

## O registro do crescimento e desenvolvimento da criança na caderneta de saúde

*The record of children's growth and development in the health booklet*

*El registro del crecimiento y desarrollo del niño en la libreta de salud*

*Abner Pereira de Almeida<sup>I</sup>; Luciana de Carvalho Ceballos<sup>II</sup>; Alice Regina Costa Barbosa<sup>III</sup>;  
Denismar Alves Nogueira<sup>IV</sup>; Denis da Silva Moreira<sup>V</sup>*

### RESUMO

**Objetivo:** verificar o registro do crescimento e desenvolvimento da criança na caderneta de saúde, no primeiro ano de vida. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal de análise documental, realizado com 229 cadernetas de saúde, coletadas em 10 Centros Municipais de Educação Infantil de um município do sul de Minas Gerais, no período de janeiro a junho de 2015, por meio de formulário próprio. O projeto teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE nº 36321314.6.0000.5142. **Resultados:** as cadernetas tiveram um baixo índice de dados registrados. No desenvolvimento, apenas 3 (1,3%) tiveram um preenchimento completo, sendo que 171 (74,7%) sequer tiveram algum preenchimento sobre o desenvolvimento infantil. **Conclusão:** constatou-se a insuficiência de registros anotados, pelos profissionais de saúde, nas cadernetas, sobre o processo de crescimento e desenvolvimento infantil. As falhas no preenchimento prejudicam a comunicação entre os profissionais e família na atenção integral à saúde da criança. **Palavras-chave:** Enfermagem; saúde da criança; crescimento e desenvolvimento; assistência integral à saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** to examine the record of children's growth and development in the first year of life, in the health booklet. **Methods:** in this quantitative, cross-sectional, descriptive study, documentary analysis was carried out with 229 health booklets collected at 10 Municipal Early Childhood Education Centers in a municipality in south Minas Gerais, from January to June 2015, using a purpose-designed form. The study was approved by the research ethics committee (CAAE No. 36321314.6.0000.5142). **Results:** the rate of data recorded in the booklets was low. Only 3 (1.3%) were fully completed as regards development, and 171 (74.7%) had no child development data entered. **Conclusion:** the data recorded in the booklets by health personnel on the process of children's growth and development was found to be insufficient. Shortcomings in completion impair communication between health personnel and relatives in comprehensive child care.

**Keywords:** Nursing; child health; growth and development; comprehensive health care.

### RESUMEN

**Objetivo:** verificar el registro del crecimiento y desarrollo del niño en la libreta de salud, en el primer año de vida. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal de análisis documental, realizado con 229 libretas de salud, recogidas en 10 Centros Municipales de Educación Infantil de un municipio del sur de Minas Gerais, en el período de enero a junio de 2015, por medio de formulario propio. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, CAAE nº 36321314.6.0000.5142. **Resultados:** las libretas tuvieron un bajo índice de datos registrados. En el desarrollo sólo 3 (1,3%) estaban enteramente llenadas, siendo que 171 (74,7%) ni siquiera tuvieron algún registro sobre el desarrollo infantil. **Conclusión:** constató insuficiencia de registros de los datos por los profesionales sobre el proceso de crecimiento y desarrollo infantil. Las fallas en el llenado perjudican la comunicación entre los profesionales y la familia en la atención integral a la salud del niño.

**Palabras clave:** Enfermería; salud del niño; crecimiento y desarrollo; atención integral de salud.

## INTRODUÇÃO

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) configura-se como instrumento essencial na vigilância da saúde da população infantil, no qual são registrados os dados e eventos mais significativos para o seguimento da criança na perspectiva de cuidados<sup>1</sup>. Este documento possibilita também o diálogo entre a equipe multiprofissional de saúde, e é reconhecido como um facilitador na comunicação entre pais e profissionais<sup>2</sup>.

Registram-se na CSC dados da identificação da criança, da história obstétrica, do nascimento, do processo de crescimento e desenvolvimento, da alimentação, do uso de suplementação de ferro e vitamina A, da saúde bucal, auditiva e visual, das vacinações, além do registro das intercorrências clínicas<sup>3</sup>.

Estes registros devem ser efetuados pelos profissionais que são responsáveis pela assistência à criança nos serviços de atenção à saúde. É particularmente nas

<sup>I</sup>Enfermeiro. Residente em Saúde Neonatal. Universidade São Francisco. Bragança Paulista, São Paulo, Brasil. E-mail: bner.almeida@gmail.com

<sup>II</sup>Enfermeira. Santa Casa de Passos. Passos, Minas Gerais, Brasil. E-mail: luzinhaceballos@gmail.com

<sup>III</sup>Enfermeira. E-mail: alicelilipipeta@gmail.com

<sup>IV</sup>Estatístico. Professor Adjunto do Instituto de Ciências Exatas da Universidade Federal de Alfenas. Minas Gerais, Brasil. E-mail: denisnog@gmail.com

<sup>V</sup>Enfermeiro. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais, Brasil. E-mail: denisunifal@gmail.com

maternidades e nos serviços de atenção primária que o adequado manejo deste instrumento deve ser executado; tal trabalho representa um desafio para a equipe de saúde, por serem estes os locais onde grande parte das informações é gerada<sup>4</sup>.

As atividades realizadas na graduação, durante a prática da disciplina de saúde da criança, possibilitaram verificar o não preenchimento de muitos dados das CSC. Portanto, este estudo foi executado em vista da relevância que a CSC tem para o acompanhamento do processo de crescimento e de desenvolvimento no contexto da infância, o qual propicia uma vigilância da saúde desta faixa etária, por ela apresentar um maior risco de mortalidade infantil<sup>2</sup>.

O objetivo deste estudo foi verificar o registro do crescimento e desenvolvimento da criança nas cadernetas de saúde, no primeiro ano de vida.

## REVISÃO DE LITERATURA

A ação primária à saúde, no que tange ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, constitui o eixo central do cuidado infantil. A vigilância nas ações de prevenção de agravos, no âmbito da infância possibilita identificar as crianças em maior risco de morbimortalidade e promove o adequado controle do crescimento e desenvolvimento desse grupo populacional. No Brasil, nas últimas décadas, observa-se uma diminuição na mortalidade infantil, apontado como um dos *objetivos do milênio* no compromisso de prover qualidade de vida para esse segmento etário<sup>5-7</sup>.

Assim, na atenção integral à saúde da criança, o Ministério da Saúde (MS) propõe 13 linhas de cuidado como eixos da assistência, para adequar o funcionamento do serviço e da rede de atenção à saúde da criança<sup>5</sup>. Quase todas as ações, descritas nestas linhas de cuidado, estão contempladas na CSC e o seu registro possibilita aos profissionais de saúde e aos familiares acompanharem o processo de crescimento e desenvolvimento infantil.

A CSC é destinada a qualquer cidadão nascido no território brasileiro, tendo sido implantada no ano de 2005, para substituir o Cartão da Criança, que continha um número limitado de informações, como identificação, gráfico de peso *versus* altura e o cartão de vacinação da criança. Desde o ano de 2007 (em sua terceira versão), a CSC foi incrementada com orientações para a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos<sup>3-5,8</sup>.

Para que se cumpra seu papel de instrumento de comunicação, vigilância, educação e promoção da saúde infantil, deve ocorrer um diálogo com a família sobre essas anotações e, principalmente, o preenchimento da CSC de forma completa e correta. A adequada utilização deste instrumento, pelos profissionais de saúde, possibilita maior valorização do mesmo pela família, favorecendo, assim, que a CSC seja um documento relevante e orientador das consultas e ações de cuidado<sup>8</sup>.

Ao mesmo tempo, a qualidade do preenchimento das informações das CSC pode revelar a condição do serviço prestado à população infantil<sup>4</sup>. Ela é entregue à família logo após o nascimento da criança na maternidade, e, sendo assim, deve acompanhá-la em qualquer atendimento nos serviços de saúde<sup>5</sup>.

Nesse sentido, evidencia-se a responsabilidade dos profissionais de saúde no manejo adequado deste instrumento como um recurso que favorece o diálogo com os familiares e também contribui para o controle da diminuição das taxas de morbimortalidade no primeiro ano de vida.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem metodológica quantitativa, descritiva transversal e de análise documental<sup>9</sup>, realizado em dez Centros Municipais de Educação Infantil (CEMEI) da cidade de Alfenas-MG. Os dados foram coletados no mês de fevereiro de 2015. A amostra de 229 crianças foi calculada considerando-se um erro aceitável de  $\pm 5,97$  pontos percentuais e um intervalo de 95% de confiança (IC95%) sobre uma população de 1503 crianças matriculadas nos 10 CEMEI. Após a realização do cálculo amostral, distribuiu-se a coleta de dados nos 10 CEMEI, respeitando a porcentagem da amostra e o número de crianças matriculadas em cada instituição de ensino.

Foram avaliados, nas CSC, os dados referentes ao primeiro ano de registro das mesmas, levando-se em consideração que para o acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento, o Ministério da Saúde preconiza sete consultas no primeiro ano de vida<sup>3</sup>. Consideraram-se, como critérios de exclusão, as CSC cujos pais/responsáveis não responderam à solicitação de apresentação das CSC nos CEMEI, após a terceira tentativa de acesso a elas.

Os pesquisadores elaboraram um instrumento que serviu de base para a verificação do preenchimento das CSC, contemplando as variáveis do estudo: variáveis antropométricas (perímetro cefálico x idade, peso x idade, comprimento x idade, IMC x idade) e variáveis comportamentais, relacionadas à avaliação do desenvolvimento (postura, movimentos, reações, comunicação).

Os autores do estudo compareceram aos CEMEI para solicitar a autorização de realização da pesquisa. Após, foi entregue um convite para cada pai ou responsável das crianças, matriculadas no respectivos CEMEI, explicando os objetivos do estudo. Os que concordaram em participar da pesquisa trouxeram as CSC para a coleta de dados. Os mesmos foram organizados em uma planilha do programa *Microsoft Excel*® 2013 e analisados pelo programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 20).

Cumpriram-se os preceitos éticos e legais em pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/12<sup>10</sup>. A coleta dos dados ocorreu mediante a

assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos pais/responsáveis, autorizando o acesso às CSC. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG) sob o parecer número 869.480.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O crescimento é um processo dinâmico e contínuo expresso pelo aumento do tamanho corporal. É considerado um dos melhores indicadores de saúde da criança, sofre influência direta dos fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais); destacam-se, ainda, a alimentação, a saúde, a higiene, as condições de habitação e saneamento básico, e também os cuidados gerais da criança<sup>1</sup>. Os dados referentes às curvas de crescimento da criança - perímetro cefálico x idade; peso x idade; comprimento x idade; Índice de Massa Corporal (IMC) x idade - são apresentados na Tabela 1.

O monitoramento do crescimento tem como objetivo a promoção e proteção da saúde da criança para

evitar que desvios do crescimento possam comprometer a saúde atual e a qualidade de vida futura da criança<sup>11</sup>. O melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é o registro periódico do peso, da estatura e do IMC da criança na CSC<sup>12</sup>.

Durante análise dos dados, foi observado que em relação ao preenchimento do perímetro cefálico x idade, 53 (23,1%) CSC sequer tinham um único preenchimento sobre estes parâmetros; 44 (19,2%) CSC também não revelam nenhum preenchimento gráfico de peso x idade; e no gráfico de comprimento x idade, 53 (23,1%) CSC não tinham uma única marcação nos meses de consulta de puericultura preconizados pelo MS.

Estudo realizado em Belo Horizonte, com crianças acompanhadas no Sistema Único de Saúde (SUS), constatou um preenchimento insatisfatório das CSC, pois apenas 15,5% e 59,4% das crianças tiveram suas medidas de perímetro cefálico e peso x idade registrados respectivamente<sup>4</sup>.

A avaliação do perímetro cefálico deve ser realizada prioritariamente no primeiro ano de vida, sendo uma medida que apresenta pequena variação para qualquer faixa etária, entre os sexos, grupos étnicos e populacionais<sup>13</sup>.

A avaliação do peso e estatura deve ser periódica, o ganho de peso permite a avaliação do progresso individual, possibilita verificar um maior risco de morbimortalidade, sinalizando precocemente um quadro de desnutrição ou sobrepeso/obesidade, quadros estes que influenciam de forma significativa na evolução do comprimento/altura da criança<sup>1</sup>.

Destaca-se que os dados de IMC x idade foram menos registrados na CSC, em comparação com os outros. A inclusão do IMC como parâmetro de avaliação permite um melhor acompanhamento da criança na relação peso x comprimento (para menores de 2 anos) ou peso x altura (para maiores de 2 anos). Tal parâmetro ajuda os profissionais a identificarem crianças que em um determinado período estiveram desnutridas e tiveram o comprometimento de sua estatura, como também crianças com excesso de peso e baixa estatura. Em comparação, os gráficos de peso x idade e comprimento x idade, de forma separada, limitam-se a mostrar se a criança está individualmente com o peso e/ou comprimento comprometidos<sup>1</sup>.

Na CSC existe uma referência para o preenchimento do IMC, uma tabela para realizar o cruzamento entre comprimento/altura e peso. O valor encontrado no cruzamento dos dados reflete o valor do IMC. Porém, em uso prático, essas tabelas demandam um considerável tempo para consulta, o que pode fazer com que o profissional não atente para o seu preenchimento.

Pode-se observar que nos dados de perímetro cefálico x idade, há importante decréscimo aos 12 meses de idade - 28 (12,2%), ocorrendo o mesmo em relação ao peso x idade-37 (16,0%) e comprimento x idade-39 (17,0%), segundo mostra a Tabela 1. Verifica-se que quanto maior a idade da criança menor é o preenchi-

**TABELA 1:** Distribuição de registro das variáveis antropométricas na Caderneta de Saúde da Criança. Município do sul de Minas Gerais, Brasil, 2015. (N=229)

Variáveis antropométricas	f	%
<b>Perímetro cefálico x idade</b>		
1 semana	98	42,8
1 mês	96	42,0
2 meses	98	42,8
4 meses	93	40,6
6 meses	76	33,0
9 meses	65	28,2
12 meses	28	12,2
<b>Peso x idade</b>		
1 semana	123	53,7
1 mês	105	45,9
2 meses	109	47,6
4 meses	98	42,8
6 meses	86	37,6
9 meses	68	29,7
12 meses	37	16,0
<b>Comprimento x idade</b>		
1 semana	103	45,0
1 mês	94	41,0
2 meses	104	45,4
4 meses	89	38,9
6 meses	81	35,0
9 meses	63	27,5
12 meses	39	17,0
<b>IMC x idade</b>		
1 semana	11	7,8
1 mês	25	10,9
2 meses	25	10,9
4 meses	21	9,2
6 meses	19	8,3
9 meses	15	6,6
12 meses	6	2,6

mento dos dados. Isto mostra claramente um prejuízo para o acompanhamento do processo de crescimento dessas crianças.

Estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde, entre 1998 e 2002, envolvendo 178 países, mostrou que em 80% deles os profissionais de saúde relataram dificuldades no uso dos instrumentos para acompanhamento do crescimento infantil. Evidenciaram-se problemas de natureza conceitual e operacional, que variaram desde a compreensão das curvas de crescimento até a ausência de equipamentos adequados para a mensuração das crianças<sup>14</sup>.

No intuito de uma ação oportuna e mais efetiva no preenchimento da CSC, o profissional de saúde pode utilizar, como estratégia de captação para o acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento infantil, o momento em que as crianças são levadas para serem vacinadas. Se comparadas, as datas do calendário vacinal da criança e as consultas de puericultura preconizadas pelo Ministério da Saúde assemelham-se.

A monitorização do crescimento da população infantil pode fornecer aos profissionais de saúde um *feedback* sobre as intervenções ou programas implementados em relação ao processo de crescimento na assistência à criança. Contudo, para uma adequada intervenção demanda-se minimamente mensurações corretas das medidas antropométricas, registros adequados, regularidade do atendimento, profissionais treinados e educação materna nas ações de saúde<sup>6</sup>.

Os dados, neste estudo, sobre a avaliação do processo de desenvolvimento infantil na CSC evidenciam a precariedade de preenchimento. Nenhum dos marcos de desenvolvimento teve mais do que 12% de preenchimento, conforme é apresentado na Tabela 2. Apenas 3 (1,3%) CSC tiveram um preenchimento completo dos dados, sendo que 171 (74,7%) CSC sequer tiveram algum preenchimento sobre tal variável.

O processo de desenvolvimento infantil é um dos eixos de cuidado para a promoção de saúde, e o seu alicerce está ancorado no período da infância. Assim, um desenvolvimento adequado depende expressamente dos cuidados desvelados na primeira infância, como nutrição, estimulação, atenção entre outros, realizados pela família orientada pelos profissionais de saúde<sup>15</sup>.

O desenvolvimento caracteriza-se como um processo global e dinâmico de mudanças que ocorrem em uma pessoa, desde sua concepção, influenciado por diversos fatores físicos, entre eles, os cuidados com a alimentação, a higiene e a prevenção de doenças, além da dimensão psicológica, relacionada à forma como uma criança aprende e interage com o ambiente em que vive<sup>16,17</sup>.

Tanto como o crescimento, é imprescindível o acompanhamento do desenvolvimento maturativo, psicomotor, social e psicoafetivo de cada criança, devendo o profissional aproveitar a consulta pediátrica para a observação dos marcos do desenvolvimento e verificar

a maneira como os pais/responsáveis se relacionam com a criança. Os marcos servem para dialogar com a família, orientando para os cuidados necessários, para a prevenção de agravos e se caso seja preciso, encaminhar a criança para um serviço especializado<sup>13</sup>.

A família desempenha papel de mediadora entre a criança e a sociedade, possibilitando a sua socialização, elemento essencial para o desenvolvimento cognitivo infantil. A interação da criança com o adulto é um dos principais elementos para uma adequada estimulação no espaço familiar, isso contribui para que a criança desenvolva sua percepção, dirija e controle seu comportamento. Além disso, permite adquirir conhecimentos e habilidades, estabelecendo relações e construindo seu próprio ambiente físico e social<sup>18</sup>.

Portanto, os profissionais de saúde devem estar atentos aos marcos do desenvolvimento infantil, relacionando a interação da família, para que se tenha conhecimento do ambiente em que a criança está inserida e, conseqüentemente, elaborar estratégias de intervenção, caso seja necessário, para que a criança seja atendida em sua integralidade.

No que tange à atenção primária à saúde, percebe-se a falta de instrumentos bem como planos metodológicos, para que o acompanhamento do desenvolvimento

**TABELA 2:** Distribuição de registro dos marcos comportamentais do desenvolvimento infantil na Caderneta de Saúde da Criança. Município do sul de Minas Gerais, Brasil, 2015. (N=229)

Variáveis comportamentais	f	%
Postura: barriga para cima...	22	9,6
Observa um rosto	22	9,6
Reage ao som	22	9,6
Eleva a cabeça	22	9,6
Sorriso social quando estimulada	18	7,9
Abre as mãos	18	7,9
Emite sons	17	7,4
Movimenta ativamente os membros	16	7,0
Resposta ativa ao contato social	19	8,3
Segura objetos	18	7,9
Emite sons	17	7,4
De bruço, levanta...	15	6,6
Busca ativa de objetos	14	6,0
Leva objetos à boca	14	6,0
Localiza o som	15	6,6
Muda de posição ativamente	15	6,6
Brinca de esconde-achou	26	11,4
Transfere objetos de uma mão para a outra	26	11,4
Duplica sílabas	25	11,0
Senta-se sem apoio	25	11,0
Imita gestos	21	9,0
Faz pinça	20	8,7
Produz jargão	21	9,0
Anda com apoio	19	8,3

infantil ocorra de forma adequada<sup>19</sup>. Estratégias simples e sistematizadas podem constituir um meio importante para o monitoramento do desenvolvimento infantil, propiciando precocemente a identificação de desvios nos marcos de desenvolvimento, e conseqüentemente, a implementação de intervenções preventivas pelos profissionais de saúde e família<sup>20</sup>.

A CSC abarca atividades de promoção e detecção precoce de problemas relacionados ao desenvolvimento infantil, contribuindo para o cuidado na linha da prevenção. Assim, potencializando-se o uso deste instrumento, pode-se aperfeiçoar a atenção integral à saúde da criança, referente ao acompanhamento do desenvolvimento na infância<sup>21</sup>.

O cotidiano no acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento inicia com a primeira consulta de puerpério, em que se avalia as condições da mãe, juntamente com neonato e perpassa as demais consultas de puericultura, agendadas em conformidade com os períodos preconizados pelo Ministério da Saúde ou de acordo com a necessidade de atenção à saúde da criança<sup>22</sup>.

Nessa perspectiva, a CSC deve ser valorizada como um documento que colhe e produz informações sobre a saúde infantil. Ela é um instrumento importante para o acompanhamento do estado de saúde da criança, conseqüentemente deve ser utilizado em toda a consulta nos serviços de saúde, seja na rede pública ou privada<sup>15</sup>.

## CONCLUSÃO

Este estudo revelou a insuficiência de registros sobre o processo de crescimento e desenvolvimento infantil, em menores de um ano, realizados por profissionais de saúde, nas CSC. As falhas no preenchimento prejudicam a comunicação entre os profissionais e as famílias na atenção integral à saúde da criança.

Destaca-se a responsabilidade dos profissionais das maternidades e dos serviços de atenção primária em saúde no manejo adequado da CSC, pois este instrumento deve fornecer os dados corretos e completos para acompanhamento contínuo do processo de crescimento e desenvolvimento na infância. É preciso realizar orientações claras para que as mães possam empenhar-se mais em levar a CSC para as consultas.

São necessários investimentos permanentes em capacitação, para que os profissionais de saúde possam utilizar a CSC, não apenas como um instrumento de preenchimento obrigatório, mas como uma ferramenta que contribui para o controle da melhoria da qualidade da assistência prestada às crianças.

O presente estudo contribuiu para a reflexão sobre a realidade dos registros dos dados anotados na CSC, pelos profissionais de saúde, mostrando a importância deste documento para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Os profissionais

de enfermagem devem observar o preenchimento adequado desse instrumento, durante a consulta de puericultura, garantindo registros confiáveis, que servirão de parâmetros para o monitoramento de saúde da população infantil, principalmente para os grupos com maior vulnerabilidade social.

Este estudo teve como limitação a coleta de dados relativa a documentos de CEMEI de apenas um município do sul de Minas Gerais, não propiciando generalizações. Novos estudos sobre a temática e considerando a visão dos profissionais de saúde e de familiares acerca da CSC e outras variáveis explicativas serão extremamente relevantes para uma maior compreensão da finalidade desse instrumento.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica nº33. Brasília (DF): Editora MS; 2012.
2. Demott K, Bick D, Norman R, Ritchie G, Turnbull N, Adams C, et al. Clinical guidelines and evidence: review for post natal care: routine post natal care of recently delivered women and their babies. London (UK): National Collaborating Center For Primary Care And Royal College of General Practitioners; 2006 [cited in 2016 Nov 12 ]; Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=30146> .
3. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança. 9ª ed. Brasília (DF): Editora MS; 2014.
4. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA, et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. Cad Saúde Pública. 2009; 25(3):583-95.
5. Brasil. Ministério da Saúde (Br); Secretaria de Atenção à Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília (DF): Editora MS; 2004.
6. Carvalho MF, Lira PIC, Romani SAM, Santos IS, Veras AAC, Batista FM. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24(3):675-85.
7. Rocha R, Oliveira C, Silva DKF, Bonfim C. Mortalidade neonatal e evitabilidade: uma análise do perfil epidemiológico. Rev enferm UERJ. 2011; 19(1):114-20.
8. Goulart LMHF, Alves CRL, Viana ARM, Moulin ZS, Carmo GAA, Costa JGD, et al. Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. Rev Paul Pediatr. 2008; 26(2):106-12.
9. Polit D, Hungler B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.
10. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); CNS; 2012.
11. Araújo CLP, Hallal PC, Nader GA, Menezes AMB, Victora CG. Size at birth and height in early adolescence: a prospective birth cohort study. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [cited 2017 Oct 13]; 24(4):871-8. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000400018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000400018&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000400018>.
12. Barros Fernando C, Victora CG. Maternal-child health in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: major conclusions from comparisons of the 1982, 1993, and 2004 birth cohorts. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [cited 2017 Oct 01]; 24(suppl 3):s461-7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001500012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001500012&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001500012>.

13. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual para utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília (DF): Editora MS; 2005.
14. De Onis M, Wijnhoven TM, Onyango AW. Worldwide practices in child growth monitoring. *J Pediatr*. 2004; 144:461-5.
15. Gaíva MAM, Blanco da Silva F. Caderneta de saúde da criança: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line*. 2014; 8(3):742-9.
16. Saporoli ECL, Adami NP. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(1):55-61.
17. Coelho VAC, Tolocka RE, Marco A. Avaliação motora e crescimento físico de pré-escolares. *Saúde em Rev*. 2006; 20(8):7-14.
18. Andrade SA, Santos DN, Bastos AC, Pedromônico MRM, Filho NA, Barreto ML. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Rev Saúde Publica*. 2005; 39(4):606-11.
19. Vasconcelos EN, Silveira MFA, Eulálio MC, Medeiros PFV. A normatização do cuidar da criança menor de um ano: estudo dos significados atribuídos pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(4):1225-34.
20. Reichert APS, Vasconcelos MGL, Eickmann SH, Lima MC. Assessment of the implementation of an educational intervention on developmental surveillance with nurses. *Rev esc enferm USP*. 2012;46(5):1049-56.
21. Andrade GN, Rezende TMRL, Madeira AMF. Caderneta de Saúde da Criança: experiências dos profissionais da atenção primária à saúde. *Rev esc enferm USP*. 2014; 48(5):857-64.
22. Ribeiro SP, Oliveira DS, Fernandes SLSA, Felzemburgh RDM, Camargo CL. O cotidiano de enfermeiras na consulta em puericultura. *Rev enferm UERJ*, 2014; 22(1):89-95.