praticado: o uso da Caderneta da Criança na Atenção Primária à Saúde – Um estudo de métodos mistos com famílias e profissionais de saúde em Lavras, Minas Gerais.....	44
1 INTRODUÇÃO.....	44
2 DESENVOLVIMENTO	46
2.1 Métodos.....	46
2.1.1 Etapa 1 – Estudo Quantitativo.....	48
2.1.2 Etapa 2 – Estudo Qualitativo.....	50
2.2 Resultados e Discussão.....	54
2.2.1 Das Análises Quantitativas.....	54
2.2.2 Das Análises Qualitativas.....	69
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
REFERÊNCIAS.....	100
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	111
ANEXO B – Versão Condensada do Instrumento de Coleta de Dados Quantitativos (com indicação das questões analisadas)	116
APÊNDICE A – Perguntas norteadoras para etapa qualitativa	119

PRIMEIRA PARTE

1 INTRODUÇÃO GERAL

A Caderneta da Criança (CC), também conhecida como “Passaporte da Cidadania”, é um instrumento importante para o atendimento integral da criança desde o nascimento até os nove anos de vida, sendo uma das estratégias fundamentais nas políticas de redução da mortalidade infantil (MI). É direito de toda criança nascida em território brasileiro, receber a CC, devidamente preenchida e orientada pelo profissional ainda na maternidade, seja ela pública ou privada (Brasil, 2018).

Após mais de 30 anos de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem-se o reconhecimento que a Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do sistema e tem o papel de ordenar a Rede de Atenção à Saúde (RAS). (Brasil, 2017). A CC desempenha um papel único na APS, configurando-se como um documento norteador das ações interprofissionais e um ordenador dos fluxos assistenciais. Sua utilização adequada contribui para a corresponsabilização do cuidado entre profissionais de saúde e famílias, posicionando estas últimas no centro do processo de cuidado e, simultaneamente, fortalecendo os atributos essenciais da APS, como a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a integralidade (Brasil, 2018).

Até 2018, o material era denominado Caderneta de Saúde da Criança e teve 12 edições. No entanto, em 2019, após modificações no conteúdo, o nome foi alterado para Caderneta da Criança, dado o caráter intersetorial da recente revisão. A nova versão permitiu o registro de informações não só das questões de saúde, mas também pelas demais políticas sociais, especialmente assistência social e educação, garantindo, assim, o registro da assistência integral à criança (Brasil, 2022; Rodrigues *et al*, 2022).

Apesar de ser um instrumento bastante conhecido tanto pela equipe de saúde quanto pelos cuidadores, quase 20 anos após o seu lançamento nesse formato, estudos evidenciam que a CC ainda é percebida somente como ferramenta para acompanhar a vacinação e o calendário de consultas. Outros aspectos são constantemente negligenciados como as relacionadas às ações de promoção e vigilância da alimentação adequada e saudável, gráficos de crescimento e desenvolvimento, anotações sobre saúde bucal, educação e assistência social o que compromete a qualidade do cuidado integral à criança (Reichert *et al*, 2022; Rodrigues *et al*, 2022; Rosolem *et al*, 2019).

Na perspectiva da APS, a CC representa um instrumento longitudinal que acompanha as crianças em suas fases de crescimento e desenvolvimento (CD), permitindo a identificação precoce de problemas evitáveis e o planejamento de intervenções oportunas. O Ministério da Saúde (MS) recomenda que as famílias sejam envolvidas e se comprometam com o uso da caderneta, firmando uma parceria entre os pais, a comunidade e os profissionais de saúde, de educação e de assistência social. Isso garante não apenas o cuidado integral à criança, mas também seus direitos como cidadã (Brasil, 2022). A adequada utilização da CC pelos profissionais, a sensibilização e envolvimento das famílias no processo de cuidado contribuem para melhor utilização da mesma, e para a apropriação do instrumento pela família (Soares, 2022; Alves *et al*, 2009).

Além disso, fatores sociais como acesso à educação e informações de saúde, condições socioeconômicas, culturais, apoio familiar e disponibilidade de serviços de saúde na comunidade, o que chamamos de Determinantes Sociais de Saúde (DSS), podem influenciar diretamente a saúde e bem-estar das crianças (Brasil, 2008). Monitorar essas questões sob a ótica da Equidade, Integralidade e Universalidade, garantindo os princípios doutrinários do SUS através da Caderneta, por exemplo, são essenciais para que todas as crianças brasileiras alcancem seu potencial de CD.

As evidências científicas apontam, desde 2018, o desabastecimento da Caderneta em maternidades e Unidades Básicas de Saúde (UBS) de todo o Brasil, apesar de ser direito de toda criança, receber gratuitamente esse documento. Com o advento da pandemia de COVID-19, em 2020, essa situação se agravou. Há relatos, inclusive, da comercialização da CC, o que é proibido (Andrade, 2019; Garcia; Nepomuceno, 2021; Silva, 2022).

Não existem estudos que revelem como a falta desse instrumento foi percebida pelos profissionais de saúde que atendem crianças em Lavras, Minas Gerais, assim como a compreensão dos conteúdos da nova Caderneta, e sua importância no monitoramento e avaliação da saúde infantil no âmbito da Atenção Primária à Saúde, sobretudo em contextos de reorganização da rede assistencial materno-infantil. Nesse cenário, destaca-se a Rede Alyne, que atualiza e amplia as diretrizes da Rede Cegonha, propondo um modelo de cuidado humanizado e integral para a saúde da gestante, parturiente, puérpera e da criança, com atenção às desigualdades étnico-raciais e locais (Brasil, 2024a; Brasil, 2024b).

Em 2015, o Brasil, juntamente com outros 193 países que compõem a Organização das Nações Unidas (ONU), se comprometeram a implementar um plano de ação global com uma

agenda de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) nas quais as metas devem ser alcançadas até 2030 (Figura 01). Apesar de alguns ODS não mencionarem diretamente a primeira infância, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) reitera que todos são relevantes para o desenvolvimento e o futuro dessas crianças. Essas metas estão baseadas nos compromissos para as crianças e os adolescentes nas áreas de pobreza, nutrição, saúde, educação, água e saneamento e igualdade de gênero. Ao investir na primeira infância, pode-se pensar não só em alcançar mais rapidamente as metas de muitos ODS, mas também mantê-las no decorrer dos anos, já que essa faixa etária auxilia a conduzir as mudanças esperadas pela ONU não só para os próximos seis anos, mas também para as próximas décadas.

Figura 01 – 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030



Fonte: Nações Unidas no Brasil (2025).

O objetivo 3 (“Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades”) aborda os riscos que as crianças enfrentam ao longo do seu ciclo de vida, da mortalidade na infância às doenças não transmissíveis. Neste trabalho, busca-se atuar para atingir, mais especificamente, as metas 3.2, 3.4, 3.7, 3.8 e 3.c (descritas no Quadro 01) que tem foco sobre os determinantes sociais de saúde e sua relação com a mortalidade na infância, principalmente por causas evitáveis, a partir do fortalecimento das respostas do sistema público de saúde e de estratégias ampliadas de cuidado, articulação em rede e vigilância em saúde, voltadas para a infância.

Quadro 01 – Metas do ODS 3

<i>Metas do Objetivo do Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS 3) - assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades</i>
3.1 Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos;
3.2 Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos;
3.3 Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis;
3.4 Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar;
3.5 Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool;
3.6 Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas;
3.7 Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais;
3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos;
3.9 Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo;
3.a Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado;
3.b Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do acordo TRIPS sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos;
3.c Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento;
3.d Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde.

Fonte: Adaptada de Nações Unidas no Brasil (2025).

Um relatório realizado em parceria com o Banco Mundial, Organização Mundial da Saúde (OMS) e UNICEF avalia a evolução desses países em relação a essas metas, com uma

seção dedicada à primeira infância. Este documento revela que, no Brasil, embora a porcentagem de crianças em risco de baixo desenvolvimento tenha diminuído, ainda existem problemas como, por exemplo, a taxa de aleitamento materno exclusivo, que ainda é baixa. Nesse contexto, destaca-se a criação da Rede Alyne, instituída pelo Ministério da Saúde em 2024, que tem como propósito enfrentar desigualdades e qualificar o cuidado integral à saúde da gestante, da puérpera e da criança, incluindo ações que contribuem diretamente para indicadores como o aleitamento materno, com foco na equidade e na organização da rede assistencial (The World Bank, 2010; Brasil, 2024a; Brasil, 2024b).

O uso eficaz da CC é um componente crítico para alcançar o ODS 3 no Brasil, especialmente na primeira infância. Ao garantir que as crianças recebam monitoramento adequado, vacinação, e intervenções precoces, a caderneta contribui diretamente para a redução da MI e para a promoção de uma vida saudável desde os primeiros anos de vida. Esse alinhamento com o ODS 3 destaca a importância da utilização, fortalecimento e expansão o uso desse instrumento em todo o país sendo um forte pilar para atingir as metas para 2030.

Há uma deficiência na literatura no que tange a informações relevantes sobre o uso da caderneta durante a primeira infância nas UBS do Brasil. Sabe-se que, embora crucial para o monitoramento e promoção da saúde infantil, muitas vezes a caderneta não é utilizada de forma consistente. Esse fato pode ser atribuído a falta de capacitação das equipes, mas também por algumas barreiras como a falta do instrumento durante as consultas ou substituição por cartões de vacina, além da deficiência na sua distribuição. A utilização de instrumentos sistematizados para análise do desenvolvimento e crescimento da criança tem impacto direto nas taxas de morbimortalidade na primeira infância (Reichert, 2015; Zeppone 2012).

Diante do exposto, durante a prática clínica nas UBS da cidade de Lavras em 2022 e 2023, pude observar, em diversas consultas de puericultura, a falta da Caderneta da Criança ou a substituição desta por cartão somente com registro de vacina sem as curvas de CD. Esse fato associado à deficiência na distribuição das cadernetas desde 2018 em todo o território brasileiro (Garcia; Nepomuceno, 2021; Sem distribuição [...], 2023) e a importância desse documento para atingir as metas 2030, justifica a presente pesquisa para análise da utilização da CC no município de Lavras.

Objetivo Geral:

- Analisar a utilização da Caderneta da Criança na rede de saúde do município de Lavras, Minas Gerais.

Objetivos Específicos:

- Estimar a frequência do uso da Caderneta da Criança nessa população;
- Descrever a população de cuidadores de crianças de zero a três anos no município;
- Identificar os profissionais de saúde da APS que realizam o preenchimento da Caderneta da Criança na primeira infância;
- Verificar o conhecimento dos cuidadores acerca do conteúdo da Caderneta da Criança;
- Compreender o valor atribuído pelos profissionais de saúde da APS sobre a Caderneta da Criança na primeira infância;
- Conhecer os motivos que influenciam o não preenchimento ou preenchimento insuficiente de informações na Caderneta da Criança pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO – ARTIGO 1: A Caderneta da Criança como ferramenta de saúde pública: uma revisão narrativa

De acordo com o 5º Manual de Normatização de Trabalhos Acadêmicos da Universidade Federal de Lavras, o qual orienta esse trabalho, o capítulo de referencial teórico em dissertações estruturadas em formato de artigos é considerado opcional. No entanto, optou-se por manter esta seção na presente dissertação, na forma de um artigo de revisão narrativa já submetido para publicação, dada a relevância do tema, a riqueza teórica do material produzido e sua contribuição para o embasamento da pesquisa que compõe as demais partes deste trabalho. Vale lembrar esse artigo foi redigido conforme norma da “Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia” a qual foi submetido que essa é uma versão preliminar, considerando que o conselho editorial do periódico poderá sugerir alterações para adequá-lo ao seu próprio estilo.

TÍTULO EM PORTUGUÊS: A Caderneta da Criança como ferramenta de saúde pública: uma revisão narrativa

Anna Carolina Nazareth e Sousa^a, <https://orcid.org/0000-0002-3252-1324>

Marina de Oliveira Veríssimo^b, <https://orcid.org/0000-0002-6723-9724>

João Paulo Lima de Oliveira^{c*}, <https://orcid.org/0000-0002-9623-5474>

Maysa Helena de Aguiar Toloni^{d*}, <https://orcid.org/0000-0002-0297-0786>

^aEnfermeira, graduada pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Graduanda em Medicina e Mestranda em Nutrição e Saúde. Faculdade de Ciências da Saúde (FCS), Universidade Federal de Lavras, Lavras, Minas Gerais, Brasil.

^bCirurgiã-dentista, graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Graduanda em Medicina, Faculdade de Ciências da Saúde (FCS), Departamento de Medicina (DM), Universidade Federal de Lavras, Lavras, Minas Gerais, Brasil.

^cPós-Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde. Faculdade de Ciências da Saúde (FCS), Departamento de Nutrição (DNU), Universidade Federal de Lavras, Lavras, Minas Gerais, Brasil

^dDocente do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde. Faculdade de Ciências da Saúde (FCS), Departamento de Nutrição (DNU), Universidade Federal de Lavras, Lavras, Minas Gerais, Brasil

RESUMO

A Caderneta da Criança (CC) é uma ferramenta que reflete a evolução dos programas públicos de saúde no Brasil, ao passo que progressivamente institui a criança como sujeito de direitos e surge como um dos principais instrumentos de monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil, integrando-se aos diversos programas governamentais, a fim de assegurar o acompanhamento longitudinal e multidisciplinar do cuidado à infância. Essa revisão narrativa visa traçar um panorama histórico das políticas públicas que corroboraram para o desenvolvimento da CC, bem como demonstrar a evolução dos instrumentos precursores até o modelo atual. Nesse contexto, a criação do Departamento Nacional da Criança (DNC), em 1940 foi um dos marcos da história das políticas de saúde e assistência materno-infantil no Brasil, uma vez que a promoção do bem-estar infantil passa a fazer parte da agenda oficial do poder público. Com a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) em 1984, foi lançado o Cartão da Criança, primeira ferramenta nacional para unificar as informações da criança. No entanto, foi somente na década de 90 com a promulgação da Constituição de 1988 que serviu de base para a elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990, que crianças e adolescentes tiveram reconhecidos os seus direitos e, também, prioridade absoluta no acesso às políticas sociais. Assim, as políticas de humanização em saúde ganharam um novo direcionamento a partir da década de 1990 com o estabelecimento de vários programas de humanização no atendimento, com a intenção de aprimorar a qualidade nos serviços de saúde e modificar o perfil da infância no Brasil. Então,

em 2004, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil foi lançada e, no ano seguinte, a Caderneta de Saúde da Criança foi distribuída no país como um importante instrumento para a redução da mortalidade infantil e de promoção da saúde infantil. Diante disto, a trajetória de evolução das políticas públicas de saúde, aliada ao desenvolvimento de instrumentos de monitoramento e ao fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, evidencia um avanço do Brasil na promoção da saúde infantil. Sendo assim, a Caderneta da Criança se destaca como um exemplo emblemático dessa evolução, além de promover a corresponsabilização das famílias e profissionais de saúde na assistência ao cuidado desse público.

Palavras-chave: Registros de Saúde Pessoal; Assistência Integral à Saúde; Serviços de Saúde à Criança.

INTRODUÇÃO

A saúde infantil no Brasil tem sido marcada por uma série de transformações, com o fortalecimento das políticas públicas e a criação de instrumentos de monitoramento que visam garantir a proteção e o desenvolvimento integral das crianças. Essa trajetória é marcada pela busca de maior equidade e eficiência no cuidado à população e está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento de estratégias públicas, que buscaram responder aos desafios sociais e epidemiológicos de cada época, incluindo as transições demográficas e os processos de vigilância em saúde voltados à infância.

O desenvolvimento das políticas públicas voltadas à infância no Brasil remonta ao início do século XX, quando a assistência à saúde infantil estava concentrada nas instituições filantrópicas (Araújo, 2014). Ao longo do tempo, diversas iniciativas surgiram com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e melhorar as condições de vida das crianças, culminando na Constituição de 1988 e na criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que consolidaram os direitos das crianças como prioridade absoluta no país. Isto posto, programas como a Rede Cegonha, o Programa Saúde da Família (PSF), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e, mais recentemente, a Rede Alyne, são marcos desse processo de institucionalização das políticas estatais para o cuidado integral e contínuo da criança (Brasil, 2018, 2021, 2024a).

A Caderneta da Criança (CC) é um reflexo direto da evolução dos programas públicos de saúde no Brasil, ao passo que progressivamente institui a criança como sujeito de direitos. Dessa forma, surge como um dos principais instrumentos de monitoramento do crescimento e

desenvolvimento infantil, integrando-se aos diversos programas governamentais ao longo das décadas e se adaptando às novas demandas de saúde pública a cada nova edição, a fim de assegurar o acompanhamento longitudinal e multidisciplinar do cuidado à infância (Brasil, 2024a).

Diante do exposto, o objetivo desta revisão foi analisar a evolução das políticas públicas voltadas à saúde infantil no Brasil, com ênfase na rede de saúde materno-infantil e na CC, destacando os avanços, os desafios e as lacunas na implementação dessas ações, discutindo sua relevância no campo da saúde pública.

Para organizar os achados teórico-reflexivos dessa revisão e favorecer uma leitura mais fluida e compreensiva, o conteúdo foi estruturado em dois eixos temáticos: (1) o contexto histórico de políticas sociais voltadas à infância no Brasil e (2) a evolução do instrumento, desde o Cartão da Criança até a Caderneta da Criança. Esses pilares conceituais permitem contextualizar os marcos institucionais e os sentidos atribuídos ao monitoramento da saúde infantil ao longo do tempo.

CONTEXTO HISTÓRICO DE POLÍTICAS SOCIAIS VOLTADAS À INFÂNCIA NO BRASIL

Até as primeiras décadas do século XX, as instituições filantrópicas eram as maiores responsáveis pela assistência à infância. Somente na década de 1920, as autoridades públicas e privadas deram início ao debate pela saúde da criança. Nessa época, por ser considerada dependente dos trabalhadores das indústrias, a criança recebia assistência médica de acordo com a conduta dos médicos contratados por proprietários destas indústrias. Nesse momento iniciaram-se as discussões acerca do benefício do aleitamento materno e prevenção de doenças, principalmente porque, crianças doentes aumentavam o absenteísmo nas indústrias (Araújo, 2014).

No Estado Novo, foi criado pela primeira vez, um setor que vislumbrava a assistência infantil: o Departamento Nacional da Criança (DNC), em 1940. O DNC se incluía no escopo de ações em saúde de caráter universalista a cargo do recém-criado Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). Esse foi um dos marcos da história das políticas de saúde e assistência materno-infantis no Brasil. E, a partir desse momento, a promoção do bem-estar infantil passa a fazer parte da agenda oficial do poder público, associando-se intimamente ao projeto de construção da nacionalidade do governo Vargas (Lopes, 2018).

Somente em 1953 ocorreu o desmembramento do MESP em Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Após a divisão, o MS assumiu a responsabilidade do DNC que, em 1970, foi substituído pela Coordenação de Proteção Materno-Infantil. Nesse momento histórico, a taxa de mortalidade infantil (MI) era muito alta e foi implantado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI), apresentando como objeto a redução da morbimortalidade entre crianças e mães. Entretanto, mesmo com essas ações, não se observaram grandes mudanças nos índices de MI no fim desta década (Araújo, 2014).

Nas duas décadas que antecederam a Constituição Federal de 1988, algumas iniciativas tiveram grande impacto para a melhoria da saúde e redução da MI e na infância. Um grande destaque foi o Programa Nacional de Imunizações (PNI), em 1973, ampliando a cobertura vacinal da população, principalmente das crianças. No âmbito do controle social, em 1975, pela primeira vez, a temática materno-infantil foi incorporada como programa na V Conferência Nacional de Saúde, marcando o início dos debates sobre essa questão no interior dos conselhos. Essa pauta emergiu como um elemento fundamental do controle social e consolidou-se ao longo da história da saúde pública e coletiva no Brasil (Paim, 2015). E, em 1981 o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), coordenando estratégias para proteger e promover a amamentação no Brasil (Brasil, 2018).

Em 1983, foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), com o objetivo de desenvolver ações para melhorar as condições de saúde, a cobertura e a rede pública de serviços. Ele apresentava cinco ações básicas para o atendimento às crianças brasileiras: aleitamento materno e orientação familiar sobre a alimentação em situação de desmame; estratégias para o controle das afecções respiratórias agudas; imunização básica; controle efetivo das doenças diarreicas e, por último, o acompanhamento profissional do crescimento e do desenvolvimento infantil. Em 1984, o PAISMC foi desmembrado em: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). As ações do PAISM foram voltadas à saúde da mulher, enquanto o foco do PAISC era a saúde da criança. Essa última priorizava as crianças pertencentes a grupos de risco, ao mesmo tempo em que buscava qualificar a assistência, aumentar a cobertura dos serviços de saúde e incentivar as ações de promoção da saúde de forma integral (Brasil, 2016, 2018).

Os princípios presentes na Constituição de 1988 serviram de base para a elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 13 de julho de 1990, pela Lei nº

8.069 que foi considerado uma das leis mais avançadas do mundo no que tange os direitos das crianças e dos adolescentes. Se a Constituição sinalizava o reconhecimento da criança como sujeito de direito, foi a publicação do ECA que confirmou a adoção da proteção integral. Isso quer dizer que, pela primeira vez, crianças e adolescentes eram reconhecidos como cidadãos e, por conta disso, esses sujeitos teriam garantidos os seus direitos e, também, prioridade absoluta no acesso às políticas sociais (Brasil, 2018, 2021).

As políticas de humanização em saúde ganharam um novo direcionamento a partir da década de 1990. Com a implantação em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994 do Programa Saúde da Família (PSF) pelo MS, a saúde da criança pode ser efetivamente potencializada. Ao longo dessa década, vários programas de humanização no atendimento foram sendo elaborados e implantados, com a intenção de aprimorar a qualidade nos serviços de saúde, como o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e a implementação do Método Canguru (Araújo, 2014; Brasil, 2004).

Todo esse conjunto de mudanças e ações descritas foram responsáveis por modificar o perfil da infância no Brasil, que reduziu de forma significativa as taxas de MI, porém, ainda aquém do necessário. Desse modo, ainda era necessária a mudança de postura com relação à promoção da saúde e a integralidade do cuidado à criança de forma efetiva, organizando a assistência à população infantil. Então, em 2004, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil foi lançada com esse objetivo. No ano seguinte, a Caderneta de Saúde da Criança foi distribuída no país como um importante instrumento aliado à mudança desse paradigma (Brasil, 2004).

Além disso, em 2006, um marco histórico para a área materno-infantil foi a formulação das Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Dentro do Pacto pela Saúde temos a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que cita como áreas estratégicas para atuação a saúde da criança e a eliminação da desnutrição infantil. Entre os objetivos pactuados no Pacto pela Vida, a redução da MI aparece como uma meta estratégica. No entanto, paradoxalmente, o uso da caderneta foi mencionado no documento apenas em relação à pessoa idosa, evidenciando uma lacuna no reconhecimento do potencial da Caderneta de Saúde da Criança como ferramenta de promoção da saúde infantil. Essa discrepância pode ser analisada criticamente como reflexo das prioridades e da visão restritiva acerca da utilização desse instrumento na época (Brasil, 2006).

Com a instituição dos programas como o Fome Zero e o Programa Bolsa Família (PBF), entre 2004 e 2013, a segurança alimentar no país melhorou significativamente. Isso porque a transferência de renda fornecida diretamente às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, pode auxiliar no combate à fome e insegurança alimentar. Além disso, em 2009, foi criado o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) que proporcionou acesso a alimentação mais saudável para mais de 40 milhões de escolares (Cotta e Machado, 2013; Pereira *et al.*, 2020).

Em 2009, a partir da Portaria Ministerial nº 2.395/2009 foi lançada a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis - Primeiros passos para o desenvolvimento nacional (EBBS), uma iniciativa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em conjunto com o MS, com a missão de fortalecer políticas públicas de proteção à primeira infância buscando atender às recomendações da (OMS) e da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Essa estratégia traz um questionamento político diferente relacionando o desenvolvimento saudável, pleno e potente das crianças brasileiras com a construção de sua cidadania e o desenvolvimento sustentável do país (Penello, 2013; Brasil, 2013).

A Portaria GM/ MS n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010 estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. Essas redes são como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que têm o objetivo de promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. Esse novo modelo de programação de serviços no SUS programa globalmente um conjunto articulado de serviços em territórios definidos (regiões de saúde) e apresentam uma singularidade: seu centro de comunicação situa-se na APS (Brasil, 2022a).

A partir da RAS, o MS definiu como um de seus compromissos prioritários de governo, a organização da rede temática materno-infantil. Nesse sentido, a Rede Cegonha foi instituída com foco na atenção à gravidez, parto, puerpério e crianças até dois anos, a partir da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Ela foi estruturada a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que se refere ao transporte sanitário e regulação (Brasil, 2013).

A fim de reforçar as políticas ligadas à saúde, educação e renda em prol da primeira infância, em 2012, houve o lançamento do Programa Brasil Carinhoso. A transferência de recursos

financeiros oferecidas por esse Programa, auxilia no custeio de despesas para o desenvolvimento da educação infantil, segurança alimentar e nutricional, além de garantir o acesso e a permanência da criança na educação infantil em uma perspectiva de atenção integral às crianças de zero a seis anos. Na área da saúde, o Brasil Carinhoso previne e trata alguns dos problemas que mais prejudicam o desenvolvimento na primeira infância (como a deficiência de vitamina A e de ferro, anemia, asma) (Brasil, 2015).

Inserida na Rede Cegonha, em 2013, a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), lançada em 2012, propôs qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade, a partir de educação continuada para os profissionais de saúde como rotina das UBS. Embora a situação da amamentação venha melhorando no Brasil, o país ainda está aquém das metas da Organização Mundial da Saúde, de no mínimo 50% de aleitamento materno exclusivo até 2025 e 70% até 2030 (Brasil, 2015).

Em 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), foi instituída por meio da Portaria nº 1.130, em 05 de agosto de 2015, considerada um marco para a atenção integral à criança, que articula as ações em todos os níveis de atenção. Essa política foi estruturada em princípios, diretrizes e sete eixos estratégicos com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde e visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. A PNAISC deixa bem claro, em seu documento, a importância da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) como instrumento de vigilância de saúde infantil determinando sua ampla distribuição e recebimento por toda criança brasileira nascida em maternidade pública ou privada (Macedo, 2015; Brasil, 2018, 2015).

A lei nº 13.257, conhecida como Marco Legal da Primeira Infância no Brasil, foi sancionada em 8 de março de 2016 e estabeleceu uma série de diretrizes e ações para promover o desenvolvimento integral das crianças de até seis anos de idade, reconhecendo a importância dos primeiros anos de vida para o desenvolvimento humano. Alguns meses depois, o Programa Criança Feliz (PCF) foi instituído pelo Decreto nº 8.869, de 5 de outubro de 2016, em consonância com as diretrizes do Marco Legal da Primeira Infância e tem como objetivo

promover o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância, através de dois eixos: (I) Visitas domiciliares; (II) Integração das políticas de atenção à primeira infância no território.

As visitas domiciliares constituem a principal estratégia de aproximação dos serviços com a família atendida e buscam responder às necessidades de cada contexto, resultando em propostas de intervenção singulares. Por meio dessas visitas pode ser realizada a integração do PCF com outras políticas de atenção à primeira infância, ou seja, o visitador identifica situações que requerem intervenção e encaminha a criança ou a família para a rede de atenção necessária, entre eles o monitoramento da caderneta de saúde da criança (Brasil, 2017, 2024).

É relevante destacar que, em 2017, a PNAB foi atualizada, consolidando a visita domiciliar como uma atribuição compartilhada entre todos os membros das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), com papel central do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Essa diretriz fortalece a prática como uma estratégia fundamental para o vínculo entre as famílias e os serviços de saúde, ao mesmo tempo que amplia o alcance da APS em sua missão de cuidar de forma integral e contínua. Essa atualização evidencia o compromisso com a integralidade do cuidado, o que fortalece o acompanhamento à primeira infância e articula ações como as promovidas pelo PCF e outras políticas voltadas à saúde infantil (Brasil, 2017).

Com o advento da pandemia por COVID-19, a partir de março de 2020, as desigualdades e vulnerabilidades sociais já existentes, somadas a um contexto de instabilidade política e econômica, aprofundaram-se ainda mais, em especial para as crianças (Matta, 2021). Devido à diminuição da renda familiar com as restrições de isolamento social, dificuldade para o acesso a água e alimentos, alguns programas de apoio socioeconômico foram adotados durante a pandemia, como o Auxílio Emergencial. Nos meses seguintes à sua implementação, as crianças que viviam em situação de pobreza e extrema pobreza caíram de 40% para 35% e, nos meses seguintes, após a redução do benefício, voltaram a subir para 39% (Nassif-Pires *et al*, 2021).

Além desses desafios, o período foi marcado por mudanças significativas nas políticas de atenção materno-infantil. A substituição da Rede Cegonha pela Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI), em 2022, promoveu uma reorganização do sistema, priorizando investimentos em serviços de média e alta complexidade técnico-assistencial. Essa mudança fragilizou a Atenção Primária à Saúde (APS), prejudicando o acompanhamento integral de mulheres e crianças em maior vulnerabilidade (Brasil, 2022b). Em setembro de 2024, a criação da Rede Alyne - uma estratégia de reestruturação da antiga Rede Cegonha - sinaliza um esforço para

resgatar a centralidade da APS, com foco na territorialização do cuidado e em abordagens interseccionais que consideram aspectos como classe, gênero e etnia no cuidado materno-infantil (Brasil, 2024b).

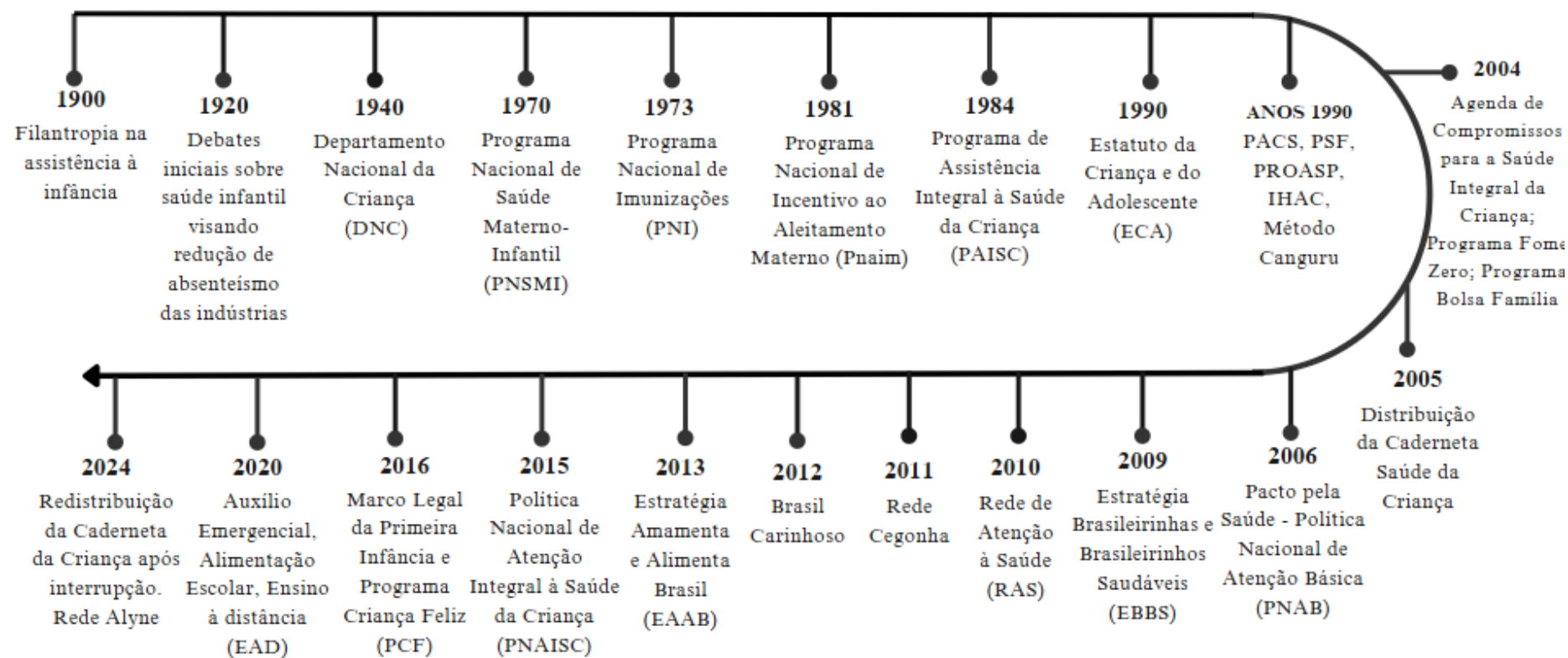
Historicamente, as crianças sofreram com a negação e a invisibilidade de seus direitos. Isso ficou muito mais evidente no contexto de isolamento social com o fechamento de escolas, cobertura vacinal reduzida, aumento de violência domiciliar, aumento da pobreza, da fome e da insegurança alimentar. O impacto na saúde dessas crianças, não só física, mas também a nível de saúde mental, poderão ser percebidos a curto, médio e longo prazo (Andres et al, 2023). A Figura 01 apresenta uma linha do tempo com os principais marcos históricos e políticas públicas direcionadas à proteção e promoção da saúde infantil ao longo das últimas décadas, evidenciando avanços e desafios no país.

A EVOLUÇÃO DO INSTRUMENTO: DESDE O CARTÃO DA CRIANÇA ATÉ A CADERNETA DA CRIANÇA

Em crianças, o crescimento é considerado um dos melhores indicadores de saúde e nutrição, refletindo a interação de inúmeros fatores determinantes endógenos e exógenos. O primeiro gráfico de referência amplamente utilizado internacionalmente e recomendado pela OMS foi a curva de Harvard. Desenvolvida a partir da análise de estudos transversais com crianças caucasianas de Boston (EUA), entre 1930 e 1956, a curva incluía os índices peso-para-idade, estatura-para-idade e peso-para-estatura para crianças de ambos os sexos com menos de 36 meses, além dos dois primeiros índices para indivíduos entre dois e 18 anos. (Ferreira, 2012).

Em 1959, foi elaborada a Curva Caminho da Saúde, proposta por Morley, introduzida inicialmente na vila de Imesi, Nigéria. Esse instrumento foi desenvolvido para ser usado por agentes de saúde com pouca capacidade de leitura e escrita, onde havia escassez de profissionais de saúde qualificados. Além da antropometria, era estimulado o registro de acontecimentos importantes como o desmame, nascimento de outro irmão, imunização, doenças mais graves. O Caminho da Saúde foi o primeiro passo para o desenvolvimento de estratégias nacionais de acompanhamento periódico do crescimento infantil e servindo de inspiração para os instrumentos nacionais como o Cartão da Criança, as Cadernetas de Saúde da Criança e aos Passaportes da Cidadania (Morley, 2016).

Figura 01 – Linha do tempo: Estratégias Públicas voltadas à Saúde da Criança no Brasil a partir do século XX



Fonte: Da Autora (2025).

Com a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) em 1984, foi lançado o Cartão da Criança com objetivo de unificar as informações entregues à família e estimular participação ativa da família e da comunidade na promoção de sua própria saúde. Esse cartão deveria ser preenchido por qualquer membro da equipe de saúde, e não apenas pelo médico, e ser explicado detalhadamente ao acompanhante da criança. Esse instrumento contava com o gráfico para o acompanhamento do crescimento de zero a cinco anos onde foi utilizado o indicador nutricional “Peso para a Idade”. Foi impressa uma ficha para cada sexo devido às pequenas variações do referencial de normalidade para o peso esperado para cada um deles. A referência utilizada para a curva de crescimento foi a do estudo norte-americano do NCHS (*National Center for Health Statistics*) de 1977 e o percentil 10 foi escolhido como ponto de corte em função da alta sensibilidade para o diagnóstico da desnutrição infantil (Brasil, 2016).

A partir do final dos anos 1980, surgiam críticas em relação aos limites de percentis utilizados e procedimentos estatísticos inapropriados que descreviam o padrão e a variabilidade crescimento. Assim, em 2000, o NCHS publicou uma nova referência do *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), incluindo na amostra 14% de jovens negros. Além de distintos índices para todas as faixas de idade, incorporou-se também o “IMC para idade”. Mesmo com essas alterações, ainda era uma curva longe do ideal já que a população estudada era apenas dos Estados Unidos, não foram incluídas crianças nascidas com baixo peso e não necessariamente com aleitamento materno exclusivo (Ferreira, 2012).

Na década de 90, um segundo modelo do Cartão da Criança foi lançado pelo Ministério da Saúde na qual a curva de acompanhamento do crescimento permaneceu a mesma. Foi incorporado ao CC um espaço destinado aos direitos da criança, sugestões acerca de cuidados com a criança, incentivo à amamentação e recomendações de estimulação para o desenvolvimento e prevenção de acidentes. A avaliação simplificada do desenvolvimento de crianças até quatro anos com marcos de desenvolvimento infantil também estavam presentes nessa nova versão (Brasil, 2022).

Fevereiro de 2005 é lançada a Caderneta de Saúde da Criança (CSC), que veio substituir o CC, apresentando-se como um documento mais completo com o intuito de aperfeiçoar a vigilância à saúde da criança. Para fins didáticos e facilitar o entendimento da família acerca do estado nutricional da criança, foram utilizadas três cores para caracterizar a situação nutricional da criança (vermelho, amarelo e verde), sem, contudo, deixar de valorizar a inclinação do gráfico peso para idade, que foi ampliado até os sete anos. Outras alterações importantes foram: a introdução do gráfico para acompanhamento do perímetro cefálico no primeiro ano de vida;

a disponibilização de orientações sobre uma alimentação saudável; dicas sobre saúde e prevenção de acidentes; espaço para anotações de intercorrências clínicas e tratamentos efetuados (Brasil, 2009).

Em 2007, a CSC foi aperfeiçoada, culminando na produção de um documento mais completo, com 82 páginas, e conhecido como Passaporte da Cidadania dos pequenos cidadãos brasileiros. Além das últimas atualizações, surgiram, também: espaços para o número do prontuário na unidade básica e mudanças de endereço; informações sobre nascimento, triagem neonatal e alimentação no momento da alta da maternidade; os direitos dos pais e da criança, entre eles o registro gratuito; orientações mais detalhadas sobre a amamentação e cuidados importantes nos primeiros dias de vida. A avaliação do perímetro cefálico foi estendida até os dois anos de vida. Pela primeira vez, a altura foi utilizada nos gráficos de acompanhamento do crescimento da criança e a avaliação foi ampliada até os 10 anos de idade (Brasil, 2007).

Na versão de 2009, o Passaporte da Cidadania já apresenta um sumário, o que facilita a localização, tanto pelas mães quanto pelos profissionais de saúde, dos temas relacionados à saúde infantil. Novas informações foram acrescentadas sobre os cuidados nos primeiros dias de vida e a importância da amamentação é bastante ressaltada com explicação por meio de imagens da técnica correta para a amamentação além da orientação de ordenha ou expressão manual do leite, informações úteis para mães que trabalham fora e querem continuar amamentando. Também é abordada a importância da suplementação de Ferro e Vitamina A; novas informações sobre saúde bucal, saúde ocular e auditiva; prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária; questões sobre violência contra criança e adolescente; sinais de perigo na desidratação e diarreia. Pela primeira vez, a Caderneta separa uma sessão exclusiva focada na avaliação do profissional de saúde com orientações sobre a importância do acompanhamento do desenvolvimento e melhor forma de avaliá-lo. Além de pontuar os marcos do desenvolvimento para cada idade, a CSC explica a técnica adequada para a pesquisa de cada um deles. Há também orientações sobre condutas a serem tomadas, caso o profissional suspeite de alguma alteração do desenvolvimento durante a avaliação (Brasil, 2009).

Nesse momento, a OMS recomenda que a avaliação da criança nas curvas de crescimento seja através do escore Z e não mais em percentis e, essa CSC ajuda os profissionais de saúde a fazerem a correspondência entre os dois padrões de avaliação. Nesta CSC são utilizadas as curvas da OMS para crianças de zero a 10 anos. Já a versão anterior utilizava as curvas do NCHS para crianças acima de 5 anos. A caderneta também traz uma tabela de IMC através das medidas de peso e altura da criança, não sendo necessário calculá-lo manualmente. A criança

não é mais avaliada como desnutrida, peso ideal para a idade e obesa; mas sim como obesa, com sobrepeso, com risco de sobrepeso, IMC adequado, magreza e magreza acentuada. Há destaque, também, para a importância do acompanhamento da pressão arterial nas consultas pediátricas. Os procedimentos realizados em relação à saúde bucal têm agora espaço para registro, além de figuras didáticas para profissionais não dentistas (Brasil, 2015).

A Caderneta foi construída por um conjunto de especialistas com vasta experiência nas áreas de CD infantil e pactuada de forma intersetorial com os Ministério da Cidadania e da Educação, além de ter passado por Consulta Pública em dezembro de 2015 (Cavalcanti *et al*, 2015).

Até 2018, o material continuou denominado Caderneta de Saúde da Criança e teve 12 edições. Entretanto, em 2019, após algumas modificações no seu conteúdo, seu nome foi alterado para Caderneta da Criança (CC), devido à contemplação não só de setores além da saúde, mas também pelas demais políticas sociais, especialmente assistência social e educação. Em 2020, foi publicada a 2ª edição da nova CC, mas somente na versão digital, trazendo apenas alguns ajustes de formatação e atualizações (Brasil, 2022).

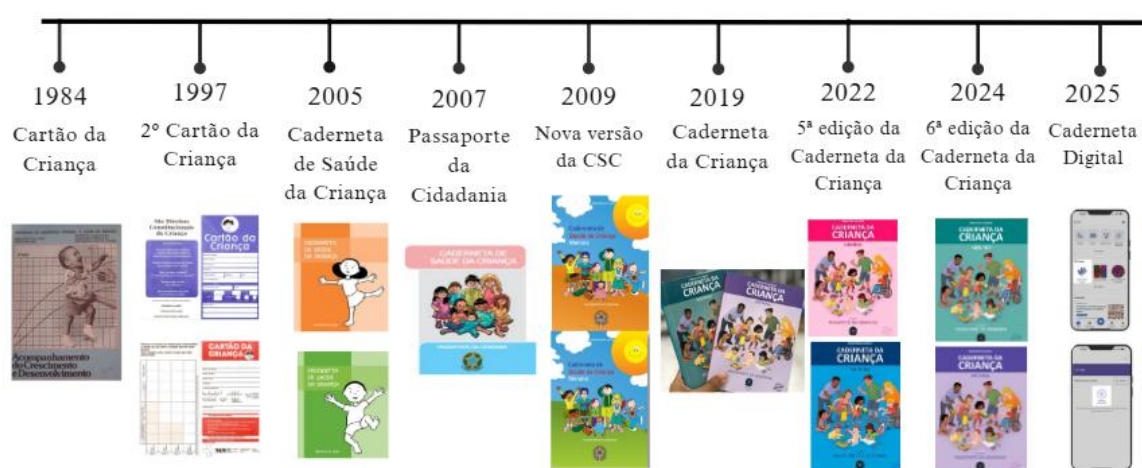
A primeira parte da CC é mais destinada a família e cuidadores da criança com orientações sobre saúde, direitos da criança e dos pais, registro de nascimento, amamentação e alimentação saudável, vacinação, CD, sinais de perigo de doenças graves, prevenção de violências e acidentes. Já a segunda parte é direcionada aos profissionais de saúde, com fins de registro de informações importantes relacionadas à saúde da criança, os gráficos de crescimento, instrumentos de vigilância do desenvolvimento e tabelas para registro de vacinas aplicadas.

A 3ª edição, publicada em 2021 incluiu, também, o instrumento Checklist M-CHAT-R/F, que auxilia na identificação de pacientes com idade entre 16 e 30 meses com possível Transtorno do Espectro Autista (TEA). A aplicação desse questionário é obrigatória para crianças em consultas pediátricas de acompanhamento realizadas pelo SUS desde 2017. O instrumento é de rápida aplicação, pode ser utilizado por qualquer profissional da saúde, e deve ser respondido pelos pais ou cuidadores durante a consulta. Foi incluído, também, orientações para pais e cuidadores sobre sinais de albinismo, uma condição dermatológica que pode exigir cuidados específicos (Brasil, 2022).

Em 2024, o Ministério da Saúde lançou a 6ª edição da Caderneta durante a comemoração do centenário do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), no Rio de Janeiro. De acordo com o órgão, a impressão e distribuição dos exemplares em sua versão física voltará a circular no ano vigente, após ser

interrompida há quatro anos. Segundo a ministra da Saúde, Nísia Trindade, o lançamento da sexta edição representa a retomada de um direito das crianças e das famílias. Essa versão mais recente traz como novidade a inclusão das vacinas de COVID-19 no Calendário Nacional de Vacinação e mantém seu caráter intersetorial com informações sobre assistência social e educação (Brasil, 2024a).

Figura 02 – A Evolução da Caderneta da Criança no Brasil



Fonte: Da Autora (2025).

Recentemente, em abril de 2025, o Ministério da Saúde lançou a versão digital da Caderneta de Saúde da Criança, integrada ao aplicativo "Meu SUS Digital". Essa iniciativa visa facilitar o acesso de pais, responsáveis e profissionais de saúde às informações essenciais sobre o crescimento, desenvolvimento e vacinação infantil. A caderneta digital permite o acompanhamento em tempo real de dados clínicos, envio de alertas sobre vacinas e registro de marcos do desenvolvimento, promovendo uma gestão mais segura e interativa da saúde infantil. Importante destacar que a versão física da caderneta continua sendo distribuída nas unidades de saúde, funcionando de forma complementar à digital (Brasil, 2025a; 2025b). Na Figura 02, podemos observar a evolução do instrumento no Brasil, desde o Cartão da Criança, em 1984, até a edição mais recente com a versão digital, de 2025.

CONCLUSÃO

A trajetória de evolução das políticas públicas de saúde, aliada ao desenvolvimento de instrumentos de monitoramento e ao fortalecimento das RAS, evidencia um avanço do Brasil na promoção da saúde infantil. Sendo assim, a CC se destaca como um exemplo emblemático dessa evolução, integrando informações essenciais para o acompanhamento do crescimento e

desenvolvimento infantil, além de promover a corresponsabilização das famílias e profissionais de saúde na assistência ao cuidado desse público. No entanto, cabe ressaltar que os desafios persistem, como a substituição inadequada por instrumentos simplificados, lacunas na educação em saúde e desigualdades no acesso aos serviços da APS.

A própria implementação da versão digital da CC, ainda que promissora, exige atenção: sua efetividade dependerá da capacitação das equipes, da acessibilidade tecnológica e do letramento digital da população. Esse cenário aponta para a necessidade de mobilizar olhares integrais e multifacetados para a criança e sua família, articulando dimensões clínicas, sociais, tecnológicas e educativas no cuidado em saúde. Esses obstáculos reforçam a necessidade de uma abordagem mais integrada e articulada entre os diferentes níveis de atenção, com ênfase na capacitação das equipes multiprofissionais e no fortalecimento das estratégias de educação em saúde voltadas para as famílias.

Ademais, o papel central da APS, com sua capacidade de promover cuidados contínuos e equitativos, precisa ser valorizado para garantir que instrumentos como a CC alcancem todo o seu potencial como ferramentas de saúde pública, vigilância e cidadania, incorporando inovações como a caderneta digital sem perder de vista as desigualdades regionais e sociais que podem comprometer sua efetiva utilização. Assim, a superação dos desafios requer o compromisso contínuo com o aprimoramento das políticas públicas, a valorização do trabalho em rede e o fortalecimento da educação em saúde, visando assegurar que as futuras gerações tenham acesso ao cuidado integral necessário para um desenvolvimento saudável.

REFERÊNCIAS

- ANDRES, L., *et al.* **Impactos da COVID-19 em crianças e jovens e adaptações relacionadas na Educação, na Alimentação e no Lazer: Panoramas Nacionais e Internacional.** PANEX-Youth WP2 - Relatório completo, Brasil; 2023. Disponível em: <https://panexyouth.com/>
- ARAÚJO, J. P. *et al.* História da Saúde da Criança: conquistas, políticas e perspectivas, v. 67, n.6, p. 1000-1007, nov. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p.: il.: color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-0784-X
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação, Gestão da Informação e Cadastro Único. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate, n. 36** (2024). Brasília, DF, 2005-. 158 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde Materno Infantil. **Caderneta Saúde da Criança: menino, 2007.** Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/caderneta_saude_da_crianca.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde Materno Infantil. **Caderneta Saúde da Criança, 2009.** Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_menino_passaporte_cidadania.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – **(Cadernos de Atenção Básica, no 33).** Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde Materno **Caderneta da criança: menino, 2013.** Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf

BRASIL. Rede nacional primeira infância. **Plano nacional da primeira infância: projeto observatório nacional da primeira infância**. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: promovendo o desenvolvimento na primeira infância** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 5.350, de 13 de setembro de 2024**. Institui diretrizes para [...]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 12 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança : orientações para implementação** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno: **Caderneta da Criança: Menina**. Passaporte da Cidadania 2ª ed: Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-queroter-peso-saudavel/documentos/pdf/caderneta_crianca_menina_2ed.pdf Infantil.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação Assistencial e Controle. Curso I : **Regulação de Sistemas de Saúde do SUS : módulo 4 : Redes de Atenção à Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Regulação Assistencial e Controle. – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. Disponível em bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo4_regulacao_redes_atencao_saude.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 abr. 2022. Seção 1, p. 155. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>. Acesso em: 12 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nova versão da Caderneta da Criança será enviada para todo o Brasil.** Portal do Ministério da Saúde, Brasília, 20 jan. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/janeiro/nova-versao-da-caderneta-da-crianca-sera-enviada-para-todo-o-brasil>. Acesso em: 12 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde Materno Infantil. Coordenação-Geral de Saúde Perinatal e Aleitamento Materno. **Caderneta da criança: menino: passaporte da cidadania. 5.ed.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 112 p.

BRASIL. **Ministério da Saúde lança a 6ª edição da Caderneta da Criança - Passaporte da Cidadania.** Portal da Saúde, 03 abr. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/ministerio-da-saude-lanca-a-6a-edicao-da-caderneta-da-crianca-2013-passaporte-da-cidadania>. Acesso em: 24 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 5.350, de 13 de setembro de 2024.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 set. 2024. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 12 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança agora está disponível no aplicativo Meu SUS Digital.** Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/abril/caderneta-de-saude-da-crianca-agora-esta-disponivel-no-aplicativo-meu-sus-digital>. Acesso em: 22 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta Digital da Criança.** Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/caderneta-digital-da-crianca>. Acesso em: 22 abr. 2025.

CAVALCANTI, P. B.; LUCENA, C. M. F.; LUCENA, P. L. C. **Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil / Program Health in the School: interpellations on action of education and health in Brazil.** Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 14, n. 2, p. 387 - 402, 30 dez. 2015.

CAVALCANTE, J.R.C. et al. **Percepção das mães sobre o cuidado à criança por meio da caderneta de saúde.** Itinerarius Reflectionis, 2018; 14 (4): 1-18.

COTTA, R.M.; MACHADO, J.C. (2013) **Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da ontextre**. Rev Panam Salud Publica, 33(1), pp.54-60.

FERREIRA, Aline A. **Avaliação do crescimento de crianças: a trajetória das curvas de crescimento**. DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 191–202, 2013. DOI: 10.12957/demetra.2012.3786. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/demetra/article/view/3786>. Acesso em: 28 nov. 2024.

LOPES, T. DA C.; MAIO, M. C.. **Puericultura, eugenia e interpretações do Brasil na construção do Departamento Nacional da Criança (1940)**. Tempo, v.24, n.2, p. 349-368, maio 2018

MACÊDO, V. C. **Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde/** Vilma Costa de Macêdo– Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2016. 43 p. ISBN:: 978-85-415-0853-7 (e-book)

MORLEY, D. **Pediatria no mundo em desenvolvimento: prioridades**. São Paulo, Edições Paulinas; 1980. p.100-16.

MORLEY, D.; ELMORE-MEEGAN, M. **Growth monitoring a forgotten subject**. London, UK, v. 27, p. 14–9, 2000.

NASSIF-PIRES, L. CARDOSO, L., OLIVEIRA, A., **Gênero e raça em evidência durante a pandemia no Brasil: o impacto do Auxílio Emergencial na pobreza e extrema pobreza**. Nota de Política Econômica nº 010. 2021 MADE/USP.

PEREIRA, A. da S. et al. (2020) **Challenges of the national school meals program during the COVID-19 pandemic**. Brazilian Journal of Development, 6(8), pp. 63268–63282.

PENELLO, L. M. **Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: a contribuição da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis à construção de uma política de atenção integral à saúde da criança**. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2013. ISBN: 978-85-64976-07-8

REDE PENSSAN. **National Survey on Food Insecurity in the Context of the COVID-19 Pandemic in Brazil, 2022** Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/>

SEGUNDA PARTE

Este artigo, que compõe a segunda parte desta dissertação, apresenta os resultados de uma pesquisa de abordagem metodológica mista, desenvolvida no município de Lavras, MG. Os dados quantitativos e qualitativos foram analisados de forma integrada, permitindo uma compreensão mais ampla e aprofundada do objeto de estudo, ao articular as percepções dos cuidadores com a perspectiva dos profissionais de saúde. Embora exista a intenção futura de desdobrar este material em dois artigos científicos, um com foco na análise quantitativa e outro na qualitativa, optou-se por manter sua apresentação conjunta nesta dissertação, considerando que a abordagem mista foi fundamental para revelar a complexidade do fenômeno investigado e sustenta a lógica analítica construída ao longo da pesquisa.

ARTIGO 2 – Entre o previsto e o praticado: o uso da Caderneta da Criança na Atenção Primária à Saúde: Um estudo de métodos mistos com famílias e profissionais de saúde em Lavras, Minas Gerais.

1 INTRODUÇÃO

A Caderneta da Criança (CC) é uma política pública prevista pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e representa um instrumento fundamental para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil no Brasil. De caráter intersetorial e orientador do cuidado, a CC também tem potencial educativo, ao permitir o diálogo entre profissionais de saúde e famílias sobre aspectos clínicos, nutricionais, vacinais e psicossociais do desenvolvimento infantil (BRASIL, 2018a).

Na rede de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), principal espaço de realização de ações de puericultura, a CC deve ser utilizada como instrumento integrador das práticas de cuidado, articulando dimensões clínicas, sociais e educativas no acompanhamento da criança. Conforme estabelecido por diretrizes nacionais, como o *Caderno de Atenção Básica nº 33 – Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento*, o instrumento deve estar presente em todas as consultas de puericultura, sendo preenchida adequadamente, discutida com a família e utilizada como ferramenta ativa de vigilância e promoção da saúde infantil. No entanto, estudos têm evidenciado que, na prática, seu uso ainda é irregular e pouco valorizado por muitos profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que persiste uma compreensão limitada, por parte das famílias, sobre a relevância do instrumento. Entre os principais desafios apontados estão a sobrecarga de trabalho nas unidades, a substituição da CC por registros simplificados, a fragmentação das ações de educação em saúde e o distanciamento

entre as diretrizes preconizadas e o cotidiano dos serviços (Soares et al., 2025; Cruz, 2023; Rangel, 2022; Araújo, 2022; Marques et al., 2021; Brasil, 2012).

Além das dificuldades estruturais dos serviços de saúde, os aspectos sociais e contextuais também influenciam o acesso e o uso qualificado da CC pelas famílias e profissionais. Situações como baixa escolaridade, dificuldade de acesso à informação, insegurança alimentar, instabilidade econômica e sobrecarga das mulheres no cuidado infantil interferem diretamente na continuidade do acompanhamento infantil. Desde 2018, relatos sobre o desabastecimento da Caderneta em maternidades e unidades básicas de saúde vêm sendo registrados, comprometendo sua entrega sistemática, mesmo sendo um direito garantido a todas as crianças. Esse cenário se agravou com a pandemia de COVID-19, que acentuou desigualdades sociais, afetou o funcionamento da rede de atenção básica e interrompeu rotinas de cuidado em diversas localidades. Há inclusive registros de comercialização indevida da CC, o que contraria seu caráter público e gratuito (Andrade, 2019; Garcia; Nepomuceno, 2021; Silva, 2022).

Além de ser um dispositivo técnico-assistencial, a CC também se alinha aos compromissos globais assumidos pelo Brasil por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente o ODS 3, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as pessoas, em todas as idades. Ao garantir o monitoramento do crescimento, o registro vacinal, o acompanhamento do desenvolvimento e a realização de intervenções precoces, a Caderneta contribui diretamente para a redução da mortalidade infantil e a promoção da saúde desde os primeiros anos de vida, sendo, portanto, um pilar estratégico para o alcance das metas estabelecidas para 2030 (ONU, 2015; The World Bank, 2010).

Apesar da relevância do tema, são escassas as investigações que analisem a utilização da CC a partir da perspectiva de diferentes atores da rede de saúde, como cuidadores e profissionais, o que dificulta a compreensão sobre os entraves, sentidos atribuídos e possíveis estratégias de qualificação do uso do instrumento. Poucos estudos integram diferentes tipos de dados capazes de revelar tanto os padrões de uso quanto as dimensões subjetivas e práticas envolvidas no cuidado cotidiano.

Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar, no contexto da Atenção Primária à Saúde, a utilização da Caderneta da Criança no município de Lavras, Minas Gerais. Para isso, foi adotada uma abordagem metodológica mista, com o intuito de integrar a

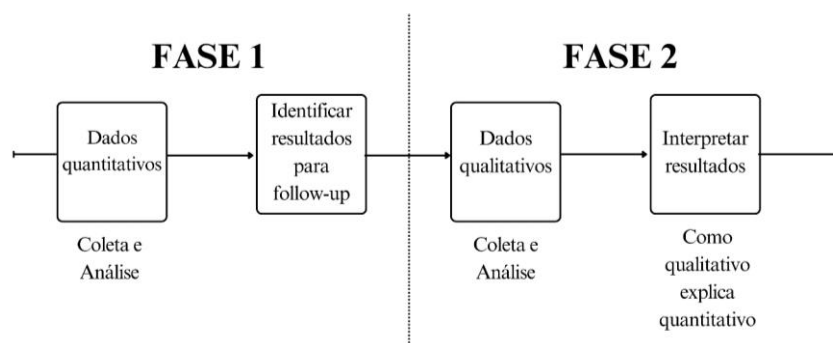
análise de dados quantitativos e qualitativos, visando uma compreensão mais aprofundada dos desafios e potencialidades associados ao uso da CC no território estudado.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Métodos

Trata-se de uma pesquisa transversal cuja abordagem metodológica utilizada foi mista, combinando dados quantitativos e qualitativos, utilizando a estratégia explanatória sequencial, conforme listado na Figura 01 que apresenta quatro momentos dispostos em duas fases investigativas planejadas. A abordagem de métodos mistos foi escolhida principalmente devido à complexidade dos estudos em saúde pública que necessitam de uma análise mais abrangente e aprofundada. Por se apoiar tanto na pesquisa quantitativa quanto na qualitativa, o método misto tem como ponto forte minimizar as limitações das duas abordagens isoladamente e, assim, ampliar a compreensão dos fenômenos estudados. Assim, ao adotar essa metodologia em nosso estudo, buscamos seguir as recomendações atuais da literatura e contribuir para uma pesquisa em saúde mais robusta e abarcante, podendo servir de base para estruturação de políticas públicas e práticas baseadas em evidência (Creswell, 2013; Minayo, 2017; Oliveira; Magalhães; Misuematsuda, 2018).

Figura 01 – Abordagem Sequencial Explanatória (planejamento em duas fases)



Fonte: Adaptado de Creswell (2021).

Na literatura identificam-se inúmeros sistemas de classificação de metodologia mista extraídos dos campos de avaliação, enfermagem, saúde pública, política educacional e pesquisa, e pesquisa social e comportamental. Dentro dessas classificações, optamos pela estratégia sequencial explanatória, um método misto de pesquisa que combina elementos quantitativos e qualitativos de maneira sequencial para explorar um fenômeno de interesse. Nessa abordagem, a fase quantitativa é conduzida primeiro para coletar dados de uma amostra representativa. Em seguida, com base nos resultados quantitativos, a fase qualitativa é realizada para explorar mais

profundamente os aspectos subjetivos, contextuais e complexos do fenômeno em questão, utilizando entrevistas, observações ou análise de conteúdo, por exemplo. Essa estratégia foi escolhida devido ao seu forte fator de interação humana e embasamento sobre um complexo conjunto de sentidos, valores, crenças e comportamentos sociais que somente com os dados quantitativos, não conseguiríamos explorar (Creswell, 2021; Minayo, 2017; Oliveira; Magalhães; Misuematsuda, 2018).

A porção qualitativa da pesquisa, principalmente no que tange à saúde pública, representa a análise de objetos não sensíveis pelos estudos quantitativos, como aspectos que envolvem a assistência à saúde da população, a relação de cuidado aos usuários e determinantes sociais de saúde em todas as dimensões. Essa pesquisa está fundamentada na teoria da desigualdade em saúde, que examina como fatores sociais, econômicos e culturais influenciam os resultados de saúde. Esta teoria nos permite explorar as complexas interações entre as condições socioeconômicas e os comportamentos de saúde, bem como identificar as barreiras estruturais que afetam a equidade na saúde (Barreto, 2017). Dessa forma, a fim de garantir o rigor metodológico dessa etapa, a pesquisa foi realizada baseada no guia COREQ (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*) traduzido e validado no Brasil, detalhado no Quadro 01 a seguir:

Quadro 01 – Guia COREQ traduzido e validado no Brasil

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa		
Nº do item	Tópico	Perguntas/Descrição do Guia
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade		
	Características pessoais	
1	Entrevistador/facilitador	Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal?
2	Credenciais	Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico.
3	Ocupação	Qual a ocupação desses autores na época do estudo?
4	Gênero	O pesquisador era do sexo masculino ou feminino?
5	Experiência e treinamento	Qual a experiência ou treinamento do pesquisador?
	Relacionamento com os participantes	
6	Relacionamento estabelecido	Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo?
7	Conhecimento do participante sobre o entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa.
8	Características do entrevistador	Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos, suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa.
Domínio 2: Conceito do estudo		
	Estrutura teórica	
9	Orientação metodológica e teoria	Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, fenomenologia e análise de conteúdo.
	Seleção de participantes	
10	Amostragem	Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: conveniência, consecutiva, amostragem, bola de neve.
11	Método de abordagem	Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, por telefone, carta ou e-mail.
12	Tamanho da amostra	Quanto participantes foram incluídos no estudo?
13	Não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos?
	Cenário	
14	Cenário da coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Por exemplo: na casa, na clínica, no local de trabalho.

15	Presença de não participantes	Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores?
16	Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, data da coleta.
Coleta de dados		
17	Guia da entrevista	Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto?
18	Repetição de entrevistas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas?
19	Gravação audiovisual	A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados?
20	Notas de campo	As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal?
21	Duração	Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal?
22	Saturação de dados	A saturação de dados foi discutida?
23	Devolução de transcrições	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção?
Domínio 3: Análise e resultados		
Análise de dados		
24	Número de codificadores de dados	Quanto foram os codificadores de dados?
25	Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?
26	Derivação de temas	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados?
27	Software	Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados?
28	Verificação do participante	Os participantes forneceram feedback sobre os resultados?
Relatório		
29	Citações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação foi identificada? Por exemplo, pelo número do participante.
30	Dados e resultados consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?
31	Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados?
32	Clareza de temas secundários	Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários?

Fonte: Souza (2021).

A pesquisa foi realizada no município de Lavras, Minas Gerais, e está inserida num projeto maior intitulado: “Caderneta de Saúde da Criança: implicações sobre a segurança alimentar e nutricional na primeira infância”. A população-alvo compreende os principais cuidadores de crianças de zero a três anos, acompanhadas pela rede pública de saúde da cidade de Lavras e os profissionais que realizam a assistência dessas crianças nas unidades de saúde do município.

A escolha da fase inicial da primeira infância foi feita pois, nessa faixa etária, a APS deve garantir que todas as crianças recebam cuidados essenciais para monitoramento do CD, suporte à amamentação, imunizações e orientação aos pais sobre práticas de cuidado adequadas e têm como base para essas ações a CC.

O projeto “Caderneta de Saúde da Criança: implicações sobre a segurança alimentar e nutricional na primeira infância” foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Lavras (CAAE nº 43815221.2.0000.5148/ nº 4.807.555/2022) em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO A). A participação voluntária na pesquisa ocorreu mediante assinatura do TCLE (ANEXO B) pelos cuidadores e pelos profissionais de saúde.

2.1.1 Etapa 1 - Estudo Quantitativo

A primeira etapa, realizada durante o período de março até outubro de 2022, foi realizada em dias de atendimento da pediatria em seis ESF e um Ambulatório Médico de Especialidades (AME), os quais foram selecionados por serem locais nos quais as professoras de pediatria do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Lavras também realizavam

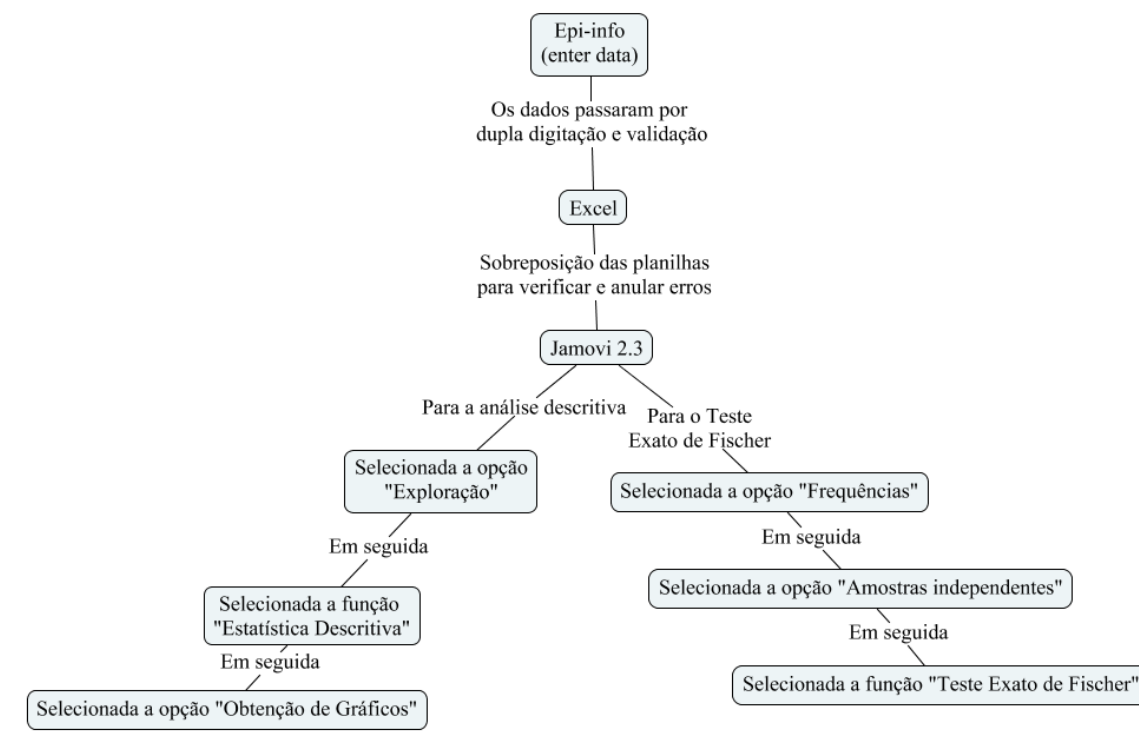
atendimentos e poderiam levar os alunos, além de coleta por meio de visitas domiciliares. A coleta foi realizada por 36 entrevistadores, discentes dos cursos de Medicina, Nutrição e do mestrado em Nutrição e Saúde. Antes do início da coleta, os entrevistadores passaram por uma capacitação através de treinamento via Google Meet, visando a padronização da coleta de dados. O entrevistador apresentou a pesquisa para o cuidador e solicitou a assinatura do TCLE (ANEXO A) para participação voluntária na pesquisa. Logo em seguida, o entrevistador coletou os dados quantitativos – através de um instrumento (ANEXO B) que incluiu características sociodemográficas do participante e variáveis que mediram o nível inicial de compreensão e uso da Caderneta da Criança.

Após as entrevistas, as respostas obtidas foram registradas no Epi-Info, um software criado em parceria da *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) com a OMS, utilizado para a elaboração de bancos de dados. No Epi-Info os dados foram executados na função “Enter Data” com dupla digitação, onde todo o processo tornou o banco da pesquisa duplamente validado e digitado. Logo após os dados foram exportados para o software Excel e houve a sobreposição das planilhas de ambos os programas, a fim de constatar erros de digitação e assim anulá-los.

Para análise estatística foi utilizado o programa Jamovi versão 2.3. As variáveis estudadas foram expressas em frequências absolutas e relativas. O Teste Exato de Fisher foi usado para analisar a associação entre algumas variáveis categóricas. Foi estabelecido um nível de significância de 5% e a amostra confere poder de teste de 95%. A parte do questionário (ANEXO C) utilizada no presente estudo conta com dois blocos de perguntas, o primeiro é referente aos aspectos sociodemográficos dos cuidadores (itens 5 ao 10) e o segundo direcionado à Caderneta de Saúde da Criança (itens 46 ao 50).

No programa Jamovi versão 2.3, foi selecionada a função “Exploração” e em seguida “Estatística Descritiva”, resultando a análise descritiva de todas as variáveis. Em outro momento, foi selecionado a função “Frequências” e “Amostras Independentes”, e selecionada a opção “Teste Exato de Fischer”, obtendo-se a significância estatística de algumas variáveis relacionadas. Por fim, foi selecionada a opção “Gráfico em barras” em ambas as etapas para a obtenção dos gráficos. Todas estas etapas analíticas podem ser observadas na Figura 02 que as apresenta de forma esquemática.

Figura 02 – Organograma das etapas percorridas pelos dados estatísticos



Fonte: Da Autora (2025).

2.1.2 Etapa 2 – Estudo Qualitativo

Na segunda etapa, foi realizado um estudo qualitativo, conduzido integralmente pela autora desse estudo, discente do mestrado em Nutrição e Saúde, através de entrevistas semiestruturadas realizada com profissionais que atuam no cuidado de crianças na Rede de Saúde de Lavras. Foram elaboradas perguntas (APÊNDICE A) que permitiram explorar as percepções, experiências e desafios enfrentados por esses profissionais, baseadas nas associações significativas e nos dados coletados na primeira fase da pesquisa. No campo da saúde, esse tipo de análise contribui para o entendimento das concepções de diferentes sujeitos sobre inúmeras questões importantes, como o vivenciar e experimentar a saúde, a partir de uma perspectiva das ciências humanas e sociais, envolvendo política, ética, iniquidades e outras situações que não seriam passíveis de quantificação (Bosi, 2021; Creswell, 2021).

A coleta dessa etapa da pesquisa ocorreu de outubro a dezembro de 2024 com profissionais de nível superior que atuam na Rede de Atenção à Saúde do município de Lavras. As entrevistas não foram realizadas somente na APS, pois é uma prática comum no município o atendimento de puericultura ser realizado também na Atenção Secundária, no Ambulatório Médico de Especialidades. Os participantes foram abordados por conveniência pessoalmente ou via mensagem de celular. De todos os 28 profissionais abordados, 11 se recusaram a participar da

pesquisa e não houve nenhuma desistência após aceite. Foram entrevistados 17 profissionais de saúde de cinco categorias profissionais (enfermeiro, nutricionista, dentista, médico e pediatra). Os sujeitos que optaram por não participar da pesquisa alegaram diferentes motivos, como preocupações relacionadas a possíveis repercussões administrativas ou institucionais além da falta de tempo devido à sobrecarga de trabalho. Outros mencionaram que atendiam poucas crianças ou que não tinham experiência suficiente com a CC, considerando que sua contribuição poderia não ser relevante para os objetivos do estudo.

Devido às muitas recusas de profissionais a participar das entrevistas de forma presencial por conta de demandas assistenciais e burocráticas nas unidades de saúde, foi optado por utilizar uma abordagem mais flexível e acessível para a coleta de dados. Assim, definimos que a entrevista semiestruturada poderia ser realizada tanto de forma presencial, na própria unidade de saúde, quanto de forma online através da plataforma Google Meet, a depender da preferência do entrevistado. As entrevistas online emergiram como uma solução viável para superar alguns obstáculos, principalmente pós pandemia, proporcionando uma forma prática e eficiente de coleta de dados sem a necessidade de deslocamento, o que ajudou a reduzir o impacto das demandas diárias sobre os participantes. Além disso, as entrevistas online permitem um maior controle sobre o ambiente da entrevista, ajudando a minimizar a influência de fatores externos que poderiam afetar as respostas dos participantes (Freire; Rodrigues; Urt, 2024; Braun, 2019). No presente estudo, apenas os áudios das entrevistas foram utilizados para fins de transcrição e análise dos dados, não havendo captação, armazenamento ou uso de imagem dos participantes.

Não foi estabelecido nenhum relacionamento prévio entre a pesquisadora e os participantes antes do início do estudo. A pesquisadora explicou, antes de cada entrevista, sua formação, o objetivo do projeto, os resultados identificados na análise quantitativa da pesquisa e o motivo da extensão da pesquisa para a porção qualitativa. Todas as entrevistas foram gravadas, única e exclusivamente a fim de registrar todos os depoimentos na íntegra e tiveram duração total de 03 horas, 10 minutos e 40 segundos. Sendo a entrevista com menor duração de 04 minutos e 54 segundos e a de maior duração de 34 minutos e 36 segundos.

Durante as coletas, foi produzido um diário de campo pela autora, no qual foram registrados impressões, reflexões e detalhes observados no decorrer das interações, complementando as informações obtidas nas gravações. Esse diário é considerado um dos principais instrumentos científicos de observação e registro, contribuindo para que aspectos relevantes da pesquisa não sejam esquecidos e permitindo interpretações mais contextualizadas e consistentes dos dados. (Campos; Silva; Albuquerque, 2021). Foi empregada a técnica de saturação de dados para

interromper a coleta quando novos dados já não trouxeram mais esclarecimentos e as respostas se repetiram demasiadamente. Os textos transcritos foram devolvidos para os entrevistados para comentários e correções.

Vale ressaltar que, na apresentação dos resultados de uma pesquisa qualitativa, é comum utilizar nomes fictícios para os interlocutores e locais estudados, a fim de garantir o anonimato dos participantes. Essa estratégia também foi usada nesta etapa do estudo, permitindo a descrição de espaços sociais e o reconhecimento dos diferentes perfis profissionais ao longo da análise, sem comprometer a identidade dos indivíduos, o que contribui para a fluidez do texto (Minayo, 2014).

Para tanto, foi adotada a codificação dos participantes por meio de siglas que representam suas respectivas categorias profissionais, seguidas de um número ordinal crescente de acordo com a ordem das entrevistas. As siglas utilizadas foram: MED (médico), ENF (enfermeiro), NUT (nutricionista), PED (pediatra) e DEN (dentista). Dessa forma, por exemplo, “MED1” refere-se ao primeiro médico entrevistado e “ENF2” ao segundo enfermeiro entrevistado. Os locais de atuação também foram referenciados de forma genérica, a fim de evitar qualquer possibilidade de identificação.

A Tabela 01 apresenta informações sobre o processo de construção dos dados qualitativos reunindo dados referentes à coleta realizada, como o número de entrevistas, a duração média, o volume de material transcrito, além de aspectos relacionados às visitas presenciais e ao diário de campo.

Os resultados foram obtidos através de Análise de Conteúdo de Bardin que consiste em organizar através de procedimentos sistemáticos e objetivos a descrição do conteúdo das entrevistas permitindo a categorização e análise mais densa desses dados, com codificação inicial e categorização dos temas emergentes (Minayo, 2017; Bardin, 2016). Essa forma de análise é dividida em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e sua interpretação. Conforme apresentado na Figura 03, essas etapas se sobrepõem e, por isso, é fundamental que o pesquisador se dedique a cada uma delas de maneira cuidadosa, garantindo que nenhuma fase comprometa a seguinte, já que elas são interdependentes (Vale; Ferreira, 2013).

Tabela 01 - Caracterização da coleta dos dados qualitativos

Total de visitas às unidades	23
Profissionais abordados	34
Online (Via WhatsApp)	16
Presencial	18
Profissionais entrevistados	17
Online (Via GoogleMeet)	02
Presencial	15
Categorias profissionais abordadas	07
Categorias profissionais entrevistadas	05
Tempo total de gravação das entrevistas	03h10min40s
Menor tempo de entrevista	04min54s
Maior tempo de entrevista	34min36s
Duração média das entrevistas	11min13s
Total de páginas de transcrição	64
Total de páginas de Diário de Campo	37

Fonte: Da Autora (2025).

Figura 03 – Representação da intersecção entre as etapas da Análise de Conteúdo



Fonte: Valle e Ferreira (2013).

A pré-análise foi realizada por meio do diário de campo, que funcionou como uma fase inicial de organização e reflexão sobre os dados coletados. Durante essa etapa, foram registradas as primeiras impressões, observações e reflexões sobre o contexto e as interações observadas

nas entrevistas e atividades de pesquisa. Esse processo permitiu a familiarização com o material, facilitando a identificação de aspectos relevantes e questões emergentes, além de fornecer um panorama geral do conteúdo a ser explorado nas fases subsequentes.

Na etapa de exploração do material, foram realizadas a leitura exaustiva e a codificação inicial dos dados transcritos, visando identificar unidades de significado que emergiram das entrevistas. A codificação foi conduzida de forma indutiva, ou seja, sem categorias pré-estabelecidas, permitindo que os temas surgissem diretamente dos relatos dos participantes. Para garantir rigor metodológico, foram utilizados marcadores temáticos que auxiliaram na categorização dos conteúdos de forma estruturada, agrupando trechos das falas que apresentavam semelhanças ou padrões recorrentes. Essa sistematização possibilitou a organização dos dados em eixos temáticos, refletindo as principais percepções dos entrevistados sobre a utilização da CC.

Após a categorização dos dados, seguiu-se a fase de tratamento dos resultados e interpretação. Para aumentar a robustez dessa etapa da análise qualitativa, foi utilizada a triangulação de dados, combinando entrevistas com profissionais de saúde, observações registradas em diário de campo e análise da literatura científica.

2.2 Resultados e Discussão

2.2.1 Etapa 1 – Das Análises Quantitativas

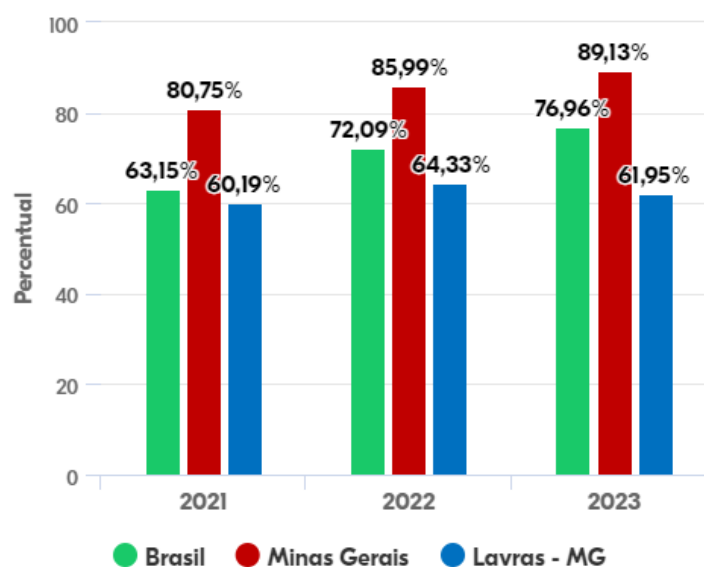
Para compreender os resultados encontrados neste estudo, é essencial considerar o contexto sociodemográfico e de saúde do município em que foi realizado. Segundo dados do IBGE, o município de Lavras se encontra na região sul do estado de Minas Gerais e, em 2024, a população é de 109.884 habitantes e a densidade demográfica era de 194,1 habitantes por quilômetro quadrado. No que tange a descrição da saúde do município, a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 9,63 para cada 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 8,6 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 414 de 853 e 235 de 853, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 3133 de 5570 e 2057 de 5570, respectivamente.

A cobertura da atenção primária no município de lavras era de 61,95%, bem abaixo do estado de Minas Gerais e do Brasil (89,13% e 76,96%, respectivamente). Analisar esse indicador é crucial porque reflete a capacidade do sistema de saúde de oferecer serviços básicos essenciais à população. Na primeira infância, essa cobertura é especialmente importante, pois influencia

diretamente o monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças, a vacinação, e a prevenção de doenças, estabelecendo uma base sólida para a saúde ao longo da vida. A figura 05 mostra a evolução da população cadastrada pelas equipes de atenção primária e de saúde da família no município, estado e país a partir de 2021.

Com relação ao serviço de atenção primária em Lavras, segundo a Secretaria Municipal de Saúde, o município conta com 19 UBS sendo o principal ponto de entrada para os serviços de saúde no SUS. Em termos de recursos humanos, Lavras possui 23 ESFs, cada uma composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Figura 04 – Gráfico da população cadastrada pelas equipes de atenção primária e de saúde da família no Brasil, Estado de Minas Gerais e Município de Lavras de 2021 a 2023

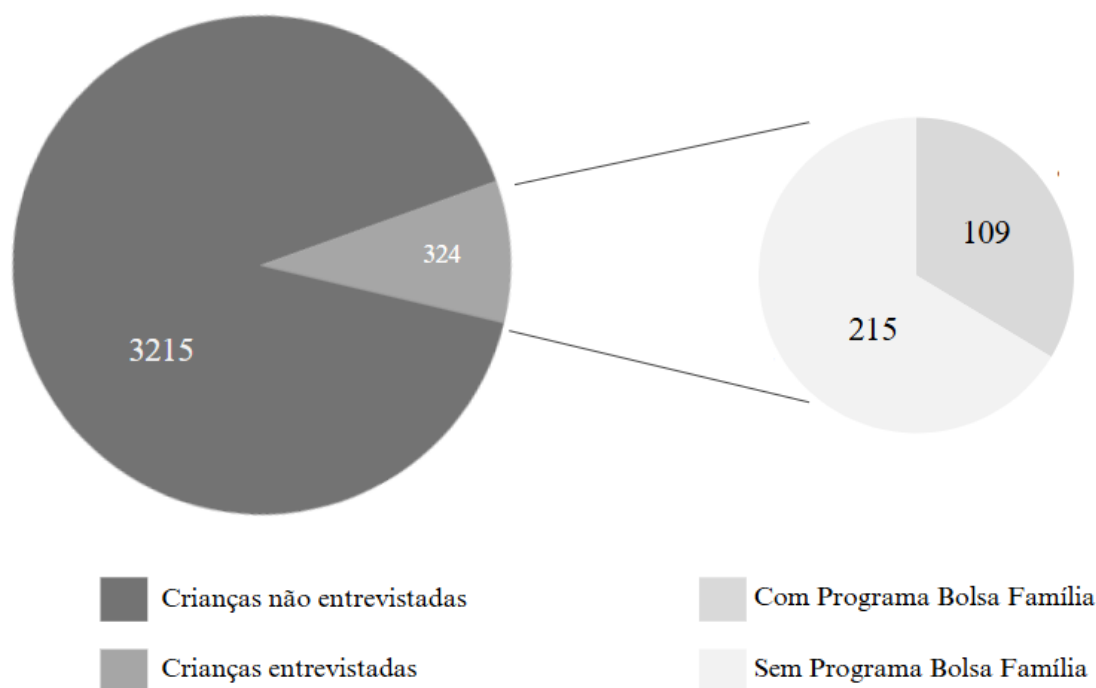


Fonte: Brasil, Ministério da Saúde: e-Gestor (2021,2023).

Na porção quantitativa da pesquisa, foram entrevistadas 311 famílias, totalizando 324 participantes de uma amostra estimada de 3539 crianças com zero a três anos de idade residentes em Lavras em 2021, segundo o DATASUS. Na análise descritiva dos dados, do total dos entrevistados, 33,6% (n=109) são usuárias do Programa Bolsa Família e apenas uma criança não possuía a Caderneta da Criança. Quanto ao gênero dos acompanhantes das crianças, 94,8% (n=307) eram do sexo feminino e apenas 5,2% (n=17) do sexo masculino. No que se refere a etnia, 71,9% (n=233) se consideravam pretos ou pardos, 24,3% (n=79) se autodeclaravam brancos, 3,3% (n=11) amarelos e menos de 0,5% (n=1) indígenas. Quanto ao parentesco, 88,5% (n=287) dos acompanhantes das crianças se tratava da mãe e somente 4,9% (n=16) do pai. Os

avós representavam 5,2% (n=17) dos cuidadores e os 1,4% (n=4) restantes incluíam outros como tios e babá. Esses resultados podem ser analisados de forma esquemática na Tabela 02.

Figura 05 – Proporção da amostra entrevistada em relação à população de crianças de zero a três anos residentes na cidade de Lavras, Minas Gerais, em 2021 segundo o DATASUS



Fonte: Da Autora (2025).

Como podemos observar na Tabela 02, a grande maioria das famílias, cerca de 86,4% (n=279) conheciam a Caderneta da Criança. Destes que conheciam o instrumento, 76,9% (n=216) conheceram apenas na maternidade, 10,0% (n=28) nas UBS, 5,7% (n=16) no consultório médico e 7,5% (n=21) de outras formas como pela internet, através de familiares ou por outros profissionais da saúde. Cerca de 89,5% (n=282) dos acompanhantes tem costume de levar a CC nas consultas, 10,2% (n=32) das famílias não têm esse hábito. Quando questionado sobre o preenchimento da caderneta pelo médico, 80,2% (n=251) alegaram que o profissional preenche em todas as consultas, 15,3% (n=48) não preenche e 4,2% (n=13) não souberam relatar. Com relação ao conhecimento do conteúdo da Caderneta, 31,3% (n=98) dos usuários desconhecem os conteúdos presentes na caderneta e para que ela serve. Por outro lado, 68,4% (n=214) conhecem seu conteúdo.

Tabela 02 - Distribuição das características sociodemográficas dos responsáveis

Variáveis	N (324)*	Porcentagem (%)
Sexo		
Feminino	307	94,8
Masculino	17	5,2
Estado Civil		
Solteiro (a)	129	39,9
Casado (a)	124	38,4
União Estável	56	17,3
Divorciado (a)	7	2,2
Outro	7	2,2
Etnia da mãe ou responsável		
Parda	128	39,5
Preta	105	32,4
Branca	79	24,4
Amarela	11	3,4
Indígena	1	0,3
Escolaridade		
> 12 anos de estudo	149	46,0
< 12 anos de estudo	98	30,2
< 9 anos de estudo	64	19,8
< 4 anos de estudo	13	4,0
Profissão		
Trabalhador não remunerado	99	31,0
Empregado do setor privado	68	21,3
Desempregado	54	16,9
Conta própria	53	16,6
Trabalhador Doméstico	22	6,9
Empregado do setor público	18	5,6
Aposentado	5	1,7
Parentesco		
Mãe	287	88,6
Pai	17	5,2
Avó/Avô	16	4,9
Outro	4	1,2

* Se a soma da variável for inferior a 324, isso se deve à ausência de dados para a variável informada.

Fonte: Da Autora (2025).

Tabela 03 – Análise descritiva dos dados referentes à Caderneta da Criança

Variáveis	N (324)*	Porcentagem (%)
O cuidador conhece a CC		
Sim	279	86,4
Não	44	13,6
Como o cuidador conheceu a CC		
Maternidade	216	76,8
Unidade Básica de Saúde (UBS)	28	10,0
Outro	21	7,5
Consultório médico	16	5,7
O cuidador conhece o conteúdo da CC		
Sim	214	68,4
Não	98	31,3
A criança não tem caderneta	1	0,3
O cuidador leva a CC na consulta		
Sim	282	89,5
Não	32	10,2
A criança não tem caderneta	1	0,3
O médico ou pediatra preenche a CC em todas as consultas		
Sim	251	80,2
Não	48	15,3
Não sabe	13	4,2
A criança não tem caderneta	1	0,3

*Se a soma da variável for inferior a 324, isso se deve à ausência de dados para a variável informada.

Fonte: Da Autora (2025).

Os médicos e pediatras são os profissionais que mais preenchem a CC (88,6%), seguidos enfermeiros com 40,8% (n=128). Nutricionistas, dentistas e demais profissionais preencheram menos de 3% das cadernetas. Cerca de 14,4% (n=31) das famílias relatam que nenhum desses profissionais questionados solicitaram e preencheram a caderneta. A Tabela 04 e a Figura 06 ilustram esses dados.

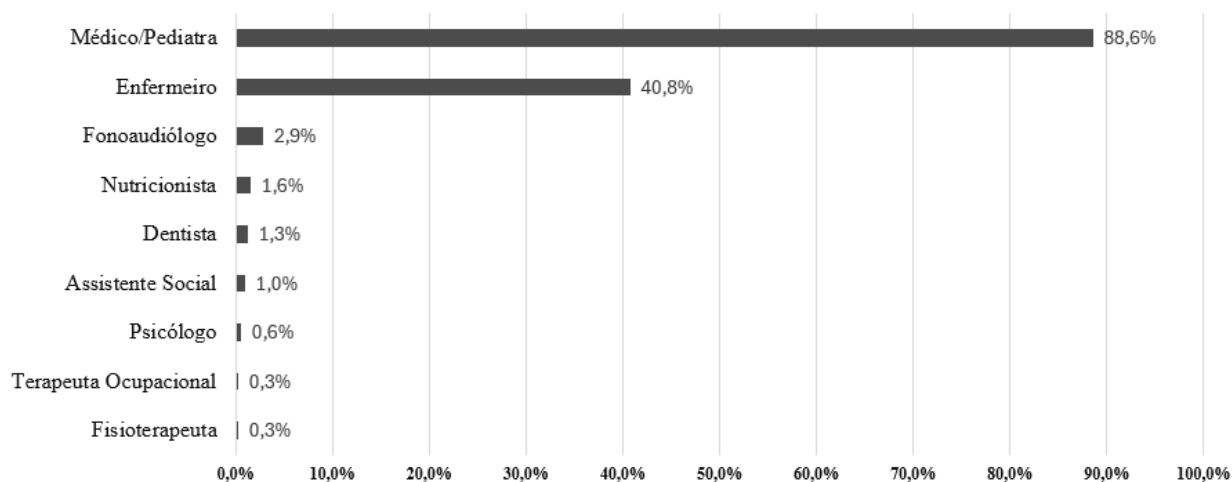
Tabela 04 - Categorização dos profissionais em relação ao preenchimento da Caderneta

Variáveis	N (324)*	Porcentagem (%)
Médico/Pediatra		
Sim	278	88,6
Não	35	11,1
A criança não tem caderneta	1	0,3
Enfermeiro		
Sim	128	40,8
Não	185	58,9
A criança não tem caderneta	1	0,3
Nutricionista		
Sim	5	1,6
Não	308	98,1
A criança não tem caderneta	1	0,3
Dentista		
Sim	4	1,3
Não	309	98,4
A criança não tem caderneta	1	0,3
Fonoaudiólogo		
Sim	9	2,9
Não	304	96,8
A criança não tem caderneta	1	0,3
Terapeuta Ocupacional		
Sim	1	0,3
Não	312	99,4
A criança não tem caderneta	1	0,3
Fisioterapeuta		
Sim	1	0,3
Não	312	99,4
A criança não tem caderneta	1	0,3
Assistente Social		
Sim	3	1,00
Não	310	98,7
A criança não tem caderneta	1	0,3
Psicólogo		
Sim	2	0,6
Não	311	99,1
A criança não tem caderneta	1	0,3

*Se a soma da variável for inferior a 324, isso se deve à ausência de dados para a variável informada.

Fonte: Da Autora (2025).

Figura 06 – Gráfico do percentual de profissionais da Atenção Primária à Saúde que preenchem a Caderneta da Criança



Fonte: Da Autora (2025).

No Teste Exato de Fisher, apresentaram associação estatisticamente significativa as seguintes variáveis: conhecimento da CC e parentesco com a criança, conhecimento do conteúdo da CC e estado civil do cuidador, conhecimento do conteúdo da CC e etnia do responsável e conhecimento do conteúdo da CC e escolaridade do cuidador. O resultado completo do Teste Exato de Fischer está descrito nas Tabelas 05 e 06.

Tabela 05 – Associação entre o conhecimento da CC e os aspectos sociodemográficos dos cuidadores

Conhecimento da CC						
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Feminino	265	95,0	41	93,2	306	94,7
Masculino	14	5,0	3	6,8	17	5,3
Estado Civil						
Solteiro	110	39,4	18	41,9	128	39,8
União Estável	48	17,2	8	18,6	56	17,4
Casado	111	39,8	13	30,2	124	38,5
Divorciado	6	2,2	1	2,3	7	2,2
Outro	4	1,4	3	7,0	7	2,2
Etnia						
Branca	68	24,4	11	25,0	79	24,5
Preta	86	30,8	19	43,2	105	32,5
Amarela	11	3,9	0	0	11	3,4
Parda	113	40,5	14	31,8	127	39,3
Indígena	1	0,4	0	0	1	0,3
Escolaridade						
< 4 anos	9	3,2	4	9,1	13	4,0
< 9 anos	51	18,3	12	27,3	63	19,5
< 12 anos	89	31,9	9	20,5	98	30,3
>12 anos	130	46,6	19	43,2	149	46,1
Parentesco						
Mãe	252	90,3	34	77,3	286	88,5
Pai	13	4,7	3	6,8	16	5,0
Avô/Avó	11	3,9	6	13,6	17	5,3
Outro	3	1,1	1	2,3	4	1,2

* p < 0,05 - associação estatisticamente significativa

Fonte: Da Autora (2025).

Tabela 06 - Associação entre o conhecimento do conteúdo da CC e aspectos sociodemográficos dos cuidadores

Conhecimento do conteúdo da CC									
	Sim		Não		Não tem CC		Total		Valor p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo									0,289
Feminino	206	96,3	91	92,9	1	100	298	95,2	
Masculino	8	3,7	7	7,1	0	0	15	4,8	
Estado Civil									0,033*
Solteiro	80	37,4	45	46,4	0	0	125	40,1	
União Estável	41	19,2	14	14,4	1	100	56	17,9	
Casado	88	41,1	30	30,9	0	0	118	37,8	
Divorciado	3	1,4	4	4,1	0	0	7	2,2	
Outro	2	0,9	4	4,1	0	0	6	1,9	
Etnia									<0,01*
Branca	63	29,4	12	12,2	1	100	76	24,3	
Preta	54	25,5	48	49,0	0	0	102	32,6	
Amarela	11	5,1	0	0	0	0	11	3,5	
Parda	85	39,7	38	38,8	0	0	123	39,3	
Indígena	1	0,5	0	0	0	0	1	0,3	
Escolaridade									0,020*
< 4 anos	4	1,9	7	7,1	0	0	11	3,5	
< 9 anos	37	17,3	23	23,5	0	0	60	19,2	
< 12 anos	64	29,9	34	34,7	0	0	98	31,3	
>12 anos	109	50,9	34	34,7	1	100	144	46,0	
Parentesco									0,336
Mãe	196	91,6	86	87,8	1	100	283	90,4	
Pai	7	3,3	7	7,1	0	0	14	4,5	
Avô/Avó	8	3,7	5	5,1	0	0	13	4,2	
Outro	3	1,4	0	0	0	0	3	1,0	

* p < 0,05 - associação estatisticamente significativa

Fonte: Da Autora (2025).

A mulher como principal responsável pelo cuidado

A alta proporção de mães (88,5%) como principais acompanhantes das crianças, com 94,7% dos cuidadores sendo mulheres, reforça o papel tradicional da mulher na saúde infantil. Estudos recentes apontam que a maternidade é vista como a principal responsável pelo cuidado das crianças, enquanto a participação dos pais ainda é limitada. Esse fato está ligado diretamente ao papel social delegado à mulher e aos parâmetros culturais construídos, no qual compreende-se o cuidado como uma atribuição feminina. (Barreta *et al.*, 2016). Em um estudo conduzido no Ceará, com mulheres que frequentam a atenção primária em saúde, foi possível detectar como a exaustão diante dos cuidados com a criança, a rotina de afazeres domésticos, conciliação dos estudos e a presença de cobranças excessivas frente a um ideal materno perfeito, sobrecarregam e adoecem essas mulheres (Dias *et al.*, 2022).

A associação significativa entre conhecimento da CC e o parentesco, com as mães sendo as que mais conhecem o instrumento, destaca ainda mais a centralidade do papel materno no cuidado infantil. Estudos recentes mostram que as mães geralmente são as principais responsáveis pela saúde dos filhos, o que pode explicar seu maior conhecimento sobre a CC (Cobo; Cruz; Dick, 2021). Reconhecendo esse cenário e buscando promover maior corresponsabilização no cuidado, o Ministério da Saúde implementou estratégias como o Pré-Natal do Parceiro, que incentiva a participação ativa dos pais e figuras paternas desde a gestação, visando ampliar o envolvimento masculino nas ações de saúde da criança e da família (Brasil, 2018b).

Contexto social como desafio para o monitoramento da saúde da criança

Cerca de 33,6% dos entrevistados são beneficiários do Programa Bolsa Família, e a maioria dos acompanhantes se autodeclara preta ou parda (71,9%). Esses dados evidenciam a presença significativa de populações em situação de vulnerabilidade social, o que reforça a importância de considerar aspectos culturais e contextuais no planejamento de intervenções e programas de saúde. Estudos têm mostrado que famílias em situação de vulnerabilidade enfrentam maiores dificuldades no acesso e na utilização adequada dos serviços de saúde, incluindo o uso de ferramentas como a CC. Além disso, há relatos de que profissionais de saúde tendem a envolver menos os cuidadores com menor renda no acompanhamento do desenvolvimento infantil, o que pode aprofundar as desigualdades já existentes (Bezerra *et al.*, 2020; Matos; Tavares; Couto, 2024).

No teste exato de Fischer, as variáveis conhecimento do conteúdo da caderneta e etnia apresentaram associação estatisticamente significativa. Um estudo realizado no ano de 2021, demonstra que as desigualdades raciais se combinam com as de gênero, aumentando as vulnerabilidades de pessoas pretas ou pardas, refletindo desigualdades socioeconômicas estruturais da sociedade brasileira. Embora os princípios da universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde visem garantir direitos e equalizar oportunidades, ainda existem barreiras significativas no acesso a serviços de saúde de qualidade para esses grupos. Como resposta a essa realidade, políticas públicas como a Rede Cegonha e, mais recentemente, a Rede Alyne têm buscado mitigar os impactos do racismo estrutural na atenção à saúde de mulheres negras e seus filhos. A Rede Alyne, em especial, tem como foco promover a equidade racial e o enfrentamento do racismo institucional no cuidado obstétrico e infantil, contribuindo para a formação de profissionais e para o fortalecimento de práticas sensíveis às especificidades étnico-raciais. Presume-se que essa conjuntura também se aplica no que se diz respeito ao conhecimento da caderneta destacando a importância de abordagens culturalmente sensíveis na promoção da saúde infantil (Brasil, 2024b; Cobo; Cruz; Diki, 2021).

A correlação entre maior escolaridade do cuidador e maior conhecimento do conteúdo da CC é consistente com a literatura que relaciona níveis mais altos de educação a melhor compreensão e utilização de informações de saúde (Rosolem *et al.*, 2019). Alguns estudos específicos sobre o instrumento de monitoramento infantil mostram que a maior escolaridade materna estava associada à leitura da CC (Leal; Oliveira; Pessoa, 2021). Além disso, em um estudo realizado em municípios do semiárido brasileiro, as crianças cujas mães tinham nove anos ou mais de estudo apresentaram uma chance quase seis vezes maior de terem a caderneta da criança preenchida adequadamente quando comparadas as crianças com mães com menor nível de escolaridade (Costa *et al.*, 2014).

A relação entre o conhecimento do conteúdo da CC e o estado civil do cuidador, onde os casados têm maior conhecimento em comparação aos solteiros, pode ser explicada pela estabilidade e suporte social geralmente mais presentes em famílias casadas. Estudos indicam que a estabilidade conjugal pode fornecer um ambiente mais propício para a troca de informações e apoio no cuidado infantil (Nunes-Costa, Lamela, Figueiredo, 2009). Programas de saúde pública devem considerar intervenções específicas para cuidadores solteiros e divorciados, que podem enfrentar desafios adicionais na obtenção e aplicação de informações sobre saúde infantil.

A associação significativa entre conhecimento do conteúdo da CC e a etnia do responsável, com pretos e pardos sendo os que mais desconhecem o conteúdo, aponta para uma desigualdade que pode estar enraizada em fatores socioeconômicos e históricos. Diversos estudos apontam que a população negra no Brasil enfrenta barreiras estruturais no acesso à educação e aos serviços de saúde, resultantes do racismo institucional e da herança colonial ainda presente nas práticas e políticas públicas (Faustino, 2017; Santos et al., 2020; Souza; Rocha; Nunes, 2024).

Essas desigualdades impactam diretamente o conhecimento e a utilização de instrumentos de promoção da saúde, como a CC, além de reforçarem a responsabilização individual, sobretudo de mulheres negras, sem considerar os atravessamentos históricos e sociais que dificultam o acesso e a apropriação desses recursos. Nesse contexto, iniciativas como a Rede Alyne ganham relevância ao atuar diretamente sobre essa problemática interseccional, promovendo a equidade racial e de gênero no cuidado materno-infantil e reconhecendo as múltiplas opressões que recaem especialmente sobre mulheres negras em situação de vulnerabilidade. A abordagem interseccional, ao considerar simultaneamente raça, gênero e classe, contribui para evidenciar como essas opressões estruturam desigualdades no cuidado infantil, muitas vezes sem suporte institucional efetivo (Romagnoli e Silva, 2022).

A substituição da Caderneta da Criança pelo Cartão simplificado

Nos dados encontrados, apenas uma criança não possuía a CC, indicando, a princípio, uma boa distribuição do instrumento. No entanto, durante a análise dos dados quantitativos coletados para esta pesquisa, identificou-se um viés significativo que comprometeu a precisão dos resultados. A maioria dos usuários de saúde reportou possuir a CC, entretanto, muitos desses usuários confundem a Caderneta com o Cartão simplificado distribuído pelo município.

A Caderneta da Criança e o Cartão simplificado são instrumentos distintos, sendo a primeira responsável por abranger um espectro mais amplo de informações sobre o desenvolvimento e saúde da criança, enquanto o segundo tem menos informações e foco maior no registro das vacinas administradas. Isso sugere que os dados quantitativos inicialmente indicavam uma taxa de utilização da CC maior do que a real. Em um estudo conduzido em 2023 por Cruz foi relatado que os estoques de cadernetas do MS estavam zerados no Rio de Janeiro no ano de 2021 e o município produziu uma versão simplificada do instrumento, em formato de cartão dobrável, que continham os dados de identificação da criança, as informações do parto e nascimento, dos exames de triagem neonatal, as curvas de Peso x Idade, perímetro cefálico e

a tabela dos marcos de desenvolvimento, todos estes até 1 ano de idade da criança, além de espaço para anotação de vacinas. Esses dados mostram que prática de substituição da CC por versões simplificadas impressas pelos municípios é algo já relatado em diferentes regiões do Brasil. Isso pode ser atribuído a uma série de fatores, incluindo limitações orçamentárias, dificuldades logísticas na distribuição das cadernetas oficiais, e iniciativas locais para suprir a falta de material.

A responsabilidade de levar a caderneta nas consultas médicas e demais serviços de saúde é dos pais (Silva; Gaíva; Mello, 2015). No presente estudo, os cuidadores relataram em sua maioria, que levam a CC nas consultas. Em contrapartida, outros estudos revelam que alguns responsáveis não possuem o hábito de levar a caderneta nas consultas, impossibilitando o seu preenchimento. O esquecimento da CC na hora da consulta e ausência de interesse e cobrança dos profissionais induzem as famílias a pensarem que a CC é pouco importante no acompanhamento da criança; assim, as cadernetas não são levadas às UBS ou até são levadas, mas são mal conservadas e perdem seu caráter de documento de saúde (Palombo *et al.*, 2014; Cavalcante *et al.*, 2018; Bezerra *et al.*, 2020).

Educação em saúde como ponto frágil na Atenção Primária à Saúde

Nas perguntas relacionadas à CC, obteve-se que 86,4% dos entrevistados conhecem a CC, mas quando questionados se conheciam o conteúdo do documento, apenas 68,4% afirmaram sua resposta. Vários estudos comprovam o desinteresse dos cuidadores pelo conteúdo da ferramenta e que a identificam apenas como cartão de vacina (Cavalcante *et al.*, 2018; Andrade; Rezende; Madeira, 2014; Silva; Gaíva; Mello, 2015). Este desinteresse e a própria utilização da caderneta estão condicionados ao significado que a ferramenta tem para os profissionais. As ferramentas de registros da saúde da criança, muitas vezes, não são compreendidas em sua totalidade. A CC é associada ao cartão de vacinação, desvelando que as experiências pregressas das mães e dos profissionais não oportunizaram a ressignificação dessa ferramenta (Soares *et al.*, 2022). A alta porcentagem de conhecimento da caderneta (86,4%) é um indicativo positivo, porém, a discrepância entre conhecimento e prática, com 10,2% das famílias não levando a caderneta às consultas, aponta para a necessidade de estratégias educativas que reforcem a importância da utilização contínua do instrumento.

A predominância da distribuição da caderneta na maternidade (76,9%) destaca a relevância dos hospitais na introdução deste instrumento, enquanto a menor contribuição das UBS (10%) sugere a necessidade de fortalecer a distribuição e orientação nas unidades básicas de saúde. Em contraste do que foi encontrado neste estudo, uma pesquisa realizada em Pelotas,

no Rio Grande do Sul, obteve-se que 61,5% dos responsáveis receberam a caderneta na UBS e 38,5% a obtiveram na maternidade (Linhares *et al.*, 2012). A APS deveria ser o primeiro contato da família com o instrumento durante os cuidados pré-natais já que no cuidado continuado, a UBS recebe de volta o binômio mãe-bebê após a alta da maternidade. Um estudo realizado em um município paulista reitera-se a premência de orientar as mães no pré-natal e após o parto sobre a importância da caderneta, o que pode valorizar sua utilização e contribuir para que elas apreendam a caderneta como um passaporte de cidadania da saúde da criança (Rosolem *et al.*, 2019).

O pediatra foi a categoria profissional com maior percentual de respostas afirmativas quanto ao preenchimento da Caderneta da Criança (88,5%). Esse resultado é coerente com o papel que esse profissional desempenha na rede de atenção à saúde infantil, sendo o mais diretamente envolvido nas consultas de puericultura e, portanto, mais familiarizado com os registros da caderneta. Obteve-se resultado parecido em duas pesquisas realizadas em Belo Horizonte, evidenciado que as crianças são acompanhadas mais frequentemente pelo pediatra (Amorim *et al.*, 2018a; Alves *et al.*, 2009). No município de Lavras, todos os outros profissionais obtiveram maior percentual de respostas negativas do que positivas quanto ao preenchimento. Diversos fatores contribuem para que os profissionais não preencham adequadamente a CC, vão desde a dificuldade com as inovações que ocorreram com o instrumento, demonstrando a necessidade de capacitação para os profissionais e até mesmo a indisponibilidade do instrumento nos serviços de saúde (Andrade; Rezende; Madeira, 2014).

Com 80,2% dos profissionais de saúde preenchendo a caderneta em todas as consultas, os dados indicam uma boa adesão ao uso do instrumento. Já era esperado que os profissionais pertencentes à equipe mínima na ESF, como médico e enfermeiro, serem os que mais preenchem a caderneta. No entanto, a variabilidade entre os profissionais que utilizam a caderneta, com médicos/pediatras preenchendo 88,5% das vezes, e enfermeiros apenas 40,9%, sugere a necessidade de treinamento e padronização entre todas as categorias de profissionais de saúde envolvidos no cuidado infantil na atenção primária à saúde.

O MS tem manuais e diretrizes específicas para atuação do enfermeiro na condução do pré-natal de baixo risco, no acompanhamento do CD através de consultas de puericultura e no preenchimento adequado da CC (Brasil, 2005, 2009, 2012). No entanto, a porcentagem de enfermeiros que relatam preencher a caderneta em todas as consultas (40,9%) é significativamente menor do que a dos médicos/pediatras (88,5%), o que evidencia fragilidades nas ações voltadas à saúde da criança no âmbito da APS. Ainda que os dados apontem

envolvimento expressivo dos enfermeiros em comparação a outras categorias profissionais com adesão inferior, é necessário refletir sobre as dificuldades e tensões assistenciais enfrentadas por essa categoria, que podem comprometer a efetividade das consultas de puericultura e a completude dos registros. Este fato pode ser explicado por alguns fatores que dificultam a realização da consulta de puericultura de forma efetiva como a infraestrutura inadequada das unidades básicas de saúde, a indisponibilidade de recursos materiais, o déficit de recursos humanos, aliados à falta de treinamentos específicos para a categoria voltados para a saúde da criança (Lima *et al.*, 2023).

A equipe multidisciplinar e a utilização da Caderneta

Na presente pesquisa pode-se observar que outros profissionais além dos presentes na equipe mínima da ESF não têm o hábito de preencher a CC. Esse achado evidencia uma fragilidade no trabalho interprofissional e na corresponsabilização pelo cuidado infantil, revelando que a CC ainda é percebida por parte das equipes como um instrumento de uso restrito a determinadas categorias.

Apesar do dentista ser um profissional que pode participar da equipe básica de forma ampliada, uma pesquisa qualitativa realizada na região Nordeste do Brasil, demonstrou que os odontólogos reconhecem a importância da caderneta para o acompanhamento da saúde infantil, mas afirmam não registrar as ações realizadas e evidenciam a utilização da caderneta pela enfermagem, o que corrobora com os resultados encontrados no município de Lavras (Soares *et al.*, 2022).

Quanto aos nutricionistas, obteve-se no presente estudo que 98,1% desses profissionais não preenchem a CC. Um estudo de Carvalho destacou o reduzido número desses profissionais como membro da equipe de saúde, além da falta de treinamento específico para o atendimento às crianças (Carvalho *et al.*, 2008).

Um estudo realizado com discentes de Terapia Ocupacional no Tocantins identificou a ausência de terapeutas ocupacionais na APS dos municípios analisados. Essa escassez de profissionais nesse nível de atenção à saúde pode estar relacionada à baixa frequência de preenchimento da Caderneta por essa categoria. Embora a legislação preveja a participação de terapeutas ocupacionais na atenção primária à saúde, ela não os inclui como membros obrigatórios da equipe mínima (Paixão; Costa; Vieira, 2022).

Destaca-se que pode haver um viés de memória nesse resultado, visto que dependia da lembrança dos cuidadores sobre qual profissional prestou atendimento e se os médicos eram generalistas ou especialistas. Além disso, no presente estudo, foi perguntado aos cuidadores somente em relação aos profissionais com formação de nível superior, mas os outros

profissionais como os técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde também são atuantes na APS e capazes de realizar o preenchimento da caderneta.

2.2.2 Etapa 2 – Das Análises Qualitativas

A análise qualitativa desta pesquisa a partir de entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde da rede de Lavras buscou aprofundar a compreensão sobre a utilização da CC na região, complementando os achados quantitativos previamente apresentados. A Tabela 07 descreve o perfil dos participantes da pesquisa, incluindo a formação profissional, o tempo de atuação na unidade de saúde e o tipo de vínculo. Esses dados permitem contextualizar a produção do material empírico e demonstram a densidade e a diversidade do conteúdo analisado.

A análise a partir da coleta do material de estudo foi conduzida por meio da triangulação entre a literatura científica, as entrevistas realizadas e as anotações registradas no diário de campo, permitindo uma compreensão mais ampla e aprofundada dos fenômenos observados. Esses dados foram interpretados com base na técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, permitindo a identificação de categorias e subcategorias que refletem as percepções e experiências dos participantes. Os achados foram organizados em seis categorias principais: (1) Percepção e utilização da Caderneta pelos cuidadores, (2) Percepção e utilização da Caderneta pelos profissionais de saúde, (3) Capacitação profissional e educação em saúde, (4) Aspectos socioeconômicos e marcadores interseccionais (5) Políticas públicas e gestão e (6) Impacto no monitoramento da saúde da criança. Dentro de cada categoria, foram definidas subcategorias que detalham diferentes aspectos abordados pelos entrevistados. A partir da própria apresentação das subcategorias, já é possível perceber que diversos desafios na utilização da CC, apontados na análise quantitativa, foram reiterados pelos entrevistados nesta etapa qualitativa. Da mesma forma, também se evidenciam valores atribuídos à Caderneta que reforçam sua importância para a prática profissional.

Tabela 07 - Caracterização dos Profissionais Entrevistados

Total de Entrevistados	N (17)	Porcentagem (%)
Sexo		
Feminino	14	82,3%
Masculino	03	17,7%
Categoria Profissional		
Enfermeiro	06	35,3%
Dentista	01	06,0%
Médico	04	23,5%
Médico Pediatra	03	17,6%
Nutricionista	03	17,6%
Grau de Instrução		
Apenas Ensino Superior requerido	05	29,4%
Pós-graduação Lato Sensu	07	41,1%
Pós-graduação Stricto Sensu	04	23,5%
Título de Especialista	01	06,0%
Formação em Saúde Pública		
Sim	05	29,4%
Não	12	70,6%
Forma de Contratação		
Concurso Público	12	70,6%
Contrato	05	29,4%
Tempo de atuação na unidade		
Menos de 1 ano	00	00,0%
1 – 2 anos	10	58,8%
2 – 5 anos	02	11,7%
5 – 10 anos	02	11,7%
Mais de 10 anos	03	17,8%

Fonte: Da Autora (2025).

A seguir, apresenta-se a Tabela 08, que sistematiza essas categorias e subcategorias identificadas na análise, destacando com números sobrescritos aquelas que representam os principais desafios enfrentados¹ e os valores atribuídos² à utilização da Caderneta da Criança pelos profissionais de saúde, em consonância com os objetivos específicos da pesquisa.

Tabela 08 - Categorias e subcategorias emergentes das entrevistas com profissionais

Percepção e utilização da Caderneta pelos cuidadores	Desconhecimento do conteúdo da CC ¹
	Desafios enfrentados pelos cuidadores ¹
	Centralidade na Vacinação ²
Percepção e utilização da Caderneta por profissionais de saúde	Diversidade do uso entre categorias profissionais ¹
	Desafios enfrentados pelos profissionais ¹
	Centralidade na Vacinação ²
	Comparação entre saúde pública e privada ²
Capacitação profissional e educação em saúde	Avaliação da formação dos profissionais ¹
	Iniciativas de educação e treinamento ¹
	Impacto da Especialização Profissional no Uso da CC ²
Aspectos socioeconômicos e marcadores interseccionais	Compra da Caderneta ¹
	Centralidade do cuidado na mulher ²
	Desigualdades Socioeconômicas ²
Políticas Públicas e Gestão	Barreiras no acesso e violação da universalidade ¹
	Substituição da Caderneta por versões simplificadas ¹
	Sobrecarga de trabalho ¹
	Valorização do atendimento médico e especialidades ²
	Estratégias para melhoria e intervenção ²
Impacto no monitoramento da Saúde da Criança	Descontinuidade do cuidado ¹
	Cuidado compartilhado ²
	Cobertura Vacinal e exposição a doenças evitáveis ²
	Foco nas queixas agudas ²

¹ Desafios enfrentados por profissionais de saúde na utilização da Caderneta da Criança

² Valores atribuídos à Caderneta da Criança pelos profissionais de saúde

Fonte: Da Autora (2025).

Categoria 1 - Percepção e utilização da Caderneta pelos cuidadores

A efetividade da Caderneta da Criança depende tanto da atuação dos profissionais de saúde quanto do conhecimento e do uso ativo por parte dos cuidadores. Os dados qualitativos

revelam que, na prática cotidiana, muitos responsáveis não exploram todo o potencial do instrumento. Apesar de, na etapa quantitativa, a maioria dos cuidadores afirmar conhecer a caderneta, os profissionais relatam que esse conhecimento é, em grande parte, superficial. Em diversas entrevistas, foi destacado que o conteúdo da caderneta, especialmente as seções dedicadas ao desenvolvimento infantil, nutrição e estimulação, é pouco acessado pelas famílias.

“Eles chegam com tantas dúvidas que são coisas simples que tem no cartão de acompanhamento da criança, [...] ela tem tudo do desenvolvimento da criança. [...] Eles nem leem. [...], não usam o guia.” ENF6

Essa percepção está alinhada com estudos prévios, como o de Soares e colaboradores (2022), que também identificaram o uso restrito da CC ao ambiente das consultas, sem uma leitura ativa fora do contexto dos serviços de saúde. Dois pediatras entrevistados corroboram essa limitação, afirmando que muitos cuidadores nem sequer folheiam a caderneta ou compreendem sua função além do acompanhamento médico:

“A temperatura de água do banho, como que a gente estimula o desenvolvimento neurológico da criança isso tudo está anotado na caderneta, mas eles não têm essa noção. Eles mesmo não usam a caderneta nesse sentido.” PED1

“Eu acho que é mesmo desconhecimento [por parte dos cuidadores] do que [...] pode conter de informação ali dentro, né? Então acaba que ninguém folheia.” PED2

Esse padrão foi igualmente observado durante as visitas às unidades e registrado no diário de campo. Profissionais de diversas categorias comentaram que poucos cuidadores demonstravam ter lido a CC por completo. Esse achado está bem alinhado com o que foi encontrado na etapa quantitativa da pesquisa, aonde 86,4% dos cuidadores afirmaram conhecer a caderneta, mas apenas 68,4% conheciam seu conteúdo. Essa subutilização parece estar associada não apenas à falta de familiaridade com o conteúdo, mas também a múltiplos desafios enfrentados pelos cuidadores. Outro desafio reside na dificuldade de acesso ao instrumento que foi frequentemente mencionada, sobretudo em períodos de descontinuidade na distribuição. Em uma das falas, um enfermeiro relatou:

“No governo anterior tinha cortado [a caderneta]. Então, as mães chegavam com um papel só para você anotar as vacinas e nada mais. Ficava um negócio totalmente fora, as mães perdiam aquele papel, não guardavam.” ENF4

Além disso, conforme identificado na primeira fase da pesquisa, o contexto social exerce uma influência direta no engajamento das famílias no acompanhamento da saúde infantil. A literatura já aponta que famílias em situação de vulnerabilidade enfrentam maiores dificuldades

no acesso e na utilização adequada dos serviços de saúde (Bezerra *et al.*, 2020; Cobo, Cruz, Dick, 2021; Matos, Tavares, Couto, 2024). Essa realidade foi reforçada pelas observações em diário de campo, que evidenciaram como a sobrecarga de trabalho dos responsáveis, associada à ausência da CC como ferramenta acessível e valorizada, foi frequentemente mencionada pelos profissionais entrevistados como uma barreira tanto para a adesão às consultas regulares de puericultura quanto para o uso da CC como ferramenta de apoio.

“Tem essa questão do desconhecimento da importância do instrumento, [...] de vulnerabilidade socioeconômica, [...] a sobrecarga dos próprios pais, [...] uma carga horária exaustiva de trabalho aí eles não acham que isso seja tão importante. É raro a gente pegar uma criança que fez as consultas de puericultura [...] conforme deve.” ENF3

Outro desafio enfrentado pelos cuidadores é a insuficiência de orientação por parte dos profissionais de saúde. Mesmo aqueles profissionais que reconhecem o valor da CC mencionaram que nem sempre há tempo ou preparo para explicá-la adequadamente aos cuidadores como reforça a fala de uma enfermeira a seguir:

“O principal desafio para os cuidadores é a falta de informação mesmo. De algum profissional da saúde sentar-se e explicar, porque aquela parte das orientações e a gente vê que é bem completo e muitas vezes eles nem leem.” ENF5

Esse cenário reforça a importância da mediação dos profissionais de saúde. A ausência de explicação sobre o material contribui para sua baixa utilização, aprofundando a lacuna entre a disponibilidade da ferramenta e seu uso efetivo. Estudos indicam que a adesão a instrumentos de acompanhamento da saúde infantil está diretamente relacionada não só ao grau de instrução dos cuidadores, mas também, ao suporte oferecido pelos serviços de atenção primária à saúde (Teixeira *et al.*, 2023; Rangel *et al.*, 2022; Freitas *et al.*, 2019).

Um dos desafios mais marcantes no uso da CC como instrumento de acompanhamento integral da saúde infantil é sua percepção restrita ao registro vacinal. Os profissionais entrevistados destacam que a maioria dos cuidadores utiliza a Caderneta principalmente para controle das vacinas, deixando de lado outras informações fundamentais para o desenvolvimento infantil.

No Brasil, a CC é frequentemente associada ao cartão de vacinação, sendo sua função predominantemente vinculada ao registro das vacinas. Isso reflete experiências pregressas tanto das mães quanto dos profissionais de saúde, que não oportunizaram a ressignificação dessa

ferramenta. Como aponta Soares e colaboradores (2022), essa percepção é reforçada pelo próprio uso coloquial do termo "cartão de vacina" em vez de "Caderneta da Criança".

Diversas evidências reforçam essa tendência (Cavalcante et al., 2018; Andrade; Rezende; Madeira, 2014; Silva; Gaíva; Mello, 2015). Um estudo que analisou o preenchimento da Caderneta em crianças de 0 a 2 anos na APS do Piauí identificou que os itens referentes à vacinação apresentaram os maiores percentuais de preenchimento. De fato, esse dado pode ser um reflexo do mérito do PNI; entretanto, também sugere que a Caderneta ainda é utilizada de forma fragmentada, sendo vista majoritariamente como um "cartão de vacinação" (Rodrigues et al., 2022).

A priorização do registro vacinal por parte dos cuidadores foi amplamente destacada pelos profissionais entrevistados:

“Eles trazem para a gente até olhar em época de vacinação para saber se está faltando alguma [vacina]. E a gente orienta se está tudo ok, se está faltando ou atrasada. Eles querem saber da vacina, mas perguntar de crescimento, de desenvolvimento, não.” ENF1

Esse comportamento também foi observado no diário de campo. Durante as entrevistas, quando questionados sobre sua experiência com a CC, muitos profissionais iniciavam a discussão focando na atualização vacinal, sem abordar de imediato os demais conteúdos do documento. Essa visão por parte dos próprios profissionais pode reforçar o valor atribuído pelos cuidadores de que a Caderneta serve apenas para esse fim.

“O maior conhecimento deles é que eles precisam trazer para fazer a vacina. A técnica aqui sempre pede [...] porque é onde fica localizado o calendário vacinal. Então esse é o maior conhecimento deles. Eles sabem que aquilo serve para eles marcarem a vacina, né? Acho que se 5% conseguiram ler a caderneta em sua totalidade, é muito.” ENF2

“Eu já peguei, inclusive, caso que a pessoa vem só com a folha do calendário vacinal porque ela achava que só aquilo ali que era importante, que não precisava ficar com o caderninho inteiro.” ENF3

“Alguns olham muito para a parte de vacina, mas o restante da caderneta, as curvas de crescimento, eu vejo que eles não têm muito conhecimento. Não veem todas aquelas orientações que têm na caderneta.” MED2

“Eles acreditam que é só para anotar as vacinas mesmo. É um livrinho muito bonitinho, o pediatra anota um monte de coisa lá e tem as vacinas no final.” PED3

Embora a vacinação seja parte fundamental da atenção à saúde da criança, ela não é a única. Outras informações essenciais, como curvas de crescimento, marcos do desenvolvimento e orientações sobre cuidados infantis, acabam sendo negligenciadas com esse valor reducionista, centrado no monitoramento vacinal no interior do instrumento.

Categoria 2 - Percepção e utilização da Caderneta por profissionais de saúde

Os profissionais de saúde ocupam um papel fundamental no uso e valorização da CC, seja por meio do registro de informações clínicas, da orientação aos cuidadores ou da incorporação desse instrumento às práticas de cuidado. Entretanto, a forma como ela é utilizada varia entre as categorias profissionais, bem como entre os contextos da saúde pública e privada. Essa diversidade de práticas evidencia lacunas na apropriação do instrumento por parte das equipes e desafios concretos para sua utilização plena na APS.

Os dados da pesquisa revelam que pediatras e enfermeiros são os que mais utilizam a caderneta, sobretudo nas consultas de puericultura, enquanto profissionais como nutricionistas e dentistas a utilizam de forma esporádica. Essa discrepância parece estar relacionada a uma percepção equivocada de que a caderneta seria de uso exclusivo do médico, como apontado por uma nutricionista:

“A caderneta não é só para o profissional médico, né? Não é só para ele usar. Porque isso é um receio da gente também, pegar a caderneta e depois o outro profissional não gostar, achando que a gente tá invadindo o profissional dele, como por exemplo, o pediatra que as crianças consultam. Então, deixar bem claro que é para os diversos profissionais.” **NUT1**

Apesar de fazerem parte da ESF de forma ampliada, odontólogos demonstram pouca familiaridade com a Caderneta. Um estudo sobre seu preenchimento na APS do Piauí reforça esse achado, indicando que os campos destinados à saúde bucal raramente eram preenchidos (Rodrigues et al., 2022).

“Eu mesma não utilizo a caderneta, só uso o prontuário do consultório.” **DEN1**

Mesmo entre médicos e enfermeiros, que compõem a equipe mínima da ESF e deveriam ter maior domínio sobre o uso da Caderneta, a negligência no preenchimento ainda é observada:

“Para te falar a verdade, eu não uso ela não. Eu uso assim no meu guia, de quando eu estudei, que eu fixei na minha mesa. Só quando eu tenho uma coisa muito discrepante e tudo sobre o desenvolvimento da criança mesmo eu procuro no meu [material], não na caderneta.” **ENF6**

Diferentemente do observado em Lavras, onde enfermeiros têm uma participação menos ativa no preenchimento da Caderneta, estudos realizados em regiões com atenção primária à saúde mais fortalecida destacam o papel fundamental desses profissionais no acompanhamento infantil. Em João Pessoa, Paraíba, por exemplo, a enfermagem é considerada protagonista no uso da Caderneta, sendo uma importante fonte de apoio para os pais ao fornecer orientações sobre a saúde infantil (Soares *et al.*, 2025). Já no contexto estudado, a ausência de registros por parte de diferentes profissionais compromete o trabalho dos pediatras, que relatam dificuldade em acessar informações básicas quando a caderneta não está devidamente preenchida por outros membros da equipe.

Além disso, a utilização da Caderneta está diretamente condicionada à sua disponibilidade física e ao comportamento dos cuidadores em levá-la às consultas. Muitos profissionais relataram que a baixa frequência com que os responsáveis trazem a caderneta compromete sua utilização, e, por vezes, essa falta não é sequer questionada nas consultas. Isso foi observado tanto nas entrevistas quanto no diário de campo:

“A mãe, quem cuida da criança, não leva para mim. Tanto é que eu até pergunto, né? Se quer colocar na curva, de peso e tudo. Aí como eles não levam, eu não utilizo.” **NUT2**

A ausência de exemplares nas UBS também foi destacada como um obstáculo recorrente. Alguns profissionais relataram recorrer ao Cartão Simplificado quando não conseguem disponibilizar a caderneta completa aos usuários. Essa falta compromete não apenas a prática profissional, mas o próprio estímulo à adesão por parte das famílias:

“Esse fato de a gente não ter [a caderneta] para dar, eu acho que complica.” **ENF5**

“Acho que o principal desafio é a falta da caderneta, essa caderneta completa pelo SUS, né? Eu, que sempre mostro em todas as consultas, os gráficos, então eu sinto falta quando não tem essa caderneta.” **PED1**

Além disso, há uma cultura de desvalorização das consultas de puericultura, especialmente as realizadas pelos enfermeiros nas UBS. Muitas famílias demonstram resistência em comparecer às consultas de enfermagem por acreditarem que apenas o atendimento médico é necessário.

“Nas visitas pós-parto, que a gente deveria fazer até o 11º dia do nascimento, é um desafio porque elas falam “mas eu já levei na pediatria”; “tá, mas deixa a gente ir pra poder ver como que a criança tá”; “Não, mas já passou na pediatria.” **ENF3**

Essa percepção equivocada se estende a outros profissionais da equipe multiprofissional, como os nutricionistas, que relatam que muitos responsáveis acreditam que a caderneta deve ser usada apenas pelos médicos.

“Nenhuma delas compareceu com a caderneta. Nenhuma. Eu faço a classificação pelas curvas da OMS. Escrevo no prontuário, mas a caderneta em si, até hoje, ninguém levou para mim. E aí, quando eu pergunto da caderneta, leva pro médico só, para mim, não leva.”

NUT1

Por outro lado, até mesmo os médicos relatam dificuldades com a adesão das famílias e de outros profissionais ao uso da caderneta:

“As famílias não levam na consulta [...] ou tem profissional que às vezes não anota. A gente pega muita caderneta desatualizada, mas quando você pergunta, o paciente fala que fez várias consultas desde a última anotação.” **MED2**

No entanto, quando o profissional tem mais domínio sobre a caderneta e faz uso frequente dela, esses desafios tendem a ser minimizados. O estabelecimento de uma comunicação eficaz com as famílias e a orientação sobre a importância do documento favorecem sua utilização.

“Eu até que não tenho muita dificuldade, não. Por que quando você explica a caderneta pra família eles entendem a importância dela, né? E então, eu acho que a grande questão é você conversar, ter esse espaço de conversa, de explicar, de orientar. Quando você orienta todo mundo, eles recebem bem as orientações que você faz. Então, eu acho que a orientação é o mais importante.” **PED2**

“Quando são pacientes meus que esquecem na consulta, eu registro no prontuário. Na consulta seguinte, eu anoto. Aí eu falo da importância da caderneta, de estar sempre com a criança, que é um documento, mas as vezes quando chega assim [sem a caderneta] é mais difícil.” **PED1**

Outro desafio crítico identificado é a incompletude dos registros na CC. Durante as visitas às UBS de Lavras, observou-se que as anotações das consultas eram feitas, na maioria das vezes, em prontuários manuais. Caso a criança perca a caderneta ou mude de município, esses dados se perdem. Mesmo em unidades que utilizam prontuário eletrônico, a falta de um sistema unificado no SUS impede a transferência de informações entre diferentes localidades, comprometendo a continuidade do cuidado.

“A gente acha muita caderneta incompleta, infelizmente! Incompleta em termos de vacinação, incompleta, também, em termos de anotação de peso; é muito raro ter uma curva de crescimento marcada no gráfico.” PED2

“Eu observo pacientes que chegam pra mim já com uma certa idade, com as anotações prévias faltando, esse é um desafio pra mim. Quando são pacientes meus que esquecem na consulta, eu registro no prontuário. Na consulta seguinte, eu anoto. Aí eu falo da importância da caderneta, de estar sempre com a criança, que é um documento, mas as vezes quando chega assim é mais difícil.” PED3

Assim como os cuidadores, muitos profissionais também utilizam a CC prioritariamente para o controle vacinal. Essa centralidade da vacinação no uso do instrumento reforça sua percepção restrita, em detrimento de sua função integral. Diversos estudos evidenciam que os profissionais de saúde tendem a associar o instrumento prioritariamente à imunização, reduzindo seu potencial como ferramenta integral de acompanhamento do CD da criança (Rodrigues *et al.*, 2022; Reichert, 2022).

“Eu só olho a parte da vacinação mesmo e não vejo outras partes.” MED3

Essa visão limitada compromete a continuidade das informações de saúde, especialmente em casos de extravio do documento:

“Nesse caso [de perda da caderneta], a gente faz outra, repassa todas as vacinas mas perde todos aqueles dados. E o que é o importante é todo o histórico ali da criança.” ENF3

A visão da caderneta como instrumento exclusivo da sala de vacina foi compartilhada por alguns entrevistados, especialmente por profissionais diretamente envolvidos com a imunização:

“Na minha experiência, a vacina sou eu que eu faço. Eu que eu sou o único que aplica a BCG aqui, eu e mais uma técnica na região inteira. Então, assim, a gente já pegou o costume de conferir toda a vacinação. Inclusive é quando tiram férias, eu que assumo a sala de vacinas. Já pego as cadernetas de rotina, então, assim, eu já tenho mais experiência, mais facilidade com essa parte.” ENF4

Já médicos que não atuam diretamente com puericultura também admitiram que observam apenas os campos vacinais:

“Quando passa em atendimento comigo, eu olho as vacinas, mas, no geral, como eu não faço a puericultura, e não é um atendimento recorrente, eu só olho a parte da vacinação.” MED3

Esse relato evidencia a fragmentação da assistência como um dos grandes desafios no contexto da APS. A prática fragmentada compromete o uso pleno da CC, resultando em

registros incompletos e dificultando a concretização do princípio da integralidade do cuidado no âmbito do SUS.

As diferenças entre o uso da CC nos contextos público e privado também foram evidenciadas. No setor privado, há relatos de maior tempo de consulta, melhor acolhimento e melhor conservação do documento pelas famílias, o que favorece seu uso mais abrangente. Já na rede pública, a sobrecarga de trabalho das equipes, o número reduzido de profissionais e a demanda elevada comprometem a adesão e o preenchimento sistemático da caderneta. Além disso, aspectos socioculturais, como a desvalorização da enfermagem, impactam diretamente o reconhecimento das consultas de puericultura como espaço legítimo de cuidado infantil:

“A população entende que o médico é muito mais que um enfermeiro, então pra que que eu vou levar uma enfermeira, não é? Quando tem plano [de saúde] eles agem dessa maneira, tá? Eles nem cogitam a hipótese de ficar no PSF com enfermeiro fazendo a puericultura da criança.” ENF2

Com base nesse depoimento, é possível compreender que o desafio não reside apenas na desvalorização da enfermagem em si, mas na hipervalorização do saber biomédico, que tende a deslegitimar os saberes multiprofissionais e enfraquecer o reconhecimento da atuação da enfermagem como produtora de cuidado qualificado na APS. Essa perspectiva compromete a efetividade das ações de puericultura e o uso articulado da CC no cotidiano das unidades.

Por fim, os relatos dos profissionais entrevistados reiteram os achados da etapa quantitativa, revelando que o uso da CC é profundamente influenciado pelos determinantes sociais de saúde. Em contextos de maior vulnerabilidade, as dificuldades no acesso aos serviços, o baixo grau de instrução dos cuidadores e o despreparo da equipe para mediar o uso da caderneta tornam seu aproveitamento pleno um grande desafio:

“Na rede privada a gente tem pessoas mais instruídas, famílias planejadas que tem uma condição financeira melhor. [...] Elas conseguem acompanhar de uma forma melhor.”

MED2

Os relatos dos profissionais entrevistados e as observações registradas no diário de campo evidenciam que, no contexto privado, as famílias geralmente apresentam maior nível socioeconômico e educacional, o que favorece um uso mais sistemático e cuidadoso da CC. Na rede pública, por sua vez, o instrumento é mais negligenciado, o que compromete sua função orientadora de um cuidado integral à criança. Contudo, o estudo de Amorim e colaboradores

(2018b) indica que as falhas no preenchimento da CC não são exclusivas do setor público, estando presentes também nos serviços privados, apontando para desafios mais amplos relacionados ao uso adequado desse instrumento em diferentes contextos de atenção à saúde.

Categoria 3 - Capacitação profissional e educação em saúde

A efetividade da CC como instrumento de acompanhamento da saúde infantil depende não apenas de sua distribuição e estrutura, mas principalmente da apropriação pelos profissionais de saúde e da orientação qualificada aos cuidadores. Os dados analisados revelam fragilidades na formação inicial e na capacitação continuada dos profissionais, o que se reflete diretamente na forma como a caderneta é utilizada – ou negligenciada – nas práticas cotidianas da APS.

Diversos profissionais relataram que o tema é abordado de forma superficial durante a graduação, sendo pouco discutido em disciplinas voltadas à atenção à saúde da criança. Dos profissionais entrevistados, apenas 29,4% têm formação em saúde pública. Na prática, muitos aprendem a utilizar a caderneta no “dia a dia”, por meio da experiência acumulada no trabalho, o que nem sempre garante um uso sistemático e qualificado. Essa lacuna na formação é especialmente sensível na APS, onde a puericultura deveria ser realizada de forma contínua e interdisciplinar.

“Na faculdade têm mas não é tão aprofundado assim. Então, no trabalho, você aprende no dia a dia mesmo. Mas falta muito uma capacitação e eu acho que seria importante também.

Isso ajudaria muito pensando no SUS porque você poderia resolver muita coisa de acompanhamento na atenção primária, sem talvez precisar usar e sobrecarregar a especialidade que a gente tem muito pouco pediatria pelo SUS.” **MED1**

O desconhecimento sobre o conteúdo da CC não se limita aos cuidadores. Alguns profissionais, inclusive, desconhecem os campos voltados à sua própria área de atuação, como é o caso de dentistas:

“Eu não sabia que tinha essa parte odontológica na caderneta. Zero. Acho que se fosse mais divulgado, usaria.” **DEN1**

Essa fala está em consonância com os achados na fase quantitativa da pesquisa, e estudos prévios que apontam a baixa adesão da caderneta pelos odontólogos. Esses profissionais, apesar de reconhecerem a importância para o acompanhamento da saúde infantil, afirmam não registrar as ações realizadas (Rodrigues *et al*, 2022; Soares *et al*, 2022).

A especialização profissional também parece ter impacto direto na forma como a caderneta é compreendida e valorizada. Profissionais com formação específica em Pediatria ou Saúde da Criança demonstraram maior familiaridade com o conteúdo do instrumento e relataram práticas mais estruturadas de utilização.

“Sou enfermeira com especialização em pediatria, então acabo que tenho uma percepção diferente dos outros.” ENF1

Esse padrão foi reforçado por relatos de profissionais que só passaram a se apropriar da CC após vivências em programas de residência ou em serviços com supervisão específica para o cuidado infantil:

“Durante a nossa formação, a gente tem pouca formação relacionada a esse tipo de instrumento de cuidado. Eu mesma fui aprender a manejar uma caderneta de pré-natal e de puericultura na residência. [...] Acho que se a gente fizer um levantamento de toda a equipe do município, [...] nem todo mundo tem especialização. E às vezes a gente, recém-formada, entra no mercado de trabalho, e vai aprender ali na rotina. Eu acho que é necessária essa especialização. E para trabalhar no município você não precisa ter, obrigatoriamente.”

ENF3

A dissertação de Mestrado de Cruz (2023) aborda essa diferença entre os profissionais com residência. A utilização da CC, a necessidade da realização da consulta de puericultura completa para todas as crianças e o olhar sobre o contexto de vida das famílias são orientados pelos preceptores da especialização, reforçando a importância de buscar o cuidado integral às crianças. Se o profissional não abordar as questões da caderneta durante a consulta ou o grupo, dificilmente ela será lida pela família de forma espontânea. E essa abordagem depende muito do profissional, variando entre os que fizeram residência ou não e conforme a pressão da atenção à saúde.

Entre os pediatras entrevistados, a caderneta é frequentemente valorizada como ferramenta fundamental, sendo utilizada de forma ampliada, além do registro vacinal. Esse envolvimento mais ativo está diretamente relacionado à formação especializada, que, por sua própria natureza, enfatiza o acompanhamento contínuo do CD infantil. Essa valorização foi confirmada tanto nos relatos qualitativos quanto na percepção dos cuidadores, que identificaram os pediatras como os profissionais que mais utilizam o documento.

Além da capacitação técnica dos profissionais, os entrevistados destacaram a necessidade de ações de educação em saúde voltadas aos cuidadores. A maioria considera que

campanhas educativas sobre a CC poderiam aumentar o entendimento da população sobre sua função e conteúdo, desmistificando a ideia de que se trata apenas de um “cartão de vacinação”:

“Fazer uma ação educativa sobre a caderneta, sobre a importância dela. Divulgar para todos o que tem de interessante ali, mostrar que não é só vacinação, tem toda a vida de criança, desde o momento que nasceu, idade gestacional.” ENF1

“É mais fazer ações de educação em saúde para o público, tentando uma abordagem uma vez semanal, em dias diferentes, para poder pegar a maior quantidade de população. E, também, nas consultas de pré-natal porque é onde consegue ter uma abordagem melhor.” ENF2

Além disso, os profissionais apontaram lacunas na qualificação e no interesse sobre o tema dentro das próprias equipes de saúde, o que compromete a valorização e o uso adequado da caderneta.

“Tem que qualificar os profissionais dessa importância, porque se não está organizado nem para a gente que é profissional de saúde, como vai fazer sentido para os pais?” ENF3

“Precisa capacitar alguns profissionais, que eu vejo que tem até nível superior mesmo [...] falta interesse.” ENF4

Outro ponto crítico mencionado foi a falta de capacitação e treinamento inicial para os profissionais recém-admitidos, principalmente aqueles aprovados em concursos públicos. Relatos indicam que novos concursados, ao assumirem seus cargos, não recebem capacitação específica para o uso da caderneta ou para o cuidado infantil em geral.

“Eu fui chamada e não me falaram direito nem para onde eu ia. Eu descobri só depois que eu assumi mesmo a vaga. [...] Ai como eu tive que ir descobrindo tudo, até eu ter está mais orientada, muita coisa eu fui levando [...] não teve nenhuma capacitação pela prefeitura, nada. Fui eu revendo mesmo.” NUT1

“A gente entrou e foi jogado aqui dentro essa é a realidade. Não teve treinamento, não teve nada. [...] Cheguei junto com a técnica e a unidade não parou para receber a gente ou a gente recebeu um treinamento antes para entrar na unidade, entendeu? A unidade funcionava a todo vapor. [...] Então, a gente levou um tempo até se habituar.” ENF2

Apesar dessas dificuldades, alguns profissionais que atuam frequentemente com crianças buscaram capacitação por iniciativa própria, recorrendo a cursos online e outras fontes de aprendizado.

“Eu até vi na plataforma Arouca, no UNA-SUS, um curso sobre a caderneta e eu estou fazendo ele.” NUT3

Categoria 4 - Aspectos socioeconômicos e marcadores interseccionais

Os aspectos socioeconômicos e as representações sociais influenciam de maneira profunda o uso, a conservação e a valorização da CC. A análise dessas representações, no entanto, não pode ser dissociada de marcadores sociais como gênero e classe. Nas falas dos profissionais de saúde, emerge de forma recorrente a percepção de que o contexto de vida das famílias, especialmente das mais vulneráveis, impacta diretamente na adesão às práticas de monitoramento infantil e na apropriação dessa ferramenta.

Um dos pontos mais fortemente destacados é a centralidade da mulher no cuidado com a criança. Na maioria das situações, são as mães que acompanham as consultas, trazem a caderneta e se preocupam com os registros de saúde. Essa sobrecarga, no entanto, muitas vezes inibe uma cobrança mais firme por parte dos profissionais, que reconhecem as múltiplas responsabilidades enfrentadas por essas mulheres.

“É a mãe solo que tem 5 filhos, trabalha o dia inteiro. Você vai querer que ela tenha cadernetinhas bonitinhas, arrumadinhas, todas preenchidas, que ela vai sentar e ficar lendo, vendo quanto de crescimento? Infelizmente, não.” MED2

“Uma coisa que a gente percebe nos atendimentos, é sempre a mãe que traz, sempre a mãe que está preocupada com o estado de saúde [da criança]. E isso é muito triste, né? Existe uma mãe muito cansada e, às vezes, a gente fica até receosa de cobrar certo tipo de cuidado da criança. Sabendo que é uma pessoa às vezes tem outros filhos.” ENF3

Assim como na etapa quantitativa desse estudo, a sobrecarga materna no acompanhamento infantil também foi identificada em um estudo realizado no Nordeste brasileiro, que apontou que as múltiplas responsabilidades das mães – incluindo o trabalho, os afazeres domésticos e a gestão da saúde dos filhos – são um obstáculo para o uso adequado da CC (Soares *et al.*, 2025). Essa realidade reforça não apenas a desigualdade na divisão de responsabilidades parentais, mas também a fragilidade do suporte às mulheres no cuidado infantil. A carga mental – o esforço contínuo de lembrar consultas, vacinas, exames, entre outros – recai quase exclusivamente sobre as mães. Quando outros cuidadores, como os pais, comparecem às consultas, é comum que desconheçam a existência ou localização da caderneta.

“A gente vê que a maioria das crianças vem aqui com as mães, às vezes os pais chegam aqui e pergunto onde está a caderneta e ele fala que não trouxe porque ele não sabe nem onde fica. E a mãe estava trabalhando, então ele veio sem a caderneta.” MED2

Essa invisibilidade paterna no cuidado infantil é reflexo de uma construção histórica e social que ancora a responsabilidade quase exclusiva nas mulheres. Embora o Ministério da Saúde reconheça essa desigualdade e proponha iniciativas como o Pré-Natal do Parceiro, previsto na Caderneta da Gestante e nas diretrizes da Rede Cegonha, como estratégia para envolver os homens desde o início da trajetória de cuidado, essas práticas ainda estão distantes da realidade cotidiana da maioria dos territórios. A baixa adesão e a ausência de políticas estruturantes que sustentem esse envolvimento masculino contribuem para perpetuar a fragmentação do cuidado e a desresponsabilização paterna, inclusive no que diz respeito ao uso e valorização da CC.

Outro fator que reforça as desigualdades é a dificuldade de acesso à própria CC. Os profissionais relataram que, em muitos momentos, houve interrupção ou escassez na sua distribuição, levando famílias a buscarem alternativas – inclusive a compra do material, mesmo que essa prática seja proibida.

“Quem tinha dinheiro, fazia aquelas [cadernetas] bonitinhas, pagavam porque que é caro.

Mas a maioria da população carente que vem aqui, só tinha aquele papel.” ENF4

A prática de imprimir a caderneta por conta própria, ou de recorrer a versões simplificadas fornecidas pelas unidades, tornou-se comum, mas expõe uma barreira importante para o cuidado em saúde: famílias com melhores condições financeiras conseguem manter o acompanhamento adequado, enquanto as que estão em contextos de vulnerabilidade socioeconômica ficam dependentes de soluções improvisadas ou até mesmo sem qualquer instrumento de registro.

“Algumas que tenham condição melhor, às vezes, a família manda imprimir. Muita gente faz isso, vai e manda imprimir aquela caderneta, faz até com uma capinha bonitinha, mas tem gente que não tem condições e sai da maternidade só com aquela simplificada que é muito pouco” MED2

“Teve até crianças que não receberam ela [a caderneta] na maternidade, que mandaram imprimir.” NUT3

“Eu até peço [para comprar]. Não sei se é certo ou não, mas eu falo ‘ó, só se tiver condição. Se não tiver, não tem problema, a gente acompanha aqui. Eu gostaria daquela outra caderneta completa’.” PED1

“Não houve substituição, aí teria que ser uma iniciativa da família de tentar conseguir [a caderneta]” PED3

A conservação da caderneta também é afetada por essas questões. Profissionais relataram que o instrumento, por vezes, chega às consultas em más condições – rasgado, comido ou com páginas arrancadas – ou nem chega porque foi perdido.

“A gente pega caderneta, às vezes batida na máquina de lavar, rasgada, que o cachorro comeu. Às vezes, perdeu também, então eu percebo muito isso nas pessoas que tem um nível socioeconômico mais acessível.” ENF1

“Eu vejo que se as famílias mais humildes, mais carentes, elas tendem a perder mais fácil. Não dá tanto valor, não segue uma vacinação direitinho” MED3

Além da dificuldade em preservar a caderneta, a baixa escolaridade de muitos cuidadores compromete sua compreensão e uso adequado (Cavalcante *et al.*, 2018; Lima *et al.*, 2016; Palombo *et al.*, 2014). Os entrevistados reforçam que mesmo que a linguagem da caderneta não seja complexa, a dificuldade de leitura e interpretação dificulta seu aproveitamento.

“A gente atende um público basicamente mais carente. [...] Alguns não sabem nem ler, outros não sabem interpretar o que está escrito. Não que a linguagem seja difícil, mas por que a baixa escolaridade e a dificuldade socioeconômica é bem grande.” NUT3

“Infelizmente, a população mais pobre, mais humilde, acaba não se beneficiando dela porque não sabe das vantagens do que tem ali dentro.” PED2

Essas dificuldades são agravadas pela sobrecarga das famílias, que precisam conciliar trabalho, deslocamentos, cuidado com outros filhos e, muitas vezes, precariedade nas condições de moradia e transporte. Essa sobrecarga não é apenas física, mas também simbólica já que diante de tantas prioridades urgentes, o acompanhamento sistemático da saúde infantil pode parecer secundário.

“Tem essa questão de vulnerabilidade socioeconômica que impacta. Tem a sobrecarga dos próprios pais, né? Então, uma carga horária exaustiva de trabalho aí eles não acham que isso [a caderneta] seja tão importante.” ENF3

A análise dessas desigualdades exige atenção às intersecções entre gênero, raça e classe. A perspectiva interseccional permite compreender como múltiplas opressões atuam simultaneamente, sobrecarregando especialmente mulheres periféricas no cuidado infantil, muitas vezes sem suporte institucional (Romagnoli e Silva, 2022). No contexto da APS, isso revela que a baixa adesão ao uso da CC não é somente fruto de desinteresse, mas de um sistema que responsabiliza o indivíduo, principalmente as mulheres, sem garantir condições dignas para o exercício desse papel. A própria formação profissional, muitas vezes negligencia essas

nuances e contribui ainda mais para perpetuar tais desigualdades (Macedo; Medeiros, 2025). Como discutem Matos, Tavares e Couto (2024), práticas como vacinação e uso da caderneta também expressam pertencimento social e valores, sendo atravessadas por esses marcadores.

Categoria 5 - Políticas Públicas e Gestão

O Plano Nacional da Primeira Infância (2020–2030) destaca a CC e a puericultura como instrumentos fundamentais para ações preventivas, com potencial para reduzir a demanda por atendimentos de maior complexidade. No entanto, a efetividade dessas estratégias depende diretamente do contexto político, estrutural e organizacional em que são implementadas. A ausência de políticas públicas consistentes, de protocolos locais bem definidos e de uma gestão comprometida com a promoção da saúde representa um entrave significativo para o uso adequado da CC na RAS.

Um dos principais entraves identificados diz respeito às barreiras de acesso ao cuidado, que se manifestam de forma explícita em algumas práticas observadas. Em uma das unidades visitadas, foi relatado que, na ausência da caderneta, o atendimento com o pediatra era negado. Tal exigência, embora revele uma tentativa de valorização do instrumento, contraria o princípio da universalidade do SUS, previsto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Ao condicionar o acesso à assistência à posse de um documento, essa prática configura uma violação do direito constitucional à saúde e do preceito da equidade no cuidado.

“Se não tem a Caderneta da Criança, não é feito atendimento” ENF1

Além disso, profissionais relataram que médicos da atenção primária à saúde evitam atender crianças, delegando o cuidado infantil exclusivamente ao pediatra. Essa segmentação da assistência compromete a integralidade do cuidado, sobretudo em municípios com escassez de especialistas:

“Realmente não atendo criança. Tem disponível o especialista né? [...] criança pequenininha, para a gente fazer o acompanhamento, eu não faço.” MED4

A restrição ao atendimento também ocorre entre os próprios pediatras, que, em algumas situações, recusam-se a atender recém-nascidos devido às especificidades dessa faixa etária:

“Tem alguns [pediatras] que não atendem recém-nascido.” ENF3

Esse cenário evidencia uma valorização desproporcional do atendimento médico especializado, especialmente do pediatra, em detrimento da atuação multiprofissional e da própria APS. A cultura institucional e as expectativas da população reforçam esse modelo, muitas vezes pressionando os serviços por vagas com especialistas mesmo em casos que

poderiam ser manejados pela equipe da ESF. Outros estudos já evidenciam que crianças são acompanhadas mais frequentemente pelo pediatra (Amorim et al., 2018a; Alves et al., 2009). Assim, muitos usuários chegam às unidades de saúde já demandando esse tipo de atendimento, mesmo quando não há necessidade de um especialista o que limita significativamente o papel dos enfermeiros, que são plenamente capacitados para conduzir a puericultura.

“O usuário [...] já vem pedindo vaga para ser atendido por pediatra e não precisa.” ENF1

“A gente tem pouco acesso às crianças, essa é uma verdade. A gente tenta pegar ao máximo [...] É um desafio porque elas [as mães] falam ‘mas eu já levei na pediatra’” ENF3

A ausência de pediatras em muitas unidades, associada à baixa valorização do cuidado prestado por outros profissionais, gera uma busca fragmentada e desorganizada por atendimento especializado, o que desestrutura a lógica da APS.

“A gente tem muita pouca demanda de pediatria aqui porque como não tem pediatra mais aqui no posto [...] São poucas as famílias que trazem para fazer puericultura aqui, elas querem muito um especialista nessa hora, ainda mais quando as crianças são bem pequenas, recém-nascidos.” MED2

A predileção pela assistência especializada habita um imaginário simbólico tanto na prática dos profissionais quanto na percepção das mães, que atribuem ao pediatra o lugar exclusivo do cuidado infantil. Essa construção cultural fortalece a ideia de que o cuidado só é completo quando realizado por um especialista, desvalorizando os demais saberes e práticas presentes na equipe multiprofissional. Esse movimento revela modos organizacionais e assistenciais desalinhados com as diretrizes político-organizativas do SUS, que reconhecem a UBS como ordenadora do cuidado e coordenadora dos fluxos assistenciais.

Essa priorização do atendimento especializado sobrecarrega a rede, desorganiza o fluxo de assistência e compromete a efetividade da atenção primária à saúde. A puericultura, que deveria ser um serviço contínuo e acessível, acaba sendo vista como algo secundário, gerando uma busca desenfreada por consultas pediátricas que poderiam ser manejadas dentro da APS.

“Eu vejo aqui no grupo todo mundo desesperado pedindo uma vaga de pediatra, urgente. Mas o serviço de pediatria não é um serviço de urgência na atenção básica, [...] é um serviço eletivo.” ENF3

“A mãe realmente começa a questionar muito do pediatra, cadê o pediatra. Porque aqui ainda tem essa cultura que o pediatra que vai fazer tudo, né?” ENF6

Tal lógica compromete o fortalecimento do vínculo longitudinal entre equipe e família, um dos pilares fundamentais da APS, e evidencia o desafio de consolidar práticas que valorizem a integralidade e a continuidade do cuidado, independentemente da presença de um especialista.

Além disso, a gestão municipal adota protocolos que restringem a atuação de profissionais da atenção primária à saúde, como no caso da prescrição de fórmulas infantis, limitada exclusivamente aos pediatras. Essa centralização ignora a formação de outros profissionais, como médicos da ESF e nutricionistas, e inviabiliza um cuidado mais ágil e resolutivo.

“Tem um protocolo de dispensação de dieta, de dispensação de complemento que só pode ser preenchido pelo pediatra.” ENF3

Os profissionais denunciam que essa cultura de centralização no atendimento especializado compromete o funcionamento do SUS, restringindo a autonomia da APS e prejudicando a efetividade dos serviços de promoção e prevenção à saúde.

“A gente precisa abrir um pouco a mente, principalmente no município de Lavras. A gente está trabalhando num SUS totalmente ultrapassado,[...] um SUS que preconiza a especialidade, um SUS que valoriza serviços de urgência e emergência, mas sempre está perdendo a credibilidade da atenção básica.” ENF3

Outro fator estrutural que compromete o uso da caderneta é a substituição do material oficial do MS por versões simplificadas, diante da interrupção na sua distribuição. Essas versões são descritas como precárias e insuficientes, limitadas ao registro de peso e vacinas, sem espaço para notas clínicas, curvas de crescimento ou informações educativas. Muitos profissionais improvisam com folhas soltas e gráficos grampeados, mas reconhecem que essa solução é frágil, de difícil conservação e pouco eficaz para o acompanhamento longitudinal.

“Quando a caderneta não tinha os gráficos, as vezes só tinha espaço para anotar peso e altura. A gente grampeava e pedia para o pai ou a mãe colocar junto. E a gente pede para sempre anexar também o teste do pezinho com o resultado, né? Eu já grampeava o resultado do teste do pezinho ali. Então, quando a gente não tem a caderneta grande, vamos grampeando, para poder pelo menos ter algum acompanhamento.” ENF1

“No governo anterior tinha cortado [a caderneta]. Então, as mães chegavam com um papel só pra você anotar as vacinas e nada mais. Ficava um negócio totalmente fora, as mães perdiam aquele papel, não guardavam.” ENF4

A insatisfação dos profissionais com essas versões alternativas é unânime. A fragilidade do formato e a limitação dos campos de registro dificultam tanto a avaliação profissional quanto a participação das famílias no acompanhamento da saúde infantil.

“Nossa, ela é muito, muito ruim. Não gosto daquela [caderneta simplificada].” PED1
“Ali você não consegue as todas as informações que são importantes. Tudo muito restrito, um papel que vai se perder com o tempo porque vai ser mal guardada, com certeza, pelas

famílias. A grande maioria delas quando você pega, você vê que já estão desmanchando, rasgando.” PED2

“A caderneta que era toda branca, não tinha acompanhamento nenhum. A caderneta que tem verde para menino e rosinha para menina, ela tem acompanhamento de peso, se eu não me engano, até os 5 anos, mas é só o peso.” PED3

Um estudo realizado no Rio de Janeiro, os profissionais também consideram a CC como ferramenta de comunicação com as famílias. Entretanto, ela se restringe mais à caderneta do MS, pois a simplificada, distribuída pelo município é muito limitada no fornecimento das informações e nos campos de registro. Por outro lado, os profissionais também entendem, no entanto, que a caderneta do MS é extensa, o que acaba inibindo a leitura pelas famílias, pelo menos do documento por inteiro, mas possui informações essenciais para o cuidado da criança, tanto pelos profissionais, quanto pela família. Dessa forma, há um dilema entre a necessidade de um material que seja ao mesmo tempo completo e acessível (Cruz, 2023).

A sobrecarga de trabalho nas unidades de saúde é outro fator que impacta negativamente o uso da caderneta. O alto volume de atendimentos e a pressão por agilidade resultam em registros apressados ou ausentes.

“Eu também percebia uma discrepância dos dados coletados. Então eu pensava, “ué essa criança encolheu?” Mas aí você vai e mede a estatura correta e às vezes não fazem direito por conta da correria.” ENF1

“Muitas coisas a gente precisa deixar de lado para atender a demanda espontânea da unidade.” ENF2

“A questão que eu observo é a alta demanda de quem não é especialista, o médico da família ou, às vezes, a enfermeira. O pessoal que está fazendo a triagem, pela alta demanda, não registram de maneira completa os dados.” PED3

Além da alta demanda assistencial, os enfermeiros acumulam múltiplas funções dentro da unidade de saúde, abrangendo atividades administrativas e técnicas. Esse acúmulo de responsabilidades reduz o tempo disponível para um atendimento mais qualificado e detalhado.

“Todos os enfermeiros de PSF [...] são os RT [responsáveis técnicos] da unidade. A gente trabalha então, tanto com a administração e a parte assistencial. Às vezes, até serviço técnico. A minha técnica estava de férias e eu estava cobrindo ela. Então, além de fazer o meu serviço assistencial, o meu serviço de gerência e o meu serviço RT, assim tudo.” ENF2

“Só durante a puericultura que eu tento interagir com a mãe e caderneta, sabe? Mas assim, não tenho tempo para fazer isso. Tem outras coisas para fazer” ENF6

Por outro lado, os médicos, especialmente aqueles da APS, concentram-se majoritariamente na assistência clínica, deixando de lado ações educativas e de promoção à saúde fora do consultório. Essa lacuna sobrecarrega ainda mais a enfermagem, que assume a responsabilidade por essas atividades.

“A gente tem que ter educação em saúde, nas escolas. Mas quem mais faz isso é a parte da enfermagem. Eu raramente saio porque tem as demandas das consultas.” **MED1**

Outros profissionais reforçam a importância da CC como ferramenta essencial para a prática clínica, destacando que seu preenchimento não deve ser encarado como perda de tempo, mas sim como um recurso que otimiza o atendimento e melhora a qualidade das informações registradas.

“Como esse ritmo de atendimento muitas vezes é muito corrido, a grande maioria acha que perde tempo ao preencher a caderneta e, na realidade, você não perde, você às vezes até ganha porque ela já direciona.” **PED2**

“Sem a caderneta, das poucas consultas de puericultura que eu fiz na minha vida, eu não teria feito” **MED4**

Soares e colaboradores (2025) observaram, em seu estudo, que o registro das informações na CC e no prontuário da família tem um significado de atividade burocrática para esses profissionais. Frente a esse símbolo dado à CC, alguns desses profissionais enxergam o registro na caderneta como “perda de tempo” e priorizam as anotações na ficha contida no prontuário da família.

Outro ponto crítico é a ausência de protocolos municipais padronizados para o atendimento de puericultura e o uso da CC. O diário de campo revela frustrações relacionadas à falta de suporte institucional para promover e padronizar o uso da caderneta. Embora existam diretrizes do MS (Brasil, 2005, 2009, 2012) e de outros estados e municípios que poderiam orientar a prática, a inexistência de um protocolo local adaptado à realidade da população atendida resulta em insegurança, improviso e heterogeneidade nas práticas.

“A gente não tem um protocolo no município para isso [puericultura e pré-natal]. Quando eu entrei aqui para trabalhar como enfermeira, minha maior vontade era produzir esses protocolos.” **ENF2**

“Então, por exemplo, aqui no município não existe nenhum tipo de protocolo implantado de manejo clínico, de nada. Então, é muito difícil. Por exemplo, puericultura não tem protocolo, eu faço sem protocolo. Pré-natal não tem protocolo, eu faço consulta de pré-natal.” **ENF3**

“Eu acho que a gente precisa, primeiro, implantar um protocolo de atendimento de puericultura que envolva a equipe multiprofissional.” **ENF3**

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) destaca que o MS disponibiliza diversas normas, diretrizes e manuais, como os Cadernos de Atenção Básica, com o objetivo de orientar tanto o processo de trabalho quanto a prestação do cuidado em saúde. No entanto, é essencial que cada categoria profissional tenha condutas específicas bem definidas. Além disso, a ampla extensão territorial do Brasil e suas variadas características culturais, sociais, epidemiológicas, demográficas, econômicas e políticas tornam necessária a elaboração e implementação de Protocolos de Enfermagem na APS. Esses protocolos, quando desenvolvidos em nível municipal com base nas diretrizes nacionais, mas ajustados às condições locais — como a epidemiologia da região, a infraestrutura disponível e as necessidades da população —, podem contribuir para uma assistência mais eficaz, maior segurança dos profissionais e melhor coordenação das ações em saúde (Conselho Federal de Enfermagem, 2019).

Além da necessidade de um protocolo municipal, os profissionais apontam que a CC deve ser introduzida às famílias desde o pré-natal, na APS, e reforçada no momento da alta hospitalar após o nascimento. Esse processo garantiria que os responsáveis compreendam sua importância e saibam utilizá-la corretamente.

“Acho que desde o pré-natal deve ser mencionada a importância. Depois, ali ao nascimento, quando a gente dá alta, com o paciente na maternidade mostrar as informações que tem ali.”

PED3

“Eu acho que a caderneta teria que ser um programa do governo mesmo. Acho que ninguém nem lê, para ser sincero, [...] que só faz isso porque é bonitinho mesmo. Acho que tem que ter um programa do governo para ser mais incentivado, as pessoas tirarem as suas próprias dúvidas lá” **ENF6**

“hoje em dia tudo é rede social. Talvez voltar nesse sentido, de atualidade mesmo, pra você poder investir nessa relação mesmo e ter ações para chamar atenção porque, se não, ninguém nem vê.” **MED1**

Os achados desta categoria apontam que as fragilidades de gestão, a ausência de protocolos locais, a escassez de material, a sobrecarga das equipes e a centralização das ações em poucos profissionais dificultam a institucionalização da CC como um instrumento efetivo de cuidado.

Categoria 6 - Impacto no monitoramento da Saúde da Criança

Todos os aspectos analisados ao longo desta pesquisa — desde a percepção dos cuidadores e profissionais, passando pelas dificuldades estruturais, desigualdades sociais, lacunas de formação e ausência de políticas de suporte — convergem para um ponto central: o impacto direto no monitoramento da saúde infantil. A CC, instrumento oficial de acompanhamento do CD, deveria funcionar como eixo articulador das práticas assistenciais na infância. No entanto, quando seu uso é irregular, negligenciado ou fragmentado, ocorrem falhas graves na continuidade do cuidado, comprometendo a qualidade da atenção oferecida às crianças.

Um dos pontos positivos destacados nas entrevistas foi o potencial da caderneta para o cuidado compartilhado. Por estar nas mãos da família, ela possibilita o acesso, por diferentes profissionais, ao histórico de saúde da criança — mesmo quando há trocas na equipe ou mudança de território.

“É importante para a gente acompanhar, principalmente porque, por exemplo, hoje eu estou com essas crianças, mas futuramente pode ser que não seja eu. Então, para o próximo profissional é importante para ele acompanhar, porque é como se [...] ele pudesse ver o prontuário também. Dependendo de onde essa criança for atendida, não vai ter acesso ao prontuário onde eu monitorei essa criança. [...] E o prontuário eletrônico que hoje a gente usa aqui em Lavras, ele é muito básico. A gente não coloca muitas informações nele, é mais peso e altura uma coisinha ou outra. A caderneta ainda seria o principal até para os pais acompanharem” NUT1

“Por mais que uma mãe tenha dificuldade na descrição, se ela me entregar a caderneta, né, completinha. Eu já sei a história da criança por mais que eu não tenha conhecido ela antes.” ENF1

Além de auxiliar o profissional, o documento também engaja os cuidadores ao fornecer um registro visual e acessível, promovendo maior envolvimento da família no acompanhamento do desenvolvimento infantil.

“Eu acho que a gente consegue ter um controle visual e eu acho que a família consegue participar mais do cuidado também. É um cuidado compartilhado da criança essa responsabilidade do pai de carregar a caderneta.” ENF3

“Acho que [a caderneta] facilita para todo mundo. Para quem está acompanhando, para os pais enxergarem o desenvolvimento da criança, para os outros profissionais que forem pegar essa caderneta da criança entender.” **PED1**

Apesar desse potencial, as observações em campo e os relatos dos entrevistados revelam uma baixa adesão às consultas de puericultura, associada à desvalorização da atenção preventiva por parte das famílias. Muitas unidades sequer tinham agenda para acompanhamento infantil até recentemente, e mesmo entre aquelas que já realizavam esse tipo de atendimento, a regularidade e a adesão ainda eram frágeis.

“Quando entrei aqui nessa unidade, não tinha nenhuma procura por puericultura. [...] Tanto que não tinha agenda de puericultura. Então quando eu entrei, aí eu peguei e comecei.”

ENF2

“É raro a gente pegar uma criança que fez as consultas de puericultura certinho, conforme deve. A própria vacina em si, que está lá dentro do instrumento que a gente tem que acompanhar, você pega lá e tem vacina atrasada todo dia.” **ENF3**

“A procura das famílias é pouca [...] Eles não vêm fazer uma puericultura mesmo nos bebês, recém-nascidos, que tem que fazer consultas periódicas com uma frequência muito maior.”

MED2

Além da baixa adesão ao acompanhamento infantil, há um problema adicional: a ausência de registros adequados na CC. Mesmo quando as consultas são realizadas, muitas delas não são anotadas, dificultando o monitoramento do CD e comprometendo a continuidade do cuidado, um dos princípios essenciais da APS.

“Tem profissional que às vezes não anota. A gente pega muita caderneta desatualizada, mas quando você pergunta, o paciente fala que fez várias consultas desde a última anotação.”

MED2

“Eu vejo famílias que trazem e quando eu pego, não tem nada anotado na caderneta e a criança tem, sei lá, uns cinco anos que não consulta com ninguém. Às vezes eles falam que até consultaram com o pediatra, mas não tem nada anotado na caderneta e a gente fica no escuro,” **MED2**

A revisão de Almeida *et al.* (2016) ressalta que a ausência de registro não significa, necessariamente, que o atendimento não foi realizado. No entanto, evidencia a importância desses registros tanto para a construção do perfil epidemiológico da população quanto para a comunicação entre os profissionais de saúde. Essa preocupação também foi destacada no estudo de Rangel (2022), realizado no Rio Grande do Sul, que aponta que a ausência ou o

preenchimento inadequado da CC pode comprometer a continuidade do acompanhamento infantil, gerando lacunas na avaliação do CD.

A literatura reforça que a caderneta desempenha um papel central na articulação entre diferentes serviços de saúde, na comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e na aproximação entre profissionais e familiares. Seu uso adequado contribui para a valorização do documento pelos responsáveis e fortalece sua função como instrumento essencial de vigilância do CD (Reichert *et al.*, 2016; Vieira *et al.*, 2019; Bezerra *et al.*, 2020).

Esse problema, contudo, não é exclusivo do Brasil, fragilidades no preenchimento de instrumentos de acompanhamento infantil também são observadas em outros países (Reichert, 2022). A falta de investimentos, a desatenção dos profissionais e a baixa participação dos familiares no registro são fatores que contribuem para a subutilização da caderneta, prejudicando sua função na continuidade do cuidado e na qualidade da assistência à saúde infantil.

Outro ponto crítico é a queda na cobertura vacinal. Apesar da implementação sólida do PNI há décadas no Brasil e da associação frequente da CC ao cartão de vacinação, persistem desafios como o atraso e a baixa adesão ao calendário vacinal.

“A própria vacina em si, que está lá dentro do instrumento que a gente tem que acompanhar, você pega lá e tem vacina atrasada todo dia. Não era pra acontecer, porque a vacina já é uma coisa que a gente já trabalha há muitos anos, diferente desse instrumento.”

ENF3

“A gente sabe que nos últimos anos a adesão de vacinas diminuiu bastante, por isso que tem até doenças que estão retornando por falta de vacina mesmo, então é algo que precisa mesmo investido”

MED1

“Esses mitos que são criados em cima de vacina. Isso tudo a população, hoje em dia, busca como maneira de informação, as redes sociais e ela acaba acreditando naquilo que é falado ali, sem saber se tem algum fundo de verdade. Por conta disso deixamos de fazer um monte de vacina importante, haja vista as doenças que voltaram e a gente está tentando correr atrás do prejuízo, né?”

PED2

O declínio na cobertura vacinal tem sido amplamente discutido na literatura científica, que aponta múltiplos fatores para essa queda, incluindo desinformação, hesitação vacinal e mudanças nas estratégias de comunicação em saúde (Barata *et al.*, 2023). Diante desse cenário, reforçar o papel dos profissionais de saúde na orientação e no incentivo à vacinação torna-se essencial para a proteção da saúde infantil e a manutenção do controle epidemiológico de doenças imunopreveníveis.

As entrevistas também evidenciam que o modelo assistencial predominante ainda é centrado na demanda espontânea, com foco em queixas agudas. O acompanhamento regular da criança só ocorre quando há sintomas visíveis, e não como uma prática preventiva sistematizada. Diversos estudos revisados corroboram essa realidade, indicando que muitos responsáveis ainda consideram desnecessário o acompanhamento regular da criança pelo serviço de puericultura na ausência de sinais de doença (Almeida *et al*, 2016).

“Aqui a maioria [dos cuidadores] trabalha, e muitos não entendem a necessidade de ter o médico. Eles não gostam de prevenir, eles vão para resolver na hora. [...] Eles não levam a criança para uma consulta de rotina, eles levam quando a criança adoecer.” ENF2

“As demandas aqui não são por rotina, é mais por causa aguda mesmo. Um resfriado, amigdalite, diarreia, acontece muito.” MED1

“A maioria das famílias deixa para vir só quando criança está doente ou tem alguma queixa.” MED 2

“As pessoas procuram mais associadas às queixas agudas e menos em relação a puericultura, pelo menos na rede pública” PED3

Esse padrão de busca pelo serviço impacta diretamente a organização da APS, desviando seu foco da prevenção para um modelo assistencial centrado na demanda espontânea. Trata-se da reprodução de um modelo assistencial curativista, centrado na doença e na resposta imediata a sintomas, o que se mostra totalmente antagônico ao que preconiza a Política Nacional de Atenção Básica, que orienta a APS como espaço de cuidado integral, contínuo, resolutivo e centrado na promoção da saúde e no vínculo com o território. Como consequência, os profissionais de saúde se veem sobrecarregados e precisam priorizar atendimentos urgentes, muitas vezes em detrimento do acompanhamento sistemático do CD.

“Muitas coisas a gente precisa deixar de lado para atender a demanda espontânea da unidade.” ENF2

“As famílias vêm só quando criança está sentindo alguma coisa e aí elas não trazem a caderneta.” MED2

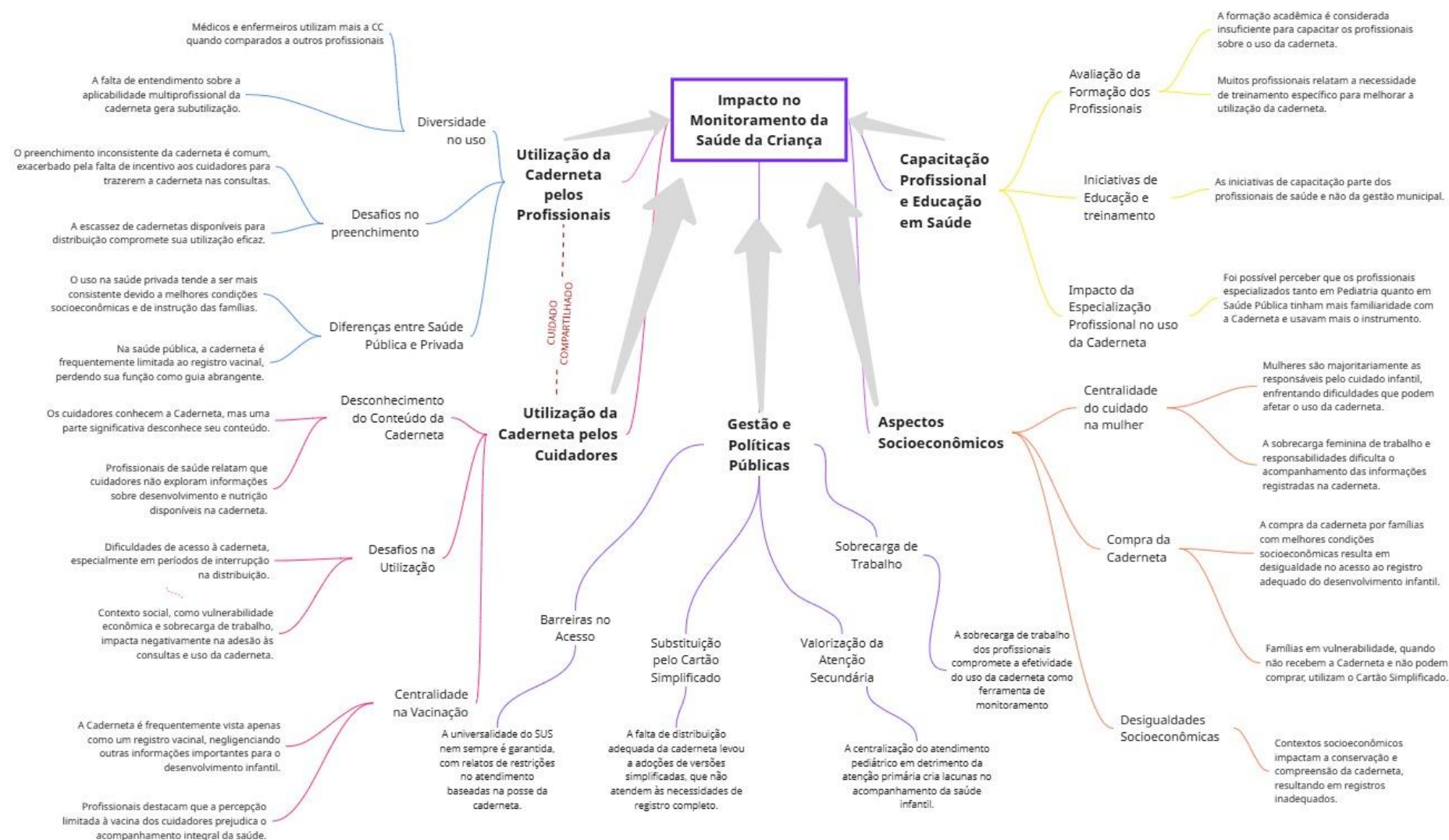
Em termos estruturais, a ausência de um sistema integrado de prontuário eletrônico agrava ainda mais as fragilidades no monitoramento da saúde infantil. As informações das consultas frequentemente permanecem registradas apenas localmente, em papel ou em sistemas básicos, sem possibilidade de compartilhamento entre profissionais e unidades de saúde. Apesar

da recente proposta de implementação da CC em formato digital, o documento físico ainda é, na prática, o principal elo entre os diferentes pontos da rede assistencial — especialmente em municípios do interior, como Lavras, onde nem todas as UBS dispõem de computadores e acesso à internet nos consultórios. Situações como trocas de equipe, mudanças de endereço da família ou atendimentos realizados por profissionais diferentes poderiam ser significativamente beneficiadas por uma versão digital funcional e acessível.

Por fim, os achados desta categoria revelam que o uso inadequado ou ausente da Caderneta da Criança não é apenas um problema pontual, mas o reflexo de um sistema que ainda falha em integrar ações de cuidado, promover o acompanhamento contínuo e valorizar práticas preventivas e promocionais de saúde. Sem registros adequados, adesão das famílias, compromisso institucional e capacitação das equipes, a função da caderneta como eixo do monitoramento da saúde infantil é esvaziada, e os principais princípios da APS, como a longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, são enfraquecidos.

A Figura 07 apresenta o framework analítico construído na plataforma Miro com base na análise qualitativa dos dados, articulando os principais fatores que influenciam a utilização da CC na APS. A representação gráfica evidencia as percepções de cuidadores e profissionais, os entraves estruturais e institucionais, as desigualdades sociais e os desafios cotidianos enfrentados no cuidado infantil. Ao integrar esses elementos, o framework ilustra como tais dimensões se interrelacionam e impactam diretamente o monitoramento da saúde da criança, contribuindo para a compreensão ampliada do problema e para a formulação de estratégias de intervenção mais efetivas.

Figura 07 - Framework analítico da utilização da Caderneta da Criança na Rede de Saúde de Lavras



Fonte: Da Autora (2025).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revelou que, embora a CC seja um instrumento fundamental para o monitoramento do CD, ainda enfrenta desafios significativos em sua utilização na APS. Os dados quantitativos indicaram que, embora a maioria das crianças possua a caderneta, sua utilização continua limitada, com lacunas no preenchimento adequado e no acompanhamento dos registros pelos profissionais de saúde. A equipe mínima da ESF é a que mais preenche a caderneta, como esperado, devido ao maior contato com a população. No entanto, a baixa adesão de outras categorias profissionais, como odontólogos e nutricionistas, foi um achado relevante.

Identificou-se, também, que o conhecimento das informações contidas na caderneta ocorre, predominantemente, pelas mães, reforçando a concentração do cuidado infantil nas mulheres e a sobrecarga materna no cotidiano das famílias. Esses achados revelam não apenas a influência dos determinantes sociais de saúde — como etnia, escolaridade, condições socioeconômicas e acesso aos serviços —, mas também a necessidade de uma análise interseccional, que considere como essas desigualdades se sobrepõem e se potencializam. Nesse contexto, a análise qualitativa aprofundou essa compressão na qual mulheres negras em situação de vulnerabilidade social aparecem como grupo particularmente impactado, acumulando múltiplas jornadas de cuidado com escasso suporte institucional.

O estudo qualitativo também evidenciou de forma mais detalhada como a sobrecarga de trabalho impacta negativamente a utilização da Caderneta da Criança, especialmente entre os profissionais de enfermagem. Essa categoria profissional, além de assumir a assistência, acumula funções administrativas e técnicas, o que reduz o tempo disponível para atividades educativas e para o preenchimento detalhado desse instrumento. Paralelamente, os médicos, embora reconheçam a importância da caderneta, tendem a priorizar a assistência clínica, a consulta individualizada e resolução de queixas aguda, delegando as ações de educação em saúde à enfermagem.

Outro fator crítico identificado foi a percepção, tanto pelos cuidadores quanto pelos próprios profissionais e pela gestão municipal, de que a puericultura de qualidade deve ser conduzida exclusivamente pelo pediatra, fragilizando o papel dos demais profissionais da APS, especialmente enfermeiros e médicos generalistas. Esse fenômeno reforça uma cultura de valorização da especialidade médica em detrimento do cuidado multiprofissional longitudinal e integral da criança, desestruturando o modelo assistencial da atenção primária à saúde. Além

disso, contribui para um acesso desigual às consultas de puericultura, dificultando a construção de vínculos entre os cuidadores e a equipe de saúde.

A substituição da Caderneta da Criança por registros paralelos, como o Cartão Simplificado e o prontuário manual das UBS, também se mostrou um desafio, reforçando a percepção do preenchimento da caderneta como uma atividade burocrática e desnecessária. Somam-se a isso a ausência de um prontuário eletrônico integrado na APS e um protocolo municipal específico para a puericultura, o que contribui para práticas despadronizadas e para a baixa integração entre os profissionais da equipe multiprofissional. Essa fragmentação do cuidado fere princípios fundamentais do SUS e da APS, como a integralidade, a coordenação do cuidado e o acesso universal, comprometendo a efetividade das ações de promoção à saúde infantil.

Diante desses desafios, os profissionais entrevistados sugeriram estratégias para otimizar a utilização da caderneta, destacando a necessidade de ações institucionais que promovam seu uso desde o pré-natal, com reforço na maternidade e na APS. Apontaram, também, a importância da implementação de um protocolo municipal que padronize as consultas de puericultura e pré-natal, além da inserção de estratégias inovadoras de incentivo, como campanhas educativas e o uso de mídias sociais para engajamento das famílias.

Por fim, destaca-se que o recente avanço em direção à CC em formato digital pode representar uma oportunidade estratégica para fortalecer o monitoramento da saúde infantil, desde que sua implementação seja acompanhada por investimento em infraestrutura, formação profissional e garantia de acesso equitativo em todo o território. Este estudo reforça, portanto, que a efetivação da CC como ferramenta central na vigilância do CD depende de mudanças estruturais, que incluem a reestruturação dos processos de trabalho na APS, a valorização da equipe multiprofissional e a conscientização sobre a importância do cuidado longitudinal e compartilhado na puericultura com enfrentamento conjunto às múltiplas desigualdades que atravessam os sujeitos do cuidado. O fortalecimento de políticas públicas que garantam suporte institucional para a utilização plena do instrumento é essencial para superar os desafios encontrados. Dessa forma, torna-se possível não apenas ampliar a adesão dos profissionais ao preenchimento adequado da caderneta, mas também garantir que as famílias compreendam e utilizem esse instrumento como parte ativa do cuidado infantil, promovendo um modelo de atenção que esteja verdadeiramente alinhado aos princípios do SUS e às necessidades reais de saúde da população.

REFERÊNCIAS

- ABREU, T.G.T.; VIANA L.S.; CUNHA, C.L.F.C. **Desafios na utilização da caderneta de saúde da criança: entre o real e o ideal.** J Manag Prim Health Care, 2012; 3(2): 80-3.
- 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, São Paulo, 2016
- ALVES, C.R.L. *et al.* **Caderneta de Saúde da Criança e Qualidade do Preenchimento.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009; 25(3): 583-595.
- AMORIM L.P., *et al.* **Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança nos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 27, n. 1, p. e201701116, 2018b.
- 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, v. 23, p. 585-597, 2018a.
- AMRIGS, v. 56, n. 3, p.245-250, jul./set. 2012.
- ANDRADE, G. N. **Vivências dos profissionais da atenção primária à saúde com a caderneta de saúde da criança** [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, 2011.
- ANDRADE, G. N., REZENDE, T.M.R.L., MADEIRA, A.M.F. **Caderneta de Saúde da Criança: experiências dos profissionais da atenção primária à saúde.** Revista da Escola de Enfermagem da USP 2014, 48(5), 857-864.
- ANDRADE, R. B. **Análise do preenchimento da Caderneta da Gestante de adolescentes e adultas e registro do seguimento das recomendações do Ministério da Saúde.** [dissertação]. Santa Cruz (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2019.
- ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil.** Rio de Janeiro: Cadernos de
- ARAÚJO, M. G., *et al.* **A percepção dos responsáveis sobre a Caderneta da Criança.** Cadernos ESP, Fortaleza, v. 16, n. 4, p. e953, 2022.

BARATA, R. B. *et al.* **National Vaccine Coverage Survey 2020: methods and operational aspects.** Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. v. 26

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70; 2011.

BARRETO, M. L.. **Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 7, p. 2097–2108, jul. 2017.

BOSI, M. L. M.; GASTALDO, D. **Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde: fundamentos teórico-metodológicos.** 1. ed. São Paulo: Vozes, 2021. E-book. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br> Acesso em: 01 out. 2023.

BRASIL. Agência Gov. **Nota técnica orienta estados e municípios na implementação da Rede Alyne.** Brasília: Agência Gov, 2024b. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202502/nota-tecnica-orienta-estados-e-municipios-na-implementacao-da-rede-alyne>. Acesso em: 7 jun. 2025.

BRASIL. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 10 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro da população pelas equipes de atenção primária à saúde no Brasil, Minas Gerais e Lavras (MG), 2021–2023.** Brasília: Ministério da Saúde, e-Gestor AB/SISAB, 2023. Dados obtidos anteriormente em: <https://egestorab.saude.gov.br>. Acesso em: mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança agora está disponível no aplicativo Meu SUS Digital.** Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/abril/caderneta-de-saude-da-crianca-agora-esta-disponivel-no-aplicativo-meu-sus-digital>. Acesso em: 22 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta Digital da Criança.** Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/caderneta-digital-da-crianca>. Acesso em: 22 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para profissionais de saúde: Pré-natal do parceiro. 2. ed.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_profissionais_saude_2ed.pdf.

Acesso em 01 julho 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde lança a 6ª edição da Caderneta da Criança – Passaporte da Cidadania.** Portal da Saúde, 03 abr. 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/ministerio-da-saude-lanca-a-6a-edicao-da-caderneta-da-crianca-2013-passaporte-da-cidadania>. Acesso em: 24 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nova versão da Caderneta da Criança será enviada para todo o Brasil.** Portal do Ministério da Saúde, Brasília, 20 jan. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/janeiro/nova-versao-da-caderneta-da-crianca-sera-enviada-para-todo-o-brasil>. Acesso em: 12 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 3 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-0784-X.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Criança.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 38 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-0870-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 112 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; **Cadernos de Atenção Básica, n. 23**). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aleitamento_alimentacao_complementar.pdf. Acesso em: 3 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.

Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 264 p. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 33**).

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf.

Acesso em: 3 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança : orientações para implementação** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde; Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 22/2024 – DGCI/SAPS/MS e DAHU/SAES/MS.** Diretrizes para a Implementação da Rede Alyné. Brasília: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-220-2024-dgci-saps-ms-e-dahu-saes-ms.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2025.

BRAUN, Virginia. **Coleta de dados qualitativos: um guia prático para técnicas textuais, midiáticas e virtuais.** 1. ed. São Paulo: Vozes, 2019. E-book. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 24 jul. 2024.

caderneta de saúde. Itinerarius Reflectionis, 2018; 14 (4): 1-18.

CAMPOS, J. L.; SILVA, T. C.; ALBUQUERQUE, U. P. **Observação participante e diário de campo: quando utilizar e como analisar.** In: ALBUQUERQUE, U. P. (org.). Métodos de pesquisa qualitativa para etnobiologia. Recife: Nupeea, 2021. p. 95–112. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Juliana-Campos-7/publication/351492815_Observacao_Participante_e_Diario_de_Campo_quando_utilizar_e_como_analisar/links/609a9c1d299b1ad8d937f5c/Observacao-Participante-e-Diario-de-Campo-quando-utilizar-e-como-analisar.pdf. Acesso em: 24 jul. 2024.

CARVALHO, M. F. *et al.* **Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um**
CAVALCANTE, J.R.C. *et al.* **Percepção das mães sobre o cuidado à criança por meio da**

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. **Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 9, p. 4021-4032, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021269.05732021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>. Acesso em: 27 jun. 2024.

COMITÊ CIENTÍFICO DO NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA (2020). Edição Especial: **Repercussões da Pandemia de COVID-19 no Desenvolvimento Infantil**. [internet] 2020. Disponível em: <http://www.ncpi.org.br>.

COMITÊ CIENTÍFICO DO NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA (NCPI). Estudo no V: **Impactos da Estratégia Saúde da Família e Desafios para o Desenvolvimento Infantil** [internet]. 2019. Disponível em: <http://www.ncpi.org.br>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Diretrizes para elaboração de protocolos de enfermagem**. Brasília, DF: COFEN, 2019. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/Diretrizes-para-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-protocolos-de-Enfermagem-.pdf>. Acesso em: 19 mar 2025

COSTA, J.S.D. *et al.* **Assistência à criança: preenchimento da caderneta de saúde em municípios do semiárido brasileiro**. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 14, n. 3, p. 219-227, jul.-set. 2014.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos. (Métodos de pesquisa)**. Grupo A, 2013. E-book. ISBN 9788565848411. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788565848411/>. Acesso em: 17 mar. 2024.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Grupo A, 2021. E-book. ISBN 9786581334192. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786581334192/>. Acesso em: 17 mar. 2024.

CRUZ, F. C. D. F. **Utilização da caderneta da criança em Unidades de Atenção Primária de Saúde, no Município do Rio de Janeiro**. 2023. 113 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2023.

CUNHA, C. R. H. *et al.*. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1313–1326, abr. 2020.

FAUSTINO, D. M.. **A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 12, p. 3831–3840, dez. 2017.

FREIRE, S. S. A.; RODRIGUES, A. F.; URT, S. da C. **A pesquisa qualitativa em educação em tempos de pandemia: aplicação do grupo focal online sob o aporte da psicologia histórico-cultural.** *Educação*, [S. l.], v. 49, n. 1, p. e45/1–21, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reeducacao/article/view/71401>. Acesso em: 25 jul. 2024.

FREITAS, J.L.G. et al. **Preenchimento da caderneta de saúde da criança na primeira infância.** *Revista Brasileira Promoção da Saúde*, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.8407>. Acesso em: 24 jun. 2024.

GARCIA, I.; NEPONUCENO, A. **Em falta, cadernetas de vacinação são vendidas em papelarias e até pela internet chegando a R\$ 80.** *G1, Mato Grosso*, 28 dez. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/mt/mato-grosso/noticia/2021/12/28/em-falta-cadernetas-de-vacinacao-sao-vendidas-em-papelarias-e-ate-pela-internet-chegando-a-r-80.ghtml>. Acesso em: 9 nov. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e Estados: Lavras (MG).** Rio de Janeiro: IBGE, [s.d.]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/lavras.html>. Acesso em: 04 abr 2024.

LEAL, S. L. S.; OLIVEIRA, E. R.; PESSOA, M. L. F. **Uso da caderneta de saúde da criança no acompanhamento do crescimento – uma revisão de escopo [Use of the child health booklet in growth monitoring – a scoping review].** *Revista de APS, Juiz de Fora*, v. 24, n. 4, p. 653-667, out./dez. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/35135>. Acesso em: 7 jan. 2025.

LIMA, A. E.de S. *et al.* **Uma atuação do enfermeiro na consulta de puericultura: uma revisão integrativa.** *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 97, n. 1, 13 jan. 2023.

LINHARES, A. O. *et al.* **Avaliação dos registros e opinião das mães sobre a caderneta de**
 MACEDO, R. M., MEDEIROS, T. M.; **Marcadores sociais da diferença, interseccionalidade e saúde coletiva: diálogos necessários para o ensino em saúde.** *Saúde*

em Debate [online]. v. 49, n. 144 [Acessado 4 Maio 2025], e9507. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2358-289820251449507P>>. ISSN 2358-2898.
<https://doi.org/10.1590/2358-289820251449507P>.

MARQUES, K. F. *et al.* **Caderneta de saúde da criança: incompletude dos parâmetros avaliados na consulta.** Enfermagem em Foco, v. 12, n. 6, p. 1229–1232, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4904>. Acesso em: 3 maio 2024.

MATOS C.C.S.A., TAVARES J.S.C., COUTO M.T. “Eu vivo num mundo muito burguês, não moro na periferia”: não vacinação infantil e a intersecção entre raça, classe e gênero. Interface (Botucatu). 2024; 28: e230492 <https://doi.org/10.1590/interface.230492>

MATTA, G.C. *et al.* **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia** [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, 221 p. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-032-0. <https://doi.org/10.7476/9786557080320>.

MINAYO, M.C. DE S.; GUERRIERO, I.C.Z. **Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 4, p. 1103–1112, abr. 2014

MINAYO, M.C.S. **Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias.** Rev Pesq Qualitativa. 2017, 5 (7):01-12.

MINAYO, M.C.S. organizador. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes 18; 2001.

MIRO. Plataforma de colaboração visual online. [S.l.]: Miro, [2025]. Disponível em: <https://miro.com/>. Acesso em: 15 mar 2025.

Nações Unidas no Brasil - ONU BR. **17 Objetivos para transformar o mundo** [internet]. 2016. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/>.

NASSIF-PIRES, L.; CARDOSO, L.; OLIVEIRA, A. **Gênero e raça em evidência durante a pandemia no Brasil: o impacto do Auxílio Emergencial na pobreza e extrema pobreza.** Nota de Política Econômica, n. 010. São Paulo: MADE/USP, 2021.

NUNES-COSTA, R. A.; LAMELA, D. J. P. V.; FIGUEIREDO, B. F. C.. **Adaptação psicossocial e saúde física em crianças de pais separados.** Jornal de Pediatria, v. 85, n. 5, p. 385–396, set. 2009.

OLIVEIRA, J. L. C. DE .; MAGALHÃES, A. M. M. DE .; MISUEMATSUDA, L.. **Métodos Mistos Na Pesquisa Em Enfermagem: Possibilidades De Aplicação À Luz De Creswell.** Texto & Contexto - Enfermagem, v. 27, n. 2, p. e0560017, 2018

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.** Resolução A/RES/70/1 da Assembleia Geral das Nações Unidas, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustent%C3%A1vel>. Acesso em: 1 maio 2025

PAIXÃO, G. M. da; COSTA, N. C. da; VIEIRA, A. C. dos S.. **A Caderneta da Criança e a terapia ocupacional na atenção básica à saúde.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 4, p. 155–168, 2022. DOI: 10.1590/0103-11042022E501. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/tgkpN9spqPpdGf76ymZwqgP/>. Acesso em: 3 maio 2025.

PALOMBO, C. N. T. *et al.* **Uso e preenchimento da caderneta de saúde da criança com foco no crescimento e desenvolvimento.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 48, n. especial, p. 60-67, 2014.

PROCIANOY, G. S. *et al.* **Impacto da pandemia do COVID-19 na vacinação de crianças de até um ano de idade: um estudo ecológico.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 27, n. 03, pp. 969-978. Acesso em 8 out. 2023

RANGEL, R. F. *et al.* **Caderneta da criança: conhecimento dos profissionais de saúde da atenção básica.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online), v. 14, e11601, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11601>. Acesso em: 3 maio 2024.

REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA (RNPI); ANDI – COMUNICAÇÃO E DIREITOS. Plano Nacional da Primeira Infância: 2010–2022 | 2020–2030. 2. ed. rev. e atual. Brasília, DF: RNPI/ANDI, 2020. 260 p. Disponível em: <https://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2020/10/PNPI.pdf>. Acesso em: 3 maio 2025. ISBN 978-65-992607-0-4.

REICHERT, A. P. *et al.* **Vigilância do crescimento e desenvolvimento: análise dos registros da Caderneta de Saúde da Criança.** Cogitare Enfermagem, v. 21, n. 4, p. 1–9, 2016.

REICHERT, A.P. da S. *et al.* **Child development surveillance: intervention study with nurses of the Family Health Strategy.** Revista Latino-americana De Enfermagem, 23(5), 954–962, 2015

REICHERT, A.P. da S. *et al.* **Fatores associados ao registro da alimentação infantil e intercorrências clínicas na Caderneta da Criança.** Saúde em Debate, v. 46, n. spe5, p. 34–44, dez. 2022

RODRIGUES, B. G. S. *et al.* **Avaliação da qualidade do preenchimento da caderneta de saúde da criança** Research, Society and Development, v. 11, n. 16, e585111636315, 2022

ROMAGNOLI, R. C.; SILVA, B. C.. **Interseccionalidade E A Esquizeoanálise: Conquistas Macropolíticas E Retrocessos Micropolíticos.** Psicologia & Sociedade, v. 34, p. e249960, 2022.

ROSOLEM, L.H. *et al.* **Caderneta de saúde da criança: coordenação do cuidado e acesso à saúde.** Cogitare enferm, 2019. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/003009827>
Acesso em: 19 nov. 2023

SANTOS, H. L. P. C. DOS . *et al.*. **Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 4211–4224, out. 2020.

SANTOS, W. J. dos *et al.* **Avaliação do conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde sobre o conteúdo da Caderneta da Saúde da Criança.** Journal of Health & Biological Sciences, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 1–5, 2020. Disponível em:
<https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/3082>. Acesso em: 7 jan. 2025.

saúde da criança em unidades básicas de saúde, Pelotas, RS. Porto Alegre: Revista da Saúde Pública, v. 24, n. 3, p. 675-685, mar. 2008

SEM distribuição da Caderneta da Criança há três anos, mães pagam até R\$ 65 para imprimir documento. Jornal Hoje, G1, Rio de Janeiro, 13 nov. 2023. Disponível em:
<https://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2023/11/13/sem-distribuicao-da-caderneta-da-crianca-ha-tres-anos-maes-pagam-ate-r-65-para-imprimir-documento.ghtml>. Acesso em: 9 nov. 2024.

SERENINI, M.B. *et al.* **Alimentação infantil na agenda global dos Objetivos do Milênio: aleitamento materno e anemia ferropriva em lactentes participantes do Programa Bolsa Família.** In XV ENCONTRO NACIONAL DE ALEITAMENTO MATERNO, Rio de Janeiro, 11 a 15 de Novembro de 2019. Anais... Rio de Janeiro, 2019.

SILVA, C. V. S. R. da. **O processo de planejamento de uma proposta de intervenção educativa utilizando a Caderneta da Criança como ferramenta pedagógica para a qualificação profissional na Atenção Primária.** 2022. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva MP) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

SILVA, F. B.; GAÍVA, M. A. M.; MELLO, D. F. **Utilização da Caderneta de Saúde da criança pela família: percepção dos profissionais.** Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 407-414, abr.-jun. 2015.

SOARES, A. R. *et al.* **Child Health Handbook in Primary Care: perspectives of family health professionals and mothers.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 46, p. e20240022, 2025.

SOARES, A.R. *et al.* **Perception and use of the Child's Health Handbook by professionals and mothers: an interactionist approach.** Rev Rene. 23:e81191, 2022.

SOUZA, D. H. DE .; ROCHA, D. G.; NUNES, N. R. DE A.. **Saúde da população negra na formação em saúde: perspectivas rumo à equidade racial.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, n. 7, p. e02992024, 2024.

SOUZA, V. R. DOS S. *et al.* **Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 34, p. eAPE02631, 2021

TEIXEIRA, J.A. *et al.* **Estudos sobre a Caderneta da Criança no Brasil: uma revisão de escopo.** Rev Saude Publica. 2023;57:48. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004733>

THE JAMOVİ PROJECT (2022). **Jamovi** (Version 2.3). Disponível em: <https://www.jamovi.org>. Acesso em 24 jun. 2024.

THE WORLD BANK. **Investing in Young Children: An Early Childhood Development Guide for Policy Dialogue and Project Preparation.** Sophie Naudeau, Naoko Kataoka, Alexandria Valerio. Michelle J. Neuman, Leslie Kennedy Elder. Washington, DC : The World Bank, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS. Biblioteca Universitária. **Manual de normalização e estrutura de trabalhos acadêmicos: TCCs, monografias, dissertações e**

teses. 5. ed. rev., atual. e ampl. Lavras, 2024. Disponível em:

<http://repositorio.ufla.br/jspui/handle/1/58933>. Acesso em: 19 mar 2025

VALLE, P. R. D.; FERREIRA, J. de L. **Análise De Conteúdo Na Perspectiva De Bardin:**

Contribuições E Limitações Para A Pesquisa Qualitativa Em Educação. SciELO

Preprints, 2024. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.7697. Disponível em:

<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/7697>. Acesso em: 12 jan. 2025.

VENANCIO, S. I.; GRANGEIRO, G.P. **A Caderneta da Criança como instrumento para vigilância do desenvolvimento infantil.** São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021.

VIEIRA, G.O. *et al.* **Uso do Cartão da Criança em Feira de Santana, Bahia.** Rev Bras Saúde Matern Infant 2005; 5:177-84.

ZEPPONE, S. C.; VOLPON, L. C.; DEL CIAMPO, L. A.. **Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil.** Revista Paulista De Pediatria, 30(4), 594–599, 2012

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES
HUMANOS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Prezado(a) Senhor(a), você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de forma totalmente voluntária da Universidade Federal de Lavras. Antes de concordar, é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Será garantida, durante todas as fases da pesquisa: sigilo; privacidade; e acesso aos resultados.

I. Título do trabalho experimental: Caderneta de Saúde da Criança: implicações sobre a segurança alimentar e nutricional na primeira infância

Pesquisador responsável: Maysa Helena de Aguiar Toloni

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Lavras

Telefone para contato: (35) 2142-2033

Local da coleta de dados: Residências dos participantes da pesquisa ou Equipamentos Sociais/
Unidades de Saúde

II – OBJETIVOS

Realizar um diagnóstico das crianças e adolescentes do município de Lavras, e avaliar o impacto da compreensão de cuidadores de crianças de 0 a 3 anos de idade com relação à Caderneta de Saúde da Criança sobre a segurança alimentar e nutricional.

III - JUSTIFICATIVA

Intervenções familiares e na comunidade têm se mostrado efetivas para melhorar a amamentação exclusiva e continuada, e são apontadas enquanto ações centrais de prevenção das formas de má-nutrição na infância. Partindo do suposto de que as pessoas têm acesso a uma variedade de alimentos, as informações sobre a Caderneta da Criança podem contribuir com escolhas alimentares de qualidade. O Comitê Científico do Núcleo Ciência pela Infância aponta a potencialidade da Caderneta de Saúde enquanto instrumento que pode facilitar e promover a

continuidade das ações de cuidado da criança durante a pandemia por coronavírus (COVID-19).

A Caderneta contém informações importantes sobre aleitamento materno, alimentação adequada e saudável, orientações sobre a detecção precoce e manejo de febre e diarreia. Dessa forma, a Caderneta se apresenta como importante meio de comunicação e empoderamento das famílias.

IV - PROCEDIMENTOS DO EXPERIMENTO

AMOSTRA

Crianças e adolescentes de zero a 18 anos 11 meses e 29 dias, bem como seus pais ou responsáveis, e profissionais das redes de saúde, educação e desenvolvimento social do município de Lavras.

EXAMES: As coletas de dados ocorrerão nas residências dos participantes, sendo os menores de idade sempre acompanhados, ou em equipamentos sociais do território, sempre mediante agendamento prévio da visita.

Grupo 1: crianças e adolescentes - Serão coletados dados por meio questionários (avaliação socioeconômica e de saúde), avaliação do peso/ altura e do consumo alimentar de acordo com os instrumentos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, além de coleta de uma pequena amostra de sangue por meio de um pequeno furo na ponta do dedo.

Grupo 2: responsáveis pelas crianças e adolescentes - Serão coletados dados por meio questionários (avaliação socioeconômica e de saúde), entrevistas e grupos focais.

Grupo 3: profissionais de saúde - Serão coletados dados por meio questionários (avaliação socioeconômica e de saúde), entrevistas e grupos focais.

Todos os resultados serão informados ao participante de pesquisa se assim ele quiser. Serão utilizados instrumentos padronizados e validados pela literatura científica.

V - RISCOS ESPERADOS

O risco associado à pesquisa é baixo.

Para o Grupo 1 podem existir os seguintes riscos: na avaliação pode haver constrangimento ao responder às perguntas, constrangimento ao ser avaliado antropometricamente, desconforto

com a presença da equipe do projeto, estresse, cansaço ao responder às perguntas, quebra de privacidade durante o tempo que a equipe permanecer na casa do participante e desconforto ou dor leve durante a avaliação antropométrica e coleta de sangue.

Para os Grupos 2 e 3 podem existir os seguintes riscos: na avaliação pode haver constrangimento ao responder às perguntas, estresse, cansaço, quebra de privacidade durante o tempo que a equipe permanecer na casa do participante.

Para evitar essas intercorrências, a equipe foi devidamente treinada para o trabalho de campo. O questionário não será identificado pelo nome para que seja mantido o anonimato e a equipe trabalhará de forma ética. A entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento e será feita uma revisão criteriosa das questões. Caso seja comprovado dano direto ou indireto, decorrente da participação na pesquisa, os pesquisadores irão arcar com todas as possíveis consequências psicológicas decorrentes da aplicação do questionário, fornecendo assistência psicológica. Os dados da pesquisa serão utilizados somente para fins científicos, sem exposição dos participantes.

II – BENEFÍCIOS

Espera-se que projeto contribua para garantia da segurança alimentar das crianças e de seus familiares, Promoção da alimentação adequada e saudável; Promoção do direito humano à alimentação adequada; Subsídio para as políticas de saúde e segurança alimentar e nutricional.

Impacto direto na saúde, desenvolvimento e qualidade de vida. Espera-se ainda que o projeto contribua para a criação de uma rede de segurança alimentar e nutricional no município de Lavras-MG.

III – CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA

A pesquisa poderá ser suspensa caso o participante apresente algum sinal de constrangimento ou desconforto durante a participação e coleta dos dados. Também em caso de desinteresse, de qualquer um dos participantes, a suspensão da pesquisa poderá ser executada. No que se refere ao encerramento da pesquisa, o mesmo será realizado após o final da coleta e avaliação dos dados obtidos.

VIII-CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO SE PARTICIPANTE MENOR DE IDADE

Eu, _____ responsável pelo menor
_____, certifico que, tendo lido as

informações acima e suficientemente esclarecido (a) de todos os itens, estou plenamente de acordo com a realização do experimento. Assim, eu autorizo a execução do trabalho de pesquisa exposto acima.

Lavras, _____ de _____ de 20 ____.

Nome (legível) / RG Assinatura

SE PARTICIPANTE MAIOR DE IDADE entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa.

Lavras, _____ de _____ de 20 ____.

Nome (legível) / RG Assinatura

SE PARTICIPANTE MAIOR DE IDADE entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa.

Lavras, _____ de _____ de 20 ____.

Nome (legível) / RG Assinatura

Assinatura ATENÇÃO! Por sua participação, você: não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira; será ressarcido de despesas que ocorrerem (tais como gastos com transporte, que serão pagos pelos pesquisadores aos participantes ao início dos procedimentos); será indenizado em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa; e terá o direito de desistir a qualquer momento, retirando o consentimento, sem nenhuma penalidade e sem perder qualquer benefícios. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da Universidade Federal de Lavras. Endereço: Campus Universitário Caixa Postal 3037- CEP: 37200-000 – Lavras/MG tel: (35) 3829- 5182

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada com o pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. No caso de qualquer emergência entrar em contato com o pesquisador responsável.

**ANEXO B – Versão Condensada do Instrumento de Coleta de Dados Quantitativos (com
indicação das questões analisadas)**

BLOCO I: Mãe ou responsável

ID: _____ N° FAMÍLIA: _____

Entrevistador: _____ Data da entrevista: ____/____/____

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

Identificação do entrevistado:

1. Nome: _____
2. Endereço: _____ N°: _____
3. Bairro: _____ Telefone: _____
4. Data de Nascimento: ____/____/____
5. Sexo: Feminino (0) Masculino (1)
6. Estado civil: Solteiro (a) (0) União Estável (1) Casado (a) (2) Divorciado (a) (3) Outros (99) _____
7. Cor ou raça: Branca (0) Preta (1) Amarela (2) Parda (3) Indígena (4)
8. Escolaridade: ≤ 4 anos de estudo (0) ≤ 9 anos de estudo (1) < 12 anos de estudo (2) ≥ 12 anos de estudo (3)
9. Profissão ou ocupação atual: _____
10. Parentesco com a criança: Mãe (0) Pai (1) Avô/Avó (2) Irmão (3) Outro (99) _____

Saúde:

11. Está fumante? Sim (0) Não (1)
12. Faz uso de álcool? Sim (0) Não (1)
13. Tem hipertensão arterial? Sim (0) Não (1)
14. Tem ou teve câncer? Sim (0) Não (1) Se sim, qual? _____
15. Tem diabetes? Sim (0) Não (1)
16. Teve alguma internação nos últimos 12 meses? Sim (0) Não (1)
17. Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde? Sim (0) Não (1)
18. Teve diagnóstico de covid-19? Sim (0) Não (1) Se sim, quando? _____
19. Teve sintoma de síndrome respiratória em 2020/2021? Sim (0) Não (1)
20. Caso seja a mãe:
Está gestante? Sim (0) Não (1) Se sim, de quantas semanas: _____

Identificação da família:

21. Número de moradores na residência: _____ pessoas

Condições de Habitação:

22. Tipo de moradia: Alvenaria (0) Madeira (1) Outro (2) _____
23. Regime de ocupação: Próprio (0) Alugado (1) Cedido (2) Invadido (3) Outro (4) _____
24. Quantos cômodos existem na casa: _____ cômodos.
25. A casa tem banheiro? Exclusivo (0) Coletivo (1) Não tem (2)
26. Como é o esgoto da casa? Fechado (0) Fossa (1) Vala aberta (2) Outro (3) _____
27. A água usada em casa é da COPASA? Sim (0) Não (1) Especifique: _____
28. A habitação tem geladeira funcionando? Sim (0) Não (1)
29. A coleta de lixo acontece quantas vezes por semana? _____ vezes.
30. Há quanto tempo a senhora mora no mesmo endereço? _____ anos completos.

Renda:

31. Qual o total da renda mensal da família? ≤ 1 salário-mínimo (0) Entre 1 e 2 salários-mínimos (1) Entre 2 e 3 salários-mínimos (2) > 3 salários-mínimos (3)

32. Quantas pessoas vivem dessa renda? _____ pessoas.

33. Você recebeu Bolsa Família? Sim (0) Não (1)

Acesso ao Serviço de Saúde:

34. Sua família possui plano de saúde? Sim (0) Não (1)

35. Sua família frequenta a ESF/PSF/UBS? Sim (0) Não (1)

35.1 Se sim, qual unidade: _____

35.2 Se sim, quais integrantes da família frequentam a unidade?

35.3 Quais serviços utilizam na unidade? _____

35.4 Com que frequência vai à unidade? _____x p/ semana ou _____x p/ mês ou _____x p/ ano

36. Com que frequência você recebe a visita do ACS: _____

37. Quais profissionais da unidade visitaram sua casa no último mês?

Agente comunitário	Sim (0)	Não (1)
Médico	Sim (0)	Não (1)
Enfermeiro	Sim (0)	Não (1)
Dentista	Sim (0)	Não (1)
Nutricionista	Sim (0)	Não (1)

Suplementação:

38. Algum morador recebe a suplementação de ferro? Sim (0) Não (1) Não sei (99)

38.1 Se sim, quem? _____

39. Algum morador recebe a megadose de vitamina A? Sim (0) Não (1) Não sei (99)

39.1 Se sim, quem? _____

40. Algum morador recebe outra suplementação? Sim (0) Não (1) Não sei (99)

40.1 Se sim, quem? _____

Alimentação:

41. Qual a origem da alimentação?

- (0) Integralmente adquirida com recursos próprios
- (1) Recebe cesta básica e /ou cesta verde do Banco de Alimentos
- (2) Doação de grupo religioso
- (3) Doação de grupo popular
- (4) Outro tipo de doação

42. Adquire alimentos nos seguintes locais (múltipla escolha):

- (0) Supermercado
- (1) Feira-livre
- (2) Horta Comunitária
- (3) Sacolões do próprio bairro
- (4) Mercarias do próprio bairro
- (5) Outro: Especifique _____

43. Você consome frutas, verduras ou legumes? Sim (0) Não (1)

44. Tem mercado próximo ao seu domicílio? Sim (0) Não (1)

44.1 Se sim, qual a distância entre seu domicílio e ele? Menos que 1 quarteirão (0) Entre 1 e 2 quarteirões (1) Entre 2 e 3 quarteirões (2) Entre 3 e 4 quarteirões (3) Mais que 4 quarteirões (4) Não sabe (5)

44.2 Quais alimentos costuma comprar lá? _____

45. Tem feira próximo ao seu domicílio? Sim (0) Não (1)

		Gasto com filhos (as) ou familiares (12)
		Outros (99)
7.	O que o auxílio emergencial significou para você?	

Consumo Alimentar:**Marcador de Consumo Alimentar do SISVAN - Mães e/ou responsáveis**

Você tem o costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)
Quais refeições faz ao longo do dia? Café da manhã (0) Lanche da manhã (1) Almoço (2) Lanche da tarde (3) Jantar (4) Ceia (5)	
<i>Ontem você consumiu:</i>	
Feijão	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)
Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)
Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha/ em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com a adição de açúcar)	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)

Informações sobre o conhecimento da Caderneta de Saúde da Criança:

46. Você conhece a CSC? Sim (0) Não (1)

46.1 Se sim, como conheceu a CSC? Maternidade (0) UBS (1) Consultório Médico (2) Outro (3)

Qual: _____

47. Você tem costume de levar a CSC nas consultas de seu(s) filho(s/as)? Sim (0) Não (1)

48. O médico/pediatra preenche a CSC todas as consultas? Sim (0) Não (1) Não sei (99)

49. Você conhece os conteúdos presentes na CSC e para que serve? Sim (0) Não (1)

50. Quais profissionais já te solicitaram e preencheram a CSC? Médico/pediatra (0) Enfermeiro (1)

Nutricionista (2) Dentista (3) Fonoaudiólogo (4) Terapeuta Ocupacional (5) Fisioterapeuta (6)

Assistente social (7) Psicólogo (8) Nenhum dos anteriores (99)

Segurança Alimentar:**Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA)**

1.	Quest 2: Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores deste domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?	Sim (0) Não (1)
2.	Quest 4: Nos últimos três meses os moradores deste domicílio comeram apenas alguns alimentos que ainda tinham porque o dinheiro acabou?	Sim (0) Não (1)

APÊNDICE A - Perguntas norteadoras para etapa qualitativa da pesquisa

Conhecimento e utilização da Caderneta da Criança na Atenção Primária à Saúde	▪ Na sua experiência, como você percebe a demanda por atendimento infantil na sua unidade? ▪ Conte como é sua experiência com a caderneta na atenção à saúde da criança? ▪ Na sua unidade vocês utilizam a Caderneta da Criança completa, do Ministério da Saúde, ou a simplificada, do município? ▪ Qual a sua percepção acerca do uso da Caderneta da Criança no monitoramento da saúde infantil? ▪ Você acha que os cuidadores estão bem-informados sobre a Caderneta da Criança e seu conteúdo? Por quê? ▪ Você acha que os profissionais da Atenção Primária estão bem capacitados para o uso da Caderneta da Criança?
Determinantes Sociais de Saúde e a Caderneta da Criança	▪ Você acha que a situação socioeconômica das famílias influencia a forma como elas utilizam a Caderneta da Criança? Pode dar exemplos?
Relação do parentesco com a criança e a Caderneta da Criança	▪ Como você vê o envolvimento dos pais e outros cuidadores (avós, tios etc.) no uso da Caderneta da Criança? Existem barreiras específicas?
Desafios no uso da Caderneta da Criança	▪ Quais são os principais desafios que você, como profissional de saúde, enfrenta ao utilizar e promover o uso da Caderneta da Criança durante as consultas? ▪ Quais são os principais desafios que os cuidadores enfrentam para utilizar a Caderneta da Criança?
Sugestões para melhoria	▪ Que sugestões você tem para melhorar a distribuição, o conhecimento e o uso da Caderneta da Criança entre os cuidadores?

	▪ Existe alguma prática ou intervenção que você já tenha implementado ou gostaria de ver implementada para melhorar o uso da Caderneta da Criança?
Conclusão	▪ Há algo mais que você gostaria de adicionar ou que acha importante sobre o uso da Caderneta da Criança que não abordamos?