

# Fatores associados ao registro da alimentação infantil e intercorrências clínicas na Caderneta da Criança

*Factors associated with the registration of infant feeding and clinical complications in the Children's Handbook*

Altamira Pereira da Silva Reichert<sup>1</sup>, Isla Carolina Alves de Lima<sup>1</sup>, Iolanda Carlli da Silva Bezerra<sup>1</sup>, Paloma Karen Holanda Brito<sup>1</sup>, Anna Tereza Alves Guedes<sup>1</sup>, Anniely Rodrigues Soares<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E503

**RESUMO** Este artigo teve como objetivo analisar os fatores associados ao registro da alimentação infantil e intercorrências clínicas na caderneta de crianças menores de 3 anos, residentes em João Pessoa, Paraíba, Brasil. Trata-se de um estudo transversal, realizado com 424 cadernetas de crianças menores de 3 anos, cadastradas em Unidades de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba. Os dados foram coletados no período de maio a novembro de 2019 e analisados a partir da estatística descritiva e inferencial, com os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher. Constatou-se que apenas 1,9% das cadernetas analisadas apresentavam dados relacionados com a alimentação e que 0,9% tinha registrado algum dado acerca das intercorrências clínicas da criança. Ademais, as características sociodemográficas dos responsáveis/cuidadores e das crianças não apresentaram associação estatística significativa com os registros da alimentação e das intercorrências clínicas na Caderneta da Criança. Conclui-se que é precário o registro sobre alimentação infantil e intercorrências clínicas na Caderneta da Criança. Esta realidade representa uma lacuna à continuidade do cuidado à criança e poderá prejudicar os esforços para a redução da morbimortalidade infantil.

**PALAVRAS-CHAVE** Nutrição da criança. Vigilância em saúde pública. Registros de saúde pessoal. Saúde da criança.

**ABSTRACT** *This article aims to analyze the factors associated with the registration of infant feeding and clinical complications in the handbook of children under three years of age living in João Pessoa, Paraíba, Brazil. This is a cross-sectional study, carried out with 424 handbooks of children under three years old registered in Family Health Units in João Pessoa, Paraíba. Data were collected from May to November 2019 and were analyzed using descriptive and inferential statistics, using Chi-square and Fisher's Exact tests. In this investigation, it was found that only 1.9% of the handbooks analyzed had data related to food and 0.9% had recorded some data about the child's clinical complications. Furthermore, the sociodemographic characteristics of those guardians/caregivers and the children did not present a statistically significant association with the records of food and clinical complications in the Child's Handbook. It is concluded that the record on infant feeding and clinical complications in the Child's Handbook is precarious. This reality represents a gap in the continuity of child care and may hamper efforts to reduce child morbidity and mortality.*

**KEYWORDS** *Child nutrition. Public Health Surveillance. Health records, personal. Child health.*

<sup>1</sup>Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.  
iolandacarlli@gmail.com



## Introdução

As ações voltadas para a vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil constituem a base para a organização do cuidado à criança. Em busca de qualificar o cuidado e a saúde da população infantil, foi instituída, em 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), promovendo o cuidado integral, sobretudo na primeira infância<sup>1</sup>.

A PNAISC organiza-se em sete eixos estratégicos, entre eles, o Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável<sup>1</sup>. Ambos são importantes determinantes de saúde, haja vista que a nutrição adequada potencializa o alcance dos marcos do desenvolvimento e minimiza o risco de intercorrências clínicas na criança<sup>2,3</sup>.

No que se refere às intercorrências clínicas, as crianças são mais vulneráveis para interações e complicações que podem levar ao óbito, sendo as menores de 1 ano o grupo mais acometido por Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)<sup>4,5</sup>. Quanto às intercorrências infantis entre os menores de 5 anos, destaca-se que o Nordeste é a região que lidera a alta taxa de ocorrências<sup>6</sup>.

Nesse sentido, a alimentação e a ocorrência de intercorrências clínicas na infância são importantes informações que devem ser registradas e acompanhadas ao longo desse período de vida. Para tanto, é fundamental que os profissionais que assistem à criança realizem os registros na Caderneta da Criança (CC).

A CC se destaca como o principal instrumento para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, pois apresenta informações mais detalhadas sobre o estado de saúde-doença da criança. Os registros na caderneta são essenciais para auxiliar os profissionais na identificação de agravos<sup>7</sup>, bem como para a promoção da saúde infantil<sup>8</sup>.

Contudo, pesquisas comprovam falhas dos registros na CC relacionadas com a falta ou a incompletude de dados acerca da alimentação, das intercorrências clínicas e do crescimento e desenvolvimento da criança<sup>9,10</sup>. Entre os possíveis

motivos, encontram-se o conhecimento limitado dos profissionais quanto à forma correta de preencher os dados e a ausência de orientações às famílias para sua utilização.

É importante enfatizar que a literatura é escassa ao tratar do preenchimento dos dados relacionados com a alimentação e as intercorrências clínicas na criança na CC. Sobre isso, um estudo realizado com 420 crianças na região norte do Brasil apontou que apenas 8,3% das cadernetas tinham registros sobre a alimentação infantil e 3,3% delas possuíam intercorrências registradas<sup>10</sup>. Outro estudo que observou 284 CC em um município paulista evidenciou que apenas 6,3% delas tinham o registro da alimentação e nenhuma apresentava registros acerca das intercorrências clínicas<sup>11</sup>.

A escassez dos dados registrados na CC acerca das intercorrências clínicas contrapõe-se à alta prevalência de internações infantis nos primeiros anos de vida<sup>12,13</sup>, evidenciando a desvalorização dos registros e o monitoramento ineficaz da saúde infantil. Estudo realizado no Rio de Janeiro evidenciou a subutilização da CC nos serviços hospitalares e a subnotificação dos registros das intercorrências infantis, fragilizando a vigilância em saúde<sup>14</sup> e o cuidado intersetorial.

Destarte, é necessário modificar essa realidade e reconhecer a potencialidade da CC na vigilância da saúde da criança, com ênfase na alimentação e possíveis intercorrências clínicas, a fim de possibilitar, também, a valorização e a apropriação pelos envolvidos no cuidado à criança e a coordenação do cuidado em saúde<sup>11,15,16</sup>.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo analisar os fatores associados ao registro da alimentação e intercorrências clínicas na caderneta de crianças menores de 3 anos residentes em João Pessoa, Paraíba.

## Metodologia

Estudo transversal, descritivo, desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família (USF) de João Pessoa, Paraíba, Brasil. O município

contém 200 equipes de Saúde da Família (eSF) distribuídas territorialmente em cinco Distritos Sanitários (DS), o que corresponde a 83% de cobertura, responsável, no ano de 2018, pela assistência de 170.444 famílias cadastradas, sendo 252.417 crianças menores de 5 anos<sup>17</sup>.

A população estudada correspondeu a mães e/ou cuidadores legais de crianças que contemplavam os seguintes critérios de inclusão: mães e/ou cuidadores de crianças menores de 3 anos de idade cadastradas na USF, maiores de 18 anos e que portavam a CC no momento da coleta de dados. Não participaram aqueles que apresentavam limitações de entendimento e comunicação, como incompreensão das perguntas e da leitura, bem como do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para realização do cálculo amostral, considerou-se o quantitativo de nascidos vivos dos anos de 2016, 2017 e 2018 (14.850 crianças), por amostragem estratificada conforme o método de alocação ótima, utilizado quando a distribuição da amostra total depende do custo de coleta de cada estrato, da variabilidade e do seu tamanho<sup>18</sup>. Para o tamanho da amostra, foi admitido um nível de confiança de 95%, resultando em 354 crianças de zero a 3 anos de idade. Considerando o acréscimo de 20% para possíveis perdas na pesquisa, a amostra final foi composta por 424 cadernetas das crianças atendidas nas USF dos cinco DS do referido município.

Esse quantitativo amostral foi dividido proporcionalmente entre os DS, de forma que aquele com maior número de crianças cadastradas obteve um maior número de instrumentos coletados. Posteriormente, foram selecionadas cinco USF de cada distrito com o maior número de crianças cadastradas, totalizando 25 USF. Cabe ressaltar que foi considerado como USF o espaço físico, podendo ter uma, duas ou quatro eSF, no caso de Unidades Integradas de Saúde da Família.

Os participantes foram selecionados a partir da abordagem sistemática na fila de espera da USF, por conveniência, conforme convite à última mãe e/ou ao cuidador legal presente. Em caso de recusa, o anterior da

fila era convidado, e assim sucessivamente, até concluir a cota amostral de cada unidade.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a novembro de 2019, por meio de perguntas à mãe e/ou ao cuidador e pela consulta direta na CC. Para isso, um questionário tipo *checklist* foi utilizado. O instrumento foi elaborado de acordo com manuais do Ministério da Saúde e a CC<sup>19,20</sup> com o intuito de identificar o preenchimento dos itens relacionados com a alimentação da criança e intercorrências clínicas, sendo registrado ‘Sim’, valor 1, quando o preenchimento presente, e ‘Não’, valor 0, quando ausente.

Os dados foram digitados em dupla entrada, a partir do *software* estatístico Open Source, e analisados por meio de estatística descritiva, calculando a frequência absoluta ( $n$ ) e a relativa (percentual) das variáveis, média, desvio-padrão. Na análise inferencial, foram utilizados os testes Qui-quadrado e exato de Fisher conforme os objetivos do estudo. Os dados foram apresentados por meio de representações gráficas e tabelas confeccionadas por intermédio do programa Microsoft Office Excel® e discutidos conforme literatura pertinente ao estudo.

O presente trabalho está vinculado ao projeto universal ‘Vigilância do desenvolvimento e a caderneta de saúde da criança: caminhos para a promoção da saúde infantil’, aprovado no Edital Universal nº 407850/2018-0, que possui parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa de Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, número 3.156.449; e seguiu as diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. Destaca-se que todos os participantes da pesquisa leram e assinaram o TCLE.

## Resultados

Os dados sociodemográficos das crianças e dos respectivos responsáveis mostram que 88,4% das mães estavam na faixa etária maior ou

igual a 20 anos, 78,5% viviam com o parceiro estável, 62,7% afirmaram ter dois filhos, 73,6% trabalhavam no lar e 75,2% declararam ter mais de 8 anos de estudo. Em relação ao quantitativo de residentes no domicílio, 95,3% moravam com 3 ou mais crianças menores de 5 anos. A renda familiar prevalecente foi inferior a 1 salário mínimo vigente. No que diz respeito às

crianças, 53,5% tinham entre zero e 11 meses, com predomínio do sexo feminino (52,1%).

No tocante aos registros da alimentação e intercorrências clínicas na CC, ambos não obtiveram registros considerados satisfatórios, com ausência desses registros em 95,1% e 99,1%, respectivamente, nas cadernetas analisadas. A *tabela 1* traz em detalhes esses dados descritivos.

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas infantis e maternas e os registros de alimentação e intercorrências clínicas na Caderneta da Criança. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019 (N = 424)

Características	N (424)	%
<b>Idade dos responsáveis</b>		
< 20 anos	49	11,6
> ou = 20 anos	375	88,4
<b>Situação conjugal</b>		
Sem companheiro	91	21,5
Tem companheiro	333	78,5
<b>Número de filhos vivos</b>		
1 filho	158	37,3
2 filhos	266	62,7
<b>Local de trabalho</b>		
Fora do lar	112	26,4
Lar	312	73,6
<b>Anos de estudo</b>		
< 8 anos	105	24,8
> ou = 8 anos	319	75,2
<b>Quantidade de crianças menores de 5 anos que moram na residência</b>		
1 ou 2	20	4,7
3 ou mais	404	95,3
<b>Renda</b>		
< 1 salário mínimo	267	63,0
> ou = 1 salário mínimo	157	37,0
<b>Idade da criança</b>		
0 a 11 meses	227	53,5
12 a 36 meses	197	46,5
<b>Sexo da criança</b>		
Feminino	221	52,1
Masculino	203	47,9
<b>Registro de alimentação na Caderneta da Criança</b>		
Não	416	98,1
Sim	8	1,9

Tabela 1. (cont.)

Características	N (424)	%
<b>Registro de alguma intercorrência clínica na Caderneta da Criança</b>		
Não	420	99,1
Sim	4	0,9

Fonte: elaboração própria.

Em relação à associação das características sociodemográficas dos responsáveis e das crianças com os registros da alimentação na CC, observa-se que não houve associação estatística significativa, considerando  $p < 0,05$  (tabela 2).

Tabela 2. Análise bivariada entre as características sociodemográficas dos responsáveis/cuidadores e das crianças segundo registro de alimentação na Caderneta da Criança. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019 (N = 424)

Características	Registro de alimentação na Caderneta			P-valor
	Total (%)	Não (%)	Sim (%)	
<b>Idade dos responsáveis</b>				
< 20 anos	49 (11,56)	49 (100)	0 (0)	0,61*
> ou = 20 anos	375 (88,44)	367 (97,9)	8 (2,1)	
<b>Situação conjugal</b>				
Sem companheiro	91 (21,46)	89 (97,8)	2 (2,2)	0,68*
Tem companheiro	333 (78,54)	327 (98,2)	6 (1,8)	
<b>Número de filhos vivos</b>				
2 filhos	266 (62,74)	260 (97,7)	6 (2,3)	0,72*
1 filho	158 (37,26)	156 (98,7)	2 (1,3)	
<b>Local de trabalho</b>				
Fora do lar	112 (26,42)	110 (98,2)	2 (1,8)	1,00*
Lar	312 (73,58)	306 (98,1)	6 (1,9)	
<b>Anos de estudo</b>				
< 8 anos	105 (24,76)	104 (99,0)	1 (1,0)	0,69*
> ou = 8 anos	319 (75,24)	312 (97,8)	7 (2,2)	
<b>Quantidade de crianças menores de 5 anos que moram na residência</b>				
3 ou mais	404 (95,28)	396 (98,0)	8 (2,0)	1,00*
1 ou 2	20 (4,72)	20 (100)	0 (0,0)	
<b>Renda</b>				
< 1 salário mínimo	267 (62,97)	263 (98,5)	4 (1,5)	0,48*
> ou = 1 salário mínimo	157 (37,03)	153 (97,5)	4 (2,5)	
<b>Idade da criança</b>				
12 a 36 meses	197 (46,46)	193 (98,0)	4 (2,0)	1,00*
0 a 11 meses	227 (53,54)	223 (98,2)	4 (1,8)	
<b>Sexo da criança</b>				
Masculino	203 (47,88)	200 (98,5)	3 (1,5)	0,73*
Feminino	221 (52,12)	216 (97,7)	5 (2,3)	

Fonte: elaboração própria.

\*Teste exato de fisher.

Os dados da *tabela 3* revelam que também não houve associação estatística significativa, considerando  $p < 0,05$ , entre as características sociodemográficas dos responsáveis/cuidadores e das crianças e o registro de intercorrência clínica na CC.

Tabela 3. Análise bivariada entre as características sociodemográficas dos responsáveis/cuidadores e das crianças segundo registro de intercorrência clínica na Caderneta da Criança. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019 (N = 424)

Características	Registro de intercorrência clínica na Caderneta			P-valor
	Total (%)	Não (%)	Sim (%)	
<b>Idade dos responsáveis</b>				
< 20 anos	49 (11,56)	49 (100)	0 (0,0)	1,00*
> ou = 20 anos	375 (88,44)	371 (98,9)	4 (1,1)	
<b>Situação conjugal</b>				
Sem companheiro	91 (21,46)	90 (98,8)	1 (1,1)	1,00*
Tem companheiro	333 (78,54)	330 (99,1)	3 (0,9)	
<b>Número de filhos vivos</b>				
2 filhos	266 (62,74)	262 (98,5)	4 (1,5)	0,30*
1 filho	158 (37,26)	158 (100)	0 (0,0)	
<b>Local de trabalho</b>				
Fora do lar	112 (26,42)	112 (100)	0 (0,0)	0,58*
Lar	308 (72,64)	304 (98,7)	4 (1,3)	
<b>Anos de estudo</b>				
< 8 anos	105 (24,76)	104 (99,0)	1 (1,0)	1,00*
> ou = 8 anos	319 (75,24)	316 (99,1)	3 (0,9)	
<b>Quantidade de crianças menores de 5 anos que moram na residência</b>				
3 ou mais	404 (95,28)	400 (99,0)	4 (1,0)	1,00*
1 ou 2	20 (4,72)	20 (100)	0 (0,0)	
<b>Renda</b>				
< 1 salário mínimo	267 (62,97)	265 (99,3)	2 (0,7)	0,63*
> ou = 1 salário mínimo	155 (37,03)	153 (98,7)	2 (1,3)	
<b>Idade da criança</b>				
12 a 36 meses	197 (46,46)	195 (99,0)	2 (1,0)	1,00*
0 a 11 meses	227 (53,54)	225 (99,1)	2 (0,9)	
<b>Sexo da criança</b>				
Masculino	203 (47,88)	202 (99,5)	1 (0,5)	0,63*
Feminino	221 (52,12)	218 (98,6)	3 (1,4)	

Fonte: elaboração própria.

\*Teste exato de Fisher.

## Discussão

Os dados do presente estudo revelam um elevado percentual de falta de registro acerca

da alimentação e intercorrências clínicas nas cadernetas de crianças menores de 3 anos, portanto, dificultando a continuidade dos cuidados infantis. Além disso, o preenchimento

dessas informações na CC não está associado às características sociodemográficas da criança e do responsável/cuidador.

Os resultados deste estudo são corroborados por pesquisas que analisaram a CC nas regiões Nordeste e Sudeste, os quais também constataram fragilidades nos registros da alimentação e das intercorrências clínicas na infância. O primeiro estudo revelou que o registro dos dados alimentares foi inferior a 20% das 204 cadernetas analisadas<sup>9</sup>, já o segundo, não encontrou nenhum registro das intercorrências clínicas nas 284 cadernetas analisadas<sup>11</sup>.

A literatura destaca a existência de alto grau de desnutrição infantil e intercorrências clínicas nas crianças<sup>12-22</sup>, por isso a importância do registro desses dados nas cadernetas. Neste estudo, é baixo o percentual de registros alimentares e intercorrências, o que significa quebra na continuidade do cuidado, assim como a impossibilidade de promover a solução de tais problemas por meio de um melhor acompanhamento profissional com todas as informações das crianças e recomendações profissionais documentadas na CC. Tal conjuntura viabiliza a existência de diversos problemas na comunicação entre os setores de saúde multiprofissional, bem como dificuldades no diálogo e participação familiar.

Evidências internacionais também revelam fragilidades no preenchimento dos instrumentos de acompanhamento à criança e trazem como fatores associados a falta de investimentos e a inadvertência dos profissionais e familiares nos registros dos dados<sup>23,24</sup>, ressaltando a má utilização do instrumento ao redor do mundo, negligenciando sua função na continuidade da assistência ofertada.

Em países como Indonésia e Angola, o instrumento de acompanhamento da saúde da criança está associado ao da saúde da mulher, criando um único instrumento de acompanhamento e educação em saúde, facilitando o manuseio e a utilização correta desses instrumentos. Isso colaborou para a continuidade dos cuidados prestados à saúde

materno-infantil, tornando-se uma recomendação da Organização Mundial da Saúde para a melhoria do acompanhamento das gestantes e a promoção da assistência qualificada ao binômio mãe-filho<sup>25,26</sup>.

No Brasil, a fim de minimizar problemas voltados para a alimentação infantil, a PNAISC apresenta o Eixo Estratégico II que contempla a nutrição na primeira infância e suas vulnerabilidades, buscando minimizar as chances de adoecimento e o alcance do crescimento e desenvolvimento adequados na infância<sup>1</sup>. Nessa política, a CC é destacada como um importante instrumento para a vigilância da saúde infantil.

Embora os registros dos dados da criança na caderneta seja uma das atribuições dos profissionais da saúde, estudo relata o desconhecimento desses acerca da importância da caderneta para qualificação dos serviços direcionados à criança<sup>8</sup>. Outras pesquisas constataram que além da visão tecnicista dos profissionais acerca da CC, esses ainda se referem ao instrumento como Cartão da Criança, limitando-o apenas ao calendário vacinal e ao gráfico de acompanhamento do crescimento infantil<sup>27,28</sup>, reduzindo a funcionalidade da caderneta, bem como sua importância na integralidade do cuidado à criança. Ademais, alguns profissionais relatam que a subutilização da CC também se deve a grande demanda, sobrecarga no trabalho e falta de capacitação ofertada<sup>10,29</sup>.

Quanto às características sociodemográficas das crianças e seus responsáveis, os resultados encontrados neste estudo não apresentaram associação significativa das variáveis estudadas com os registros da alimentação e intercorrências clínicas na CC, talvez devido à grande quantidade de ausência de registros, que pode ter prejudicado a aplicação de testes estatísticos. No entanto, outras pesquisas puderam constatar associação entre grau de escolaridade e situação econômica com a ausência de registros na caderneta, entre eles, os dados relacionados com a alimentação e intercorrências clínicas<sup>10,11,30,31</sup>.

## Conclusões

O registro da alimentação infantil e intercorrências clínicas na caderneta de crianças menores de 3 anos, na realidade pesquisada, estão sendo negligenciados pelos profissionais de saúde, pois quase a totalidade das cadernetas analisadas não possuía tais registros, fato este que dificulta a longitudinalidade do cuidado a criança, bem como um cuidado integral e promoção do desenvolvimento infantil saudável.

Não foi possível observar os fatores associados à falta desses registros, e isso pode ser explicado pelo percentual consideravelmente baixo dos registros, tendo em vista que os testes estatísticos testam hipóteses com os números de registro e não registro; e como quase o total das cadernetas não possuía esses dados, isso pode ter afetado a aplicação e o resultado destes.

Ressalta-se a importância da realização de capacitações acerca do preenchimento da CC, a fim de minimizar problemas relacionados com o desconhecimento do instrumento, além da incompletude nos registros dos dados. Espera-se que os resultados contribuam para reflexão

dos gestores, profissionais de saúde e comunidade científica, a fim de melhorar e reorganizar as ações e as estratégias utilizadas nos serviços de saúde, de modo que as especificidades da atenção integral à criança sejam atendidas e valorizadas. Os achados refletem a realidade local, entretanto, os dados podem possibilitar reflexões acerca do tema e possíveis mudanças, tendo em vista que sua abrangência foi uma capital do nordeste brasileiro.

## Colaboradoras

Reichert APS (0000-0002-4295-6698)\* contribuiu para a concepção e delineamento do estudo. Bezerra ICS (0000-0002-7948-8074)\* contribuiu para a coleta de dados. Reichert APS, Lima ICA (0000-0002-8467-4330)\*, Bezerra ICS, Brito PKH (0000-0003-2662-1449)\*, Guedes ATA (0000-0002-9495-4942)\* e Soares AR (0000-0002-3382-671X)\* contribuíram igualmente para a análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).



## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2022 nov 26]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>.
2. Lassi ZS, Rind F, Irfan O, et al. Impact of Infant and Young Child Feeding (IYCF) Nutrition Interventions on Breastfeeding Practices, Growth and Mortality in Low- and Middle-Income Countries: Systematic Review. *Nutrients*. 2020 [acesso em 2021 abr 20]; 12(3):722. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu12030722>.
3. Lima RDCS, Xavier JMV, Olinda RA, et al. Avaliação da influência do estado nutricional na ocorrência de infecção respiratória aguda em menores de dois anos. *REAS*. 2021 [acesso em 2021 abr 20]; 13(4). Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e6494>.
4. Araújo filho ACA, Almeida PD, Araújo AKL, et al. Epidemiological aspects of child mortality in a state in Northeastern Brazil. *Enferm Glob*. 2018 [acesso em 2021 abr 19]; 17(49):448-77. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.1.281141>.
5. Mozzatto L, Albuquerque A, Rovani A, et al. Mortalidade neonatal: perfil das causas evitáveis em uma cidade do Sul do Brasil. *Rev. AMRIGS*. 2020 [acesso em 2021 abr 15]; 64(2):317-322. Disponível em: <https://www.amrigs.org.br/assets/images/upload/pdf/jornal/1610631629.pdf#page=151>.
6. Ribeiro MGC, Araújo filho ACA, Rocha SS. Hospitalizações Por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Crianças do Nordeste Brasileiro. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2019 [acesso em 2021 abr 17]; 19(2):499-506. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000200013>.
7. Oliveira GC, Pereira RG, Silva FP, et al. Avaliação da qualidade dos registros na caderneta de saúde da criança. *ReonFacema*. 2018 [acesso em 2021 fev 17]; 4(1):798-807. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/issue/download/22/21>.
8. Amorim LP, Senna MIB, Gomes VE, et al. Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança nos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2018 [acesso em 2021 fev 17]; 27(1):e201701116. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742018000100016>.
9. Figueroa-pedraza D. Qualidade do preenchimento do instrumento de acompanhamento da saúde da criança em município do nordeste brasileiro. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2019 [acesso em 2021 maio 10]; 18(37). Disponível em: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-37.qpia>.
10. Freitas JLG, Pereira PPS, Moreira KFA, et al. Preenchimento da caderneta de saúde da criança na primeira infância. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2019 [acesso em 2021 fev 17]; 32. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.8407>.
11. Rosolem LH, Tonitato APC, Sanguino GZ, et al. Caderneta de saúde da criança: coordenação do Cuidado e acesso à saúde. *Cogitare Enferm*. 2019 [acesso em 2021 fev 17]; (24):e61496. Disponível em: [dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61496](http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61496).
12. Abebe AM, Kassaw MW, Mengistu FA. Assessment of Factors Affecting the Implementation of Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness for Treatment of under Five Children by Health Professional in Health Care Facilities in Yifat Cluster in North Shewa Zone, Amhara Region, Ethiopia. *Int J Pediatr*. 2019. [acesso em 2021 abr 8]. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2019/9474612>.
13. Pinto Júnior EP, Aquino R, Dourado I, et al. Condições de hospitalização sensíveis à atenção primária em crianças menores de 1 ano no Brasil. *Ci-*

- ênc. Saúde Colet. 2020 [acesso em 2021 maio 5]; 25(7). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.25002018>.
14. Silva TCT. A caderneta de saúde da criança para o cuidado integral à saúde infantil: percepções de profissionais de saúde. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2019. [acesso em 2021 maio 5]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22409/MPES.2019.m.09979192720>.
  15. Sousa JCB, Silva RD, Olivindo DDF. Child health handbook records for monitoring growth and development. *Research, Soc. Develop.* 2020 [acesso em 2021 maio 15]; 9(10). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.901>.
  16. Amorim LP, Senna MIB, Soares ARS, 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. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [acesso em 2021 fev 17]; 23(6):585-97. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.06962016>.
  17. João Pessoa. Prefeitura. Atendimentos realizados nas Unidades de Saúde da Família passam de 1,5 milhão em 2018. 2018 dez 29. [acesso em 2021 fev 17]. Disponível em: <http://antigo.joaopessoa.pb.gov.br/atendimentos-realizados-nas-unidades-de-saude-da-familia-passam-de-15-milhao-em-2018/>.
  18. Silva PLN, Bianchini ZM, Dias AJM. Amostragem: teoria e prática usando R. Rio de Janeiro: [s.n.]; 2021.
  19. 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 a utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. [acesso em 2021 fev 17]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual%200902.pdf>.
  20. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Caderneta da Criança: passaporte para a cidadania. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. [acesso em 2021 ago 26]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_crianca\\_menina\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_2ed.pdf).
  21. Pinto Júnior EP, Aquino R, Dourado I, et al. Condições de hospitalização sensíveis à atenção primária em crianças menores de 1 ano no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2021 maio 5]; 25(7). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.25002018>.
  22. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. 2017. [acesso em 2021 maio 19]. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality/>.
  23. Osaki K, Aiga H. Adapting home-based records for maternal and child health to users' capacities. *Bull World Health Organ.* 2019 [acesso em 2021 maio 19]; 97(4):296-305. Disponível em: <https://doi.org/10.2471/BLT.18.216119>.
  24. Chutiyami M, Wyver S, Amin J. Are Parent-Held Child Health Records a Valuable Health Intervention? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2019 [acesso em 2021 ago 3]; 16(220). Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16020220>.
  25. Magwood O, Kpadé V, Thavorn K, et al. Effectiveness of home-based records on maternal, newborn and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2019 [acesso em 2021 maio 15]; 14(1). Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0209278>.
  26. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization. 2016. [acesso em 2021 maio 19]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/97892415?sequence=1>.

27. Aires LCP, Santos EKA, Bruggemann OM, et al. Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da Atenção Primária. *Esc. Anna Nery*. 2017 [acesso em 2021 abr 20]; 21(2). Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170028>.
28. Vieira DS, Dias TKC, Pedrosa RKB, et al. Processo de Trabalho de Enfermeiros na Vigilância do Desenvolvimento Infantil. *Rev Min Enferm*. 2019 [acesso em 2021 maio 17]; (23):e-1242. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190090>.
29. Araújo MRS, Pinheiro ACM, Caldas EM, et al. Análise dos fatores que podem contribuir para a ausência ou o preenchimento inadequado da caderneta da criança. *Rev Eletr. Acervo Saúde*. 2021 [acesso em 2021 abr 22]; 13(4). Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e6698>.
30. Bezerra ICS, Santos TL, Melo AEV, et al. Análise das Ações de Vigilância do Desenvolvimento Infantil Segundo Cuidadores de Crianças. *R bras ci Saúde*. 2020 [acesso em 2021 fev 17]; 24(3):323-334. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2020v24n3.50218>.
31. Araújo EMN, Gouveia MTO, Pedraza DF. Use of a child health surveillance instrument focusing on growth. A cross-sectional study. *Med J*. 2017 [acesso em 2021 ago 1]; 135(6):541-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2016.0345120617>.

---

Recebido em 22/04/2022

Aprovado em 07/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001 e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio da Chamada MCTIC/CNPq Nº 28/2018