



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



ANNIELY RODRIGUES SOARES

**PERCEPÇÃO E UTILIZAÇÃO DA CADERNETA DA CRIANÇA POR
PROFISSIONAIS E CUIDADORES**

JOÃO PESSOA

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANNIELY RODRIGUES SOARES

PERCEPÇÃO E UTILIZAÇÃO DA CADERNETA DA CRIANÇA POR PROFISSIONAIS
E CUIDADORES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde.

Projeto de pesquisa vinculado: Vigilância do desenvolvimento e a Caderneta de Saúde da Criança: caminhos para a promoção da saúde infantil.

Orientadora: Prof^a Dr^a Altamira Pereira da Silva Reichert

JOÃO PESSOA

2021

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S676p Soares, Anniely Rodrigues.

Percepção e utilização da caderneta da criança por profissionais e cuidadores / Anniely Rodrigues Soares.

- João Pessoa, 2021.

97 f.

Orientação: Altamira Pereira da Silva Reichert.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Saúde da criança. 2. Registros de saúde pessoal. 3. Vigilância em saúde. 4. Profissionais de saúde. 5. Cuidadores. I. Reichert, Altamira Pereira da Silva. II. Título.

UFPB/BC

CDU 616-053.2(043)

ANNIELY RODRIGUES SOARES

PERCEPÇÃO E UTILIZAÇÃO DA CADERNETA DA CRIANÇA POR PROFISSIONAIS
E CUIDADORES

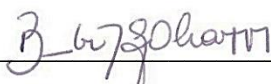
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 04 de maio de 2021

BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Altamira Pereira da Silva Reichert - Orientadora
Universidade Federal da Paraíba – UFPB



Profª Drª Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso – Membro externo
Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE



Profª Drª Neusa Collet – Membro interno
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Drª Tarciane Marinho Albuquerque de Vasconcellos Cruz – Suplente externo
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Profª Drª Jael Rúbia Figueiredo de Sá França – Suplente interno
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

DEDICATÓRIA

Aos meus amores e maiores incentivadores na busca pela qualificação profissional, meus pais Rosilene Rodrigues e Francisco de Assis Rodrigues.

AGRADECIMENTOS

A conclusão desta etapa da minha vida só foi possível graças ao apoio, cuidado, carinho, colo, sorrisos, abraços, conselhos, encorajamento e oração de algumas pessoas que compartilharam comigo a caminhada, tornando-a mais suave e repleta de ensinamentos pessoais e profissionais. Portanto, com minha alma e meu coração exalando gratidão, deixo registrado meus agradecimentos:

A **Deus**, o meu Senhor, que cumpriu e cumpre suas promessas em minha vida. Nos momentos finais, quando a fadiga física e mental me alcançou, ele segurou minha mão e conduziu os meus passos, dando-me forças e sabedoria. A ti, toda honra e toda glória, Senhor!

Aos meus pais, **Rosilene e Assis**, pelo dom da vida e por sempre estarem ao meu lado. Mainha e painho, através de suas lutas diárias, eu consegui entender que a justiça, a determinação, a humildade e a fé são fundamentais para conquistar meus sonhos. Obrigada por doarem suas vidas para suas filhas.

Às minhas irmãs, **Francielly, Ruthiele, Roberta e Katiana**, e ao meu padrasto **Roberto**, que torceram por meu sucesso, escutaram minhas angústias e celebraram comigo os momentos de alegria. Fran, em especial, quero agradecer a você por toda paciência e colaboração nas correções gramaticais dos meus trabalhos científicos e também por ter me presenteado com Theozinho, minha felicidade diária. Ruth, obrigada por estar ao lado da nossa mãe sempre, amenizando um pouco minha ausência.

Ao meu namorado, **Matheus Motta**, por seu apoio, paciência e compreensão nas minhas ausências, e por vibrar muito comigo a cada artigo aceito e a cada conquista. Agradeço também a toda família Motta, na pessoa de **dona Aurilene**, por suas orações e palavras de incentivo.

Aos meus irmãos que a vida me deu, **Matheus Nóbrega, Karolyne Dias, Larissa Lins e Mayara Andrade**, vocês são meus anjos, que me encorajam a ser uma pessoa melhor a cada dia. Obrigada pela prontidão em me socorrer e por estarem na minha vida em todos os momentos.

À **Daniele Vieira**, amiga por quem tenho um apreço, carinho e admiração enormes. Uma das primeiras pessoas que acreditou em mim na pesquisa e se dispôs a me ajudar. Obrigada por sua fé, calma, justiça e lealdade. Minha eterna gratidão.

À **Anna Tereza Guedes**, amiga que esteve intensamente ao meu lado, na vida acadêmica e pessoal, nesses últimos anos. Nossa amizade foi um lindo plano de Deus. Obrigada por seu ombro-amigo e companheirismo nas inúmeras reuniões, discussões e trabalhos juntas. Você é luz.

Aos membros da banca: **Neusa Collet, Beatriz Toso, Jael França e Tarciane Cruz**, por contribuírem imensamente na minha formação profissional. Que orgulho ter em minha banca um time de mulheres fantásticas que lutam com maestria, em prol da saúde da criança.

Ao **Grupo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente na Atenção Primária (GESCAAP)**, por oportunizar importantes momentos de discussões e reflexões.

A todos os **profissionais de saúde e cuidadoras de crianças**, que, mesmo em um contexto exaustivo, repleto de medos e incertezas devido à pandemia da Covid-19, se prontificaram a contribuir com a saúde da criança através desta pesquisa. Graças a cada palavra e experiência compartilhadas por vocês, este trabalho servirá como um farol, capaz de atrair e conduzir os olhares daqueles que anseiam por melhorias na vida das crianças.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À querida professora **Altamira Reichert**,

Talvez não encontre palavras capazes de expressar minha gratidão à primeira pessoa
que acreditou em mim, mas tentarei.

Agradeço pelos ensinamentos diários ao seu lado e conselhos que foram além da sua
missão de orientadora.

Tê-la comigo até aqui foi um privilégio e um presente divino.

A senhora é meu exemplo de retidão e sabedoria, que utiliza como ferramentas
pedagógicas a docilidade e justiça no processo formativo de seus orientandos.

Muito obrigada por sua paciência, dedicação e doação.

Serei eternamente grata!

SOARES, Anniely Rodrigues. **Percepção e utilização da Caderneta da Criança por profissionais e cuidadores**. 2021. 97p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021.

RESUMO

Introdução: O acompanhamento da saúde na primeira infância é primordial para a vigilância do desenvolvimento sadio e harmonioso da criança. Para tanto, a Caderneta da Criança constitui-se como uma ferramenta de apoio para o cuidado integral. **Objetivos:** Compreender a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e dos cuidadores de crianças menores de três anos acerca da Caderneta da Criança e conhecer sua utilização. **Percorso metodológico:** Estudo qualitativo, descritivo-exploratório, sob a lente teórica do Interacionismo Simbólico, realizado com 25 profissionais de saúde e 11 cuidadoras de crianças. A produção de dados ocorreu de setembro a outubro de 2020, por meio de entrevistas semiestruturadas, em Unidades de Saúde da Família. O conjunto de dados foi analisado sob a técnica de análise temática indutiva. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 97362718.1.0000.5188. **Resultados:** a Caderneta da Criança é compreendida como um documento multiprofissional e intersetorial que promove a saúde da criança e assegura a continuidade do cuidado. A utilização da caderneta se dá conforme o significado que é atribuído a ela, sendo implementada, na maioria das vezes, por enfermeiros, durante as consultas de puericultura, e percebida como norteadora da conduta do profissional. Quando utilizada pelas cuidadoras, serve para retirar dúvidas que surgem durante o cuidado à criança. Entretanto, termos como ‘cartão de vacina’ e ‘caderneta de vacina’ ainda estão presentes nos extratos de dados, como se a caderneta tivesse apenas essa finalidade. Foram identificados obstáculos no uso dessa ferramenta, mas também foram apontadas estratégias para propiciar sua utilização. **Considerações Finais:** A percepção dos profissionais da Saúde da Família e das cuidadoras acerca da caderneta foi consoante com suas proposições. Em contradição, ela não foi utilizada para a vigilância e promoção à saúde da criança. Assim, estratégias de sensibilização voltadas aos envolvidos no cuidado infantil são primordiais, a fim de ressignificar e atribuir novos valores à caderneta e impulsionar a continuidade e integralidade do cuidado na infância.

Palavras-chave: Saúde da criança; Registros de saúde pessoal; Vigilância em saúde; Profissionais de saúde; Cuidadores.

SOARES, Anniely Rodrigues. **Perception and use of the child's booklet by professionals and caregivers.** 2021. 97p. Dissertation (Master in Nursing) – Postgraduate program in nursing- Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2021.

ABSTRACT

Introduction: Health monitoring in early childhood is paramount for a sound and orderly surveillance of the development of the child. For this purpose, the child's booklet represents a supportive tool for integral care. **Objectives:** Understand both the perception of Family Health strategy professionals, as well as of caregivers of children under three years of age on the child's booklet and knowledge of its use. **Methodological procedure:** Qualitative, descriptive-exploratory study under the theoretical lens of Symbolic Interactionism carried out with 25 health professionals and 11 caregivers. The production of data took place from September to October of 2020 through semistructured interviews at Family Health Units. The data set was analyzed under the inductive thematic analysis technique. The research was approved by the ethic committee under the Certificate of Ethical Appraisal Submission: 97362718.1.0000.5188. **Results:** The Child's booklet is understood as both a multiprofessional and intersectorial document which promotes the child's health and ensures continuity of care. The use of the booklet occurs according to the meaning that is attributed to it, and it is implemented, most often, by nurses during childcare consultations and perceived as guiding the professional's conduct. When used by the caregivers, it serves to remove doubts that arise during child care. However, terms such as "vaccination card" and "vaccination booklet" are still present in the data extracts, as if the booklet had this purpose only. Obstacles to the use of this tool were identified, but strategies to promote its use were also pointed out. **Final considerations:** The perception of Family Health professionals and caregivers about the booklet was consistent with its propositions. In contradiction, it was not used for both surveillance and promotion of child health. Thus, awareness-raising strategies aimed at those involved in child care are paramount in order to give new meaning and values to the booklet and promote the continuity and completeness of care in childhood.

Key words: Child health; Health records, personal; Health surveillance; Health Professionals; Caregivers.

SOARES, Anniely Rodrigues. **Percepción y uso del Cuaderno del Niño por parte de profesionales y cuidadores.** 2021. 97p. Disertación (Master en Enfermería) – Programa de Postgrado en Enfermería, Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2021.

RESUMEN

Introducción: El seguimiento de la salud en la primera infancia es fundamental para el seguimiento del desarrollo sano y armónico del niño. Para ello, el Cuaderno del Niño es una herramienta de apoyo para la atención integral. **Objetivos:** Conocer la percepción de los profesionales de la Estrategia de Salud Familiar y de los cuidadores de niños menores de tres años sobre el Cuaderno del Niño y conocer su uso. **Trayectoria metodológica:** Estudio cualitativo, descriptivo-exploratorio, bajo la óptica teórica del Interaccionismo Simbólico, realizado con 25 profesionales de la salud y 11 cuidadores de niños. La producción de datos se realizó de septiembre a octubre de 2020, a través de entrevistas semiestructuradas, en Unidades de Salud de la Familia. El conjunto de datos se analizó mediante la técnica de análisis temático inductivo. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética bajo el Certificado de Presentación de Apreciación Ética nº 97362718.1.0000.5188. **Resultados:** El Cuaderno del Niño se entiende como un documento multiprofesional e intersectorial que promueve la salud del niño y garantiza la continuidad de la atención. El uso del cuaderno se produce según el significado que se le atribuye, siendo implementado, la mayoría de las veces, por las enfermeras durante las consultas de atención al niño, y percibido como orientador de la conducta del profesional. Cuando lo utilizan los cuidadores, sirve para eliminar las dudas que surgen durante el cuidado de los niños. Sin embargo, términos como "tarjeta de vacunas" y "cuaderno de vacunas" siguen estando presentes en los extractos de datos, como si el cuaderno sólo tuviera esta finalidad. Se identificaron los obstáculos para el uso de esta herramienta, pero también se señalaron las estrategias para promover su uso. **Consideraciones finales:** La percepción de los profesionales de Salud de la Familia y de los cuidadores sobre el cuaderno fue coherente con sus propuestas. Por el contrario, no se utilizó para la vigilancia y la promoción de la salud infantil. Por lo tanto, las estrategias de sensibilización dirigidas a los implicados en el cuidado de los niños son primordiales para dar un nuevo significado y valores al cuaderno y promover la continuidad y la integralidad del cuidado en la infancia.

Palabras clave: Salud del niño; Registros de salud personal; Vigilancia en salud; Profesionales de la salud; Cuidadores.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ATI	Análise Temática Indutiva
CC	Caderneta da Criança
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREQ	Crerios Consolidados para Relatos de Pesquisa Qualitativa
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
DS	Distrito Sanitário
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EPS	Educação Permanente em Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
GESCAAP	Grupo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente na Atenção Primária
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IMC	Índice de Massa Corporal
IS	Interacionismo Simbólico
MCHHB	Maternal and Child Health Handbook
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISMIC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PNI	Programa Nacional de Imunizações

RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família
VDI	Vigilância do Desenvolvimento Infantil

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 A Caderneta da Criança no contexto da Atenção Primária à Saúde	21
2.2 Do Cartão à Caderneta da Criança: caminhos e contextos	23
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	28
3.1 Algumas considerações acerca do Interacionismo Simbólico	28
4 PERCURSO METODOLÓGICO	33
4.1 Desenho do estudo	33
4.2 Cenário do estudo	33
4.3 Participantes do estudo	34
4.4 Processo de recrutamento dos participantes do estudo e produção dos dados	34
4.5 Análise dos dados	36
4.6 Considerações éticas	37
5 RESULTADOS	40
5.1 Caracterização dos participantes	40
5.2 Artigo Original 1 - Percepção e utilização da Caderneta da Criança por profissionais e mães: uma abordagem interacionista	41
5.3 Artigo Original 2 - Protagonismo de enfermeiros na vigilância do desenvolvimento infantil: um estudo interacionista simbólico	59
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICES	85
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissional de Saúde	85
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Cuidador da Criança	87
APÊNDICE C - Roteiro para entrevista com Profissional de Saúde	89
APÊNDICE D - Roteiro para entrevista com Cuidador	90
ANEXOS	91
ANEXO A - Termo de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde	91
ANEXO B - Encaminhamento para a pesquisa do Distrito Sanitário III, João Pessoa-PB	92
ANEXO C - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP	93
ANEXO D - Comprovante de submissão do artigo original 1	97

APRESENTAÇÃO

Neste momento em que me deparo refletindo sobre minha aproximação com o objeto da dissertação, trago à memória a minha infância, para que possamos compreender o cuidado e a admiração que sempre tive pelo universo infantil.

Quando eu ainda era criança, por volta dos 12 anos de idade, recordo-me do nascimento do meu primo. Sempre me fiz presente em seus cuidados, não por obrigação, mas totalmente por amor, por sentir prazer em acalotá-lo e fazê-lo dormir, em trocar suas fraldas, em dar sua comida e em brincar com ele, arrancando dele aquele sorriso que exala pureza, próprio das crianças. Isso me realizava. Por acompanhar sua vida de forma tão intensa, fui convidada para ser madrinha de apresentação na igreja.

Os anos se passaram, concluí o Ensino Médio e fui aprovada no curso de Enfermagem na Universidade Federal da Paraíba. Uma nova etapa se iniciava, contudo jamais imaginaria os obstáculos vindouros. Trago à memória um grande obstáculo, quando, em 2013, iniciei a graduação com reprovação em todas as disciplinas do primeiro semestre do curso, devido ao fato de eu ter sido aprovada para o segundo período do curso, no entanto me remanejaram para o primeiro período e não me comunicaram, daí fiquei com o status de reprovada em todas as disciplinas daquele período. Mesmo com notas excelentes, finalizei o semestre com o Coeficiente de Rendimento Escolar (CRE) muito baixo, ainda assim não desisti de lutar para ser uma boa aluna.

No terceiro semestre do curso, despertou-me o desejo em ampliar meus conhecimentos e inserir-me na pesquisa voltada para a criança, uma área que, desde pequenina, enchia meu coração e minha alma. Em uma oportunidade, ou melhor, em um momento escolhido por Deus, um amigo me apresentou a docente Altamira Reichert. Naquele dia, jamais imaginaria que estava conhecendo a responsável por conduzir meus passos na pesquisa nos anos subsequentes. Após um diálogo franco entre uma graduanda tão imatura na vida acadêmica e uma docente tão receptiva, amorosa e com expertises na área da criança, recebi o convite em participar do Grupo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente na Atenção Primária (GESCAAP), da Universidade Federal da Paraíba.

Contudo, por mais que eu desejasse galgar novos caminhos na pesquisa, por meio da Iniciação Científica, o baixo CRE foi o motivo para meu desânimo. Mas, como a palavra diz *“Eu, o Senhor, faço cair a árvore alta e faço crescer bem alto a árvore baixa. Eu resseco a árvore verde e faço florescer a árvore seca. Eu, o Senhor, falei, e o farei”* (Ezequiel 17:24), havia uma promessa de Deus em minha vida e que começou a se concretizar no momento, em que a professora Altamira Reichert percebeu que aquele CRE não era reflexo da minha dedicação ao curso e que eu teria capacidade de ir muito além em minha jornada como estudante. Com isso, ela confiou e apostou no meu potencial, justificando à Pró-Reitoria de Pesquisa (Propesq) minhas notas baixas, e assim permitiram que eu fosse bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), pois não era permitido participar desse projeto institucional com um CRE menor que 7,0, ao menos que tivesse uma justificativa plausível e que o orientador se responsabilizasse pelo desempenho do aluno.

Foram diversos ensinamentos que o GESCAAP proporcionou para meu desenvolvimento como pesquisadora; entre eles, destaco a ampliação dos conhecimentos e, sobretudo, a compreensão da importância do papel colaborativo. No primeiro ano do PIBIC (2016), desenvolvemos, eu e minha orientadora, uma pesquisa sobre o tempo ideal para a visita domiciliar ao recém-nascido; nela enxergamos a importância da visita domiciliar precoce ao bebê para promoção de sua saúde e para a promoção da Primeira Semana de Saúde Integral. No

segundo ano (2017), trabalhamos com profissionais de saúde que assistiam crianças com microcefalia na Atenção Primária à Saúde (APS). Esse trabalho foi desafiador, visto que o surgimento de crianças com microcefalia ainda era recente, e, por vezes, os profissionais sentiam medo de falar sobre o tema. No terceiro ano (2018), abordamos a continuidade da terceira etapa do método canguru, a partir dos relatos de mães. Uma experiência enriquecedora e também desafiadora, ao identificar o esforço necessário para aprofundamento das entrevistas com as mães.

Assim, o tão esperado ano da minha formação chegou, 2018, no entanto, para a nossa surpresa e felicidade, também foi o ano que meu primeiro sobrinho, Theo Rodrigues, viria ao mundo. Morando no mesmo apartamento, auxiliei em seu cuidado e no da minha irmã Francielly Rodrigues. Ela, primípara e cheia de dúvidas; eu, recém-formada e com o sentimento de responsabilidade pela atenção que seria destinada a eles. Não preciso pensar duas vezes para afirmar que essa foi a atribuição mais intensa da minha vida.

Acompanhando Theo em quase todas as consultas de puericultura, nas imunizações e hospitalizações, percebi que a assistência era prestada, entretanto o registro na Caderneta da Criança (CC) era eventualmente realizado. Ressalto que havia dois momentos em que a caderneta era solicitada e utilizada: vacinação e puericultura na APS. Minha irmã, assim como algumas mães participantes deste estudo, tinha uma compreensão limitada sobre aquele objeto que estava em suas mãos, como também sobre sua responsabilidade compartilhada no preenchimento da caderneta. Muitas vezes, a ferramenta não era da criança e da família, mas sim dos profissionais de alguns limitados serviços de saúde.

Theo desenvolveu algumas habilidades e competências em um tempo maior que outras crianças, e, apesar de saber que cada criança tem o seu tempo, isso era motivo de ansiedade e receios. Nesse contexto, a CC, por vezes, foi o meu horizonte no cuidado ao meu sobrinho, isso porque, quando a observava e registrava, percebia que Theo contemplava todos os marcos do desenvolvimento para sua idade e também se encontrava com crescimento esperado. Nossa, como isso me confortava! Diante disso, questionava-me: “Será que a caderneta tem sido uma ferramenta de acompanhamento da criança pelas mães e profissionais de saúde?”, “Será que outros cuidadores enxergam esse papel da CC?”, “Qual o significado atribuído à CC?”.

Nesse ínterim, pesquisas foram desenvolvidas por membros do GESCAAP, evidenciando lacunas no preenchimento da CC. A partir dos achados encontrados e das minhas experiências pessoais, em conjunto com minha orientadora, fui encorajada a investigar nesta dissertação, a utilização da Caderneta da Criança, as percepções e os significados atribuídos a ela pelos diferentes responsáveis no cuidado à criança. Espera-se que o estudo revele as subjetividades que precedem a utilização da caderneta pelos profissionais de saúde e pelas cuidadoras e proporcione melhorias no cuidado e na qualidade de vida das crianças e de seus familiares.

A presente dissertação se insere na linha de pesquisa de Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde e encontra-se estruturada em seis capítulos.

O **Capítulo I** contempla a **Introdução**, com a contextualização da problemática, justificativa, objetivos e relevância da investigação.

O **Capítulo II** trata de uma **Revisão da Literatura** sobre a temática, sendo apresentada em dois subtópicos: *A Caderneta da Criança no contexto da Atenção Primária à Saúde*, descrevendo a importância da APS na continuidade do cuidado infantil por meio da utilização da caderneta.; *Do Cartão à Caderneta da Criança: caminhos e contextos*, apresentando as transformações perpassadas pela ferramenta, desde sua criação até a versão atual.

O **Capítulo III** apresenta algumas considerações acerca do Interacionismo Simbólico, o **Referencial teórico-metodológico** desta dissertação. O **Capítulo IV** corresponde ao **Percurso metodológico** traçado para concretização da investigação.

O **Capítulo V** discorre sobre os **Resultados e Discussão**, que foram dispostos em formato de artigos originais:

O **artigo original I**, intitulado *Percepção e utilização da Caderneta da Criança por profissionais e mães: uma abordagem interacionista*, objetivou compreender a percepção dos profissionais da Saúde da Família e das cuidadoras acerca da Caderneta da Criança e conhecer sua utilização.

O **artigo original II**, intitulado *Protagonismo de enfermeiros na vigilância do desenvolvimento infantil: um estudo interacionista simbólico*, objetivou apreender o protagonismo de enfermeiros na vigilância do desenvolvimento infantil, com o uso da Caderneta da Criança, segundo perspectiva de profissionais da Saúde da Família e cuidadores.

O **Capítulo VI** tece algumas reflexões e **Considerações Finais** sobre os achados, as limitações e contribuições da dissertação para a saúde e a qualidade de vida da criança. Por fim, foram apresentados **Referências, Apêndices e Anexos**.

Capítulo I



1 INTRODUÇÃO

A primeira infância, período que compreende de zero aos 5 anos, 11 meses e 29 dias de vida⁽¹⁾, representa uma janela de oportunidades para o desenvolvimento infantil e de uma nação como um todo. Nos primeiros anos da vida, o cérebro é capaz de estabelecer mais de um milhão de conexões neurais a cada segundo, e novas experiências vividas pelos bebês favorecem a formação de outras conexões. Assim, esses anos representam “os anos mágicos de intervenção”, ou seja, a melhor oportunidade para favorecer o desenvolvimento cognitivo, econômico, físico, da saúde e educação e para moldar positivamente o futuro das crianças⁽²⁻³⁾.

Desse modo, investir nos primeiros anos do desenvolvimento humano é a melhor estratégia adotada por uma nação para alcançar bons resultados sociais e econômicos, pois é, sobretudo, nesse momento da vida, que há o estímulo da atenção, da motivação, do autocontrole, da sociabilidade e das habilidades cognitivas⁽⁴⁾. Tais características são primordiais para a formação de cidadãos saudáveis e produtivos, capazes de contribuir com o desenvolvimento da sociedade⁽⁵⁾.

Crianças que recebem intervenção de alta qualidade apresentam melhor desempenho escolar, maior probabilidade de ingressar na universidade, decisões sociais mais equitativas e redução de comportamento criminoso^(2,6). Há evidências que, ao atingir seu potencial de desenvolvimento, as crianças oportunizam avanços na economia mundial⁽⁷⁾. Logo, ao priorizar os primeiros anos do desenvolvimento humano, revoluções sociais de inestimável valor são oportunizadas.

O sucesso das futuras gerações vincula-se estreitamente ao pleno desenvolvimento das crianças e de suas capacidades e habilidades. Portanto, é primordial que os estímulos para o desenvolvimento ocorram, principalmente, na fase inicial da vida, tendo em vista que nesse momento há maior plasticidade cerebral e, conseqüentemente, maiores oportunidades de atenuar possíveis agravos no desenvolvimento infantil^(1,8).

Um dos pilares para a promoção do desenvolvimento pleno consiste no cuidar da população infantil sob a ótica da integralidade, admitida como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A integralidade revela-se como conceito multidimensional, pois, além de contemplar a promoção da saúde e a prevenção e assistência de agravos, é compreendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços para além da saúde, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema⁽⁹⁻¹⁰⁾. Dessa

forma, o cuidado à criança pautado na integralidade assegura o seu direito de proteção à vida e à saúde bem como o desenvolvimento sadio e harmonioso.

Nesta pesquisa, entende-se por desenvolvimento harmonioso o equilíbrio entre as competências e habilidades adquiridas no processo de desenvolvimento da criança. Este é um processo ativo e único, expresso por continuidade e mudanças nas habilidades motoras, cognitivas, psicossociais e de linguagem, com aquisições progressivamente mais complexas nas funções da vida diária e no exercício de seu papel social⁽¹¹⁾.

No cuidado integral à saúde da criança, a Estratégia Saúde da Família (ESF) se estabelece com ações e serviços de saúde para acompanhar a saúde infantil. Nesse cenário, as consultas de puericultura emergem como ferramenta fundamental e caracterizam-se pelo cuidado individualizado à criança, com acompanhamento do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor, ações de educação em saúde e prevenção de agravos na infância. Ademais, durante a consulta, o olhar do profissional deve voltar-se também para o entorno familiar e social em que a criança está inserida bem como para o relacionamento entre mãe e filho⁽⁸⁾. Destarte, na puericultura destaca-se a Caderneta da Criança (CC), que deverá ser utilizada em todas as consultas e atendimentos pediátricos, para os registros das informações de saúde avaliadas pelos profissionais⁽¹²⁾.

A CC é uma ferramenta que possibilita a continuidade do cuidado à criança no Brasil, colaborando efetivamente com a redução da morbimortalidade infantil e internações por condições sensíveis à Atenção Básica (AB)⁽¹²⁾. Por isso, tal ferramenta deve ser utilizada por todos aqueles inseridos na assistência infantil, cuidadores e profissionais de todos os níveis de atenção e outros serviços, como também, preenchida com informações verídicas e completas, caracterizando-se como um fio condutor para o alcance do cuidado integral⁽¹²⁻¹³⁾.

Apesar da sua relevância para a promoção da saúde da criança e para a vigilância do crescimento e desenvolvimento, no Brasil, ainda não é garantido o direito da criança em possuir a CC e ter suas informações de saúde registradas, visto que algumas crianças ainda comparecem à Unidade Básica de Saúde com o antigo cartão da criança, e outras que a possuem não têm esse documento utilizado como deveria⁽¹⁴⁾.

A informação em saúde é fundamental para a continuidade do cuidado, e a CC é o prontuário da criança nas mãos dos cuidadores, sendo imprescindível no seguimento da saúde infantil nos serviços de saúde. Entretanto, ainda são frágeis os registros dos dados nessa

ferramenta, no contexto da Atenção Básica, marcando a descontinuidade no cuidado à criança⁽¹⁵⁾.

Estudo desenvolvido com profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) de um município brasileiro de médio porte revelou que a CC não foi mencionada como ferramenta relevante para a prática da vigilância à saúde, na primeira infância. Essa realidade é contrária às premissas da VDI, que tem foco nas ações de promoção, prevenção e acompanhamento contínuo⁽¹⁶⁾. Ademais, estudo realizado na região Norte do Brasil observou que, das 420 CC avaliadas, apenas 25,5% tinham preenchimento satisfatório. Foram encontrados baixos percentuais nos registros do crescimento e desenvolvimento da criança, sendo a curva de crescimento do perímetro cefálico (21,9%) e a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor (18,1%) as informações menos registradas⁽¹⁷⁾.

No tocante à utilização da CC por mães, estudo apontou dificuldade das cuidadoras em obtê-la, devido à sua restrita distribuição. Possivelmente, esse foi um motivo para que quase um terço das entrevistadas não portassem a ferramenta, o que também pode ter exercido influência negativa sobre a valoração e a importância da sua utilização, visto que 18,9% das mães não realizaram sua leitura⁽¹⁸⁾.

Diante do exposto, faz-se necessário o uso adequado da CC por todos os atores envolvidos no cuidado infantil e em todos os encontros de cuidado do profissional com a criança, tendo em vista ser aquela uma ferramenta determinante para a qualidade da assistência à criança, capaz de promover a longitudinalidade do cuidado à saúde. Isso é possível graças à oferta de informações sobre a criança e ao reconhecimento desses dados, na medida em que estão relacionadas às necessidades do atendimento⁽¹⁹⁾.

Diante do relevante papel da CC no cuidado à criança, recomenda-se que os familiares a levem consigo para todas as consultas⁽¹⁸⁾ e a utilizem no seu cotidiano, a fim de permitir o cuidado longitudinal que esta proporciona, por meio das informações disponíveis em linguagem acessível a todos que cuidam da criança na família.

Nos últimos anos, por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), a vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil e o papel intersetorial da CC são enfatizados para a proteção da saúde infantil⁽²⁰⁻²¹⁾. Dessa forma, torna-se fundamental o desenvolvimento de um estudo que transcenda a avaliação do preenchimento desta, buscando evidenciar a percepção e a utilização dos profissionais e cuidadores acerca da ferramenta.

Frente às lacunas do conhecimento científico e aos resultados das pesquisas sobre a CC desenvolvidas no Grupo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente na Atenção Primária (GESCAAP) da Universidade Federal da Paraíba, manifesta-se o interesse em realizar um estudo para investigar a percepção e utilização da CC, a partir da visão de dois atores fundamentais no cuidado à criança: cuidadores e profissionais, a fim de compreender a complexidade do acompanhamento da saúde nesse documento, como preconizado.

Diante do exposto, questiona-se: Qual a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e dos cuidadores de crianças menores de três anos acerca da Caderneta da Criança como ferramenta de Vigilância do Desenvolvimento Infantil? Como a Caderneta da Criança está sendo utilizada por esses profissionais e cuidadores?

Para responder a tais questionamentos, o presente estudo tem por objetivos:

- Compreender a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e dos cuidadores de crianças menores de três anos acerca da Caderneta da Criança como ferramenta de Vigilância do Desenvolvimento Infantil.
- Conhecer a utilização da Caderneta da Criança pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família e cuidadores de crianças menores de três anos como ferramenta de Vigilância do Desenvolvimento Infantil.

Capítulo II



2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Caderneta da Criança no contexto da Atenção Primária à Saúde

A integralidade do cuidado na infância requer a atuação dos diversos serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS), destacando-se a Atenção Primária à Saúde (APS). A APS é a principal porta de entrada e o centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Esse nível de atenção possui diferentes modalidades de organização, como a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Atenção Básica (AB) tradicional. Para garantir a expansão, consolidação e qualificação da APS, o Brasil, durante as décadas de 1990 a 2017, elegeu a ESF como modelo prioritário, pois, ao adotar a família no ambiente em que vive como seu objeto de atenção, oportuniza uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e proporciona a reorientação do processo de trabalho⁽²²⁾.

A ESF é uma abordagem potente e eficaz para a organização da APS no SUS, pois, ao assegurar ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, proporciona melhorias no acesso equânime e na utilização de serviços de saúde bem como nos resultados de saúde⁽²²⁾. Para isso, o processo de trabalho na ESF se caracteriza pelo trabalho em equipe multiprofissional, visto que um cuidado integral exige a atuação de diferentes formações profissionais, que deve ser conduzida por um processo interdisciplinar centrado no usuário⁽²³⁻²⁴⁾.

Em contraponto, a ESF vem enfrentando relevantes mudanças que podem comprometer seus avanços no Brasil, com a reformulação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), em 2017. Entre as alterações, identifica-se o incentivo financeiro para modalidades de AB, não necessariamente pautadas em atributos e diretrizes da APS, justificado pela adequação às necessidades locais. Entretanto, percebe-se que o novo financiamento pode induzir a diminuição e/ou a estagnação da cobertura da ESF e, conseqüentemente, a priorização da AB tradicional⁽²⁵⁾.

Portanto, atentar-se para essas reformulações ocorridas nos últimos anos na APS é primordial para compreender o processo de trabalho dos profissionais na ESF e também suas percepções e escolhas na prestação do cuidado à criança e comunidade.

Ao comparar unidades de saúde da AB tradicional com aquelas que adotaram como modelo de atenção a ESF, estudo evidenciou melhor desempenho da ESF nos atributos longitudinalidade, integralidade (serviços prestados) e orientação comunitária. Isso foi possível graças ao processo de trabalho desenvolvido na ESF, que, ao favorecer melhor desempenho desses atributos, também agrega qualidade à APS⁽²⁶⁾.

Sobre isso, outro estudo identificou que a ESF possui maior aproximação dos atributos da APS à saúde da criança comparado à AB tradicional, por ser a porta de entrada prioritária, pela confiança estabelecida com os profissionais e também pela interação da ESF com outros serviços da RAS. Todavia, ainda sobre o estudo, alguns atributos não foram satisfatórios em ambos modelos de atenção, a exemplo da coordenação do cuidado (sistema de informações), indicando que o registro de informações e o acesso dos usuários a esses registros estão ocorrendo de maneira ineficaz, ou não estão ocorrendo⁽²⁷⁾.

A fragilidade do registro de informações é um problema evidente na APS, que também pode ser identificado quando se avalia o preenchimento da CC. As falhas nos registros das informações da criança nesse documento, sobretudo aqueles referentes ao desenvolvimento neuropsicomotor infantil, é um problema instaurado em diferentes regiões do Brasil^(14,17,19).

Essa realidade é alarmante, pois revela o demérito da ferramenta pelos envolvidos no cuidado à criança e provoca impactos irreparáveis no acompanhamento e vigilância da saúde infantil que, segundo estudo, já se encontram negligenciados pela gestão central e diferentes locais de assistência à criança⁽²⁸⁾.

Dessa forma, a VDI, por meio da utilização da CC, necessita do olhar minucioso e da atuação enfática da gestão em saúde, a fim de incentivar o uso da ferramenta na ESF por profissionais e cuidadores de crianças e minimizar os entraves para a sua incorporação no processo de trabalho dos profissionais.

Destaca-se que o pouco conhecimento dos profissionais de saúde sobre a CC e a dificuldade em perceber a relevância do seu preenchimento são obstáculos para a implementação desta no cuidado à criança e para orientação dos pais sobre o real valor da ferramenta. Assim sendo, identifica-se o uso precário da CC pelos profissionais de saúde e pelos pais⁽²⁹⁾.

Por outro lado, para que haja o acompanhamento da saúde dos pequeninos e a coordenação do cuidado, a CC deve ser utilizada em todos os pontos da rede de atenção à criança⁽³⁰⁾ e, sobretudo, na ESF.

2.2 Do Cartão à Caderneta da Criança: caminhos e contextos

As políticas públicas no Brasil passaram por muitas reformulações e ampliações de investimentos para assegurar à criança um cuidado pautado na integralidade. Só a partir da década de 1920, o adoecimento na infância foi visto como problema pelas autoridades públicas e privadas do Brasil. No entanto, o primeiro programa de proteção à maternidade, infância e adolescência foi criado mais tarde, durante o Estado Novo (1937/1945), dispondo de ações biologicistas e individualistas voltadas à saúde da criança⁽³¹⁾.

Na década de 1970, o perfil de saúde da população infantil foi marcado por altos índices de doenças imunopreveníveis, como poliomielite, sarampo e difteria, que contribuíram para a elevada taxa de mortalidade infantil da época. Diante disso, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 1973, o Programa Nacional de Imunizações (PNI), que foi institucionalizado apenas em 1975. Esse programa almejou o controle e/ou a erradicação das principais doenças que assolavam a saúde da população brasileira, bem como a saúde infantil, por meio da administração de imunobiológicos. A partir desse momento, foi implantado o sistema de registro de doses de vacinas aplicadas⁽³²⁻³³⁾.

Em 1975, houve também a instituição do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, cujo principal propósito ainda era a redução do número de mortes infantis e maternas. Posteriormente, em 1983, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), com vistas a solucionar os problemas da saúde materno-infantil. Contudo, após vários anos de unificação dos programas de saúde materna e infantil, só 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)^(31,34).

O PAISC foi implantado com a intenção de minimizar as condições desfavoráveis de saúde da população infantil e favorecer o cuidado integral à criança, ou seja, uma assistência não mais caracterizada por atendimentos esporádicos, mas capaz de reduzir a morbimortalidade na faixa de 0 a 5 anos. Para tanto, o programa foi composto por cinco eixos de ação: aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, assistência e controle das infecções respiratórias agudas, imunização, controle das doenças diarreicas e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento⁽³⁵⁾.

Frente à necessidade do acompanhamento individual da criança e do diagnóstico presumível de desnutrição energético-proteica, o PAISC lançou, em 1984, o Cartão da Criança. Esse, continha espaços para o registro da identificação da criança e imunizações, curva de peso para idade, breves informações sobre aleitamento materno e principais doenças que afetavam a população infantil e possuía ainda espaço para o registro de eventos importantes. Porém, não disponibilizava espaço para o registro de informações sobre o desenvolvimento infantil, sendo proposto pelo PAISC uma ficha com alguns marcos do desenvolvimento, que deveria ser anexada ao prontuário da criança⁽³⁵⁻³⁶⁾.

Ao longo dos anos, o Cartão da Criança foi sendo aprimorado na tentativa de ser um documento que contemplasse a promoção da saúde e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Dessa forma, na década de 1990, foi atualizado duas vezes, quando, na primeira vez, foram inseridas informações sobre incentivo à amamentação, direito da criança, orientações aos cuidadores para estimulação do desenvolvimento infantil e prevenção de acidentes. Na segunda atualização, a principal modificação foi a adição do percentil três como ponto limite para o corte de diagnóstico de desnutrição, tendo em vista a modificação do perfil epidemiológico das crianças e redução de quase 20% na prevalência de déficit de crescimento/desnutrição em crianças menores de cinco anos, comparando com 1989. Essa realidade não justificava mais a permanência do percentil 10 como ponto de corte inferior da curva de crescimento do cartão⁽³⁶⁾.

Nessa perspectiva de benefícios para a criança, em 1988, foi promulgada a Constituição Federal, a qual apresentou uma nova forma de perceber a criança, o adolescente e seus direitos no Brasil, na perspectiva de assegurar-lhes a proteção integral e os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana. Com absoluta prioridade, foi acrescentado ao corpo da Lei o direito à vida, saúde, alimentação, educação, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade e convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo, no texto, de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão⁽³⁷⁻³⁸⁾.

Para regulamentar os novos direitos humanos das crianças e dos adolescentes contidos na Constituição Federal, foi instituído, em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁽³⁹⁾. A partir desses avanços legais, as crianças brasileiras passaram a ser consideradas sujeitos de direitos e com prioridade na construção de políticas públicas. Nesse período, foi perceptível o declínio considerável da mortalidade infantil e o alcance de novas conquistas na saúde da criança.

Destarte, em 1991, foi lançada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) pelos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), entre eles o Brasil, a fim de incentivar a prática do aleitamento materno e a prevenção do desmame precoce hospitalar. Assim, em 2002, a IHAC tornou-se uma das ações que compõem a Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, que busca apoio renovado à amamentação exclusiva, do nascimento aos seis meses de vida, e a continuidade da amamentação por dois anos ou mais, com introdução de alimentação complementar adequada⁽⁴⁰⁾.

Em 2004, diante do compromisso internacional firmado pelo Brasil de reduzir em dois terços os indicadores de mortalidade na primeira infância e, assim, alcançar o quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), foi publicada a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Tal documento buscou conformar uma rede única integrada de assistência à criança ao propor princípios, linhas de cuidado, estratégias de ação e diretrizes clínicas das unidades de saúde⁽⁴¹⁾.

Dentre as linhas de cuidado propostas na Agenda, encontra-se a linha “Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento”. Considerando que o acompanhamento infantil está intrínseco à avaliação integral à saúde da criança, preconizou-se a distribuição do Cartão da Criança para todos os bebês, de preferência, para aqueles que ainda estavam na maternidade⁽⁴¹⁾.

Diante dos programas e políticas de saúde que buscaram ao longo dos anos ofertar uma assistência integral à criança, desvela-se uma das principais ferramentas da saúde da criança: o Cartão da Criança. A partir da sua criação, todas as informações adquiridas durante o cuidado à criança deveriam ser registradas no cartão, como avaliação do peso, altura, desenvolvimento, vacinação e intercorrências, estado nutricional e as orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação)⁽⁴¹⁾.

Entretanto, diante das lacunas encontradas no Cartão da Criança para a promoção da vigilância à saúde da criança, a ferramenta foi revisada e transformada na Caderneta de Saúde da Criança (CSC) por meio da Portaria nº 1058/GM, de 4 de julho de 2005. A CSC apresentou dados ampliados acerca da saúde do recém-nascido, da gravidez, do parto e puerpério, orientações sobre alimentação saudável, gráficos de perímetro cefálico por idade, espaço para anotações de peso e estatura, orientações sobre a saúde auditiva, visual e bucal, prevenção de acidentes, o caminho esperado para o desenvolvimento global, espaço para anotações de intercorrências clínicas, tratamentos efetuados e da suplementação profilática de ferro e de

vitamina A e o calendário básico de vacinação. Ademais, houve a ampliação da faixa etária para o acompanhamento infantil, abrangendo crianças com até dez anos de idade⁽⁴²⁻⁴³⁾.

Para atender às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2007, a CSC foi reformulada, apresentando-se com a denominação “Caderneta de Saúde da Criança: Passaporte da Cidadania” e com as novas curvas de acompanhamento do peso e altura até os dez anos de idade e a curva do perímetro cefálico até os dois anos⁽⁴⁴⁾. Por sua vez, em 2009, houve outra reformulação na CSC, passando a ser diferenciada por sexo e sendo adicionados o guia básico para o acompanhamento de crianças com diagnósticos de síndrome de Down e autismo, tabelas do Índice de Massa Corporal (IMC) e cuidados com a pressão arterial⁽⁴⁵⁻⁴⁶⁾.

Acompanhando a tendência da visão intersetorial e da assistência integrada, em 2018, o MS propôs uma nova revisão na Caderneta de Saúde da Criança, denominando-a Caderneta da Criança. Essa nova versão contemplou as informações contidas na caderneta anterior e ampliou a interação com as políticas da educação e assistência social, estendeu os marcos do desenvolvimento de 3 para 6 anos de idade e inseriu as Curvas Internacionais do crescimento para crianças prematuras (Intergrowth). Além disso, acrescentou informações sobre o acesso precoce das crianças aos meios de comunicação, o ambiente em que a criança está inserida para que ela cresça e se desenvolva de forma saudável, os direitos e deveres das crianças e dos pais, o aleitamento materno, a alimentação complementar saudável, as vacinas, a saúde bucal e as informações sobre o acesso aos equipamentos e programas sociais e de educação^(12,47).

O ponto principal abordado na nova versão da caderneta foi a importância da sua utilização e atuação conjunta entre os pais, a comunidade e os profissionais de saúde, de educação e de assistência social, para cuidar da criança, educar e promover sua saúde e seu desenvolvimento integral⁽⁴⁷⁻⁴⁸⁾. Contudo, observa-se que a utilização da caderneta pelos profissionais e familiares está muito aquém do esperado, e, para que essa atuação conjunta se concretize, a sensibilização e educação em saúde são estratégias necessárias, visto que a compreensão do papel da caderneta no acompanhamento da saúde infantil é uma premissa para a apropriação e valorização da ferramenta pelos profissionais e cuidadores⁽⁴⁹⁾.

Portanto, esse instrumento tão relevante para o cuidado à criança passou por várias reformulações ao longo do tempo, do Cartão da Criança à Caderneta da Criança, para estar em consonância com o processo de evolução e qualificação das políticas públicas, mudança do perfil epidemiológico na infância e novo olhar para a integralidade da atenção. No entanto, para que a CC exerça seu papel, há duas condições *Sine qua non*: o conhecimento dessa ferramenta e sua utilização adequada por todas as pessoas envolvidas no cuidado à criança.

Capítulo III



3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 Algumas considerações acerca do Interacionismo Simbólico

A ótica teórica proporcionada pelo Interacionismo Simbólico (IS) é pertinente para o alcance dos objetivos do estudo, por facilitar a compreensão de opiniões, comportamentos, expectativas dos indivíduos e exigências sociais. Ao considerar o estudo sistemático do comportamento social humano, o IS favorece o entendimento do modo como os seres humanos interpretam os objetos e as outras pessoas com as quais interagem e como tal processo de interpretação orienta o comportamento do indivíduo em ocasiões específicas⁽⁵⁰⁾.

O IS é uma teoria das ciências sociais que emergiu entre os problemas sociais do início do século XX e que possui raízes teóricas complexas, por ter influências filosóficas de diversos estudiosos. Entretanto, George Herbert Mead (1863-1931), professor pragmático e behaviorista da Escola de Chicago, é reconhecido como progenitor filosófico do IS ao apresentar, de forma oral em suas aulas, as principais concepções e interpretações que originaram a teoria. Posteriormente, Herbert Blumer, pesquisador assistente de Georg Mead, reuniu os escritos e concepções de seu mestre, estabeleceu os pressupostos e consolidou a abordagem interacionista⁽⁵⁰⁻⁵¹⁾.

A principal obra de Herbert Blumer denomina-se *Symbolic Interactionism: Perspective and Method* (1969), a qual apresentou os fundamentos primários propostos por Mead e uma abordagem teórica-metodológica do IS⁽⁵¹⁾. Nos seus escritos, Blumer aponta as três premissas do IS:

1- O ser humano norteia seus atos em direção às coisas, com base no significado que estas têm para ele. Tais coisas referem-se a tudo o que o indivíduo pode perceber em seu mundo.

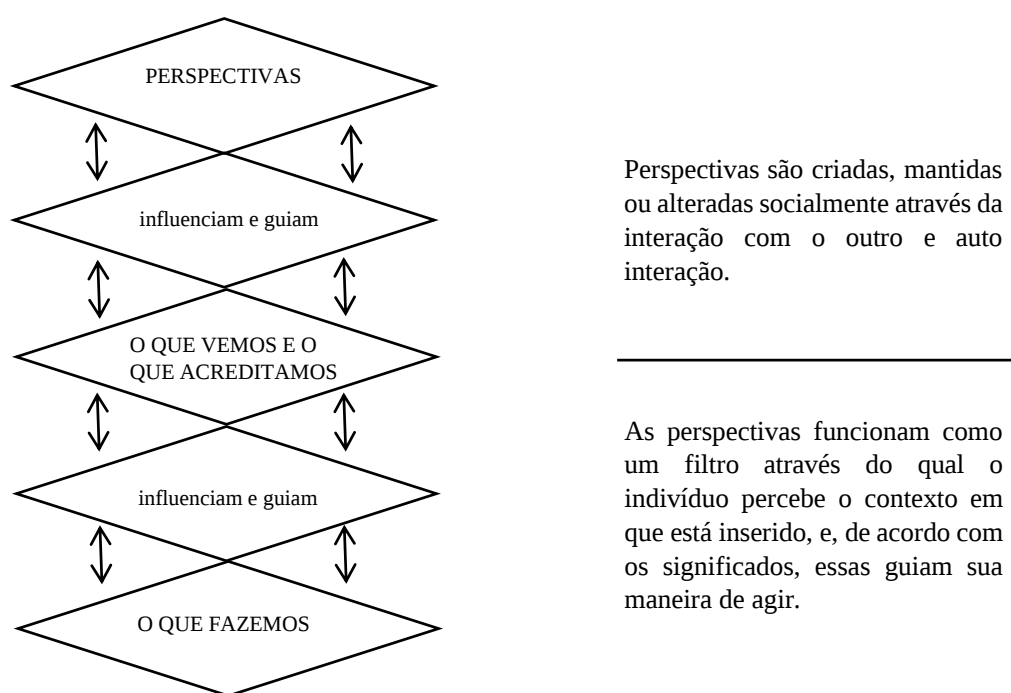
2- O significado dessas coisas surge como consequência da interação que cada qual mantém com seu próximo e consigo.

3- Os significados se modificam mediante um processo interpretativo desenvolvido pela pessoa, ao lidar com as coisas que vai encontrando em seu caminho.

A abordagem metodológica proposta pelo IS compreende a realidade do mundo por meio da análise das ações e interações dos indivíduos como seres envolvidos na investigação, o que diverge das ciências empíricas, que priorizam o conhecimento quantitativo⁽⁵²⁾.

O IS não se limita a uma única causa para entender as decisões humanas e seu comportamento, mas busca conhecer a história da ação^(51,53). O ser humano é dinâmico, ativo e interpreta a realidade a partir das perspectivas originadas ao longo das interações sociais e individuais. Conforme demonstrado na figura 1⁽⁵⁴⁾, entende-se que o processo de interação com o outro e consigo oportuniza ao indivíduo adquirir novas perspectivas que influenciam e guiam suas visões e crenças acerca do contexto em que está inserido assim como guiam o seu modo de agir.

Figura 1- Compreensão da influência das perspectivas nas ações humanas.



Fonte: Utzumi (2017).

A interação interpessoal e a autorreflexão interagem entre si e produzem a ação social. O ato de um indivíduo representa um estímulo para outro, que responde e se adapta. Esse processo de reações e adaptações da segunda pessoa transforma-se em estímulo, modificação e início de um ato diferente no primeiro indivíduo⁽⁵⁰⁾. Dessa forma, as conclusões que o indivíduo cria a partir da leitura da atitude, ação ou comportamento de outrem podem ser parâmetros determinantes para as atitudes que ele terá em determinado grupo social⁽⁵⁵⁾.

Ademais, para favorecer a compreensão desse referencial teórico, é primordial conhecer alguns conceitos presentes nos seus pressupostos, como:

Símbolos: são objetos sociais que se tornam simbólicos ou significantes, quando existe uma representação ou intencionalidade, que viabilizam a interação humana. É o conceito central do Interacionismo Simbólico^(51,53).

Linguagem: oferece recursos para a comunicação e a interação entre os seres humanos. Ao atribuir sentido aos símbolos, o indivíduo descreve o que se observa, pensa ou imagina para apresentar a realidade social⁽⁵⁶⁻⁵⁷⁾.

Self: o indivíduo é objeto de sua própria ação, visto que ele é capaz de perceber-se, ter concepções de si mesmo, comunicar-se consigo mesmo e agir em relação a si mesmo. Portanto, é um objeto social que oferta ao indivíduo um mecanismo de autointeração com o qual enfrenta o mundo^(51,53).

Mente: é um processo que se revela quando o ser humano interage consigo, por meio de símbolos significantes. Portanto, é a ação do indivíduo em direção ao *self*^(51,53).

Assumir o papel do outro: é a compreensão do como e por que os seres humanos agem da maneira escolhida. Conforme Charon, é uma atividade mental muito importante da inteligência social, pois promove o desenvolvimento do *self*^(53,57).

Ação humana: consiste em um processo constante e ativo de tomada de decisão pelos indivíduos, a partir da interação social e da interação com o *self*⁽⁵⁷⁾.

Sociedade: representa o contexto dentro do qual o *self* surge e se desenvolve. A sociedade é construída a partir do agir e interagir dos indivíduos^(50,53).

Destaca-se que a interação perpassa por todos os conceitos do IS, o que demonstra a sua relevância para o comportamento humano e teoria^(51,53). Assim, a interação simbólica é um processo que inclui a interpretação de ações porque os significados simbólicos podem ser criados de formas diferentes pelas pessoas. Logo, os significados dos objetos não consistem em algo inerente a eles, mas originados da interação e interpretação humana⁽⁵⁶⁾.

Quando não há interpretação das ações do outro antes da ação do indivíduo, a interação não é simbólica, pois consiste em uma resposta involuntária. Por outro lado, quando o indivíduo interpreta a ação do outro e conduz sua ação fundamentada no significado da interpretação, a interação é simbólica⁽⁵¹⁾. Diante do exposto, nota-se a confluência do IS com o objeto de pesquisa, uma vez que se pressupõe que a CC está inserida ou não no cotidiano das pessoas a partir do significado que a ferramenta tem para elas, ou seja, é um processo de construção de

percepções, significados e ações, que podem ser modificados a partir das interações com o objeto e da autointeração.

Capítulo IV



4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Desenho do estudo

Estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, sob a ótica teórica do Interacionismo Simbólico. A pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o assunto, fato ou fenômeno, ao investigar e aprimorar ideias pouco exploradas. Essa aproximação, possivelmente, será favorecida pela pesquisa descritiva, cujo objetivo é a identificação, exposição e descrição dos fatos ou fenômenos como também de determinadas características de um grupo, comunidade, população ou contexto social⁽⁵⁸⁾.

A abordagem qualitativa almeja descrever a complexidade de determinado problema, não envolvendo manipulação de variáveis e instrumentos estatísticos como base para a análise, portanto busca apreciar todos os componentes de uma situação e suas interações e influências recíprocas, considerando uma perspectiva holística⁽⁵⁹⁾. Esse tipo de abordagem favorece a revelação da dimensão subjetiva das experiências humanas ao longo da vida, em toda a sua dimensão singular, visto que o homem se distingue não apenas no seu agir, mas em sua visão subjetiva da realidade vivenciada em cada fenômeno, com seus pares⁽⁶⁰⁾.

4.2 Cenário do estudo

O cenário do estudo correspondeu a Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário (DS) III de João Pessoa, capital da Paraíba, Brasil. Esse município detém uma área territorial de 210,044 km², população estimada em 2019, de 809.015 pessoas e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,763⁽⁶¹⁾.

Atualmente, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do referido município está distribuída em cinco Distritos Sanitários que recortam toda a sua extensão territorial e contemplam serviços da atenção básica, especializada e hospitalar. A Rede de Atenção Básica de João Pessoa é constituída por 199 Equipes de Saúde da Família (eSF) distribuídas em Unidades de Saúde da Família (USF), cinco Unidades Básicas de Saúde, 34 equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, entre outras estratégias e equipes⁽⁶²⁾.

Em 2018, o DS III possuía cerca de 43.622 famílias cadastradas, totalizando 143.635 pessoas no território. Entre essas, 59.242 eram crianças com idade entre zero e cinco anos⁽⁶²⁾. Esse cenário foi escolhido intencionalmente por ser campo de estágio, voltado para a saúde da criança, dos discentes de graduação e pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

4.3 Participantes do estudo

Participaram do estudo 25 profissionais da Equipe de Saúde da Família, sendo eles: enfermeiros, médicos, odontólogos, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e auxiliar em saúde bucal e também 11 cuidadoras de crianças cadastradas na ESF, todas eram mães das crianças, portanto, a partir desse momento, serão citadas neste estudo como “mães/cuidadoras”.

Inicialmente, para elegibilidade dos profissionais de saúde, foram atendidos os seguintes critérios de inclusão: ser profissional efetivo ou contratado vinculado à USF há no mínimo seis meses, o qual realizava o cuidado à criança menor de três anos. Por sua vez, para os cuidadores, os critérios de inclusão foram: ser cuidador principal da criança menor de três anos, ser maior de 18 anos e estar cadastrada na USF.

Não foram incluídos no estudo os profissionais de saúde que, no período da coleta de dados, estavam afastados por motivos de licença ou férias nem os cuidadores de criança que se encontravam na USF pela primeira vez ou ainda aqueles que não possuíam a caderneta e/ou com função cognitiva prejudicada.

4.4 Processo de recrutamento dos participantes do estudo e produção dos dados

A produção dos dados empíricos ocorreu com oito eSF, distribuídas em duas unidades de saúde integradas, cada uma com quatro equipes atuando em um mesmo espaço físico, no período de setembro a outubro de 2020, por meio de entrevista semiestruturada. Para a inserção no campo de pesquisa, recrutamento dos participantes e produção dos dados, inicialmente, foi feito contato com a Secretaria Municipal de Saúde e com o DS III para aquisição dos documentos de anuência para a pesquisa (ANEXOS A, B).

De posse das autorizações para a realização da pesquisa, contatou-se o gerente de cada USF para apresentação do estudo e da documentação necessária para o desenvolvimento da pesquisa. Após liberação da gestão da unidade de saúde, a pesquisadora fez contato com os profissionais da eSF, momento em que foram realizados os esclarecimentos sobre a pesquisa e suas etapas, e os convidou para a participação no estudo. Após a concordância desses profissionais, foi agendado um momento oportuno para realização das entrevistas na própria USF, sempre após os atendimentos aos usuários, para não haver interferência no processo de trabalho desses profissionais.

A produção dos dados com os cuidadores ocorreu à medida em que eles compareciam à USF e, enquanto aguardavam o atendimento pela equipe de saúde na sala de espera, foram abordados pela pesquisadora. Com uma linguagem acessível, foi apresentada a pesquisa e realizado o convite para participar do estudo, sendo assegurada a não interferência da entrevista na ordem do seu atendimento. Após o aceite do cuidador, foi iniciada a entrevista no espaço físico da sala de espera. Destaca-se que, devido à pandemia da Covid-19, algumas eSF estavam retomando as consultas para acompanhamento da criança, e, assim, foi possível realizar as entrevistas com cuidadores de crianças que buscavam o atendimento esporádico com a equipe ou com aqueles que foram para a consulta de acompanhamento da criança.

Com o enfrentamento da pandemia no período da produção de dados, foram seguidos todos os protocolos de segurança de acordo com as autoridades locais e também adotadas medidas de biossegurança e prevenção contra o novo coronavírus, durante a realização da entrevista, como: uso de máscara, oferta de álcool a 70%, higienização da caneta antes e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e distanciamento entre a pesquisadora e o participante do estudo.

Para conduzir as entrevistas semiestruturadas, foram construídos dois roteiros, um direcionado aos profissionais de saúde e outro aos cuidadores, visto que a entrevista semiestruturada é guiada por uma relação de pontos de interesse que o entrevistador explora ao longo do seu curso⁽⁶³⁾ e que permite aos entrevistados discorrerem sobre o tema proposto. Para tanto, ambos roteiros continham duas partes: a primeira para caracterização dos participantes do estudo, e a segunda com o roteiro da entrevista.

O roteiro voltado para as entrevistas com os profissionais de saúde continha as seguintes questões: “Fale para mim o que você entende sobre a Caderneta da Criança como ferramenta de Vigilância do Desenvolvimento Infantil”; “Como você utiliza a Caderneta da Criança na sua prática profissional?”; “Como você avalia a utilização da caderneta pela equipe da Estratégia

Saúde da Família?"; "Quais são os motivos que contribuem para as falhas no registro das ações de vigilância do desenvolvimento infantil na Caderneta da Criança?"; "O que deveria ser feito para melhorar a adesão ao uso da Caderneta da Criança?" (APÊNDICE C).

O roteiro voltado aos cuidadores apresentou as seguintes questões: "Fale para mim o que você entende sobre a Caderneta da Criança."; "Como você utiliza a Caderneta da Criança?"; "Como está sendo preenchida a caderneta do seu filho pelos profissionais de saúde?"; "O que poderia ser melhorado para que as mães utilizassem mais a caderneta?" (APÊNDICE D). As entrevistas foram gravadas em mídia digital portátil e, em seguida, transcritas na íntegra pela pesquisadora, com o suporte do programa Microsoft Office Word® 2019. Os vícios de linguagem foram suprimidos para preservar o conteúdo dos extratos de dados.

O critério para finalização da produção de dados foi a saturação teórica, ou seja, momento de recorrências temáticas no material produzido e do aprofundamento do objeto em investigação, prestando-se atenção a todas as suas dimensões e interconexões⁽⁶⁴⁾.

4.5 Análise dos dados

A análise do conjunto de dados foi norteada pelos princípios da Análise Temática Indutiva (ATI), correspondendo a uma análise temática orientada pelos dados. Dessa forma, os padrões de respostas encontrados e temas construídos decorrem de um processo de codificação dos dados que não tem por objetivo se encaixar em um quadro de codificação precedente, ou em preconceitos analíticos do pesquisador⁽⁶⁵⁾.

Para tanto, foram seguidas as seis fases propostas pela ATI por meio de um processo recursivo que permite movimento flexível entre as fases e opõe-se ao processo linear em que apenas se avança de uma fase para a seguinte⁽⁶⁵⁾.

1º fase - Familiarização com os dados: a coleta de dados e a transcrição das entrevistas foram fases realizadas pela pesquisadora, por isso propiciaram o conhecimento prévio dos dados e pensamentos analíticos iniciais. Assim, nessa fase da análise, foram realizadas também leituras e releituras ativas, a fim de se apropriar das ideias contidas no conjunto de dados.

2º fase – Geração de códigos: Nessa etapa, inúmeros códigos iniciais foram criados, sendo possível a identificação de aspectos interessantes para formar a base de padrões repetidos no conjunto de dados.

3º fase - Busca por temas: após codificação e agrupamento dos códigos, foi iniciada a triagem dos códigos para a formação dos temas potenciais, com o auxílio de cores de realce no texto e quadros para melhor sistematização.

4º fase – Refinamento dos temas: realizou-se leitura de todos os extratos selecionados nos temas, sendo alguns realocados e outros unificados. Ademais, atentou-se para a validade dos temas criados em relação ao conjunto de dados, isto é, verificou-se se os temas correspondiam ao conjunto de dados.

5º fase – Definição e nomeação dos temas: nesta fase os temas receberam nomes claros e que evidenciassem o aspecto dos dados que cada tema captura. Por fim, os temas foram formados e nomeados.

6º fase – Produção do relatório: para concluir a análise dos dados, foi construído o relatório final, mantendo-se coerência com o objetivo do estudo e com os pressupostos do Interacionismo Simbólico. Assim, elucidou-se uma narrativa analítica da história contada nos dados sobre a percepção de cuidadores e profissionais de saúde acerca da CC e sua utilização por esses agentes do cuidado.

4.6 Considerações éticas

A pesquisa está em conformidade com as diretrizes éticas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta pesquisas com seres humanos; Resolução 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais que utilizam dados diretamente obtidos com os participantes, informações identificáveis ou que possam acarretar riscos; Resolução 580/2018, que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS⁽⁶⁶⁻⁶⁸⁾. Ademais, está vinculada ao projeto de pesquisa intitulado “Vigilância do desenvolvimento e a Caderneta de Saúde da Criança: caminhos para a promoção da saúde infantil”, que possui parecer favorável, nº 3.156.449, CAAE: 97362718.1.0000.5188 (ANEXO C) do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

No início da produção de dados, foram solicitadas a leitura e a assinatura do TCLE por todos os participantes da pesquisa, profissionais de saúde (APÊNDICE A) e cuidadores de crianças (APÊNDICE B) e também foram fornecidas informações sobre a pesquisa e

assegurado o anonimato, o sigilo das informações e o direito de desistência em qualquer momento do estudo.

Para isso, os extratos de dados foram codificados com as letras “C”, para as cuidadoras/mães de crianças; “E”, para enfermeiros; “M”, para médicos; “O”, para odontólogos; “TE”, para técnicos de enfermagem; “AB”, para auxiliar de saúde bucal, e “ACS”, para agentes comunitários de saúde, seguidas de um número correspondente à ordem cronológica de realização da entrevista, a saber: C1, [...] e E1/M1/O1/TE1/AB1/ACS1, [...].

O estudo ofereceu riscos mínimos aos participantes e se referem ao tempo destinado para responder a entrevista e ao desconforto em compartilhar informações com uma pesquisadora sem vínculo precedente. Todavia, os benefícios do estudo superaram os riscos e/ou prejuízos, visto que desvelou novos conhecimentos e sensibilizou profissionais de saúde e cuidadores de crianças quanto à utilização da CC no seu cotidiano.

Capítulo V



5 RESULTADOS

5.1 Caracterização dos participantes

Participaram do estudo 25 profissionais da Equipe de Saúde da Família, sendo eles: sete enfermeiros, seis odontólogos, quatro médicos, cinco agentes comunitários de saúde, dois técnicos de enfermagem e um auxiliar de saúde bucal, totalizando 17 profissionais do nível superior, dos quais, apenas quatro não possuíam especialização, e oito possuíam escolaridade referente ao nível médio. Apenas quatro profissionais eram do sexo masculino. A faixa etária foi de 24 a 65 anos, e o tempo de atuação na ESF variou de 10 meses a 32 anos.

Também participaram do estudo 11 cuidadoras, com idade entre 19 e 40 anos. Sobre a conjugalidade, sete eram solteiras, três eram casadas e uma encontrava-se em união estável. Quanto à ocupação, seis eram do lar, duas eram estudantes e três possuíam vínculo empregatício. Em relação à escolaridade, oito possuíam Ensino Médio completo, duas, Ensino Médio incompleto, e apenas uma, ensino superior. A maioria das mães tinha um filho, e a idade das crianças variou entre 3 e 21 meses. Considerando que todas as cuidadoras eram a mãe da criança, por essa razão, nos artigos seguintes foi padronizado o termo “mãe”.

Com base na análise do conjunto de dados, foram construídas as unidades temáticas: Percepções dos profissionais e mães acerca da Caderneta da Criança e seus significados; Fragilidades na utilização da Caderneta da Criança; Protagonismo de enfermeiros na utilização da Caderneta da Criança na ESF; Obstáculos e estratégias para utilização da Caderneta da Criança na prática assistencial do enfermeiro.

5.2 Artigo Original 1 - Percepção e utilização da Caderneta da Criança por profissionais e mães: uma abordagem interacionista

Percepção e utilização da Caderneta da Criança por profissionais e mães: uma abordagem interacionista¹

Resumo

Objetivo: compreender a percepção dos profissionais da Saúde da Família e das mães, acerca da Caderneta da Criança, e conhecer sua utilização. **Método:** estudo qualitativo, fundamentado no Interacionismo Simbólico, desenvolvido em Unidades de Saúde da Família, com 25 profissionais de saúde e 11 mães de crianças menores de três anos, por meio de entrevista semiestruturada. A Análise Temática Indutiva foi utilizada para interpretar os dados. **Resultados:** a Caderneta da Criança foi percebida como ferramenta multiprofissional e intersetorial, que possibilita a continuidade do cuidado, norteia a conduta do profissional e o cuidado à criança pela família. Contudo, essa não foi a percepção de todos. Quanto à utilização, foram identificadas fragilidades que podem estar relacionadas ao significado atribuído à caderneta. **Conclusão:** apesar de as percepções serem coerentes com o proposto na caderneta, ela não foi utilizada para a vigilância e promoção da saúde infantil. É necessária a (re)significação da Caderneta da Criança pelos profissionais e mães para favorecer a integralidade do cuidado à criança.

Descritores: Saúde da Criança; Registros de Saúde Pessoal; Vigilância em Saúde; Pessoal de Saúde; Mães; Interacionismo Simbólico.

Descriptors: Child Health; Health Records, Personal; Health Surveillance; Health Personnel; Mothers; Symbolic Interactionism.

Descriptores: Salud del Niño; Registros de Salud Personal; Vigilancia de la Salud; Personal de Salud; Madres; Interaccionismo Simbólico.

¹ Artigo submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem (Anexo D).

Introdução

Os primeiros anos da vida, em especial os da primeira infância, representam uma janela de oportunidades para o desenvolvimento integral da criança e de uma nação como um todo, visto que, nesse período, há o desenvolvimento de áreas fundamentais do cérebro, com a formação de competências e habilidades⁽¹⁾. É uma fase de colossais promessas e, ao mesmo tempo, de ameaças consideráveis⁽²⁾. Assim, perscrutar os aspectos cognitivo, físico, social e emocional da criança é primordial para oportunizar o seu desenvolvimento pleno e o direito à vida, à saúde e ao bem-estar.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) preconiza a vigilância e o estímulo do desenvolvimento na primeira infância pela Atenção Primária à Saúde (APS) e, para isso, aponta como ação estratégica a implementação da Caderneta da Criança (CC). Essa ferramenta pauta-se nos conceitos teóricos da promoção da saúde e do cuidado integral, assim compreende os direitos e deveres das crianças e dos pais como também os cuidados com a criança, para que ela cresça e se desenvolva de forma saudável. Contém orientações e espaços para o registro de dados do nascimento, aleitamento materno, alimentação complementar saudável, vacinação, crescimento e desenvolvimento, saúde bucal, sinais de perigo para doenças graves, prevenção de acidentes e violências, além de informações sobre o acesso aos programas sociais e de educação⁽²⁻³⁾.

Para cumprir o que se propõe, é imprescindível que a caderneta seja utilizada pelos diferentes agentes do cuidado e em todos os pontos da rede de atenção à criança⁽⁴⁾, sobretudo, na APS. Nesse nível assistencial, com a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) como novo modelo de atenção à saúde, a Equipe de Saúde da Família (eSF) torna-se a principal responsável pelo monitoramento do desenvolvimento infantil por meio da CC⁽⁵⁾.

A eSF, integrada por médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS), odontólogo, agente de combate às endemias e auxiliar/técnico em saúde bucal, possui capacidade ampliada para produção de um cuidado integral à criança^(2,6). Para isso, a equipe deve se responsabilizar por suas atribuições na assistência à criança, dentre elas: o acompanhamento e a oferta de orientações focadas no crescimento e desenvolvimento infantil e no registro de tais informações na CC⁽⁷⁾.

Entretanto, estudos realizados em diferentes regiões do Brasil identificaram que a avaliação do desenvolvimento da criança está comprometida em decorrência das falhas no registro da CC⁽⁷⁻⁸⁾. Ao analisar 420 cadernetas de crianças menores de cinco anos, estudo

revelou que apenas 25,5% tinham preenchimento satisfatório e que o índice de registro do desenvolvimento neuropsicomotor foi um dos menores (18,1%)⁽⁸⁾.

A fragilidade nos registros do desenvolvimento infantil em ferramentas da saúde da criança também é uma realidade internacional. Estudo desenvolvido no Quênia com 78 mães e 33 profissionais de saúde em clínicas de saúde materno-infantil, evidenciou que, apesar de 80,8% dos profissionais afirmarem preencher os dados do desenvolvimento neuropsicomotor, nenhum dos 78 livretos de saúde materno-infantil analisados apresentou o preenchimento adequado dos marcos do desenvolvimento da criança⁽⁹⁾.

A precária utilização de ferramentas para o acompanhamento da saúde infantil, como a CC, pode ser decorrente de fatores como: dificuldade de os profissionais e cuidadores perceberem a relevância do seu preenchimento, ausência e/ou fragilidade de registros, reduzido conhecimento, baixa escolaridade materna, escassez de orientações às famílias, fragilidade no processo de comunicação e no trabalho em equipe^(8,10).

Nesse contexto, é premente compreender o real significado da CC, pois, para que esta seja uma ferramenta auxiliar no processo de trabalho da eSF e no cotidiano das mães deve ser percebida como um objeto significante. Sobre isso, o Interacionismo Simbólico (IS) afirma que o significado das coisas surge como consequência da interação que cada qual mantém com elas⁽¹¹⁾. Além disso, são ínfimos os estudos com abordagem qualitativa que versam sobre o tema.

Nesse sentido, questionou-se: Qual a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e das mães de crianças menores de três anos acerca da Caderneta da Criança como ferramenta de Vigilância do Desenvolvimento Infantil? Como a Caderneta da Criança está sendo utilizada por esses profissionais e pelas mães?

Portanto, objetivou-se compreender a percepção dos profissionais da Saúde da Família e das mães acerca da Caderneta da Criança e conhecer sua utilização.

Método

Delineamento do estudo e Referencial teórico-metodológico

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, qualitativa, ancorada nos pressupostos do Interacionismo Simbólico e desenvolvida conforme os preceitos do *Reporting Qualitative Research* (COREQ). O referencial teórico-metodológico adotado compreende a realidade do

mundo através da análise das ações e interações dos indivíduos como seres envolvidos na investigação⁽¹²⁾.

Cenário e Período do estudo

Foi desenvolvido em Unidades de Saúde da Família (USF) de uma capital da região Nordeste do Brasil, nos meses de setembro e outubro de 2020.

Participantes do estudo

Participaram da investigação profissionais da eSF, incluindo enfermeiros, médicos, odontólogos, agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliar em saúde bucal e mães de crianças cadastradas na ESF.

Crítérios de seleção

A elegibilidade dos participantes ocorreu por intencionalidade. Para os profissionais, os critérios de inclusão foram: prestar assistência à criança menor de três anos e possuir vínculo com USF, efetivo ou contratado, há no mínimo seis meses. Para as mães, os critérios foram: maioridade, ser cuidadora principal da criança menor de três anos e possuir cadastro na USF. Não foram incluídos na pesquisa os profissionais que se encontravam de férias ou licença, de qualquer natureza, no período da produção dos dados, assim como as mães que estavam na USF pela primeira vez, as que não possuíam a CC e/ou com função cognitiva comprometida.

Produção de dados

Inicialmente, foi realizada a aproximação ao campo e aos profissionais da eSF pela pesquisadora principal, a fim de apresentar os objetivos da pesquisa, convidá-los a participarem do estudo e, após o aceite, pactuar a data mais conveniente para realização das entrevistas. Essas aconteceram após a assistência aos usuários, sem a presença de terceiros, na sala de atendimento do entrevistado ou em outro ambiente da USF capaz de assegurar a privacidade e maior comodidade.

A produção de dados com as mães aconteceu enquanto elas aguardavam o atendimento na sala de espera da USF. Foi garantida a não interferência da entrevista na sequência do atendimento e, após seu consentimento, foi iniciada a entrevista.

Utilizou-se a entrevista semiestruturada com o suporte de dois roteiros com duas partes, a caracterização dos participantes e as questões norteadoras. O primeiro roteiro apresentou questões relacionadas aos profissionais de saúde: Fale para mim o que você entende sobre a Caderneta da Criança como ferramenta de Vigilância do Desenvolvimento Infantil; Como você

utiliza a Caderneta da Criança na sua prática profissional?; Como você avalia a utilização da caderneta pela equipe da Estratégia Saúde da Família?. O segundo roteiro continha questões destinadas às mães: Fale para mim o que você entende sobre a Caderneta da Criança; Como você utiliza a Caderneta da Criança?; Como está sendo preenchida a caderneta do seu filho pelos profissionais de saúde?.

Todas as entrevistas foram realizadas presencialmente nas USF. Vale salientar que, devido ao contexto pandêmico da Covid-19, foram adotadas todas as medidas de biossegurança e prevenção contra o novo coronavírus, propostas pelas autoridades nacional e internacional.

As entrevistas foram gravadas em mídia digital portátil e duraram, em média, 20 minutos. Não houve repetição de entrevistas. Logo em seguida, os áudios foram transcritos na íntegra, o que favoreceu a familiarização com os dados e, quando necessário, o aprofundamento da entrevista subsequente. A produção de dados foi encerrada no momento em que houve saturação teórica dos dados, ou seja, quando o *corpus* apresentou recorrências temáticas e possibilitou o alcance do objetivo do estudo⁽¹³⁾.

Análise dos dados

O *corpus* de dados foi submetido à Análise Temática Indutiva (ATI). Na abordagem indutiva, os temas construídos decorrem de um processo de codificação que não objetiva encaixar-se em um quadro precedente de códigos ou nos preconceitos analíticos do pesquisador. Para tanto, procederam-se às etapas: transcrição das entrevistas, leitura e releitura dos dados, possibilitando a familiarização com as ideias contidas no conjunto de dados; identificação dos aspectos interessantes, quando foram gerados e agrupados os códigos iniciais; triagem dos códigos, com a criação dos temas potenciais; leitura de todos os extratos selecionados nos temas potenciais, sendo alguns realocados e outros unificados; definição e nomeação dos temas; por fim, foi elaborado o relatório de análise⁽¹⁴⁾.

Aspectos éticos

Este estudo é vinculado ao projeto universal intitulado “Vigilância do desenvolvimento e a Caderneta de Saúde da Criança: caminhos para a promoção da saúde infantil” aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. Ademais, respeitou todas as recomendações nacionais e internacionais para a pesquisa com seres humanos e todos os participantes do estudo leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para preservar o anonimato, cada participante foi nomeado por um código alfanumérico com a letra “C” referente às cuidadoras/mães, “E” aos enfermeiros, “M” aos médicos, “O” aos odontólogos, “TE” aos

técnicos de enfermagem, “AB” ao auxiliar de saúde bucal ou “ACS” aos agentes comunitários de saúde, seguida de algarismo arábico, correspondente à ordem das entrevistas: C1/E1/M1/O1/TE1/AB1/ACS1, [...].

Resultados

Contribuíram com o estudo 25 profissionais da Saúde da Família e 11 mães. Nenhum participante se recusou a participar da pesquisa ou desistiu. Entre os profissionais, havia sete enfermeiros, seis odontólogos, quatro médicos, cinco agentes comunitários de saúde, dois técnicos de enfermagem e um auxiliar de saúde bucal. A maioria era do sexo feminino, cujas idades variaram de 24 a 65 anos e o tempo de atuação na ESF de 10 meses a 32 anos. Quanto às mães, tinham idade entre 19 e 40 anos, a maioria era do lar, possuía ensino médio completo e apenas um filho. Concernente à conjugalidade, sete eram solteiras, três eram casadas e uma em união estável. Tendo em vista que todos os cuidadores participantes do estudo são as mães das crianças, passaremos a utilizar a palavra ‘mães’ para nos referirmos a essas.

A partir do processo analítico, foram construídos dois temas: Percepções dos profissionais e mães acerca da Caderneta da Criança e seus significados; Fragilidades na utilização da Caderneta da Criança, conforme figura 1.

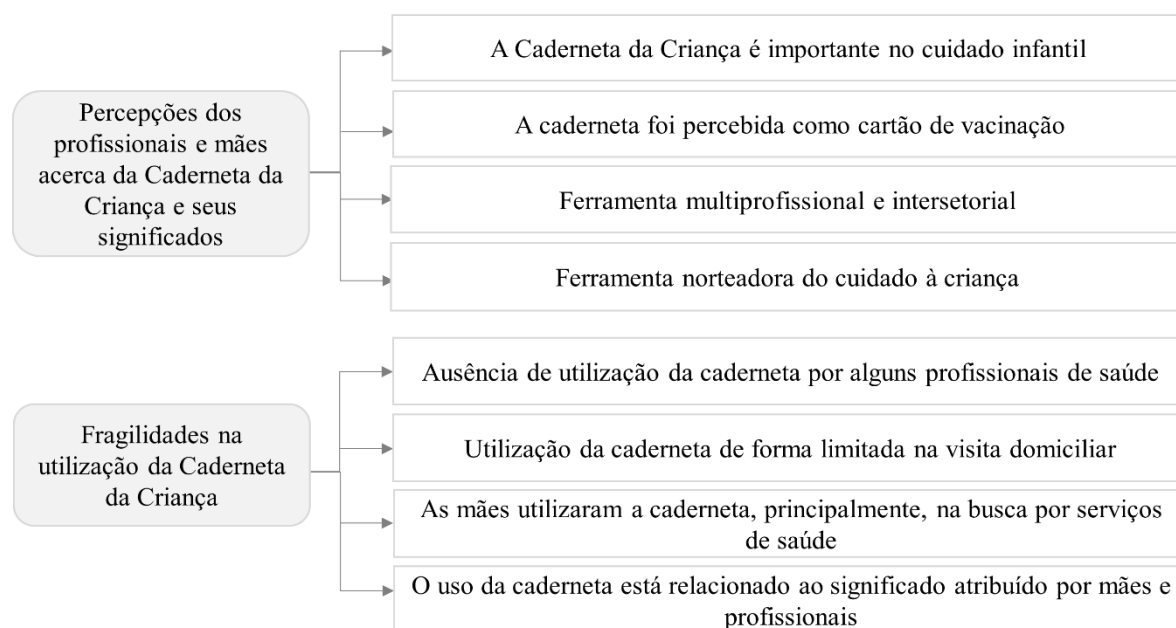


Figura 1 – Mapa temático contendo os dois temas principais e os respectivos códigos de dados, João Pessoa, PB, Brasil, 2020

Percepções dos profissionais e mães acerca da Caderneta da Criança e seus significados

A CC é um documento fundamental para o acompanhamento da saúde infantil. Foi considerada uma ferramenta de fácil manuseio, que permite o registro vacinal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, prevenção de doenças e promoção da saúde: *A CC é muito mais do que um simples local de registrar vacina, é um instrumento riquíssimo, que, assim, tanto os profissionais como as mães podem aproveitar bastante de informação, de anotações de dados, de atualização de problemas que surgem no decorrer da infância (E4); A CC é um documento importantíssimo que viabiliza acompanhar e identificar as doenças no sentido da proteção, uma prevenção de possíveis doenças (TE2); É importante para a gente ver como é que a criança está se desenvolvendo, o ganho de peso, a altura, a relação dela com o familiar, a gente começa a ver aqueles marcadores que tem do acompanhamento mensal da criança, do crescimento e desenvolvimento dela e do cartão vacinal (E5); É o acompanhamento do desenvolvimento da criança relacionado também às vacinas [...] acompanhar o peso, a estatura, ver se tem alguma patologia, essas coisas. A caderneta eu acho que é para o acompanhamento mesmo do bebê, para o desenvolvimento (C9).*

Em contraponto, alguns participantes do estudo, como ACS e mães, compreendem a caderneta apenas como uma ferramenta de registro de vacinas, fazendo alusão a esta como “cartão de vacina” ou “caderneta de vacina”: *O cartão de vacina é um documento indispensável na vida da mãe para controlar as vacinas das crianças, porque trabalha de forma preventiva em relação às doenças (ACS5); Eu considero como cartão de vacina, mesmo porque eu só pego nela para isso (C11).*

A caderneta foi considerada uma extensão do prontuário, sendo importante fonte de informação acerca da saúde da criança para os diferentes profissionais da rede de atenção. Além disso, tem caráter multiprofissional e intersetorial e possibilita a continuidade do cuidado, quando utilizada nos encontros entre profissional, criança e família: *A caderneta deveria ser uma extensão do prontuário da criança. É um documento, e a criança leva para todo canto que vai ser consultada. Então, ela pode ser atendida aqui ou em outro lugar, e na caderneta já teria informações compartilhadas entre esses profissionais (ACS2); Não pode ser só para médico e enfermeiro, o ACS tem que ver a caderneta, se for um trabalhador social, uma nutricionista, alguém da equipe do NASF ou outros profissionais. Todo mundo tem que ver a caderneta porque aí vai ter a informação de como está essa criança, desenvolvimento e tudo mais (M2); Para onde ela [criança] for, eu acho que é um documento que a genitora deve levar junto*

porque, se ela vem para mim enquanto enfermeira, eu atendo e registro na caderneta; se ela vai para o serviço de imunização, ela leva a caderneta e registra; se ela vai para a dentista, ela registra a sua parte; se vai para a médica, tem a parte de vigilância, de orientação e de avaliação. Então, eu acho que, para onde ela for, ela deve ser atendida e avaliada a situação da CC [...] é uma caderneta multiprofissional que vários profissionais vão utilizá-la (E7).

Também foi mencionada como ferramenta capaz de nortear a conduta do profissional e o cuidado ofertado à criança pela família: *[a caderneta é útil para] orientar nós, profissionais e orientar em todos os sentidos, tanto do que a gente deve acompanhar, do que a gente deve fazer, a nossa atividade como agentes de saúde, promotores de saúde e para os próprios pais também terem acesso a esse acompanhamento. Então, a gente só registra, e eles [os pais] guardam, podem levar para outros serviços (M3); Eu acho que a caderneta é para a gente organizar a saúde da criança porque tem as vacinas e também para saber como é que a gente praticamente cria a criança porque tem dizendo tudo sobre a saúde, sobre o crescimento (C8).*

Fragilidades na utilização da Caderneta da Criança

Os profissionais da eSF utilizam a CC de formas diversas. Os odontólogos, apesar de reconhecerem a importância desta para o acompanhamento da saúde infantil, afirmam não registrar as ações realizadas e evidenciam a utilização da caderneta pela enfermagem: *A gente não usa a caderneta. A resposta é zero. Quando eu vejo as enfermeiras usarem, eu vejo que tem muitas informações importantes ali, a questão da vacinação, a questão do desenvolvimento da criança, peso, idade, essas coisas. Mas, no meu setor de odontologia, a gente não usa (O1); Utilizei uma vez só, quando a mãe trouxe [...], eu abri a caderneta e comecei a olhar e vi que tinha o odontograma, que tinha toda a parte odontológica que os dentistas não dão atenção a ela (O3).*

Os ACS a utilizam durante a visita domiciliar com foco específico no calendário vacinal e nas datas da puericultura de crianças menores de dois anos, não registrando o atendimento realizado neste momento: *Durante a visita, quando a gente sabe que aquela criança é menor de dois anos, a gente pede a caderneta ao pai na visita mensal, confere se tem alguma vacina atrasada, se ela foi à consulta de puericultura, se precisa de um agendamento (ACS2); Nas visitas domiciliares, a gente olha, verifica a questão de vacina. Eu só olho essa parte mesmo de vacina e, se for criança até dois anos, olho a questão de puericultura, se está vindo ou se não está vindo, e faço as orientações tanto em relação à consulta de puericultura quanto à*

vacinação (ACS3); A gente utiliza [a caderneta] na visita domiciliar. A gente olha as vacinas se estão em dia, se estão atrasadas, orienta a mãe para vir à USF [Unidade de Saúde da Família] para colocar em dia, olha o peso, olha o desenvolvimento da criança (ACS4).

Para as mães, a caderneta é fundamental para a construção de sua autonomia, principalmente das primíparas, pois suas principais dúvidas no cuidado à criança foram sanadas a partir das informações contidas nessa ferramenta: *Eu acho necessária, principalmente nos primeiros meses, que são várias coisas que acontecem e tem tudo anotadinho na caderneta, tem informações sobre a fase inicial, todos os testes que ela tem que fazer, tem a parte para preencher e os dados dizendo quais são as vacinas que ela vai tomar. Porque no início são muitas informações e tem todas as informações no livrinho, foi como uma instrução para começar (C1); A caderneta é algo que vem explicando tudo da criança [...] nela vem dizendo sobre a alimentação, os dentes, a vacina, quando tem reação e quando não tem, o que fazer. Para mim, ela foi útil e serviu para retirar as dúvidas (C4); Eu mesma aprendi muita coisa com a caderneta porque eu fui mãe de primeira viagem, não sabia de nada, fui aprendendo ali, um pouco com minha mãe e um pouco ali [na caderneta] porque a gente não tem a mãe sempre por perto (C5).*

Porém, algumas mães não utilizam a caderneta no seu cotidiano. O contato com essa ferramenta ocorreu em momentos pontuais ao buscarem os serviços de saúde: *No meu dia a dia, eu não utilizo muito [...] eu sei o que tem lá, mas eu não leio muito não [...] utilizo mais quando eu venho para cá [USF] (C3); Eu utilizo para vacinar ela, para o acompanhamento dela todo mês, é assim que eu utilizo (C5).*

A utilização da caderneta está condicionada ao significado que a mesma tem para os profissionais e para as mães. Isso pode ter reflexos no entendimento e na utilização da CC pelas mães e familiares: *Vai depender realmente da noção que o profissional tem ou como ele vê aquele instrumento. Se ele vai ver só como algo para atrapalhar, para atrasar a consulta dele ou se ele vai tomar aquilo como instrumento que vai ser parceiro dele na consulta com a família (ACS2); Porque, se nós realizamos uma visita em uma residência, e você não se atenta a pedir a caderneta de vacina com uma certa frequência, o pai ou a mãe também vai entender que aquilo ali não é tão importante, mesmo que ele saiba que isso é obrigação. Mas, se o profissional de saúde não está dando importância, os pais também não darão importância (ACS5); O que pode condicionar é primeiro entender o que é a caderneta, ter tido contato com ela, entender o porquê, o que ela tem. Eu acho que a falta de informação do profissional que o*

impede de utilizar. Também a questão subjetiva de dar importância a ela, porque para mim é muito importante, você sente muita falta, é o registro, é a história da criança (M3).

Discussão

As percepções dos profissionais e das mães acerca da CC mostram estar interligadas às experiências pregressas com essa ferramenta. O significado atribuído à caderneta refletiu-se na sua utilização ou não. Conforme o Interacionismo Simbólico, o ser humano atribui significados distintos aos objetos e às coisas, a depender da sua interação com os mesmos⁽¹²⁾. Assim, um único objeto, a exemplo da caderneta, pode apresentar diferentes valores.

A CC foi compreendida como uma ferramenta esclarecedora, pontual e de fácil utilização, importante para o cuidado integral e vigilância da saúde da criança, pois viabiliza o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, da situação vacinal e favorece a prevenção de doenças e promoção da saúde. Esse resultado corrobora estudo desenvolvido com cuidadores de crianças que evidenciou a caderneta como um prontuário acessível, com ricas informações sobre a criança e de simples manuseio⁽¹⁵⁾.

Em contrapartida, as ferramentas de registros da saúde da criança, por vezes, não são compreendidas em sua totalidade. Uma investigação na atenção primária do Iraque com 403 pais e 62 profissionais de saúde constatou que os pais percebiam a utilidade do *Child Health Booklet*, principalmente, como um lembrete para a vacinação (100%) e para monitorar o crescimento infantil (91,6%). Contudo, poucos pais reconheciam o papel da ferramenta para registro dos dados de saúde dos filhos (17%), verificação das etapas do desenvolvimento (4,7%), fortalecimento da comunicação com os profissionais de saúde (1,4%) e incentivo para cuidar das crianças (1,4%)⁽¹⁰⁾.

No Brasil, a CC ainda é confundida com o Cartão da Criança e, semelhante à realidade do Iraque, enfatizada sua função ao registro de vacinas, desvelando que as experiências pregressas das mães e dos profissionais com a caderneta não oportunizaram a ressignificação dessa ferramenta. Esse entendimento reducionista é uma realidade premente, pois a eSF e as mães podem limitar a utilização da CC e, conseqüentemente, comprometer o seu papel na Vigilância do Desenvolvimento Infantil (VDI).

O trocadilho dos termos ‘cartão da criança’ e ‘caderneta’ também foi identificado em outro estudo realizado com enfermeiros da ESF, o qual destacou que o termo ‘cartão’ deveria ficar em desuso, pois a antiga ferramenta continha apenas o calendário vacinal e um gráfico

para o seguimento do crescimento e desenvolvimento infantil e não dispunha de informações destinadas aos cuidadores⁽¹⁶⁾.

Com a substituição do cartão pela caderneta, em 2005, e após sucessivas atualizações, a atual ferramenta ganha um significado de coletividade e apresenta um olhar ampliado para a criança, sendo capaz de oportunizar um cuidado longitudinal e resolutivo⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Alguns profissionais de saúde consideraram a CC como uma extensão do prontuário e ressaltaram a importância de ser utilizada por todos profissionais e setores da rede de atenção, inclusive por profissionais da educação e assistência social, o que corrobora com o sentido coletivo da CC preconizado pelo Ministério da Saúde (MS)⁽¹⁷⁾.

Chama atenção a identificação dos aspectos multiprofissional e intersetorial da caderneta, uma vez que a ampliação do diálogo entre as políticas de saúde, educação e assistência social, na Caderneta Intersetorial, é uma conquista recente⁽³⁾. Para favorecer o uso coletivo da CC, enfatiza-se a relevância da parceria entre os pais, a comunidade e os profissionais da saúde, educação e assistência social, bem como o registro de todas as informações sobre o cuidado à criança⁽¹⁷⁾.

Consoante com os princípios interacionistas, a ação-interação entre profissionais e usuários/família é basilar para promoção da utilização da CC, isso porque o usuário/família estabelece ações de cuidado singular e sua interação com o profissional oportuniza a troca de perspectivas, que modifica suas ações, podendo conduzir à utilização da CC⁽¹⁸⁾.

Outro ponto destacado foi a capacidade de a caderneta nortear o cuidado ofertado à criança, pois, quando devidamente preenchida, assegura informações sobre a condição da criança e, por sua vez, possibilita o cuidado longitudinal. Aponta-se que a longitudinalidade do cuidado é uma diretriz da APS que pressupõe a continuidade da relação de cuidado, de forma permanente, por meio do vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo, diminuindo os riscos de iatrogenia oriundos do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado⁽¹⁹⁾. No campo da saúde infantil, a caderneta representa a principal ferramenta para a longitudinalidade do cuidado no Brasil, assim, além de nortear o cuidado, ela também é capaz de evitar possíveis iatrogenias.

Assim como no Brasil, na Indonésia existe um documento para o acompanhamento da saúde da criança, denominado *Maternal and Child Health Handbook*, que integra os registros da saúde da gestante e da criança e que deve ser utilizado no domicílio e nos serviços de saúde.

Conforme estudo indonésio, essa ferramenta favorece a continuidade do cuidado da criança, o apoio familiar e a redução das taxas de crianças com baixo peso e baixa estatura⁽²⁰⁾.

O acompanhamento da criança por meio dos registros na CC pela eSF poderá trazer inúmeros benefícios à população infantil, tendo em vista que seu acompanhamento ocorre, prioritariamente, na APS⁽²⁾. A utilização da ferramenta é uma premissa para a promoção da saúde e o cuidado integral na infância. Entretanto, o presente estudo revela que, por apresentar significados divergentes, a utilização da caderneta ocorre de diferentes formas.

Mesmo sabendo da importância da caderneta, os odontólogos afirmaram não a utilizar durante a assistência à criança na ESF, resultando na negligência do cuidado à criança, uma vez que os registros na CC representam uma forma de cuidar. Nessa direção, estudo que analisou 367 cadernetas evidenciou que apenas 0,8% apresentaram algum registro no odontograma, sendo o campo com pior índice de preenchimento⁽²¹⁾.

Desvela-se que ter conhecimento sobre a importância da caderneta não implica necessariamente que ela seja um objeto significativo e que será utilizada na prática. Nisso elucidam-se os fundamentos do IS, dado que os profissionais da odontologia agiram fundamentados no sentido atribuído à caderneta⁽¹²⁾, o qual foi destoante do sentido de coletividade proposto pelo MS.

Em contrapartida, os odontólogos ressaltaram a atuação da enfermagem com a CC. Na tentativa de compreender essa divergência de valoração da caderneta entre os membros da eSF, é primordial refletir sobre o processo formativo dos trabalhadores de saúde, que ainda possuem uma formação limitada, configurando fragilidades na efetividade da atenção⁽²²⁾. Por outro lado, estudo destacou que a formação do enfermeiro é holística e voltada para os princípios do Sistema Único de Saúde, sendo um ponto facilitador no seu processo de trabalho⁽²³⁾.

Ainda que a enfermagem tenha obtido destaque, a CC foi utilizada também por outros membros da eSF, como o ACS, durante a visita domiciliar. Considerando que essa visita e a educação em saúde são ações basilares da prática dos ACS, eles são cruciais para o acompanhamento da saúde da criança por meio da utilização da caderneta. Todavia, esses profissionais se limitaram à observação de alguns registros, calendário vacinal e agendamento da puericultura, contidos nas cadernetas, sobretudo, das crianças menores por eles visitadas. Isso pode ser reflexo do seu conhecimento e significado atribuído à ferramenta.

Assim, a percepção e utilização da CC pelos ACS encontram-se aquém dos seus propósitos, visto que o documento é destinado ao acompanhamento da criança, do nascimento

até os nove anos de idade completos⁽¹⁷⁾. Além disso, os ACS não perceberam o registro de informações na CC como uma possível atividade em sua prática, situação que contribui para a quebra da continuidade do cuidado infantil. A falta de conhecimento dos ACS acerca da caderneta pode estar relacionado ao fato de não reconhecerem o preenchimento da mesma como sua responsabilidade⁽²⁴⁾.

Apesar das recomendações de apropriação e utilização da CC por todos os envolvidos no cuidado à criança, ainda são escassas as orientações sobre como deve ocorrer essa utilização. No caso dos ACS, por exemplo, são trabalhadores com vastas oportunidades de promover a vigilância em saúde por meio do uso da ferramenta, entretanto parece não haver orientação para anotações na CC durante a visita domiciliar. A falta de um protocolo pode desfavorecer a utilização adequada da caderneta pela equipe multiprofissional e familiares.

Além dos profissionais, outro agente do cuidar que deve lidar com a CC em seu cotidiano, quiçá o mais importante, é o cuidador e/ou mãe da criança⁽³⁾. Na presente investigação, as mães atribuíram um significado positivo à caderneta ao relatarem que suas dúvidas foram sanadas ao lerem os conteúdos disponibilizados, potencializando sua autonomia no cuidado. Apesar disso, as mães do estudo não se perceberam como responsáveis para o preenchimento na CC e a utilizaram em momentos pontuais.

Sobre isso, estudo desenvolvido na Austrália com 202 pais de crianças menores de cinco anos apontou que o compromisso dos pais em levar a caderneta de registro da saúde da criança às consultas de rotina, assim como a leitura das informações e o preenchimento desta foram influenciados pela forma como os profissionais de saúde a utilizavam e se referiam a ela durante a assistência à criança. Destarte, os pais eram menos propensos a ler a caderneta quando percebiam que o médico tinha um menor interesse em utilizá-la (OR ajustado = 0,636, IC 95% 0,429-0,942). Por sua vez, os pais que perceberam a disposição das enfermeiras de usar e consultar a ferramenta tiveram maior probabilidade de usá-la para verificações de rotina (OR ajustado = 0,728, IC 95% 0,536-0,989)⁽²⁵⁾.

O interesse das mães pela CC pode ser o reflexo das suas experiências durante o cuidado ofertado à criança na ESF. Como não identificam a utilização dessa ferramenta na prática da ESF e não recebem orientações adequadas quanto ao seu uso, é incoerente querer que as mães a apreendam como um objeto signifiante. Segundo o IS, o modo de agir de um indivíduo desperta atitudes no outro⁽¹¹⁾, assim o profissional, ao utilizar a caderneta para a promoção à saúde, pode envolver a mãe na leitura, avaliação e preenchimento da ferramenta.

Entretanto, pesquisas desenvolvidas em diferentes níveis de atenção no Brasil reforçaram a precariedade das orientações sobre a CC destinadas às mães. O primeiro estudo, realizado na ESF do município de João Pessoa-PB constatou que 57,4% das mães não receberam informações referentes à caderneta⁽²⁶⁾, por sua vez, esse quantitativo foi de 77,3% em outro estudo realizado na atenção terciária do Rio de Janeiro-RJ⁽²⁷⁾. Ademais, no Iraque, a escassa orientação dos pais pelos profissionais de saúde sobre a ferramenta de acompanhamento da saúde da criança foi o principal motivo para o seu uso irregular⁽¹⁰⁾.

Isso pode decorrer da reduzida compreensão dos profissionais sobre a participação da família no preenchimento da caderneta, sendo vista como uma atribuição apenas de alguns membros da equipe⁽²⁸⁾. Evidencia-se que a utilização coletiva da CC ainda é incipiente sendo premente que todos os profissionais da eSF e mães despertem para a responsabilização compartilhada no uso da CC.

Como limitações do estudo, considera-se que a realização das entrevistas com as mães no ambiente da USF pode ter ocasionado receios e intimidações, dado que elas eram vinculadas ao serviço. Outra limitação refere-se à não inclusão dos gestores das unidades, pois conhecer sua percepção sobre a CC seria crucial, visto que uma de suas atribuições é acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na unidade sob sua gerência.

O estudo apresenta relevantes contribuições para o avanço do conhecimento científico referente à CC, ao revelar os significados e as percepções da equipe e mães acerca da ferramenta e como se dá sua utilização na ESF. Foi possível vislumbrar questões que precedem à subutilização da caderneta, revelando dimensões subjetivas, conforme proposto pela pesquisa qualitativa. A originalidade do estudo encontra-se na abordagem de todos os profissionais da eSF, além das mães, sendo inédito na literatura nacional.

Conclusão

Os profissionais da Saúde da Família e as mães apresentaram percepções distintas acerca da CC. Enquanto alguns a perceberam como uma extensão do prontuário, imprescindível à continuidade e integralidade do cuidado e que deve ser valorizada por todos; outros a compreenderam como ferramenta similar ao antigo cartão da criança, usado por profissionais específicos e em momentos pontuais do cuidado.

As múltiplas percepções sobre a caderneta estiveram refletidas nas diferentes formas de sua utilização. Identificou-se que o conhecimento da caderneta não equivale, necessariamente, ao seu significado para o indivíduo, já que quase todos os participantes do estudo reconheceram sua importância, mas não a utilizaram como ferramenta coletiva e interprofissional no cuidado à criança.

Para a (re)significação da CC, é primordial proporcionar novas experiências entre a ferramenta e os envolvidos no cuidado à criança, sobretudo as mães das crianças. Além disso, é premente que os gestores desenvolvam ações estratégicas de sensibilização, incentivo e apoio à equipe, diante dos desafios encontrados na utilização da caderneta na ESF. Para tanto, faz-se necessário que as unidades gestoras reflitam sobre a temática e aperfeiçoem as políticas públicas voltadas à continuidade do cuidado na infância.

Referências

1. Sparling J, Meunier K. Abecedarian: An Early Childhood Education Approach that has a Rich History and a Vibrant Present. *Int J Early Child*. 2019;51:207-16. doi: <https://doi.org/10.1007/s13158-019-00247-2>.
2. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2021 jan 10]. Available from: <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>.
3. Ministério da Saúde (BR). Guia para orientar ações intersetoriais na primeira infância. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2021 jan 10]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_acoes_intersetoriais_primeira_infancia.pdf.
4. Rosolem LH, Contiero-Toninato AP, Sanguino GZ, Bonati PCR, Rezende VD, Mello DF, et al. Child health booklet: care coordination and access to health care. *Cogitare enferm*. 2019;24:e61496. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.61496>.
5. Núcleo Ciência Pela Infância (NCPI). Estudo nº 5: Impactos da Estratégia Saúde da Família e Desafios para o Desenvolvimento Infantil. [Internet]. São Paulo: NCPI; 2019 [cited 2021 jan 10]. Available from: https://ncpi.org.br/wp-content/uploads/2020/03/NCPI-WP_5.pdf.

6. Vieira GO, Bastos MC, Reis MR, Moreira ISS, Martins CC, Gomes DR, et al. Factors associated with the use of the Child Health Handbook in a large city of the Brazilian Northeast, 2009. *Cien Saude Colet.* 2017;22(6):1943-54. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.07752016>.
7. Souza NS, Pereira LPS, Silva SV, Paula WKAS. Surveillance and stimulation of growth and child development. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2019;13(3):680-9 doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a238634p680-689-2019>.
8. Freitas JLG, Pereira PPS, Moreira KFA, Órfão NH, Cavalcante DF, Nascimento RC, et al. Completion of the child health record book in early childhood. *Rev. bras. promoç. saúde.* 2019;32:e8407. doi: <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.8407>.
9. Oyungu E, Roose A, Ombitsa AR, Vreeman RC, McHenry MS. Child development monitoring in well-baby clinics in Kenya. *Int J MCH AIDS.* 2021;10(1):128-33. doi: [10.21106/ijma.473](https://doi.org/10.21106/ijma.473).
10. Abdulrahman MA, Habeeb QS, Teeli RH. Evaluation of child health booklet usage in primary healthcare centres in Duhok Province, Iraq. *Public Health.* 2020;185:375-80. doi: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.06.021>.
11. Carvalho VD, Borges LO, Rêgo DP. Symbolic interactionism: origins, assumptions and contributions to Social Psychology Studies. *Psicol. ciênc. prof.* 2010;30(1):146-61. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000100011>.
12. Blumer H. *Symbolic interactionism: perspective and method.* Berkeley: University of California Press; 1969. 224 p.
13. Moser A, Korstiens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract.* 2018;24(1):9-18. doi: <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>.
14. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(issue 2):77-101. doi: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
15. Silva TCT, Cursino EG, Silva LF. Child Health Booklet: monitoring growth and child development. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2018;12(12):3445-55. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a236819p3445-3455-2018>.

16. Vieira DS, Dias TKC, Pedrosa RKB, Vaz EMC, Collet N, Reichert APS. Work process of nurses in child development surveillance. *REME rev. min. enferm.* 2019;23:e1242. doi: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190090>.
17. Ministério da Saúde (BR). *Caderneta da Criança: passaporte da cidadania*. 2º ed. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2021 jan 15]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_2ed.pdf.
18. Utzumi FC, Lacerda MR, Bernardino E, Gomes IM, Aued GK, Sousa SM. Continuity of care and the symbolic interactionism: a possible understanding. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(2):e4250016. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>.
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 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 [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União, 2017 [cited 2021 jan 20]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
20. Osaki K, Hattori T, Toda A, Mulati E, Hermawan L, Pritasari K, et al. Maternal and Child Health Handbook use for maternal and child care: a cluster randomized controlled study in rural Java, Indonesia. *J Public Health.* 2019;42(1):170-82. doi: <https://doi.org/10.1093/pubmed/idx175>.
21. Amorim LP, Senna MIB, Gomes VE, Amaral JHL, Vasconcelos M, Silva AG, et al. Filling process of the Child Health Record in health care services of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Epidemiol. Serv. Saúde (Online).* 2018;27(1):e201701116. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100016>.
22. Gleriano JS, Fabro GCR, Tomaz WB, Forster AC, Chave LDP. Family health team work management. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2021;25(1):e20200093. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0093>.
23. Braghetto GT, Sousa LA, Beretta D, Vendramini SHF. Difficulties and facilities of the Family Health nurse in the work process. *Cad. saúde colet.* 2019;27(4):420-26. doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201900040100>.
24. Santos WJ, Fittipaldi EOS, Sousa FOS, Wiesiolek CC, Melo LA, Lambertz KMFT, et al. Assessment of the knowledge of Community Health Agents on the content of the Child

Health Records. J. Health Biol. Sci. (Online). 2020;8(1):1-5 doi:
<https://doi.org/10.12662/2317-3206jhbs.v8i1.3082.p1-5.2020>.

25. Chutiyami M, Wyver S, Amin J. Is Parent Engagement with a Child Health Home-Based Record Associated with Parents Perceived Attitude towards Health Professionals and Satisfaction with the Record? A Cross-Sectional Survey of Parents in New South Wales, Australia. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):1-11. doi: 10.3390/ijerph17155520.

26. Bezerra ICS, Santos TL, Melo AEV, França DBL, Vieira DS, Cruz TMAV, et al. Analysis of Child Development Surveillance Actions According to Child Caregivers. *Rev. bras. ciênc. saúde*. 24(3):323-34, 2020. doi: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2020v24n3.50218>.

27. Coelho IIA, Silva LJ, Santos EP, Bustamante IO, Silva LCO, Maciel MJP. Mapping the use of the child health handbook by parents and professionals: a descriptive study. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*. 2021;13:768-73. doi:
<https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9199>.

28. Silva FB, Gaíva MAM. Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança: percepção dos profissionais. *Ciênc. cuid. saúde*. 2015;14(2):1027-34. doi:
<https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i2.24268>.

5.3 Artigo Original 2 - Protagonismo de enfermeiros na vigilância do desenvolvimento infantil: um estudo interacionista simbólico

ARTIGO ORIGINAL

Protagonismo de enfermeiros na vigilância do desenvolvimento infantil: um estudo interacionista simbólico

RESUMO

Objetivo: Apreender o protagonismo de enfermeiros na vigilância do desenvolvimento infantil, com o uso da Caderneta da Criança, segundo perspectiva de profissionais da saúde da família e mães. **Métodos:** Estudo qualitativo com fundamentação teórica no Interacionismo Simbólico, com 25 profissionais de saúde e 11 mães. Os dados foram produzidos por meio de entrevista semiestruturada e submetidos à análise temática indutiva. **Resultados:** Os enfermeiros exercem protagonismo na utilização da Caderneta da Criança e na vigilância do desenvolvimento, ao observar os registros, preencher a ferramenta durante a assistência e orientar as mães. Entretanto, as fragilidades na formação acadêmica para uso da caderneta, a sobrecarga de trabalho e a indisponibilidade da ferramenta, em algumas situações, constituem-se em obstáculos. **Considerações Finais:** A atuação da enfermagem na vigilância do desenvolvimento na Caderneta da Criança poderá impulsionar a (re)significação da ferramenta pela equipe de saúde e mães, repercutindo positivamente no pleno desenvolvimento infantil.

Descritores: Enfermagem; Vigilância da saúde; Desenvolvimento infantil; Atenção primária à saúde; Interacionismo simbólico.

Descriptors: Nursing; Health surveillance; Child development; Primary health care; Symbolic interactionism.

Descriptores: Enfermería; Vigilancia de la salud; Desarrollo infantil; Atención primaria de salud; Interaccionismo simbólico.

INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde são agentes do cuidado fundamentais para que as crianças gozem da plenitude do desenvolvimento. Isso porque a interação precoce com os infantes e familiares, proporciona a esses profissionais a oportunidade de contribuírem na promoção da saúde da criança, na nutrição adequada, no fortalecimento dos vínculos e da estimulação precoce e apropriada⁽¹⁾ como também na Vigilância do Desenvolvimento Infantil (VDI).

A VDI consiste em um processo flexível, longitudinal, contínuo e cumulativo, por meio do qual os profissionais de saúde identificam crianças que podem ter alterações no desenvolvimento e, quando necessário, encaminham-nas para um serviço de estimulação precoce; realizam educação em saúde e cuidados centrados na família, entre outras ações, a fim de apoiar o desenvolvimento saudável da criança⁽²⁾. Para tanto, a Atenção Primária à Saúde (APS) se apresenta como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), a qual tem como estratégia prioritária a Saúde da Família e dispõe de uma equipe multidisciplinar, a Equipe de Saúde da Família (eSF)⁽³⁾.

Essa equipe tem como atribuição desenvolver ações interdisciplinares na produção do cuidado em saúde, as quais ampliam a capacidade da assistência e potencializam a resolutividade das necessidades de saúde da comunidade, assim como da população infantil⁽⁴⁾. O olhar dos diferentes profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e/ou dos distintos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) adiciona saberes e possibilidades de atuação integral sobre a criança⁽⁵⁾.

Como membro da eSF, o enfermeiro exerce papel ímpar no cuidado interdisciplinar, visto que, junto aos profissionais da equipe, é responsável por desenvolver ações que assegurem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, nos diversos ambientes sociais e em todas as fases da vida⁽⁶⁾.

Na assistência à criança, a enfermagem se destaca ao promover, em seu processo de trabalho, o relacionamento interpessoal com os demais profissionais da equipe de saúde e o compartilhamento de saberes, a fim de efetivar o cuidado à criança⁽⁷⁾. A prática interdisciplinar fomentada por enfermeiros pode trazer relevantes benefícios para o acompanhamento da saúde da criança, realizado, principalmente, durante a consulta de puericultura.

A atuação do enfermeiro na consulta de puericultura é de suma importância para favorecer a atenção integral à criança, haja vista que suas ações transcendem o plano curativista

e procedimental⁽⁸⁾. Logo, o acompanhamento realizado pela enfermagem poderá repercutir positivamente no desenvolvimento pleno, saudável e harmonioso do infante.

Para operacionalizar o acompanhamento e a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída em 2015, recomenda a implementação e utilização da Caderneta da Criança (CC) pelos diferentes agentes do cuidado. Essa ferramenta, ao viabilizar o registro de informações e a comunicação entre profissionais e familiares, serve como fio condutor da atenção integral à saúde da criança⁽⁴⁾.

Todos os profissionais da saúde, da educação e da assistência social que cuidam da criança bem como seus familiares são responsáveis pela utilização e preenchimento da CC. Entretanto, após análise de 367 cadernetas de crianças, estudo evidenciou que apenas 0,8% destas tinham um percentual maior ou igual a 80% no preenchimento dos campos de registro na APS ou outros serviços⁽⁹⁾. Assim, o preenchimento da CC ainda é precário e negligenciado pelos responsáveis pelo cuidado à criança, pondo em risco a VDI⁽¹⁰⁾.

Entretanto, um dos responsáveis pelo acompanhamento da criança e pela utilização da CC que merece destaque é o enfermeiro. Conforme estudo de revisão com metanálise, os enfermeiros comunitários são os profissionais com maior probabilidade de utilizar e referir no ambiente de saúde o *Child Personal Health Record* e *Maternal and Child Health Handbook*, instrumentos semelhantes à CC de registro de saúde da criança e/ou da mãe⁽¹¹⁾.

A literatura é enfática quanto às falhas no preenchimento da CC, entretanto pouco se sabe como essa ferramenta de vigilância em saúde é utilizada na ESF pela enfermagem no Brasil, uma profissão com atuação ampla na VDI e articuladora na eSF⁽⁷⁾. Nessa perspectiva, é crucial aprofundar o conhecimento sobre o uso da CC pelos enfermeiros da Saúde da Família. Portanto, justifica-se a relevância do desenvolvimento da presente investigação, que busca encontrar compreensões ao questionamento: qual o protagonismo de enfermeiros na vigilância do desenvolvimento infantil, com o uso da Caderneta da Criança, no contexto da ESF?

OBJETIVO

Apreender o protagonismo de enfermeiros na vigilância do desenvolvimento infantil, com o uso da Caderneta da Criança, segundo perspectiva de profissionais da Saúde da Família e mães.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo atendeu às diretrizes éticas e vincula-se ao projeto universal intitulado “Vigilância do desenvolvimento e a Caderneta de Saúde da Criança: caminhos para a promoção da saúde infantil” que possui parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e, para preservar o anonimato, os extratos de dados dos participantes foram codificados com as letras “C” para as cuidadoras/mães, “E” para enfermeiros, “M” para médicos, “O” para odontólogos, “TE” para técnicos de enfermagem, “AB” para auxiliar de saúde bucal e “ACS” para agentes comunitários de saúde, seguidas de um número correspondente à ordem cronológica de realização da entrevista, a saber: C1, [...] e E1/M1/O1/TE1/AB1/ACS1, [...].

Tipo de estudo e referencial teórico-metodológico

Estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, sob a ótica teórica do Interacionismo Simbólico (IS), o qual compreende a realidade do mundo por meio da análise das ações e interações dos indivíduos⁽¹²⁾. Assim, o IS não se limita a uma única causa para entender as decisões humanas frente a uma situação, a exemplo do uso da CC, mas sim busca conhecer a história da ação, pois assume que o ser humano é dinâmico, ativo e interpreta a realidade a partir das perspectivas originadas ao longo das interações sociais e individuais⁽¹³⁾.

Para assegurar o rigor no estudo, foram utilizados os Critérios Consolidados para Relatos de Pesquisa Qualitativa (COREQ) como ferramenta auxiliar⁽¹⁴⁾.

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em Unidades de Saúde da Família (USF) de uma capital do Nordeste do Brasil.

Fonte de dados

Os participantes do estudo foram 25 profissionais de oito eSF, sendo eles: enfermeiro, médico, odontólogo, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e auxiliar em saúde bucal; também participaram 11 mães de crianças menores de três anos.

A seleção dos participantes do estudo ocorreu por intencionalidade, conforme o objeto de estudo e o cumprimento dos critérios de elegibilidade. Para os profissionais de saúde, os critérios de inclusão foram: ser profissional vinculado à USF, há no mínimo seis meses, e que realizava o cuidado à criança menor de três anos; para as mães os critérios foram: maioridade, ser cuidadora principal da criança menor de três anos e estar cadastrada na USF. Não foram incluídos no estudo os profissionais que, no período da produção de dados, encontravam-se de férias e/ou usufruindo de licenças de qualquer natureza, nem mães que estavam comparecendo à USF pela primeira vez, que não possuíam a CC e/ou apresentavam função cognitiva prejudicada.

Produção e organização dos dados

A produção de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2020. De posse do consentimento institucional, houve a aproximação ao campo e aos profissionais da eSF para apresentar os objetivos da pesquisa, e, após a concordância de participação, foi agendado um momento oportuno para realização das entrevistas. Estas ocorreram após os atendimentos aos usuários, para não haver interferência no processo de trabalho desses profissionais, e na própria sala de atendimento ou em outro ambiente reservado da USF, sugerido por eles, a fim de proporcionar maior comodidade e assegurar a privacidade dos entrevistados.

A produção dos dados com as mães ocorreu à medida que elas compareciam à USF e enquanto aguardavam o atendimento da criança pela equipe de saúde, na sala de espera. Foi assegurada a não interferência da entrevista na ordem do seu atendimento e, após o aceite da mãe, foi iniciada a entrevista no espaço físico da sala de espera, a fim de evitar desconforto e ansiedade quanto à ordem do atendimento.

Diante do contexto pandêmico vigente no período da produção de dados, foram seguidos todos os protocolos de segurança de acordo com as autoridades locais, bem como adotadas medidas de biossegurança e prevenção contra o novo coronavírus, durante a realização das entrevistas, visto que todas foram presenciais.

A produção de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas e com o auxílio de dois roteiros, um direcionado aos profissionais de saúde e outro às mães. O roteiro destinado

aos profissionais continha as seguintes questões norteadoras: “Como você utiliza a Caderneta da Criança na sua prática profissional?”, “Como você avalia a utilização da caderneta pela equipe da Estratégia Saúde da Família?”, “Quais são os motivos que contribuem para as falhas no registro das ações de vigilância do desenvolvimento infantil na Caderneta da Criança?”. Por sua vez, o roteiro de entrevista das mães apresentava a seguinte questão: “Como a caderneta do seu filho é utilizada pelos profissionais de saúde?”.

As entrevistas foram gravadas e duraram, em média, 20 minutos, sendo finalizadas no momento em que o conjunto de dados alcançou o objetivo do estudo com a saturação teórica dos dados⁽¹⁵⁾.

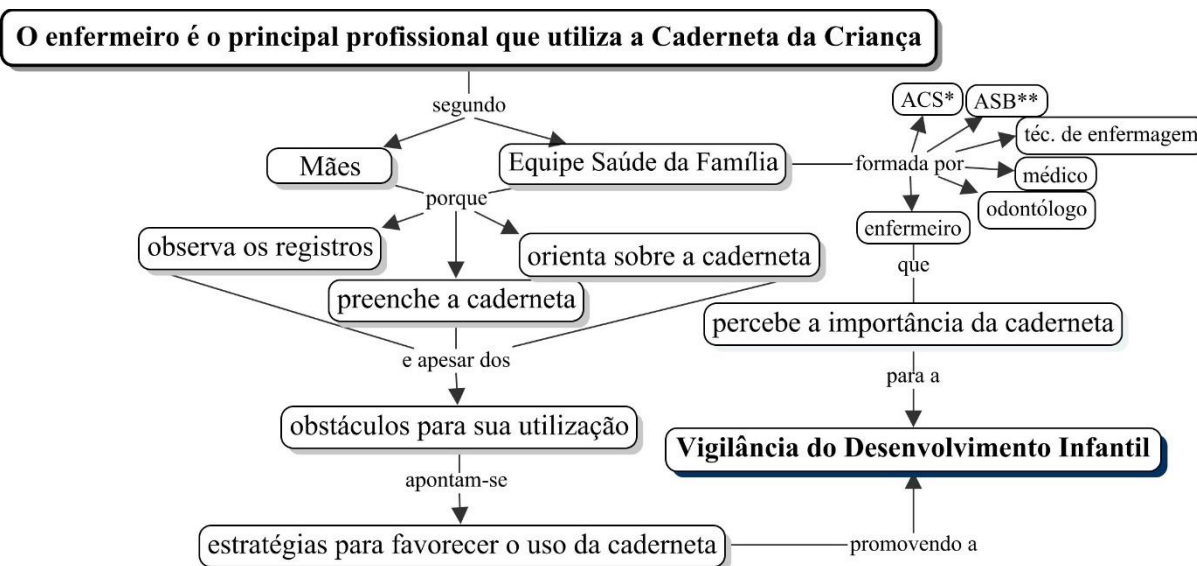
Para assegurar a confiabilidade dos dados, todas as entrevistas foram transcritas na íntegra, imediatamente após sua realização, e conferidas por uma segunda pesquisadora (análise com pares), ambas com experiências em pesquisas qualitativas. Além da validade e exatidão das informações, essas estratégias favoreceram a adequação do roteiro de entrevista durante a produção de dados bem como a preservação do rigor científico.

Análise dos dados

O *corpus* de dados foi submetido à Análise Temática Indutiva, que orienta uma atitude recursiva entre as suas fases, conforme a necessidade. Assim, procedeu-se à transcrição e as leituras repetitivas do *corpus* de dados; geração dos códigos iniciais em todo o *corpus* com aspectos interessantes identificados; junção dos códigos e criação de temas potenciais; revisão dos temas em relação aos extratos de dados e geração de um mapa temático de análise; refinamento e denominação dos temas a partir dos seus detalhes e da história contada por eles; análise dos extratos escolhidos na relação conforme pergunta de pesquisa e literatura e produção do relatório de pesquisa⁽¹⁶⁾.

Utilizou-se o software de mapeamento de conceito *Cmap Tools*, versão 6.04, para construção do mapa conceitual proposto na análise indutiva.

A partir da análise do *corpus* de dados, foi possível delinear as unidades temáticas “Protagonismo de enfermeiros na utilização da Caderneta da Criança na ESF” e “Obstáculos e estratégias para utilização da Caderneta da Criança na prática assistencial do enfermeiro”, conforme exemplificado na figura 1.



*Agente Comunitário de Saúde; **Auxiliar de Saúde Bucal.

Figura 1 – Mapa conceitual com unidades temáticas e seus respectivos códigos de dados elaborados a partir na análise temática indutiva. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2020.

RESULTADOS

Participaram do estudo sete enfermeiros, seis odontólogos, quatro médicos, cinco agentes comunitários de saúde, dois técnicos de enfermagem e um auxiliar de saúde bucal, totalizando 25 profissionais da ESF. Entre eles, a maioria se classificou como pertencente ao gênero feminino, a idade variou entre 24 e 65 anos, e o tempo de atuação na ESF foi de 10 meses a 32 anos.

Também participaram 11 mães com faixa etária entre 19 e 40 anos. Em relação à conjugalidade, sete eram solteiras, três casadas e uma em união estável. No que diz respeito à escolaridade, oito possuíam ensino médio completo, duas ensino médio incompleto e uma ensino superior. No tocante à ocupação, seis eram do lar, duas estudantes e três com vínculo empregatício. A maioria das mães tinha um filho, e a idade das crianças oscilou entre 3 e 21 meses. Não houve desistências ou recusas em participar do estudo.

Protagonismo de enfermeiros na utilização da Caderneta da Criança na ESF

Na ESF, os enfermeiros utilizam a CC como uma ferramenta auxiliar na atenção à saúde da criança. Observam os registros disponíveis e realizam registro das informações da criança na caderneta.

Eu registro tudo: peso, altura, perímetro cefálico e abdominal e os dados de vacina. Observo a interação com a mãe, a amamentação, a participação do pai na consulta; elogio também quando o pai vem e estimulo essa participação. Todos os dados que eu possa anotar no cartão da criança eu tento preencher. Esse cartão novo tem coisas bem subjetivas, como o que a gente observou da interação da mãe com a criança, se há maus tratos, se há sinais de violência. (E4)

Eu registro todas as informações que a caderneta me pede, vou marcando, avaliando o desenvolvimento de acordo com a faixa etária da criança. Eu vou marcando se andou, se falou, a interação com a mãe, se a gente observou alguma coisa diferente, a vacina, para ver se está em dia, e o crescimento e desenvolvimento dela... peso, altura. (E5)

Destaca-se que, além dos enfermeiros, a CC deve ser observada e preenchida por todos que cuidam da criança. Contudo, os demais profissionais da eSF utilizam minimamente a caderneta e/ou não utilizam, sendo vista como uma atividade intrínseca dos enfermeiros.

O enfermeiro faz a puericultura e registra tudo na caderneta, mas eu observo que os outros profissionais da equipe de saúde, como o médico e o dentista, não usam esse instrumento [...] sempre é mais voltado para o enfermeiro. (E1)

Eu acho que a enfermagem sim [utiliza a caderneta]. Agora, a médica e o dentista, não. Os enfermeiros eu acredito que eles utilizam, pelo menos, eu vejo eles pegando a caderneta e anotando tudo [...]. (O1)

A enfermeira é a que mais utiliza, acho que é mais a parte da enfermagem, creio que seja mais a enfermagem que utiliza a carteira da criança. (TE2)

O enfermeiro compartilha e esclarece às mães sobre os registros realizados na CC, a exemplo dos gráficos do crescimento, e orientam quanto à importância de sua utilização.

Eu sempre explico para as mães todos os dados que tem na caderneta, o que eu estou anotando, os gráficos principalmente, para elas entenderem, porque não é importante somente a gente marcar aqueles pontinhos e fazer a linha de crescimento, mas também fazer a mãe entender o porquê, quando aquela criança está normal, quando ela está fora da normalidade. (E4)

É porque assim, quando a gente vem para o atendimento, ela [enfermeira] deixa a gente a par de tudo. Explica como é o gráfico, que é importante para ver o peso da criança, explica tudo bem direitinho. (C3)

Recebi orientação da enfermeira daqui da USF [Unidade de Saúde da Família] quando eu recebi a primeira vez, aí ela explicou tudo direitinho, para que servia, como utilizar. (C10)

O uso e registro dos dados na CC se limita ao momento da consulta de puericultura pelo enfermeiro da ESF.

Eu acho que mais na questão do acompanhamento da puericultura mesmo, nem todos pegam a caderneta para o dia a dia. Quando a mãe vem com a caderneta, eu sempre olho, mas isso não é uma regra. É mais na questão da puericultura mesmo. (E3)

Aqui na USF não tem como o médico fazer puericultura porque ele atende de forma geral e aí, muitas vezes, elas [mães] não trazem a carteira para a gente, só trazem quando é para ir para a enfermeira que tem aquele dia marcado da puericultura. (M1)

Nas consultas de puericultura, principalmente, que é onde eu mais utilizo porque, infelizmente, as mães não têm o hábito de trazer o cartão da criança, mas nas consultas de puericultura é uma exigência que eu faço. (E4)

Obstáculos e estratégias para utilização da Caderneta da Criança na prática assistencial do enfermeiro

Os enfermeiros enfrentam dificuldades para utilização da caderneta em sua prática assistencial, como: fragilidades na formação acadêmica quanto à utilização correta e oportuna da CC, a rotina e a sobrecarga de trabalho desses profissionais.

Quando eu estou com aluno na preceptoria, eu sempre enfatizo isso [o uso da caderneta], mas eu tive uma formação onde não foi me dado esse devido valor, essa devida importância. (E2)

Muitas vezes é a questão de a gente se envolver com a rotina de trabalho, por ter uma sobrecarga de trabalho muito grande, a gente acaba esquecendo de utilizar. (E4)

A falta da caderneta nos serviços de saúde é outro entrave. Por não receber a caderneta ainda na maternidade e não ter disponível na ESF, as crianças e mães receberam um cartão improvisado, no qual são registradas poucas informações de saúde.

A gente está com dificuldade de caderneta, está bem complicado. A criança antigamente saía da maternidade com a caderneta, e hoje está meio complicado. A criança chega para a vacina, e ela vem só com aquele papelzinho da maternidade, não vem com a caderneta. A gente está improvisando com esse aqui, um cartão. (E3)

Para o enfrentamento desses obstáculos, os enfermeiros elencaram algumas estratégias imprescindíveis, como os treinamentos sobre a CC e ações de sensibilização para os profissionais da ESF.

A importância da caderneta precisa ser passada por pessoas habilitadas, mostrando como lidar com essa caderneta, porque a gente lida e observa aquele gráfico, mas não temos expertise no assunto. Eu preciso entender melhor essa caderneta. A partir do momento que a gente é treinado, a gente entende melhor e valoriza mais! (E2)

Acho que precisa de uma sensibilização, porque na ESF houve uma época que existia formações voltadas para a saúde da criança, e hoje a gente não tem mais [...] isso sensibiliza o profissional. (E5)

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo desvelam o protagonismo dos enfermeiros da ESF na utilização da CC como ferramenta de vigilância em saúde. Esses profissionais vislumbram e utilizam a caderneta para auxiliar sua prática assistencial à criança, mesmo diante dos entraves existentes nessa prática. A vigilância do desenvolvimento e a continuidade do cuidado, por meio da utilização da CC, são direitos assegurados à criança pela enfermagem⁽¹⁷⁾.

A vigilância do desenvolvimento infantil propõe a adoção de estratégias e realização de avaliações específicas capazes de identificar, precocemente, fatores que limitem a aquisição de novas habilidades, para que as intervenções a serem realizadas possam melhorar a trajetória do desenvolvimento⁽¹⁸⁾.

A CC constitui-se como uma ferramenta de vigilância em saúde, ao oportunizar o acompanhamento do desempenho físico, afetivo, psicomotor, social e emocional da criança, por meio dos registros realizados pelos cuidadores e profissionais da saúde, educação e assistência social⁽¹⁹⁾.

Quando utilizada adequadamente, a caderneta se torna um prontuário acessível, de fácil manuseio, com riqueza de informações sobre a criança. Por isso, deve estar sempre com os cuidadores, pois assim permitirá o registro dos dados por todos os profissionais como também o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral, principalmente na primeira infância⁽²⁰⁾.

Os extratos de dados revelaram que os enfermeiros da ESF utilizam a caderneta durante o cuidado à criança. A observação dos registros das consultas anteriores e o preenchimento da CC corroboram a prática assistencial dos enfermeiros pautada na vigilância em saúde e na

continuidade do cuidado infantil. Na mesma direção dos dados apresentados, estudo reconhece que os enfermeiros possuem uma visão ampliada acerca da vigilância à saúde da criança e adotam estratégias que buscam consolidar respostas adequadas à saúde e ao desenvolvimento da criança e sua família⁽²¹⁾, a exemplo da caderneta.

Entretanto, no presente estudo, os dados sinalizam que outros profissionais da eSF não se responsabilizam pela utilização da CC, sendo um objeto inerente à assistência prestada à criança pelos enfermeiros. Nessa perspectiva, conforme pesquisa australiana com 202 pais, enfermeiras e parteiras foram mais propensas a usar e consultar a ferramenta de registro da saúde da criança (59,4%) em comparação com pediatras (34,1%), clínicos gerais (33,7%), ou outros profissionais (7,9%)⁽²²⁾. Essa realidade, apesar de reconhecer a ilustre e substancial atuação da enfermagem frente à utilização da caderneta ou de ferramentas semelhantes utilizadas em outros países, anula quaisquer possibilidades de um cuidado contínuo e interdisciplinar, gerando lacunas na atenção integral à criança.

O registro das informações de saúde consiste em um documento legal, sendo primordial para a continuidade do cuidado. Quando o profissional de saúde não utiliza a CC no decorrer da assistência à criança, além de se eximir da responsabilidade perante as informações da saúde infantil, também desrespeita os direitos da criança⁽²³⁾.

Os profissionais da eSF, incluindo o enfermeiro, constroem significados para a CC que se desvelam na sua utilização ou não durante o cuidado à criança. Esses significados são oriundos do processo interacional entre os indivíduos e a caderneta, os quais significam e ressignificam o símbolo dessa ferramenta⁽²⁴⁾. Nesse sentido, identifica-se que o protagonismo da enfermagem na VDI é um símbolo socialmente construído e reconhecido pela equipe de saúde.

Outro aspecto que merece atenção é a utilização da caderneta, sobretudo, na consulta de puericultura na ESF. Todavia, considerando a continuidade do cuidado proposta pela caderneta, ela deve ser utilizada em todos os momentos e espaços do cuidar e por todos da equipe de saúde. Faz-se necessária, portanto, a atuação abrangente e interdisciplinar dos profissionais de saúde no cuidado à criança, tornando-os capazes de conduzir um atendimento efetivo com o uso da CC para a vigilância do desenvolvimento infantil⁽¹⁸⁾. Ainda assim, o enfermeiro se destaca nessa assistência à criança devido a sua maior proximidade com a comunidade e ao estabelecimento de vínculo e confiança, fazendo com que as condutas e orientações desse profissional contemplem as reais necessidades da criança e de sua família⁽⁸⁾.

Apreende-se também que os enfermeiros orientam as mães sobre os registros realizados na caderneta e sobre a importância de elas utilizarem a ferramenta, ratificando o seu compromisso com o principal documento de acompanhamento da saúde da criança. A respeito disso, estudo desenvolvido em Cuiabá-MT, com enfermeiros da ESF, revelou que, mesmo com algumas fragilidades assistenciais, esses profissionais avaliaram o crescimento e desenvolvimento da criança com o auxílio da CC bem como utilizaram essa ferramenta para orientação das mães em todas as consultas⁽¹⁷⁾.

Em contraponto, pesquisa realizada no mesmo município da presente investigação apontou fragilidades nas orientações destinadas às cuidadoras, visto que, dentre as 145 mães e/ou cuidadores de crianças menores de três anos de idade entrevistados, 57,4% não receberam orientações dos profissionais da ESF sobre a CC⁽²⁵⁾.

É imprescindível a orientação e sensibilização das mães sobre a CC em todos os atendimentos, posto que, a partir disso, elas poderão apreender a caderneta como o passaporte de cidadania da saúde da criança, valorizar sua utilização assim como exigir do profissional de saúde o seu adequado preenchimento⁽²⁶⁾. A ausência de orientações destinadas às cuidadoras está associada ao preenchimento insatisfatório da CC⁽²⁰⁾. Assim, acredita-se que tais orientações poderão ser a mola propulsora para a (re)significação da ferramenta pelas mães e pelos próprios profissionais.

Conforme o Interacionismo Simbólico, a interação interpessoal e a autorreflexão interagem entre si e produzem a ação social. O ato do enfermeiro orientar a mãe sobre a CC representa um estímulo para ela, que poderá ressignificar a ferramenta, reconduzindo a forma como a utiliza. Esse processo de reações e adaptações da genitora poderá se transformar em estímulo, modificação e início de um ato diferente no enfermeiro⁽²⁷⁾.

Apesar do protagonismo do enfermeiro, foram desvelados alguns obstáculos para a utilização da CC, como a frágil formação acadêmica dos enfermeiros, denotando-se que esses profissionais estão insatisfeitos com a abordagem da CC durante sua formação. É importante apontar que o enfrentamento da precariedade dos registros na caderneta perpassa pela formação dos profissionais de saúde, a fim de que reconheçam o valor da ferramenta para a vigilância em saúde⁽⁹⁾. O escasso conhecimento dos profissionais sobre a caderneta, que pode ser decorrente das fragilidades de sua formação, obstaculiza o uso dessa na assistência à criança⁽¹⁰⁾.

Partindo da premissa que a qualidade da formação acadêmica traçará o perfil do futuro profissional e considerando que é no período da graduação que deveria ocorrer as primeiras

interações formativas sobre a caderneta, reitera-se a importância de refletir sobre a grade curricular dos cursos de saúde, a fim de aproximar a educação em saúde dessa ferramenta tão relevante para o acompanhamento e promoção da saúde da criança.

Conforme os preceitos interacionistas, as ações dos indivíduos passam a ser simbólicas quando adquirem sentido para quem as realiza e são influenciadas pelas experiências anteriores⁽²⁸⁾. O ensino de graduação representa um momento ímpar, uma vez que as experiências dos profissionais durante sua formação poderão influenciar sua conduta quanto ao uso da caderneta.

Outras objeções para a utilização da CC por enfermeiros da ESF foram a rotina e sobrecarga de trabalho. Isso acontece porque, além do acúmulo de atividades burocráticas, administrativas e assistenciais, há a centralização de responsabilidades no enfermeiro, reportando-se como situações-limite, ou seja, desafios enfrentados por esse profissional na atenção à saúde da criança⁽²⁹⁾.

O enfermeiro é um articulador na APS, contudo precisa estar atento para o acúmulo de funções e as múltiplas tarefas que exerce, visto que a sobrecarga laboral está relacionada ao surgimento de agravos à saúde, como a Síndrome de Burnout e a diminuição da qualidade da assistência aos usuários⁽³⁰⁻³¹⁾.

A decisão em utilizar a CC, por vezes, foi coibida por sua indisponibilidade nos serviços de saúde. Realidade semelhante foi encontrada em estudo desenvolvido com 727 mães de crianças menores de um ano, em Feira de Santana-BA, o qual identificou que quase um terço das participantes não possuía a caderneta devido à dificuldade de distribuição da ferramenta pela gestão municipal. Isso aponta para um problema de saúde pública nacional que pode estar exercendo influência negativa na valoração do uso desse documento pelos profissionais e mães, além de estar contribuindo para a fragmentação do cuidado infantil⁽³²⁾.

Essa realidade brasileira opõe-se à Portaria GM/MS nº 1.058, de 4 de julho de 2005 que prevê a disponibilização da caderneta a todas as crianças nascidas nas maternidades públicas e privadas do país⁽³³⁾ como também nos faz refletir sobre a atenção e os investimentos destinados à saúde da criança no país. Em Gana, a distribuição inadequada da ferramenta de registro da saúde da criança, *Child Health Record Booklet*, também é uma realidade enfatizada por profissionais de saúde⁽³⁴⁾. Em contrapartida, em nações como Vietnã⁽³⁵⁾ e Indonésia⁽³⁶⁾ os manuais de saúde materno-infantil, ferramentas semelhantes à CC, são valorizados e

considerados fundamentais para o cuidado em saúde, visto que proporcionam experiências exitosas concernentes à continuidade do cuidado.

Em consonância com os princípios interacionistas, a ação-interação entre o indivíduo (agente do cuidado à criança) e o objeto (Caderneta da Criança) é fundamental para compreender a ação e a decisão em utilizar essa ferramenta. A interação é sempre importante, pois é ela que conduz o caminho do indivíduo. Nesse sentido, se não há CC disponível nos serviços de saúde, não há interação e consequentemente não há o agir simbólico⁽²⁴⁾. Portanto, essa realidade pode justificar, em parte, a ausente ou inadequada utilização da CC por alguns profissionais da RAS e pelos familiares.

Para superar os obstáculos frente à utilização da CC, os enfermeiros afirmam a necessidade de treinamentos e ações de sensibilização, pois, mesmo sendo os principais profissionais a utilizarem a ferramenta na ESF, eles evidenciam a necessidade de maior aproximação com a caderneta. Entretanto, destaca-se que ainda é frágil a realização de capacitações ou de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) nos serviços de saúde direcionados à criança e, quando realizadas, não contemplam as necessidades do trabalho⁽²⁹⁻³⁰⁾.

Outra estratégia fundamental para promover a utilização da caderneta na ESF, que não foi identificada neste estudo, é o trabalho em equipe. A divisão e o planejamento das ações em equipe multiprofissional, organização do trabalho e o trabalho em equipe amenizam a sobrecarga vivenciada pelo enfermeiro⁽³⁷⁾, além do mais, possibilita a interdisciplinaridade proposta pela CC.

Consoante ao exposto, percebe-se a importância das ações de educação em saúde para o uso da caderneta, que devem contemplar, além dos enfermeiros, todos os profissionais da RAS e mães, uma vez que, para que a caderneta se torne uma ferramenta de vigilância, comunicação, educação e promoção da saúde, todos devem compreendê-la e utilizá-la como um símbolo significante para o cuidado integral da criança.

Nessa direção, a educação representa o alicerce para que haja a mudança de concepção sobre a CC e da forma que vem sendo utilizada na APS. Conforme as premissas do IS, as decisões e o comportamento humano são oriundos das interações com objetos sociais, a exemplo dos enfermeiros, e do compartilhamento de perspectivas⁽²⁴⁾. Assim, acredita-se no protagonismo dos enfermeiros, pois, a partir das suas experiências com a CC, tornam-se educadores fundamentais para contribuir na (re)significação desta como ferramenta de vigilância em saúde.

Limitação do Estudo

As limitações do estudo se referem ao recrutamento dos participantes e à sua regionalização, pois o fato de ter sido realizado apenas na APS de uma capital do Nordeste brasileiro dificulta a generalização dos achados para outros níveis de atenção, bem como para outros contextos do país. Assim, recomendam-se novas pesquisas que busquem compreender a utilização da CC por enfermeiros, em todos os pontos da RAS, e que contemplem as diferentes realidades do Brasil.

Contribuições para a área da Enfermagem

O estudo apresentou uma abordagem inovadora ao analisar a utilização da Caderneta da Criança por enfermeiros, a partir da perspectiva da equipe de Saúde da Família e das mães. Ademais, essa investigação trouxe importantes contribuições para a enfermagem, no que diz respeito à valorização do profissional enfermeiro, em tempos em que o cuidado integral à criança e a centralidade da ESF no Sistema Único de Saúde parecem não ser prioridades da gestão.

A investigação contribuiu também para ampliação teórica do tema em tela bem como forneceu subsídios para que os centros formadores e gestores reflitam sobre a importância do uso da CC e elaborem estratégias que solucionem os entraves à utilização da única ferramenta de acompanhamento da saúde da criança no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apreendeu o protagonismo da enfermagem na vigilância do desenvolvimento infantil e na continuidade do cuidado, por meio da utilização da CC. Para os enfermeiros da ESF, a caderneta representa um objeto simbólico em sua prática assistencial, o que os levou a observarem os registros disponíveis, a registrarem novas informações da saúde da criança e a fornecerem orientações às mães sobre a importância de utilizar a caderneta. Essas ações são condizentes com os princípios do cuidado à criança e com os objetivos da caderneta.

Entretanto, existem alguns entraves para a utilização dessa ferramenta, como formação acadêmica fragilizada no que diz respeito à utilização da CC, sobrecarga de trabalho e indisponibilidade da caderneta nos serviços de saúde. Para superar esses obstáculos, os

enfermeiros apontaram a necessidade de capacitação e sensibilização quanto à importância da caderneta para a continuidade e integralidade do cuidado da criança.

Acredita-se que a relevante atuação do enfermeiro no uso da CC poderá impulsionar a (re)significação da ferramenta por outros profissionais da eSF e mães como também repercutirá positivamente na qualidade de vida e no pleno desenvolvimento infantil. Por fim, considera-se fundamental que outros profissionais (da saúde, educação e assistência social) e mães/familiares também se responsabilizem pela utilização da caderneta, para que esta se consolide como uma ferramenta intersetorial e interdisciplinar, capaz de delinear todo o histórico da criança.

Espera-se que este estudo instigue os gestores para o planejamento de ações estratégicas intersetoriais voltadas à qualificação e à sensibilização dos responsáveis pela utilização da CC em toda a RAS e também propicie o fortalecimento das políticas de saúde voltadas à promoção e continuidade do cuidado na primeira infância.

REFERÊNCIAS

1. Venancio SI. Why invest in early childhood? *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020;28:e3253. doi: 10.1590/1518-8345.0000-3253.
2. Lipkin PH, Macias MM, AAP Council on Children With Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Promoting optimal development: identifying infants and young children with developmental disorders through developmental surveillance and screening. *Pediatrics*. 2020;145(1):e20193449. doi: 10.1542/peds.2019-3449.
3. Brasil. 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. *Diário Oficial União* [Internet]. 2017 [cited 2021 mar 10]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2021 jan 20]. 180 p. Available from: <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> Acesso em: 24 abr 2020.
5. Farias DN, Ribeiro KSQS, Anjos UU, Brito GEG. Interdisciplinary and interprofessionality in the Family Health Strategy. *Trab. educ. saúde*. 2018;16(1):141-62. doi: 10.1590/1981-7746-sol00098.
6. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Rev. bras. enferm.* 2018;71(suppl 1):704-9. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0471.
7. Furtado MCC, Mello DF, Pina JC, Vicente JB, Lima PR, Rezende VD. Nurses' actions and articulations in child care in Primary Health Care. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(1):e0930016. doi: 10.1590/0104-07072018000930016.
8. Góes FGB, Silva MA, Paula GK, Oliveira LPM, Mello NC, Silveira SSD. Nurses' contributions to good practices in child care: an integrative literature review. *Rev. bras. enferm.* 2018;71(suppl 6):2808-17. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0416.

9. Amorim LP, Senna MIB, Gomes VE, Amaral JHL, Vasconcelos M, Silva AG, Lucas SD, Ferreira RC. Filling process of the Child Health Record in health care services of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Epidemiol. Serv. Saúde* (Online). 2018;27(1):e201701116. doi: 10.5123/S1679-49742018000100016.
10. Silva TCT, Cursino EG, Silva LF. Child Health Booklet: monitoring growth and child development. *Rev. enferm. UFPE On line*. 2018;12(12):3445-55. doi: 10.5205/1981-8963-v12i12a236819p3445-3455-2018.
11. 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;16(2):1-18. doi: 10.3390/ijerph16020220.
12. Casagrande CA. Symbolic interactionism, the formation of the self and education: some approaches to G. H. Mead's thinking. *Educ. Filos*. 2016;30(59):375-403. doi: 10.14393/REVEDFIL.issn.0102-6801.v30n59a2016-p375a403.
13. Blumer H. Symbolic interactionism: perspective and method. Berkeley: University of California Press; 1969. 224 p.
14. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul. Enferm*. 2021;34:eAPE02631. doi: 10.37689/actaape/2021AO02631
15. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *European J Gen Pract*. 2018;24(1):9-18. doi: 10.1080/13814788.2017.1375091.
16. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(issue 2):77-101. doi: 10.1191 / 1478088706qp063oa.
17. Gaíva MAM, Monteschio CAC, Moreira MDS, Salge AKM. Child growth and development assessment in nursing consultation. *Av. enferm*. 2018;36(1):9-21. doi: 10.15446/av.enferm.v36n1.62150.
18. Pereira Neto GG, Nunes WB, Andrade LDF, Reichert APS, Santos NCCB, Vieira DS. Child developmental monitoring: implementation through the family health strategy nurse. *Rev. Pesqui.* (Univ. Fed. Estado Rio J., Online). 2020;12:1309-15. doi: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v12. 9885.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia para orientar ações intersetoriais na primeira infância. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2021 jan 30]. 44 p. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_acoes_intersetoriais_primeira_infancia.pdf.
20. Freitas JLG, Pereira PPS, Moreira KFA, Órfão NH, Cavalcante DF, Nascimento RC, Mendes TM, Santos AT. Completion of the child health record book in early childhood. *Rev. bras. promoç. saúde* (online). 2019;32(8):40-7. doi: 10.5020/18061230.2019.8407.
21. Yakuwa MS, Neill S, Mello DF. Nursing strategies for child health surveillance. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e3007. doi: 10.1590/1518-8345.2434.3007.
22. Chutiyami M, Wyver S, Amin J. Is Parent Engagement with a Child Health Home-Based Record Associated with Parents Perceived Attitude towards Health Professionals and Satisfaction with the Record? A Cross-Sectional Survey of Parents in New South Wales, Australia. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):1-11. doi: 10.3390/ijerph17155520
23. Silva FB, Gaíva MAM. Completion of the child health record: perception of professionals. *Ciênc. cuid. saúde*. 2015;14(2):1027-34. doi: 10.4025/ciencucidsaude.v14i2.24268.
24. Charon JM. Symbolic Interactionism: an introduction, an interpretation, as integration. 10th ed. Boston: Prentice Hall; 2010.

25. Bezerra ICS, Santos TL, Melo AEV, França DBL, Vieira DS, Cruz TMAV, et al. Analysis of Child Development Surveillance Actions According to Child Caregivers. *Rev. bras. ciênc. saúde*. 24(3):323-34, 2020. doi: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2020v24n3.50218>.
26. Rosolem LH, Contiero-Toninato AP, Sanguino GZ, Bonati PCR, Rezende VD, Mello DF et al. Child health booklet: care coordination and access to health care. *Cogitare enferm*. 2019;24:e61496. doi: 10.5380/ce.v24i0.61496.
27. Carvalho VD, Borges LO, Rêgo DP. Symbolic interactionism: origins, assumptions and contributions to Social Psychology Studies. *Psicol., ciênc. prof.* 2010;30(1):146-61. doi: 10.1590/S1414-98932010000100011.
28. Carvalho LC, Silva CA, Oliveira ACP, Camargo CL. Symbolic interactionism as a fundament for pediatric nursing research. *Rev. Enferm. UERJ [Internet]*. 2007 [cited 2021 feb 12];15(1):119-24. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-14451>.
29. Souza AA, Heidemann ITSB, Souza JM. Limit-situations in child health care practices: challenges to the empowerment of nurses. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2020;54:e03652. doi: 10.1590/S1980-220X2019019303652.
30. Gleriano JS, Fabro GCR, Tomaz WB, Forster AC, Chave LDP. Family health team work management. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*. 2021;25(1):e20200093. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2020-0093.
31. Francisco DHP, Clíments GD, Melián JMR, Salgado JG, Martín MR, Gómez MBS. Influence of Workload on Primary Care Nurses' Health and Burnout, Patients' Safety, and Quality of Care: Integrative Review. *Healthcare (Basel)*. 2020;8(1):1-14. doi:10.3390/healthcare8010012.
32. Vieira GO, Bastos MC, Reis MR, Moreira ISS, Martins CC, Gomes DR et al. Factors associated with the use of the Child Health Handbook in a large city of the Brazilian Northeast, 2009. *Cien Saude Colet*. 2017;22(6):1943-54. doi: 10.1590/1413-81232017226.07752016.
33. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.058, de 4 de julho de 2005. Institui a disponibilização gratuita da Caderneta de Saúde da Criança, e dá outras providências. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [cited 2021 feb 12]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1058_04_07_2005.html.
34. Sulley I, Abizari A, Ali Z, Prepah W, Yakubu HG, Forfoe WW, Saaka M. Growth monitoring and promotion practices among health workers may be suboptimal despite high knowledge scores. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):267. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4103-4>.
35. Aiga H, Duc Nguyen V, Dinh Nguyen C, Thi Nguyen TT, Phuong Nguyen LT. Knowledge, attitude and practices: assessing maternal and child health care handbook intervention in Vietnam. *BMC Public Health*. 2016;16:129. doi: 10.1186/s12889-016-2788-4.
36. Osaki K, Hattori T, Toda A, Mulati E, Hermawan L, Pritasari K et al. Maternal and Child Health Handbook use for maternal and child care: a cluster randomized controlled study in rural Java, Indonesia. *J Public Health*. 2019;41(1):170-82. doi: 10.1093/pubmed/fox175.
37. Pires DEP, Forte ECN, Melo TAP, Machado CN, Castro CD, Amadigi FR. Nurses and physicians in the Family Health Strategy: workloads and coping. *Cogitare enferm*. 2020;25:e67644. doi:10.5380/ce.v25i0.67644.

Capítulo VI



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A diversidade de categorias profissionais participantes do estudo, somado às cuidadoras, nos permitiu identificar que são distintas as percepções atribuídas à CC e as suas formas de utilização. Essa, foi percebida como fundamental ao acompanhamento e ao cuidado integral da criança, sendo capaz de conduzir as ações dos profissionais e das cuidadoras na assistência infantil. Ademais, foi vista como uma ferramenta que deve ser utilizada por todos envolvidos no cuidado da criança, o que corroborou as propostas de coletividade e intersectorialidade da caderneta. Contudo, essa não foi a simbologia da caderneta para todos os participantes.

Os resultados indicaram que os diferentes significados atribuídos à CC foram refletidos nas formas de sua utilização. Nesse sentido, os enfermeiros foram apontados como protagonistas no uso da caderneta no âmbito da ESF, especialmente, durante a puericultura, enquanto os odontólogos não a adotaram em sua prática assistencial, apesar de reconhecerem sua importância. Por sua vez, os ACS utilizaram a CC em sua prática assistencial, sobretudo, na visita domiciliar, porém, de forma limitada. Quanto às cuidadoras, o uso da ferramenta esteve atrelado às orientações recebidas dos profissionais.

É importante destacar que a decisão de usar a CC está relacionada também ao processo da autointeração simbólica, o que pode explicar, em parte, as diferentes formas de utilização da caderneta por profissionais que atuam no mesmo espaço de cuidado e pelas cuidadoras assistidas por eles.

Dessa forma, o acompanhamento e a promoção da saúde na infância estão comprometidos, isso porque as percepções, os significados e a utilização da CC foram diversificados. Acredita-se que, quando uma categoria profissional e/ou cuidador da criança não contempla a caderneta como um objeto simbólico, possivelmente, isso afetará sua utilização e originará lacunas na continuidade do acompanhamento da saúde. Considerando que a utilização da caderneta é uma forma de cuidar na perspectiva da vigilância à saúde, constata-se que o direito da criança de uma atenção contínua e integral está sendo negligenciado.

Além disso, foram identificados obstáculos frente à utilização da caderneta como uma ferramenta de educação, comunicação, vigilância e promoção da saúde infantil. Em contrapartida, para lidar com as dificuldades, foram sugeridas pela ESF e cuidadoras, estratégias para fomentar novas experiências com a CC e construção de novos significados, conduzindo à sua utilização plena.

Considerando que os obstáculos e as estratégias encontrados nesta pesquisa advêm das experiências dos principais agentes do cuidado da criança, recomenda-se que os gestores observem com cautela e reflitam criticamente sobre essa realidade, a fim de subsidiar o planejamento de suas ações, visando aprimorar o uso da CC na ESF pelos profissionais, cuidadores e familiares da criança.

Constatou-se, também, a confrontação entre percepção, significado e utilização da CC, demonstrando que conhecer a ferramenta não implica, necessariamente, que essa seja um objeto simbólico e utilizado pelo indivíduo. Indica-se que o uso adequado da CC exige, para além do conhecimento, novas condutas e estratégias para sensibilização dos profissionais de saúde e dos cuidadores de crianças.

Além de reflexões sobre a temática, é primordial assegurar novos investimentos na formação em saúde, uma vez que foram apontadas lacunas na formação acadêmica dos profissionais e na educação permanente em saúde nos serviços, ao se tratar da CC. Acreditando que o processo de comunicação é imprescindível para a construção da interação simbólica com a caderneta, a formação representa uma relevante estratégia para sensibilização e empoderamento dos profissionais frente à utilização da caderneta.

Assim, defende-se a importância de novos investimentos na ESF e de revisões nas diretrizes curriculares nacionais das profissões de saúde, para que seja possível a formação e atuação de profissionais sensibilizados quanto ao uso da CC. Consonante aos preceitos interacionistas, esses profissionais poderão ser capazes de estimular um novo comportamento dos cuidadores das crianças e da sociedade como um todo, frente ao manejo da ferramenta.

Acreditamos que essas ações serão cruciais para que, de fato, a CC torne-se um fio condutor entre todos que cuidam da população infantil, nos serviços de saúde, educação e assistência social, contribuindo para maior qualidade da assistência e para a atenção holística da criança.

Esta investigação apresenta limitações relativas à não inclusão dos gestores das USF, pois, considerando que são responsáveis pelo acompanhamento, orientação e supervisão dos processos de trabalho das equipes que atuam na unidade sob sua gerência, conhecer a percepção destes sobre a CC seria importante para compreensão do fenômeno em estudo. Ademais, a realização das entrevistas com as cuidadoras na unidade de saúde pode ter ocasionado receios e intimidações, dado que elas eram vinculadas e assistidas no serviço.

Esta pesquisa foi financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, bolsa de Mestrado, como também, faz parte do projeto universal “Vigilância do desenvolvimento e a caderneta de saúde da criança: caminhos para a promoção da saúde infantil” número 407850/2018-0.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2020 jan 10]. Available from: <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. Sparling J, Meunier K. Abecedarian: An Early Childhood Education Approach that has a Rich History and a Vibrant Present. *Int J Early*. 2019;51:207-16. doi: <https://doi.org/10.1007/s13158-019-00247-2>.
3. Mushtaq A, Kazi F. The case for early child development programmes. *Lancet Child Adolesc Health*. 2019;3(issue 12):851. doi: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30298-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30298-6).
4. Heckman JJ, Mosso S. The Economics of Human Development and Social Mobility. *Annu Rev Econom*. 2014;6:689–733. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-economics-080213-040753>.
5. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet*. 2017;389(issue 10064):77-90. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7).
6. Luo Y, Héту S, Lohrenz T, Hula A, Dayan P, Ramey SL, et al. Early childhood investment impacts social decision-making four decades later. *Nat Commun*. 2018;9(1):1-10. doi: <https://doi.org/10.1038/s41467-018-07138-5>.
7. World Health Organization (WHO). Inheriting a sustainable world? Atlas on children’s health and the environment. [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2020 jan 10]. Available from: <https://www.who.int/ceh/publications/inheriting-a-sustainable-world/en/>.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2020 jan 15]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf.
9. Souza RR, Vieira MG, Lima Júnior CJF. The integral child health care network in the Federal District– Brazil. *Cien Saude Colet*. 2019;24(6):2075-84. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.09512019>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2011 [cited 2020 jan 20]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.

11. Souza JM, Veríssimo MLOR. Child development: analysis of a new concept. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(6):1097-104. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>.
12. Ministério da Saúde (BR). Guia para orientar ações intersetoriais na primeira infância. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2020 jan 25]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_acoes_intersectoriais_primeira_infancia.pdf.
13. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Caderneta de Saúde da Criança e do Adolescente: instrumentos de vigilância e promoção do desenvolvimento [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2017 [cited 2020 jan 25]. Available from: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20415d-GPA_-_Caderneta_Saude_da_Crianca.pdf.
14. Souza NS, Pereira LPS, Silva SV, Paula WKAS. Surveillance and stimulation of growth and child development. *Rev. enferm. UFPE on line*. 2019;13(3):680-9. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a238634p680-689-2019>.
15. Sousa JCB, Silva RD, Olivindo DDF. Child health handbook records for monitoring growth and development. *Res., Soc. Dev.* 2020;9(10):e6209109017. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9017>.
16. Yakuwa MS, Neill S, Mello DF. Nursing strategies for child health surveillance. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e3007. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2434.3007>.
17. Freitas JLG, Pereira PPS, Moreira KFA, Órfão NH, Cavalcante DF, Nascimento RC, et al. Completion of the child health record book in early childhood. *Rev. bras. promoç. saúde*. 2019;32:e8407. doi: <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.8407>.
18. Vieira GO, Bastos MC, Reis MR, Moreira ISS, Martins CC, Gomes DR, et al. Factors associated with the use of the Child Health Handbook in a large city of the Brazilian Northeast, 2009. *Cien Saude Colet*. 2017;22(6):1943-54. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.07752016>.
19. Amorim LP, Senna MIB, Gomes VE, Amaral JHL, Vasconcelos M, Silva AG, et al. Filling process of the Child Health Record in health care services of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Epidemiol. Serv. Saúde (Online)*. 2018;27(1):e201701116. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100016>.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2015 [cited 2020 jan 25]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html.
21. Organização das Nações Unidas (ONU). Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável [Internet]. 2015 [cited 2020 jan 28]. Available from: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>.
22. 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) [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2017 [cited 2020 jan 29]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
23. Macinko J, Mendonça CS. The Family Health Strategy, a strong model of Primary Health Care that delivers results. *Saúde debate*. 2018;42(1):18-37. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>.

24. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recommendations to strengthen primary health care in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e4. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>.
25. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Changes in the National Policy of Primary Health Care: between setbacks and challenges. *Saúde debate*. 2018;42(1):38-51. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s103>.
26. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, Bourget MMM. Comparative Study between Health Care Units with and without Family Health Strategy using PCATool. *Rev. bras. med. fam. comunidade*. 2016;11(38):1-13. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1252](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1252).
27. Oliveira VBCA, Veríssimo MLOR. Children's health care assistance according to their families: a comparison between models of Primary Care. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2015;49(1):30-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100004>.
28. Caminha MFC, Silva SL, Lima MC, Azevedo PTACC, Figueira MCS, Batista Filho M. Surveillance of child development: an analysis of Brazil's situation. *Rev. paul. pediatr*. 2017;35(1):102-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2017;35;1;00009>.
29. Lima LG, Nobre CS, Lopes ACMU, Rolim KMC, Albuquerque CDM, Araújo MAL. The Use of the Child's Health Handbook for Healthcare Follow-up. *Rev. bras. ciênc. saúde*. 2016;20(2):167-74. doi: <https://doi.org/10.4034/RBCS.2016.20.02.12>.
30. Rosolem LH, Contiero-Toninato AP, Sanguino GZ, Bonati PCR, Rezende VD, Mello DF et al. Child health booklet: care coordination and access to health care. *Cogitare enferm*. 2019;24:e61496. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.61496>.
31. Ministério da Saúde (BR). Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2020 feb 5]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf.
32. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Imunizações: PNI 25 anos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1998 [cited 2020 feb 5]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_10.pdf.
33. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2020 feb 5]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf.
34. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Toso BRGO, Vieira CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev. bras. enferm*. 2014;67(6):1000-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>.
35. Ministério da Saúde (BR). Assistência integral à saúde da criança: ações básicas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1984 [cited 2020 feb 6]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_crianca.pdf.
36. Ministério da Saúde (BR). Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [cited 2020 feb 6]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf.
37. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil (1988) [Internet]. Brasília: Senado Federal; 1988 [cited 2020 feb 7]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
38. Brasil. Emenda Constitucional nº 65, de 13 de julho de 2010. Altera a denominação do Capítulo VII do Título VIII da Constituição Federal e modifica o seu art. 227, para cuidar dos interesses da juventude [Internet]. Brasília: Diário Oficial União; 2010 [cited 2020 feb 7]. Available from: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/6550005/pg-1-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-14-07-2010>.

39. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Brasília: Diário Oficial União; 1990 [cited 2020 feb 9]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm.
40. Ministério da Saúde (BR). Iniciativa Hospital Amigo da Criança [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2020 feb 9]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf.
41. Ministério da Saúde (BR). Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [cited 2020 feb 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf.
42. Brasil. Portaria nº 1.058/GM, de 4 de julho de 2005. Institui a disponibilização gratuita da “Caderneta de Saúde da Criança”, e dá outras providências [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2005 [cited 2020 feb 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1058_04_07_2005.html.
43. Ministério da Saúde (BR). Manual para a utilização da Caderneta de Saúde da Criança [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [cited 2020 feb 11]. Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual%200902.pdf>.
44. Ministério da Saúde (BR). Caderneta de Saúde da Criança: passaporte da cidadania [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [cited 2020 feb 11]. Available from: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/caderneta_saude_da_crianca.pdf.
45. Gaíva MAM, Silva FB. Child Health Handbook: integrative review. Rev. enferm. UFPE on line. 2014;8(3):742-9. doi: <https://doi.org/10.5205/reuol.5149-42141-1-SM.08032014332>.
46. Ministério da Saúde (BR). Caderneta de Saúde da Criança: passaporte da cidadania [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2020 feb 12]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina.pdf.
47. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF). Saiba tudo sobre a nova versão da Caderneta da Criança [Internet]. Rio de Janeiro: IFF; 2020 [cited 2020 feb 12]. Available from: <http://www.iff.fiocruz.br/index.php/8-noticias/701-nova-caderneta>.
48. Ministério da Saúde (BR). Caderneta da Criança: passaporte da cidadania. 2º ed. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2021 feb 15]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_2ed.pdf.
49. Silva TCT, Cursino EG, Silva LF. Child Health Booklet: monitoring growth and child development. Rev. enferm. UFPE on line. 2018;12(12):3445-55. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a236819p3445-3455-2018>.
50. Carvalho VD, Borges LO, Rêgo DP. Symbolic interactionism: origins, assumptions and contributions to Social Psychology Studies. Psicol. ciênc. prof. 2010;30(1):146-61. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000100011>.
51. Blumer H. Symbolic interactionism: perspective and method. Berkeley: University of California Press; 1969. 224 p.
52. Casagrande CA. Symbolic interactionism, the formation of the self and education: some approaches to G. H. Mead’s thinking. Educ. Filos. 2016;30(59):375-403. doi: <https://doi.org/10.14393/REVEDFIL.issn.0102-6801.v30n59a2016-p375a403>.
53. Charon JM. Symbolic Interactionism: an introduction, an interpretation, as integration. 10th ed. Boston: Prentice Hall; 2010.
54. Utzumi FC. Living of care by users and professionals in the health care network in the perspective of continuity [Thesis]. Curitiba (PR): Federal University of Parana; 2017.

55. Silva LC. Symbolic Interactionism: history, assumptions and relationship between teacher and student; implications. Rev. Educação por Escrito [Internet]. 2012 [cited 2021 feb 20];3(2):73-84. Available from: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/porescrito/article/view/11243>.
56. Aksan N, Kisac B, Aydin M, Demirbuken S. Symbolic interaction theory. Procedia Soc Behav Sci. 2009;1(1):902-4. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2009.01.160>.
57. Carvalho LS, Silva CA, Oliveira ACP, Camargo CL. Symbolic interactionism as a fundament for pediatric nursing research. Rev. enferm. UERJ. [Internet]. 2007 [cited 2021 feb 20];15(1):119-24. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-14451>.
58. Zamberlan L, Rasia PC, Souza JDS, Grison AJ, Gagliardi AO, Teixeira EB, et al. Pesquisa em ciências sociais aplicadas [E-book]. Ijuí: Ed. Unijuí; 2019. Available from: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788541902748/cfi/3!/4/4@0.00:58.0>.
59. Fontana F. Técnicas de pesquisa In: Mazucato T, Zambello AV, Soares AG, Tauil CE, Donzelli CA, Fontana F, et al. Metodologia da pesquisa e do trabalho científico. Penápolis: FUNEPE; 2018. p. 59-77.
60. Minayo MSC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
61. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2019 [Internet]. João Pessoa: IBGE; 2019 [cited 2021 feb 20]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/joao-pessoa/panorama>.
62. Prefeitura Municipal de João Pessoa (PMJP). Secretaria Municipal de Saúde [Internet]; 2018 [cited 2021 feb 20]. Available from: <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretaria/sms/>.
63. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social [E-book]. 7 ed. São Paulo: Atlas; 2019. Available from: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788597020991/cfi/6/10!/4/2@0:0>.
64. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Rev. Pesqui. Qual. (Online) [Internet]. 2017 [cited 2020 mar 1];5(7):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>.
65. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(issue 2):77-101. doi: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
66. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União; 2012.
67. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Diário Oficial da União; 2016.
68. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. Estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2018.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissional de Saúde

Prezado(a) Senhor(a),

Esta pesquisa é intitulada “Percepção e utilização da caderneta da criança por profissionais e cuidadores” e está sendo desenvolvida pela mestrandia Anniely Rodrigues Soares do Programa de Pós-graduação de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof^a Dr^a Altamira Pereira da Silva Reichert, enfermeira e professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da UFPB.

O objetivo desta pesquisa é compreender a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e dos cuidadores de crianças menores de três anos acerca da Caderneta da Criança como ferramenta de vigilância do desenvolvimento infantil como também conhecer a utilização da Caderneta da Criança.

Não haverá benefícios diretos relacionados a você, mas a sua participação poderá revelar sua percepção a respeito da Caderneta da criança e como ocorre a utilização da ferramenta. Sua participação nesta pesquisa será apenas responder as perguntas de uma entrevista semiestruturada e o conteúdo do que for discutido será utilizado nesta pesquisa, em eventos da área de saúde e publicações em revista científica. Suas respostas e as informações coletadas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento, será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Necessitarei gravar a entrevista para captação mais fidedigna das ideias e para isso preciso da sua autorização.

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa de forma voluntária, isto é, a qualquer momento o Sr.(a) poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum dano em sua relação com o pesquisador ou com o serviço de saúde no qual desempenha suas atividades laborais.

Gostaria de ressaltar que não haverá pagamento para sua participação nesta pesquisa e o(a) senhor(a) não terá gastos neste estudo. Conforme estabelece a Resolução 466/2012 do CNS, todas as pesquisas apresentam riscos, todavia esses riscos não afetarão a sua saúde, o único desconforto previsto está relacionado ao tempo gasto para responder a entrevista.

O(a) Sr.(a) receberá uma cópia deste termo no qual consta o e-mail e telefone do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Lembramos que este Termo de Consentimento necessita ser rubricado por você na primeira folha e assinado na segunda.

Desde já, agradecemos!

Declaro estar ciente das informações que recebi sobre a pesquisa, ficando claro para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de sigilo e de esclarecimentos de dúvidas, sempre que eu precisar. Ficou também claro que minha participação é livre e que não terei nenhum gasto com a participação do estudo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem prejuízo ou perda de qualquer benefício.

Data: __/__/__

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Caso queira se comunicar conosco ou com o Comitê de Ética em Pesquisa, os endereços e telefones são:

Pesquisadoras

Anniely Rodrigues Soares e Altamira Pereira da Silva Reichert
Endereço (Setor de Trabalho): Programa de Pós Graduação em Enfermagem/ Centro de Ciências da Saúde – UFPB
Telefone: (83) 98831-9060/ (83) 99116-1065
E-mail: anniely_rodrigues@hotmail.com/
altareichert@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa

Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar
CEP 58051-900 – João Pessoa/PB
Telefone: (83) 3216-7791
E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Cuidador da Criança

Prezado(a) Senhor(a),

Esta pesquisa é intitulada “Percepção e utilização da caderneta da criança por profissionais e cuidadores” e está sendo desenvolvida pela mestrandia Anniely Rodrigues Soares do Programa de Pós-graduação de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof^a Dr^a Altamira Pereira da Silva Reichert, enfermeira e professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da UFPB.

O objetivo desta pesquisa é compreender a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e dos cuidadores de crianças menores de três anos acerca da Caderneta da Criança como ferramenta de vigilância do desenvolvimento infantil como também conhecer a utilização da Caderneta da Criança.

Não haverá benefícios diretos relacionados a você, mas a sua participação poderá ajudar na produção do conhecimento em saúde e, conseqüentemente, na melhoria da assistência à criança. Sua participação nesta pesquisa será apenas responder as perguntas de uma entrevista semiestruturada e o conteúdo do que for discutido será utilizado nesta pesquisa, em eventos da área de saúde e publicações em revista científica. Suas respostas e as informações coletadas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento, será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Necessitarei gravar a entrevista para captação mais fidedigna das ideias e para isso preciso da sua autorização.

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa de forma voluntária, isto é, a qualquer momento o Sr.(a) poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum dano em sua relação com o pesquisador ou com o presente serviço de saúde no qual o (a) senhor (a) recebe cuidados de saúde.

Gostaria de ressaltar que não haverá pagamento para sua participação nesta pesquisa e o(a) senhor(a) não terá gastos neste estudo. Conforme estabelece a Resolução 466/2012 do CNS, todas as pesquisas apresentam riscos, todavia esses riscos não afetarão a sua saúde, o único desconforto previsto está relacionado ao tempo gasto para responder a entrevista.

O(a) Sr.(a) receberá uma cópia deste termo no qual consta o e-mail e telefone do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Lembramos que este Termo de Consentimento necessita ser rubricado por você na primeira folha e assinado na segunda.

Desde já, agradecemos!

Declaro estar ciente das informações que recebi sobre a pesquisa, ficando claro para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de sigilo e de esclarecimentos de dúvidas, sempre que eu precisar. Ficou também claro que minha participação é livre e que não terei nenhum gasto com a participação do estudo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem prejuízo ou perda de qualquer benefício.

Data: __/__/__

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Caso queira se comunicar conosco ou com o Comitê de Ética em Pesquisa, os endereços e telefones são:

Pesquisadoras

Anniely Rodrigues Soares e Altamira Pereira da Silva Reichert
Endereço (Setor de Trabalho): Programa de Pós Graduação em Enfermagem/ Centro de Ciências da Saúde – UFPB
Telefone: (83) 98831-9060/ (83) 99116-1065
E-mail: anniely_rodrigues@hotmail.com/
altareichert@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa

Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar
CEP 58051-900 – João Pessoa/PB
Telefone: (83) 3216-7791
E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

APÊNDICE C**Roteiro para entrevista com Profissional de Saúde**

Apresentação e assinatura do TCLE ()

Data da entrevista: __/__/____

Código identificador do participante: ____

I PARTE - Dados de caracterização dos participantes

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: () F () M

Profissão: _____

Especialização: _____

Anos de atuação na ESF: _____

Anos de formação: _____

II PARTE – Roteiro da entrevista

1. Fale para mim o que você entende sobre a Caderneta da Criança como ferramenta de vigilância do desenvolvimento infantil.

2. Como você utiliza a Caderneta da Criança na sua prática profissional?

3. Como você avalia a utilização da caderneta pela equipe da Estratégia Saúde da Família?

4. Quais são os motivos que contribuem para as falhas no registro das ações de vigilância do desenvolvimento infantil na Caderneta da Criança?”.

5. O que deveria ser feito para melhorar a adesão ao uso da Caderneta da Criança?

APÊNDICE D**Roteiro para entrevista com Cuidador**

Apresentação e assinatura do TCLE ()

Data da entrevista: __/__/____

Código identificador do participante: ____

I PARTE - Dados de caracterização dos participantes

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: () F () M

Conjugalidade: _____

Profissão/Ocupação: _____

Anos de estudos: _____

Número de filhos: _____

Grau de parentesco com a criança em atendimento: _____

Idade da criança: _____

II PARTE – Roteiro da entrevista

1. Fale para mim o que você entende sobre a Caderneta da Criança.
2. Como você utiliza a Caderneta da Criança?
3. Como está sendo preenchida a caderneta do seu filho pelos profissionais de saúde?
4. O que poderia ser melhorado na caderneta para que as mães utilizassem mais?

ANEXO A

Termo de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde



Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 04 de dezembro de 2018

Processo Nº: 201.426/2018

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A Gerência de Educação na Saúde (GES) está de acordo com a execução do projeto de pesquisa **"VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO E A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA: CAMINHOS PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE INFANTIL"**, a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) **ALTAMIRA PEREIRA DA SILVA REICHERT**, sob orientação **DA MESMA**, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada nos **DS I, II, III, IV E V**, em João Pessoa-PB.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços de Saúde do município, fica condicionada a apresentação nesta Gerência da **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Kelly Cabral Teles
 Gerência de Educação na Saúde
 Matr. 67.789-6

Kelly Cabral Teles
Gerência de Educação na Saúde

ANEXO B

Encaminhamento para a pesquisa do Distrito Sanitário III, João Pessoa-PB



**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DISTRITO SANITÁRIO III**

João Pessoa / PB 21 de agosto de 2020.

ENCAMINHAMENTO

Às USF'S DISTRITO III

Cumprimentando-o cordialmente, encaminhamos a pesquisadora **ALTAMIRA PEREIRA DA SILVA REICHERT e ANNIELY RODRIGUES SOARES** para a realização de pesquisa intitulado, **“VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO E A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA : CAMINHOS PARA A PRODUÇÃO DE SAÚDE INFANTIL.”** nas USF'S do **DISTRITO SANITÁRIO III”**.

Atenciosamente,



Clarissa Roberta S. Carvalho
Mat. 66.977-1
DISTRITO SANITÁRIO III

CAMILA SOUSA C. DE QUEIROZ

Direção Geral
Distrito Sanitário III

ANEXO C**Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP**

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO E A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA:
CAMINHOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE INFANTIL

Pesquisador: Altamira Pereira da Silva Reichert

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 97362718.1.0000.5188

Instituição Proponente: Universidade Federal da Paraíba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.156.449

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa egresso do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, do CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, da UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, da Profª. Dra. Altamira Pereira da Silva Reichert.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Investigar as ações de vigilância do desenvolvimento infantil de crianças atendidas na Estratégia Saúde da Família e a utilização e registro das informações na Caderneta de Saúde da Criança pelos profissionais de saúde.

Objetivos Específicos:

- Analisar as formas de registros dos dados do desenvolvimento infantil na Caderneta de Saúde da Criança, realizados pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família;
- Compreender os desafios para realização da vigilância do desenvolvimento infantil na vivência dos profissionais da Estratégia Saúde da Família;

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 3.156.449

- Investigar os fatores que contribuem para as falhas no registro das ações de vigilância do desenvolvimento infantil na Caderneta de Saúde da Criança;
- Identificar as possíveis dificuldades enfrentadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família na utilização e registro das informações presentes na CSC;
- Identificar o conhecimento dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família acerca da Caderneta de Saúde da Criança como instrumento de vigilância do desenvolvimento infantil;
- Averiguar o conhecimento das mães e/ou cuidadores de crianças menores de três anos, acerca da importância da Caderneta de Saúde da Criança para a vigilância do desenvolvimento infantil;
- Implementar um programa de capacitação para o registro das ações de vigilância do desenvolvimento infantil na Caderneta de Saúde da Criança, realizada com profissionais da Estratégia de Saúde da Família;
- Avaliar o impacto de um programa de capacitação com profissionais da Estratégia de Saúde da Família para o registro das ações de vigilância do desenvolvimento infantil na Caderneta de Saúde da Criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Todas as pesquisas apresentam riscos, todavia estes riscos não afetarão a sua saúde ou a do seu filho, o único desconforto previsto está relacionado a espera para responder a entrevista.

Benefícios:

- Aumentar o conhecimento científico
- Melhorar o cuidado na saúde da criança.
- Capacitar profissionais da Estratégia Saúde da Família para a vigilância do desenvolvimento infantil e caderneta de saúde da criança.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto apresenta coerência científica, mostrando relevância para a academia, haja vista a ampliação do conhecimento, onde se busca, principalmente, investigar as ações de vigilância do desenvolvimento infantil de crianças atendidas na Estratégia Saúde da Família e a utilização e registro das informações na Caderneta de Saúde da Criança pelos profissionais de saúde.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 3.156.449

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de Apresentação Obrigatória foram anexados tempestivamente.

Recomendações:

RECOMENDAMOS QUE AO TÉRMINO DA PESQUISA A PESQUISADORA RESPONSÁVEL ENCAMINHE AO COMITÊ DE ÉTICA PESQUISA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, RELATÓRIO FINAL E DOCUMENTO DEVOLUTIVO COMPROVANDO QUE OS DADOS FORAM DIVULGADOS JUNTO À INSTITUIÇÃO ONDE OS MESMOS FORAM COLETADOS, AMBOS EM PDF, VIA PLATAFORMA BRASIL, ATRAVÉS DE NOTIFICAÇÃO, PARA OBTENÇÃO DA CERTIDÃO DEFINITIVA.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

TENDO EM VISTA O CUMPRIMENTO DAS PENDÊNCIAS ELENCADAS NO PARECER ANTERIOR, SOMOS DE PARECER FAVORÁVEL A EXECUÇÃO DO PRESENTE PROJETO, DA FORMA COMO SE APRESENTA, SALVO MELHOR JUÍZO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1203163.pdf	05/12/2018 22:52:33		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/12/2018 22:51:42	Altamira Pereira da Silva Reichert	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	05/12/2018 22:47:39	Altamira Pereira da Silva Reichert	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	vigecaderneta.pdf	05/12/2018 22:45:19	Altamira Pereira da Silva Reichert	Aceito
Outros	Certidao_DESC.pdf	21/08/2018	Altamira Pereira da	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 3.156.449

Outros	Certidao_DESC.pdf	17:26:16	Silva Reichert	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	21/08/2018 17:23:00	Altamira Pereira da Silva Reichert	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 20 de Fevereiro de 2019

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXO D**Comprovante de submissão do artigo original 1**

Revista Latino-Americana de Enfermagem - Manuscript ID RLAE-2021-5445

Revista Latino-Americana de Enfermagem RLAE <onbehalf@manuscriptcentral.com>

Seg, 12/04/2021 22:09

Para: annely_rodrigues@hotmail.com <annely_rodrigues@hotmail.com>

Cc: annely_rodrigues@hotmail.com <annely_rodrigues@hotmail.com>; annaterezag@gmail.com <annaterezag@gmail.com>; danielle.vieira2015@gmail.com <danielle.vieira2015@gmail.com>; lb.toso@gmail.com <lb.toso@gmail.com>; beatriz.oliveira@unioeste.br <beatriz.oliveira@unioeste.br>; neucollet@gmail.com <neucollet@gmail.com>; altareichert@gmail.com <altareichert@gmail.com>

12-Apr-2021

Dear Mr. Soares:

Your manuscript entitled "Percepção e utilização da Caderneta da Criança por profissionais e cuidadoras: uma abordagem interacionista" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Revista Latino-Americana de Enfermagem.

Your manuscript ID is RLAE-2021-5445.

Title: Percepção e utilização da Caderneta da Criança por profissionais e cuidadoras: uma abordagem interacionista

Authors: Soares, Anniely; Guedes, Anna Tereza; Vieira, Daniele de; Toso, Beatriz Rosana; Collet, Neusa; Reichert, Altamira

Por favor, mencione a ID do manuscrito acima em todas as correspondências futuras ou ao ligar para o escritório para fazer perguntas. Se houver qualquer alteração em seu endereço físico ou endereço de e-mail, faça login em ScholarOne Manuscripts em <https://mc04.manuscriptcentral.com/rlae-scielo> e edite suas informações de usuário conforme apropriado.

Você também pode ver o status do seu manuscrito a qualquer momento, verificando o Centro de Autor após fazer login em <https://mc04.manuscriptcentral.com/rlae-scielo>.

Obrigado por enviar seu manuscrito à Revista Latino-Americana de Enfermagem.

Atenciosamente,

Escritório Editorial da Revista Latino-Americana de Enfermagem