



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

RUTE COSTA RÉGIS DE SOUSA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE COM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
SOBRE PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

RECIFE
2022

RUTE COSTA RÉGIS DE SOUSA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE COM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
SOBRE PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

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

Área de concentração: Enfermagem e Educação em saúde

Linha de Pesquisa: Saúde da família nos cenários do cuidado de Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Wanderleya Lavor
Coriolano-Marinus

RECIFE

2022

S725e Sousa, Rute Costa Régis de
Educação permanente com profissionais da atenção primária sobre promoção do desenvolvimento infantil / Rute Costa Régis de Sousa . – 2022.
138 f. : il.

Orientador: Maria Wanderleya Lavor Coriolano-Marinus.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Recife, 2022.

Inclui referências, apêndice e anexos.

1. Desenvolvimento infantil. 2. Pessoal de saúde. 3. Educação permanente em saúde. 4. Pesquisa qualitativa. 5. Enfermagem. I. Coriolano-Marinus, Maria Wanderleya Lavor (orientador). II. Título.

616.73 CDD (22.ed.) UFPE (CCS 2022 - 254)

RUTE COSTA RÉGIS DE SOUSA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE COM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
SOBRE PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

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

Área de concentração: Enfermagem e Educação em saúde

Linha de Pesquisa: Saúde da família nos cenários do cuidado de Enfermagem

Aprovada em: 30/03/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Maria Wanderleya Lavor Coriolano-Marinus (orientador)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Prof^a. Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Prof^a. Dra. Fabia Alexandra Pottes Alves (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Prof^a. Dra. Grayce Alencar Albuquerque (Examinador Externo)
Universidade Regional do Cariri (URCA)

Às mulheres da minha vida que me cercam com suas histórias de coragem,
lutas e conquistas, e me empurram para que eu sempre dê o melhor de mim,

Dedico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Senhor Jesus, pela graça derramada durante todo período de construção da dissertação.

Agradeço à minha orientadora Professora Wanderleya que com sua calma, paciência e gentileza me ajudaram a chegar até esse momento. Professora, obrigada por acreditar em mim!

Agradeço pelo exemplo dado pelas mulheres que fazem parte da minha vida: Mamãe, Camila, Ana Catarina, Raísa e Gleicy. A coragem de vocês, em conquistar aquilo em que se acredita, me inspirou a dar o melhor de mim.

Agradeço à todos que fazem a Escola Doce Criança, em especial Dona Meire, Sr. Fernando, Gabi, Ana e Camila que dão a minha bebê todo carinho e atenção, e me permitiu dedicar tempo para a construção do trabalho.

Agradeço às colegas do mestrado que se tornaram amigas muito especiais, e estavam sempre me mandando mensagens para saber como estava o mestrado e me motivar dizendo que tudo daria certo. Obrigada Tarcila, Professora Cândida e Marília.

Agradeço à todos do programa de pós-graduação em enfermagem, em especial à Professora Francisca Márcia e Lucina Leal que sempre estiveram disponíveis para tirar dúvidas e resolver problemas sobre matrículas, prazos e créditos necessários.

Agradeço à Rebeca, irmã, pela ajuda no processo de transcrição dos áudios.

Agradeço à tia Tarcila e Tarcisinha por serem minha rede de apoio, aqui em Recife, e estarem sempre prontas para me ajudar, o carinho de vocês me fortalece.

Agradeço também ao meu esposo, Robério, pela ajuda que você sempre tentou me dar, apesar das dificuldades. Amo você!

Por último, mas não menos importante, principalmente nos tempos atuais, agradeço à FACEPE e ao CNPq pelo suporte financeiro que permitiu que essa pesquisa fosse realizada.

RESUMO

O desenvolvimento infantil faz parte do desenvolvimento humano, e pode ser definido como um processo de amadurecimento, de continuidade e mudanças, ao longo do tempo, no qual diferentes habilidades são desenvolvidas, seguindo uma sequência progressiva desde o começo da vida. Os profissionais de saúde da atenção primária possuem como responsabilidade, a vigilância do desenvolvimento infantil, com a incorporação de conhecimentos que apoiem as famílias e cuidadores nesse processo. O objetivo desse estudo foi analisar as contribuições de um processo de educação permanente com profissionais da atenção primária frente aos conhecimentos e práticas sobre a promoção do desenvolvimento infantil à luz da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner. O estudo seguiu as etapas da pesquisa ação, com abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa: 3 enfermeiros, 1 fonoaudiólogo, 1 terapeuta ocupacional, 1 nutricionista, 1 cirurgião dentista, 7 agentes comunitários de saúde, 1 técnico de enfermagem e 1 auxiliar de saúde bucal. Os participantes foram profissionais de saúde da atenção básica, os quais trabalhavam com crianças de zero a seis anos e integravam uma das três equipes de saúde da família ou do núcleo de apoio à saúde da família, no bairro da Várzea, no município do Recife/Brasil. A coleta de dados se deu por meio da técnica de grupo focal na modalidade de grupo operativo, que aconteceu ao longo de oito encontros, onde ocorreram os grupos focais. A ação Educativa, contemplou as etapas de ação-reflexão-ação, conforme diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e foi executada em conjunto com os participantes, por meio de atividades de ensino-aprendizagem e aplicação dos conhecimentos à realidade do trabalho com crianças e famílias. A avaliação ocorreu de forma processual ao longo da ação educativa, além de uma avaliação após um mês do término da ação educativa. A partir dos conhecimentos construídos ao longo dos grupos focais, foram construídas indutivamente e dedutivamente três temas: 1) Práticas profissionais e conhecimentos prévios sobre o desenvolvimento infantil; 2) Reflexões sobre os novos conhecimentos e novas ressignificações para a prática profissional; 3) Planejamento e implementação de mudanças na prática. No primeiro tema foi possível evidenciar no discurso dos profissionais, que as pessoas presentes no desenvolvimento foram a avó, a mãe e o profissional de saúde. Os processos proximais estabelecidos entre as pessoas eram principalmente negativos. A violência, o uso de drogas, a pobreza, a falta de creches e educação, o desemprego, o machismo e falta de planejamento familiar formavam o

contexto em que o desenvolvimento ocorria. O tempo foi o componente menos presente no discurso dos profissionais e aparece como um marcador das mudanças que se deseja que aconteça e das alterações na sociedade. O segundo tema compreendeu as reflexões feitas sobre o processo de trabalho dos profissionais e suas experiências pessoais enquanto cuidadores. O tema três compreende as mudanças vivenciadas pelos profissionais de saúde em suas práticas profissionais, tais como a motivação e sentimento de pertencimento; e também as intervenções planejadas, voltadas para o usuário que tinham como objetivo a promoção do desenvolvimento, tais como um vídeo sobre o desenvolvimento infantil, um roteiro para a visita domiciliar, um kit de brinquedos recicláveis para estimulação da criança. A estratégia de Educação Permanente em Saúde apresentou contribuições positivas, pois foi capaz de promover reflexões sobre o processo de trabalho e as experiências pessoais, mudanças na prática profissional, além de evidenciar todos os componentes presentes no modelo processo-pessoa-contexto-tempo a partir do discurso dos profissionais de saúde.

Palavras-chaves: desenvolvimento infantil; profissionais de saúde; educação permanente em saúde; pesquisa qualitativa; pesquisa-ação; enfermagem.

ABSTRACT

Child development is within human development, and can be defined as a process of maturation, continuity, and change, over time, in which different skills are developed, following a progressive sequence from the beginning of life. Primary care health professionals are responsible for monitoring child development, incorporating knowledge to support families and caregivers in this process. The objective of this study was to analyze the contributions of a continuing education process with primary care professionals in relation to knowledge and practices on the promotion of child development in the light of Bronfenbrenner's Bioecological Theory of Human Development. The study followed the steps of action research, with a qualitative approach. Participated in the research: 3 nurses, 1 speech therapist, 1 occupational therapist, 1 nutritionist, 1 dental surgeon, 7 community health agents, 1 nursing technician and 1 oral health assistant. The participants were primary care health professionals, who worked with children from zero to six years of age and were part of one of the three family health teams or the family health support center, in the Várzea neighborhood, in the city of Recife/ Brazil. Data collection took place through the focus group technique in the operative group modality, it took place over eight meetings, where the focus groups took place. The Educational Action included the steps of action-reflection-action, according to the guidelines of the National Policy on Permanent Education in Health, and was carried out together with the participants, through teaching-learning activities and application of knowledge to the reality of work with children and families. The evaluation took place in a procedural way throughout the educational action, in addition to an evaluation one month after the end of the educational action. Based on the knowledge built up during the focus groups, three thematic categories were built inductively and deductively: 1) Professional practices and previous knowledge about child development; 2) Reflections on new knowledge and new meanings for professional practice; 3) Planning and implementing changes in practice. In the first category, it was possible to evidence, from the professionals' discourse, that the people present in the development were the grandmother, the mother, and the health professional. The proximal processes established between people were mostly negative. Violence, drug use, poverty, lack of day care and education, unemployment, sexism and lack of family planning formed the context in which development took place. Time was the least present component in the professionals' discourse and appears as a marker of the changes that are desired to

happen and the changes in society. The second category comprised the reflections made on the professionals' work process and their personal experiences as caregivers. Category three comprises the changes experienced by health professionals in their professional practices, such as motivation and feeling of belonging; and also the planned interventions aimed at the user that aimed to promote development, such as a video on child development, a guide for home visits, a kit of recyclable toys for child stimulation. The Permanent Health Education strategy presented positive contributions, as it was able to promote reflections on the work process and personal experiences, changes in professional practice, in addition to highlighting all the components present in the process-person-context-time model from of the discourse of health professionals.

Keywords: child development; health personnel; continuing education; qualitative research; action research; nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Etapas da pesquisa-ação conforme proposto por Mertler, (2013). Recife, 2022.....	27
Figura 2 - Pessoas envolvidas no desenvolvimento segundo o discurso dos profissionais saúde.....	36
Figura 3 - Processos proximais presentes no desenvolvimento segundo o discurso dos profissionais de saúde.....	40
Figura 4 - Níveis do contexto presentes no desenvolvimento segundo o discurso dos profissionais de saúde.....	45
Figura 5 - Fatores relacionados ao componente tempo descrito no discurso dos profissionais de saúde.....	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Códigos e falas representativos das reflexões sobre conhecimentos e práticas dos profissionais.....	51
Quadro 2 - Códigos e falas representativos das reflexões sobre vivências a partir dos conhecimentos construídos em grupo.....	54
Quadro 3 - Códigos e falas representativos das mudanças no mundo do trabalho.....	57
Quadro 4 - Códigos e falas representativos das limitações para mudanças no mundo do trabalho.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MDS	Metas para o Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
APS	Atenção Primária à Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TDBH	Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	equipe de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PPCT	Processo-Pessoa-Contexto-Tempo
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro Autista
QI	Coeficiente de Inteligência

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	OBJETIVOS.....	20
1.1.1	Objetivo geral.....	20
1.1.2	Objetivos específicos.....	20
2	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	21
2.1	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	21
2.2	A TEORIA BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO: DO SEU NASCIMENTO AO MODELO ATUAL.....	22
2.3	O MODELO PROCESSO-PESSOA-CONTEXTO-TEMPO (PPCT).....	23
3	CAMINHO METODOLÓGICO.....	27
3.1	CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO.....	27
3.1.1	Tipo de estudo.....	27
3.1.2	Cenário do estudo.....	29
3.1.3	Atores do estudo.....	29
3.2	COLETA DE DADOS.....	30
3.2.1	Etapa 1 - Identificação das situações iniciais.....	30
3.2.2	Etapa 2 - Planejamento da ação educativa.....	31
3.2.3	Etapa 3 - Implementação da ação educativa.....	32
3.2.4	Etapa 4 - Avaliação da ação educativa.....	33
3.3	ANÁLISE DOS DADOS.....	33
3.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	33
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	35

4.2	ANÁLISE DOS GRUPOS FOCAIS.....	35
4.2.1	Tema 1 - Práticas profissionais e conhecimentos prévios sobre o desenvolvimento infantil.....	35
4.2.1.1	Pessoa.....	36
4.2.1.2	Processo.....	39
4.2.1.3	Contexto.....	45
4.2.1.4	Tempo.....	49
4.2.2	Tema 2 - Reflexões sobre os novos conhecimentos e novas ressignificações para a prática profissional.....	50
4.2.2.1	Reflexões sobre conhecimentos e práticas profissionais.....	50
4.2.2.2	Reflexões sobre vivências práticas a partir dos conhecimentos construídos em grupo.....	53
4.2.3	Tema 3 - Planejamento e implementação de mudanças na prática.....	56
4.2.3.1	Mudanças no mundo do trabalho.....	56
4.2.3.2	Limitações para mudanças no mundo do trabalho.....	59
4.3	DISCUSSÃO.....	60
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
	REFERÊNCIAS.....	78
	APÊNDICE A – GUIA DO EDUCANDO.....	87
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO.....	130
	ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	137

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil faz parte do desenvolvimento humano, e pode ser definido como um processo de amadurecimento, de continuidade e mudanças, ao longo do tempo (BRONFENBRENNER, 2012), no qual diferentes habilidades são desenvolvidas, seguindo uma sequência progressiva desde o começo da vida. Essas habilidades incluem aspectos sensoriais, motores, cognitivos, linguísticos, sócio emocionais e autorregulação do comportamento e das emoções (PÉREZ-ESCAMILLA; RIZZOLI-CÓRDOBA; ALONSO-CUEVAS, 2017).

A Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano (TDBH), uma das várias teorias que se propõem a explicar o desenvolvimento, criada por Urie Bronfenbrenner, sugere que o desenvolvimento ocorre como resultado da interação de quatro fatores: as características pessoais do indivíduo em desenvolvimento, as relações que esse indivíduo estabelece com os símbolos, pessoas e ambiente onde ele está inserido, o contexto em que o desenvolvimento ocorre, e o tempo. Quando analisados juntos, esses quatro fatores constituíram o modelo processo-pessoa-contexto-tempo (PPCT) (BRONFENBRENNER, 2012).

Alguns elementos presentes no ambiente da criança podem atuar como fatores mediadores ou moderadores para o desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 2012) e atuarem como fatores de risco para atrasos no processo de desenvolvimento, como por exemplo, a baixa escolaridade materna, presença de depressão ou ansiedade materna, ausência de participação em brincadeiras em grupo com outras crianças, baixa diversidade da dieta, prematuridade, exposição a violência, não frequentar a pré-escola, família monoparental, etc (KASHIF *et al.*, 2019; MCDONALD; KEHLER; TOUGH, 2018; PRADO *et al.*, 2017; RIBE *et al.*, 2018; TELLA *et al.*, 2018; ZAGO *et al.*, 2017). Essa exposição a múltiplos fatores de risco, somado a superposição, é uma realidade comum principalmente em países em desenvolvimento, e representam um impacto mais grave no desenvolvimento infantil do que teria a exposição a apenas um desses fatores (ALEXANDER; BRIJNATH; MAZZA, 2015; SHRIVER; BONNELL; CAMP, 2017).

Estimativas internacionais apontam que cerca de 250 milhões de crianças (43%) com menos de cinco anos, oriundas de países em desenvolvimento, estão em risco para atraso no seu desenvolvimento (LU; BLACK; RICHTER, 2016; MCCOY *et al.*, 2016). No que diz respeito a realidade brasileira, estudos nacionais apontam que

esse percentual estaria entre 31,6% e 43,1% (CORREIA *et al.*, 2019; MORAIS, R. L. S.; CARVALHO; MAGALHÃES, 2016; RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014; TRAN; LUCHTERS; FISHER, 2017).

O fracasso em atingir um processo de desenvolvimento infantil apropriado apresenta consequências de médio prazo, como baixo desempenho escolar e de longo prazo, tais como baixa empregabilidade, baixa média salarial, uso de cigarro e envolvimento em atividades ilegais (HERNÁNDEZ-ALAVA; POPLI, 2017).

Crianças que apresentam risco elevado de comprometimento no desenvolvimento, secundário a pobreza e desnutrição apresentam maior suscetibilidade na idade adulta de possuírem renda média anual 25% menor do que àquelas que tiveram um desenvolvimento adequado, tendo um impacto no produto interno bruto de seu país duas vezes maior do que o gasto relativo à saúde (RICHTER *et al.*, 2017).

Diante disso, um desenvolvimento infantil adequado resulta em impacto direto no desenvolvimento econômico dos países, e por essa razão, está presente transversalmente em todas as Metas para o Desenvolvimento Sustentável (MDS) da agenda 2030 da Organização das Nações Unidas estabelecida em 2015 (PÉREZ-ESCAMILLA; RIZZOLI-CÓRDOBA; ALONSO-CUEVAS, 2017; UNITED NATIONS, 2015).

Apesar do Brasil ser um dos países que aderiu as MDS e haver estabelecido a partir de 2015 a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC), a promoção do desenvolvimento infantil saudável continua se apresentando como um desafio, como evidencia os recentes estudos sobre o assunto (COSTA *et al.*, 2014; GAIVA *et al.*, 2017; LIMA, L. *et al.*, 2016). A Caderneta de Saúde da Criança (CSC), que é um dos principais instrumentos de vigilância do desenvolvimento infantil, ainda é pouco utilizada pelos profissionais de saúde, com frequência de preenchimento de apenas 4,6% (ABUD; GAÍVA, 2015; CAMINHA *et al.*, 2017).

Além da subutilização da CSC, essa baixa importância dada ao desenvolvimento, se reflete também nas consultas de enfermagem, onde o desenvolvimento é avaliado apenas de forma parcial ou quando os pais trazem queixas de atraso no desenvolvimento, como aponta um estudo que analisou as consultas de puericultura na Atenção Primária à Saúde (GAIVA *et al.*, 2017).

Apesar dessa lacuna apresentada no cuidado de enfermagem na APS, o importante papel que o enfermeiro pode exercer para a promoção do desenvolvimento

infantil, tem sido largamente evidenciado na literatura através de programas de visita domiciliar realizados por enfermeiros. Esses programas apresentam impactos diretos no desenvolvimento cognitivo, motor e escolar da criança, além de diminuição no tempo de uso de benefícios sociais, no número de filhos nas famílias visitadas, no número de notificações de violência familiar, entre outros desfechos importantes (HORNOR *et al.*, 2015; SAWYER *et al.*, 2019; STUBBS; ACHAT, 2016).

Não apenas o enfermeiro, mas todos os profissionais de saúde da atenção primária podem desempenhar uma função mediadora na promoção do desenvolvimento infantil, visto que, o serviço de saúde tem maior acesso às famílias e às crianças desde a gestação até os primeiros anos de vida e são muitas vezes o primeiro e único serviço o qual a criança entrará em contato até os três anos de vida.

Essa posição privilegiada da APS, fica evidente ao observarmos a cobertura das consultas de pré-natal e puericultura que atingem o patamar de 97% e 91% respectivamente, comparada a cobertura escolar na faixa etária de 0 a 3 anos, onde apenas 30% das crianças estão matriculadas na pré-escola (IBGE, 2019; PICCINI *et al.*, 2007; VIELLAS *et al.*, 2014).

Os profissionais de saúde são também frequentemente vistos pela população como fontes seguras e confiáveis de informação e, portanto, têm grande valor como atores na promoção do desenvolvimento infantil. Mas para que esse papel se concretize faz-se necessária a educação permanente desses profissionais, visto que ainda há deficiência na formação e capacitação desses profissionais, em relação aos temas do desenvolvimento infantil, como demonstrado em vários estudos (AZEVEDO; GOMES, 2019; COSTA *et al.*, 2014; ENGLE; YOUNG; TAMBURLINI, 2013; MALAQUIAS; BALDISSERA; HIGARASHI, 2015; REICHERT *et al.*, 2015; SILVA; CURSINO; SILVA, 2018; VIEIRA; BASTOS; REIS; MARTINS; *et al.*, 2017).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é definida pelo Ministério da Saúde como:

Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde.(BRASIL, 2009).

A EPS não deve ser um processo didático-pedagógico, mas sim político-pedagógico, que ponha sob constante análise o processo de trabalho, as práticas cotidianas e as articulações entre a formação em saúde, a atenção a saúde, a gestão

de saúde e a participação social; deve sempre está apoiada nos conceitos de educação problematizadora e aprendizagem significativa, ou seja, uma visão de ensino e aprendizagem que busque a produção de conhecimentos capazes de responder as inquietações presentes no cotidiano de quem aprende ao mesmo tempo que gera novas indagações sobre aquele cotidiano (CECCIM; FERLA, 2009).

Essa conceituação da EPS é importante, pois ainda há muita confusão entre o que seria educação continuada e educação permanente. A educação continuada refere-se ao processo de educação formal, que acontece em seguida da formação básica do trabalhador em saúde, tais como: especializações, mestrados e doutorados. A educação continuada é regida pela lógica do ensino tradicional e faz parte das escolhas particulares do trabalhador (BRASIL, 2009).

Se por um lado a demanda pela educação continuada está intimamente ligada com a escolha pessoal do trabalhador, a educação permanente surge das necessidades do próprio processo de trabalho e está fundamentada na problematização, na aprendizagem no ambiente de trabalho e na ação-reflexão-ação como foco norteador (MICCAS; BATISTA, 2014; RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010).

Porém, apesar de apresentarem conceitos diferentes, a educação permanente e a educação continuada fazem parte daquilo que é chamado de Educação na Saúde. A Educação na Saúde consiste na “produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (BRASIL, 2009)(BRASIL, 2009).

A Educação na Saúde, por sua vez, tem estreita ligação com a Educação em Saúde. O termo Educação diz respeito ao processo educativo de construção de conhecimentos em saúde de forma a contribuir para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado de saúde, no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2009).

Dessa forma, o processo de EPS está intrinsecamente ligado à prática de Educação em Saúde, visto que, o profissional de saúde faz parte do tripê que embasa as práticas de Educação em Saúde, juntamente com os gestores e a população. Consequentemente, para promover a educação em saúde é necessário que ocorra

também uma educação voltada para os profissionais de saúde, isto é, uma Educação na Saúde (FALKENBERG *et al.*, 2014).

Relacionando o exposto até o momento com o desenvolvimento infantil, os profissionais de saúde apresentam oportunidade ímpar de acompanhar o desenvolvimento infantil com a finalidade de promover junto as crianças e suas famílias, o melhor desenvolvimento possível. Quando falamos em promover nos referimos a promoção da saúde e a Educação em Saúde que é um dos principais dispositivos de sensibilização e conscientização, que através de um diálogo franco pode atingir um bom crescimento e desenvolvimento infantil. Contudo, para que possa haver um processo de Educação em Saúde é preciso que haja um processo de Educação na Saúde, através da EPS (FALKENBERG *et al.*, 2014; LOBO *et al.*, 2012).

Diante do exposto, esse estudo propôs uma ação educativa que incorporava os princípios da educação permanente em saúde com profissionais da atenção primária sobre a promoção do desenvolvimento infantil. A pesquisa apresentada aqui foi guiada pela seguinte pergunta de pesquisa: Quais as contribuições de um processo de educação permanente em saúde com profissionais da atenção primária nos conhecimentos e práticas voltados à promoção do desenvolvimento infantil?

O presente estudo propõe a promoção do desenvolvimento infantil por meio da formação de profissionais da APS que trabalham com famílias de crianças de zero a 72 meses (0 a 6 anos). A escolha dessa faixa etária, conhecida como primeira infância, deve-se ao fato de ser esse o período mais crítico para o desenvolvimento humano, no qual a realização de intervenções tais quais, as visitas domiciliares citadas anteriormente, etc., são mais eficazes e trazem o máximo de retorno (SHONKOFF; RADNER; FOOTE, 2016).

Com isso, a dissertação aqui apresentada acolhe os pressupostos do SUS (1988), da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2009), da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (2015) e do Marco Legal para a Primeira Infância (2016), a medida em que a Educação Permanente de profissionais da atenção primária, é exercida compreende-se a relevância da educação em saúde e do apoio familiar na promoção do desenvolvimento infantil na primeira infância e no potencial de um melhor desenvolvimento na construção de uma sociedade mais equitativa.

1.1 OBJETIVOS

O objetivo geral, assim como também, os objetivos específicos da dissertação aqui apresentada são descritos abaixo.

1.1.1 Objetivo geral

Analisar as contribuições de um processo de educação permanente com profissionais da atenção primária frente aos conhecimentos e práticas sobre a promoção do desenvolvimento infantil à luz da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner.

1.1.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos são estes apresentados abaixo:

- a) Elaborar uma ação educativa com profissionais de saúde sobre desenvolvimento infantil a partir dos pressupostos da Educação Permanente em Saúde;
- b) Implementar uma ação educativa problematizadora sobre o desenvolvimento infantil com profissionais de saúde da atenção primária;
- c) Identificar os conhecimentos prévios e as práticas dos profissionais de saúde voltadas à promoção do desenvolvimento infantil;
- d) Descrever mudanças ocorridas nos conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde ao longo da ação educativa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

A elaboração da estratégia educativa teve como referencial metodológico para a sua elaboração e execução, os pressupostos da Educação Permanente em Saúde (EPS). Os dados coletados foram analisados e interpretados à luz da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH).

2.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Educação Permanente em Saúde (EPS) são atividades educativas que acontece no trabalho, pelo trabalho, e para o trabalho, portanto são realizadas no âmbito do trabalho e tem o propósito de refletir sobre o processo de trabalho e nele intervir com fins de melhorar a qualidade dos serviços e as condições laborais (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018 apud ROVERE, 1993, p. 490).

Ao contrário da prática de educação continuada, marcada pelo modelo “bancário”, a EPS tem por objetivo a promoção de mudanças na organização dos serviços e não simplesmente, a atualização de conhecimentos ou competências técnicas específicas (DAVINI, 2009).

A EPS tem como fundamentos a aprendizagem significativa, onde o profissional reflete sobre seu próprio processo de trabalho e a partir dessa reflexão é capaz de transformar sua prática profissional. O trabalho é ao mesmo tempo o eixo do processo educativo e sua própria fonte de transformação (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018).

Essa prática de ação-reflexão na qual se embasa a EPS, incorpora para si a educação problematizadora, que estabelece como essencial não os conhecimentos, ideias, comportamentos corretos e fiéis ao esperado, mas que os profissionais de saúde percebam os problemas reais e busquem soluções originais e criativas (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018 apud BORDENAVE, 1988, p. 37).

Com base nessa perspectiva, a EPS deve envolver um processo educativo pautado em ações oriundas de problemas reais do processo de trabalho em saúde, no qual sejam empregadas metodologias que permitam a formação de profissionais capazes de solucionar problemas a partir de novas habilidades adquiridas ou de habilidades já existentes mas que ainda não haviam sido despertadas (LIMA, A. P. F. *et al.*, 2021).

Portanto a ação de EPS se fundamenta no paradigma da ação-reflexão-ação, embasada na problematização como estratégia de trabalho, na promoção da discussão em equipe como forma de reflexão da prática profissional e geração de mudanças no processo de trabalho em saúde.

2.2 A TEORIA BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO: DO SEU NASCIMENTO AO MODELO ATUAL

A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TDBH) foi criada por Urie Bronfenbrenner (1917-2005), um russo, naturalizado nos Estados Unidos, formado em psicologia e cujos trabalhos influenciaram a criação do *Head Start*, um programa governamental que compreende uma série de medidas cujo o objetivo é permitir que crianças em vulnerabilidade social tenham iguais condições e oportunidades de desenvolvimento, que crianças vivendo em boas condições sociais (WIKIPEDIA CONTRIBUTORS, [S.d.]).

Bronfenbrenner era um grande crítico de seu próprio trabalho, e portanto, sua teoria passou por várias transformações, sendo possível dividi-la em três fases distintas (TUDGE *et al.*, 2009).

A primeira fase se estendeu de 1973–1979, nessa fase inicial, ele aborda a teoria do desenvolvimento humano a qual denominou de teoria ecológica do desenvolvimento humano, uma vez que faz um contraponto aos modelos de pesquisa sobre desenvolvimento humano que eram praticadas nesse período, restritas ao ambiente do laboratório e as figuras do pesquisador e da criança em desenvolvimento, ignorando assim o contexto onde essa criança se desenvolvia e as pessoas envolvidas nesse cenário. Surge nesse período o livro intitulado *A Ecologia do Desenvolvimento Humano* em 1979 (ROSA; TUDGE, 2013).

Em sua segunda fase (1980-1993), Bronfenbrenner concentrou-se em responder a uma lacuna identificada na fase anterior de sua teoria, que era a ausência do papel que o indivíduo e suas características pessoais desempenham durante o processo de desenvolvimento, focando assim, não apenas na função do ambiente, mas também o contexto da pessoa em desenvolvimento (ROSA; TUDGE, 2013).

Mesmo que na segunda fase da teoria, Bronfenbrenner tenha tentado elucidar os outros elementos envolvidos no processo do desenvolvimento, além do contexto caracterizado na primeira fase, foi somente no último estágio (1993-2006), que o

modelo processo-pessoa-contexto-tempo (PPCT) foi descrito, e passou de uma teoria ecológica de desenvolvimento humano, para Bioecológica. Os indivíduos e os processos de interações desenvolvidas por eles passaram a ser os componentes centrais do processo de desenvolvimento, sendo influenciados pelo **tempo**, o **contexto** e as **próprias características pessoais dos indivíduos** (ROSA; TUDGE, 2013).

2.3 O MODELO PROCESSO-PESSOA-CONTEXTO-TEMPO (PPCT)

Os processos proximais podem ser definidos como interações recíprocas, progressivamente mais complexas, entre um indivíduo em desenvolvimento e objetos, símbolos e outras pessoas existentes no ambiente imediato do indivíduo em desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 2012).

Bronfenbrenner acreditava que o ser humano estava em desenvolvimento durante todo o seu ciclo de vida, e não apenas na infância, daí ser uma teoria de desenvolvimento humano e não desenvolvimento infantil, mas seria na infância onde o desenvolvimento sofreria maiores alterações (BRONFENBRENNER, 2012). A exemplo de processos proximais seriam responsividade e sensibilidade do cuidador para com a criança, brincadeiras ou uso de violência entre o cuidador e a criança; exploração e manipulação do ambiente ou uso de tecnologias móveis pela criança (CASSELLS; EVANS, 2020).

Embora os processos proximais, sejam o principal mecanismo pelo qual se desenrola o processo de desenvolvimento, eles são sinergicamente influenciados pelos outros três componentes do modelo processo-pessoa-contexto-tempo - PPCT, isto é, as **características pessoais, do contexto ou tempo**, são capazes de influenciar positiva ou negativamente como os processos proximais se estabelecem, se negativa ou positivamente, e também a sua presença ou ausência (MERÇON-VARGAS *et al.*, 2020). Por exemplo, podemos criar uma situação hipotética, onde crianças, cujas mães sofrem de depressão (característico pessoal), apresentaram atraso no desenvolvimento, pois recebem menos estímulos das mães (processo proximal), que apresentam baixa responsividade materna, mas esse atraso pode não ocorrer quando essas mães tem uma boa rede de apoio (contexto), ou esse atraso ser exacerbado, caso a mãe seja adolescente (tempo).

Portanto, se os processos proximais são o motor que movem a engrenagem chamada desenvolvimento, os demais componentes são o combustível, isto é, o desfecho do desenvolvimento é resultado dos processos proximais, mas esses processos são uma função da articulação das características da pessoa, do contexto e do tempo (BRONFENBRENNER, 2012).

Os processos proximais positivos podem atuar na aquisição de competências ou na diminuição de disfunções, a depender do contexto em que a pessoa em desenvolvimento está inserida (COSCIONI *et al.*, 2018; MERÇON-VARGAS *et al.*, 2020), por exemplo, outra situação hipotética, crianças cujos cuidadores leem para elas, iriam apresentar maior vocabulário de palavras (aquisição de competência), ao mesmo tempo que o hábito da leitura pode prevenir que a criança, que more em um contexto de uso de drogas e violência, se envolva na criminalidade (diminuição de disfunção).

Uma propriedade dos processos proximais positivos é que em contextos de alta vulnerabilidade social, teriam uma influência maior em diminuir as disfunções, enquanto em contextos de baixa vulnerabilidade, teriam maior influência em aumentar a aquisição de competências (CASSELLS; EVANS, 2020).

Processos proximais podem ser negativos, quando as interações que ocorrem são negativas, por exemplo, práticas parentais negativas, tais como o uso de violência; ou quando as interações são falhas ou ausentes, por exemplo não são recíprocas ou não aumentam em complexidade. Tais processos proximais negativos, em contextos sociais de alta vulnerabilidade, aumentariam as disfunções, e em contextos de baixa vulnerabilidade diminuiriam a aquisição de competências (MERÇON-VARGAS *et al.*, 2020).

O segundo componente do modelo PPCT, a Pessoa, se refere as características pessoais do indivíduo em desenvolvimento, e também das outras pessoas com quem ela interage, como por exemplo, cuidadores, professores, amigos (BRONFENBRENNER, 2012). Exemplos de características pessoais são a idade, a saúde física e mental, o sexo, a personalidade, o estado civil, nível educacional, etc. Algumas características pessoais podem ter dupla função no modelo PPCT, atuando ao mesmo tempo como característica ou como parte de um contexto social, por exemplo, o sexo, ainda que seja uma característica física, faz parte também de um contexto social amplo, onde homens e mulheres são percebidos de maneira distintas, e diferentes papéis e funções são esperados de ambos (XIA; TUDGE, 2020).

O terceiro componente do modelo, o Contexto, surgiu inicialmente como um sistema ecológico, logo na primeira fase da teoria, e foi posteriormente reformulado como um dos componentes multidimensionais do modelo PPCT. A sua estrutura conceitual foi mantida, assim como idealizada na primeira fase (XIA; TUDGE, 2020).

O contexto seria então dividido em 4 níveis, partindo do nível mais local em direção ao global, em níveis subsequentes cada vez mais amplos. O primeiro nível seria o microssistema, ele compreenderia o contexto mais próximo à pessoa em desenvolvimento, seria nele onde os processos proximais ocorreriam, por exemplo a escola, a casa, a igreja, o parque (BRONFENBRENNER, 2012).

O segundo nível é chamado de mesossistema e consiste nas relações existentes entre dois microssistemas, nos quais a pessoa em desenvolvimento está inserida, por exemplo as relações entre a escola e casa, a casa e o trabalho do cuidador (BRONFENBRENNER, 2012).

O exossistema é o terceiro nível do contexto, e nele estão presentes as pessoas que interagem com a criança, mas não a criança, ou seja, o exossistema influencia de maneira indireta, uma vez que, embora não impacte a própria criança, impacta aqueles com quem ela estabelece processos proximais, tais como cuidadores, professores, amigos, tecnologia. Por exemplo, a política de licença maternidade da mãe, a carga horária de trabalho dos cuidadores, a qualificação dos professores. (XIA; TUDGE, 2020)

O nível final do contexto, e o mais distal, em relação a criança, é o macrossistema, nele estão compreendidas a religião, as políticas públicas, a cultura etc. O macrossistema irá exercer forte influência sobre como se estabelecem os processos proximais, por exemplo, cuidadores vivendo em situação de alta vulnerabilidade social, irão apresentar alto nível de estresse que influenciará nas práticas parentais, isto é, nos processos proximais estabelecidos com a criança, e consequentemente afetar o desfecho do desenvolvimento (MARI; KEIZER, 2021).

O último componente acrescentado ao modelo, foi o componente tempo, que pode ser estudado tanto numa perspectiva ontogênica, isto é relativo as alterações biológicas sofridas pelo ser humano, e também numa perspectiva histórica, nessa instância se relacionando com as mudanças históricas que impactam todos os componentes do modelo PPCT (COSCIANI *et al.*, 2018; ROSA; TUDGE, 2013).

Considerando essas duas perspectivas, o tempo é então classificado em três níveis numa escala, assim como ocorre com o componente contexto. O primeiro nível

é o microtempo, e se refere ao tempo imediato em que os processos proximais se estabelecem, por exemplo o tempo que uma mãe passa brincando com seu bebê de escondeu e achou (DISANTI; ERICKSON, 2020).

O mesotempo se relaciona à frequência e extensão de tempo em que os processos proximais se estabelecem, voltando ao exemplo da mãe, seria a consistência com que o processo descrito anteriormente, a brincadeira de escondeu e achou ocorreria: se várias vezes ao dia, todos dias, esporadicamente (DISANTI; ERICKSON, 2020).

O derradeiro nível é o macrotempo, e está ligado a perspectiva histórica, o macrotempo corresponde aos acontecimentos históricos, que impactam não apenas a criança em desenvolvimento, mas todos os demais indivíduos e componentes do modelo PPCT, por exemplo a epidemia de SARS-CoV-19, ocorrida em 2019 e que ainda perdura, que trouxe grandes mudanças sociais, como por exemplo a rotina de circulação das pessoas (CASSELLS; EVANS, 2020).

3 CAMINHO METODOLÓGICO

Segue abaixo o percurso metodológico da dissertação aqui apresentada.

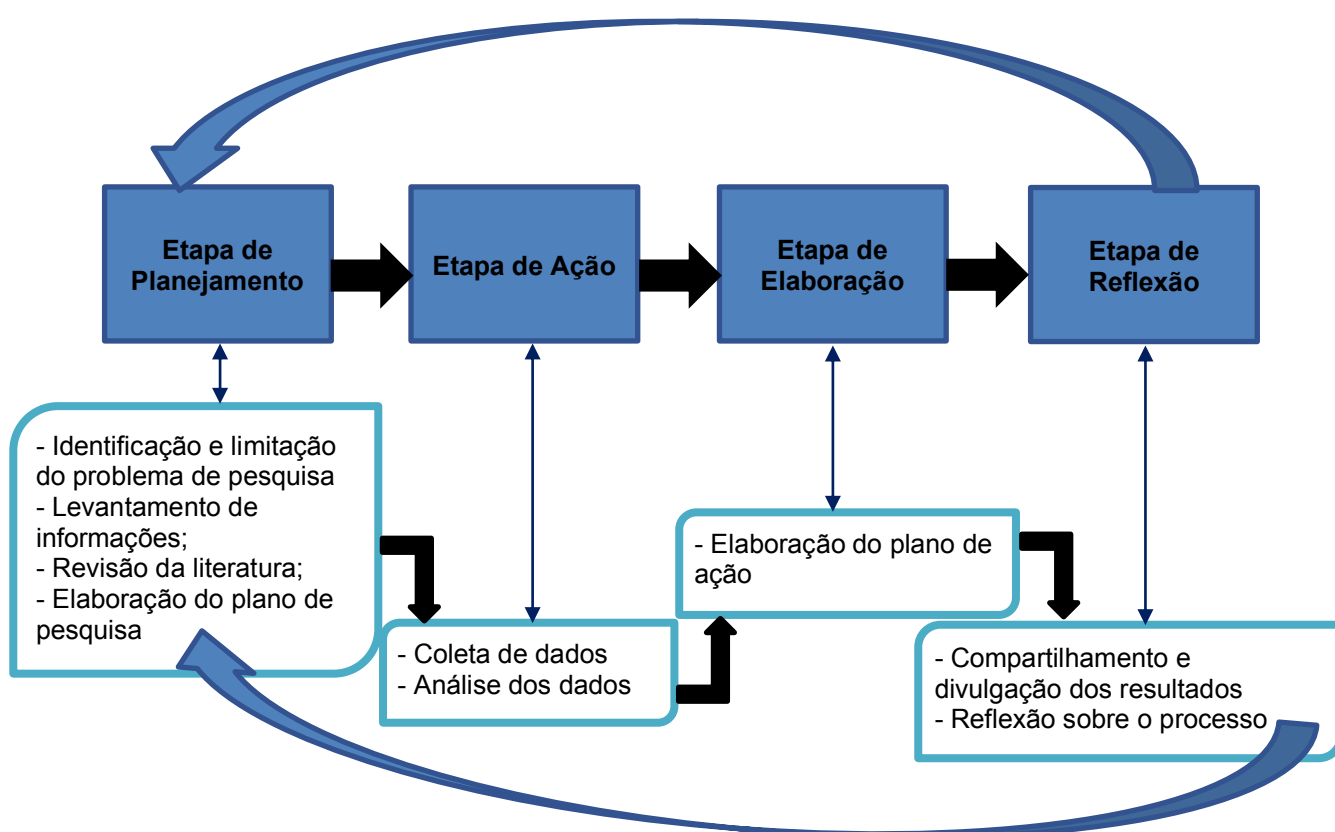
3.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

As características do estudo aqui descrito, serão apresentadas de forma detalhada nas seções seguintes.

3.1.1 Tipo de estudo

O estudo aqui proposto compreende uma pesquisa-ação, desenvolvida em quatro etapas segundo o modelo proposto por Mertler (2013), que define pesquisa-ação como um processo cíclico de quatro etapas: planejamento da pesquisa-ação, ação, desenvolvimento de um plano de ação para ciclos futuros e reflexão sobre o processo (Figura 1).

Figura 1 – Etapas da pesquisa-ação conforme proposto por Mertler, 2013.



A pesquisa-ação é um modelo de pesquisa associado a diferentes formas de ações coletivas, voltadas para a resolução de problemas ou com foco na transformação, tornando-se assim uma abordagem apropriada a ser aplicada à enfermagem na promoção da saúde, na medida em que possibilita a modificação de comportamento de um grupo de indivíduos ao mesmo tempo que os torna corresponsáveis pela ação (GRITTEM; MEIER; ZAGONEL, 2008).

A seguir será apresentado uma breve exposição das etapas desenvolvidas nesse estudo, a primeira etapa da pesquisa-ação que compreende a etapa de planejamento:

- a) subetapa 1.1 - identificação e limitação do problema de pesquisa: o primeiro contato com os profissionais de saúde se deu porque a Unidade Básica de Saúde (UBS) onde os mesmos trabalhavam é campo de prática e estágio para a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), portanto, esses profissionais atuam como preceptores dos alunos de graduação em enfermagem e estão em constante contato com os professores que supervisionam a disciplina de estágio. Em uma das reuniões entre os professores e os profissionais de saúde, os profissionais expressaram uma frustração com a universidade, pois a mesma usufruía da UBS como campo de estágio e prática, mas ela não oferecia um retorno para os profissionais. Quando indagados o que a UFPE poderia oferecer, a resposta foi algo relacionado a saúde da criança, porque na visão dos profissionais aquela era a população mais vulnerável na comunidade;
- b) subetapa 1.2 - levantamento de informações: nesse momento duas pesquisas com o objetivo de dar um diagnóstico situacional sobre o tema foram desenvolvidas. Uma pesquisa qualitativa sobre a percepção dos profissionais de saúde sobre o desenvolvimento infantil e a prática profissional; e outra pesquisa quantitativa do tipo estudo transversal com o objetivo de identificar a prevalência de risco para atraso no desenvolvimento na primeira infância (0 a 6 anos) em crianças da área de cobertura da UBS. A partir desses dois estudos foi possível verificar que os profissionais de saúde não realizavam a vigilância do desenvolvimento e sentiam a carência de capacitações na área da criança, em especial sobre o desenvolvimento, e essa seria uma das razões para a

baixa abordagem da temática. O estudo transversal apontou que cerca de um terço das crianças estudadas apresentavam risco para atraso no desenvolvimento;

c) subetapa 1.3 - revisão da literatura: uma vasta revisão da literatura foi conduzida sobre a EPS e o desenvolvimento infantil, particularmente intervenções educativas realizadas por enfermeiros;

d) subetapa 1.4 - elaboração do plano de pesquisa: diante da alta prevalência de crianças em risco para atraso no desenvolvimento, e da percepção dos profissionais da necessidade de capacitação sobre o desenvolvimento infantil, foi elaborada uma ação educativa com o conteúdo programático voltado para as necessidades dos profissionais de saúde. A capacitação seguiu os pressupostos da educação permanente como prática problematizadora e significativa apresentados na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009).

3.1.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada no conjunto habitacional UR-7, no bairro da Várzea no Distrito Sanitário IV, o segundo distrito mais populoso do Recife, com uma população de 278.947 mil habitantes. Essa UBS possui 20 profissionais que fazem parte da Estratégia de Saúde da Família e estão distribuídos entre as três equipes de Saúde da Família (eSF) atuantes na unidade.

A escolha desse local se deu em razão do compromisso social que a universidade deve ter com a sociedade e principalmente com o espaço onde ela está inserida. Essa UBS é campo de estágio de alunos da graduação em enfermagem e tendo em vista que a missão da universidade está guiada pela tríade pesquisa, ensino e extensão; essa intervenção se encaixa tanto nos eixos da pesquisa como da extensão, pois a ação educativa com os profissionais representou uma contrapartida da UFPE às atividades de ensino, tais como aulas práticas e estágios supervisionados, desenvolvidas naquele local.

3.1.3 Atores do estudo

Foram elegíveis para participar do estudo qualquer profissional de saúde que fizesse parte das três equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma equipe do Núcleo do Apoio à Saúde da Família (NASF) da referida UBS.

Foram incluídos na pesquisa os profissionais:

- a) que desenvolviam em sua prática profissional ações de cuidado voltadas para crianças de 0 a 72 meses;
- b) tinham disponibilidade em participar da ação educativa e de todas as atividades propostas.

Foram excluídos da pesquisa aqueles profissionais:

- a) que estavam de licença ou férias durante o período de realização da ação educativa
- b) não aceitaram participar da pesquisa.

A amostra final foi composta por quinze profissionais de saúde, que estavam divididos em oito categorias profissionais: sete agentes comunitários de saúde, um fonoaudiólogo, um terapeuta ocupacional, um nutricionista, dois enfermeiros, um dentista, um auxiliar de saúde bucal e um técnico de enfermagem.

3.2 COLETA DE DADOS

O procedimento de coleta de dados foi composto de quatro etapas distintas, descritas a seguir.

3.2.1 Etapa 1 – Identificação das situações iniciais

A primeira etapa da coleta de dados corresponde a subetapa 1.2 que está inserida na primeira etapa da pesquisa-ação, já descrita anteriormente. Ela ocorreu no período de agosto a novembro de 2018, por meio de 20 entrevistas semiestruturadas com profissionais da UBS selecionada que atuavam no cuidado a criança.

Foi utilizado um instrumento, elaborado pelos próprios autores da pesquisa, estruturado da seguinte forma: caracterização socioeconômica e demográfica, aspectos ligados a qualificação profissional, conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e rotina de acompanhamento e promoção do desenvolvimento infantil

A partir dos resultados codificados e analisados na subetapa 1.2, os temas a serem abordados na ação educativa foram selecionados: a) desenvolvimento infantil: sensibilização e conceitos iniciais, b) desenvolvimento socioemocional, c) Caderneta de Saúde da Criança; d) Práticas parentais positivas; e) Educação e comunicação em saúde: escuta qualificada e empatia; f) Desenvolvimento de plano de ação intersetorial; g) Apresentação das experiências.

3.2.2 Etapa 2 – Planejamento da ação educativa

Foi construído um projeto de ação educativa guiada pelos pressupostos da Educação Permanente em Saúde: aprendizagem participativa, problematização do processo de trabalho, aquisição de novos conhecimentos aliados às vivências da prática profissional e fortalecimento do trabalho multiprofissional.

Portanto, a ação educativa foi planejada de forma a compor sempre dois momentos: problematização/concentração e aplicação/dispersão. O momento da problematização/concentração contava com a participação dos pesquisadores e profissionais, onde era estimulado a participação através da exposição e problematização do tema com o objetivo de instigar as discussões em cima dos problemas vivenciados pela equipe para a construção de novos conhecimentos. E para atingir esse objetivo a equipe de pesquisa apresentou uma proposta de atividade prática. O segundo momento de aplicação/dispersão, ocorria apenas entre os profissionais de saúde e os usuários no próprio ambiente de trabalho, e nele as atividades práticas propostas no momento anterior foram realizadas com os usuários. No momento de problematização/concentração posterior, as ações desenvolvidas no momento de aplicação/dispersão eram resgatadas, e uma reflexão coletiva foi construída sobre elas. De tal forma que, as atividades propostas para os momentos de aplicação/dispersão tinham como objetivo consolidar o conhecimento trabalhado nos momentos presenciais além de propor ações colaborativas, desenvolvidas por profissionais de diferentes formações em atuação conjunta, fortalecendo uma atuação com caráter interprofissional.

A equipe de pesquisa foi composta por 17 membros: 6 professores, 10 estudantes da graduação e 1 da pós-graduação do departamento de Enfermagem. As atribuições da equipe de pesquisa abrangiam funções diretamente relacionadas a ação educativa tais como: escolha e planejamento da metodologia utilizada nos

encontros, condução e mediação dos encontros, gravação dos encontros em áudio e vídeo, atualização do diário de campo da ação educativa; e ações indiretas tais como organização e decoração do local dos encontros, preparo do lanche, organização da multimídia utilizada, impressão dos materiais da ação educativa, controle da presença e contabilização das horas de participação de cada profissional e da certificação dos profissionais de saúde participantes da ação.

A partir dos temas que seriam abordados na ação educativa, foi elaborado, pela equipe de pesquisa, um material de apoio para os profissionais de saúde, esse material recebeu o título de Guia do Educando (APÊNDICE B), composto por 42 páginas, que compreendia o cronograma da ação educativa, uma breve descrição do tema abordado em cada encontro, seus objetivos, as atividades propostas nos dois momentos do encontro: problematização e aplicação, leituras complementares, links de vídeos e filmes utilizados.

3.2.3 Etapa 3 – Implementação da ação educativa

A ação educativa ocorreu no período de julho a outubro de 2019, em oito encontros presenciais (pesquisadores e profissionais) de três horas de duração e com periodicidade quinzenal. O local dos encontros foi a associação dos moradores do UR-7, localizada ao lado da UBS em questão, o local dos encontros foi uma reivindicação dos profissionais que não queriam se deslocar do local de trabalho.

O número de membros da equipe de pesquisa que organizou e conduziu os encontros presenciais foi variável, em média, a equipe era formada por pelo menos oito pesquisadores, entre professores e estudantes da graduação e pós-graduação.

O procedimento de coleta de dados, propriamente dito, se deu por meio da técnica de grupo focal na modalidade de grupo operativo.

A técnica de grupo operativo refere ao uso do trabalho em grupo com a finalidade da promoção do aprendizado, através de uma postura investigadora, que abre espaço contínuo para a dúvida, novas inquietações e uma leitura crítica da realidade vivida; isto posto, a técnica do grupo operativo está de acordo com o proposto na Política Nacional de Educação Permanente, uma vez que, se dispõe a problematizar e ressignificar a realidade dos atores envolvidos no processo de aprendizagem (BASTOS, 2010).

3.2.4 Etapa 4 – Avaliação da ação educativa

O processo avaliativo ocorreu durante toda a ação educativa, e também através de uma avaliação um mês após o término da ação educativa, por meio da técnica de grupo focal, que utilizou perguntas norteadoras com o propósito de verificar mudanças nos conhecimentos e prática dos profissionais. Esses questionamentos foram escolhidos na subetapa 1.2 e tiveram como ponto de partida as necessidades formativas apontadas nas falas dos profissionais e estão presentes no APÊNDICE C. Esse intervalo de tempo foi estabelecido para a realização da avaliação, porque o que se pretende avaliar, não é apenas os novos conhecimentos adquiridos durante a ação educativa, mas a incorporação desses conhecimentos no processo de trabalho, ou seja, nas ações de promoção ao desenvolvimento infantil na prática profissional dos participantes (BASTABLE, 2014).

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados por meio da análise qualitativa, segundo as etapas propostas por Yin (2016): composição da base de dados, decomposição, recomposição, interpretação e conclusão.

O processo de codificação foi realizado linha a linha, de forma colaborativa entre a pesquisadora e orientadora, além de reuniões de consenso sobre os códigos, incluindo o seu agrupamento e relação com a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano e Política Nacional de Educação Permanente.

A avaliação da contribuição do processo de educação permanente frente aos conhecimentos e práticas sobre a promoção do desenvolvimento infantil, ocorreu por meio da análise das narrativas dos grupos focais durante a ação educativa à luz da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal de Pernambuco e aprovada sob CAE nº 2.489.661, e está em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Os participantes pesquisadores assumem a

responsabilidade quanto ao uso apropriado dos dados, apenas para estudo e publicação, ao resguardar os princípios de confidencialidade, privacidade e proteção da imagem das pessoas envolvidas na pesquisa.

As falas dos participantes, apresentadas para ilustrar os resultados e discussões, não foram identificadas a fim de manter a confidencialidade dos participantes.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir estão apresentados os resultados encontrados por essa pesquisa e suas discussões suscitadas.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 15 profissionais da saúde, sendo 2 enfermeiros, 1 cirurgião-dentista, 1 nutricionista, 1 terapeuta ocupacional, 1 fonoaudiólogo, 1 técnico de enfermagem, 7 agentes comunitários de saúde, 1 auxiliar de saúde bucal. Destes, todos eram do sexo feminino (100%), tinha filhos (75,86%) e concluíram o ensino superior (48,27%). Em relação à idade, esta oscilou entre 29 e 56 anos. Quanto ao tempo de experiência na Atenção Básica, possuíam de 2 a 24 anos.

4.2 ANÁLISE DOS GRUPOS FOCAIS

A partir dos dados coletados ao longo dos grupos focais, foram construídas indutivamente e dedutivamente três temas, a partir dos pressupostos da Educação Permanente em Saúde e do Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner: 1) Práticas profissionais e conhecimentos prévios sobre o desenvolvimento infantil; 2) Reflexões sobre os novos conhecimentos e novas ressignificações para a prática profissional; 3) Planejamento e implementação de mudanças na prática.

4.2.1 Tema 1 - Práticas profissionais e conhecimentos prévios sobre o desenvolvimento infantil

As práticas profissionais e conhecimentos prévios sobre o desenvolvimento infantil - tema um compreende os códigos, temas e subtemas analisados a partir dos primeiros encontros, nos quais foram trabalhados junto aos profissionais a percepção deles sobre o desenvolvimento, fatores que influenciam o desenvolvimento e como esse assunto é trabalhado junto a comunidade.

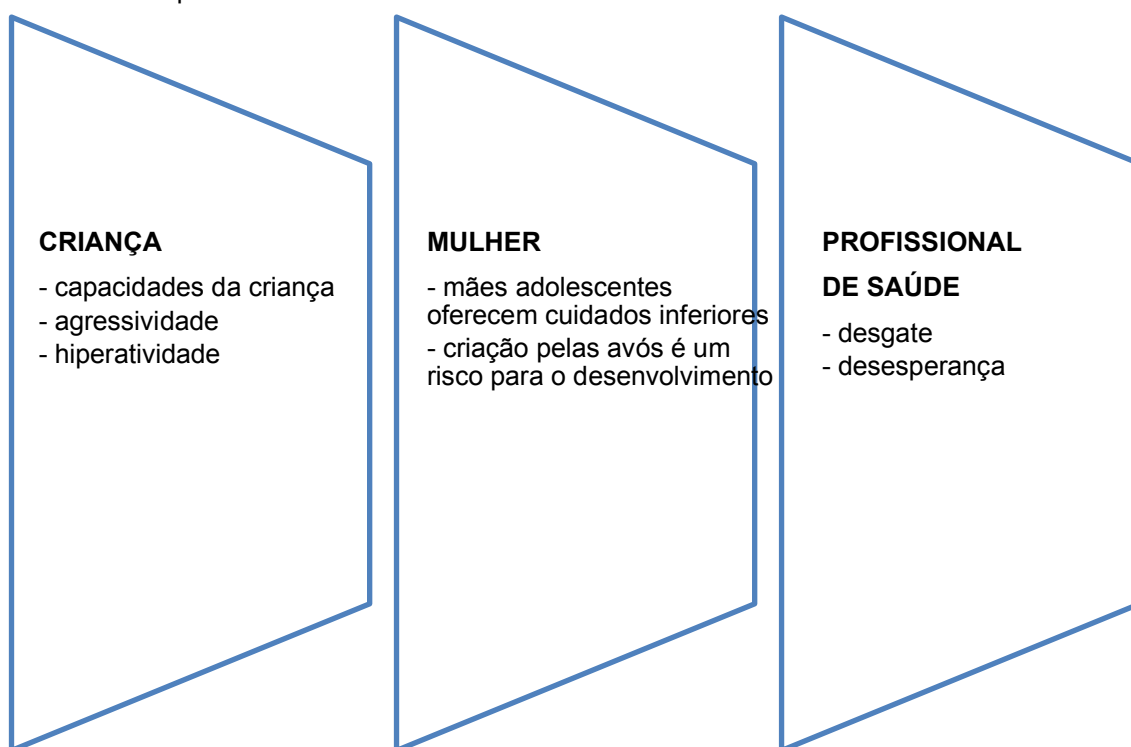
Os códigos foram então analisados a partir da TBDH e investigados para concluir se o modelo PPCT pode ser evidenciado através da percepção dos profissionais de saúde que trabalham com crianças de zero a seis anos. Os códigos

foram agrupados por temas e classificados em uma das quatro subtemas compostas pelos quatro componentes do modelo PPCT: pessoa, processo, contexto e tempo.

O tema 1 aborda as práticas profissionais realizadas ambiente de trabalho da Estratégia Saúde da Família, bem como os conhecimentos prévios e percepções sobre fatores que influenciam no desenvolvimento da criança na primeira infância. As falas dos participantes foram classificadas em subtemas representando cada um dos componentes do modelo PPCT de Urie Bronfenbrenner, isto é: pessoa, processo, contexto e tempo.

4.2.1.1 Pessoa

Figura 2 - Pessoas envolvidas no processo de desenvolvimento e suas características, segundo o discurso dos profissionais de saúde



Fonte: elaboração própria.

Neste estudo, considerou-se pessoa com base no modelo PPCT, a partir da descrição das características pessoais de todos os indivíduos envolvidos direta e indiretamente no desenvolvimento da criança, além de variáveis como idade, saúde mental, escolaridade e estado civil (BRONFENBRENNER, 2012). A partir das falas dos profissionais, os indivíduos envolvidos no desenvolvimento foram: a criança, a mãe, a avó e o próprio profissional de saúde.

A criança foi considerada pelos profissionais, como indivíduo em potencial, com capacidades muitas vezes subestimadas nas relações com o adulto. A criança é vista não como algo inerte que apenas recebe de forma passiva a ação do ambiente e das pessoas sobre si, pelo contrário, ela é ativa nessa relação e reage aos pais, profissionais de saúde. Porém, os profissionais ressaltaram que essa criança também estava na maioria das vezes sob estresse.

“Os adultos pensam que ela não está prestando atenção, mas elas prestam atenção a tudo que está ao redor.”

“Porque se a gente for avaliar 10 crianças da gente, quais delas não sofrem estresse? Todas sofrem”.

Uma característica pessoal da criança que surgiu nos relatos dos participantes foi a presença de déficit de atenção, que seria algo que poderia influenciar no relacionamento da mãe com a criança e consequentemente no seu desenvolvimento.

“(...)ela não podia estudar, ela queria terminar os estudos, mas tinha o menino pra tomar conta. E que ela precisava de muita paciência até porque ele tem uma espécie de hiperatividade.”

Um comportamento da criança que as mães não sabiam como lidar foi a agressividade da criança com outras crianças, segundo o relatado pelos profissionais, como consequência dessa falta de competência, as mães se sentiam impotentes, culpadas e envergonhadas mediante o comportamento das crianças. Apesar da mãe se queixar da agressividade da criança, fica evidente em seu discurso, que a mesma já usou de violência com o filho, mostrando assim um paradoxo entre as interações que ela considera saudáveis entre as crianças e adultos e crianças.

“(...) teve uma que disse que tinha muita dificuldade de controlar o filho, porque ele é muito agressivo com as outras crianças, ele brinca, brinca, brinca e depois mete o pau em todo mundo.”

“(...) Ela disse que não adianta dar nele, porque se dá, ele continua do mesmo jeito, então não sabe mais o que fazer com o menino. Ela disse que ficava com muita vergonha, porque ele dava nas outras crianças e não sabia o que fazer. A mãe às vezes vai fazer queixas pra ela, e ela disse que não sabe o que fazer. Ela disse “eu tô perdida [...]”.

Na visão dos profissionais de saúde faltava aos pais (pai e mãe), a responsabilidade no processo de criação dos filhos e o desemprego foi percebido como uma das causas de estresse, que afetava a capacidade de parentalidade dos pais. Nas falas a seguir, duas características pessoais são trazidas como mediadoras do processo de desenvolvimento: o estresse e a falta de responsabilidade.

“(...) essa educação, essa autorresponsabilidade, que falta muitas vezes.”

“É que você chega numa família que os dois estão desempregados. E aí você percebe que existe um estresse (...).”

Dos atores potencialmente envolvidos no desenvolvimento da criança, a mulher foi o indivíduo mais trazido na discussão, seja na figura feminina da mãe ou da avó. Essa característica pessoal, possui dupla função, pois apesar de identificar o sexo biológico do indivíduo, também representa um contexto social, visto que as percepções sociais sobre a figura feminina e masculina são diferentes, e o feminino está intimamente associado com o papel do cuidado.

Outro dado que merece destaque, foi a percepção particular sobre as mães adolescentes. Estas são vistas, tanto pelos profissionais de saúde como por outros membros da família, como provedora de cuidados inferiores à criança, por não possuírem maturidade suficiente. Ou seja, a característica pessoal da idade da mãe é percebida como um fator que interfere no desenvolvimento infantil.

“As adolescentes. Uma criança cuidando de outra criança.”

Como citado anteriormente as figuras masculinas foram pouco ou nunca relatadas como participantes no processo de desenvolvimento, o pai quando citado pelos participantes, foi percebido como alguém que não dedicava muita atenção à criança quando estava sob seus cuidados.

“Ela disse que gosta de ler também pra criança, já o pai não. É como se assim, ele fosse cuidar da maneira, tipo, pra se livrar.”

A participação da avó no desenvolvimento infantil, é percebida como algo negativo e que apresentaria riscos tanto para a criança como para a avó. Novamente, a percepção da característica pessoal idade, é expressa nos relatos dos profissionais de saúde.

“Eu particularmente acho que... Eu acho muito arriscado se delegar o cuidado de uma criança a uma avó. Por mais nova ou por mais velha que se seja. Principalmente no caso dos mais velhos. As pessoas quando vão envelhecendo, vão perdendo o reflexo, vão perdendo a noção de certas coisas. E aí, você entrega a responsabilidade de um bebê ser criado por uma situação como essa, é arriscado para criança e para avó. (...) Isso compromete o desenvolvimento da criança.”

A percepção dos profissionais quanto à mãe que trabalha em casa, foi vista como negativa para o desenvolvimento infantil, pois atribuíam que esta mãe não proporciona interações positivas, quando deveria ter mais tempo disponível para a criança.

“E existe a omissão presencial também. Não só aquela que é pelo cansaço, pelo pai e a mãe que trabalha, mas tem aquele que todo tempo tá do lado e ao mesmo tempo não tá.”

A participação dos profissionais de saúde como corresponsáveis na promoção do desenvolvimento infantil também foi percebida de forma negativa, os mesmos não se viam no papel de agentes de mudança, ao contrário, relataram desgaste, desesperança e impotência em relação ao processo do desenvolvimento infantil.

"(...) Essa é uma parte muito preocupante, porque você olha para um lado, olha para o outro e não vê como isso vai mudar."

"(...)tentar fazer entender algumas questões como a amamentação nos primeiros anos. É um trabalho assim, de Hércules."

"Eu não consigo ser tão positiva quanto pensar no futuro da população que já tá aí. É uma população doente, uma sociedade doente."

"E a gente enquanto profissional de saúde que tá na ponta, principalmente quem é enfermeiro, quem é médico, quem é agente de saúde, que tá mais ainda em contato com a comunidade, sente esse cansaço, esse desgaste."

"E a gente como profissional de saúde, tem muito a mudar não, por mais que a gente queira... porque tem coisas que vem realmente de cima, alguns equipamentos não funcionam e aí fica mais difícil de fazer."

Além da percepção de impotência, as ações cotidianas realizadas por esses profissionais de saúde não são reconhecidas, por eles mesmo, como importantes ou capazes de produzir mudança.

"É o que a gente muito faz... de sentar, escutar, dialogar. Mas a grande maioria dos problemas a gente não tem como agir, assim, de maneira efetiva."

O sentimento de desesperança também está presente não apenas no profissional de saúde, mas também na população atendida por eles, como podemos observar no relato dos participantes abaixo:

"E a outra, a avó, disse que nem pensa no futuro para não causar medo e pensa só no hoje. E eu achei tão impactante. E eu disse: "Como é?", e ela disse: "Eu não penso, não penso no depois, porque na situação que eu tô hoje, eu tô pensando só no hoje.""

"Engraçado, porque a mãe que eu perguntei... tá aqui... ela também disse, ela nem pensava no futuro, que ela se preocupava com o presente, em comprar uma casa e com a ideia de educação."

4.2.1.2 Processo

Figura 3 - Processos proximais presentes no processo de desenvolvimento segundo o discurso dos profissionais de saúde

CRIANÇA/CUIDADORES	- Negligência pelos cuidadores - Falta de interesse nas crianças - Ruptura nos relacionamentos afetivos
ESCOLA/CUIDADORES	- A criança perde o interesse na escola por falta de suporte
PROFISSIONAIS DE SAÚDE/CUIDADORES	- Julgamento dos cuidadores - Culpabilização
CRIANÇA/AVÓ	- Permissividade
CRIANÇA/TECNOLOGIA	- Uso excessivo da tecnologia - Criança fica a maior parte do tempo sozinha

O componente processo do modelo PPCT, diz respeito às relações que os indivíduos com suas características pessoais, estabelecem entre si e com o ambiente que os cerca. Esse componente está presente nas falas dos profissionais sempre que colocam em destaque o processo pelo qual o desenvolvimento infantil ocorre ou deixa de ocorrer, e não apenas as características das pessoas envolvidas nesses processos (relacionamentos).

Como o processo se dá entre as pessoas entre si e entre as pessoas e o ambiente que as cercam, os processos identificados a partir das falas dos profissionais de saúde, trazem sempre como participantes, as pessoas envolvidas na subtema anterior: criança, cuidadores: mãe, pai e avós e profissionais de saúde; e ambiente que as cercam.

A criança é o único participante que se encontra presente em todos os processos acima, isso se dá por ser ela o foco central do desenvolvimento e o indivíduo que sempre será afetado em todos os processos, seja de forma direta ou indireta.

Ao analisar o processo que se desenvolve entre as crianças e os pais/mães, os participantes destacaram a negligência em relação à criança e seu desenvolvimento, fazendo com que onde deveria ocorrer o processo entre a criança

e pai/mãe exista uma lacuna decorrente do abandono.

"No final das contas essa criança não vai ser cuidada por ninguém".

O processo entre criança e cuidadore é apontado pelos participantes como importante, mas que na visão deles as vezes falhava, diz respeito a dificuldade por parte dos cuidadores em estabelecer limites para as crianças.

"(...)porque é muito mais fácil você negligenciar as coisas erradas, porque é muito bom "ah... não vou me estressar". Se você negligencia, é cômodo, pra mim, e é trabalhoso, pra mim, limitar, porque vai existir o embate e o embate é duro. Então, é muito mais fácil. Me lembrou agora aquela relação com os pais, é muito mais fácil "não, deixa a mãe chegar que ela vai impor limites", por quê? Então, o limite é algo muito difícil a ser colocado, e é sobretudo um ato de amor e de educar."

O processo criança e cuidadores também é marcado pela perda de vínculo entre pais (pai/mãe) e filhos, que muitas vezes são vinculados à criação por outros membros da família, avós, tios, vizinhos; e também pela ruptura dos laços afetivos em decorrência da troca de parceiros ou da violência urbana.

"(...)aí depois você vê que cada criança vai pra um lado. Então você pergunta "quantos filhos você tem?". "Sete". "Mas aqui só tem três, cadê os outros?". "Um tá com a mãe dele, outro tá com a minha mãe, outro tá com a tia".

"O pai muitas vezes não é presente porque esse pai não está na família. São mães que, foram ou abandonadas, ou se afastam daquela pessoa, ou são solteiras, às vezes tem um filho de uma pessoa, outro filho de outra pessoa... e às vezes ela não tem o vínculo com o primeiro ou com o segundo, aí tudo isso interfere. Então, é... nas comunidades brasileiras, a figura feminina ela é muito mais forte em relação, eu acho, por exemplo, de desenvolvimento, de educação, e muitas vezes de sustento da casa."

"Sem contar aquelas que cada filho é de um pai. Que não cuida, que tá em presídio (...)"

"(...) porque um dos pais o pai da menina é ex-presidiário, (...) ela disse "eu queria distância dele.""

Além do abandono, os participantes também relataram falta de interesse dos cuidadores pelas crianças, interesse sobre o que elas pensam, seus sentimentos e o que elas falam.

"Assim, na correria ou por falta de interesse mesmo, muitas vezes, não presta atenção no que a criança tá falando".

Os participantes também apontaram o exemplo do cuidador como importante fator no desenvolvimento da criança, relatando que a criança reproduz o que vê os pais fazerem e que era um espelho dos pais.

"Geralmente a criança também é o reflexo do adulto, né? Ele é o que vê em casa, ele se espelha no que ele vê. Aí reclama que o menino é danado, é

"virado", mas como é teu comportamento, como tu fala com o teu filho? Até onde vai tua dedicação?"

"Elas são reflexo daquilo que elas veem."

A relação entre a criança e cuidadores também foi percebida a partir de fatores mais distais, como o próprio modelo de sociedade e relações de trabalho, além da relação entre o cansaço gerado pelo trabalho e a disposição dos pais em relação à criança para trocas e interações.

"(...)isso é um reflexo da sociedade capitalista que faz com que a gente realmente tenha que mergulhar no mercado de trabalho, na competição, e não ter tanto essa qualidade de tempo para as crianças."

Outra característica do processo criança e cuidadores é a necessidade de confiança da criança nos adultos em geral e mais especificamente nos cuidadores.

"E também que ela sinta confiança na pessoa, que a pergunta que ela fez, ela tenha confiança de que aquilo ali tá certo. Se tem alguma dúvidazinha na cabeça dela, ela vai procurar de alguma forma".

O processo criança e avó, também foi percebido pelos participantes como algo negativo para o desenvolvimento da criança, e que as avós seriam mais permissivas com as crianças, pois não tinha sua autoridade reconhecida.

"Os avós criaram seus filhos, e os filhos deviam criar os seus filhos, e não eles serem criados pelos avós. Isso compromete o desenvolvimento da criança."

"E aí assim, "você não manda em mim porque não é minha mãe". O limite é zero."

O processo criança e cuidadores e escola foi relatado como importante, pois a escola é vista como capaz de oferecer um cuidado qualificado, sendo fundamental para oferecer educação para a criança.

"(...) não é uma educação qualificada. É uma pessoa da comunidade (...) que se dispõe a olhar a criança naquele horário pra mãe poder trabalhar, né? Mas sem o mínimo preparo."

"E aí você falou bem. "Olhar" né?"

"Olhar, é. É diferente de educação."

No entanto, a relação com a escola pode ser prejudicada quando os cuidadores não incentivam nem oferecem suporte a criança, porque não podem ou simplesmente não querem, o que leva a criança a perder interesse na escola.

"A questão da formação dos pais com os filhos. Porque, assim, a escola manda tarefa, só que o pai ou a mãe não quer ensinar ou não sabe."

"A família é algo que deve ajudar a escola e não a escola que deve andar sozinha. E aí a criança vai andar sozinha, quem tá na família não tem o que fazer por ela."

"Tem uma hora que a criança vai perdendo o interesse. E aí é que se perde."

"E assim, a gente também não pode depositar a responsabilidade na escola. É algo que deve andar junto. Se só um lado vai andar, algum problema vai existir, algum déficit vai existir. Que é o que acontece."

Outro processo que surgiu do relato dos profissionais de saúde foi o processo criança-tecnologia. Essa tecnologia pode ser a televisão, o tablet ou o celular, e foi considerada pelos profissionais como um substituto do cuidador, e que na visão do profissional de saúde afeta negativamente o desenvolvimento.

"(...)Mas aí a criança tá lá na sala, sozinha, com a televisão ligada e a pessoa que toma conta dela tá lá na cozinha, lavando louça, lavando roupa. Então é praticamente dizer que a criança está só."

"A questão do celular que ela falou também, muito presente hoje. A revolução tecnológica trouxe na realidade um afastamento, trouxe a proximidade, mas também trouxe um afastamento."

Quanto ao uso da tecnologia os profissionais também relatam que alguns cuidadores viam o uso do celular e outros, como algo positivo, que estimula o desenvolvimento da criança; outros, apesar de não concordarem que a criança esteja muito tempo utilizando o celular, acabam cedendo porque veem o celular como uma alternativa à criança estar na rua brincando, o que para eles expõem a criança à violência.

"E as mães acham que as crianças estão sendo estimuladas assistindo vídeos no Youtube."

"Tem isso também, mas a internet ela é muito influente à violência. Porque aí a mãe falou pra mim que não quer no celular, mas ao mesmo tempo tem medo de deixar na rua, porque vem uma moto e se assusta e é complicado, acaba que empurrando com a barriga e deixando no celular por não ter outra coisa a oferecer, nem ter o empenho de querer o menino lá brincando."

O uso do celular e de outros aparelhos eletrônicos aparece também no relato dos profissionais como um subterfúgio que os pais utilizam para que a criança fique quieta e para que os pais não precisem brincar com elas.

"É... eu acho que as pessoas estão muito pouco disponíveis, né? Os pais. Então é muito mais fácil você dar o celular e a criança ficar quieta, porque ela realmente fica, do que você parar o que tá fazendo, pra dar atenção e brincar(...)"

A relação entre os profissionais de saúde e os cuidadores é um processo que também afeta o desenvolvimento da criança, na subtema anterior (pessoa), vimos que os profissionais de saúde se percebiam como incapazes de influenciarem

positivamente o desenvolvimento e relataram estarem desgastados, sem esperança e que se sentiam impotentes em relação ao processo do desenvolvimento infantil. Tudo isso se refere às características pessoais dos profissionais, mas não diz como se dá a interação, o processo entre os profissionais de saúde e os pais(pai/mãe).

Os profissionais de saúde em suas falas apontaram os cuidadores como culpados e responsáveis por questões negativas que impactam no desenvolvimento dos filhos, ou seja, o processo entre o profissional de saúde e os cuidadores parece basear-se mais em julgamentos sobre a responsabilidade e comportamento dos pais do que em uma relação de apoio.

"Porque elas acham que menino não dá trabalho."

"Pra que procura filho? Filho você tem se quiser."

"É por opção. E vou dizer viu? Falta remédio de pressão, falta diabetes, mas anticoncepcional é mais difícil de faltar, camisinha então. O sofrimento nessas situações é, assim, opcional."

"É isso que eu não consigo entender! O que eu fico pensando, eu digo "essas pessoas não sofrem" porque se sofressem, eles não viviam nessas condições. É muito sério você ter 9 pessoas, vivendo com 394,00 reais, numa mesma casa."

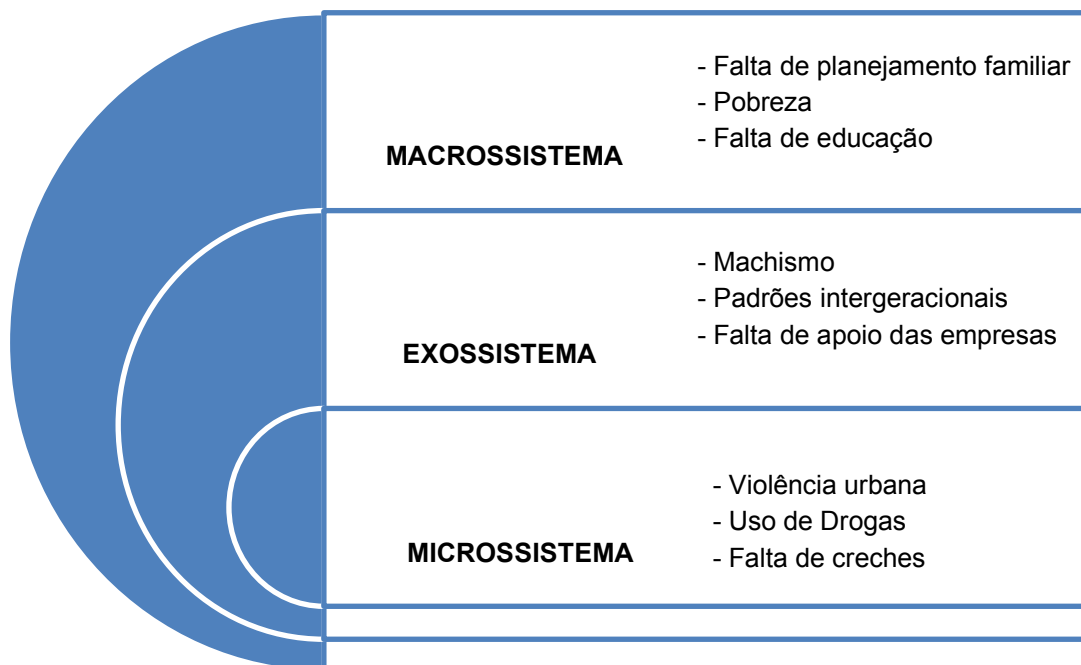
Outra faceta do processo entre profissionais de saúde e as mães, diz respeito ao uso da internet como fonte de informação pelas mães, o que era visto de forma negativa segundo o relato dos participantes, pois na visão dos profissionais, apesar de possuir as informações necessários, ainda assim, as mães não assumiram suas responsabilidades, apenas se achavam "sabidas" e inteligentes.

"Eu acho que, vê só... na era da informação, que todo mundo lê o que quer e interpretam como quer, as pessoas se acham muito inteligentes e muito sabidas, e os erros estão aí se perpetuando. Elas vêm pra gente se consultar, "já vi no Google... é isso, isso e aquilo outro", mas a partir do momento que for pra colocar responsabilidade, ela vem se isentar da sua responsabilidade, que é a questão do planejamento familiar. (...)E as pessoas se acham tão inteligentes, então cada vez, talvez, eu não sei nem qual termo utilizar, porque tem informação e não faz jus aquilo que tem acesso."

"Pois é (...) o que eu tenho visto é que as pessoas têm muita informação, mas não se responsabilizam pelo seu próprio cuidado."

4.2.1.3 Contexto

Figura 4 - Níveis do contexto presentes no processo de desenvolvimento segundo o discurso dos profissionais de saúde.



Fonte: elaboração própria.

Foram classificadas nessas subtemas todas as falas que abordavam o componente contexto do modelo PPCT. Esse componente diz respeito ao ambiente onde as pessoas com suas características únicas estão inseridas e irão desenvolver seus processos. O contexto em que as pessoas estão inseridas irá afetar os processos estabelecidos nele, porém, essa influência exercida por ele irá depender das características pessoais de cada indivíduo.

Esse contexto pode se referir a algo mais micro como o arranjo familiar ou a escola que a criança frequenta; ou mais macro, tais como a cultura a qual a pessoa pertence ou o bairro onde mora. Os contextos que surgiram na fala dos participantes foram: o status socioeconômico, a educação, a violência, o uso de drogas, a ineficiência do planejamento familiar, falta de creches, crenças culturais sobre a criança, conhecimento dos profissionais sobre o desenvolvimento infantil, machismo, padrões intergeracionais e as transformações tecnológicas.

O contexto do baixo status socioeconômico foi apontado pelos participantes em seus relatos, como algo que afeta diretamente a relação do pais(mãe/pai) com a criança, ou seja, o processo criança - pais(pai/mãe) que abordamos na subtema anterior, e também indiretamente, pois geraria um ciclo de dependência aos

programas sociais, famílias numerosas e um adoecimento social dessas pessoas.

"Essas crianças (...) elas não são bem tratadas. O estresse de não ter o que comer, não tem o que dar, do que prover, vai gerar um estresse emocional no pai e na mãe que, conseqüentemente, vai ser descontado na criança."

"Com a situação econômica do país mais difícil, as pessoas voltaram a ter mais necessidades. E aí o marido que provia o lar, não está mais colocando dinheiro dentro de casa. Então são duas pessoas ociosas, jovens, dependendo de R\$ 150,00 da ajuda do governo pra poder sobreviver e, hoje, conversam muito comigo reclamando que não tem mais como sair desse ciclo."

"(...) o que eu tenho visto muito é que nós estamos tratando de indivíduos doentes socialmente, do que doentes fisiologicamente".

"(...)quanto mais pobre a família, mais numerosa ela é."

"E a pergunta que vem com a gravidez é: "Quanto direito vou ter no bolsa família?". Como se o bolsa família fosse salvar, "ele não vai passar fome por que eu vou ter o bolsa família"

A falta de educação foi o contexto mais relatado pelos participantes como moderador e influenciador direto da relação com as crianças e também de quase todos outros fatores que também influenciam indiretamente a relação com a criança.

"(...)o nível da educação do país reflete exatamente o que a gente vê de maneira diária. Talvez se a educação fosse melhor, as pessoas comessem a entender que isso é o que vai mudar a vida delas, seria diferente. Mas o acesso à informação é tipo, você tem a informação, mas você não tem a formação para entender isso."

"A educação é o que vai mudar a vida dessas pessoas."

"(...)todas as alternativas são oferecidas e, ainda assim, a população se vê sem entender, sem compreender. E isso é a falta da base da educação. (...) Eu não consigo ser tão positiva quanto pensar no futuro da população que já tá aí. É uma população doente, uma sociedade doente."

"E aí essas pessoas pela falta de conhecimento, elas não conseguem se enxergar na situação que se encontram. Porque se conseguissem não perpetuariam essas situações."

A violência, tanto urbana como intrafamiliar, juntamente com o uso de drogas também emergiu na fala dos participantes como contextos presentes na comunidade que trabalham e influenciam no desenvolvimento infantil.

"Então quando você vê uma criança mal criada com a outra é porque ela vê dentro de casa, o pai batendo na mãe. A questão da violência, a questão da droga."

A ineficiência do planejamento familiar também aparece nas falas como outro contexto que influencia de forma indireta no desenvolvimento da criança, pois exacerba outros fatores tais como o número de filhos e a pobreza.

"Aí você tenta fornecer meios para que não venha mais gravidez, mas quanto mais você tenta, menos você consegue."

"Propõe a laqueadura, não quer. Não tem como ficar na cama tanto tempo. Então vamo pra vasectomia. Aí o homem diz "de jeito nenhum". Aí você propõe "vamo pro DIU?". Aí você vai, né? Dando alternativas. E eles recusando. Aí o remédio é o pior porque esquecem."

"Não tomam a injeção no dia certo. E aí você não tem o que fazer."

"A maioria dessas pessoas são usuário de drogas. E aí "ai, lembrei não, foi um descuido".

"E assim vão proliferando crianças com famílias desordenadas, desestruturadas. E vai gerando o caos que tá acontecendo."

"Eu só queria que surgisse uma lei, como tem aí nos países. Um casal só ter dois filhos, pronto. Num instante resolvia a educação."

Outro contexto que aparece na fala dos participantes e influencia o desenvolvimento da criança é a falta de creches, o que leva os cuidadores a buscarem alternativas, que nem sempre são boas para as crianças, para que possam trabalhar.

"Não tem creche. Tem uma em Rosa Selvagem, que as pobres das mães se inscrevem, que tem que pegar uma "vanzinha". Uma dificuldade enorme pra levar essas crianças."

"E que não é uma educação qualificada. É uma pessoa da comunidade que se dispõe, a gente tem algumas pessoas assim também, que se dispõem a olhar a criança naquele horário pra mãe poder trabalhar, né? Mas sem o mínimo preparo."

"Era muito importante que a gente tivesse creche pra esses meninos de 2 anos serem estimulados. Eles ficam em casa, pela misericórdia divina(...)"

Segundo a visão dos participantes, a realidade das pessoas da comunidade era a de que a sobrevivência ou seja a necessidade de trabalhar, ultrapassa outras necessidades tais como a família e o cuidado com as crianças.

"Antes o centro era a família, e hoje a gente não vê essa realidade, infelizmente, é o trabalho, é "n" coisas até pela sobrevivência."

"(...)É... dos adultos, realmente. Primeiro a família, depois um trabalho, uma outra coisa fora, mas hoje não tem isso, e não é nem porque o adulto quer, é o necessário."

No entanto, algumas empresas onde os cuidadores das crianças trabalham acabam afetando negativamente para o desenvolvimento da criança, pois não apoiam que o funcionário saia no horário de trabalho para participar de coisas relativas à criança, tais como o pré-natal.

"Até porque tem pais, aqueles pais que trabalham e as empresas muitas vezes não quer saber, eles não aceitam uma declaração de comparecimento,

e assim, eles dizem assim, eu não vou deixar de trabalhar, porque eu preciso sustentar a família."

"As vezes a gente tem dificuldade com a própria gestante né? Quanto mais com o pai. Hoje mesmo a gestante, disse pra mim, aí mas eu não posso vir não sei quando, eu tava consultando a tarde, é mas você sabe que pre-natal é um direito? sei... pois é não precisa tá lembrando isso, pois o seu empregador sabe que é, mas as vezes a gente tem que se posicionar até com a própria gestante desse jeito, porque as empresas as vezes tem essa resistência."

Outro contexto que afeta o desenvolvimento é o conhecimento que o profissional de saúde tem acerca do desenvolvimento infantil, pois é a partir disso que o desenvolvimento pode ser compreendido como ausente ou presente. Na fala dos participantes quando indagados sobre o que era o desenvolvimento, ele foi relatado como de difícil avaliação e conceituado como marcos do crescimento, um melhoramento, crescimento, a personalidade e os comportamentos.

"(...)e o desenvolvimento é algo tão importante quanto o crescimento e algo que não é tão fácil de se avaliar."

"Desenvolvimento pode ser o melhoramento de alguma coisa."

"Buscar os marcos do desenvolvimento. (...) desenvolvimento infantil que se espera para tal idade e avaliar de acordo (...)"

"É um processo de ações que levam ao crescimento."

"É porque crescimento é diferente de desenvolvimento, né? O crescimento termina focando mais em peso (...)"

"(...) o desenvolvimento fala de comportamento, das ações da criança."

Outro contexto, relacionado a cultura que também surgiu no relato dos participantes foi na relação entre homens e mulheres, essa visão diferente entre os sexos afetará como vemos e as expectativas em relação aos meninos e meninas e consequentemente o desenvolvimento de ambos.

"(...)hoje, conversam muito comigo reclamando que não tem mais como sair desse ciclo. Porque os maridos não permitem que voltem a estudar, que venham a trabalhar e isso é a vida que levam. Cada dia eu recebo uma jovem para escutar os mesmos problemas. Por oportunidades perdidas."

Outro contexto identificado nas falas dos profissionais de saúde é a existência de um padrão intergeracional, que faz com que os ciclos se repitam e que poucas pessoas sejam capazes de deixá-los.

"E quando tá nessas condições é um ciclo que se perpetua. A filha mais velha começa a gerar filhos cedo, a filha adolescente."

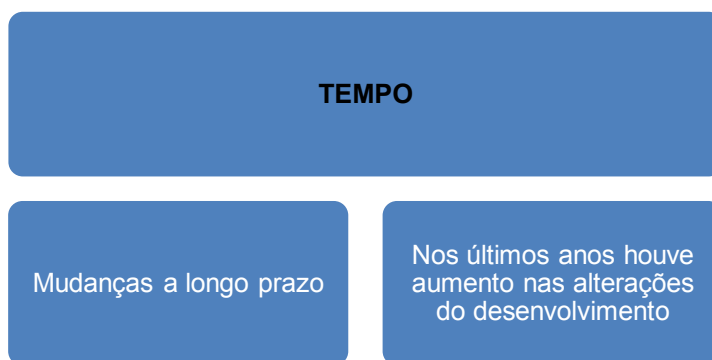
"É um ciclo que muitas vezes se perpetua, mas é aquilo que vocês trazem

que tem alguns que conseguem sair."

"São tragédias anunciadas acontecendo, se repetindo. E as pessoas cada vez mais dependentes, mais pobres (...) A gente trabalhando em comunidade, a gente vê a perpetuação da pobreza e, quando a gente olha, é um ou outro adolescente ou adulto jovem que diz "eu não quero essa vida pra mim". São raros, a grande maioria perpetua a pobreza, elas não acompanham, por mais acesso que se tenha. Eu acho isso muito preocupante."

4.2.1.4 Tempo

Figura 5 - Fatores relacionados ao componente tempo descrito no discurso dos profissionais de saúde.



Fonte: elaboração própria.

O quarto e último componente do modelo PPCT é o tempo, essa ordem é apenas metodológica para que a pesquisa aqui apresentada fosse de mais simples compreensão, mas todos os componentes atuam simultaneamente e sem hierarquia entre si. Esse foi o componente que menos apareceu na fala dos participantes da pesquisa, o que vai ao encontro com o exposto por Bronfenbrenner (2017) de ser esse componente um dos mais difíceis de serem encontrados nas pesquisas de desenvolvimento.

Os profissionais de saúde abordaram o componente tempo quando apontaram que as modificações conquistadas por eles nas políticas voltadas para as crianças seriam apenas desfrutadas por seus netos, e que na visão deles havia agora maior incidência de transtornos mentais nas crianças do que existia há alguns anos atrás.

"Melhorias pra aquilo que a gente tá focando aqui. (...) eu podia não ver, mas meus netos iam ver."

"(...)a gente tem visto cada vez mais crianças com diagnósticos com alterações que há cinco anos, isso é uma perspectiva e uma análise minha, que há quatro ou cinco anos atrás a gente não via essas crianças com essas

alterações aparecendo."

4.2.2 Tema 2 - Reflexões sobre os novos conhecimentos e novas ressignificações para a prática profissional

A partir do segundo encontro, novos conhecimentos acerca do desenvolvimento infantil foram sendo abordados e debatidos com os participantes, produzindo reflexões sobre os novos conhecimentos e possíveis implicações para a prática profissional. Atividades práticas realizadas pelos participantes no ambiente de trabalho, diretamente com os usuários, foram atribuídas desde o primeiro encontro e também debatidas nos encontros subsequentes. Todos os códigos, referentes a esse processo de reflexão, foram classificados e categorizados e divididos em dois subtemas: Reflexões sobre conhecimentos e práticas dos profissionais e Reflexões sobre vivências e práticas a partir dos conhecimentos construídos em grupo.

4.2.2.1 Reflexões sobre conhecimentos e práticas dos profissionais

Ao serem indagados sobre as potencialidades que os participantes vislumbravam em sua prática, eles apontaram como potencialidade, as articulações intersetoriais entre os diferentes setores da administração pública. E citaram o NASF, como um dos parceiros principais.

Os participantes relataram as possibilidades de contornar dificuldades e empecilhos, a partir do engajamento da comunidade, principalmente se as pessoas-chaves, que ocupam posições estratégicas, forem atraídas e sensibilizadas sobre este tema. Ela exemplificou sobre como isso é possível, usando uma experiência que ela vivenciou durante a organização da decoração natalina da rua onde mora. Onde anualmente a decoração é feita, mas que naquele ano todos estavam desencorajados e tinham decidido por não mais fazer, mas ela conseguiu mudar essa situação, através da mobilização de pessoas-chaves para o processo, a partir dessas pessoas-chaves, outras pessoas foram convencidas, e então o projeto de decoração da rua, pode enfim, ser realizado.

Outra reflexão sobre a prática profissional foi a importância da comunicação com o usuário, por meio de uma escuta qualificada, evitando comportamentos de julgamento, mas respeitá-lo em suas escolhas pessoais, entendendo que entre o

profissional de saúde e o usuário podem existir diferentes pontos de vista e é importante que o profissional esteja preparado para escutar e acolher o usuário sem interrompê-lo ou criticá-lo.

A caderneta de saúde da criança, surgiu diversas vezes durante a fala dos participantes, ao longo do processo educativo os profissionais foram reconhecendo sua potencialidade como instrumento de trabalho, mas também suas fragilidades, como exposto nas falas apresentadas no quadro 1.

Os participantes também refletiram sobre a diferença entre trabalhar com a criança e com o adulto, e a importância de se trabalhar com todos os membros da família para que as mudanças realmente se efetivem.

Quadro 1 - Códigos e falas representativos das reflexões sobre conhecimentos e práticas dos profissionais

CÓDIGOS	TRECHOS DE FALA
Potencialidade no engajamento da comunidade	<i>"É porque pouca gente que queria contribuir. (...) Então, houve intrigas, a falta de dinheiro, tudo... e o pessoal decidiu que não faria em junho, e aí quando chegou o São João, a rua parecia um cemitério. Aí depois disso, no dia seguinte, quem passava eu chamava pra conversar. Então, agora já fizemos duas reuniões e tá decidido, está fechado, a gente já está começando a juntar dinheiro e a fazer alguns trabalhos pra decorar a rua em dezembro."</i> <i>"aí a partir do momento que eu consegui resolver, a pessoa que põe a mão na massa, então fica mais fácil."</i>
Potencialidade na intersetorialidade	<i>"Podemos nos unir com outros setores, como as equipes de apoio, que seria o NASF, outras secretarias como a de educação, de esportes e de assistência social, associação de moradores, igrejas, creches e escolas públicas e particulares."</i>

Comunicação com o usuário	<i>"É bom incluir aí também a questão do nosso ponto de vista, pra não interferir. Porque assim, o que a gente vive, assim, como pessoa, é uma coisa, e o que a gente vive como profissional, é outra. É, a gente tem uma ideia de algumas coisas, como por exemplo, não aceitar que uma determinada pessoa tenha três, quatro filhos... Assim, a gente tem esse ponto de vista, essa consciência."</i> <i>"Pra não julgar, respeitar."</i> <i>"Essa coisa de escutar também. Às vezes a gente tem que saber mais escutar e não ficar interrompendo a pessoa, ou de criticar, de dar pitaco, porque às vezes quando a gente se disponibiliza pra escutar alguém, a gente tem que tá preparado pra escutar o que vier e não ficar... e é difícil hoje em dia a gente escutar, e também não querer ficar julgando, dando ideias e pitacos. É interessante, assim, a proposta."</i>
Fragilidades e potencialidades da caderneta de saúde da criança	<i>"A caderneta, assim, aqueles tópicos do marco do desenvolvimento, é muito, é, como é que eu digo, não é didático, entendeu?"</i> <i>"Agora assim, eu observo assim, que, porque assim, a gente tem a cartilha da criança, num é, é, eu não vejo assim muito um interesse das pessoas de lerem o que tá escrito ali, né, então se for uma cartilha, que seja uma coisa assim mais ilustrativa."</i>
Importância e desafios de ações educativas com as famílias	<i>"Eles têm um olhar mais apurado. E a gente as vezes, você não dá muita... não dá importância, mas não, a criança é muito inteligente. (...) Então digo sempre, trabalhar com criança é muito bom. Porque ele chega em casa, e o que você passar e ensinar a eles, ele chegou em casa eles dizem."</i> <i>"Porque o pior de trabalhar é com os pais. Com a criança às vezes, é uma beleza trabalhar com a criança. Com o pai, com a avó. Então assim, é uma coisa muito difícil de se trabalhar. É mais difícil quebrar a coisa do adulto ali, do que da criança. Esse nó não desata nunca."</i> <i>"E assim eu acho que trabalhar com a família é muito completo, porque em relação à alimentação saudável, que a gente tava organizando para fazer no pse, mas quando a gente faz só com uma criança, aí na hora do recreio tem um lanche da escola, mas eles abrem a bolsa, tiram uma garrafinha de refrigerante e salgadinho. (...) Quando você traz a família para tá conversando junto mostrando por que uma alimentação mais saudável. Eu acredito que o resultado é melhor."</i>

4.2.2.2 Reflexões sobre vivências práticas a partir dos conhecimentos construídos em grupo

Uma das primeiras reflexões que surgiram sobre as situações vividas pelos usuários, foi sobre como a criança lida com os próprios sentimentos. Os participantes refletiram as dificuldades para a criança identificar e reagir a seus sentimentos, uma vez que, elas não os conhecem e estão encontrando aquela emoção pela primeira vez. E sobre a importância da valorização dos sentimentos das crianças.

Além da valorização dos sentimentos das crianças, os profissionais também pontuaram a importância de não mentir para as crianças para que possa haver uma relação de confiança mútua entre a criança e os cuidadores.

Os participantes também refletiram que essa capacidade de regular o sentimento também é afetada pela pobreza, e que por isso as famílias vulneráveis seriam as mais afetadas. Essa vulnerabilidade explicaria também por que os usuários não possuem um planejamento de vida.

Outro ponto de reflexão dos participantes, foi sobre a própria parentalidade, sobre o quanto a educação de uma criança é uma tarefa complexa e que exige muitos recursos, que vão além dos recursos financeiros.

Durante uma encenação, onde os participantes atuaram em situações de parentalidade positiva e negativa, os profissionais refletiram sobre sua própria infância, e a partir da reflexão do que viveram quando crianças, o quanto é importante valorizar os sentimentos das crianças.

Ainda sobre o próprio processo de parentalidade, os participantes refletiram sobre a importância do equilíbrio entre a superproteção e o desenvolvimento da autonomia na criança, para que ela possa ter um desenvolvimento saudável.

A capacidade de autorregulação das emoções durante os momentos de tensão, foi uma das reflexões propostas durante o processo educativo, que os participantes conseguiram aplicar em suas vivências no dia-a-dia como pais e cuidadores.

Outra reflexão feita pelos participantes foi sobre a importância do diálogo, tanto entre os cuidadores e a criança, como entre os próprios cuidadores. A imprevisibilidade do comportamento da criança foi outra reflexão feita pelos participantes, de como nem sempre os pais ou cuidadores estão preparados para lidar com as atitudes inesperadas da criança.

Os participantes também reconheceram que a primeira infância é uma fase que deve ter prioridade nos investimentos, pois causa impactos em toda a vida adulta. A importância do estresse positivo para que a criança possa desenvolver habilidades para a vida, foi mais uma reflexão feita pelos participantes, a de que a criança durante o crescimento precisava enfrentar situações, que na visão da criança eram desagradáveis mas que irão impactar no seu futuro, no desenvolvimento de sua resiliência.

O trabalho em equipe também foi apontado como algo positivo, uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho e que pode ser usado para a promoção do desenvolvimento infantil.

Quadro 2 - Códigos e falas representativas das reflexões sobre vivências práticas a partir dos conhecimentos construídos em grupo

CÓDIGOS	TRECHOS DE FALA
Criança e manifestação de sentimentos	<i>"Eu acho que, no caso da criança, é muito mais difícil tanto para identificar quanto para expor os sentimentos, porque a vivência dela é muito menor, tem menos tempo de vida, então muitas vezes ela não sabe nem o que é aquilo que ela está sentindo. Porque provavelmente nem aconteceu em um outro momento da vida dela, pode ser a primeira vez que tá sentindo aquilo ali. Então pra expor é muito mais difícil ainda, uma vez que ela tenha uma certa dificuldade de reconhecer o sentimento."</i> <i>"(...)Porque geraria uma frustração, ela não vai acreditar mais em quem falou isso, porque fez uma promessa e não cumpriu, então isso aí pra mim só geraria uma coisa negativa."</i> <i>"[...] criança é uma caixinha de surpresas, tem que tá sempre, por mais que a gente converse, por mais que a gente eduque, mas as vezes ela nos surpreende, porque criança ela não é aquele bichinho que você tenha ele e diga, olha você vai fazer assim e assim."</i> <i>"E digo sempre, deveria vim com uma manual, cada um com um manual porque cada um é diferente, então cada um viria com um manual diferente, mas ele é uma caixinha de surpresas (...)"</i>

CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE

CONTINUAÇÃO

Relações familiares, regulação emocional e contextos de pobreza	<i>"Às vezes eu acho assim, tem famílias assim muito diferentes e eu percebo isso. A questão dos sentimentos, às vezes, a gente tem dificuldade de identificar. E aí você falando agora me fez lembrar, tipo assim, que quanto mais a necessidade dessa família, menos a presença desses sentimentos a serem diferenciados, por perder essas relações."</i> <i>"(...)E agora eu, com 11 anos de Saúde da Criança, é que vou começar a entender os contextos familiares, né? veja... e acho que cada um aqui vai começar a enxergar de uma forma mais diferente. Por que não pensar lá no fundo? Por que não planejar? Por que esses filhos são gerados aleatoriamente? Porque isso é de maneira aleatória, né? Mas tudo isso tem uma causa."</i> <i>"(...)a gente realmente a gente se programa pra tudo, se programa, mas realmente é um ser que a gente, vai, que ele não só vive, ele não só come, adoce essas coisas não, é uma série de sentimentos que envolvem (...)"</i>
Papéis parentais, práticas parentais positivas e negativas	<i>"É porque na verdade, eu hoje eu tenho a consciência que, inclusive vocês até ajudaram. Que antes de você por um ser no mundo o ideal é você realmente ter a consciência do que é um ser que você tá pondo no mundo, não é só "ah eu posso sustentar, eu não posso," muita gente diz assim: "você planejou?", pensa logo na questão financeira, como quem vai ficar se você trabalhar, e a gente ver que é muito mais intenso, é muito mais além que esse tipo de planejamento. Eu acho que deveria ter um curso pra você ser mãe(...)"</i> <i>"(...)eu gostaria de ter tido essa criação, pra mim é a forma ideal, mostrasse pai e mãe ser pessoas bem centrados, mostra que sabe a importância de se aproximar, de estar, de trazer o filho pra interagir na importância das coisas da casa, é... o pai soube conduzir, pra tirar a criança, porque para uma criança não é fácil ela esquecer uma coisa que ela quer muito, por mais que o adulto explique, mas pra criança não é fácil, mas o pai soube, tanto dar razão a mãe pra mostrar pra filha que os dois falam a mesma linguagem, como pra mostrar pra filha que ela se sentisse importante lá no caixa e esquecesse um pouco</i> <i>"É então faltou diálogo. Eu sei que o tempo é corrido, tem todo um contexto, né, porque ela poderia naquele momento, chegar e dizer: oh filha, a gente veio pra comprar comidinha tal, isso e aquilo outro, e a gente não vai poder, então talvez tenha faltado essa questão do diálogo."</i> <i>"A discordância estraga a criação. Porque tem que ter acordo, o que o pai disser, a mãe concordar, e vice-versa."</i> <i>"Mas a gente vê muito isso, essa falta de diálogo mesmo de dar um, de os dois, o casal né, falar uma língua só, em relação à criança."</i> <i>"(...)isso tudo ajuda pra que a criança não fique perdida, porque chega pra mãe, é uma postura, chega pro pai, é outra postura, isso também atrapalha muito na criação, o ideal é os dois serem concisos na criação(...)"</i>

CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE

CONTINUAÇÃO

Compartilhando vivências pessoais e autorregulação para o profissional	<i>"Aí hoje eu vejo que tipo, tinha coisas que era para ter deixado sabe, ir mais leve, mais solto, embora já com a irmã não foi assim, porque quando chegou em um certo tempo eu vi que aquilo tinha sido demais, eu acho que eu tava era louca mesmo, eu me preparei tanto para ser mãe que eu descarreguei com força. E aí hoje eu vejo que tem coisa do desenvolvimento que assim, eu botei tipo numa caixinha e hoje repercute."</i> <i>"Então assim, foi bem interessante, eu vi que, quando eu me controlei e tentei conversar, foi melhor. Porque assim, eu sou muito ansiosa e eu não posso deixar para depois não, eu já chego logo. Já vou falando. Você acaba se estressando, mas você não tem o resultado que você gostaria. Realmente é bem válido."</i>
Investindo na primeira infância	<i>"(...)quanto mais a gente investe nessa primeira infância que aí menos danos, não é que não vai ter que não vai acontecer nada, mas é que menos danos vai ter no futuro."</i> <i>"Então eu acho que a partir do momento que eu procuro dar conforto a ele o tempo todo, eu tô privando ele de se desenvolver de uma forma saudável. Porque no mundo ele não vai ter o conforto que ele encontra. Então, vai ter situações desagradáveis, mas que ele vai precisar, tem até uma palavrinha que a gente usa, vai ter que passar por isso Vai ter que desenvolver um sentimento, assim de resiliência, Né? então a gente vai trabalhando isso."</i>
Potencialidades do trabalho em equipe	<i>"Que trabalhando em equipe a gente consegue resolver melhor. Né? Várias cabeças pensantes chegam a um denominador comum. Precisou todo mundo pensar, ver, querer, né? Achar uma solução, que acabou chegando. Eu acho que o trabalho em equipe é melhor."</i>

4.2.3 Tema 3 - Planejamento e implementação de mudanças na prática

No último encontro e, ao longo do processo educativo foi possível observar a partir das falas dos participantes, algumas mudanças em suas práticas profissionais, mudanças essas já implementadas, ou planejadas. Também foi possível identificar práticas que apesar de discutidas e refletidas durante o processo de educação, ainda assim, não foram modificadas. Deste encontro emergiu o terceiro tema - Planejamento e implementação de mudanças na prática que deram origem a dois subtemas: Mudanças no mundo do trabalho e Limitações para mudanças no mundo do trabalho.

4.2.3.1 Mudanças no mundo do trabalho

O incentivo à leitura da caderneta de saúde da criança, pelos cuidadores, e também como guia e instrumento de apoio, aos profissionais de saúde, nas visitas domiciliares, foi um dos primeiros pontos de mudança possível de identificar na prática profissional.

Outra mudança que surgiu durante o processo educativo, foi a capacidade dos próprios participantes de proporem ferramentas educativas que melhor se adequem ao seu processo de trabalho, e que seriam usadas nas estratégias de educação em saúde para a promoção do desenvolvimento infantil. Sendo proposto a criação de um vídeo sobre o desenvolvimento infantil para ser usado durante as atividades de educação em saúde com a população. E também a criação de um roteiro para ser seguido pelo profissional de saúde durante as visitas domiciliares em conjunto com a caderneta da criança e que seria adaptado conforme a faixa etária das crianças presentes no domicílio.

Também foi proposto pelos participantes a criação de um kit com brinquedos artesanais feitos em casa, que auxiliassem na avaliação do desenvolvimento da criança e ao mesmo tempo seria um estímulo para que pais e/ou cuidadores se sentissem motivados a brincar com a criança utilizando os recursos disponíveis no lar.

A criação desse kit levou a uma outra mudança planejada pelos participantes, que foi a execução de uma estratégia educativa do tipo oficina de brinquedos cujo objetivo era construir junto aos pais e responsáveis das crianças, brinquedos a partir de material reciclado ou reutilizado.

A motivação dos profissionais foi outra mudança trazida pela estratégia educativa, os profissionais relataram estarem mais animados para promover mudanças em suas práticas profissionais e aplicar aquilo que foi aprendido durante o processo educativo.

Quadro 3 - Códigos e falas representativos das mudanças no mundo do trabalho

CÓDIGOS	TRECHOS DE FALA
---------	-----------------

CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE

CONTINUAÇÃO

Uso da caderneta de saúde da criança com mães e cuidadores	<i>"(...)disse a ela que ela lesse, era importante, pra ela descobrir ainda mais o filho dela, que o que ela pode fazer para ajudar, conhecer e ela fosse lendo."</i> <i>"Aí eu tava olhando, folheando com ela, (...) aí eu pedi pra que ela tentasse acompanhar pelo menos o que tinha lido. E foi bom que os estudantes de medicina também, que nunca tinham visto uma caderneta (...), eles viram, eles viram(...)"</i> <i>"E assim, uma das coisas que eu vi na minha visita, uma das coisas que eu reforcei pra ela, a importância, porque elas estavam muito atreladas só ao cartão de vacina e às consultas da enfermeira e pronto. Só que eu fui, aí também eu disse a ela: aproveite e mande o pai dele também ou leia com ele"</i> <i>"Então assim, com esse curso agora a gente vai criar umas maneiras, eu pelo menos tenho comigo, eu tenho outras maneiras de abordar essas mães e mostrar a importância da caderneta."</i>
Ferramentas para educação em saúde: vídeo, roteiro escrito, brinquedos, oficina de brinquedos	<i>"Aí é isso que eu tô dizendo, se tivesse uma forma, (...), uma coisa mais organizada, não tô dizendo que é desorganizado não, mas que pudesse chamar mais atenção, um vídeo de no máximo, no todo das informações, uns 6 minutos. Porque aí elas, a ACS ou a pessoa que fosse fazer a apresentação passava se o vídeo e complementava com as perguntas, né, faria a troca né. As pessoas que tivesse ali ia levar como um todo. Aí eu acho que seria um material muito rico pra ficar na unidade."</i> <i>"(...)na visita das meninas, interessante também seria um roteiro. (...)Aí a criança dessa casa tá em que faixa etária? Aí poderia usar esse tipo de instrumento, né? Com dicas rápidas. Até porque as mães já tem a caderneta de saúde da criança e pode usar até as próprias informações da caderneta, só que separado."</i> <i>"Então assim, se cada agente de saúde tivesse um kitzinho assim, é, que você pudesse levar pra casa das pessoas, tipo comunitário, assim, que tivesse brinquedos, né, que você pudesse junto com a caderneta tá avaliando o desenvolvimento da criança pra mãe observar, poxa, a agente de saúde trouxe, então é, a própria mãe que não tivesse um brinquedo ia, não precisava ser nada comprado mas é feito mesmo, né, de sucata. Um chocalhinho, uma coisa, um feijão com, pra avaliar o desenvolvimento "</i> <i>"(...)seria pra fazer uma oficina do brincar e aí seria promover ações educativas sobre o brincar de acordo com cada faixa etária, a metodologia tirar tempestade de ideias pra reflexão sobre o brincar, brincadeira de hoje, de antigamente. Construir com os responsáveis brinquedos recicláveis e a avaliação seria pela dinâmica do que bom, que pena, que tal."</i>

CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE

CONTINUAÇÃO

Mudanças em habilidades atitudinais com os usuários, motivação, pertencimento ao grupo e valorização profissional	<i>"Eu levo, eu levo um olhar diferenciado, certo, um aprendizado e deixo para traz um olhar, é, um conceito, é, muito antigo, que mãe é que tem o saber, que mãe é que sabe das coisas e que eu deixo isso pra traz porque eu pude ver que a gente pode tá sempre aprendendo, até com as crianças, aprendendo com os adolescentes. Então, eu levo conhecimento e deixo pra traz um conceito antigo, que a vida é uma troca a respeito de conhecimento, e a gente tá sempre aprendendo."</i> <i>"Eu levo conhecimento e estímulo e o que é necessário, espero que, o bom não é tá aqui, que vocês sempre voltem(...) Assim, agora que foi riquíssimo em conhecimento e assim, dá aquela gostosura, voltem! Foi muito bom mas com essas mexidas, minha opinião."</i> <i>"(...)porque quando a gente faz curso, sempre sai com essa situação [...] de ter uma chaminha de tá lá mexendo com a gente [...]"</i>
---	---

4.2.3.2 Limitações para mudanças no mundo do trabalho

Entre as práticas que apresentaram resistência para mudanças, o acompanhamento dos marcos do desenvolvimento foi uma delas, pois os profissionais relataram não terem tempo hábil durante a consulta de puericultura para abordar esse tema.

A mobilização de diferentes setores, além do setor saúde, como por exemplo a educação, continua sendo um problema na percepção dos participantes. Pois as escolas possuíam um cronograma já pré-determinado que dificultava a possibilidade de momentos em conjunto com a saúde.

A adesão dos usuários as estratégias de educação em saúde organizadas pelos profissionais foi outro ponto que os participantes não conseguiram mudanças.

Quadro 4 - Códigos e falas representativos das limitações para mudanças no mundo do trabalho

CÓDIGOS	TRECHOS DE FALA
Aplicação do acompanhamento dos marcos do desenvolvimento da criança	<i>"Os marcos nem tanto, mas até porque eu entendo que a consulta tem muita coisa pra se ver, tem muita coisa pra avaliar na criança, então eu sempre oriento pras famílias acompanharem e até usarem como alerta, né, pra mostrar ao profissional que vai fazer também a puericultura, se tem algum, pra elas observarem."</i>
Dificuldades para implementação de ações intersectoriais	<i>"E também tem o problema de conseguir conciliar com os professores, porque não tem quem fique na sala de aula por eles, pra eles saírem naquele momento. Aí fica dependendo das reuniões pedagógicas, só que quando chega na reunião pedagógica eles já tem um, tudo fechado, exato, então também fica difícil fazer algum tipo de reclamação com o professor."</i>

CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE

CONTINUAÇÃO

Dificuldades para engajamento e participação dos usuários	<i>"(...)é a questão que tu falou da troca mesmo, Porque se tu colocar um tema assim: benefício, para elas saberem que tem algum direito a benefício. Se elas forem ganhando algo elas vêm."</i> <i>"Talvez é... essa questão do benefício. As pessoas estão mais..... querem se apegar mais a uma relação de troca, do que uma relação que não vai te dar algo de benefício direto... Te dar de maneira indireta. Talvez essa questão, essa cultura assistencial sabe? Não sei."</i> <i>"(...)mas se o ganho for a informação elas não vem."</i>
---	--

4.3 DISCUSSÃO

As principais contribuições do processo de educação permanente, para a promoção do desenvolvimento infantil com profissionais de saúde da atenção primária, vinculados às equipes de saúde da família e núcleo de apoio à saúde da família, foram as mudanças em conhecimentos, reflexões durante o processo educativo, as quais foram implementadas na prática profissional ou na sua vida pessoal, particularmente por meio de atividades colaborativas entre um ou mais profissionais.

Os conhecimentos prévios e desafios práticos dos profissionais no seu processo de trabalho foram considerados a partir do Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner, considerando os elementos Processo-Pessoa-Contexto-Tempo e foram trabalhados nos primeiros grupos focais, para a partir destas questões, serem mobilizados os novos conhecimentos, reflexões e ações práticas.

Todos os componentes do modelo PPCT estiveram presentes nos discursos dos profissionais de saúde ao longo do processo de educação permanente. Contudo, alguns estiveram mais presentes que outros. O componente Tempo foi aquele que menos apareceu durante as falas, ou talvez essa presença menos frequente se deva, não à ausência do componente nas falas, mas a uma pouca familiaridade do pesquisador com esse componente do modelo, proposto por Bronfenbrenner.

A PESSOA, foi o primeiro componente identificado nas falas dos profissionais, a figura da criança, da mulher no papel da avó e da mãe, do homem no papel do pai e a figura do profissional de saúde ficaram evidentes através das características pessoais apontadas.

À luz do modelo PPCT, no componente PESSOA estão compreendidas todas as características individuais de um ser em desenvolvimento, tais como personalidade, saúde mental, sexo, idade, entre outras; todas essas características

irão interagir com os demais componentes, por sua vez, influenciarão negativa ou positivamente no desfecho do desenvolvimento. As características pessoais aparecem duas vezes no modelo PPCT, tanto como um fator que influenciará no desfecho do desenvolvimento, como o próprio desfecho do desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 2012).

Duas características pessoais da criança emergiram na fala dos profissionais de saúde, a agressividade e o comportamento por vezes desafiador das crianças vinculadas ao território e transtornos do desenvolvimento, particularmente o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Esses achados corroboram com descritos na literatura, nos quais o diagnóstico de TDAH está relacionado com baixo desempenho escolar na infância e adolescência, como também ao abuso de substâncias, comportamento antissocial, ansiedade e depressão na vida adulta (DI LORENZO *et al.*, 2021; DRECHSLER *et al.*, 2020).

Quando analisamos os relatos de agressividade como uma característica da criança, fica evidente o duplo papel que as características individuais desempenham no desenvolvimento humano. Os estudos sobre agressividade na infância mostram que a presença e a intensidade de comportamentos agressivos nos anos iniciais de vida são preditores de comportamentos agressivos na adolescência, tais como *bullying*, e no decorrer da vida adulta, como violência doméstica (PERRA; PAINE; HAY, 2021; TEYMOORI *et al.*, 2018; TREMBLAY *et al.*, 2004). Isto é, a agressividade passa de uma característica individual da criança para um desfecho do desenvolvimento humano.

Segundo os profissionais de saúde, as mães das crianças, que possuíam essas características (agressividade e TDAH), não sabiam como lidar com seus filhos e se sentiam envergonhadas por não possuírem ferramentas para lidar de forma adequada. O modelo PPCT de desenvolvimento humano proposto por Bronfenbrenner, fica evidenciado através dos discursos dos profissionais de saúde, uma vez que, segundo a TBDH, o desenvolvimento humano ocorre durante todo o ciclo de vida, e não estaria restrito apenas à infância ou a adolescência, mas às características desenvolvimentais do próprio adulto, isto é: pais e cuidadores das crianças, também estão em processo de desenvolvimento, e o desenvolvimento psicológico dos pais (cuidadores) é intensivamente influenciado pelas características, condutas, comportamentos e desenvolvimento de seus filhos (BRONFENBRENNER, 2012).

Crianças com determinadas características individuais podem apresentar um desafio maior no exercício da parentalidade, que crianças sem essas características não apresentariam, resultado consequentemente em diferentes desfechos do desenvolvimento humano, tanto dos filhos (crianças) como dos pais (cuidadores) (BRONFENBRENNER, 2012).

A figura da mulher como cuidadora da criança, esteve presente de forma quase homogênea na fala dos profissionais de saúde. O sexo está inserido, ao mesmo tempo, na componente pessoa e no contexto no modelo PPCT, uma vez que, os papéis sociais esperados do homem e da mulher são diferentes. A presença feminina é prevalente, não apenas no cuidado da criança, mas no papel de cuidador de forma geral, portanto, essa percepção dos profissionais da mulher como principal cuidador da criança é um reflexo da desigualdade de gênero ainda presente na sociedade (EKIZ GÖKMEN, 2021).

Uma das primeiras características individuais da mulher que ficou evidente no relato dos participantes foi a idade, particularmente, mulheres jovens, que exercem o seu trabalho como donas de casa e assumem o papel de cuidadoras em tempo integral. As relações parentais das mães com as crianças foram as mais abordadas e exploradas nos discursos dos profissionais.

O relacionamento das mães adolescentes (entre 12 e 18 anos) com seus filhos foi expresso na fala dos profissionais como uma “criança cuidando de outra”, quer dizer as mulheres que são mães ainda na adolescência teriam menor capacidade de exercerem a parentalidade do que mulheres que engravidaram na vida adulta. Essa percepção dos profissionais de que a gravidez na adolescência impactaria negativamente no desfecho do desenvolvimento alinha-se com achados da literatura, particularmente relacionados à menor auto-eficácia materna das mães adolescentes.

Um estudo (KHATUN *et al.*, 2017) que comparou os escores de Coeficiente de Inteligência (QI) de adultos de 21 anos de idade nascidos de mães adolescentes (abaixo de 20 anos) e de mães adultas, apontou menores escores naqueles indivíduos filhos de mães adolescentes. Firk *et al* (2018) investigou desempenho cognitivo e encontrou que nos meses iniciais de vida da criança, o desenvolvimento é semelhante, tanto para filhos de mães adolescente, quanto para aqueles de mães adultas, porém entre 18-24 meses de vida, diferenças no desenvolvimento cognitivo começam a surgir entre os dois grupos, porém nesse mesmo estudo também demonstrou que essa relação entre desenvolvimento cognitivo e idade materna, era em

parte mediado pela responsividade materna (a capacidade de perceber e responder prontamente e adequadamente aos sinais da criança), que por sua vez era menor nas mães adolescentes.

O papel paterno, esteve ausente no discurso dos profissionais e quando presente, estava relacionado a uma menor qualidade dos cuidados prestados à criança, novamente evidenciando o contexto de desigualdade de gênero no cuidado da criança (XUE; MCMUNN, 2021). Resultados indicam que, assim como no caso das mães, a idade paterna também estaria associada com desfechos negativos no desenvolvimento, contudo exerceria menor impacto do que a idade materna (MCGRATH *et al.*, 2013; MYRSKYLÄ *et al.*, 2013).

Não foi mencionado pelos profissionais a idade materna avançada (acima de 35 anos), porém a literatura mostra, que assim como o outro extremo: mães extremamente jovens, a idade materna avançada também está associada a desfechos negativos do desenvolvimento, tais como baixo escore de QI, dificuldades de temperamento da criança e atraso psicomotor nas habilidades de interação social (MORENO-GIMÉNEZ *et al.*, 2021; MYRSKYLÄ *et al.*, 2013).

A figura da avó foi a segunda figura feminina mais citada pelos profissionais de saúde, como pessoa envolvida no desfecho de desenvolvimento, porém, esta presença e papel era percebida particularmente de forma negativa. Na percepção dos profissionais, a idade avançada da avó torna o papel de cuidadora um risco tanto para ela como para a criança. As circunstâncias que levavam a avó a assumir o papel de cuidadora não são uniformes: 1) algumas vezes a avó assumia esse papel por razão dos pais da criança precisarem trabalhar fora de casa, 2) por escolha da própria avó, que considerava os cuidados da filha adolescente inferiores, 3) por abandono da criança pela mãe. Independente da circunstância em que a avó assumia o papel de cuidadora da criança, sua relação de cuidado é percebida, no discurso dos profissionais, como negativa tanto para o desfecho do desenvolvimento como para a saúde das avós.

O cuidado dos netos pelas avós está associado com sobrecarga emocional, financeira e emocional para as avós, principalmente quando ela é a cuidadora principal (MARTIN *et al.*, 2021; WHITLEY; FULLER-THOMSON, 2018). No entanto, para a criança a presença da avó na rede de cuidado é benéfica para o seu desenvolvimento, um estudo realizado no Paquistão, apontou que o alto envolvimento da avó nos cuidados da criança, aos 12 meses de vida, estava associado com melhor

desempenho cognitivo, habilidade motora fina e desenvolvimento emocional (CHUNG *et al.*, 2020).

Contudo, outro estudo realizado na China, apontou que a presença da avó como figura de cuidado para a criança estava associada com o desenvolvimento de melhor vínculo entre mãe e bebê, porém, apenas quando a avó apresentava um comportamento neutro, resumido a observar e oferecer apoio quando solicitado (LIANG *et al.*, 2021). Isso leva a refletir que os benefícios que a criança irá ganhar da relação de cuidado com a avó, são variáveis a depender de como essas relações são estabelecidas, então essas diferentes circunstâncias onde a avó assume o papel de cuidadora, que foram apontadas nas falas dos profissionais, precisam ser investigadas mais profundamente por meio de outros estudos.

Os profissionais de saúde também se identificavam como parte envolvida no desfecho do desenvolvimento infantil, porém como uma parte impotente, que apesar de ter o desejo, não eram capazes de alterar o desfecho do desenvolvimento. Esse sentimento de impotência talvez se deva ao fato de a capacidade dos profissionais de influenciar no desfecho de desenvolvimento, seja sempre vista em termos de que eles não são capazes de alterar o contexto, ou seja, o foco deles estava voltado para os processos distais, presente no exo e macrosistema e ligados a estruturas sociais complexas como, vulnerabilidade socioeconômica de um determinado bairro onde trabalham, ineficiência das políticas públicas nacionais para planejamento familiar, ao invés de focarem nos processos proximais, que ocorrem no micro e mesosistema, tais como vínculo mãe e bebê, responsividade materna, etc.

Os processos são o componente do modelo PPCT que relaciona as interações, relações que ocorrem entre os indivíduos, símbolos e ambiente presentes no processo de desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 2012). Os profissionais de saúde identificam em seu discurso diversas interações entre a criança, mãe, pai, avó e o próprio profissional de saúde.

Como citado anteriormente, a figura masculina, esteve ausente na componente pessoa, isto é, em nenhum momento surgiu no discurso dos profissionais características individuais do homem, como pai ou cuidador, que influenciasse o desfecho do desenvolvimento. Apesar de ausente na componente pessoa, o homem aparece no componente PROCESSO, porém também de forma ausente e negativa para o desfecho do desenvolvimento.

Segundo o discurso dos profissionais, os processos entre o pai e a criança são deficientes ou inexistente, no caso dos pais esse processo com a criança é diretamente ligado ao processo estabelecido com a mãe da criança, quando o relacionamento com a mãe da criança chega ao fim, o pai perde o vínculo com a criança ou nunca desenvolve, algumas vezes o pai até contribui financeiramente com a criança, porém não estabelece um relacionamento, isto é um processo, que estabelece com as crianças fruto do relacionamento atual. A ausência do pai também acontecia como resultado da violência urbana, morte do pai ou criminalidade, pai estava em restrição de liberdade.

A influência, que essa ausência de processos proximais, interações e relacionamento entre criança e pai exerce sobre o desfecho do desenvolvimento está representada de forma divergente na literatura, enquanto alguns estudos apontam que a separação criança-pai não impacta o desfecho do desenvolvimento (REYNOLDS *et al.*, 2018; SHI *et al.*, 2021), outro estudo mostra que a presença de vínculo pai-criança está relacionado à melhor autoestima da criança, e que o envolvimento do pai com a criança prediz melhores desfechos no desenvolvimento socioemocional, bem como uma melhor saúde mental materna (BUREAU; DENEALT; YURKOWSKI, 2020; MASELKO *et al.*, 2019).

A partir desse exemplo do impacto dos processos proximais, entre pai e criança, no desfecho do desenvolvimento e na saúde mental materna, fica evidenciado de forma clara como os componentes do modelo PPCT estão interligados e desenvolvem interações recíprocas e multidimensionais, apesar de apresentados aqui de forma separada (MERÇON-VARGAS *et al.*, 2020).

Outro indivíduo já discutido anteriormente quando analisamos a componente pessoa do modelo PPCT, foi a avó, que possui como uma das características ser do sexo feminino e que na maioria dos casos possui idade avançada, os processos proximais estabelecidos entre a avó e a criança eram vistos pelos profissionais de saúde como negativos para o desfecho do desenvolvimento, pois as avós eram permissivas no cuidado da criança. Não há evidência na literatura de que o estilo parental permissivo seja mais frequente no processo entre criança e avó do que entre mãe e criança, ao contrário o estilo parental adotado pela mãe é associado ao estilo parental exibido pela avó (LI *et al.*, 2019).

A literatura mostra que o impacto que processo proximal entre criança e avó terá no desfecho do desenvolvimento, se negativo ou positivo, depende da qualidade do processo proximal estabelecido entre mãe e avó (AKHTAR; MALIK; BEGEER, 2017; SUN; JIANG, 2017), mais uma vez trazendo à luz a interconexão que há no modelo PPCT.

Como evidenciado até o momento no texto, nenhum dos processos proximais identificados no discurso dos profissionais, eram processos positivos, assim como no caso dos pais e avós, os processos desenvolvidos entre criança e mãe também eram percebidos particularmente a partir de questões negativas.

Assim como descrito na TBDH, o processo criança e mãe era influenciada pelo contexto onde eles estavam inseridos. Os profissionais relataram a falta de tempo da mãe como um dos aspectos que mais contribuía de forma negativa nos cuidados, devido à sobrecarga das tarefas domésticas, ou a sobrecarga de atividades da mãe no mercado de trabalho e dificuldade de conciliação com os cuidados com a criança no ambiente doméstico (HSIN; FELFE, 2014; VIKRAM; CHEN; DESAI, 2018). A partir deste quadro, os profissionais destacaram que as crianças faziam uso da tecnologia para remediar essa ausência de vínculos com a mãe, resultando em uso excessivo de televisão, smartphone ou tablets.

Determinantes sociais de saúde, como segurança alimentar, trabalho, moradia, segurança, saneamento e acesso à saúde são cruciais para o crescimento e desenvolvimento infantil. Além destes, processos proximais no microssistema familiar em práticas parentais são chave para o desenvolvimento da criança, são esses comportamentos: (1) participação precoce e frequente em atividades cognitivamente estimulantes (por exemplo, ler e brincar); (2) interações sensíveis e responsivas; e (3) fornecimento de materiais didáticos, como brinquedos e livros (SHAH *et al.*, 2019). Essas práticas parentais são na verdade processos proximais positivos que devem ocorrer entre criança e cuidador (mãe, pai ou outra).

Os profissionais de saúde apresentaram dificuldades em apontar processos proximais positivos entre criança e seus principais cuidadores: mãe e avó. As principais interações ocorrem entre a criança e as tecnologias, essa situação também foi encontrada em outro estudo que investigou práticas parentais em regiões rurais da China (YUE *et al.*, 2019).

A ausência de processos proximais positivos poderá resultar em atrasos no desenvolvimento neurológico, de linguagem, social, emocional (WU *et al.*, 2020) e

também poderá repercutir a longo prazo na vida adulta em baixo nível educacional e empregabilidade, impactando de forma negativa a economia de um país (HECKMAN; MOSSO, 2014).

Diversos fatores explicam essa realidade, fatores distais relativos ao contexto, tais como baixas condições socioeconômicas, que induzem estresse no cuidador, assim como também fatores individuais tais como saúde mental materna e nível educacional materno (MADIGAN *et al.*, 2019). Outro fator também está relacionado às crenças pessoais e culturais sobre como as interações com as crianças devem ocorrer.

Em um estudo que investigou as crenças e atitudes parentais acerca da necessidade de brincar com as crianças, os pais descreveram as brincadeiras que tinham como objetivo o desenvolvimento e a educação da criança, apenas aquelas que eram baseadas em brinquedos físicos eletrônicos ou mídia digital, e relataram não entenderem as brincadeiras interativas entre pais e filhos como promotora de desenvolvimento ou habilidades de prontidão escolar (SHAH; GUSTAFSON; ATKINS, 2019).

Esses conhecimentos e atitudes podem ser alterados através de intervenções que tenham como objetivo a modificação dessas crenças. Diversas intervenções voltadas para as práticas parentais isso é os processos proximais, tem se mostrado efetivas em modificar diferentes desfechos do desenvolvimento tais como a linguagem, prontidão escolar, habilidade cognitiva e socioemocional (ESHEL *et al.*, 2006; SHAH *et al.*, 2019; SOUSA *et al.*, 2021).

O terceiro componente que aparece no modelo PPCT é o contexto, ele compreende o ambiente onde as pessoas envolvidas no desenvolvimento estão inseridas e onde os processos proximais ocorrem. Esse ambiente, isto é, contexto se apresenta em uma escala de variação que vai do micro ao macro, do proximal ao distal, passando do específico ao geral.

O contexto no discurso dos profissionais também aparece como uma escala gradual que aumenta sua abrangência à medida que se distancia do indivíduo. Um contexto situado no microssistema que influencia um processo já citado anteriormente foi a vizinhança, o bairro, a região onde a criança morava. No discurso dos profissionais emerge que um dos fatores que levam os cuidadores a estimularem o uso frequente de tecnologias pelas crianças, é o medo da violência e das drogas, além

da ausência de espaços comunitários como praças, os quais poderiam favorecer o lazer e espaços para o brincar livre das crianças.

A violência e as drogas, como discutido anteriormente nos componentes anteriores: pessoa e processo, é também um dos motivos que influencia na ausência da figura do homem no papel de pai no processo do desenvolvimento. A exposição da criança à violência irá influenciar de forma negativa no desfecho do desenvolvimento, independente do tipo de exposição da criança a violência, se direta ou indiretamente. A criança exposta à violência tem maior risco de desenvolver problemas comportamentais tais como, dificuldade de autorregulação, atraso no desenvolvimento socioemocional e nível de conquista acadêmica (HEBERLE *et al.*, 2014; MOLANO; HARKER; CRISTANCHO, 2018; O'BRIEN; HILL; CONTRERAS, 2021; SHARKEY *et al.*, 2012).

Outro contexto do microssistema abordado no discurso dos profissionais, é a ausência de creches na comunidade, na visão dos profissionais na creche as crianças seriam mais estimuladas do que na residência e estariam recebendo um cuidado qualificado. Essa visão dos profissionais de saúde está alinhada com o que aponta a literatura, que o cuidado oferecido nas creches teria um impacto positivo no desfecho do desenvolvimento, pois anularia as desigualdades no desenvolvimento associadas a características individuais do cuidador tal como baixa escolaridade materna, ou do contexto, tais como violência comunitária ou baixo status socioeconômico (GREEN *et al.*, 2021; MORAIS, 2021).

A ausência de creches é um contexto relacionado também ao macrossistema, uma vez que reflete a ineficiência das políticas públicas voltadas para educação infantil, um estudo brasileiro recente aponta que apenas 34,2% das crianças de até três anos estavam matriculadas em creches, contudo, esse mesmo estudo apontou que quanto menor a renda, menor era o acesso à creche: entre os 25% mais pobres, somente 26% das crianças de 0 a 3 anos estavam na creche, enquanto no grupo dos 25% mais ricos, o percentual de matriculados era de 55% (FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL, 2020).

Fatores relacionados ao macrossistema, foram destacados na fala dos profissionais: a pobreza, a falta de planejamento familiar e a falta de educação. Esses três contextos aparecem repetidas vezes e são identificados como os fatores mais importantes no desfecho do desenvolvimento. Apesar da compreensão ampliada de questões que impactam no desenvolvimento infantil, torna-se relevante o

entendimento e compreensão dos processo proximais destacados pelo modelo TBDH, nos quais os processos proximais são centrais para o desenvolvimento, a partir da influencia dos outros componentes: pessoa, contexto e tempo (MERÇON - VARGAS *et al.*, 2020).

De maneira interessante, essa valorização da influência do contexto, ou seja, do ambiente no processo de desenvolvimento também ocorreu no início da teoria de Bronfenbrenner, apenas na ultimas décadas de estudos a teoria deixou de ser um teoria Ecológica e passou a ser uma teoria Bioecológica, ou seja, o “bio” que compreende as características individuais dos seres em desenvolvimento e suas interações, isto é, os processos proximais que eles estabelecem (ROSA; TUDGE, 2013).

O tempo, foi o último componente a compor aquele que seria o modelo PPCT, após a revisão final da TBDH. Esse componente aparece no discurso dos profissionais em dois momentos: ao identificar que houve um aumento no diagnóstico de Transtornos do Espectro Autista (TEA) nos últimos anos e ao expressarem que os frutos das intervenções realizadas para promover o desenvolvimento infantil não seria alcançado por eles, mas apenas por seus netos e bisnetos, a geração futura.

Se o tempo está em constante evolução e as pessoas que vivem em um determinado período do tempo são marcadas pelas mudanças que ocorrem neste espaço de tempo, não como esperar que as alterações do desenvolvimento se mantenham as mesmas entre diferentes épocas da história. Cada período do tempo irá influenciar de maneiras distintas aos demais componentes do modelo: pessoa, processo e contexto. Por isso a necessidade de demarcar em que espaço do tempo o processo de desenvolvimento está acontecendo.

Um outro exemplo do componente tempo que surgiu indiretamente em nossa pesquisa, foram as restrições desencadeadas pela pandemia de SARS-CoV-19, que causou o fechamento de escolas, um dos espaços mais frequentado pelas crianças, levando as crianças a passarem maior parte do tempo restritas ao lar, e resultando na necessidade de criação de novos arranjos por parte dos cuidadores dessas crianças que antes passavam grande parte do tempo na escola e agora estavam restritas ao lar.

Como já citado anteriormente os componentes do modelo PPCT foram identificados a partir dos códigos retirados dos primeiros encontros, ou seja, do início

da intervenção. Ao longo da estratégia educativa os profissionais de saúde puderam refletir sobre seus conhecimentos e vivências profissionais prévias e vividas no decorrer do processo educativo.

Se num primeiro momento os profissionais de saúde estavam desmotivados e não conseguiam se virem como agentes de mudanças capazes de influenciar de forma positiva no desfecho do desenvolvimento, ao longo da ação educativa, eles refletiram sobre a importância de engajar a comunidade nas ações com os usuários, em especial pessoas-chaves, figuras mais influentes da comunidade, respeitadas pelos demais como líderes. Essas pessoas por possuírem maior influência junto aos usuários podem desempenhar um papel de ponte entre a comunidade e o serviço de saúde e podem se tornar multiplicadoras de conhecimento, iniciativa que já foi utilizada com sucesso anteriormente (MARSILI *et al.*, 2019).

O reconhecimento da capacidade dos indivíduos e da importância dos seus conhecimentos prévios e contribuição no processo educativo, são a base da educação problematizadora que guiaram o referencial metodológico para a elaboração de toda estratégia educativa, que os profissionais de saúde tenham refletido sobre a importância do engajamento da comunidade na promoção do desenvolvimento infantil já é por si um ganho para a intervenção realizada (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018).

Além da importância de atrair as lideranças da comunidade para a promoção da saúde, os profissionais de saúde também refletiram sobre a necessidade do envolvimento de toda a família na promoção do desenvolvimento infantil, tornando a ação educativa uma intervenção complexa, pois a família é composta por indivíduos de diferentes idades e sexos, que demandam diferentes abordagens educacionais, o engajamento de todos os membros da família irá resultar em um melhor alcance e sucesso das intervenções (RODRIGUEZ; SMITH; BARRETT, 2020).

Mais que expandir o foco das intervenções em saúde para toda a unidade familiar, os profissionais refletiram sobre a necessidade de inclusão de outros setores da sociedade, que também impactam de maneira extremamente importante a vida da criança, como é o caso da escola (BERGER; PANICO; SOLAZ, 2021).

Outra reflexão feita sobre a prática profissional foi sobre a comunicação com os usuários, ou seja, os processos proximais entre cuidadores e profissionais de saúde, os profissionais de saúde perceberam a necessidade de mudança na forma como se comunicam com os cuidadores, desenvolver uma postura de escuta sem

emitir julgamentos, sem interromper, sem criticar e sempre respeitando as opiniões e crenças dos usuários/cuidadores (MESQUITA; CARVALHO, 2014).

A partir das experiências vivenciadas durante a ação educativa, os profissionais também foram levados a refletir sobre as práticas parentais vivenciadas na infância e suas próprias experiências, uma vez estando eles, no papel de cuidadores. Os profissionais refletiram sobre as práticas parentais negativas que vivenciaram na infância, mas que, no entanto, continuam sendo repetidas por eles como pais. Assim, a estratégia educativa pode ser vista de maneira positiva, pois foi capaz de promover além da reflexão sobre o processo de trabalho, a reflexão sobre as experiências individuais de cada profissional (FARIAS; MARTIN; CRISTO, 2015).

Em relação às mudanças promovidas pelo processo de educação permanente, as mudanças principais foram identificadas, por meio de autorrelatos ao longo do processo educativo, por meio do compartilhamento das reflexões suscitadas pelos conhecimentos discutidos em grupo, além das vivências práticas mobilizadas por meio das atividades direcionadas ao final de todos os encontros.

Um dos principais pontos de destaque sobre mudanças, foi o uso da Caderneta de Saúde da Criança (CSC), o planejamento de ações de educação em saúde para a promoção do desenvolvimento infantil e o sentimento de motivação e valorização profissional.

Os profissionais de saúde mudaram sua visão quanto a Caderneta de Saúde da Criança, de algo apenas para marcar as vacinas para uma fonte de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil que pode ser usado pelos cuidadores das crianças, por meio da motivação e mediação dos profissionais de saúde em momentos de interação com os cuidadores, como nas visitas domiciliares, consultas de puericultura e atividades em grupo. Uma das ações práticas relatadas, foi estimular a leitura da caderneta durante suas visitas domiciliares.

As dificuldades para o uso da Caderneta de Saúde da Criança como instrumento de registro de dados e acompanhamento da saúde da criança, é uma realidade constatada não apenas em nosso estudo. Outros autores também tem constatado essa problemática (ALMEIDA *et al.*, 2017; CAMINHA *et al.*, 2017; GAIVA *et al.*, 2017; VIEIRA; BASTOS; REIS; MOREIRA; *et al.*, 2017).

A CSC, na concepção atual, surgiu em 2005. Até esse momento o que existia era o Cartão da Criança, que possuía apenas o gráfico para acompanhamento do peso, espaço para registro das vacinas realizadas e uma versão bastante simplificada

dos marcos do desenvolvimento. Apesar dos novos recursos que foram implementados ao Cartão da Criança, transformando-o em uma caderneta, a população de maneira geral, tanto os usuários, quanto os profissionais de saúde, continuam usando apenas as partes da CSC equivalentes ao antigo modelo de CC. Os cuidadores da criança utilizam apenas para registrar e acompanhar as vacinas das crianças, e os profissionais de saúde utilizam apenas para registrar as medidas antropométricas: altura, peso e perímetro cefálico (ALMEIDA *et al.*, 2017; CAMINHA *et al.*, 2017; GAIVA *et al.*, 2017; VIEIRA; BASTOS; REIS; MOREIRA; *et al.*, 2017).

O uso da CSC como uma ferramenta para promoção do desenvolvimento durante as visitas domiciliares foi uma grande contribuição alcançada por esse processo de educação permanente. Os profissionais de saúde, no decorrer do processo educativo, apesar de passarem a reconhecer a CSC como um instrumento de educação em saúde, relataram a necessidade de outras ferramentas educativas para a promoção do desenvolvimento infantil, de forma a facilitar a mediação e comunicação com os cuidadores sobre temas que fazem parte da realidade das famílias, como as questões ligadas ao comportamento da criança e estratégias de apoio aos pais para lidarem com os desafios que envolvem a criação e educação dos filhos.

Uma dessas ferramentas foi a criação de um roteiro de visita domiciliar voltado para a promoção do desenvolvimento infantil, que variasse conforme a idade das crianças, para ser usado pelo profissional de saúde. Os programas de visita domiciliar para gestantes e mães é uma ferramenta de promoção do desenvolvimento infantil que tem sido extensamente utilizado e tem sua efetividade descrita na literatura (DUFFEE *et al.*, 2017; FILENE *et al.*, 2013; SWEET; APPELBAUM, 2004).

Não havia na unidade de saúde, onde foi desenvolvido o trabalho, um programa específico de visitas domiciliares cujo objetivo fosse a promoção do desenvolvimento infantil, o que existe é a visita domiciliar como uma parte rotineira do processo de trabalho da atenção primária, portanto o uso de um roteiro que contivesse os marcos do desenvolvimento adequados para cada idade, um resumo de como avaliar cada marco, etc., da mesma maneira que há na própria CSC, cuja todas crianças nascidas no Brasil, devem receber ao nascer; permitiria que o profissional soubesse quais os pontos principais a serem abordados relativos a cada faixa etária, otimizando o tempo e viabilizando uma padronização entre as visitas domiciliares em todas as famílias (BRENTANI *et al.*, 2021; LIMA, T. R. DE M. *et al.*, 2017; SCHULTZ *et al.*, 2018).

Além do roteiro, outro recurso proposto pelos profissionais de saúde que também poderia ser utilizado por eles na visita domiciliar foi um kit com brinquedos, para analisar os marcos do desenvolvimento e estimular os cuidadores e pais a brincarem com os filhos, esses materiais seriam construídos reciclados e reutilizados presentes no dia a dia dos usuários de saúde. A literatura mostra que brincadeiras e brinquedos, adequados a idade da criança, promovem a aquisição de habilidades socioemocionais, cognitivas, de linguagem e autorregulação. O ato de brincar também está relacionado a um aumento na produção de neurotransmissores que neutralizam o efeito que o estresse tóxico produz no corpo, desse modo a brincadeira se torna ainda mais importante em crianças vivendo em situação de vulnerabilidade, como as atendidas pelos profissionais deste estudo (MILTEER *et al.*, 2012; YOGMAN *et al.*, 2018).

O uso de brinquedos que os próprios cuidadores pudessem construir é importante, pois como já discutido, o ambiente onde os profissionais desenvolvem suas ações é de alta vulnerabilidade social e os cuidadores não têm recursos financeiros para comprarem brinquedos. No entanto, o fato de não poder adquirir brinquedos, ou brinquedos caros não impacta nos benefícios que o ato de brincar traz, pelo contrário estudos recentes encontraram que brinquedos que possuem recursos eletrônicos permitem menos momentos de interação entre criança e cuidador e consequentemente desenvolvem menos a linguagem; e quando a criança tem menor disponibilidade de brinquedos no ambiente, as crianças se envolvem em períodos mais longos de brincadeira com um único brinquedo, permitindo melhor foco para explorar e brincar de forma mais criativa (DAUCH *et al.*, 2018; KOŞKULU *et al.*, 2021; SOSA, 2016).

Apesar das mudanças relatadas anteriormente, alguns problemas que os profissionais de saúde haviam identificados como problemáticos em seu processo de trabalho, permaneceram, tais como a dificuldade de engajamento e participação dos usuários nas ações propostas pelos profissionais; o acompanhamento do marco do desenvolvimento na caderneta de saúde da criança e a implementação de ações intersetoriais.

Essa dificuldade do profissional, principalmente do enfermeiro, que é um dos profissionais que realiza a cultura de puericultura, de zero a seis anos, em utilizar os marcos trazidos na caderneta, já é bem descrita na literatura e traz como principal fator influenciador dessa negativa a falta de tempo hábil do profissional, o mesmo foi

descrito pelos participantes do estudo como justificativa (REICHERT *et al.*, 2012, 2015; SILVA; CURSINO; SILVA, 2018).

O estímulo ao uso da caderneta pelos profissionais de saúde aos cuidadores das crianças, aliado com outras estratégias de promoção ao desenvolvimento também já descritas, como o roteiro e o kit de visitação, talvez seja capaz de reverter mesmo que parcialmente essa situação, visto que se os cuidadores forem capazes de promover o desenvolvimento saudável e utilizarem a CSC como uma rotina diária, eles mesmo poderão ser capazes de identificar os marcos do desenvolvimento da criança e cobrar dos profissionais o registro dos marcos na CSC durante as consultas de puericultura, otimizando o tempo das consultas, criando uma relação de parceria entre paciente e profissional, corresponsabilidade dos usuários e letramento e saúde (MORRISON; GLICK; SHONNA YIN, 2019).

Outra mudança não alcançada, relatada pelos profissionais, foi o baixo engajamento e participação dos usuários nas ações propostas pelos profissionais, segundo os profissionais essa baixa adesão se dava por que os usuários apenas participavam das ações propostas se houvessem ganhos materiais tais como brindes, porém os estudos mostram que o baixo letramento em saúde influencia na adesão dos usuários aos tratamentos de saúde, e ações voltadas para a promoção do letramento em saúde geram impactos positivos também na frequência e engajamento dos usuários com os serviços de saúde, podendo ser o caso então de hipotetizarmos que um dos efeitos a longo do estímulo a promoção do desenvolvimento saudável junto aos cuidadores seja o próprio aumento da participação dos usuários nas intervenções propostas pelos profissionais de saúde (DELAVAR; PASHAEYPOOR; NEGARANDEH, 2020; DURÁN *et al.*, 2021).

Para que essa hipótese seja verificada seria necessário um estudo longitudinal voltado para os usuários cuidadores das crianças, que não foram o foco desse estudo. O que pode ser apontado como uma das limitações desse estudo, a participação apenas do profissional de saúde, acaba excluindo o usuário que é o grande impactado pelo processo de trabalho em saúde. Outra limitação deste estudo se deveu aos efeitos da pandemia por SARS-CoV-19 que causou restrições na circulação de pessoas, impedindo: 1) a execução de visitas domiciliares pelos profissionais de saúde, 2) a realização das intervenções propostas pelos profissionais durante a ação de EPS, 3) o encontro agendado, para três meses após a intervenção de educação

permanente, com a equipe do estudo e os profissionais de saúde, para a avaliação prevista no cronograma.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do discurso dos profissionais de saúde, foi possível evidenciar todos os componentes do modelo Processo-Pessoa-Contexto-Tempo. As pessoas mais presentes no desenvolvimento foram a mulher na figura da avó e da mãe, a criança e o profissional de saúde. Os processos proximais estabelecidos entre as pessoas eram principalmente negativos, os cuidadores (mãe e avó) tinham práticas parentais negativas. O contexto evidenciado no discurso dos profissionais foram o microssistema, o exossistema e o macrossistema; a violência, o uso de drogas, a pobreza, a falta de creches e educação, o desemprego, o machismo e falta de planejamento familiar formavam o contexto em que o desenvolvimento ocorria. O tempo foi o componente menos presente no discurso dos profissionais e aparece como um marcador das mudanças que se deseja que aconteça e das alterações na sociedade.

A intervenção de educação permanente permitiu reflexões no processo de trabalho dos profissionais, sobre a necessidade de saber ouvir o usuário sem julgamentos e preconceitos, e reflexões na vida pessoal dos profissionais, como eles exerciam práticas parentais negativas com seus filhos e vivenciaram também com seus pais, quando crianças.

Os profissionais de saúde também vivenciaram mudanças em suas práticas profissionais e foram capazes de planejar intervenções que promoviam o desenvolvimento, tais como a criação de um roteiro e kit para usar na visita domiciliar, o uso frequente, intencional e sistematizado da caderneta de saúde da criança, como instrumento de promoção da vigilância do desenvolvimento infantil. A nova percepção e aprendizagem sobre a caderneta de saúde da criança, refletiu em uma maior utilização nas visitas e estímulo aos cuidadores para sua leitura. A motivação foi outra mudança que também foi identificada na fala dos participantes, que relataram estarem com mais otimistas quanto a mudanças na comunidade em que trabalhavam.

Reconhece-se que apesar da sensibilização e dos novos conhecimentos e práticas sobre o desenvolvimento infantil, induzidos pela ação educativa, permaneceram algumas barreiras, como a dificuldade em registrar de forma sistemática, o desenvolvimento das crianças, além de estratégias de apoio parental para os desafios envolvidos na parentalidade.

Outro ponto relevante, é a necessidade de monitoramento e avaliação das ações de forma continuada, a qual foi enfraquecida a partir das mudanças suscitadas pela pandemia da COVID-19.

Novos estudos para promoção do desenvolvimento que tenham como foco os componentes do modelo processo-pessoa-contexto-tempo (PPCT) evidenciados no discurso dos profissionais se fazem necessários para um maior entendimento e avaliação dos impactos no desfecho do desenvolvimento infantil, a partir das necessidades locais.

REFERÊNCIAS

- ABUD, S. M.; GAÍVA, M. A. M. Registro dos dados de crescimento e desenvolvimento na caderneta de saúde da criança. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 36, n. 2, p. 97–105, 2015.
- AKHTAR, P.; MALIK, J. A.; BEGEER, S. The Grandparents' Influence: Parenting Styles and Social Competence among Children of Joint Families. **Journal of Child and Family Studies**, v. 26, n. 2, p. 603–611, 2017.
- ALEXANDER, K. E.; BRIJNATH, B.; MAZZA, D. The challenges of trying to increase preventive healthcare for children in general practice: results of a feasibility study. **BMC Family Practice**, v. 16, n. 1, p. 94, ago. 2015.
- ALMEIDA, A. P. DE *et al.* O registro do crescimento e desenvolvimento da criança na caderneta de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, v. 25, p. [e16895]-[e16895], 2017.
- AZEVEDO, C. R. F. DE; GOMES, R. O uso da narrativa na educação permanente em Saúde: sentidos, êxitos e limites educacionais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. 1–15, 2019.
- BASTABLE, S. B. **Nurse As Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice**. 6th. ed. Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning, 2014.
- BASTOS, A. B. B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicólogo inFormação**, v. 14, n. 14, p. 161–169, 2010.
- BERGER, L. M.; PANICO, L.; SOLAZ, A. The impact of center-based childcare attendance on early child development: Evidence from the frenchelfe cohort. **Demography**, v. 58, n. 2, p. 419–450, 2021.
- BRASIL, M. D. S. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. v. 9.
- BRASIL, M. D. S. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** , 2012, p. 59.
- BRENTANI, A. *et al.* A home visit-based early childhood stimulation programme in Brazil - A randomized controlled trial. **Health Policy and Planning**, v. 36, n. 3, p. 288–297, 2021.
- BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do Desenvolvimento Humano: Tornando os Seres Humanos mais Humanos**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- BUREAU, J. F.; DENEALT, A. A.; YURKOWSKI, K. Preschool father-child attachment and its relation to self-reported child socioemotional adaptation in middle childhood. **Attachment and Human Development**, v. 22, n. 1, p. 90–104, 2020.
- CAMINHA, M. DE F. C. *et al.* Vigilância Do Desenvolvimento Infantil: Análise Da Situação Brasileira. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, n. 1, p. 102–109, 20 fev. 2017.

CASSELLS, R.; EVANS, G. Concepts from the bioecological model of human development. In: TACH, L.; DUNIFON, R.; MILLER, D. L. (Org.). **Confronting inequality: How policies and practices shape children's opportunities**. 1ed. Washington: American Psychological Association, 2020. p. 221–232.

CAVALCANTI, F. DE O. L.; GUIZARDI, F. L. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção da organização Pan-Americana da Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 99–122, abr. 2018.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho Educação e Saúde**, v. 6, p. 443–456, 2009.

CHUNG, E. O. *et al.* The contribution of grandmother involvement to child growth and development: An observational study in rural Pakistan. **BMJ Global Health**, v. 5, n. 8, p. 1–12, 2020.

CORREIA, L. L. *et al.* Prevalence and socioeconomic determinants of development delay among children in Ceará, Brazil: A population-based study. **PLOS ONE**, v. 14, n. 11, p. e0215343, 5 nov. 2019.

COSCIONI, V. *et al.* Pressupostos teórico-metodológicos da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano: uma pesquisa com adolescentes em medida socioeducativa. **Psicologia USP**, v. 29, n. 3, p. 363–373, dez. 2018.

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

DAUCH, C. *et al.* The influence of the number of toys in the environment on toddlers' play. **Infant Behavior and Development**, v. 50, n. June 2017, p. 78–87, 2018.

DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39–63.

DELAVAR, F.; PASHAEYPOOR, S.; NEGARANDEH, R. The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension: A randomized controlled trial. **Patient Education and Counseling**, v. 103, n. 2, p. 336–342, 2020.

DI LORENZO, R. *et al.* Children and adolescents with ADHD followed up to adulthood: a systematic review of long-term outcomes. **Acta Neuropsychiatrica**, v. 33, n. 6, p. 283–298, 2021.

DISANTI, J. S.; ERICKSON, K. Challenging our understanding of youth sport specialization: an examination and critique of the literature through the lens of Bronfenbrenner's Person-Process-Context-Time Model. **International Review of Sport and Exercise Psychology**, v. 0, n. 0, p. 1–23, 2020.

DRECHSLER, R. *et al.* ADHD: Current concepts and treatments in children and

adolescents. **Neuropediatrics**, v. 51, n. 5, p. 315–335, 2020.

DUFFEE, J. H. *et al.* Early Childhood Home Visiting. **Pediatrics**, v. 140, n. 3, p. e20172150, 2017.

DURÁN, D. *et al.* Health literacy and adherence to treatment in different districts in Chile. **Health Promotion International**, v. 36, n. 4, p. 1000–1006, 1 ago. 2021.

ENGLE, P. L.; YOUNG, M. E.; TAMBURLINI, G. The role of the health sector in early childhood development. In: BRITTO, P. R.; ENGLE, P. L.; SUPER, C. M. (Org.). *Handbook of Early Childhood Development Research and Its Impact on Global Policy*. 1ed. ed. New York: Oxford University Press, 2013. p. 562p.

ESHEL, N. *et al.* Responsive parenting: Interventions and outcomes. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 84, n. 12, p. 992–998, 2006.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847–852, mar. 2014.

FARIAS, P. A. M. DE; MARTIN, A. L. DE A. R.; CRISTO, C. S. Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percurso Histórico e Aplicações. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 1, p. 143–150, 2015.

FILENE, J. H. *et al.* Components associated with home visiting program outcomes: A meta-analysis. **Pediatrics**, v. 132, n. SUPPL.2, 2013.

FIRK, C. *et al.* Cognitive development in children of adolescent mothers: The impact of socioeconomic risk and maternal sensitivity. **Infant Behavior and Development**, v. 50, n. February, p. 238–246, 2018.

GAIVA, M. A. M. *et al.* Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem. **Avances en Enfermería**, v. 36, n. 1, p. 9–21, 1 jan. 2017.

GREEN, M. J. *et al.* Pre-school childcare and inequalities in child development. **SSM - Population Health**, v. 14, n. February, p. 100776, 2021.

GRITTEM, L.; MEIER, M. J.; ZAGONEL, I. P. S. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 765–770, dez. 2008.

HEBERLE, A. E. *et al.* The Impact of Neighborhood, Family, and Individual Risk Factors on Toddlers' Disruptive Behavior. **Child Development**, v. 72, n. 2, p. n/a-n/a, abr. 2014.

HECKMAN, J. J.; MOSSO, S. The Economics of Human Development and Social Mobility. **Annual Review of Economics**, v. 6, n. 1, p. 689–733, ago. 2014.

HERNÁNDEZ-ALAVA, M.; POPLI, G. Children's Development and Parental Input: Evidence From the UK Millennium Cohort Study. **Demography**, v. 54, n. 2, p. 485–

511, 1 abr. 2017.

HORNOR, G. *et al.* Corporal Punishment: Evaluation of an Intervention by PNPs. ***Journal of Pediatric Health Care***, v. 29, n. 6, p. 526–535, nov. 2015.

HSIN, A.; FELFE, C. When Does Time Matter? Maternal Employment, Children's Time With Parents, and Child Development. ***Demography***, v. 51, n. 5, p. 1867–1894, 2014.

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - Educação 2018*. . [S.l.: s.n.], 2019.

KASHIF, M. *et al.* Trajectories of maternal distress and risk of child developmental delays: Findings from the All Our Families (AOF) pregnancy cohort. ***Journal of Affective Disorders***, v. 248, n. March 2018, p. 1–12, 2019.

KHATUN, M. *et al.* Do children born to teenage parents have lower adult intelligence? A prospective birth cohort study. ***PloS one***, v. 12, n. 3, p. e0167395, 2017.

KOŞKULU, S. *et al.* Number and type of toys affect joint attention of mothers and infants. ***Infant Behavior and Development***, v. 64, n. May, 2021.

LARI, L. V.; LOURENÇO, G. F.; BARBA, P. C. D. S. DELLA. Legislações e documentos brasileiros sobre a atenção à criança e suas implicações para o monitoramento do desenvolvimento infantil. ***Da Investigação às Práticas***, v. 8, n. 2, p. 4–20, 2018.

LI, Y. *et al.* The Relationship Between Parenting Styles Practiced By Grandparents And Children's Emotional And Behavioral Problems. ***Journal of Child and Family Studies***, v. 28, n. 7, p. 1899–1913, 2019.

LIANG, X. *et al.* Grandmothers are part of the parenting network, too! A longitudinal study on coparenting, maternal sensitivity, child attachment and behavior problems in a Chinese sample. ***New Directions for Child and Adolescent Development***, p. 1–22, 2021.

LIMA, A. P. F. *et al.* Refletindo sobre a Educação Permanente em Saúde: potencialidades e limitações na terapia renal substitutiva. ***Interface - Comunicação, Saúde, Educação***, v. 25, p. 1–18, 2021.

LIMA, T. R. DE M. *et al.* Inovando visitas domiciliares a gestantes e crianças por agentes comunitários de saúde: Um guia orientado por ações. ***Revista Brasileira de Saude Materno Infantil***, v. 17, n. 4, p. 865–869, 2017.

LOBO, A. C. L. L. *et al.* Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. ***Rev Panam Salud Publica***, v. 31, n. 2, p. 115–120, 2012.

MADIGAN, S. *et al.* Parenting behavior and child language: A Meta-analysis. ***Pediatrics***, v. 144, n. 4, 2019.

MALAGUIAS, T. S. M.; BALDISSERA, V. A. D.; HIGARASHI, I. H. Percepções Da

Equipe De Saúde E De Familiares Sobre a Consulta De Puericultura. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 368–375, 2015.

MARI, G.; KEIZER, R. Parental Job Loss and Early Child Development in the Great Recession. **Child Development**, v. 92, n. 5, p. 1698–1716, 2021.

MARSILI, D. *et al.* Communication and health education in communities experiencing asbestos risk and health impacts in Italy. **Ann Ist Super Sanità**, v. 55, n. 1, p. 70–79, 2019.

MARTIN, A. *et al.* Becoming parents again: Challenges affecting grandparent primary caregivers raising their grandchildren. **Paediatrics & Child Health**, v. 26, n. 4, p. e166–e171, 2021.

MASELKO, J. *et al.* Father involvement in the first year of life: Associations with maternal mental health and child development outcomes in rural Pakistan. **Social Science and Medicine**, v. 237, p. 1–32, 2019.

MCDONALD, S. W.; KEHLER, H. L.; TOUGH, S. C. Risk factors for delayed social - emotional development and behavior problems at age two: Results from the All Our Babies/Families (AOB/F) cohort. **Health Sci Rep**, v. 1, p. e82, 2018.

MCGRATH, J. *et al.* Paternal Age and General Cognitive Ability-A Cross Sectional Study of Danish Male Conscripts. **PLoS ONE**, v. 8, n. 10, p. 1–8, 2013.

MERÇON-VARGAS, E. A. *et al.* Processing Proximal Processes: What Bronfenbrenner Meant, What He Didn't Mean, and What He Should Have Meant. **Journal of Family Theory & Review**, v. 12, n. 3, p. 321–334, 11 set. 2020.

MERTLER, C. A. Classroom-Based Action Research: Revisiting the Process as Customizable and Meaningful Professional Development for Educators. **Journal of Pedagogic Development**, v. 3, n. 3, p. 38–42, 2013.

MESQUITA, A. C.; CARVALHO, E. C. Therapeutic listening as a health intervention strategy: An integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 48, n. 6, p. 1122–1130, 2014.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saude Publica**, v. 48, n. 1, p. 170–185, 2014.

MILTEER, R. M. *et al.* The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bond: Focus on children in poverty. **Pediatrics**, v. 129, n. 1, 2012.

MOLANO, A.; HARKER, A.; CRISTANCHO, J. C. Effects of Indirect Exposure to Homicide Events on Children's Mental Health: Evidence from Urban Settings in Colombia. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 47, n. 10, p. 2060–2072, 2018.

MORAIS, R. L. DE S. *et al.* Quality of the home, daycare and neighborhood environment and the cognitive development of economically disadvantaged children in

early childhood: A mediation analysis. *Infant Behavior and Development*, v. 64, n. June, p. 101619, ago. 2021.

MORAIS, R. L. S.; CARVALHO, A. M.; MAGALHÃES, L. C. O contexto ambiental e o desenvolvimento na primeira infância: estudos brasileiros. *Journal of Physical Education*, v. 27, n. 1, p. 2714, 29 mar. 2016.

MORENO-GIMÉNEZ, A. *et al.* Impact of maternal age on infants' emotional regulation and psychomotor development. *Psychological Medicine*, p. 1–12, 2021.

MORRISON, A. K.; GLICK, A.; SHONNA YIN, H. Health literacy: Implications for child health. *Pediatrics in Review*, v. 40, n. 5, p. 263–277, 2019.

MYRSKYLÄ, M. *et al.* Is later better or worse? Association of advanced parental age with offspring cognitive ability among half a million young Swedish men. *American Journal of Epidemiology*, v. 177, n. 7, p. 649–655, 2013.

NASSAR, P.; ANDREUCCI, A. C. P. T. Em nome do direito de ser criança: o papel vanguardista do Marco Legal da primeira infância no combate à pressão consumista e a comunicação mercadológica. *Signos do Consumo*, v. 11, n. 1, p. 26–33, 20 dez. 2019.

O'BRIEN, D. T.; HILL, N. E.; CONTRERAS, M. Community violence and academic achievement: High-crime neighborhoods, hotspot streets, and the geographic scale of "community". *PLoS ONE*, v. 16, n. 11 November, p. 1–4, 2021.

PÉREZ-ESCAMILLA, R.; RIZZOLI-CÓRDOBA, A.; ALONSO-CUEVAS, A. Avances en el desarrollo infantil temprano: desde neuronas hasta programas a gran escala. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, v. 74, n. 2, p. 86–97, 2017.

PERRA, O.; PAINE, A. L.; HAY, D. F. Continuity and change in anger and aggressiveness from infancy to childhood: The protective effects of positive parenting. *Development and Psychopathology*, v. 33, n. 3, p. 937–956, 2021.

PICCINI, R. X. *et al.* Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, v. 7, n. 1, p. 75–82, 2007.

PRADO, E. L. *et al.* Predictors and pathways of language and motor development in four prospective cohorts of young children in Ghana, Malawi, and Burkina Faso. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 58, n. 11, p. 1264–1275, 2017.

REICHERT, A. P. DA S. *et al.* Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. *Rev. RENE*, v. 13, n. 1, p. 114–126, 2012.

REICHERT, A. P. DA S. *et al.* Vigilância do desenvolvimento infantil: Estudo de intervenção com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 23, n. 5, p. 954–962, 2015.

REYNOLDS, S. A. *et al.* Family structure and child development in Chile: A longitudinal analysis of household transitions involving fathers and grandparents. **Demogr Res**, v. 38, p. 1777–1814, 2018.

RIBE, I. G. *et al.* Determinants of early child development in rural Tanzania. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, v. 12, n. 18, p. 1–8, 2018.

RIBEIRO, D. G.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, F. H. P. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: Aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 215–226, 2014.

RICHTER, L. M. *et al.* Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. **The Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 103–118, jan. 2017.

RODRIGUES, A. C. S.; VIEIRA, G. L. C.; TORRES, H. C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 531–537, jun. 2010.

RODRIGUEZ, A.; SMITH, J.; BARRETT, D. Research made simple: Developing complex interventions. **Evidence-Based Nursing**, v. 23, n. 2, p. 35–37, 2020.

ROSA, E. M.; TUDGE, J. Urie Bronfenbrenner's Theory of Human Development: Its Evolution From Ecology to Bioecology. **Journal of Family Theory & Review**, v. 5, n. 4, p. 243–258, dez. 2013.

SAWYER, A. C. *et al.* Effectiveness of a 2-year post-natal nurse home-visiting programme when children are aged 5 years: Results from a natural experiment. **Journal of Paediatrics and Child Health**, Export Date: 20 September 2019 Article in Press, v. 55, n. 9, p. 1091–1098, 21 set. 2019.

SCHULTZ, D. *et al.* Effective Home Visiting Training: Key Principles and Findings to Guide Training Developers and Evaluators. **Maternal and Child Health Journal**, v. 22, n. 11, p. 1563–1567, 2018.

SHAH, R. *et al.* Encouraging Parenting Behaviors That Promote Early Childhood Development Among Caregivers From Low-Income Urban Communities: A Randomized Static Group Comparison Trial of a Primary Care-Based Parenting Program. **Maternal and Child Health Journal**, v. 23, n. 1, p. 39–46, 2019.

SHAH, R.; GUSTAFSON, E.; ATKINS, M. Parental Attitudes and Beliefs Surrounding Play among Predominantly Low-income Urban Families: A Qualitative Study. **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics**, v. 40, n. 8, p. 606–612, 2019.

SHARKEY, P. T. *et al.* The effect of local violence on children's attention and impulse control. **American Journal of Public Health**, v. 102, n. 12, p. 2287–2293, 2012.

SHI, H. *et al.* Impact of parent-child separation on children's social-emotional development: a cross-sectional study of left-behind children in poor rural areas of

China. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1, p. 1–10, 2021.

SHONKOFF, J. P.; RADNER, J. M.; FOOTE, N. Expanding the evidence base to drive more productive early childhood investment. **The Lancet**, p. 1–2, 2016.

SHRIVER, A. E.; BONNELL, L. N.; CAMP, B. W. The Impact of Cumulative Sociodemographic Risk Factors on the Home Environment and Vocabulary in Early Childhood. **Advances in Pediatrics**, v. 64, n. 1, p. 371–380, 2017.

SILVA, T. C. T.; CURSINO, E. G.; SILVA, L. F. Caderneta de saúde da criança: vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 12, p. 3445, 2018.

SOSA, A. V. Association of the type of toy used during play with the quantity and quality of parent-infant communication. **JAMA Pediatrics**, v. 170, n. 2, p. 132–137, 2016.

SOUSA, R. C. R. DE *et al.* NURSING INTERVENTIONS TO PROMOTE CHILD DEVELOPMENT THROUGH BRONFENBRENNER'S BIOECOLOGICAL THEORY. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 30, p. 1–20, 2021.

STUBBS, J. M.; ACHAT, H. M. Sustained health home visiting can improve families' social support and community connectedness. **Contemporary Nurse**, v. 52, n. 2–3, p. 286–299, 6 maio 2016.

SUN, Y.; JIANG, N. The Effect of Grandparents' Co-parenting on Young Children's Personality and Adaptation: Chinese Three-generation-families. **Asian Social Science**, v. 13, n. 5, p. 7, 2017.

SWEET, M. A.; APPELBAUM, M. I. Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. **Child Development**, v. 75, n. 5, p. 1435–1456, 2004.

TELLA, P. *et al.* Socioeconomic diversities and infant development at 6 to 9 months in a poverty area of São Paulo, Brazil. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 40, n. 3, p. 232–240, 2018.

TEYMOORI, A. *et al.* Risk Factors Associated With Boys' and Girls' Developmental Trajectories of Physical Aggression From Early Childhood Through Early Adolescence. **JAMA network open**, v. 1, n. 8, p. e186364, 2018.

TRAN, T. D.; LUCHTERS, S.; FISHER, J. Early childhood development: impact of national human development, family poverty, parenting practices and access to early childhood education. **Child: Care, Health and Development**, v. 43, n. 3, p. 415–426, 2017.

TREMBLAY, R. E. *et al.* Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. **Pediatrics**, v. 114, n. 1, p. 1–16, 2004.

TUDGE, J. R. H. *et al.* Uses and Misuses of Bronfenbrenner's Bioecological Theory of Human Development. **Journal of Family Theory & Review**, v. 1, n. 4, p. 198–210, 11

dez. 2009.

UNITED NATIONS. *Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*. . [S.l: s.n.], 2015.

VIEIRA, G. O.; BASTOS, M. C.; REIS, M. R.; MARTINS, C. C.; *et al.* Fatores associados ao uso da Caderneta de Saúde da Criança em uma cidade de grande porte do nordeste brasileiro, 2009. ***Ciência & Saúde Coletiva***, v. 22, n. 6, p. 1943–1954, 2017.

VIEIRA, G. O.; BASTOS, M. C.; REIS, M. R. DOS; MOREIRA, I. S. S.; *et al.* Fatores associados ao uso da Caderneta de Saúde da Criança em uma cidade de grande porte do nordeste brasileiro, 2009. ***Ciência & Saúde Coletiva***, v. 22, n. 6, p. 1943–1954, jun. 2017.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. ***Cadernos de Saúde Pública***, v. 30, n. suppl 1, p. S85–S100, ago. 2014.

VIKRAM, K.; CHEN, F.; DESAI, S. Mothers' work patterns and Children's cognitive achievement: Evidence from the India Human Development survey. ***Social Science Research***, v. 72, n. 12, p. 207–224, maio 2018.

WHITLEY, D. M.; FULLER-THOMSON, E. Latino Solo Grandparents Raising Grandchildren: Health Risks and Behaviors. ***Hispanic Health Care International***, v. 16, n. 1, p. 11–19, 2018.

WU, X. *et al.* The effect of parenting quality on child development at 36–48 months in China's urban area: Evidence from a birth cohort study. ***International Journal of Environmental Research and Public Health***, v. 17, n. 23, p. 1–11, 2020.

XIA, M.; TUDGE, J. R. H. Operationalizing Urie Bronfenbrenner ' s Process-Person-Context-Time Model. 2020.

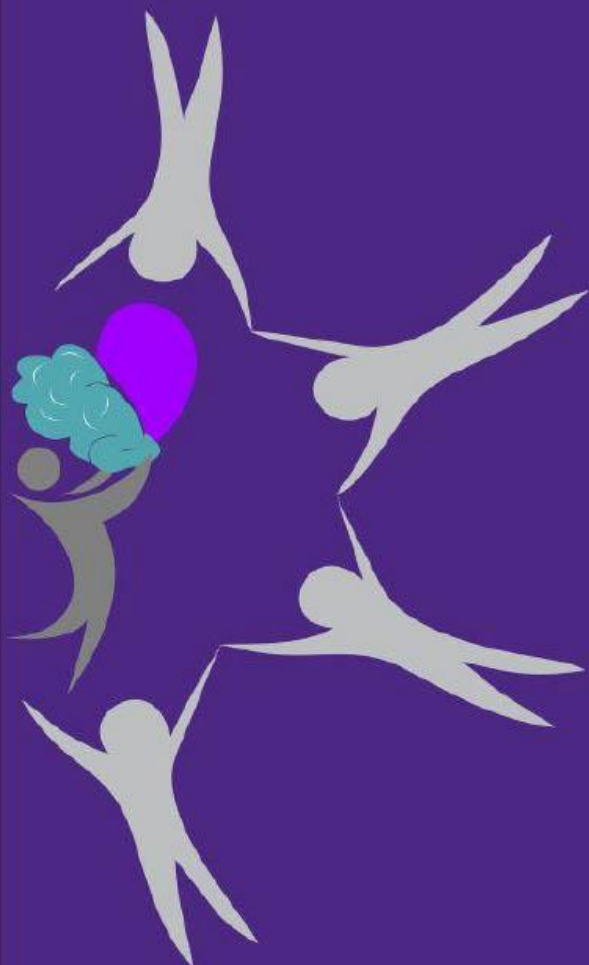
YIN, R. K. *Qualitative Research from Start to Finish*. 2nd. ed. New York: The Guilford Press, 2016.

YOGMAN, M. *et al.* The power of play: A pediatric role in enhancing development in young children. ***Pediatrics***, v. 142, n. 3, 2018.

YUE, A. *et al.* Stimulation and early child development in China: Caregiving at arm's length. ***Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics***, v. 40, n. 6, p. 458–467, 2019.

ZAGO, J. T. DE C. *et al.* Associação entre o desenvolvimento neuropsicomotor e fatores de risco biológico e ambientais em crianças na primeira infância. ***Revista CEFAC***, v. 19, n. 3, p. 320–329, 2017.

APÊNDICE A - GUIA DO EDUCANDO



**Promoção do Desenvolvimento na
Primeira Infância com Profissionais
de Saúde e Educação.**



Cuidando de Corações e Mentes

Programa de Pós Graduação em Enfermagem

Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do adolescente

uia do educando

PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO

Pesquisadores:

Maria Wanderleya de Lavor Coriolano Marinus

Gabriela Cunha Schechtman Sette

Fábia Alexandra Pottes Alves

Weslla Albuquerque de Paula

Maria Ilk Nunes de Araújo

Rute Regis Costa

Gracielly Karine

Vitória Lucia da Silvakj

Maria Vitória Aguiar do Rego

Bianka Kelly Costa de Siqueira

Ruth Silva dos Santos

Maria Luiza

Caio Heinrich Correia de Sá

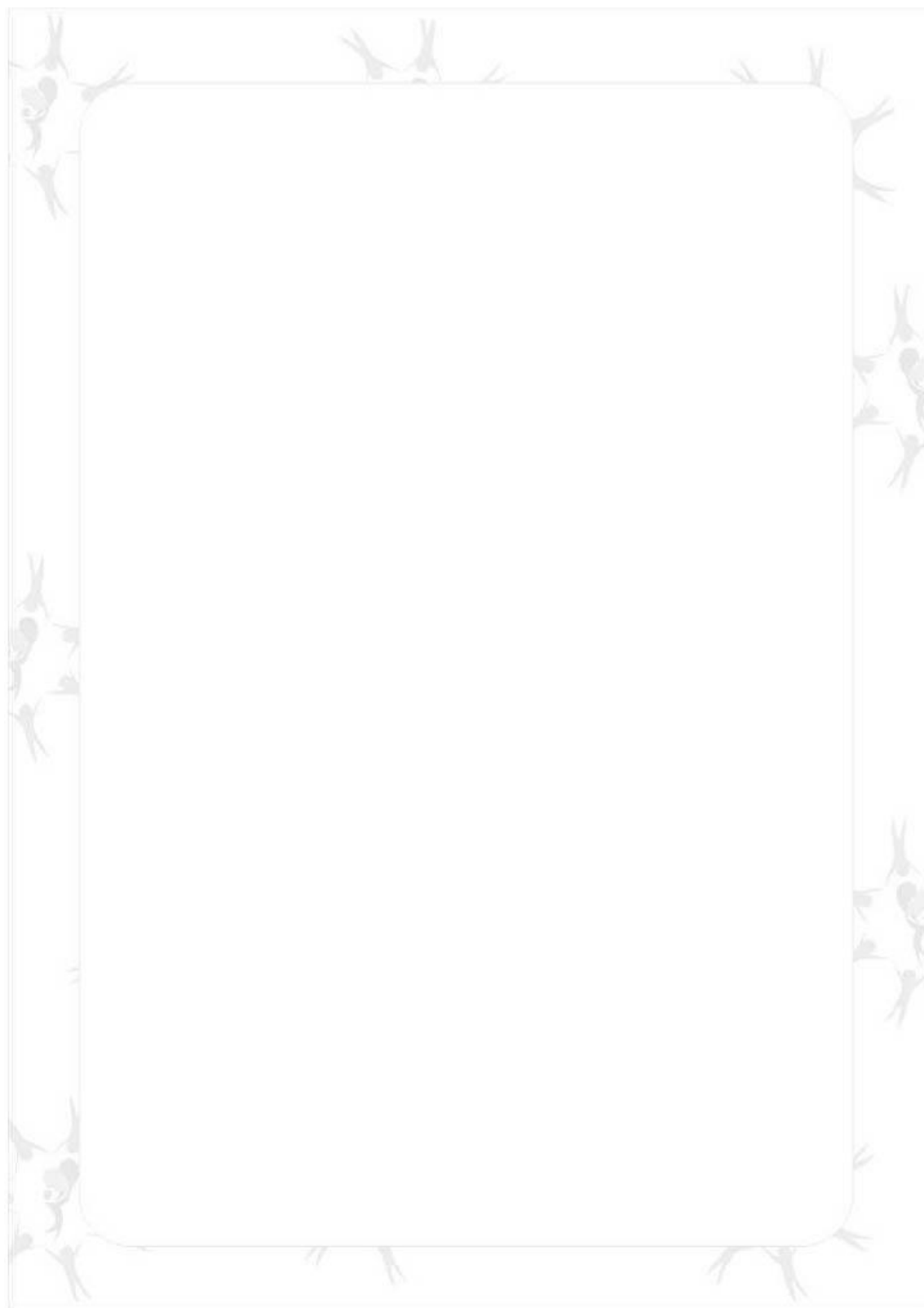
Jaedson Capitó

Luana Amorim

Rayanne da Silva Lima

umário

	pág
Boas vindas	3
Competências e objetivos de aprendizagem	4
Estrutura do curso	6
Metodologia/estratégias didático pedagógicas	7
Avaliação	8
Conteúdo programático	9
Programação	10
1o dia: 08/07/19: Desenvolvimento infantil: sensibilização e conceitos iniciais	13
2o dia: 22/07/19: Desenvolvimento socioemocional	19
3o dia: 05/08/19: Desenvolvimento socioemocional	24
4o dia: 19/08/19: Caderneta de Saúde da Criança	26
5o dia: 02/09/19: Práticas parentais positivas	28
6o dia: 16/09/19: Brincadeiras para promoção de habilidades sociais e emocionais	34
7o dia: 30/09/19: Desenvolvimento de materiais educativos para promoção do desenvolvimento infantil	39
8o dia: 14/10/19- Apresentação das experiências e planos de intervenção intersetoriais	40
Referências	41





Prezado Educando,

Este caderno faz parte do material didático do Curso "PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO", do qual você faz parte.

O curso faz parte do Edital FACEPE 10/2017 – PPSUS 2017 - 10/2017, com o título Intervenção educativa intersetorial para a promoção do desenvolvimento infantil socioemocional.

Este curso foi planejado a partir dos pressupostos da Educação Permanente em Saúde, a qual considera a relevância da articulação entre ação-reflexão-ação, nos processos que envolvem a educação de profissionais de saúde. Agregamos a perspectiva da intersetorialidade, a partir de um diálogo conjunto entre profissionais de saúde e educação, para mobilizar conhecimentos e ações em prol da primeira infância (0-6 anos), considerando a realidade local e as necessidades de famílias e crianças que vivem em um mesmo território de abrangência.

O foco do curso está na construção coletiva de conhecimentos que ajudem na promoção do desenvolvimento infantil na primeira infância dentro da sua realidade de trabalho.

Por isso, contamos com seu entusiasmo, motivação e participação ao longo de todo o processo.

Boa sorte!

Equipe



Competências e objetivos de aprendizagem

Ao final desta formação, espera-se que os educandos desenvolvam as seguintes competências e alcancem os respectivos objetivos de aprendizagem:

Competência 1: Realização de ações voltadas à promoção do desenvolvimento integral na primeira infância a partir dos trabalho em equipe;

Competência 2: Fortalecimento de práticas educativas centradas no vínculo e dialogicidade entre profissionais de saúde/educação com famílias e crianças;

Competência 3: Desenvolvimento de atividades de educação em saúde de forma colaborativa entre diferentes profissionais;

Competência 1:

Objetivos cognitivos:

Compreender o conceito de desenvolvimento infantil;

Construir um conceito de desenvolvimento infantil a partir das suas experiências e contexto de atuação;

Objetivo procedimental:

Realizar escuta qualificada às famílias/crianças a partir dos novos conhecimentos mobilizados;

Objetivo atitudinal:

Reconhecer no território e nas pessoas, fatores que dificultam ou potencializam o alcance do desenvolvimento integral na primeira infância;

Competência 2:**Objetivos cognitivos:**

Compreender o conceito de vínculo na relação criança-família;
Apreender elementos da educação em saúde para contextualização ao processo de trabalho

Objetivo procedimental:

Realizar atividades de educação em saúde, considerando a temática do desenvolvimento infantil;

Objetivo atitudinal:

Considerar nas ações educativas, a importância da escuta e diálogo com público alvo;

Competência 3:**Objetivos cognitivos:**

Compreender a importância do trabalho em equipe;

Objetivo procedimental:

Realizar atividades de educação em saúde, de forma colaborativa entre diferentes profissionais;

Elaborar plano de intervenção intersetorial para promoção do desenvolvimento infantil;

Objetivo atitudinal:

Atentar para construção coletiva de atividades entre diferentes profissionais com a população;

Realizar no cotidiano de trabalho, ações sistemáticas de promoção do desenvolvimento infantil (puericultura, visitas domiciliares, ações grupo, ações na escola), considerando protagonismo de crianças e famílias.



estrutura do curso

O curso tem uma carga horária de 40 horas, sendo 20 horas presenciais e 20 horas à distância, com atividades de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho, trocas com equipe em grupo de WhatsApp para apoio.

A carga horária presencial está distribuída em sete encontros presenciais, com carga horária de 3 horas, com intervalos de 15 dias.

Nos intervalos entre os encontros presenciais, os educandos desenvolverão atividades de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho, considerando os saberes construídos e a sua aplicação no ambiente de trabalho.

Metodologia/Estratégias didático pedagógicas

Propõe-se a organização do curso tendo como alicerce teórico-metodológico, a metodologia da problematização, baseando-se nos pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2007), nos referenciais da Pedagogia de Paulo Freire e na Aprendizagem significativa.

Como estratégias dialógico-problematizadoras, serão adotadas:

- Exposições dialogadas
- Dinâmicas
- Vídeos
- Trabalhos em grupos
- Mapa falante
- Dramatização
- Vídeo gravação de momentos de dispersão com propósito educativo (atividades educativas, visitas, atividades com crianças na escola)- subsidiado pelos aspectos éticos
- Atividades de ensino-aprendizagem a serem realizadas no contexto de trabalho
- Plano de intervenção intersetorial envolvendo profissionais de saúde e educação

 avaliação

A avaliação direciona-se a todo o processo de ensino-aprendizagem e, não visa apenas os resultados que os educandos obtiveram, considerando as atividades que os facilitadores promovem, as experiências dos educandos e os conteúdos de aprendizagem.

Serão considerados:

- Pré-teste de avaliação de conhecimentos antes e depois;
- Avaliação pelos educandos ao final de cada encontro considerando mudanças individuais e mudanças para o contexto de trabalho; pontos a melhorar, outras questões que precisam ser melhor aprofundadas.
- Avaliação final, considerando potencialidades de transformação no contexto de trabalho.

A equipe organizadora avaliará periodicamente aspectos estruturais e didáticos que possam melhor responder aos objetivos e competências dos educandos.



Conteúdo programático

- 1) Desenvolvimento infantil: sensibilização e conceitos iniciais
- 2) Desenvolvimento socioemocional
- 3) Caderneta de Saúde da Criança
- 4) Práticas parentais positivas
- 5) Brincadeiras para promoção de habilidades sociais e emocionais
- 6) Educação e comunicação em saúde: escuta qualificada, empatia
- 7) Desenvolvimento de materiais educativos
- 8) Apresentação das experiências

rogramação

	1o dia-08/07/19: Desenvolvimento infantil: sensibilização e conceitos iniciais
Horário	Atividade do participante
14:00 - 14:30	Acolhimento
14:30 - 15:30	Vídeo Trailer do filme o começo da vida
15:30 - 16:00	Exposição dialogada sobre desenvolvimento infantil;
16:00 - 16:45	Orientações para Atividade de ensino/aprendizagem em ambiente de trabalho: Escuta qualificada de pelo menos três famílias (desejável incluir pais e mães) sobre as questões que mais lhes preocupam quanto ao presente e futuro de seus filhos
	2o dia - 22/07/19: Desenvolvimento socioemocional
14:00 - 15:00	Apresentação das atividades de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho
15:00 - 16:00	Dinâmica para reconhecimento das emoções
15:00 - 16:30	Exposição dialogada sobre o desenvolvimento socioemocional na primeira infância
16:30 - 16:45	Orientações para Atividade de ensino/aprendizagem em ambiente de trabalho : Exibição do filme o começo da vida
	3o dia 07/08/19: ASQ
14:00 - 14:10	Dinâmica de acolhimento

14:10 - 15:00	
15:00 - 15:30	Apresentação dos resultados da pesquisa na comunidade sobre práticas parentais, fatores sociodemográficos e desenvolvimento socioemocional infantil
15:30 - 16:30	Jogo sobre o desenvolvimento infantil
16:30 - 16:45	Orientações para Atividade de ensino/aprendizagem em ambiente de trabalho: Ler a caderneta para identificação das necessidades
	4o dia-19/08/19: Caderneta de Saúde da Criança
14:00 - 14:10	Dinâmica de acolhimento
14:10 - 15:00	Compartilhamento das experiências desenvolvidas na atividade de ensino-aprendizagem em ambiente de trabalho
15:00 - 16:30	Trabalho em grupo Exposição dialogada sobre CSC
16:30 - 16:45	Orientações para Atividade de ensino/aprendizagem em ambiente de trabalho. Desenvolver uma atividade com as famílias sobre o uso da caderneta. Rememorar uma experiência individual na infância para reflexão sobre a relação com os pais.
	5o dia- 02/09/19: Práticas parentais positivas.
14:00 - 14:10	Dinâmica de aquecimento.

14:10 - 14:40	Compartilhamento das experiências desenvolvidas na atividade de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho.
14:40 - 15:20	Dramatização de prática parental positiva e negativa.
15:20 - 16:30	Jogo de cartas sobre práticas parentais positivas
	Orientações para Atividade de ensino/aprendizagem em ambiente de trabalho. Realizar junto às mães na comunidade atividade dramatização semelhante, com prática parental negativa/positiva Aplicação de uma prática parental positiva descrita no cartão de forma individual.
	6o dia- 16/09/19: Educação em saúde
14:00 - 14:10	Dinâmica de acolhimento.
14:10 - 15:00	Compartilhamento das experiências desenvolvidas na atividade de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho.
15:00 - 16:00	Mini Exposição dialogada para planejamento e implementação de ações educativas dialógica,s considerando protagonismo dos usuários.
16:00 - 16:30	atividade em grupo: dominó do conhecimento
16:30 - 17:00	Orientações para Atividade de ensino/aprendizagem em ambiente de trabalho. Criação de esboço de um plano de ação educativa.

	7o dia- 30/09/19: Desenvolvimento de estratégias educativas para promoção do desenvolvimento infantil.
14:00 - 14:10	Dinâmica da acolhimento.
14:10 - 15:00	Compartilhamento das experiências desenvolvidas na atividade de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho.
15:00 - 15:40	
15:40 - 16:30	Atividade em grupo: mandala de objetos conectados ao desenvolvimento.
16:30 - 16:45	Orientações para Atividade de ensino/aprendizagem em ambiente de trabalho e Avaliação processual: Construção da matriz de intervenção intersetorial
	8o dia- 14/10/19- Apresentação das experiências e planos de intervenção intersetoriais.
14:00 - 16:00	Apresentação dos materiais educativos e planos de intervenção para continuidade das ações.
16:00 - 17:00	Avaliação do curso. Proposições para acompanhamento.

1º dia- Desenvolvimento infantil Sequência didática: sensibilização e conceitos iniciais

Atividade 1: Dinâmica do abraço

Abraço é um dos símbolos universais de amizade, carinho e conforto. Quando damos e recebemos um abraço estabelecemos um laço único de confiança, apreço e respeito por nós e pela pessoa abraçada. Este gesto simples

mostra a importância de vencermos crenças limitantes e nos permitirmos abraçar, tanto para acolher quanto para sermos acolhidos pelo outro.

Dinâmica Txai –

Esta palavra de origem indígena significa – O melhor em mim que habita em você e o melhor de você que habita em mim. A dinâmica do Txai convida os participantes a mentalizar coisas boas. Para isso, o instrutor deve colocar ao fundo uma música relaxante e calma e induzir os participantes do grupo a pensarem em sentimentos e emoções positivas, por alguns instantes e a conectar-se com o seu melhor. Estabelecida esta conexão interna, peça que todos troquem abraços e falem ao colega uma palavra positiva que tenha pensado enquanto refletia. Ao final todos receberão o melhor um do outro e estarão mais felizes e positivos também.

(Extraído de <https://www.jrmcoaching.com.br/blog/dinamica-do-abraco/>)

Atividade 2: Apresentação do curso/expectativas dos participantes

Atividade 3: Vídeo Trailer do filme o começo da vida

Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=K93pR1z9jz0>

Questões disparadoras:

- O que senti ao assistir o vídeo? Quais foram as mensagens principais?
- Quais similaridades identifiquei com as minhas experiências?
- Dificuldades/potencialidades para acompanhamento e promoção do desenvolvimento

Atividade 4: Mini exposição dialogada sobre desenvolvimento infantil;

- O que é desenvolvimento?
- O que é primeira infância?
- Qual o impacto do desenvolvimento na idade adulta?
- Traumas

Atividade 5: Atividade em grupo

Questão para reflexão: Como podemos trabalhar com esse desafio na nossa realidade? Que potencialidades temos?

Atividade 6: Atividade de ensino/aprendizagem em ambiente de trabalho

- Devo realizar escuta qualificada de pelo menos três famílias (desejável incluir pais e mães) sobre as questões que mais lhes preocupam quanto ao presente e futuro de seus filhos. Anotar as principais impressões e relatos no caderninho individual.
- Refletir após os relatos quais as principais dificuldades que as mães possuem no cuidado com seus filhos?
- Identificar as principais atividades que as crianças realizam no tempo livre (sozinhas, com seus pais e com outras crianças), enumerando a idade das crianças;

**avaliação individual**

A avaliação é de suma importância no processo de ensino-aprendizagem. Contamos com sua colaboração para identificar:

- Pontos positivos (considerar o que mudei nas minhas percepções pessoais, o que levo para o contexto de trabalho)
- Pontos a melhorar
- Questões/temas que quero saber mais

Texto de apoio para atividade de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho

O termo **vínculo** origina-se do latim *vinculum*, que significa união com características duradouras, laço e elo de conexão. O vínculo humano está ligado às influências recíprocas entre as pessoas, originando diferentes aspectos interacionais baseados no conhecimento, reconhecimento, ódio e amor,

imprimindo, dessa forma, um significado ao relacionamento dos seres humanos. Desse modo, no processo de proteção e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, é imprescindível reconhecer a importância da segurança emocional da criança e dos pais, resultante de vínculos bem estabelecidos.

Esse senso de bem-estar e proteção emocional permite que as crianças formem vínculos, a partir das relações que elas estabelecem com seus cuidadores, desde os primeiros dias. Para construir vínculos seguros, os cuidadores devem agir de forma responsiva, confortadora e acolhedora, atendendo de modo consistente à criança quando ela demonstra sinais de desconforto, dor ou necessidade de atenção. À medida que a criança se desenvolve, é esperado que os adultos cuidadores construam uma base segura, que permita com que ela se sinta confiante para explorar o mundo e saiba que pode retornar à sua base diante da experiência de sofrimentos e decepções, pois tem segurança de que será bem recepcionada e confortada. Esta proteção básica também é necessária para os momentos em que os próprios pais e familiares serão os agentes de frustração da criança, vivência educacional necessária que ajuda a criança a desenvolver sua tolerância à frustração.

No processo de construção da base segura, a família configura o contexto proximal, no qual os cuidadores têm a responsabilidade de contribuir para a preservação dos primeiros anos de vida e garantir os direitos da criança, sua sobrevivência e desenvolvimento. A sobrevivência da criança e seu desenvolvimento saudável dependem do cuidado de outra pessoa e da manutenção da proximidade de adultos que desempenhem funções de proteção e oferta de alimentação, conforto e segurança. Nesse sentido, é muito importante que os cuidadores sejam sensíveis e desenvolvam estratégias para comunicar-se efetivamente com a criança, reconhecendo-a como um ser atuante e ativo em suas interações. Também é desejável que exerçam a disciplina de forma positiva e consistente, buscando estratégias educativas consensuais entre os adultos cuidadores. É importante que a disciplina nos primeiros seis anos de vida esteja ligada à necessidade de estabelecimento de limites, organização e expectativas, referindo-se à colocação de limites adequados, mas também ao incentivo e

reconhecimento das realizações da criança, colaborando para que ela possa desenvolver a capacidade de empatia, por meio de afeto, segurança e vínculo.

Cuidar de crianças implica lidar com experiências singulares e intersubjetivas, sendo de extrema relevância a interação entre a criança e seus cuidadores. O envolvimento desses sujeitos com a criança e as particularidades de cada família devem contribuir para um adequado crescimento e desenvolvimento humano. Assim, a valorização do diálogo é muito importante como meio essencial para dinamizar as relações, produzir a responsabilização e favorecer a construção conjunta dos processos de cuidar. Portanto, ao exercer o cuidado, o adulto constrói um sentido de responsabilidade, tomando para si a tarefa de favorecer o desenvolvimento da criança. Ações precárias de cuidado podem deixar lacunas prejudiciais no desenvolvimento da criança.

Deste modo, se os cuidadores não estão disponíveis para atender às necessidades da criança ou não conseguem identificá-las, a criança pode criar vínculos frágeis, que têm potencial para desencadear problemas emocionais, comportamentais ou cognitivos futuros.

Experiências de vínculos afetivos frágeis na infância e situações de maus tratos podem resultar em estresse nocivo para a criança e comprometer a sua saúde, incluindo sua integridade física, seu desempenho acadêmico e seu ajustamento social e emocional no decorrer de sua vida. Maus tratos e outras adversidades na infância (tais como, eventos estressores, separações, doenças, violência) estão associados a um aumento na chance de ocorrência de problemas posteriores, tanto físicos quanto psíquicos. O desenvolvimento neurológico também está sujeito a injúrias decorrentes de condições adversas às quais as crianças são expostas. Isso pode acontecer inclusive durante o desenvolvimento fetal, ou seja, o nível de estresse a que uma mãe é exposta durante a gestação pode ocasionar prejuízos neurológicos ao bebê. A capacidade materna de lidar com as próprias emoções e as do bebê no início da vida, chamada de função reflexiva parental, é influenciada pelas experiências vividas na gestação e tem consequências para a expressão de diversos aspectos cognitivos, socioemocionais e laborais da prole ao longo de sua vida.

Estatisticamente, pais e mães em condições físicas, emocionais, sociais ou econômicas desfavoráveis tendem a ter filhos com mais problemas de comportamento, de relacionamento e de desempenho escolar, em comparação com pais que usufruem de situações mais favoráveis.

Estudos têm focado no impacto que as condições de vida de mães e de pais exercem sobre o desenvolvimento da criança e especificamente na sua saúde emocional. Por exemplo, pais e mães em situação de vulnerabilidade social ou que possuam algum distúrbio psicológico, como depressão ou ansiedade, podem ter mais dificuldades para proporcionar o estabelecimento de vínculos seguros.

Filhos de pais e mães cujas condições econômicas, sociais, físicas ou emocionais se caracterizam como desfavoráveis, tendem a apresentar, com maior frequência, problemas de comportamento, de relacionamento e de desempenho escolar, quando comparados com filhos de pais que usufruem de situações mais adequadas.

Por outro lado, existe sempre a possibilidade de pais com histórico de criminalidade, por exemplo, terem filhos que não apresentem problemas de comportamento. A delinquência, nesse caso, pode ser descontinuada entre gerações quando os pais conseguem ter vínculos favoravelmente fortes com seus filhos, independentemente de suas experiências desfavoráveis de vida. Isso potencializa a ideia de que talvez seja menos importante quem os pais são, mas o que eles efetivamente fazem em prol do desenvolvimento de seus filhos, e como se vinculam afetivamente a eles. É importante mencionar que os estudos não são conclusivos e estão limitados a determinados contextos socioeconômicos e culturais. (texto extraído de: Importância dos vínculos familiares na primeira infância : estudo II / organização Comitê. Beatriz de Oliveira Abuchaim...[et al.] 1. ed. – São Paulo : Fundação Maria Cecília Souto Vidigal - FMCSV, 2016.)

Sugestões de vídeos

Vídeo 1- MELHOR PREVENIR DO QUE REMEDIAR-
<https://ocomecodavida.com.br/melhor-prevenir-do-que-remediar/>

Vídeo 2- CRIANÇA E TECNOLOGIA-
<https://ocomecodavida.com.br/crianca-e-tecnologia/> se vinculam

afetivamente a eles⁴⁸. É importante mencionar que os estudos não são conclusivos e estão limitados a determinados contextos socioeconômicos e culturais.

2º dia- Desenvolvimento socioemocional

Atividade 1: Apresentação das atividades de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho

Trabalharemos em cinco grupos

Devemos refletir sobre alguns questionamentos com base nas percepções colhidas a partir das informações das famílias

- Como podemos trabalhar com essas dificuldades?
- Estratégias de soluções para esses problemas? Como contornar as principais dificuldades?

Atividade 2: Dinâmica das emoções

Nessa dinâmica, serão distribuídos cartões com figuras que ilustram algumas emoções (tristeza, raiva, alegria, frustração)

Os participantes deverão recordar de experiências que estejam no cartão escolhido e compartilhar com seu colega.

Deveremos refletir algumas questões:

- reconhecimento da ameaça.
- quais foram minhas ações?

- eu mudaria minhas ações?
- como foi contar minhas emoções?
- como foi entender as emoções do outro?

Atividade 3: Mini exposição dialogada sobre o desenvolvimento socioemocional na primeira infância

-Será abordada na exposição, o processo de desenvolvimento dado cérebro da criança

-A partir de imagens e conceitos do Livro "O cérebro da criança", vamos entender o papel dos adultos nesse processo.

Questões disparadoras:

- Qual o papel da família?
- Qual o papel dos profissionais de saúde?
- Qual o papel dos profissionais da educação?
-

Atividade 4: Trabalho em grupo:

- Resgatar a atividade de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho e pensarem em uma atividade educativa, considerando tema, público alvo, local, objetivos de aprendizagem

Atividade de ensino/aprendizagem em ambiente de trabalho

(1) Os educandos deverão se organizar em equipe para planejarem uma ação educativa com crianças/famílias, considerando o desenvolvimento emocional e as necessidades encontradas no primeiro dia (encontro com mães).

Sugestão: Filme O começo da vida.

- Depois da apresentação, sugere-se: observar e questionar o sentimento das mães ao assistir o filme, quais conhecimentos novos foram construídos- anotar as informações e impressões no caderninho.



A avaliação é de suma importância no processo de ensino-aprendizagem. Contamos com sua colaboração para identificar:

- Pontos positivos (considerar o que mudei nas minhas percepções pessoais, o que levo para o contexto de trabalho)
- Pontos a melhorar
- Questões/temas que quero saber mais

Texto de apoio para atividade de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho

Nos cuidados das crianças, não basta assegurar a sua sobrevivência, mas é preciso oferecer condições para que vivam com qualidade, cresçam e alcancem todo o seu potencial de desenvolvimento^{17,19}. No entanto, embora haja consenso no âmbito das evidências científicas, a sociedade como um todo ainda desconhece a importância da interação amorosa e responsiva para com as crianças pequenas²⁰. Nesse processo, o apoio às famílias e às demais pessoas envolvidas com crianças na primeira infância, representa um componente extremamente relevante e a visita domiciliar configura uma estratégia que fornece muitos benefícios, particularmente para a promoção da saúde e do desenvolvimento infantil²¹⁻²⁵.

Portanto, os cuidados cotidianos e as condições do domicílio são elementos que devem ser o foco da atenção dos profissionais da área da saúde e de outros setores que atuam junto às famílias e comunidades. Nesse sentido, o presente texto aborda a visita domiciliar como uma prática valiosa e protetora, considerando-se as necessidades essenciais da criança, os valores da família,

as situações de vulnerabilidade e as condições adversas e estressoras do ambiente que podem comprometer o desenvolvimento na primeira infância.

As estimulações realizadas por meio do brincar e leituras nas visitas domiciliares ajudaram a melhorar a responsividade dos pais nas brincadeiras e

26

o desenvolvimento cognitivo e socioemocional das crianças . A responsividade parental (tom de voz materno, sorriso, acompanhamento visual de estímulos, regulação emocional e do comportamento, regulação do choro, alimentação e sono) com bebês também pode ser melhorada por meio de aconselhamento e

27

reconhecimento de sentimentos em visitas domiciliares . Outro exemplo é o Programa My Baby & Me, que acompanhou mães desde a gravidez até os 30 meses de idade das crianças, inicialmente em esquema de visitas domiciliares

28

semanais e depois mensais .

Em especial, o choro das crianças desafia a os pais nos cuidados

29

cotidianos e pode levar à “síndrome do bebê sacudido” , derivada de uma agitação vigorosa do corpo da criança com sacudidas exageradas da cabeça quando estiver sendo contida pelas suas extremidades ou pelos ombros. A intervenção, através de visitas domiciliares e entrega de materiais informativos, mostrou formas adequadas sobre como manejar o choro nas fases pré-natal e

30

pós- natal e aos 4 meses de idade das crianças .

Os momentos de vulnerabilidade da fase pré-natal e pós-natal foram também focalizados em intervenções de visita domiciliar para oferecer informações e orientações sobre interações entre pais e crianças, com quatro a

31-34.

dez sessões O ProKind é um programa federal da Alemanha, que envolve intervenção em visita domiciliar, que se mostrou efetivo para proteger a saúde pré-natal, o funcionamento familiar e a competência parental, com melhoras no

desenvolvimento das crianças e redução de negligências e abusos ³⁴. Este programa revela a importância da compreensão de emoções dos pais para auxiliar no processo de parentalidade. O programa de intervenção, baseado no Improving Psychosocial Development of Children, da OMS, com visitas de aconselhamento na fase pré-natal e depois até 6 meses de idade da criança, mostrou impacto, aos 18 meses, no engajamento das mães no cuidado e ³³ interações com a criança e redução do estresse .

Alguns programas de intervenção focalizaram determinadas amostras de risco biológico e/ou psicossocial, tais como bebês prematuros e mães adolescentes. Os pais de crianças nascidas prematuras, nos primeiros anos dos filhos, foram alvo de intervenções de visita domiciliar com orientações presenciais (quatro a seis sessões) para estimular aspectos da parentalidade, como responsividade, engajamento, autorregulação emocional e ³⁵⁻³⁷

comportamental e suporte à saúde mental materna . Interessante destacar que entre as visitas havia o envio de mensagens de texto, via celular, para o fortalecimento dos aprendizados. As intervenções impactaram positivamente tanto os aspectos cognitivos e comportamentais das crianças quanto os indicadores de saúde mental materna de ansiedade, estresse e depressão. O programa de visita domiciliar associado a mensagens informativas entre as sessões (lembretes das estratégias de interação positiva mãe- criança, atividades de promoção do desenvolvimento da criança e estratégias de parentalidade para melhora da autoeficácia) apresentaram um efeito sinérgico com as visitas na melhora dos comportamentos adaptativos das crianças (por exemplo, controle da impulsividade e da agressão, mais respostas sociais ³⁸ considerando positivamente o outro) e dos comportamentos internalizantes

³² (como sintomas de ansiedade, medo, retraimento e timidez) .

As mães adolescentes também foram foco de intervenções com visita domiciliar que envolveram o Early Head Start com 71 visitas ou 43 lições estruturadas, incluindo conversas e panfletos informativos sobre parentalidade

positiva. Essas intervenções visavam o fortalecimento da saúde mental materna e redução de depressão e uso de drogas, assim como a melhora da parentalidade com redução da disciplina rígida ou coercitiva, irresponsividade, rejeição, abuso/negligência e pobre monitoramento dos filhos. Particularmente, o Early Head Start promove melhora nas interações de pais e crianças, especificamente, aumentando a participação dos pais e a responsividade e o apego, ensinando-os a entender as pistas do comportamento das crianças e seu

temperamento, melhorando a comunicação. Considerando-se os impactos das intervenções realizadas durante as visitas domiciliares, com foco no desenvolvimento infantil e/ou na parentalidade, os resultados foram predominantemente positivos. No desenvolvimento infantil, houve melhora em indicadores do desenvolvimento motor, de linguagem, cognitivo, função executiva – ou seja, no conjunto de habilidades necessárias para o controle consciente e deliberado sobre ações, pensamentos e emoções – e habilidades acadêmicas.

Além disso, houve redução de problemas de comportamentos, dos tipos internalizantes, externalizantes e desregulados, ou seja, sem regulação emocional e controle de impulsos

(texto extraído de: Visita domiciliar como estratégia de promoção do desenvolvimento e da parentalidade na primeira infância. 1. ed. -- São Paulo : Fundação Maria Cecília Souto Vidigal - FMCSV, 2016.)

 Sugestões de vídeos

<https://oomecodavida.com.br/funcao-de-pai-e-mae/>

3º dia- Desenvolvimento socioemocional**Atividade 1: Dinâmica com o grupo****Atividade 2: Apresentação das atividades de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho**

Compartilhar com o grupo sentimentos e novos conhecimentos construídos com as mães

Identificar as dificuldades e propor soluções para os desafios encontrados

Atividade 3: Apresentação dos resultados da pesquisa na comunidade sobre práticas parentais, fatores sociodemográficos e desenvolvimento socioemocional infantil**Atividade 4: Trabalho em grupos**

Jogo do ASQ-SE

Dividir perguntas do questionário ASQ-SE de acordo com faixas etárias

Os membros do grupo deverão analisar o que é esperado para uma criança nesse intervalo de idade

Como podemos ajudar as famílias nesse processo para colaborar no desenvolvimento das crianças?

Atividade de ensino/aprendizagem em ambiente de trabalho

(2) Os educandos deverão ler a Caderneta de Saúde da Criança. Pontuar as principais dificuldades no uso desse instrumento.

Analisar os itens de avaliação do desenvolvimento infantil

avaliação

A avaliação é de suma importância no processo de ensino-aprendizagem. Contamos com sua colaboração para identificar:

- Pontos positivos (considerar o que mudei nas minhas percepções pessoais, o que levo para o contexto de trabalho)
- Pontos a melhorar
- Questões/temas que quero saber mais

Material de apoio

Ages and Stages Questionnaire

Idade 2 meses

Idade 6 meses

Idade 9 meses

Idade 12 meses

Idade 18 meses

Idade 24 meses

Idade 36 meses

Idade 48 meses

Idade 60 meses

ugestões de vídeos

Apurando o olhar para a vigilância do desenvolvimento infantil-
https://www.youtube.com/watch?v=ixj2B-YcNqc&list=PL_rQTl99G4P9ZaPHKZjUH1Ec1CPOXkhEZ

4º dia - Caderneta de Saúde da Criança

Atividade 1: Dinâmica de acolhimento

Atividade 2: Compartilhamento das experiências desenvolvidas na atividade de ensino-aprendizagem em ambiente de trabalho quanto à ação educativa com as mães.

Atividade 3: Os participantes serão divididos em grupos e discutirão sobre as dificuldades no uso da Caderneta de Saúde da Criança e sobre avaliação do desenvolvimento infantil;

As discussões deverão ser sistematizadas (relacionadas ao próprio instrumento, às percepções individuais e na relação com as mães).

Como podemos trabalhar com tais dificuldades?

Atividade 4: Mini exposição dialogada sobre a importância da CSC como instrumento para avaliação do desenvolvimento infantil e para o cuidado longitudinal da criança

Atividade de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho

(1) Vocês poderão organizar algum momento de orientação com mães para uso da Caderneta de Saúde da Criança (pode ser uma ação individual, em visita domiciliar ou atividade coletiva)

Atividade de ensino aprendizagem no ambiente de trabalho

(2) Essa atividade servirá para refletir sobre práticas parentais
Vocês deverão lembrar de experiências quando foi criança
Refletir sobre como fui educado por meus pais?

Aqueles que já tem filhos, deverão refletir como meus filhos foram cuidados/educados? Como adquirir conhecimentos para ser pai/mãe?

Como lidei com questões relacionadas ao mal comportamento, birras, choros, brigas entre crianças?

Como as mães da comunidade tem lidado com estas questões?

Como essas questões tem se apresentado no cenário escolar (questão mais específica para educadores)



A avaliação é de suma importância no processo de ensino-aprendizagem. Contamos com sua colaboração para identificar:

- Pontos positivos (considerar o que mudei nas minhas percepções pessoais, o que levo para o contexto de trabalho)
- Pontos a melhorar
- Questões/temas que quero saber mais

Texto de apoio para atividade de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho

Cademeta de saúde da criança.

5º dia - Práticas parentais positivas

Atividade 1: Dinâmica para acolhimento

Atividade 2: Compartilhamento das experiências desenvolvidas na dispersão em grupos

Deveremos organizar as ideias em:

- Elementos relacionados às dificuldades

- Elementos relacionados às potencialidades
- Como posso ajudar as crianças/famílias da comunidade?

Atividade 3: Vídeo Construindo as competências dos adultos para melhorar o desempenho das crianças: uma teoria de mudança

Questões para reflexão:

1. Como venho trabalhando no desenvolvimento de competências dos adultos?
2. O que penso sobre esta questão?

Atividade 4: Dramatização com os participantes

Os participantes serão divididos em dois grupos (cada grupo terá um roteiro para fazer a dramatização)

Teremos uma prática parental positiva e uma prática parental negativa

Após as dramatizações, deveremos refletir sobre:

- O que fariam diferente?
- Como orientariam esse cuidador?

Atividade de ensino-aprendizagem em ambiente de trabalho

(1) Leitura do texto A ciência do desenvolvimento na primeira infância
Deverei responder aos questionamentos e trazer de forma escrita:

- O que posso fazer para potencializar as capacidades das famílias/crianças assistidas?
- Considerar na sua resposta as ações de forma individual e em colaboração com demais profissionais da saúde e da educação.

Atividade de ensino-aprendizagem em ambiente de trabalho

(2) Realizar junto às mães na comunidade ou escola atividade dramatização semelhante, com prática parental negativa/positiva

- Ao realizar a atividade, identificar sentimentos das mães
- novos conhecimentos construídos



A avaliação é de suma importância no processo de ensino-aprendizagem. Contamos com sua colaboração para identificar:

- Pontos positivos (considerar o que mudei nas minhas percepções pessoais, o que levo para o contexto de trabalho)
- Pontos a melhorar
- Questões/temas que quero saber mais

Texto de apoio para atividade de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho

A Ciência do Desenvolvimento na Primeira Infância

As capacidades desenvolvidas durante a infância formam a base de uma sociedade bem sucedida, próspera e sustentável, envolvendo desde o aproveitamento escolar positivo e a autossuficiência econômica até o comportamento adulto responsável e a saúde ao longo da vida. Quando oferecemos às crianças, hoje, aquilo que precisam para aprender, desenvolver-se e prosperar, elas dão como retorno no futuro, para a sociedade, uma vida inteira de cidadania produtiva. Com base em um conhecimento bem estabelecido, que vem sendo construído há mais de meio século, os recentes avanços na ciência do desenvolvimento na primeira infância e sua biologia subjacente proporcionam uma compreensão mais profunda que consegue fornecer dados e melhorar as políticas e práticas existentes, assim como ajudar a gerar novas maneiras de pensar em soluções. Os conceitos fundamentais listados a seguir estão baseados em décadas de ciências comportamentais e sociais e em recentes descobertas em neurociência, biologia molecular e

epigenética. Juntos, eles ajudam a explicar como ocorre o desenvolvimento saudável, o que pode fazê-lo perder o rumo e o que podemos fazer para restaurá-lo.

Relacionamentos atenciosos e experiências positivas constroem uma forte arquitetura do cérebro

O cérebro se desenvolve ao longo dos anos e as bases de sua arquitetura são construídas no início da vida. As conexões neurais que compõem a estrutura do cérebro em desenvolvimento são formadas por meio de um processo contínuo, que começa antes do nascimento, avança até a idade adulta e estabelece uma base resistente ou frágil para toda a saúde, aprendizagem e comportamento que se segue.

Durante os primeiros anos após o nascimento, de 700 a 1.000 novas sinapses (conexões entre neurônios) se formam a cada segundo^{12,13}. Após um período de rápida multiplicação, essas conexões se reduzem por meio de um processo normal chamado “poda”, que permite que os circuitos cerebrais remanescentes sejam mais fortes e mais eficientes. As primeiras experiências afetam a natureza e a qualidade da arquitetura em desenvolvimento do cérebro ao determinarem quais circuitos serão reforçados e quais serão podados por falta de uso. Algumas pessoas se referem a isso como “use-os ou perca-os”.

Do mesmo modo que na construção de uma casa, determinadas partes do cérebro em desenvolvimento devem ser construídas em uma sequência previsível, e o que é construído primeiro deve ser suficientemente forte para servir de apoio à estrutura de longo prazo. E, exatamente da mesma forma que a indisponibilidade de materiais necessários, em pontos fundamentais no processo, pode forçar mudanças no projeto da casa, a falta de experiências adequadas pode desencadear alterações na arquitetura neural. Além disso, embora o cérebro detenha a capacidade de se adaptar e mudar ao longo da vida, essa capacidade diminui com a idade. Assim, é muito mais difícil e menos eficaz construir habilidades cognitivas, sociais e emocionais mais avançadas sobre uma base frágil do que fazer de maneira correta, desde o início.

A influência excepcionalmente forte das primeiras experiências na arquitetura do cérebro faz com que os anos iniciais se tornem, ao mesmo tempo, um período de grande oportunidade e de grande vulnerabilidade. Um ambiente que promova o crescimento e que forneça os nutrientes adequados, que seja livre de toxinas e rico em interações socioafetivas com os adultos de referência da criança, prepara o cérebro em desenvolvimento para funcionar bem em uma série de circunstâncias. Um ambiente adverso, em que as crianças pequenas não sejam bem nutridas, - quem expostas a substâncias tóxicas e/ou sejam privadas de experiências sensoriais, emocionais e sociais adequadas, provavelmente, afetará negativamente a construção de capacidades fundamentais importantes. Uma vez estabelecida, uma base frágil pode ter efeitos prejudiciais sobre o desenvolvimento do cérebro, mesmo que posteriormente a criança esteja em um ambiente saudável.

As interações dos genes com as experiências moldam os circuitos do cérebro em desenvolvimento. Os cientistas descobriram que as experiências das crianças no início da vida – e os ambientes onde vivenciam estas experiências – não apenas moldam a arquitetura do cérebro em desenvolvimento, mas também afetam a forma como os genes são ligados e desligados e, até mesmo, se alguns deles se- quer chegam a ser expressos.

As antigas ideias de que os genes são “grava- dos em pedra” ou que, por si só, determinam os resultados do desenvolvimento foram totalmente refutadas. É mais correto pensar nos genes como pacotes de instruções biológicas que exigem uma assinatura autorizada para se desenvolver. Tanto as experiências positivas representa- das, por exemplo, pelas ricas oportunidades de aprendizagem, quanto as influências negativas representadas, por exemplo, pela exposição a situações estressantes de vida ou a toxinas ambientais, deixam uma “assinatura química” nos genes. Essas assinaturas podem variar de temporárias a permanentes, mas todas afetam a facilidade com que os genes são ligados ou desligados.

Esse fenômeno é conhecido como “adaptação epigenética” e molda a maneira como os nossos cérebros e corpos se desenvolvem. As influências epigenéticas são um dos mecanismos biológicos pelos quais o contexto dos relacionamentos, e todo seu ambiente físico, químico ou mesmo desenvolvido, assim como a nutrição nos primeiros anos de vida, são todos incorporados e influenciam a aprendizagem, o comportamento e a saúde ao longo da vida²⁰. Em um trabalho que tem importantes implicações, no sentido de proporcionar experiências pré-natais apropriadas e alimentação adequada para gestantes, pesquisas em animais e seres humanos mostram agora que algumas mudanças epigenéticas podem ocorrer durante a gravidez.

É muito mais difícil e menos eficaz construir habilidades cognitivas, sociais e emocionais mais avançadas sobre uma base frágil do que fazer da maneira correta, desde o início.

Na verdade, algumas podem realmente ser transmitidas às gerações posteriores, afetando assim a saúde e o bem-estar dos filhos, netos e até mesmo seus descendentes.

Ambientes estimulantes e ricas experiências de aprendizagem geram assinaturas epigenéticas que ativam o potencial genético positivo²⁴. A estimulação do cérebro no início da vida, pelo uso ativo de circuitos de aprendizagem e memória, pode resultar, portanto, em mudanças epigenéticas que estabeleçam uma base para capacidades de aprendizagem mais e eficazes no futuro. Por outro lado, experiências altamente estressantes no início da vida podem gerar instruções genéticas que afetem negativamente o desenvolvimento dos sistemas que gerenciam as respostas à adversidade na fase adulta.

As crianças se desenvolvem dentro de um ambiente de relacionamentos que começa na família, mas também envolve outros adultos que desempenham papéis importantes em suas vidas. Isso pode incluir membros da família ampliada, cuidadores e profissionais de educação infantil, enfermeiras, assistentes sociais, preceptores e vizinhos.

Esses relacionamentos afetam praticamente todos os aspectos do desenvolvimento – intelectual, social, emocional, físico e comportamental –, e sua qualidade e estabilidade nos primeiros anos de vida estabelecem a base que serve de apoio a um amplo conjunto de desdobramentos no futuro. Esses desdobramentos incluem autoconfiança e boa saúde mental, motivação para aprender, aproveitamento escolar e, mais tarde, no ambiente de trabalho, a capacidade de controlar impulsos agressivos e resolver conflitos de forma não violenta, comportamentos que afetam os riscos para a saúde física e a capacidade de desenvolver e manter amizades e relacionamentos íntimos e, finalmente, de tornar-se um pai/ mãe bem-sucedido.

(Extraído do documento "Das Melhores Práticas aos Impactos Transformadores: uma abordagem baseada na ciência para a construção de um futuro mais promissor para crianças pequenas e suas famílias"- Universidade de Harvard).

Sugestões de vídeos

O cérebro na palma da mão-

https://www.youtube.com/watch?v=sE_wd-aLnqQ

Contribuir e se sentir aceito-

<https://www.youtube.com/watch?v=XXNDt5GCQA0>

6º dia- Brincadeiras para promoção de habilidades sociais e emocionais

Atividade 1: Dinâmica de acolhimento: jogo de cartas

Atividade 2: Será feito o resgate das atividades de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho, com compartilhamento das experiências desenvolvidas em grupos

Deveremos sistematizar as ideias, considerando:

- Sentimentos individuais
- Sentimentos das famílias
- Elementos relacionados às dificuldades
- Elementos relacionados às potencialidades

avaliação

A avaliação é de suma importância no processo de ensino-aprendizagem. Contamos com sua colaboração para identificar:

- Pontos positivos (considerar o que mudei nas minhas percepções pessoais, o que levo para o contexto de trabalho)
- Pontos a melhorar
- Questões/temas que quero saber mais

Atividade 3: Mini exposição dialogada sobre Educação em saúde e comunicação para desenvolvimento de material educativo, considerando planejamento e implementação de ações educativas dialógicas considerando protagonismo dos usuários

Atividade 4: Trabalho em grupos

Os grupos serão desafiados à produção de material educativo (direcionado para crianças ou famílias)

Sugestões: Jogo de tabuleiro, Jogo de cartas, Histórias em quadrinhos, Vídeo

Atividade de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho

O material educativo deverá ser construído a partir de uma construção participativa com público alvo (famílias e/ou crianças).

Matriz de intervenção para Plano de intervenção intersetorial

AÇÃO	RESPONSÁVEL	EQUIPE DE APOIO	PRAZO	RECURSO
Ação: Detalhamento da ação:				

36

**Plano de Ação Educativa**

Tema:	Data: Horário:
Público-alvo:	
Local:	
Facilitadores:	

37

Justificativa

Objetivos de aprendizagem (Geral e específicos)

CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS
(assuntos/temas)	(Horário/momentos, estratégias de ensino e proposta de avaliação)	(materiais necessários)

38

39

eferências

7º dia- Desenvolvimento de materiais educativos para promoção do desenvolvimento infantil

Atividade 1: Dinâmica de acolhimento

Atividade 2: Resgate da atividade de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho

Os grupos deverão compartilhar as experiências desenvolvidas

- Quais mudanças foram feitas no plano inicial a partir da escuta do público alvo?

Atividade 3: Mini exposição dialogada sobre ferramentas para a comunicação e educação em saúde considerando saberes científicos e populares

Atividade 4: Planejamento em grupos sobre mudanças no processo de trabalho e ações de intervenção, com metas, responsáveis, local, público alvo, parcerias, materiais

Atividade de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho

Os grupos deverão aperfeiçoar os materiais educativos e prepararem os planos de intervenção intersetoriais para implementação após o curso.



A avaliação é de suma importância no processo de ensino-aprendizagem. Contamos com sua colaboração para identificar:

- Pontos positivos (considerar o que mudei nas minhas percepções pessoais, o que levo para o contexto de trabalho)
- Pontos a melhorar
- Questões/temas que quero saber mais

8º dia- Apresentação das experiências e planos de intervenção intersetoriais

Tempo de 15 minutos para cada grupo

Tempo de 15 minutos para comentários dos demais grupos e equipe

eferências

Abuchaim BO [et al.] Importância dos vínculos familiares na primeira infância: estudo II / organização Comitê. 1. ed. -- São Paulo : Fundação Maria Cecília Souto Vidigal - FMCSV, 2016.

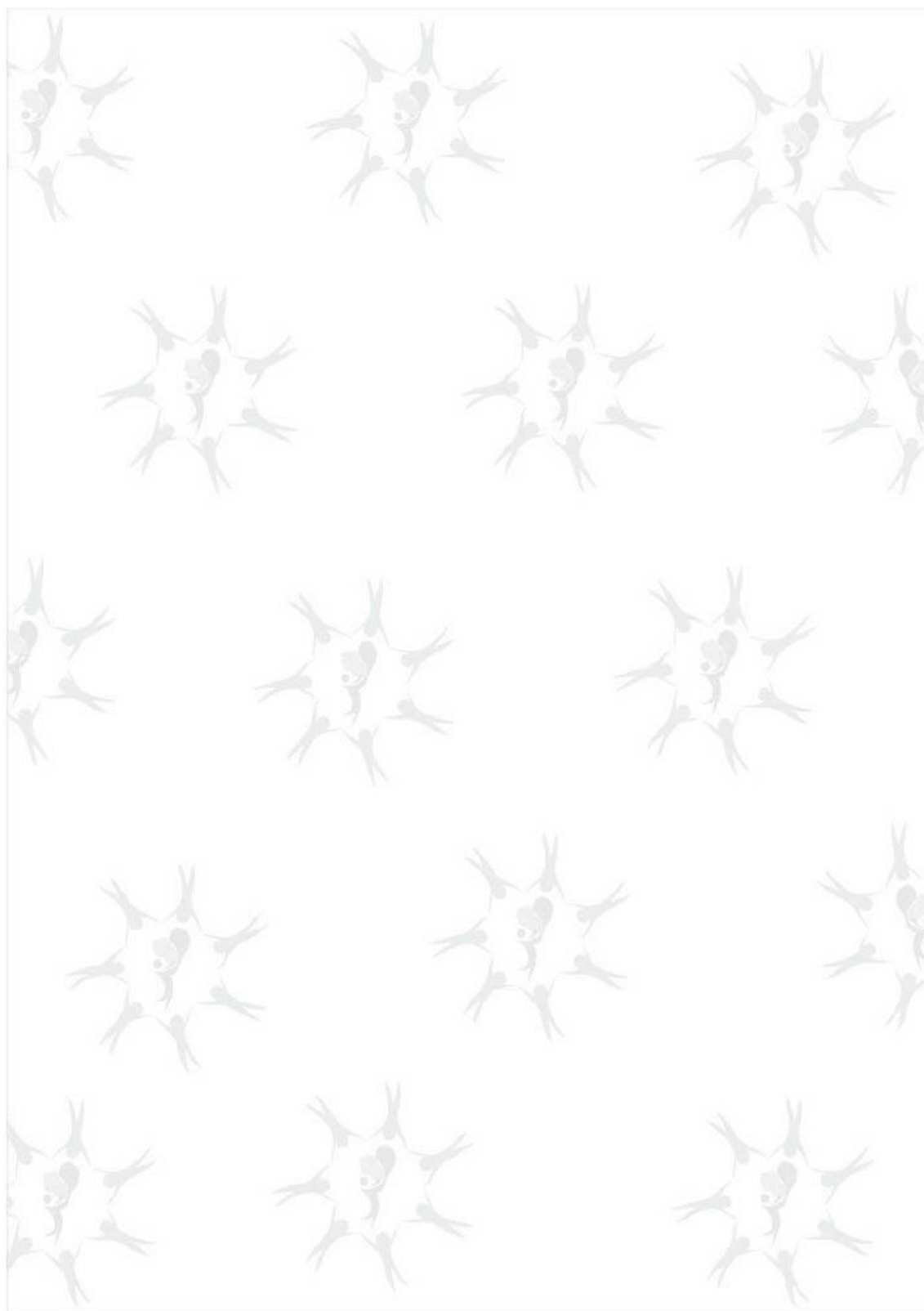
GROP: Grup de Recerca en Orientació Psicopedagógica. Atividades para o desenvolvimento da inteligência emocional nas crianças. Ciranda Cultural, 2009.

Center on Developing Child. Harvard University. Das Melhores Práticas aos Impactos Transformadores: uma abordagem baseada na ciência para a construção de um futuro mais promissor para crianças pequenas e suas famílias. 2016. (texto extraído de: Importância dos vínculos familiares na primeira infância : estudo II / organização Comitê. Beatriz de Oliveira Abuchaim...[et al.] 1. ed. -- São Paulo : Fundação Maria Cecília Souto Vidigal - FMCSV, 2016.)

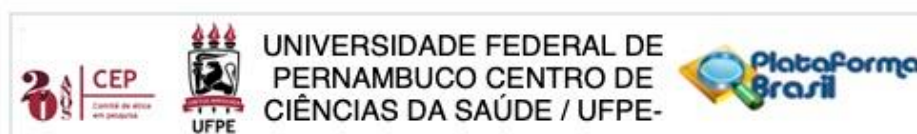
ugestões de vídeos

Vídeo 1- MELHOR PREVENIR DO QUE REMEDIAR-
<https://ocomecodavida.com.br/melhor-prevenir-do-que-remediar/>

Vídeo 2- CRIANÇA E TECNOLOGIA-
<https://ocomecodavida.com.br/crianca-e-tecnologia/>



ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intervenção educativa intersetorial para a promoção do desenvolvimento infantil socioemocional

Pesquisador: MARIA WANDERLEYA DE LAVOR CORIOLANOMARINUS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80755617.3.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A CIÊNCIA E TECNOLOGIA - FACEPE
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.489.661

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa aprovado no Edital FACEPE – 10/2017 do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS – Pernambuco – CNPQ/MS/SES/FACEPE – Processo APQ-0670-4.04/17.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as repercussões de uma intervenção educativa intersetorial com profissionais de saúde da atenção primária e educadores infantis no desenvolvimento socioemocional de crianças na primeira infância.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

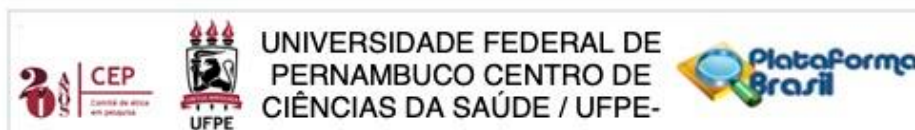
Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo prospectivo, quase-experimental, do tipo antes e depois. O estudo terá uma abordagem quantitativa e qualitativa.

Na pesquisa serão recrutados profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, Educadores infantis de creches públicas, famílias de crianças de zero a menos de seis anos de idade adstritas em um mesmo território de abrangência.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.489.661

A pesquisa será desenvolvida em quatro Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV, na cidade do Recife (Campo do Banco, Brasília, Sítio Wanderley Engenho do Melo).

Critérios de inclusão

Para os profissionais da Atenção Primária

- Desenvolver ações voltadas para o desenvolvimento infantil, em consultas de puericultura, visitas domiciliares e atividades de educação em saúde;
- Disponibilidade em participar da intervenção educativa e das atividades propostas junto às famílias.

Para os educadores infantis

- Trabalhar com crianças de zero a cinco anos de idade;
- Disponibilidade em participar da intervenção educativa e das atividades propostas junto às famílias.

Para as famílias

- Estar adstrita à área de abrangência das equipes de saúde da família;
- Possuir criança de zero a cinco anos.

Critérios de exclusão

Para os profissionais da Atenção Primária

- Estar de licença no período de coleta de dados

Para os educadores infantis

- Estar de licença no período de coleta de dados;

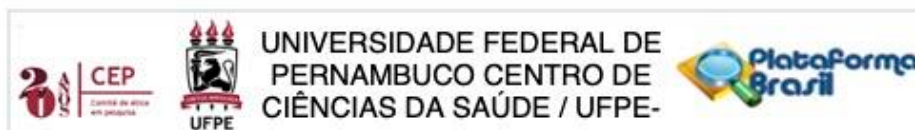
Para as famílias

- Indisponibilidade em participar das atividades propostas.

Para seleção dos participantes, a amostragem será não probabilística.

Etapas da pesquisa

Endereço: Av. da Engenharia s/n° - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** capccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.489.661

1ª fase: Será realizada uma aproximação com os participantes da pesquisa, no intuito de traçar um diagnóstico inicial de como se dá o processo de acompanhamento do desenvolvimento infantil nas consultas de puericultura, visitas domiciliares, grupos de educação em saúde e atividades realizadas pelos educadores infantis. Essa etapa será guiada por um roteiro de observação participante.

2ª fase) Avaliação do desenvolvimento socioemocional das crianças, utilizando o Ages and Stages Questionnaires: Social Emotional (ASQ-SE).

3ª fase) Realização da intervenção educativa, a qual será planejada a partir de metodologias ativas, tendo como principal metodologia a da problematização, sendo organizada com momentos de concentração e momentos de dispersão (momentos nos quais os participantes realizarão ações de cunho educativo e assistencial junto às famílias de crianças, contemplando os temas trabalhados nos momentos de concentração).

4ª fase) Avaliação subsequente do desenvolvimento socioemocional, utilizando o Ages and Stages Questionnaires: Social Emotional (ASQ-SE) um ano após a primeira avaliação;

5ª fase) Avaliação qualitativa dos saberes e práticas das famílias a partir da participação na intervenção.

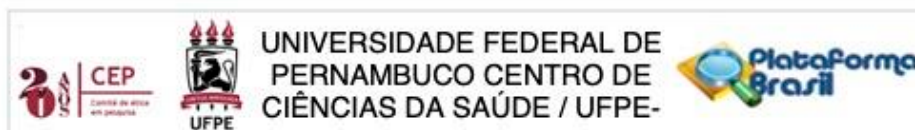
Nessa etapa será utilizada a técnica de grupos focais, com uso da gravação em áudio.

Os dados referentes à avaliação do desenvolvimento a partir do ASQ-SE serão digitados com dupla entrada, em banco de dados específico criado no programa SPSS. Estes resultados terão uma análise descritiva e analítica, por meio dos testes de diferenças de médias.

Os dados de natureza qualitativa (observação participante e grupos focais) serão analisados por meio da análise qualitativa, segundo as etapas propostas por Yin (2016).

A fim de auxiliar no processo de codificação e recorte dos núcleos de sentido na fase de exploração do material será utilizado o programa Atlas.ti (versão 7.0).

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** capccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.489.661

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Melhorar a qualidade dos documentos fotografados para deixá-los mais legíveis

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio da Notificação com o Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

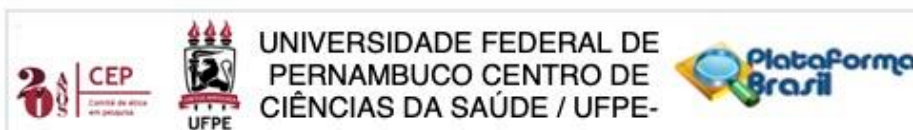
Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética, relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

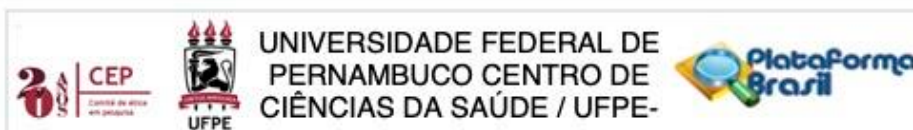
Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: capccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.489.661

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_977160.pdf	05/12/2017 12:35:00		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	intervencaoeducativacep.docx	05/12/2017 12:34:33	MARIA WANDERLEYA DE LAVOR CORIOLANOMARIN US	Acelto
Folha de Rosto	folhaderostowanderleya.pdf	05/12/2017 12:33:41	MARIA WANDERLEYA DE LAVOR CORIOLANOMARIN US	Acelto
Outros	CLthais.pdf	05/12/2017 11:56:16	MARIA WANDERLEYA DE LAVOR CORIOLANOMARIN US	Acelto
Outros	CLgabrielasette.pdf	05/12/2017 11:55:38	MARIA WANDERLEYA DE LAVOR CORIOLANOMARIN US	Acelto
Outros	termoconfidencialidade.docx	05/12/2017 11:44:47	MARIA WANDERLEYA DE LAVOR CORIOLANOMARIN US	Acelto
Outros	Agessandstagesse.docx	05/12/2017 11:43:49	MARIA WANDERLEYA DE LAVOR CORIOLANOMARIN US	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tciemae.docx	05/12/2017 11:41:52	MARIA WANDERLEYA DE LAVOR CORIOLANOMARIN US	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleprofeduc.docx	05/12/2017 11:39:02	MARIA WANDERLEYA DE LAVOR CORIOLANOMARIN US	Acelto
Outros	CLGABRIELA.pdf	15/08/2017 16:00:55	MARIA WANDERLEYA DE LAVOR CORIOLANOMARIN US	Acelto

Endereço: Av. da Engenharia s/n° - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: capccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.489.661

Outros	CLJULIANELIMA.pdf	15/08/2017 16:00:24	MARIA WANDERLEYA DE LAVOR CORIOLANOMARIN US	Acelto
Outros	CLISABELLAPACHECO.pdf	15/08/2017 15:59:50	MARIA WANDERLEYA DE LAVOR CORIOLANOMARIN US	Acelto
Outros	cartaanuencia.pdf	15/08/2017 15:43:30	MARIA WANDERLEYA DE LAVOR CORIOLANOMARIN US	Acelto
Outros	CLmariawanderleya.pdf	15/08/2017 15:27:06	MARIA WANDERLEYA DE LAVOR CORIOLANOMARIN US	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

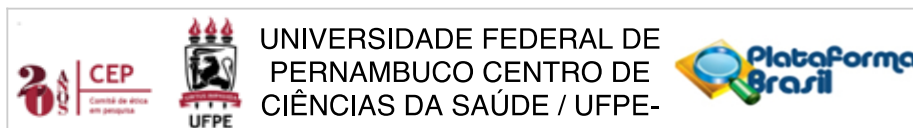
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 07 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/n° - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** capccs@ufpe.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intervenção educativa intersetorial para a promoção do desenvolvimento infantil socioemocional

Pesquisador: MARIA WANDERLEYA DE LAVOR CORIOLANOMARINUS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80755617.3.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A CIÊNCIA E TECNOLOGIA - FACEPE
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.489.661

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa aprovado no Edital FACEPE – 10/2017 do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS – Pernambuco –CNPQ/MS/SES/FACEPE – Processo APQ-0670-4.04/17.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as repercussões de uma intervenção educativa intersetorial com profissionais de saúde da atenção primária e educadores infantis no desenvolvimento socioemocional de crianças na primeira infância.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo prospectivo, quase- experimental, do tipo antes e depois. O estudo terá uma abordagem quantitativa e qualitativa.

Na pesquisa serão recrutados profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, Educadores infantis de creches públicas, famílias de crianças de zero a menos de seis anos de idade adstritas em um mesmo território de abrangência.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS) (Mães de crianças)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **Intervenção educativa intersetorial para a promoção do desenvolvimento infantil socioemocional**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Maria Wanderleya de Lavor CoriolanoMarinus, Av. Prof. Moraes Rego, S/N, anexo 1 do Hospital das Clínicas - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901; telefone: (81) 2126-3661; email: wandenf@yahoo.com.br. Também participam desta pesquisa os pesquisadores: Gabriela Cunha Schechtman Sette (81- 98714-1679), Gabriela Freire de Almeida Vitorino (81- 21263661), Isabella Cristina Oliveira Pacheco (81- 2126-8514), Juliane Lima Pereira Da Silva (81- 2126-8514), Luana Amorim da Silva (81- 99445-9614), Gracielly Karine Tavares Souza (81- 994829160); Vitória Lúcia da Silva (81- 99608-0815) e está sob a orientação de: Maria Wanderleya de Lavor Coriolano-Marinus, telefone: (81) 2126-3661; email: wandenf@yahoo.com.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- > **Descrição da pesquisa:** a pesquisa tem o objetivo de analisar as repercussões de uma intervenção educativa intersetorial com profissionais de saúde da atenção primária e educadores infantis no desenvolvimento socioemocional de crianças na primeira infância. Os procedimentos para a coleta de dados envolvem o preenchimento de um formulário de caracterização individual da família, com duração aproximada de 15 minutos, e uma avaliação com perguntas sobre o desenvolvimento socioemocional de seu filho, a qual tem duração aproximada de 10 minutos. Essas perguntas abordam o comportamento, rotina, sono e alimentação da criança na vida familiar. Essa avaliação ocorrerá duas vezes (uma avaliação em 2019 e uma avaliação 1 ano depois), participação em grupo focal em 2020, abordando como foi a sua participação nas atividades conjuntas realizadas por profissionais de saúde, educadores infantis e família para promoção do desenvolvimento socioemocional do seu filho.
- > **RISCOS diretos** para o voluntário: É assegurado que o seu nome não será revelado e não haverá nenhuma obrigatoriedade em participar das etapas inerentes à pesquisa. Os riscos da presente pesquisa são a possibilidade de desconforto/constrangimento durante o procedimento de coleta de dados. No entanto, o risco de constrangimento será minimizado através da condução dos pesquisadores, explicitando todos os objetivos da pesquisa de forma cautelosa e procedimentos a serem adotados durante todas as etapas que envolvem a coleta de dados.
- > **BENEFÍCIOS diretos e indiretos** para os voluntários: Em relação aos benefícios advindos da pesquisa serão apontadas estratégias que podem promover um desenvolvimento

socioemocional mais satisfatório por parte das crianças e famílias assistidas, otimização das práticas educativas e assistenciais que envolvem as crianças na primeira infância e suas famílias.

➤ Como benefício indireto desta pesquisa possibilitará novas propostas para promover estratégias preventivas na promoção do desenvolvimento infantil.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações, entrevistas), ficarão armazenados em (pastas de arquivo, computador pessoal), sob a responsabilidade do pesquisador Maria Wanderley de Lavor Coriolano-Marinus, telefone: (81) 2126-3661; email: wandenf@yahoo.com.br, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço:

(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepcs@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo _____ **Intervenção educativa intersetorial para a promoção do desenvolvimento infantil socioemocional** como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Impressão digital
(opcional)