



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG)
FACULDADE DE MEDICINA (FM)
MEDICINA

ITALO SILVA SEIXO BRITO
PHABIA ASSUNÇÃO PEREIRA

**Mapeamento do uso e preenchimento da caderneta da criança no
acompanhamento do crescimento e desenvolvimento - uma revisão de escopo.**

GOIÂNIA - GO
2026

Italo Silva Seixo Brito
Phabia Assunção Pereira

**MAPEAMENTO DO USO E PREENCHIMENTO DA CADERNETA DA
CRIANÇA NO ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E
DESENVOLVIMENTO - UMA REVISÃO DE ESCOPO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação
em Medicina da Universidade
Federal de Goiás, como requisito
parcial para a obtenção do título
de Bacharel em Medicina.

Orientador: Dr. Solomar Martins Marques

GOIÂNIA
2026



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES
ELETRÔNICAS DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO
NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio do Repositório Institucional (RI/UFG), regulamentado pela Resolução CEPEC no 1240/2014, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei no 9.610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo dos Trabalhos de Conclusão dos Cursos de Graduação disponibilizado no RI/UFG é de responsabilidade exclusiva dos autores. Ao encaminhar(em) o produto final, o(s) autor(a)(es)(as) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação (TCCG)

Nome(s) completo(s) do(a)(s) autor(a)(es)(as): Phabia Assunção Pereira e Italo Silva Seixo Brito.

Título do trabalho: Mapeamento do uso e preenchimento da caderneta da criança no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento - uma revisão de escopo.

2. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador) Concorda com a liberação total do documento [X] SIM [] NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante: a) consulta ao(à)(s) autor(a)(es)(as) e ao(à) orientador(a); b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo do TCCG. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro.

Obs.: Este termo deve ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **Solomar Martins Marques, Professor do Magistério Superior**, em 10/06/2026, às 20:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Italo Silva Seixo Brito, Discente**, em 15/06/2026, às 10:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Phabia Assunção Pereira, Discente**, em 15/06/2026, às 15:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **6243195** e o código CRC **6089E609**.

Referência: Processo nº 23070.027791/2026-34 SEI nº 6243195

Brito, Italo Silva Seixo

Mapeamento do uso e preenchimento da caderneta da criança no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento - uma revisão de escopo. [manuscrito] / Italo Silva Seixo Brito, Phabia Assunção Pereira. - 2026. 35 f.: 2026

Orientador: Prof. Dr. Solomar Martins Marques

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina (FM), Medicina, Goiânia, 2026. 1. Atenção Primária à Saúde. 2. Caderneta da Criança. 3. Crescimento e Desenvolvimento Infantil. 4. Revisão de Escopo. 5. Vigilância em Saúde..

I. Pereira, Phabia Assunção. II. Marques, Solomar Martins, orient. III. Título. CDU

616.053.2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ao décimo dia do mês de junho do ano de dois mil e vinte e seis iniciou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “Mapeamento do uso e preenchimento da caderneta da criança no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento - uma revisão de escopo”, de autoria de Phabia Assunção Pereira e Italo Silva Seixo Brito, do curso de Medicina, da Faculdade de Medicina da UFG. Os trabalhos foram instalados pelo Prof. Solomar Martins Marques (FM/UFG) com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Prof. Sebastião Leite Pinto (FM/UFG) e Prof. Darlan de Oliveira Andrade (FM/UFG). Após a apresentação, a banca examinadora realizou a arguição dos estudantes. Posteriormente, de forma reservada, a Banca Examinadora atribuiu a nota final de (10,0) , tendo sido o TCC considerado (**aprovado**).

Proclamados os resultados, os trabalhos foram encerrados e, para constar, lavrou-se a presente ata que segue assinada pelos Membros da Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Solomar Martins Marques, Professor do Magistério Superior**, em 10/06/2026, às 20:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#) .



Documento assinado eletronicamente por **Darlan De Oliveira Andrade, Professor do Magistério Superior**, em 10/06/2026, às 20:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#) .



Documento assinado eletronicamente por **Sebastiao Leite Pinto, Professor do Magistério Superior**, em 10/06/2026, às 20:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#) .



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **6243192** e o código CRC **319066BE**.

Referência: Processo nº 23070.027791/2026-34 SEI nº 6243192

RESUMO

A Caderneta da Criança (CC) é o principal instrumento de vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil na atenção primária brasileira. Esta revisão de escopo objetivou mapear a produção científica sobre seu uso, registro e avaliação por profissionais de saúde, identificando padrões, fatores associados e lacunas do conhecimento. O estudo seguiu o referencial metodológico do Joanna Briggs Institute (JBI) e as diretrizes do PRISMA-ScR. As buscas foram realizadas nas bases LILACS, PubMed e SciELO, com filtros de idioma, texto completo e recorte temporal de dez anos. Foram incluídos 22 estudos brasileiros, publicados entre 2016 e 2024, com predominância de delineamentos transversais e concentração na Região Nordeste. Todos os estudos identificaram inadequação no uso ou preenchimento do instrumento, conferindo ao problema caráter sistêmico. O desenvolvimento neuropsicomotor foi o domínio de maior fragilidade, com taxas de registro entre 0% e 31%; o índice de massa corporal por idade foi sistematicamente negligenciado; e a vacinação foi o único item consistentemente preenchido. Fatores associados à subutilização foram identificados em três níveis: profissional (ausência de capacitação específica em 62,5% a 86,4% dos profissionais), organizacional (ausência de protocolos municipais, sobrecarga assistencial e competição com o prontuário eletrônico) e familiar (não disponibilidade da CC na consulta e baixa escolaridade materna). Os achados indicam que a subutilização da Caderneta da Criança resulta da interação entre deficiências formativas, fragilidades organizacionais e ausência de mecanismos de monitoramento, configurando um problema estrutural que compromete o acompanhamento integral da saúde infantil na atenção primária.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; caderneta da criança; crescimento e desenvolvimento infantil; revisão de escopo; vigilância em saúde.

ABSTRACT

The Child Health Booklet (Caderneta da Criança — CC) is the primary surveillance tool for child growth and development in Brazilian primary healthcare. This scoping review aimed to map the scientific literature on its use, recording, and assessment by health professionals, identifying patterns, associated factors, and knowledge gaps. The study followed the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology and PRISMA-ScR guidelines. Searches were conducted in LILACS, PubMed, and SciELO with filters for language, full text, and a ten-year time frame. Twenty-two Brazilian studies published between 2016 and

2024 were included, predominantly cross-sectional in design and geographically concentrated in the Northeast region. All studies identified inadequacies in instrument use or completion, characterizing the problem as systemic. Neuropsychomotor development was the domain of greatest deficiency, with recording rates between 0% and 31%; body mass index-for-age was systematically neglected; and vaccination was the only consistently completed item. Factors associated with underuse were identified at three levels: professional (lack of specific training in 62.5% to 86.4% of professionals), organizational (absence of municipal childcare protocols, work overload, and competition with electronic health records), and family-related (non-availability of the Booklet at consultations and low maternal education). The findings indicate that underuse of the Child Health Booklet results from the interaction of training deficiencies, organizational fragilities, and the absence of monitoring mechanisms — a structural problem that compromises comprehensive child health monitoring in primary care.

Keywords: child health booklet; child growth and development; health surveillance; primary health care; scoping review.

SUMÁRIO

CAPA	1
FOLHA DE ROSTO	2
RESUMO.....	3
SUMÁRIO.....	5
1. INTRODUÇÃO.....	6
2. OBJETIVOS.....	9
2.1 Objetivo Geral.....	9
2.2 Objetivos Específicos.....	9
3. MÉTODOS.....	10
3.1 Tipo de Estudo e Referencial Metodológico.....	10
3.2 Questão de Pesquisa.....	10
3.3 Fontes de Dados, Estratégia de Busca e Seleção dos Estudos.....	11
3.4 Critérios de Elegibilidade.....	11
3.5 Processo de Seleção dos Estudos.....	12
3.6 Extração e Síntese dos Dados.....	12
4. RESULTADOS.....	13
4.1 Fluxograma PRISMA-ScR.....	13
4.2 Características dos estudos incluídos.....	14
4.3 Uso e preenchimento da Caderneta da Criança na vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil.....	18
4.4 Conhecimento e prática dos profissionais de saúde no uso da Caderneta da Criança..	19
4.5 Fatores associados ao uso e preenchimento da Caderneta da Criança.....	20
4.6 Mapa de evidências.....	22
4.7 Sumário dos Principais Achados.....	26
5. DISCUSSÃO.....	27
6. CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS.....	32

1. INTRODUÇÃO

O crescimento e o desenvolvimento infantil (CD) constituem processos dinâmicos e contínuos que refletem diretamente o estado de saúde da criança e determinam, em larga medida, seu potencial ao longo de toda a vida. Para os fins desta revisão, o termo crescimento refere-se ao aumento físico mensurável por parâmetros antropométricos — peso, comprimento/altura, perímetro cefálico e índice de massa corporal (IMC) —, enquanto desenvolvimento designa as aquisições progressivas nos domínios motor, cognitivo, de linguagem e socioemocional (Kliegman et al., 2020; Brasil, 2024). O termo profissionais de saúde refere-se prioritariamente a médicos e enfermeiros envolvidos no acompanhamento da saúde infantil na atenção primária, categorias centrais na vigilância do CD na literatura; outros trabalhadores de saúde — como técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e demais membros de equipes multiprofissionais — são também considerados quando inseridos em contextos de acompanhamento de rotina da criança. Por fim, entende-se por instrumento de vigilância do CD o documento oficial distribuído pelo Ministério da Saúde do Brasil para o acompanhamento integral da saúde da criança, denominado ao longo do tempo como Cartão da Criança (1984), Caderneta de Saúde da Criança — CSC (2005) e, em sua versão mais recente, Caderneta da Criança — Passaporte da Cidadania (Brasil, 2024). Neste estudo, os termos Caderneta da Criança e CSC serão utilizados de forma intercambiável para se referir a esse instrumento em suas diferentes versões, bem como a documentos equivalentes utilizados em outros contextos para o registro e monitoramento do CD infantil.

O crescimento físico infantil ocorre em fases distintas e bem caracterizadas. Do nascimento até aproximadamente dois anos de vida, observa-se crescimento rápido: o comprimento ao nascer aumenta cerca de 50% aos cinco meses e mais de 50% ao final do primeiro ano, com os lactentes crescendo aproximadamente 25 cm nesse período (Kliegman et al., 2020). Entre os dois anos e o início da puberdade, o crescimento ocorre em incrementos anuais relativamente constantes, de aproximadamente 5 a 6 cm por ano (Kliegman et al., 2020; Brasil, 2024). A mensuração adequada exige técnica apropriada — estadiômetro supino para lactentes e estadiômetro vertical para crianças que já deambulam —, além do registro sistemático nas curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), adotadas como padrão internacional desde 2006 e incorporadas à Caderneta da Criança brasileira (WHO, 2006; Brasil, 2024). Parâmetros como peso, estatura e perímetro cefálico permitem

identificar precocemente desvios como baixa estatura para a idade, baixo peso e sobrepeso/obesidade; o perímetro cefálico, em especial, é indicador sensível do neurodesenvolvimento nos primeiros anos de vida (Kliegman et al., 2020).

O desenvolvimento infantil é um processo multidimensional cuja sequência de aquisições é relativamente universal, embora o ritmo individual varie conforme fatores biológicos e ambientais (Kliegman et al., 2020). O desenvolvimento motor abrange habilidades motoras grossas — sustentar a cabeça, sentar, caminhar — e finas — preensão, pinça e manipulação de objetos. A linguagem progride da vocalização reflexiva nos primeiros meses para palavras isoladas ao redor dos 12 meses e frases simples entre 18 e 24 meses. O desenvolvimento socioemocional envolve formação do vínculo de apego, reconhecimento de emoções e capacidade crescente de interação social (Kliegman et al., 2020). A identificação de marcos do desenvolvimento por faixa etária é a principal estratégia clínica para vigilância do CD na atenção primária: marcos são habilidades que a maioria das crianças adquire dentro de determinadas janelas de idade, e sua ausência ou atraso pode indicar alterações que requerem investigação e intervenção precoces (Kliegman et al., 2020; Brasil, 2024). Estimativas globais indicam que cerca de 200 milhões de crianças com menos de cinco anos não atingem plenamente seu potencial de desenvolvimento, com maior concentração nos países de baixa e média renda (Grantham-McGregor et al., 2007 *apud* Munhoz et al., 2022).

A Caderneta da Criança é o principal instrumento de vigilância do CD no contexto brasileiro e constitui, segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), a ferramenta central para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento saudáveis na atenção primária (Brasil, 2015; Teixeira et al., 2023). Desde sua criação em 1984 como Cartão da Criança, o instrumento passou por sucessivas atualizações — tornando-se Caderneta de Saúde da Criança em 2005 e alcançando sua versão atual em 2024 — com o objetivo de ampliar sua abrangência e incorporar novos parâmetros de acompanhamento, incluindo triagem para autismo e registros intersetoriais de educação e assistência social (Brasil, 2024). A Caderneta reúne as curvas de crescimento da OMS, quadros de marcos do desenvolvimento por faixa etária, calendário vacinal e orientações para familiares e profissionais, funcionando como elo de comunicação entre os diferentes pontos de atenção à saúde da criança. Apesar de seu reconhecido potencial, estudos nacionais documentam de forma consistente fragilidades no uso e no preenchimento do instrumento, especialmente nos itens relacionados à vigilância do desenvolvimento infantil, com registros deficientes

identificados em diferentes regiões do país e em distintos perfis de serviços de saúde (Teixeira et al., 2023).

Uma busca preliminar conduzida na base MEDLINE via PubMed, utilizando termos relacionados ao PCC desta revisão, não identificou revisões sistemáticas ou de escopo em andamento ou concluídas que abordem especificamente o uso, o registro e a avaliação da Caderneta da Criança ou instrumentos equivalentes no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil em serviços de saúde. No contexto nacional, Teixeira et al. (2023) conduziram uma revisão de escopo sobre a produção científica envolvendo a Caderneta da Criança no Brasil, com questão norteadora centrada em sua utilização por profissionais da saúde, gestores, familiares e cuidadores. Embora esse estudo forneça evidências relevantes, distingue-se da presente revisão em aspectos centrais: (a) seu escopo é exclusivamente nacional; (b) sua população é ampla, incluindo gestores, familiares e cuidadores; e (c) a busca foi conduzida até julho de 2021, não contemplando a produção mais recente. A presente revisão complementa essa evidência ao adotar escopo internacional, população centrada em profissionais de saúde e período de busca atualizado, além de incluir instrumentos equivalentes utilizados fora do Brasil.

A escolha pela revisão de escopo como método justifica-se pela natureza exploratória da questão de pesquisa e pela necessidade de mapear a extensão, a diversidade e a natureza da literatura disponível sobre o uso da Caderneta da Criança e instrumentos equivalentes, sem a pretensão de sintetizar evidências para fins de recomendação clínica — objetivo mais adequado a uma revisão sistemática (Peters et al., 2020). A revisão de escopo é particularmente indicada quando o tema é amplo, envolve diferentes tipos de estudo e populações, e visa identificar lacunas de pesquisa, características todas presentes neste estudo (Peters et al., 2020). A existência de literatura suficiente para os critérios de inclusão propostos é respaldada pelas publicações identificadas na busca preliminar, que confirmam a disponibilidade de estudos primários e secundários sobre o tema em âmbito nacional e internacional. O estudo seguirá o referencial metodológico do Joanna Briggs Institute (JBI) para scoping reviews, complementado pelas diretrizes do PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Mapear a produção científica sobre o uso da Caderneta de Saúde da Criança no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, identificando padrões de utilização, lacunas e fatores associados ao uso do instrumento na literatura nacional e internacional.

2.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar a produção científica disponível sobre o uso, preenchimento e avaliação da Caderneta de Saúde da Criança no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil quanto a delineamentos, populações e contextos estudados.
2. Descrever os padrões de uso e preenchimento da Caderneta da Criança identificados nos estudos, com ênfase nas dimensões de crescimento e desenvolvimento infantil.
3. Identificar os fatores estruturais e processuais associados ao uso adequado ou à subutilização da Caderneta da Criança nos serviços de saúde.
4. Mapear as lacunas do conhecimento sobre o tema evidenciadas na literatura.

3. MÉTODOS

3.1 Tipo de Estudo e Referencial Metodológico

Trata-se de uma scoping review (revisão de escopo), tipo de revisão sistemática que visa mapear a literatura existente sobre um tema de forma ampla, identificando lacunas do conhecimento e caracterizando a natureza e distribuição dos estudos disponíveis. A escolha por esse delineamento justifica-se pela natureza exploratória do tema e pela necessidade de abranger diferentes desenhos de estudo e contextos de atuação. O estudo seguiu o referencial metodológico proposto pelo Joanna Briggs Institute (JBI) para scoping reviews, complementado pelas diretrizes do PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews*), compreendendo as etapas de identificação da questão de pesquisa, identificação e seleção dos estudos relevantes, extração dos dados e agrupamento, sumarização e relato dos resultados.

3.2 Questão de Pesquisa

A questão norteadora foi construída com base na estratégia PCC (População, Conceito, Contexto): *Qual é o estado da literatura científica sobre o uso, registro ou menção da Caderneta de Saúde da Criança — ou instrumentos equivalentes — no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil em serviços de saúde?* A população abrange crianças e/ou profissionais de saúde envolvidos no cuidado infantil. O conceito refere-se ao uso, registro, avaliação ou associação com a Caderneta de Saúde da Criança ou instrumentos equivalentes no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. O contexto compreende os serviços de saúde voltados ao acompanhamento de rotina do crescimento e desenvolvimento infantil. Optou-se por uma estratégia de busca ampla, a fim de contemplar o maior número possível de estudos relacionados ao instrumento, incluindo diferentes formas de utilização — direta ou indireta — e distintos perfis populacionais, permitindo o mapeamento abrangente da literatura disponível.

3.3 Fontes de Dados, Estratégia de Busca e Seleção dos Estudos

As buscas foram realizadas nas bases de dados LILACS, PubMed e SciELO, utilizando a seguinte string: *"Caderneta da criança" OR "caderneta de saúde da criança" AND "Crescimento e desenvolvimento"*. Foram aplicados os descritores controlados DeCS/MeSH correspondentes em português, inglês e espanhol, combinados por operadores booleanos (AND, OR). Foram incluídos apenas estudos disponíveis em texto completo, nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicados nos últimos dez anos.

No LILACS, foram recuperados 77 registros; após aplicação do recorte temporal, 33 foram excluídos, resultando em 44 estudos elegíveis. No PubMed, foram identificados 125 registros; a restrição de idioma reduziu esse total para 122, o recorte temporal para 87, e a exigência de texto completo para 58 estudos elegíveis. No SciELO, foram recuperados 18 registros, dos quais 12 atenderam a todos os critérios preliminares. Ao todo, foram obtidas 114 referências, com 31 duplicatas identificadas pelo gerenciador Rayyan; dessas, 17 foram excluídas e 1 mantida, resultando em 97 referências para triagem.

3.4 Critérios de Elegibilidade

Foram incluídos estudos que abordassem profissionais de saúde — médicos, enfermeiros, técnicos — ou estudantes de áreas da saúde, bem como estudos que tratassem do

conhecimento, da prática, do uso, do preenchimento ou da adesão a instrumentos de registro de saúde infantil, como a Caderneta da Criança ou equivalentes internacionais, realizados no âmbito da Atenção Primária à Saúde ou em serviços de acompanhamento de rotina em qualquer localização geográfica. Foram aceitos estudos primários quantitativos e qualitativos, revisões sistemáticas, diretrizes clínicas e literatura cinzenta.

Foram excluídos estudos não disponíveis na íntegra; trabalhos publicados há mais de dez anos; publicações que não estivessem disponíveis em português, inglês ou espanhol; estudos que avaliassem exclusivamente pais ou familiares sem análise da atuação profissional; trabalhos com população ou tema fora do escopo da saúde infantil; estudos que utilizassem a Caderneta apenas como fonte de dados secundária; e resumos de eventos, pôsteres, editoriais e cartas.

3.5 Processo de Seleção dos Estudos

A seleção foi conduzida em duas etapas sequenciais: triagem por título e resumo, seguida de leitura do texto completo. Ao final da triagem inicial, 32 estudos foram incluídos; após a leitura na íntegra, 22 foram mantidos. Dois revisores independentes conduziram o processo de forma paralela e, em caso de divergência, um terceiro revisor foi consultado para consenso.

3.6 Extração e Síntese dos Dados

Os dados foram extraídos utilizando uma planilha padronizada contemplando os itens elencados no quadro abaixo:

Categoria	Itens extraídos
Identificação do estudo	Número, nome, autores, ano, país/local, idioma
Características metodológicas	Desenho de estudo, objetivo, N amostral, instrumento de coleta
População	Tipo de profissional, cenário de atuação

Conceito	Foco principal do estudo, instrumento de vigilância mencionado (CC, CSC ou cartão da criança), domínio do CD avaliado
Principais achados	Resultado principal, nível de conhecimento/adequação da prática, fatores associados identificados, limitações apontadas pelos autores
Relevância e controle	Como responde à PCC, revisor responsável, data de extração e observações

A síntese dos resultados foi realizada de forma narrativa e por categorias temáticas, organizadas em conformidade com o referencial metodológico do JBI e as diretrizes do PRISMA-ScR: (1) uso e preenchimento da Caderneta da Criança na vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil; (2) conhecimento e prática dos profissionais de saúde no uso da Caderneta da Criança; e (3) fatores associados ao uso e preenchimento da Caderneta da Criança.

4. RESULTADOS

4.1 Fluxograma PRISMA-ScR

A seguir, apresenta-se o fluxograma detalhando o processo de seleção dos estudos, conforme recomendações PRISMA-ScR .

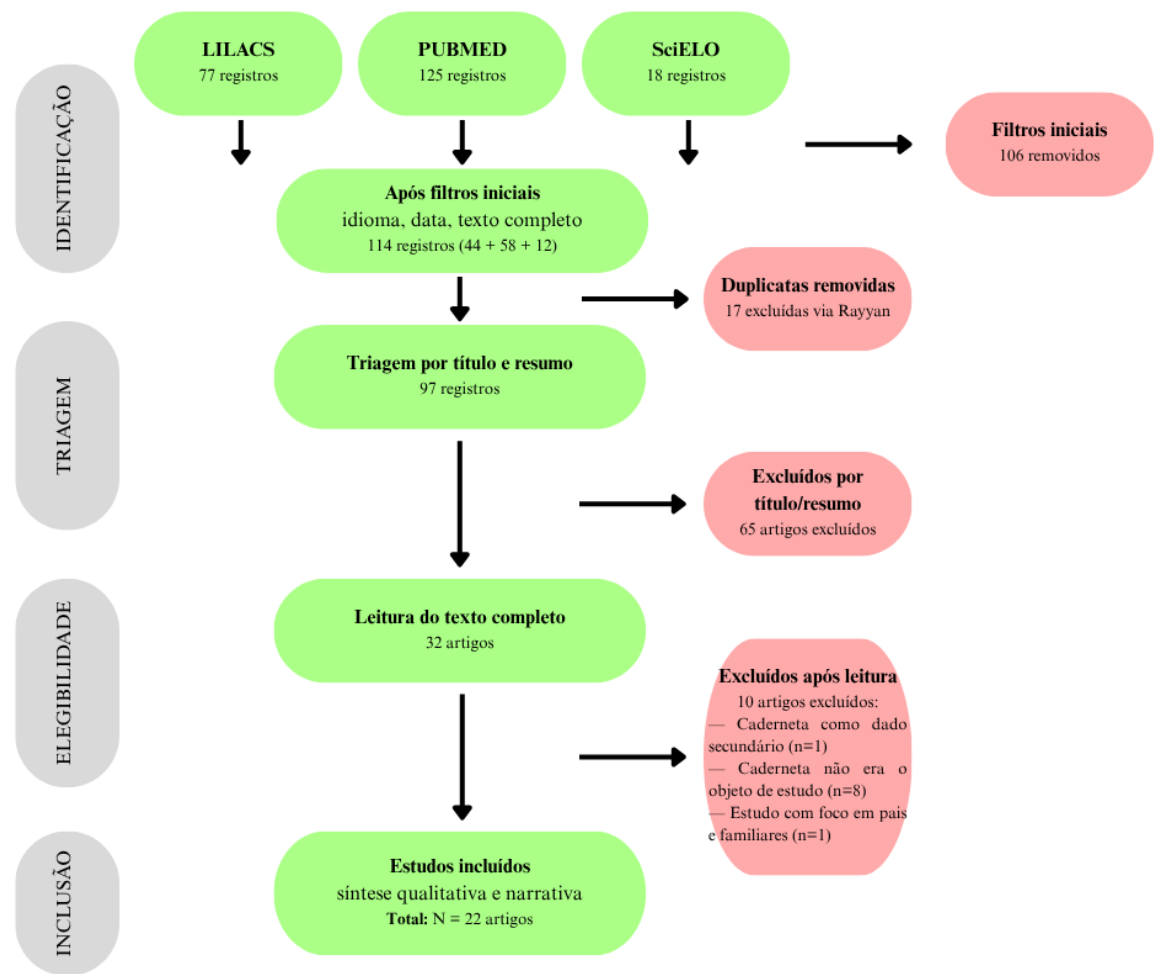


Figura 1. Fonte: elaborado pelos autores, 2026.

4.2 Características dos estudos incluídos

Tabela 1 – Características dos estudos incluídos na revisão de escopo (n = 22)

Nº	Autor, Ano	Local	Delineamento	N amostral	Tipo de profissional	Cenário	Instrumento	Domínio CD	Nível de conhecimento/ adequação da prática
1	Santos et al., 2020	Recife, PE	Transversal	109 ACS	Agente comunitário de saúde (ACS)	ESF	CSC	Ambos	Insuficiente — 18,3% capazes de orientar DNPM; treinamento prévio associado a maior percepção de competência (RP = 6,75)
2	Souza et al., 2019	Caruaru, PE	Transversal misto	40 enfermeiros + 503 cuidadores	Enfermeiros	ESF	CSC	Ambos	Parcialmente adequado — estrutura 64%, processo 86%; IMC em 13,5% das cadernetas; marcos do DNPM em 15,9%
3	Silva, 2019	Duque de Caxias, RJ	Qualitativo	24 profissionais	Multiprofissional	APS + Hospital	CSC	Ambos	Insuficiente — subutilização com registros ausentes ou incompletos (avaliação qualitativa)
4	Amorim et al., 2018	Belo Horizonte, MG	Transversal (doc.)*	367 cadernetas	ND (análise documental) *	Maternidade + APS	CSC	Ambos	Insuficiente — 44,5% com ≥60% de completude; DNPM registrado em 6%; odontograma: 99,2% em branco
5	Araújo, Gouveia e Pedraza, 2017	Dois municípios, PB	Transversal	321 crianças < 5 anos	Equipe ESF	ESF	CSC	Crescimento	Insuficiente — 42,5% de preenchimento adequado; curva P/I: 58,9%; IMC/I: 4,7%; composição da equipe como fator associado
6	Vieira et al., 2023	Município NE	Transversal analítico	31 enfermeiros; 93 consultas	Enfermeiros	ESF	CC	Ambos	Parcialmente adequado — sexo feminino e especialização associados a melhor desempenho ($p < 0,001$); DNPM entre dimensões mais deficitárias
7	Almeida et al., 2016	Brasil	Revisão sistemática	8 estudos incluídos	Misto (vários)	Misto (APS)	CSC/Cartão	Ambos	Insuficiente — consenso nos 8 estudos; gráficos raramente completos; DNPM em

Nº	Autor, Ano	Local	Delineamento	N amostral	Tipo de profissional	Cenário	Instrumento	Domínio CD	Nível de conhecimento/ adequação da prática
									~20% dos instrumentos; IMC sem uso registrado
8	Almeida et al., 2017	Sul de MG	Transversal (doc.)*	229 cadernetas	ND (análise documental)*	CEMEI	CC	Ambos	Insuficiente — 1,3% com preenchimento completo do DNPM; 74,7% sem nenhum registro de desenvolvimento; queda progressiva com a idade
9	Reichert et al., 2016	João Pessoa, PB	Transversal (doc.)*	116 cadernetas	ND (análise documental)*	USF	CC	Ambos	Insuficiente — nenhuma caderneta completa; DNPM em 31%; IMC ausente em 97,4%; maior nº de consultas associado a melhores registros
10	Gaíva et al., 2018	Cuiabá, MT	Qualitativo	4 enfermeiros; 21 consultas	Enfermeiros	ESF	CC/Denver II	Ambos	Parcialmente adequado — crescimento em 100% das consultas; DNPM em 67% (parcial); IMC em 1 consulta; sem orientações sobre estimulação
11	Teixeira et al., 2023	Brasil (nacional)	Revisão de escopo	129 estudos incluídos	Misto	Misto (APS)	CC/CSC	Ambos	Insuficiente — fragilidades em todos os estudos (exceto vacinação); preenchimento do DNPM: 0% a 72,7%; CC percebida como cartão de vacinas
12	Paulo, 2023	Juquiá, SP	Intervenção antes-depois	144 cuidadores + 20 profissionais	Enfermeiros e técnicos de enfermagem	ESF	CC	Ambos	Parcialmente adequado — melhora significativa pós-intervenção (nota: 6,6→7,8; p=0,009); melhora nos gráficos e marcos do DNPM
13	Carvalho et al., 2024	Município, RN	Qualitativo	9 enfermeiros	Enfermeiros	ESF	CC/e-SUS	Ambos	Parcialmente adequado — CC preterida pelo e-SUS; DNPM dependente de relato materno; processo de enfermagem não formalizado
14	Figueroa Pedraza, 2016	Brasil (nacional)	Revisão de literatura	16 artigos incluídos	Misto	APS	CSC	Crescimento	Insuficiente — 62,5% dos enfermeiros sem treinamento; 64,4% desconheciam as curvas da CSC; barreiras estruturais e processuais documentadas

Nº	Autor, Ano	Local	Delineamento	N amostral	Tipo de profissional	Cenário	Instrumento	Domínio CD	Nível de conhecimento/ adequação da prática
15	Caminha et al., 2017	Brasil (nacional)	Revisão sistemática	6 estudos incluídos	Misto	APS	CSC/Cartão	Desenvolvimento	Muito insuficiente — prevalência de registro do DNPM: 4,6% a 30,4%; mediana aprox. 7%; nenhum estudo com avaliação plena em todas as consultas
16	Vieira, 2017	João Pessoa, PB	Observacional quantitativo	31 enfermeiros; 93 consultas	Enfermeiros	ESF	CSC	Ambos	Insuficiente — IG geral 44,07%; vacinação/suplementações: IG 66,9%; educação em saúde: IG 23,9%; somente 1/31 com IG $\geq$ 70%
17	Figueroa Pedraza e Oliveira, 2021	Dois municípios, PB	Transversal	319 crianças	Equipe ESF (méd., enf., nutr.)	ESF	CSC	Crescimento	Muito insuficiente — uso adequado da CSC: 16,9%; uso inadequado associado negativamente ao índice estatura/idade ($\beta = -0,32$; $p=0,03$)
18	Lima et al., 2016	Brasil (nacional)	Revisão integrativa	7 estudos incluídos	Misto (vários)	APS	CSC	Ambos	Insuficiente — consenso nos 7 estudos; piores percentuais nas curvas de crescimento e desenvolvimento; CC percebida como cartão de vacinas
19	Palombo, 2016	Itupeva, SP	Intervenção antes-depois	358 pares mãe-criança + 53 profissionais	Enfermeiras, técnicos e ACS	APS (12 UBS)	CSC	Ambos	Muito insuficiente antes (4% com conhecimento satisfatório; gráficos de crescimento em 9%, DNPM em 8%); incremento de 70% pós-capacitação
20	Nobre et al., 2022	Nordeste, BR	Transversal	140 profissionais	Multiprofissional + intersetorial	UBS/ESF e outros	CC	Ambos	Insuficiente — 86,43% sem capacitação específica; 45% sem conteúdo na graduação; DNPM: 23,6% (0–12 m) e 18,6% (12–36 m)
21	Morais dos Santos et al., 2021	Recife, PE	Qualitativo	12 enfermeiros	Enfermeiros	ESF	CSC	Ambos	Parcialmente adequado — uso frequente da CSC; insegurança na avaliação e registro do DNPM; maior domínio do crescimento que do desenvolvimento
22	Silva et al., 2018	Recife, PE	Revisão integrativa	15 artigos incluídos	Enfermeiros e médicos (APS)	APS	CSC	Ambos	Inadequado — DNPM registrado em 6% das cadernetas; 9–31% com gráficos de

Nº	Autor, Ano	Local	Delineamento	N amostral	Tipo de profissional	Cenário	Instrumento	Domínio CD	Nível de conhecimento/ adequação da prática
									crescimento/desenvolvimento adequadamente preenchidos

Nota: ACS = agente comunitário de saúde; APS = Atenção Primária à Saúde; CC = Caderneta da Criança; CSC = Caderneta de Saúde da Criança; DNPM = desenvolvimento neuropsicomotor; ESF = Estratégia Saúde da Família; IG = índice geral; ND = não determinado; P/I = peso/idade; doc. = análise documental.

** Estudos que avaliaram cadernetas sem entrevistar ou observar diretamente profissionais de saúde.*

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Os 22 estudos incluídos foram publicados entre 2016 e 2024, com maior concentração no triênio 2016–2018, que reúne 12 publicações (54,5% do total), e retomada a partir de 2021, quando são identificados sete estudos. As características individuais de cada publicação estão detalhadas na Tabela 1.

Todos os estudos são oriundos do Brasil, sem que tenham sido identificadas publicações sobre instrumentos equivalentes em outros países que atendessem integralmente aos critérios de elegibilidade — resultado consistente com a natureza da Caderneta de Saúde da Criança como instrumento de política pública nacional, mas que representa uma limitação do corpo de evidências mapeado. Quanto ao idioma, 19 estudos foram redigidos em português (86,4%), dois em inglês e um em formato bilíngue.

A distribuição geográfica intranacional evidencia predominância expressiva da Região Nordeste, representada em onze estudos (50,0%), com concentração nos estados de Pernambuco e Paraíba. A Região Sudeste contribui com cinco estudos e o Centro-Oeste com um. Nenhum estudo de base local proveniente das Regiões Norte ou Sul foi identificado. Os seis estudos secundários de revisão incorporam evidências de abrangência nacional, embora com reconhecida concentração no Nordeste e Sudeste.

Quanto ao delineamento, os estudos transversais quantitativos constituem o grupo mais numeroso, com dez publicações (45,5%), sendo três de análise documental de cadernetas sem entrevista direta com profissionais. Os estudos qualitativos totalizam quatro publicações (18,2%), as revisões da literatura seis (27,3%) e os estudos de intervenção antes-depois dois (9,1%). Todos os estudos situam-se no domínio clínico-assistencial da atenção primária à saúde, com os dois estudos de intervenção apresentando adicionalmente componente educacional voltado à capacitação profissional. A totalidade dos estudos primários foi desenvolvida no âmbito da Atenção Primária à Saúde, com predominância da Estratégia Saúde da Família. Os enfermeiros constituíram a categoria profissional mais frequentemente avaliada, figurando como participantes predominantes em pelo menos oito dos dezesseis estudos primários.

4.3 Uso e preenchimento da Caderneta da Criança na vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil

A totalidade dos 22 estudos incluídos identificou algum grau de inadequação no uso ou no preenchimento da Caderneta da Criança, independentemente do delineamento, da

região e do período de publicação. Nenhum estudo relatou padrão plenamente satisfatório em todas as dimensões avaliadas. Esse achado de convergência absoluta — verificado ao longo de quase uma década em contextos geográficos distintos — confere ao problema caráter sistêmico e não circunscrito a condições locais (ver Tabela 2).

No domínio do crescimento, o parâmetro peso para a idade é o de melhor preenchimento, ainda que aquém do esperado, ao passo que o índice de massa corporal por idade é sistematicamente negligenciado em todos os estudos que o avaliaram — com percentuais que não ultrapassaram 14% em nenhuma das publicações quantitativas e ausência total de uso documentada nas revisões secundárias. O campo de vacinação constitui a exceção positiva do conjunto: com percentuais de completude entre 47% e 97%, é o único item consistentemente preenchido pelos serviços. Essa assimetria revela que a Caderneta é operacionalizada predominantemente como cartão de vacinas, não como ferramenta de vigilância integral, percepção corroborada tanto por estudos documentais quanto por pesquisas com profissionais e cuidadores.

O desenvolvimento neuropsicomotor configura o domínio de maior fragilidade. Os percentuais de registro variam de 0% a 31% nos estudos primários e de 4,6% a 30,4% nas revisões sistemáticas, com medianas que não ultrapassam 7% nas sínteses mais abrangentes. A assimetria entre crescimento e desenvolvimento não é apenas quantitativa: estudos observacionais mostram que mesmo quando o crescimento é avaliado em todas as consultas, o desenvolvimento é abordado de forma parcial ou omitida, e que a avaliação realizada depende frequentemente do relato materno em vez do uso de instrumento padronizado. Essa hierarquia implícita entre os domínios constitui o padrão mais consistente do estado da arte das evidências atuais.

4.4 Conhecimento e prática dos profissionais de saúde no uso da Caderneta da Criança

O conhecimento sobre o conteúdo e o uso adequado da Caderneta da Criança mostrou-se insuficiente na maioria dos estudos que o avaliaram, com um achado transversal particularmente relevante: a discrepância sistemática entre o desempenho autorreferido e o aferido objetivamente. Profissionais tendem a superestimar sua competência no uso do instrumento — afirmando utilizá-lo frequentemente enquanto os dados documentais indicam preenchimento precário — e a subestimar suas lacunas específicas no domínio do desenvolvimento, área em que a insegurança e a imprecisão técnica são recorrentemente

descritas nos estudos qualitativos. Essa dissociação entre percepção e prática dificulta a identificação da necessidade de formação pelos próprios profissionais e pelos gestores dos serviços.

Os estudos que avaliaram a prática clínica por observação direta produziram os dados mais reveladores. Em João Pessoa, o índice geral de desempenho dos profissionais de saúde nas consultas de puericultura foi de 44,07%, com apenas um dos 31 profissionais atingindo nível aceitável; a educação em saúde e o exame físico foram as dimensões mais deficitárias. Em Cuiabá, estudo observacional registrou crescimento avaliado em 100% das consultas e desenvolvimento abordado parcialmente em 67%, sem qualquer orientação sobre estimulação infantil em nenhuma das consultas acompanhadas. Os estudos qualitativos complementam esse retrato: profissionais relatam maior segurança e domínio no crescimento do que no desenvolvimento, descrevem o prontuário eletrônico como dispositivo que compete com o preenchimento da Caderneta, e apontam a ausência de protocolos municipais de puericultura como fator de não padronização das práticas.

Os dois estudos de intervenção demonstram que a capacitação estruturada é capaz de reverter parcialmente esse quadro, com ganhos mensuráveis e estatisticamente significativos tanto no preenchimento dos gráficos quanto nos marcos do desenvolvimento. Entretanto, ambos registram que o ganho de conhecimento não se traduz automaticamente em mudança sustentada da prática, em razão de condicionantes estruturais que permanecem sem alterações após as intervenções.

4.5 Fatores associados ao uso e preenchimento da Caderneta da Criança

Os estudos incluídos identificaram fatores associados à subutilização da Caderneta da Criança em três níveis interdependentes. No nível do profissional de saúde, a ausência de capacitação específica é o determinante mais recorrente: os estudos indicam que mais de 60% dos enfermeiros nunca receberam treinamento em vigilância do crescimento, que menos de 15% participaram de capacitação sobre a Caderneta e que menos da metade estudou o instrumento na graduação. A esses dados soma-se uma barreira atitudinal documentada por múltiplos estudos: a percepção da Caderneta como cartão de vacinação, que reduz o engajamento com seus demais campos, e o descrédito quanto à relevância clínica da vigilância sistemática do desenvolvimento neuropsicomotor.

No nível organizacional, a ausência de protocolos municipais para a consulta de puericultura favorece a não padronização das práticas, a sobrecarga assistencial limita o tempo disponível para o preenchimento integral, e a incorporação do prontuário eletrônico, em contextos sem integração com a Caderneta, opera como substituto funcional do instrumento. A maior completude dos registros na maternidade em comparação à atenção primária indica que o contexto assistencial imediato ao nascimento oferece condições mais favoráveis ao preenchimento.

No nível da família e do cuidador, a não disponibilidade da Caderneta no momento da consulta compromete o registro e foi documentada como barreira em múltiplos cenários. A escolaridade materna associa-se positivamente à qualidade do preenchimento, a percepção do instrumento como cartão de vacinas limita o engajamento familiar com os demais campos, e a vulnerabilidade social dificulta a incorporação das orientações profissionais às práticas cotidianas de cuidado. O único estudo com desfecho clínico mensurável associou o uso inadequado da Caderneta a escores Z de estatura para a idade significativamente menores, sugerindo que a subutilização do instrumento tem impacto direto sobre indicadores de saúde infantil.

4.6 Mapa de evidências

Tabela 2 – Mapa de evidências: distribuição dos estudos incluídos segundo delineamento, domínio do crescimento e desenvolvimento avaliado, e nível de adequação identificado (n = 22)

Nº	Referência	Delineamento	Domínio CD	Vigilância do crescimento — nível de adequação	Vigilância do desenvolvimento — nível de adequação	Conhecimento e prática profissional	Fatores associados identificados (níveis: P = profissional; E = estrutural/organizacional ; F = familiar/cuidador)
1	Santos et al. (2020)	Transversal quantitativo	Ambos	Não avaliado Não avaliado diretamente	Insuficiente 18,3% aptas a orientar DNPM	Insuficiente Percepção de competência baixa; treinamento: RP = 6,75	Ausência de capacitação [P]
2	Souza et al. (2019)	Transversal misto	Ambos	Parcialmente adequado Estrutura 64%; IMC: 13,5%	Insuficiente Marcos do DNPM: 15,9%	Parcialmente adequado Processo 86%; estrutura 64%	Equipes incompletas; falta de capacitação [P/E]
3	Silva (2019)	Qualitativo descritivo	Ambos	Insuficiente Registros ausentes (qualitativo)	Insuficiente Registros incompletos (qualitativo)	Insuficiente Reconhecem importância; prática insuficiente	Sobrecarga; falta de formação pediátrica [P/E]
4	Amorim et al. (2018)	Transversal documental	Ambos	Insuficiente 44,5% com $\geq 60\%$ completude	Muito insuficiente DNPM: 6%; saúde bucal: 0,8%	Não avaliado Análise documental	Nível assistencial; envolvimento familiar [E/F]
5	Araujo, Gouveia e Pedraza (2017)	Transversal	Crescimento	Insuficiente P/I 58,9%; IMC 4,7%; escore global 42,5%	Não avaliado Não avaliado	Não avaliado Análise documental	Composição da equipe (RP=1,55); idade da criança (RP=0,65) [E/criança]
6	Vieira et al. (2023)	Transversal analítico	Ambos	Parcialmente adequado Dimensão de desempenho mediano	Insuficiente Entre dimensões mais deficitárias	Parcialmente adequado Desempenho	Sexo feminino ($p < 0,001$); especialização ($p < 0,001$) [P]

Nº	Referência	Delineamento	Domínio CD	Vigilância do crescimento — nível de adequação	Vigilância do desenvolvimento — nível de adequação	Conhecimento e prática profissional	Fatores associados identificados (níveis: P = profissional; E = estrutural/organizacional ; F = familiar/cuidador)
7	Almeida AC et al. (2016)	Revisão sistemática	Ambos	Insuficiente Gráficos raramente completos; IMC ausente em todos os estudos	Insuficiente Marcos: ~20%	dicotomizado por mediana Insuficiente Consenso dos 8 estudos incluídos	Idade da criança; falta de consciência profissional [P/criança]
8	Almeida AP et al. (2017)	Transversal documental	Ambos	Insuficiente Queda progressiva com avanço da idade	Muito insuficiente 1,3% completo; 74,7% sem registro	Não avaliado Análise documental	Idade da criança; complexidade do IMC [P/criança]
9	Reichert et al. (2016)	Transversal documental	Ambos	Insuficiente P/I 34,5%; comprimento 19%; IMC ausente 97,4%	Insuficiente Algum registro: 31%	Não avaliado Análise documental	Nº de consultas (p<0,001); idade da criança [E/criança]
10	Gaíva et al. (2018)	Qualitativo observacional	Ambos	Adequado 100% das consultas observadas (n=21)	Insuficiente 14/21 consultas; relato materno em 3; sem orientações	Parcialmente adequado Crescimento: adequado; DNPM: insuficiente	Ausência de protocolo; despreparo para DNPM [E/P]
11	Teixeira et al. (2023)	Revisão de escopo	Ambos	Insuficiente Fragilidades em todos (exceto vacinação)	Insuficiente 0% a 72,7% nos estudos incluídos	Insuficiente CC percebida como cartão de vacinas	Três níveis: profissional, cuidador e contextual [P/E/F]
12	Paulo (2023)	Intervenção antes-depois	Ambos	Parcialmente adequado Melhora pós-intervenção (p=0,009)	Parcialmente adequado Melhora dos marcos do DNPM pós	Parcialmente adequado Nota: 6,6→7,8 (p=0,009)	* Intervenção EAD 30h + encontros presenciais Falta de capacitação; infraestrutura [P/E]
13	Carvalho et al. (2024)	Qualitativo descritivo	Ambos	Parcialmente adequado Avaliação relatada; prioriza e-SUS	Insuficiente Dependente de relato materno; sem instrumento validado	Parcialmente adequado Prática relatada ampla; lacunas no registro da CC	Prontuário eletrônico (e-SUS); ausência de protocolo [E]

Nº	Referência	Delineamento	Domínio CD	Vigilância do crescimento — nível de adequação	Vigilância do desenvolvimento — nível de adequação	Conhecimento e prática profissional	Fatores associados identificados (níveis: P = profissional; E = estrutural/organizacional ; F = familiar/cuidador)
14	Figueroa Pedraza (2016)	Revisão de literatura	Crescimento	Insuficiente 64,4% desconheciam curvas; 62,5% sem treinamento	Não avaliado Foco em crescimento	Insuficiente Barreiras estruturais e processuais documentadas	Falta de treinamento; ausência de protocolos; infraestrutura [P/E]
15	Caminha et al. (2017)	Revisão sistemática	Desenvolvimento	Não avaliado Foco em desenvolvimento	Muito insuficiente 4,6% a 30,4%; mediana ~7%	Insuficiente Descrédito sobre vigilância do desenvolvimento	Descrédito; desorganização; desconhecimento [P/E]
16	Vieira (2017)	Observacional descritivo	Ambos	Insuficiente IG crescimento 60,92 (< mínimo de 70%)	Insuficiente Entre as dimensões mais deficitárias	Insuficiente IG geral 44,07%; apenas 1/31 enfermeiros ≥70%	Processo de trabalho reativo; falta de capacitação [P/E]
17	Figueroa Pedraza e Oliveira (2021)	Transversal analítico	Crescimento	Muito insuficiente Uso adequado: 16,9%; $\beta = -0,32$ ($p = 0,03$) com E/I	Não avaliado Não avaliado	Muito insuficiente Uso adequado: 16,9%	Equipe incompleta; ausência de nutricionista; escolaridade materna [E/F]
18	Lima et al. (2016)	Revisão integrativa	Ambos	Insuficiente Piores percentuais nas curvas de crescimento	Insuficiente Piores percentuais no desenvolvimento	Insuficiente Despreparo profissional: consenso dos 7 estudos	Falta de capacitação; dificuldade com curvas [P]
19	Palombo (2016)	Intervenção antes-depois	Ambos	Muito insuficiente Pré: 9%; melhora pós *	Muito insuficiente Pré: 8% adequado; melhora pós *	Muito insuficiente Pré: 4% satisfatório; pós: +70% *	* Intervenção: capacitação presencial + EAD Infraestrutura; modelo médico hegemônico [P/E]
20	Nobre et al. (2022)	Transversal	Ambos	Insuficiente P/I: 40,71%; uso frequente: 46,43%	Insuficiente DNPM 0–12m: 23,6%; 12m–3a: 18,6%	Insuficiente 86,43% sem capacitação; apenas 3,57% excelente	Ausência de capacitação pré e pós-graduação [P]

Nº	Referência	Delineamento	Domínio CD	Vigilância do crescimento — nível de adequação	Vigilância do desenvolvimento — nível de adequação	Conhecimento e prática profissional	Fatores associados identificados (níveis: P = profissional; E = estrutural/organizacional ; F = familiar/cuidador)
21	Morais dos Santos et al. (2021)	Qualitativo	Ambos	Parcialmente adequado Maior domínio e segurança no crescimento	Insuficiente Insegurança; imprecisão; registros insatisfatórios	Parcialmente adequado CSC utilizada; lacunas no registro do DNPM	Ausência de formação específica; subjetividade do DNPM [P/F]
22	Silva et al. (2018)	Revisão integrativa	Ambos	Insuficiente 9–31% das CSC com gráficos adequados	Muito insuficiente DNPM: 6% das cadernetas	Insuficiente Despreparo; ausência de orientação às famílias	Sobrecarga; baixa escolaridade materna; burocracia [P/E/F]

**Estudo com intervenção educativa avaliada.*

Nota: CC = Caderneta da Criança; CSC = Caderneta de Saúde da Criança; DNPM = desenvolvimento neuropsicomotor; E/I = escore Z de estatura/idade; EAD = ensino a distância; IG = índice geral; IMC = índice de massa corporal; P/I = peso/idade; RP = razão de prevalência; β = coeficiente de regressão linear.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

4.7 Sumário dos Principais Achados

O mapeamento sistemático das evidências disponíveis sobre o uso e o preenchimento da Caderneta da Criança por profissionais de saúde da atenção primária no Brasil permite formular seis achados que respondem ao objetivo desta revisão.

O primeiro é a universalidade da insuficiência: todos os 22 estudos identificaram inadequação no uso ou no preenchimento do instrumento. A ausência de qualquer estudo com resultado plenamente satisfatório em todas as dimensões, ao longo de quase uma década e em diferentes regiões do país, indica que o problema tem caráter sistêmico.

O segundo é a assimetria estrutural entre os domínios: o crescimento é avaliado com maior frequência e consistência do que o desenvolvimento neuropsicomotor, e o IMC por idade é o indicador mais sistematicamente negligenciado mesmo dentro do domínio de crescimento. Essa hierarquia implícita — crescimento acima do desenvolvimento, vacinação acima de ambos — reproduz-se de forma independente do contexto e do delineamento dos estudos.

O terceiro é a função reduzida da Caderneta como cartão de vacinas. Com percentuais de completude entre 47% e 97%, a vacinação é o único item consistentemente registrado. Esse achado, convergente em estudos primários e revisões, indica que o potencial do instrumento como ferramenta de vigilância integral permanece amplamente inexplorado na prática assistencial.

O quarto é a lacuna formativa de caráter estrutural, que opera simultaneamente na graduação e na educação permanente. A discrepância sistemática entre desempenho autorreferido e aferido objetivamente sugere que os profissionais carecem não apenas de informação técnica, mas de oportunidades de prática supervisionada e de reflexão crítica sobre a própria atuação.

O quinto é a multidimensionalidade dos determinantes da subutilização, distribuídos em três níveis — profissional, estrutural/organizacional e familiar — que interagem de forma complexa. Intervenções restritas a um único nível tendem a ser insuficientes para produzir mudança sustentada, conforme demonstrado pelos dois estudos de intervenção incluídos.

O sexto achado é que intervenções educativas estruturadas são eficazes no ganho de conhecimento e na melhora do preenchimento, mas encontram barreiras de infraestrutura que limitam sua sustentabilidade. A capacitação isolada é necessária, porém insuficiente: abordagens multicomponentes que articulem formação profissional, reorganização dos processos de trabalho e engajamento das famílias são necessárias para produzir impacto duradouro no uso da Caderneta da Criança.

5. DISCUSSÃO

A atual revisão de escopo evidenciou um repertório de 22 estudos exclusivamente nacionais, publicados entre 2016 e 2024, com predominância de delineamentos transversais quantitativos e forte concentração na Região Nordeste. Esse perfil revela que o tema tem base empírica estabelecida no Brasil, porém com cobertura geográfica desigual e ausência de estudos primários sobre instrumentos equivalentes fora do país — achado que já constitui uma lacuna significativa do conhecimento.

Outro achado convergente dos 22 estudos é que o instrumento é subutilizado de maneira sistemática em praticamente todas as suas dimensões, com exceção da vacinação, o que é uma redução funcional não exclusiva do contexto brasileiro. A consistência desse padrão ao longo de quase uma década de produção científica, verificada em diferentes regiões do país e por métodos distintos de aferição — análise documental de cadernetas, observação direta de consultas de puericultura, entrevistas com profissionais e revisões sistemáticas —, afasta a hipótese de que se trate de fenômeno localizado ou dependente de condições específicas de serviço. A ausência de estudos sobre instrumentos análogos em outros países que atendam aos critérios de elegibilidade desta revisão impede a comparação direta com outros contextos nacionais, mas não compromete a solidez do diagnóstico construído a partir do compilado brasileiro.

Em relação aos possíveis fatores estruturais e processuais associados ao uso adequado, a análise e a responsabilização é tridimensional, abrangendo o nível do profissional, o nível organizacional dos serviços e o nível familiar. A centralidade da capacitação profissional como determinante do uso adequado da Caderneta da Criança e está amplamente sustentada pelos achados desta revisão: a ausência de treinamento específico sobre o instrumento, documentada em proporções que variam de 62,5% a 86,4% dos profissionais nos diferentes estudos incluídos, emerge como o fator individual mais consistentemente associado à

subutilização em contextos de atenção primária. A ausência de exigência formal de conteúdos sobre a Caderneta nos currículos de graduação das profissões de saúde e a insuficiência das iniciativas de educação permanente nos serviços da APS agravam esse hiato — aspecto que contrasta com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que estabelece explicitamente como responsabilidade do Ministério da Saúde a promoção da capacitação e da educação permanente dos profissionais para a atenção integral à saúde da criança no SUS (Brasil, 2015).

Nesse sentido, a subutilização da Caderneta da Criança como um todo representa uma dissonância entre o preconizado pela política pública nacional e o efetivamente praticado nos serviços de saúde. A PNAISC, instituída pela Portaria GM n.º 1.130/2015, posiciona a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado integral à criança e a Caderneta como ferramenta central desse processo (Brasil, 2015). A atualização do instrumento em 2024, com incorporação de triagem para transtorno do espectro autista e de campos intersetoriais de educação e assistência social (Brasil, 2024), amplia o potencial da Caderneta como dispositivo de vigilância integral — mas a literatura mapeada indica que esse potencial permanece largamente inexplorado mesmo nas versões anteriores, sugerindo que a ampliação do conteúdo, sem investimento equivalente na formação dos profissionais que o utilizam, tende a aumentar as distâncias entre instrumento e prática.

Dessa forma, o presente estudo identificou cinco lacunas de conhecimento que orientam a necessidade de mais pesquisas e diferentes abordagens sobre o tema. A primeira e mais abrangente é a ausência completa de estudos internacionais que atendam aos critérios de elegibilidade desta revisão. Embora o protocolo tenha previsto a inclusão de publicações sobre instrumentos equivalentes em outros países, nenhum estudo fora do Brasil foi identificado — o que pode refletir tanto a especificidade terminológica da estratégia de busca quanto a real escassez de produção sobre instrumentos análogos que contemple profissionais de saúde como população de interesse. Essa lacuna compromete a possibilidade de comparação intercultural dos padrões de uso e dos fatores associados.

A segunda lacuna diz respeito às desigualdades geográficas nacionais: nenhum estudo de base local proveniente das Regiões Norte ou Sul do Brasil foi identificado. Dado que essas regiões apresentam contextos socioeconômicos, de acesso a serviços e de composição das equipes de saúde distintas das regiões mais estudadas, é possível que os padrões de uso da Caderneta e os fatores associados sejam substancialmente diferentes nessas localidades.

A terceira lacuna refere-se à ausência de estudos com delineamentos longitudinais que investiguem a trajetória do preenchimento da Caderneta ao longo do tempo e seus efeitos sobre desfechos de saúde infantil. O único estudo da amostra que avaliou a relação entre uso da Caderneta e indicadores de saúde documentou associação entre uso inadequado e menores escores Z de estatura para a idade (Figueroa Pedraza; Oliveira, 2021), mas o delineamento transversal impede inferência causal. Estudos longitudinais que acompanhem crianças desde o nascimento e monitorem tanto a qualidade do preenchimento quanto indicadores de crescimento, desenvolvimento e morbidade são necessários para estabelecer o impacto clínico do uso adequado do instrumento.

A quarta lacuna concerne à integração entre a Caderneta e os sistemas de informação em saúde, especialmente o prontuário eletrônico e-SUS. Dois estudos qualitativos identificaram o prontuário como concorrente funcional da Caderneta no momento da consulta (Carvalho et al., 2024; Gaíva et al., 2018), mas nenhum estudo avaliou sistematicamente as condições de uso simultâneo entre os dois sistemas ou estratégias de integração que possam potencializar o preenchimento do instrumento. Esse é um campo de pesquisa emergente e de alta relevância para a gestão dos serviços de APS.

A quinta lacuna é a escassez de estudos de avaliação de intervenções com delineamentos metodológicos robustos. Apenas dois estudos intervencionistas foram identificados — ambos sem grupo controle e com seguimento restrito ao pós-imediato da capacitação. Não há na literatura mapeada ensaios clínicos randomizados, estudos de séries temporais interrompidas ou avaliações de impacto de políticas de educação permanente sobre o uso da Caderneta da Criança, o que impede o estabelecimento de uma base de evidências sólida para futuras intervenções.

Ainda assim, no plano da prática, os achados desta revisão oferecem um conjunto de indicações que os serviços, gestores e instituições de ensino podem considerar na rotina de atendimento. A literatura mapeada aponta de forma consistente que a ausência de capacitação específica é o fator individual mais frequentemente associado à subutilização da Caderneta da Criança; nesse sentido, os dados indicam que iniciativas de formação continuada sobre o instrumento, com ênfase no domínio do desenvolvimento neuropsicomotor, têm potencial de contribuir para a melhoria dos registros. Os estudos também apontam que a eficácia de tais iniciativas tende a ser limitada na ausência de protocolos municipais de puericultura que orientem sistematicamente as ações esperadas em cada consulta. No âmbito da formação

inicial, os dados indicam que menos da metade dos profissionais estudados tiveram contato com a Caderneta durante a graduação, o que sugere que os currículos das áreas da saúde podem constituir um ponto de entrada relevante para o desenvolvimento de competências específicas no uso do instrumento. A tensão entre o preenchimento da Caderneta e o registro no prontuário eletrônico, documentada em estudos qualitativos, indica a pertinência de que gestores e equipes avaliem estratégias locais de integração entre os dois sistemas.

Por fim, esta revisão de escopo apresenta limitações em dois planos que devem ser considerados na interpretação dos achados: as limitações do próprio processo de revisão e as limitações metodológicas das fontes incluídas.

No que diz respeito ao processo de revisão, a estratégia de busca, conduzida em três bases de dados com descritores centrados nos termos específicos da Caderneta da Criança, pode ter resultado em recuperação insuficiente de publicações sobre instrumentos equivalentes em outros países, cujas denominações diferem significativamente. O recorte temporal de dez anos impede a análise evolutiva dos padrões de uso ao longo das diferentes versões históricas do instrumento desde 1984. A ausência de avaliação crítica formal das fontes limita a possibilidade de ponderar os achados segundo a qualidade metodológica das evidências. Por fim, a concentração geográfica dos estudos nas Regiões Nordeste e Sudeste restringe a representatividade dos achados para o conjunto do território nacional.

No que diz respeito às limitações das fontes incluídas, a heterogeneidade metodológica dos trabalhos é o principal aspecto a considerar. O predomínio de delineamentos transversais — presentes em dez dos dezesseis estudos primários — impede inferência causal sobre as relações entre fatores associados e qualidade do preenchimento da Caderneta. Parte considerável dos dados sobre conhecimento e prática profissional foi obtida por instrumentos de autoavaliação, que são intrinsecamente sujeitos a viés — evidenciado pela discrepância documentada entre o desempenho autorreferido e o aferido por observação direta. A heterogeneidade dos instrumentos de coleta e das definições operacionais de "preenchimento adequado" entre os estudos limita a comparabilidade direta dos percentuais reportados. As amostras de conveniência, utilizadas na maioria dos estudos primários, comprometem a representatividade dos resultados para além dos contextos locais investigados. Por fim, os estudos analisados avaliaram diferentes versões da Caderneta da Criança — do Cartão da Criança à versão de 2024 —, cujos conteúdos e campos diferem

entre si, o que pode introduzir variação nos parâmetros de avaliação do preenchimento ao longo do período estudado.

6. CONCLUSÃO

Esta revisão de escopo mapeou a produção científica sobre o uso, o registro e a avaliação da Caderneta da Criança no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil nos serviços de saúde, respondendo ao objetivo proposto com base em 22 estudos publicados entre 2016 e 2024. Em resposta direta à questão norteadora — qual é o estado da literatura científica sobre o uso, o registro ou a menção da Caderneta de Saúde da Criança no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil em serviços de saúde? —, os achados revelam que a literatura nacional documenta de forma consistente e convergente a subutilização sistemática do instrumento, com lacunas particularmente graves no registro do desenvolvimento neuropsicomotor e do índice de massa corporal por idade, em todas as regiões estudadas e ao longo de todo o período analisado.

A convergência absoluta dos achados — nenhum estudo identificou padrão plenamente adequado em todas as dimensões avaliadas — indica que o problema não é localizado nem episódico, mas estrutural. Ele resulta da interação entre deficiências na formação profissional, tanto inicial quanto continuada; fragilidades na organização dos processos de trabalho nos serviços de atenção primária; e ausência de mecanismos sistemáticos de avaliação e monitoramento do uso do instrumento pelos gestores locais. O achado de que a Caderneta é percebida, por profissionais e famílias, predominantemente como cartão de vacinação evidencia que décadas de sucessivas atualizações do instrumento pelo Ministério da Saúde não foram acompanhadas de investimento equivalente na formação dos profissionais que deveriam operacionalizá-lo.

Os resultados desta revisão têm implicações diretas para a formação dos profissionais de saúde no Brasil. A constatação de que menos da metade dos profissionais estudados recebeu qualquer formação sobre a Caderneta durante a graduação aponta para uma lacuna curricular identificável e potencialmente corrigível já na formação. Consideradas as limitações desta revisão, notadamente a ausência de estudos internacionais, a concentração geográfica nas Regiões Nordeste e Sudeste e as fragilidades metodológicas das fontes incluídas, os achados não permitem conclusões definitivas sobre a universalidade dos padrões identificados. Ainda assim, a consistência e a replicabilidade dos resultados ao longo de quase

uma década de produção científica conferem solidez ao diagnóstico aqui formulado. O uso adequado da Caderneta da Criança não é uma exigência burocrática: é uma condição para que o acompanhamento integral do crescimento e do desenvolvimento infantil cumpra seu papel na proteção do direito de cada criança brasileira a um desenvolvimento saudável e pleno.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Abner Pereira de *et al.* O registro do crescimento e desenvolvimento da criança na caderneta de saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 25, 2017.

ALMEIDA, Ana Claudia de *et al.* Use of a monitoring tool for growth and development in Brazilian children – systematic review. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 34, n. 1, p. 122–131, 2016.

ALTAFIM, E. R. P. et al. Measuring early childhood development in Brazil: validation of the Caregiver Reported Early Development Instruments (CREDI). *Jornal de Pediatria*, v. 96, n. 1, p. 66-75, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.07.008>. Acesso em: maio 2026.

AMORIM, Leonardo de Paula *et al.* Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança nos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol. serv. saúde*, v. 27, n. 1, p. e201701116–e201701116, 2018.

APARECIDA MUNHOZ GAÍVA, Maria *et al.* Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem. *Avances en Enfermería*, v. 36, n. 1, p. 9–21, 2018.

ARAUJO, Erika Morganna Neves de; GOUVEIA, Marcia Teles de Oliveira; PEDRAZA, Dixis Figueroa. Use of a child health surveillance instrument focusing on growth. A cross-sectional study. *São Paulo med. j.*, v. 135, n. 6, p. 541–547, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Criança — Passaporte da Cidadania: menina. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Criança — Passaporte da Cidadania: menino. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n.º 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). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 1 jun. 2026.

CAMINHA MFC *et al.* SURVEILLANCE OF CHILD DEVELOPMENT: AN ANALYSIS OF BRAZIL'S SITUATION. *Revista paulista de pediatria : orgao oficial da Sociedade de Pediatria de Sao Paulo*, v. 35, n. 1, p. 102–109, 2017.

CARVALHO, Matheus Fernandes *et al.* Acciones del enfermero en la consulta de enfermería de puericultura en la atención primaria. *Enferm. glob.*, v. 23, n. 73, p. 283–321, 2024.

KLIEGMAN, Robert M. *et al.* Crescimento e desenvolvimento físico. In: KLIEGMAN, Robert M.; ST. GEME, Joseph W.; BLUM, Nathan J. *et al.* Nelson Tratado de Pediatria. 21. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2020. cap. 4.

LIMA, Larissa Guimarães *et al.* A utilização da caderneta de saúde da criança no acompanhamento infantil. *Rev. bras. ciênc. saúde*, v. 20, n. 2, p. 167–174, 2016.

MUNHOZ, T. N. *et al.* Fatores associados ao desenvolvimento infantil em crianças brasileiras: linha de base da avaliação do impacto do Programa Criança Feliz. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 2, e00316920, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00316920>. Acesso em: maio 2026.

NOBRE, Caroline Soares *et al.* Caderneta da Criança: análise situacional de sua utilização por profissionais no nordeste brasileiro. *J. Health Biol. Sci. (Online)*, v. 10, n. 1, p. 1–9, 2022.

PALOMBO, Claudia Nery Teixeira. Aconselhamento nutricional na atenção básica: conhecimentos e práticas de profissionais, estado nutricional e alimentação da criança antes e após capacitação. p. 171 p-171 p, 2016.

PAULO, Geziel Muniz de. A vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil na atenção primária à saúde do município de Juquiá, São Paulo. p. 92–92, 2023.

PEDRAZA DF; OLIVEIRA MM. [Nutritional status of children and health services provided by Family Health teams]. *Ciencia & saude coletiva*, v. 26, n. 8, p. 3123–3134, 2021.

PEDRAZA, Dixis Figueroa. Growth surveillance in the context of the primary public healthcare service network in Brazil: literature review. *Rev. bras. saúde matern. infant*, v. 16, n. 1, p. 7–19, 2016.

PETERS, M. D. J. *et al.* Scoping reviews (2020 version). In: AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (ed.). *JBIManual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Cap. 11. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. Acesso em: maio 2026.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva *et al.* VIGILÂNCIA DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO: ANÁLISE DOS REGISTROS NA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA. *Cogitare Enfermagem*, v. 21, n. 4, p. 1–9, 2016.

SANTOS, Nathália Ingrid Moraes dos *et al.* Vivências de enfermeiros na consulta de puericultura: percepção sobre os sinais de risco/atraso para o desenvolvimento infantil. *Rev. urug. enferm*, v. 16, n. 1, p. 1–14, 2021.

SANTOS, Washington José dos *et al.* Avaliação do conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde sobre o conteúdo da Caderneta da Saúde da Criança. *J. Health Biol. Sci. (Online)*, v. 8, n. 1, p. 1–5, 2020.

SILVA, Talita Cristina Tomaz da. A caderneta de saúde da criança para o cuidado integral à saúde infantil: percepções de profissionais de saúde. p. 110–110, 2019.

SILVA, Talita Cristina Tomaz da; CURSINO, Emília Gallindo; SILVA, Liliane Faria da. Caderneta de saúde da criança: vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil. Rev. enferm. UFPE on line, v. 12, n. 12, p. 3445–3455, 2018.

SOUZA, Natália dos Santos *et al.* Vigilância e estímulo do crescimento e desenvolvimento infantil. Rev. enferm. UFPE on line, v. 13, n. 3, p. 680–689, 2019.

TEIXEIRA, Juliana Araujo *et al.* Studies on the Child Handbook in Brazil: a scoping review. Revista de Saúde Pública, v. 57, 2023.

VIEIRA, Daniele de Souza. Consulta de puericultura: um olhar sobre a prática do enfermeiro. p. 122f–122f, 2017.

VIEIRA, Daniele de Souza *et al.* FATORES QUE INFLUENCIAM A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA CONSULTA DE PUERICULTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA. Revista Baiana de Enfermagem, v. 37, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: WHO, 2006. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/924154693X>. Acesso em: maio 2026.