



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

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ISOLDA MARIA BARROS TORQUATO

**VIGILÂNCIA DE CRIANÇAS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO
NEUROPSICOMOTOR: UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO COM MÃES**

JOÃO PESSOA

2019

ISOLDA MARIA BARROS TORQUATO

**VIGILÂNCIA DE CRIANÇAS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO
NEUROPSICOMOTOR: UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO COM MÃES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

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

Orientadora: Prof^ª. Dra. Altamira Pereira da Silva Reichert.

JOÃO PESSOA

2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

T687v Torquato, Isolda Maria Barros.

Vigilância de crianças com risco para o desenvolvimento neuropsicomotor: um estudo de intervenção com mães / Isolda Maria Barros Torquato. - João Pessoa, 2019. 230f.

Orientação: Altamira Pereira da Silva Reichert.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Desenvolvimento Infantil. 2. Creche. 3. Educação em Saúde. 4. Mães. 5. Intervenção Precoce. 6. Enfermagem Pediátrica. I. Reichert, Altamira Pereira da Silva. II. Título.

UFPB/BC

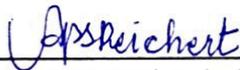
ISOLDA MARIA BARROS TORQUATO

**VIGILÂNCIA DE CRIANÇAS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO
NEUROPSICOMOTOR: UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO COM MÃES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem. Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em: 04 de Junho de 2019.

BANCA EXAMINADORA



Profª. Dra. Altamira Pereira da Silva Reichert
Presidente – Universidade Federal da Paraíba (UFPB)



Profª. Dra. Neusa Collet
Membro Interno – Universidade Federal da Paraíba (UFPB)



Profª. Dra. Elenice Maria Cecchetti Vaz
Membro Interno – Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Profª. Dra. Maria Helena do Nascimento Souza
Membro Externo – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Profª. Dr. Franklin Delano Soares Forte
Membro Externo – Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Profª. Dra. Jael Rúbia Figueiredo de Sá França
Membro Interno - Suplente - Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Profª. Dra. Meryeli Santos de Araújo Dantas
Membro Externo - Suplente – Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

DEDICATÓRIA

A **DEUS** pelas oportunidades pessoais e profissionais que me proporcionou nesta vida.

A Ti minha gratidão e amor eternos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo amor verdadeiro ofertado a mim nesta vida. Por ter estado comigo em todas as manhãs, tardes, noites e madrugadas de preocupação, insegurança, medo e cansaço. Por ter me sustentado diariamente nessa trajetória tortuosa, segurando-me no colo nos momentos que mais precisei de cuidado. Sem Ti nada sou.

À Nossa Senhora Desatadora de Nós por ter desatado os mais importantes Nós da minha vida. Nunca me faltaste mãezinha. Te serei eternamente grata.

Aos meus pais, Edson e Socorro, por todo o amor, carinho, companheirismo, paciência, preocupação, incentivo e apoio em cada decisão que tomei ao longo da minha vida. Obrigada por estarem ao meu lado em todos os momentos, bons e ruins, e por serem minha fonte de inspiração, minha rocha, meu orgulho e principalmente por terem me amado a cada dia de suas vidas como se fosse o último. Sem vocês, eu nada seria. Sem vocês nada teria sentido. Minha gratidão e amor eternos.

À minha filha, Helena, verdadeira tradução de amor em minha vida, te agradeço filhinha por me fazer feliz diariamente e por ter me ajudado a enfrentar os difíceis momentos que surgiram ao longo dessa caminhada. Os seus sorrisos, beijos, abraços e o seu amor revelado em atos e nos mais lindos dizeres como “Eu te amo muito mamãe” e “Você é minha companheira” repetidos ao longo dos dias foram fundamentais para superar o cansaço físico, minhas inquietudes e preocupações. Foste minha maior motivação para seguir em frente. Perdoe-me as impaciências e as ausências. Tenha certeza, minha amada filha, que as lacunas doíam muito mais em mim. Tudo que enfrentei e enfrentarei nessa vida será por você. Eu te amo infinitamente.

Ao meu irmão Elton e cunhada Érika pelo carinho, incentivo, preocupação, conselhos e palavras de fé ofertadas nos momentos de tribulações. Amo vocês.

Ao meu irmão Wagner por todo amor que exala quando nos encontramos. O seu amor foi combustível para que eu pudesse seguir em frente. Te amo meu irmão.

Ao meu esposo, Francisco Júnior, por se fazer presente em todos os momentos da minha vida. Mais uma vez eu te agradeço pela paciência, amizade, apoio, companheirismo e compreensão ao longo de todas as minhas decisões pessoais e profissionais. Perdoe-me por todas as ausências. Agora aproveitaremos, juntos, os momentos em família com mais tranquilidade e alegria. Te amo!

À professora Altamira Reichert, foste muito mais que uma orientadora de conhecimento científico, foste um ser humano imanado de luz durante a trajetória do doutorado. Te agradeço a oportunidade e confiança em aceitar-me como sua orientanda e principalmente por todas as valorosas orientações e contribuições científicas na condução da tese. Com você pude aprender e crescer enquanto profissional, pesquisadora e acima de tudo como ser humano. Me ensinaste muitas lições, as quais levarei comigo de forma muito especial. À senhora todo o meu carinho, admiração, respeito e gratidão. Desculpe-me as falhas e muito obrigada por tudo.

À professora Neusa Collet, quem primeiro me abriu as portas para a pesquisa, dando-me confiança e a esperança de que seria capaz de alcançar voos mais altos. Te agradeço pela receptividade, sorriso de acolhimento sempre que nos encontrávamos e pela aprendizagem ofertada nesses anos de convivência. À senhora toda minha admiração, respeito e gratidão.

Às amigas, Adriana Montenegro e Bernadete Gouveia, pela irmandade, apoio incondicional e amizade construída nessa trajetória difícil que partilhamos. Fomos rocha umas para as outras. Apesar das dores e lágrimas derramadas nós superamos e chegamos ao fim mais fortes e convictas da mais importante lição disso tudo que vivenciamos: a honestidade é sempre o caminho, não importam as consequências. Ao longo desse processo descobri duas grandes e verdadeiras amigas. Vocês são muito importantes para mim.

Aos membros da banca examinadora, Neusa Collet, Franklin Delano, Maria Helena, Elenice Vaz, Jael Rúbia e Meryeli Dantas, pela solicitude, disponibilidade e valiosas contribuições científicas nesse processo de realização profissional e pessoal.

À Meryeli Dantas, por ter me conduzido ao grupo de pesquisa em Saúde da Criança do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB. Muito obrigada pelo conhecimento partilhado e por sua amizade.

Aos professores Antônio Geraldo Cidrão de Carvalho e Dailton Alencar, por todo apoio, acolhimento, atenção, incentivo e palavras de fé. Vocês trouxeram mais luz a minha vida. Minha eterna gratidão.

À Magnífica Reitora Margareth Diniz, pela sua humanidade e confiança na minha capacidade profissional permitindo-me agregar ao corpo docente na Universidade Federal da Paraíba. Certamente o seu “Sim” foi fundamental para a concretização do término deste doutorado e principalmente para tornar-me um ser humano ainda mais pleno, feliz e realizado. A você minha gratidão eterna.

Às minhas queridas ex-orientandas, Hyana Dias, Ana Gabriela e Julyana Karollyny, pela ajuda, companheirismo, união, disponibilidade e colaboração durante a realização desta pesquisa. Meu carinho e gratidão perene.

Às mães e crianças participantes desta pesquisa, por confiarem no meu trabalho, permitindo que esse sonho se efetivasse de forma especial, leve e memorável. A vocês meu carinho e gratidão eterna.

Aos Secretários de Educação do município de Cuité, Micheline Palmeira e Kleyton Samuel pela confiança e autorização para realização da pesquisa.

Às enfermeiras de Cuité, Carol Alves, Genalda Liliane e Sarah Coelho, pela ajuda e colaboração durante a realização desta pesquisa.

Aos grupos de pesquisa GESCAAP e GEPSCA, pelos momentos de aprendizagem e conhecimento compartilhado.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB pelas contribuições científicas para a minha formação como pesquisadora.

Àqueles que contribuíram direta ou indiretamente para construção dessa tese e acima de tudo para essa conquista em minha vida deixo meus sinceros agradecimentos.

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar”

(Paulo Freire)

RESUMO

TORQUATO, Isolda Maria Barros. **Vigilância de crianças com risco para o desenvolvimento neuropsicomotor: um estudo de intervenção com mães.** 2019. 230f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

Introdução: A estimulação infantil é fundamental para a criança nos primeiros anos, devido à plasticidade cerebral e possibilidade de reversão de atrasos. Neste sentido, orientar familiares é uma das recomendações da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. **Objetivo:** Analisar a efetividade de uma intervenção educativa com mães para a estimulação de crianças menores de dois anos em situação de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. **Metodologia:** estudo do tipo antes-depois com abordagem mista, realizado com 52 mães de crianças matriculadas em Centros de Referência em Educação Infantil de Cuité-PB. A intervenção educativa ocorreu em 2018 em três etapas: a primeira correspondeu a elaboração e validação de um instrumento estruturado contendo 22 questões para avaliação do conhecimento materno sobre desenvolvimento e estimulação infantil. Elaborou-se ainda, uma cartilha educativa sobre estimulação infantil para as mães; Na segunda etapa realizou-se a intervenção educativa, aplicando-se o pré-teste; e na terceira etapa, reavaliou-se o conhecimento materno, reaplicando o mesmo instrumento utilizado na segunda etapa, além de entrevista com 12 mães. Para análise quantitativa e qualitativa utilizou-se estatística descritiva e inferencial com testes não paramétricos e análise temática, respectivamente. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE nº 82127817.3.0000.5188. **Resultados:** Houve aumento dos escores do conhecimento materno de $5,77 \pm 1,85$ para $18,60 \pm 1,94$ ($p < 0,001$). Quanto aos aspectos qualitativos, observou-se nas categorias a falta de orientação profissional como fragilidades para a estimulação infantil, antes da intervenção; sobrecarga materna e a ausência paterna na estimulação da criança, como dificultadores para realização da estimulação; o uso de metodologia ativa e materiais educativos foram considerados facilitadores para melhora do conhecimento; mudanças de atitudes e socialização das informações com outras mães; empoderamento materno para identificação de alterações e autonomia para buscar novas formas de promover o desenvolvimento infantil. **Considerações finais:** A intervenção educativa mostrou-se efetiva, pois contribuiu para a melhora do conhecimento materno sobre o desenvolvimento e estimulação infantil de crianças em risco, como também favoreceu mudanças de atitudes no domicílio. Contudo, foram observadas fragilidades no conhecimento quanto ao domínio comunicação infantil, sendo recomendada a continuidade das intervenções educativas com as mães, familiares e cuidadores para melhora do desenvolvimento saudável de crianças.

Descritores: Desenvolvimento Infantil; Creche; Educação em Saúde; Mães; Intervenção Precoce; Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT

TORQUATO, Isolda Maria Barros. **Surveillance of children at risk for neuropsychomotor development: an interventional study with mothers.** 2019. 230f. Thesis (Doctorate in Nursing) - Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2019.

Introduction: Child stimulation is fundamental for the child in the early years, due to brain plasticity and the possibility of reversing delays. In this sense, guiding families is one of the recommendations of Integrated Management of Childhood Illness. **Objective:** To analyze the effectiveness of an educational intervention with mothers for the stimulation of children under two years of age at risk for neuropsychomotor development. **Methodology:** a pre-after study with a mixed approach, conducted with 52 mothers of children enrolled in Reference Centers for Early Childhood Education in Cuité-PB. The educational intervention took place in 2018 in three stages: the first one was the elaboration and validation of a structured instrument containing 22 questions for the evaluation of maternal knowledge on child development and stimulation. An educational primer on infant stimulation for mothers was also elaborated; In the second stage the educational intervention was carried out, applying the pre-test; and in the third stage, the maternal knowledge was reassessed, re-applying the same instrument used in the second stage, in addition to an interview with 12 mothers. For quantitative and qualitative analysis, descriptive and inferential statistics were used with non-parametric tests and thematic analysis, respectively. Approval of the Research Ethics Committee under CAAE n° 82127817.3.0000.5188. **Results:** There was an increase in maternal knowledge scores from 5.77 ± 1.85 to 18.60 ± 1.94 ($p < 0.001$). Regarding the qualitative aspects, the categories lacked professional orientation as fragilities for the infantile stimulation, before the intervention; maternal overload and paternal absence in the stimulation of the child, as obstacles to the stimulation; the use of active methodology and educational materials were considered facilitators to improve knowledge; changes in attitudes and socialization of information with other mothers; maternal empowerment to identify changes and autonomy to seek new ways to promote child development. **Final considerations:** The educational intervention proved to be effective, as it contributed to the improvement of maternal knowledge about the development and stimulation of children at risk, as well as favoring changes in attitudes at home. However, weaknesses were observed in the knowledge of children's communication domain, and it is recommended that educational interventions be continued with mothers, relatives and caregivers to improve the healthy development of children.

Descriptors: Child Development; Nursery; Health education; Mothers; Early intervention; Pediatric Nursin

RESUMEN

TORQUATO, Isolda Maria Barros. **Vigilancia de niños con riesgo para el desarrollo neuropsicomotor: un estudio de intervención con madres.** 2019. 230 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2019.

Introducción: La estimulación infantil es fundamental para el niño en los primeros años, debido a la plasticidad cerebral y la posibilidad de reversión de retrasos. En este sentido, orientar a familiares es una de las recomendaciones de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia. **Objetivo:** Analizar la efectividad de una intervención educativa con madres para la estimulación de niños menores de dos años en situación de riesgo para el desarrollo neuropsicomotor. **Metodología:** estudio del tipo antes-después con abordaje mixto, realizado con 52 madres de niños matriculados en Centros de Referencia en Educación Infantil de Cuité-PB. La intervención educativa ocurrió en 2018 en tres etapas: la primera correspondió la elaboración y validación de un instrumento estructurado que contenía 22 cuestiones para la evaluación del conocimiento materno sobre desarrollo y estimulación infantil. Se elaboró, una cartilla educativa sobre estimulación infantil para las madres; En la segunda etapa se realizó la intervención educativa, aplicándose el pre-test; y en la tercera etapa, se revalorizó el conocimiento materno, reaplicando el mismo instrumento utilizado en la segunda etapa, además de entrevista con 12 madres. Para análisis cuantitativo y cualitativo se utilizó estadística descriptiva e inferencial con pruebas no paramétricas y análisis temáticos, respectivamente. Aprobación del Comité de Ética en Investigación bajo CAAE nº 82127817.3.0000.5188. **Resultados:** Hubo aumento de los scores del conocimiento materno de $5,77 \pm 1,85$ a $18,60 \pm 1,94$ ($p < 0,001$). En cuanto a los aspectos cualitativos, se observó en las categorías la falta de orientación profesional como fragilidades para la estimulación infantil, antes de la intervención; sobrecarga materna y la ausencia paterna en la estimulación del niño, como dificultadores para la realización de la estimulación; el uso de metodología activa y materiales educativos fueron considerados facilitadores para la mejora del conocimiento; cambios de actitudes y socialización de las informaciones con otras madres; empoderamiento materno para identificación de alteraciones y autonomía para buscar nuevas formas de promover el desarrollo infantil. **Consideraciones finales:** La intervención educativa se mostró efectiva, pues contribuyó a la mejora del conocimiento materno sobre el desarrollo y estimulación infantil de niños en riesgo, como también favoreció cambios de actitudes en el domicilio. Sin embargo, se observaron fragilidades en el conocimiento sobre el dominio de la comunicación infantil, siendo recomendada la continuidad de las intervenciones educativas con las madres, familiares y cuidadores para mejorar el desarrollo saludable de los niños.

Descriptor: Desarrollo Infantil; guardería; Educación en Salud; madres; Intervención temprana; Enfermería Pediátrica.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização dos juízes participantes da pesquisa. 2018.....	49
TABELAS DO ARTIGO ORIGINAL 1	
Tabela 1: Características sociodemográficas e biológicas maternas e das crianças usuárias de Centros de Referências em Educação Infantil. Cuité, Paraíba, Brasil, 2018.....	65
Tabela 2: Número de acertos maternos por questões sobre o desenvolvimento e estimulação infantil pré e pós intervenção educativa. Cuité, Paraíba, Brasil, 2018.....	66
Tabela 3: Comparação entre o conhecimento materno sobre o desenvolvimento e estimulação infantil e dificuldade em responder questões pré e pós intervenção educativa. Cuité, Paraíba, Brasil, 2018.....	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Descrição do conteúdo programático e dos recursos utilizados na intervenção educativa com mães de crianças menores de dois anos do município de Cuité – PB.....	54
--	----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO	19
1.1 OBJETIVOS.....	26
1.1.1 Objetivo Geral.....	26
1.1.2 Objetivos Específicos.....	26
CAPÍTULO II: REVISÃO DE LITERATURA.....	27
2.1 Desenvolvimento neuropsicomotor: fatores de risco e suas repercussões na criança.....	28
2.1.1 Classificação dos fatores de risco.....	30
2.2 A vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância.....	33
2.3 Protagonismo materno na estimulação do desenvolvimento infantil.....	37
2.4 A Educação popular em saúde segundo teoria Pedagógica de Paulo Freire.....	40
CAPÍTULO III: METODOLOGIA.....	45
3.1 Tipo de pesquisa.....	46
3.2 Cenário da pesquisa.....	46
3.3 Participantes da pesquisa.....	47
3.4 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados.....	48
3.5 Análise dos dados.....	56
3.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	57
CAPÍTULO IV: RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	58
Artigo Original 1: Efetividade de uma intervenção com mães para a estimulação de crianças menores de dois anos.....	59
Artigo Original 2: Percepção materna acerca da efetividade de uma intervenção educativa para estimulação de crianças de risco desenvolvimental.....	77
Artigo Original 3: Estimulação de crianças com risco para o desenvolvimento: impacto de uma intervenção com mães.....	96
CAPÍTULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
REFERÊNCIAS.....	115
APÊNDICES.....	135
ANEXOS.....	205

Apresentação

Minha aproximação com o objeto de tese emergiu da minha prática laboral. Há exatos quatorze anos, iniciei minha trajetória profissional no âmbito da docência e na assistência a crianças. Perpassei por diferentes caminhos da assistência ao término do Curso de Fisioterapia, no ano de 2003 (Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ), mas o que me fascinava mesmo, sem dúvida, era o ensino e a pesquisa. Atrelado a isso, advinha o desejo de contribuir, de alguma forma, na área que me preenchia a alma e o coração: a neuropediatria. E, assim, não desistindo de meus sonhos, busquei inserir-me nesta área no contexto da prática docente.

Após três anos de formada, já com prática assistencial, especializada em Recursos Cinesioterapêuticos pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e incentivada por ex-professores, tentei um processo seletivo na instituição onde me graduei, sendo aprovada para lecionar na área pretendida: Saúde da criança. Pronto! O sonho se fez arte e, a partir de então, acalorou em mim o desejo de capacitar-me, ampliar conhecimentos e fortalecer minhas competências na área.

Assim, transpus mais um degrau: adentrei na UFPB como professora substituta do Curso de Fisioterapia e no Mestrado acadêmico em Nutrição da UFPB. Neste último, depusitei o desejo de perpetrar ciência no âmbito da saúde da criança. Consegui! Findei meu Mestrado com a temática na área desejada e, a cada ano, sentia-me mais segura da escolha que fiz quanto à área de atuação profissional.

Nesse ínterim, também concluí o Curso de Graduação em Enfermagem, iniciado na UFPB, porém, concluído na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE) onde, posteriormente, também tive a oportunidade de lecionar e aprimorar o exercício da docência.

Contudo, minha vontade em alçar voos mais altos no âmbito da pesquisa se tornou ainda mais forte, foi quando tive a oportunidade de inserir-me no Grupo de Estudo em Saúde da Criança e do Adolescente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB onde venho aprendendo não apenas conhecimentos teóricos, mas, principalmente, a ser criteriosa, persistente, cautelosa, resiliente e resignada, características fundamentais para um pesquisador.

Cada vez mais, via-me na perspectiva em melhorar e desenvolver-me enquanto tal. Foram quase três anos preparando-me para submeter-se ao processo seletivo do doutorado em Enfermagem da UFPB. Durante esse percurso, debruçei-me na produção de trabalhos em eventos científicos, publicação de artigos, projetos de pesquisa e extensão desenvolvidos na área. Enfim, muitos foram os desafios superados e conhecimentos agregados.

Nesse tempo, precisamente em 2010 quando finalizei a graduação em Enfermagem, tentei um concurso público na Universidade Federal de Campina Grande (Campus Cuité) na área de fundamentos da Enfermagem, onde fui aprovada e classificada. Foi uma fusão de

sentimentos: a alegria entremeada com a tristeza por ter de despedir-me da Fisioterapia Neurológica e Pediátrica. Mas como abandonar tudo o que aprendi? Desprender-me de tudo o que vinha construindo ao longo de minha formação acadêmica? Não. Jamais!

Continuei trilhando os caminhos da área da saúde da pediatria no eixo da pesquisa, ou seja, para preencher essa lacuna continuei desenvolvendo e publicando estudos na área da criança e do adolescente pois ela realmente me fascinava.

Foi quando já na UFCG, aventurei-me em elaborar uma proposta de curso técnico para cuidador de crianças no Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec), quando pude me reinventar e reviver o ensino na área da saúde da criança. Foram meses de satisfação e compartilhamentos. Foi mais uma forma de aprendizado em minha trajetória profissional, pois aprendi dialogando e estabelecendo interação entre os sujeitos/cuidadores, numa relação horizontal, em que o conhecimento popular e as suas experiências de vida nos possibilitaram aprimorar os conhecimentos de forma democrática e participativa, pois, conforme Paulo Freire, não há saber mais ou saber menos: há saberes diferentes.

Firme no objetivo em continuar contribuindo de alguma forma na área da criança e do adolescente, não relutei em tentar o doutorado em Enfermagem. Chegou finalmente minha vez. Passei no processo seletivo no ano de 2015, oportunidade em que tive o prazer em conhecer minha orientadora Altamira Reichert. Ao longo desses quatro anos, pude dedicar-me às disciplinas e aprimorar o projeto de Tese em Vigilância do Desenvolvimento Infantil voltado para a orientação de mães quanto à estimulação de crianças com risco para o desenvolvimento neuropsicomotor.

Apesar do desafio em me inserir na pesquisa qualitativa, foi um presente contribuir para o cuidado das crianças, agora na perspectiva materna. Tratou-se de um estudo de intervenção com as mães, sob a vertente da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI).

A AIDPI tem por finalidade não apenas promover a redução da mortalidade entre as crianças, mas permitir, por meio da incorporação da Vigilância do Desenvolvimento Infantil como parte desta estratégia, que àquelas sobreviventes tenham a oportunidade de alcançar seu máximo potencial, crescer e desenvolver-se como adolescentes, jovens e adultos sadios e socialmente produtivos.

Contudo, é importante enfatizar que, para a efetivação da AIDPI, é preciso incluir as famílias nesse processo de atenção à saúde da criança, capacitando-as quanto ao reconhecimento de atrasos e desvios do desenvolvimento, e, sobretudo, no que concerne as estimulações corretas para o seu aprimoramento.

Nesse sentido, por meio da intervenção educativa com mães, buscou-se construir o conhecimento com elas, para que pudessem contribuir ativamente para o desenvolvimento dos seus filhos, objetivo alcançado com louvor e, acima de tudo, concretizado com amor e com inexpressável realização profissional e pessoal.

Assim, nesse relatório final de pesquisa de doutorado prefaciou-se com a **Introdução** do tema em estudo (**Capítulo I**), onde há a contextualização da problemática em âmbito global, como também a justificativa, objetivos geral e específicos, contribuições do estudo e proposta de tese.

No **Capítulo II**, é apresentada a **Revisão de literatura** acerca dos seguintes temas Desenvolvimento neuropsicomotor: fatores de risco e suas repercussões na criança; A vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI; Participação materna na estimulação do desenvolvimento infantil e a educação popular em saúde segundo teoria pedagógica de Paulo Freire.

No **Capítulo III**, são apresentados a **Metodologia** e as estratégias de investigação desenvolvidas na elaboração do projeto e execução da pesquisa, incluindo natureza da investigação, cenário e participantes do estudo, coleta e análise de dados e os aspectos éticos.

O **Capítulo IV** delinea os **Resultados e discussão**, sendo apresentados e discutidos em formato de artigos originais, conforme os eixos temáticos e objetivos propostos na presente Tese.

O **artigo original 1**, intitulado **Efetividade de uma intervenção com mães para a estimulação de crianças menores de dois anos**, objetivou analisar a efetividade de uma intervenção educativa com mães para a estimulação de crianças menores de dois anos em situação de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor.

O **artigo original 2**, intitulado **Percepção materna acerca da efetividade de uma intervenção educativa para estimulação de crianças de risco desenvolvimental**, teve como objetivo evidenciar a percepção materna acerca da efetividade de uma intervenção educativa para estimulação de crianças com risco para o desenvolvimento.

O **artigo original 3**, intitulado **Estimulação de crianças com risco para o desenvolvimento: impacto de uma intervenção com mães**, objetivou analisar o impacto de uma intervenção educativa sobre a estimulação infantil no cotidiano de mães de crianças em risco para o desenvolvimento

O **Capítulo V** expõem-se as **Considerações finais**, apresentando os principais resultados encontrados, as limitações e contribuições do estudo. Ao final agregam-se as **Referências** e os **Apêndices** e **Anexos**

Espero que este estudo possa suplantar não apenas as fronteiras do município estudado, mas também outras regiões, a fim de promover o desenvolvimento de crianças com potencial risco neuropsicomotor.

Foram quatro anos de muita dedicação, abdicção e desafios. Contudo, apesar das inúmeras dificuldades encontradas ao longo desse tortuoso, mas não insuperável percurso, consegui atingir meu objetivo: tornar-me doutora na área que sempre almejei.

Mais um ciclo de minha trajetória profissional se finda, porém, com a mais preciosa das expectativas: dar continuidade de forma qualificada a tríade ensino, pesquisa e extensão em minha labuta diária junto à comunidade acadêmica e sociedade civil, agora como docente efetiva do Curso de Fisioterapia da UFPB, onde hoje o “Velho” se fez “Novo”.

Capítulo I: Introdução

O desenvolvimento infantil, iniciado na vida intrauterina, é definido como um processo complexo e dinâmico, o qual se relaciona com o crescimento físico, maturação neurológica, aquisições progressivas de habilidades motoras e psicocognitivas na criança⁽¹⁻²⁻³⁾.

Apesar de contínuo, qualitativo e sequencial, o desenvolvimento pode apresentar o seu curso cronológico comprometido em diferentes domínios devido à influência de fatores considerados de risco, tornando a criança mais vulnerável ao enfrentamento das tarefas evolutivas do seu ciclo vital⁽⁴⁻⁵⁾.

Os fatores de risco para o desenvolvimento na criança relacionam-se aos de origem genética (risco estabelecido), aos eventos pré, peri e pós-natais (risco biológico) e àqueles associados às condições precárias de saúde e moradia, práticas inadequadas de cuidado e educação, e a um ambiente doméstico desestruturado afetivamente (risco ambiental), os quais são considerados importantes objetos de estudos da vigilância mundial em saúde no âmbito infantil^(6-7-8-9,3).

A exposição cumulativa aos referidos fatores de risco, ainda na infância, poderá refletir negativamente na função cerebral em maturação, elevando as chances para a ocorrência de disfunções de ordens motora, cognitiva, comportamental e/ou de linguagem, as quais interferem notadamente no desenvolvimento global e no processo de aprendizagem da criança⁽¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁾.

Assim, conforme autores^(2:1102), todos os aspectos bioecológicos do desenvolvimento “*processo, contexto e pessoa* podem ser classificados como protetores, quando oferecem influências favoráveis ao desenvolvimento infantil ou de risco para o desenvolvimento quando suas influências são potencialmente prejudiciais”.

Estimativas evidenciam que, no mundo, 200 milhões de crianças com idade inferior aos cinco anos estão em risco de não alcançarem o seu potencial de desenvolvimento⁽¹³⁻¹⁴⁾. Na Inglaterra, Canadá e Grécia, por exemplo, constatou-se que, 4,9%, 8,0% e 19,0% das crianças se encontravam em condições de risco desenvolvimental, respectivamente⁽¹⁵⁾.

No Brasil, assim como em outros países de baixa renda, apesar da redução dos índices de crianças com atrasos do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) cerca 0,4 a 12,7% das crianças apresentam algum tipo de deficiência atrelada à exposição de riscos, incluindo desnutrição, problemas de saúde, e ambientes domésticos desestimulantes, que podem prejudicar o seu desenvolvimento cognitivo, motor, social e emocional⁽¹⁶⁾.

Apesar de lacunas epidemiológicas em pesquisas brasileiras sobre a temática em questão, estudos evidenciam resultados regionais análogos e até mais desanimadores aos mencionados anteriormente, destacando-se que 22,0% e 31,6% das crianças pesquisadas,

respectivamente, foram classificadas com provável ou possível atraso no seu desenvolvimento⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Dessa forma, compreende-se que, frente às consequências físicas, emocionais e sociais ocasionadas a curto e longo prazos, a identificação precoce de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor é basilar para a tomada de decisão quanto ao encaminhamento para o tratamento especializado em tempo oportuno, o que refletirá em maiores chances de reversão de atrasos na criança⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Considera-se, com isso, os três primeiros anos de vida um período fundamental para o provimento de estimulações precoces, a fim de se obter a prevenção de futuras morbidades e aquisição de um melhor prognóstico para atrasos no desenvolvimento infantil^(9,21).

A justificativa para a necessidade de diagnósticos de desvios e intervenções precoces, ainda nos dois primeiros anos de vida, respalda-se na premissa deste período ser considerado “crítico do ponto de vista neural, particularmente suscetível a influências de fatores externos, tornando-as mais vulneráveis a riscos ao DNPM”^(22:340). Ademais, é também nesta fase que a criança possui uma maior capacidade de desenvolver suas potencialidades devido à maior neuroplasticidade cerebral^(4,23-24).

Nesse contexto, destaca-se a importância das ações de vigilância em saúde da criança, abrangendo programas diferenciados, especificamente a Vigilância do Desenvolvimento Infantil, que busca por meio da avaliação profissional, não apenas identificar disfunções no desenvolvimento, mas, também, orientar as famílias quanto à necessidade de estimulação precoce e referenciá-las para tratamento especializado, caso necessário^(1,25).

Destarte, na perspectiva de assegurar a redução da morbimortalidade e prover os cuidados imprescindíveis ao crescimento e desenvolvimento saudável da criança, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) buscaram implantar, na década de 90, o Programa de Vigilância do Desenvolvimento Infantil na Atenção Primária à Saúde no contexto da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)⁽²⁶⁾.

Esta estratégia teve início no Brasil, em 1996, nas regiões Norte e Nordeste, especificamente nos estados Ceará, Pará, Sergipe e Pernambuco, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) o campo propício para a sua implementação⁽²⁷⁻²⁸⁻²⁹⁾. Seu objetivo envolve a redução dos índices de mortalidade em menores de cinco anos pela melhoria dos serviços prestados à criança por meio da capacitação dos profissionais, organização dos serviços e orientações aos familiares⁽³⁰⁾.

Em 2005, tal estratégia foi agrupada às práticas usadas para avaliação do desenvolvimento com a criação do Manual para a Vigilância do Desenvolvimento Infantil⁽³¹⁻³²⁾. Este instrumento viabiliza a realização de triagem infantil por meio da análise dos marcos do desenvolvimento, atividade reflexa e postural, habilidades motoras grossa e fina, linguagem e interação pessoal, a fim de se identificar sinais de desenvolvimento atípico mediante o não cumprimento dos itens observados³¹.

Contudo, apesar de a Vigilância do Desenvolvimento Infantil ser considerada uma prioridade dentre as ações básicas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), pois corresponde ao terceiro eixo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)³³, ainda são observados obstáculos que impedem a sua implementação efetiva na Atenção Primária à Saúde (APS), tornando a rotina, os resultados e os progressos dessa prática frágeis em algumas localidades brasileiras, a exemplo do Nordeste^(29,34-35).

Diante da constatação de que a referida região possui um dos piores indicadores socioeconômicos, de mortalidade e saúde da população infantil brasileira conforme estudos⁽³⁶⁻³⁷⁾, e que a Vigilância do Desenvolvimento possibilita a intensificação dos cuidados nos chamados mil dias críticos da criança¹⁴, não apenas quanto à identificação de alterações precoces, mas também por se constituir uma proposta de seguimento caso tais atrasos sejam identificados, justifica-se a necessidade em se realizar diagnósticos nas diferentes localidades nordestinas, a fim de se obter dados legítimos sobre a caracterização do desenvolvimento infantil para o provimento de intervenções imediatas locais.

A justificativa quanto à escolha desta região para a realização da pesquisa surgiu a partir da vivência cotidiana da pesquisadora como docente da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – Campus Cuité, onde se percebeu, durante as atividades práticas docente, a fragilidade dos atendimentos ofertados mediante a existência de variáveis, a exemplo da ausência de programas de capacitação, alta rotatividade de recursos humanos no serviço e a falta de familiaridade do profissional de enfermagem com os instrumentos para a avaliação do desenvolvimento da criança, as quais afetam a efetividade da Vigilância do Desenvolvimento na Atenção Primária local, inviabilizando o acompanhamento contínuo e sistemático das crianças no que concerne ao crescimento e desenvolvimento.

Ressalta-se, ainda que, os estudos intitulados “Vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil: análise dos fatores de risco” (CAAE: 61529916.1.0000.5182) e “A influência do aleitamento materno no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor infantil” (CAAE: 61526716.9.0000.5182), desenvolvidos pela pesquisadora na região supracitada, evidenciaram fatores de risco e alterações no desenvolvimento de crianças menores

de dois anos, subsidiando e justificando o interesse em desenvolver a pesquisa em questão, a fim de dar continuidade aos resultados obtidos nas pesquisas supracitadas e contribuir junto as mães quanto à estimulação adequada do desenvolvimento infantil em menores de dois anos, conforme propõe a estratégia da AIDPI.

Ademais, profícuas pesquisas sobre o tema abalizam a existência de outras variáveis outras que interferem diretamente na efetividade da Vigilância do Desenvolvimento na Atenção Primária, como evasão à consulta de puericultura, infraestrutura física e recursos materiais inadequados e a grande demanda de atendimentos, inviabilizando um acompanhamento contínuo e sistemático das crianças no que concerne ao crescimento e desenvolvimento^(25-26,35).

Esses e outros aspectos despertam a necessidade de se envidar mais esforços na investigação sobre a execução da AIDPI nas diferentes localidades do país, por meio de estudos que busquem não apenas a identificação precoce de agravos, mas também “a implementação de aspectos assistenciais, socioeconômicos e familiares nas regiões mais pobres, a fim de prevenir o agravamento das situações de vulnerabilidade em um período decisivo do DNPM”^(22:340).

Nesse aspecto, a educação popular em saúde pode ser considerada uma estratégia fundamental para assistência qualificada, além de possibilitar ressignificação de novos saberes, hábitos e práticas em saúde, visto que permite a problematização de uma mesma realidade vivida⁽³⁸⁾.

O estabelecimento de intervenções educativas com familiares mais próximos, designadamente as mães, acerca da evolução do desenvolvimento e a orientação quanto ao uso de estímulos auditivos, visuais e neuropsicomotores diários são estratégias fundamentais para a otimização do potencial de desenvolvimento da criança, principalmente nos primeiros 24 meses⁽³⁹⁻⁴⁰⁾.

Entretanto, é preciso que haja o entendimento, por parte do educando e do educador, de que o objetivo principal de qualquer intervenção sobre estimulação precoce, inclusive na atenção primária, é oferecer um contexto favorável para promover as habilidades e qualidade de vida para a criança, ou seja “não é atingir a normalidade, mas valorizar e potencializar as habilidades que a criança possui ou venha a desenvolver com foco na funcionalidade e qualidade de vida, de acordo com as possibilidades e limitações individuais”^(41:19).

Orientar o cuidador primário, em tese a mãe, sobre aspectos do desenvolvimento, valorizando o seu conhecimento empírico sobre a estimulação infantil facilitará a construção de novas oportunidades de experimentação no âmbito domiciliar⁽⁴²⁾. Além disso, a educação em saúde direcionada às mães com baixo nível socioeconômico cria a oportunidade de

vislumbrar novas possibilidades e até agregar os programas compensatórios comumente oferecidos por clínicas particulares cujo custo é inacessível para muitas famílias de baixa renda que necessitam desses serviços para estimulação dos seus filhos^(41,43).

Portanto, a valorização da participação de ambos os pais, principalmente a da mãe, no processo saúde/doença e cuidado à criança são fundamentais, considerando que os mesmos são facilitadores na prevenção de doenças prevalentes na infância como também sobre o desenvolvimento infantil não apenas no âmbito motor, mas também frente aos domínios cognitivo, sensorial, linguístico, social e emocional⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾.

As mães, indubitavelmente, constituem a principal responsável por prover o cuidado direto ao filho⁽⁴⁶⁾. São elas que, por permanecerem mais tempo junto à criança, estabelecem vínculos afetivos profundos e podem organizar uma variedade de experiências no domicílio, seja por meio de rotinas, brincadeiras e uso de objetos que incitem os sentidos e potencializem o seu desenvolvimento^(9,47). Certamente, a inspiração de ambientes físicos com experiências diferenciadas atreladas às interações afetivas que incentivem os estímulos motores e psicossociais, de forma lúdica, são fundamentais para minimizar o atraso e a defasagem entre as idades motoras e cronológica da criança⁽⁴⁸⁻⁴⁹⁾.

Nesse ínterim, aconselhar, dialogar, trocar informações e orientar às mães quanto ao uso correto das atividades que promovam o desenvolvimento saudável, constitui um aspecto essencial para que elas possam ressignificar e (re)aprender a implementar estímulos adequados e de forma exitosa, considerando as características e necessidades da criança⁽⁵⁰⁻⁵¹⁾. A escolha e a implementação dos estímulos devem ser personalizadas, adequando-as às características da criança considerando que as etapas do desenvolvimento são diferentes e é preciso respeitar o tempo e a individualidade de cada uma delas⁽⁴³⁾.

Diante disso, é fundamental que os profissionais de saúde apoiem os pais para terem segurança frente aos desafios apresentados e que o ato de estimular, por meio de ações lúdicas com a criança, possa ser compreendido por eles como pressuposto à prática de cuidado, inclusive para o desenvolvimento infantil saudável, como também, para o fortalecimento do vínculo criança-família⁽⁵²⁻⁵³⁾.

Para isso, faz-se necessário que o processo de ensino-aprendizagem não seja estabelecido de forma verticalizada ou desqualificando o saber popular, mas, a partir da escuta ativa, da problematização do cotidiano, da experiência do indivíduo e do estabelecimento de uma relação dialógica, atividade pedagógica por excelência, em que o educando/mãe e o educador/profissional devem aprender a fazer juntos, buscando transformar a realidade que os mediatiza, a partir dela⁽⁵⁴⁻⁵⁵⁾.

Nessa perspectiva, contrária à educação bancária centrada na transmissão de informações, de construção do conhecimento através do desvelamento da realidade a fim de suscitar novas ações e posturas frente aos desafios cotidianos, e assim transformá-la, teremos como fundamentos científicos a Educação Popular sob a ótica de Paulo Freire^(56:61), o qual estabelece que “a educação autêntica não se faz de A para B, ou de A sobre B, mas de A com B”. Conforme esse teórico, para recriar o conhecimento é preciso reciprocidade entre ambos os sujeitos, educando/mãe e educador/profissional de saúde, sendo este último mediador deste processo, cujo papel é respeitar o senso comum, a informação prévia trazida pelo aprendiz frente à sua vivência mundana para que possa transpô-lo em conhecimento científico.

Assim, considerando a importância da Educação Popular para as práticas em saúde, sob a forma de intervenção educativa, como instrumento transformador de atitudes humanas, se buscará ampliar e reconfigurar conhecimentos maternos pré-existentes quanto à estimulação do desenvolvimento infantil. Com isso, a presente pesquisa terá como desafio, através do diálogo, pois sem comunicação “não há verdadeira educação”^(56:98), estimular a consciência crítica das mães de crianças em risco desenvolvimental em relação ao contexto que está inserida, tornando-as sujeitos ativo e transformador da sua própria realidade.

Ante ao exposto, esta pesquisa parte da hipótese de que a intervenção educativa é uma estratégia eficaz para melhorar os conhecimentos maternos acerca da promoção do desenvolvimento infantil de crianças menores de dois anos. Para tanto, emergiram as seguintes questões problematizadoras: As mães apresentam conhecimento acerca da estimulação do desenvolvimento infantil? A intervenção educativa pode ser considerada um instrumento importante para à promoção do conhecimento materno frente à estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor da criança?

Considerando as práticas educativas como ações fundamentais no processo de trabalho em saúde, buscou-se, com este estudo, contribuir para a aquisição de respostas a partir das problemáticas apresentadas, a fim de consolidar novos conhecimentos a respeito do desenvolvimento infantil e facilitar a aprendizagem materna quanto à estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças com risco potencial pautada em relações dialógicas e do saber popular pré-existente. Atrelado a isso, almejou-se também subsidiar futuras pesquisas, na região nordeste, que abordem a Vigilância do Desenvolvimento Infantil como foco centralizador.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral:

-Analisar a efetividade de uma intervenção educativa com mães para a estimulação de crianças menores de dois anos em situação de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor.

1.2.2 Objetivos Específicos:

-Elaborar uma cartilha educativa sobre a estimulação infantil para as mães de crianças menores de dois anos com risco para o desenvolvimento neuropsicomotor;

-Realizar intervenção educativa com mães de crianças menores de dois anos sobre a promoção do desenvolvimento neuropsicomotor;

-Comparar o conhecimento materno, anterior e posteriormente à intervenção educativa sobre a estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor das crianças;

-Evidenciar a percepção materna acerca da efetividade de uma intervenção educativa para estimulação de crianças com risco para o desenvolvimento neuropsicomotor;

-Analisar o impacto de uma intervenção educativa sobre a estimulação infantil no cotidiano de mães de crianças em risco para o desenvolvimento neuropsicomotor.

Capítulo II: Revisão de literatura

2.1 Desenvolvimento neuropsicomotor: fatores de risco e suas repercussões na criança

O desenvolvimento neuropsicomotor é um processo complexo, dinâmico e contínuo relacionado a alterações somáticas, cognitivas e comportamentais inerentes a maturação e aquisições progressivas do Sistema Nervoso Central (SNC)^(4,57).

É considerado um produto das interações entre potenciais biológicos e por circunstâncias ambientais, ou seja, pela influência mútua entre a criança com o contexto e as relações nele existentes^(2,6). Autores⁵ corroboram ao enfatizar que o desenvolvimento infantil é um construto multifatorial e a combinação entre os fatores biológicos e ambientais é o que determina o desenvolvimento saudável.

Os primeiros anos de vida de uma criança constituem a fase em que se conferem as mais importantes alterações e aquisições evolutivas relacionadas às áreas motora, cognitiva, social e da linguagem devido à maior plasticidade do sistema nervoso e suscetibilidade à exposição de possíveis agravos^(4,24). Neste sentido, acompanhar o desenvolvimento da criança a fim de identificar alterações e referenciá-la para atendimento especializado imediato, principalmente, durante os primeiros anos de vida, são atribuições fundamentais da Vigilância à Saúde Infantil⁽¹⁴⁾.

Estima-se que milhares crianças menores de cinco anos em todo o mundo, estão sob risco de não atingir o desenvolvimento satisfatório⁽¹³⁾. Dentre as alterações mais perceptíveis no desenvolvimento infantil, o atraso motor, tem especial importância por ser mais facilmente identificável, inclusive em idades precoces, por expressar o padrão evolutivo da espécie conforme progressão da idade cronológica da criança⁽⁵⁸⁾.

É necessário ressaltar que o controle motor só se torna efetivo a partir da interligação entre área motora primária e estruturas mais planejadas, a exemplo das áreas pré-motora, somestésica, motora suplementar, córtex pré-frontal e área motora cingulada. Fatores diversos, sejam eles intrínsecos ou extrínsecos, os quais possam ocasionar agravos nestas conexões resultarão em atrasos dos padrões motores em que a criança supostamente não alcançará habilidades sequenciais, conforme estágios neuroevolutivos pré-determinados^(57,59).

Além dos desvios dos marcos motores, é possível identificar, ainda, como alterações no âmbito motor, as assimetrias posturais, os déficits de equilíbrio, na locomoção, no esquema corporal, na atividade reflexa, e na motricidade grossa e fina⁽⁶⁰⁾.

Apesar da existência de uma variabilidade individualizada dos marcos do desenvolvimento normal, a área motora constitui-se como sequencial e pré-programada, permitindo que haja um padrão evolutivo esperado entre as crianças de uma maneira geral⁽⁶¹⁻

62). A cronologia das aquisições e habilidades motoras se explicam a partir do processo de maturação progressiva do SNC, cuja organização segue um sentido céfalo-caudal e proximal-distal^(58,63).

Outras áreas que podem manifestar importantes alterações no contexto do desenvolvimento, a partir de influência de fatores de risco, envolvem as da linguagem e audição. Apesar da existência de pequenas variações individuais, também se espera um padrão previsível nas fases de aquisição da dicção perpassando pelas fases de vocalização pré linguísticas, transição e verbalização no primeiro, segundo e terceiro anos de vida, respectivamente. Neste sentido, os desvios da linguagem podem ser variados e envolver situações diversas sendo as mais comuns as afasias de expressão ou compreensão e a gagueira fisiológica. Esta última, manifestada por discurso fracionado e descontínuo⁽⁶⁴⁾.

Comumente, crianças com desvios dessa área não conseguem, muitas vezes, exteriorizar expressões diferenciadas em diálogos com linguagem, ou seja, frases com sentidos completos, indicando desenvolvimento psicomotor não satisfatório para a idade cronológica⁽⁶⁵⁻⁶⁶⁾.

Atrasos na linguagem podem estar relacionadas com a violência⁽⁶⁵⁾ ou insuficiência de estimulação provenientes dos microsistemas onde vive a criança, a exemplo dos contextos domiciliar e escolar, demonstrando a importância da interação do infante com outras pessoas, para que haja a troca de diálogos e, conseqüentemente, o pleno desenvolvimento da área linguística⁽⁶⁷⁻⁶⁸⁾.

No âmbito comportamental e da interação social é sabido que o padrão de comportamento social tem influência a partir de fatores biológico, porém, é sobretudo dependente do meio em que a criança se encontra inserida⁽⁶⁹⁾. Portanto, compreende-se que fatores ambientais em meios sociais desfavorecidos economicamente, qualidade educacional e ambiente familiar desestruturado afetivamente, com presença de conflitos familiares constantes, na primeira infância, podem influenciar negativamente o desenvolvimento desta área⁽⁷⁰⁾.

Em suma, o desenvolvimento neuropsicomotor provém da inter-relação entre fatores biológicos inerentes à criança e extrínsecos, sendo este último decorrente da aprendizagem originada nos aspectos histórico-culturais e nos ambientes educativos⁽⁷¹⁾. Nesse sentido, identificar não apenas os sinais de desvios nas diferentes áreas supracitadas, a partir do conhecimento dos elementos esperados quanto à motricidade, linguagem e comportamentos conforme sua maturação neurológica e ordem cronológica relacionadas a uma idade limítrofe, mas também os fatores precipitantes para o atraso no desenvolvimento infantil, constituem

ações protetivas que devem ser prioritariamente valorizadas, pois permitem que a criança possa se desenvolver efetivamente mediante intervenção adequada^(22,72).

Considerando o impacto que os referidos fatores podem ocasionar no crescimento e desenvolvimento infantil, todos eles têm sido objeto de inúmeros estudos nas últimas décadas, razão para a necessidade de realizarmos, a seguir, uma célere explanação para fins de maior apropriação científica sobre o tema em discussão.

2.1.1 Classificação dos fatores de risco

O crescimento e o desenvolvimento infantil são fenômenos passíveis de sofrer influências de variáveis diversas, as quais elevam as chances para a ocorrência de efeitos indesejáveis à evolução esperada aos referidos processos⁽⁷³⁾. Ao considerar os impactos que os fatores de risco, biológicos ou ambientais, possam ocasionar à criança, é necessário que haja o interesse na identificação de cada um deles, a fim de planejar estratégias que possam minimizar os efeitos negativos frente ao seu crescimento e desenvolvimento físico e emocional do infante^(1,74).

A definição de fator de risco é dada ao elemento que, quando presente, eleva a vulnerabilidade, majorando a probabilidade de o indivíduo ou grupo em manifestar doenças ou agravos à saúde⁽⁷⁵⁻⁷⁶⁾. Portanto, “consiste na presença de uma característica, experiência ou evento que aumenta a probabilidade da ocorrência de um dado desfecho quando comparado a mesma população não exposta”^(77:643).

No âmbito do desenvolvimento, no entanto, observa-se que o conjunto de adversidades que afetam os padrões de normalidade desse processo são cumulativas, simultâneas e de origem multifatorial, comumente representando interação entre herança genética e os fatores ambientais como mencionado, ou seja, a bioecologia do desenvolvimento depende do processo de acomodação entre as características da criança e os contextos imediatos em que vive⁽⁷⁸⁾.

A exposição às condições negativas pode ocasionar graus variados de déficit ou atrasos nos processos de crescimento, definido como aumento do tamanho corporal, remodelação morfológica e maturação funcional, e do desenvolvimento neuropsicomotor, principalmente nos domínios de ordem motora, psíquica, de linguagem ou aprendizagem⁽⁵⁷⁾.

A gravidade do comprometimento é resultado da interação dos fatores desfavoráveis assim como do tempo de exposição e do efeito cumulativo dos mesmos na vida da criança⁽⁷⁹⁻⁸⁰⁾.

A literatura é enfática quanto aos riscos à exposição a eventos nos períodos *pré*, *peri* e *pós-natal* como potencialmente nocivos para o desenvolvimento infantil^(49,73,81). Dentre os *fatores de riscos biológicos* de caráter *pré-natais* que podem ocasionar importantes efeitos prejudiciais ao neonato, destacam-se, principalmente, a idade materna^(6,82), o consumo de álcool⁽⁸³⁻⁸⁴⁾, drogas⁽⁸⁵⁻⁸⁶⁾ e medicamentos⁽⁸⁷⁾ durante o período gestacional e algumas doenças crônicas maternas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)⁽⁸⁸⁾, *Diabetes Mellitus*^(22,89) e Ansiedade e Depressão^(24,90-91).

Outros fatores biológicos originários dos períodos *peri* e *pós-natais*, muitas vezes incontroláveis, que também influenciam negativamente o desenvolvimento infantil envolvem o *baixo peso ao nascer*, quando recém-nascidos apresentam peso ao nascimento inferior a 2.500 gramas⁽⁹²⁻⁹³⁾ e a *prematuridade*, definida como todo nascimento ocorrido em crianças com idade gestacional abaixo de 37 semanas, os quais são considerados como um dos principais fatores de risco biológico responsáveis pela ocorrência de infortúnios e elevados índices de morbimortalidade infantil^(6, 21,94).

A Organização Mundial da Saúde, estima que mais de 20 milhões de crianças nasçam abaixo do peso anualmente, correspondendo a uma estimativa global de 15,5% dos nascimentos e cujo percentual é ainda mais elevado nos países em desenvolvimento. No Brasil, por exemplo, a prevalência de recém-nascidos com baixo peso ao nascer é de 10,0%⁽⁹⁵⁾. Na Paraíba, foram registrados em 2015, conforme o banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), 4.203 casos de recém-nascidos com peso aquém ao desejado, ou seja, inferior a 2.500 gramas⁽⁴²⁾.

Os avanços tecnológicos assistenciais no âmbito da saúde ocorridos nas últimas décadas propiciaram um aumento significativo da expectativa de vida desses recém-nascidos. Contudo, atrelada à melhora da qualidade dos cuidados perinatais e ao aumento do número de sobreviventes, constata-se também o crescimento para o risco de disfunções neuroevolutivas⁽⁹⁶⁾. As áreas mais afetadas neste público envolvem a cognição, a linguagem, a motricidade e o comportamento, conforme elucidado estudo que reforça as evidências de que crianças nascidas com os menores escores, estão mais propensas a apresentar as referidas disfunções desenvolvimentais^(77,97).

A longo prazo, é possível verificar restrições vocacionais e nas habilidades pré-verbais ocorridas em idades pré-escolar e escolar e que podem perdurar até a adolescência gerando impacto negativo na aprendizagem como um todo⁽⁹⁸⁾.

Outros dois riscos biológicos, de ordem pós-natais, que predisõem para a ocorrência de importantes disfunções no desenvolvimento infantil envolvem a *seps*⁽⁹⁹⁻¹⁰⁰⁾ e a *hipóxia neonatal*, principalmente entre os prematuros com peso ao nascer inferior a 1500gramas⁽⁷⁹⁾.

Os *fatores de risco ambientais*, os quais estão relacionados com a influência do ambiente onde a criança vive representados por condições materiais, sociais e afetivas têm sido considerados importantes objetos de estudo entre a classe científica devido ao impacto e repercussões que o contexto pode ocasionar no desenvolvimento global da criança, seja positiva ou negativamente^(24,101).

O ambiente doméstico é determinado como o fator extrínseco que mais exerce influência sobre o desenvolvimento infantil, ou seja, a variabilidade de estimulação, a disponibilidade de objetos lúdicos e as características familiares positivas como presença de afetividade, interação e coesão entre os seus membros, são considerados importantes aspectos protetivos para o desenvolvimento da criança^(73,102).

Contrariamente, as variáveis ambientais supracitadas, a *violência doméstica* ou *intrafamiliar*, seja sob a forma de *negligência*, *violência física*, *psicológica* e/ou *sexual*, têm se constituído como um dos mais importantes fatores de risco ambientais para o desenvolvimento infantil, tornando este tema pauta da agenda de saúde global devido ao impacto negativo que a mesma pode ocasionar não apenas na infância, mas também na vida adulta⁽¹⁰³⁾.

A violência é considerada um estressor potencial para o comprometimento do desenvolvimento físico, psíquico e social da criança, sendo a maioria dos maus-tratos proferidos de forma combinada, ou seja, dificilmente a violência engloba apenas um tipo agressão⁽¹⁰⁴⁻¹⁰⁵⁻¹⁰⁶⁻¹⁰⁷⁾.

Os efeitos deletérios da violência doméstica no desenvolvimento infantil em domínios variados como linguagem, cognição, desempenho acadêmico e motor são expressivos⁽¹⁰⁸⁾. Sobre este último domínio, é possível observar quadros importantes de atrasos na atividade reflexa e nos padrões motores do desenvolvimento⁽¹⁰⁹⁾.

Por tanto, investir na qualificação profissional, em especial os da saúde e da educação, por constituírem personagens fundamentais na luta contra a violência infantil, incluindo o itinerário dos casos notificados, são estratégias que podem levar ao aprimoramento de recursos humanos, ampliar os níveis de registros e reduzir reflexamente o risco de atrasos do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças expostas a este risco⁽¹¹⁰⁻¹¹¹⁾.

Ressalta-se, contudo, que além da violência doméstica outras variáveis ambientais como *nível socioeconômico baixo*⁽¹¹²⁾, *afetividade parental ineficiente*⁽¹¹³⁻¹¹⁴⁾, *práticas inadequadas de cuidado como a desnutrição infantil*⁽¹¹⁵⁻¹¹⁶⁾, *baixa escolaridade materna*, e *relação*

monoparental (ZAGO et al., 2017)⁸, *condições precárias de educação, ausência de contextos que estimulem os sentidos da criança*^(5,117), assim como a *falta de recursos sociais*, como lazer e amizades, podem ser consideradas cadeias de risco para o desenvolvimento infantil⁽¹¹⁸⁾. Neste sentido, justifica-se, a partir dos serviços de atenção primária à saúde, a necessidade do acompanhamento das crianças quanto às condições de risco para atraso no desenvolvimento relativas às condições de vida das famílias e demais variáveis ambientais consideradas prejudiciais à saúde do infante^(22,91,119).

Finalmente, os *fatores genéticos* ou *estabelecidos* envolvem outra classe de fatores de risco que podem afetar o desenvolvimento pré-natal, os quais podem assumir duas configurações, ou seja, por *distúrbios genéticos* ou *cromossômicos*. Este último, relacionado à não disjunção meiótica resultando no defeito genético mais frequente, a síndrome de Down. Já o primeiro, remete-se à presença de anomalias em um ou mais genes ou nos cromossomos, ou seja, ocorrem alterações estruturais e numéricas no conjunto de um cromossomo, ocasionando o surgimento de síndromes que refletem importantes atrasos desenvolvimentais da criança em seus diferentes domínios⁽¹²⁰⁾.

Compreende-se que, ambos, o crescimento e o desenvolvimento, são considerados os melhores indicadores de saúde da criança, justamente pela estreita dependência de fatores de risco supracitados, que refletem as condições pregressas e atuais de sua saúde⁽¹²¹⁾. Neste sentido, destaca-se a vigilância do desenvolvimento, por atuar de forma precoce na identificação de situações de risco e nas intercorrências consequentes destas, aspectos fundamentais para assegurar a prevenção de agravos e a promoção ao desenvolvimento e a saúde global da criança⁽⁹³⁾.

2.2 A vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

A vigilância em saúde, implementada com o Sistema Único de Saúde (SUS), objetiva a observação e análise contínua da situação de saúde populacional, principalmente dos grupos com maior vulnerabilidade. Dentre estes, o de crianças menores de cinco anos, a fim de, assegurar não apenas o controle e prevenção de doenças e agravos, mas a promoção à saúde, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida destas⁽³⁰⁾.

A integralidade do cuidado infantil, prioridade na agenda da saúde pública brasileira, tem como propósito a redução dos índices de morbimortalidade através de medidas promocionais, preventivas e terapêuticas⁽⁴⁵⁾.

Entre os diferentes programas que envolvem o modelo de vigilância à saúde da criança, está a vigilância do desenvolvimento infantil, considerada um dos eixos norteadores da Atenção Primária à Saúde e cujo propósito é a identificação de desvios e a implementação de ações promocionais do desenvolvimento infantil⁽²⁵⁾.

Apesar do reconhecimento da importância desse processo para promoção da saúde integral da população infantil, especialmente, entre as idades de 0 a 5 anos, foi apenas a partir da década de 1990 que a cúpula mundial em favor da infância composta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), OPAS e UNICEF desenvolveram a Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância⁽¹⁾. Seu objetivo principal consiste na redução dos índices de mortalidade infantil através da assistência criteriosa de crianças por profissionais de saúde, melhor organização dos serviços e orientação familiar⁽³⁰⁾.

Apesar de inicialmente ter como objetivo maior a redução da morbimortalidade de crianças por doenças prevalentes como diarreia, desnutrição, pneumonia, malária e sarampo, em 2005, devido a transição epidemiológica da saúde da criança e a mudança da visão do modelo de saúde, o conteúdo da AIDPI foi reformulado priorizando a prática da vigilância do desenvolvimento infantil, assim como a identificação dos fatores de risco, a fim assegurar proteção à criança quanto ao seu crescimento e desenvolvimento e à saúde de uma forma integral⁽³¹⁾.

Nesse sentido, a AIDPI estabelece, através do Manual de Vigilância do Desenvolvimento Infantil, a necessidade de avaliação e classificação do desenvolvimento da criança a partir a aplicação de uma série de testes envolvendo marcos motores, atividades reflexas, capacidade de interação pessoal, linguagem e habilidades esperadas conforme a idade cronológica da criança⁽³¹⁾. Considerando, porém, que o desenvolvimento é um processo complexo e dinâmico inviabilizando, muitas vezes, a identificação de alterações em avaliações únicas, é preciso que haja uma análise contínua e sistemática da evolução da criança para que sejam registrados possíveis desvios e, por conseguinte, elaboração de um plano de intervenções imediatas⁽¹⁾.

O manual da vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI apresenta-se em uma série de quadros de procedimentos, estando organizados por faixas etárias de uma semana a dois meses de idade e àquelas com idade entre dois a vinte e quatro meses, visando ofertar informação quanto à entrevista materna ou responsável pela criança, reconhecimento dos sinais clínicos, avaliação e classificação sistemática da criança e provimento de tratamento e orientações adequadas⁽³⁰⁻³¹⁾.

No Brasil, recomenda-se que as avaliações ocorram nas consultas de puericultura e em intervalos regulares de tempo, ou seja, aos quinze e trinta dias de vida, dois, quatro, seis, nove, doze, dezoito e vinte e quatro meses, a fim de possibilitar um acompanhamento sistemático e satisfatório da criança⁽¹²²⁾.

Faz-se necessário ressaltar que, além das avaliações dos marcos do desenvolvimento, o conteúdo da AIDPI fornece informações importantes referentes à identificação de fatores de risco, verificação do perímetro cefálico, presença de alterações fenotípicas, percepção dos pais quanto ao desenvolvimento do filho e à busca de elementos que possam influenciá-lo direta ou indiretamente^(31,123).

A AIDPI é uma proposta de seguimento que, a partir da identificação o mais precoce possível das alterações e classificação do risco para o desenvolvimento, ocorre, o encaminhamento da criança para os serviços especializados, para que haja um acompanhamento mais criterioso, geralmente, por equipe multiprofissional^(31,124).

A justificativa para que a identificação dos casos de desvio desenvolvimental ocorra o mais precocemente possível se deve ao fato de que os dois primeiros anos de vida da criança constituem-se em um período de intensa atividade e plasticidade cerebral, oportunizando um melhor prognóstico a partir de uma estimulação neuropsicomotora, bem empregada^(31,63,91). A avaliação e classificação apropriadas do quadro clínico constituem um dos aspectos primordiais da AIDPI, pois permitem um seguimento correto da criança para serviços imprescindíveis, resultando em maior resolubilidade para os casos atípicos^(29,125).

Apesar de o foco da vigilância do desenvolvimento estar na avaliação da criança, as ações da AIDPI não se limitam unicamente a este aspecto, mas também na atenção à família, principalmente, às mães, atuando como uma estratégia norteadora quanto à oferta de orientações adequadas para a promoção do desenvolvimento infantil saudável⁽³⁰⁾.

A atenção que deve ser estendida aos pais, especialmente, a figura materna, justifica-se devido a mesma ser considerada a principal provedora do cuidado à criança, por estar mais próxima a esta e por estabelecer vínculo afetivo mais intenso⁽¹²⁶⁻¹²⁷⁾.

Ouvir a família e inseri-la no processo de vigilância do desenvolvimento infantil constituem ações fundamentais para que hajam resultados positivos. Neste sentido, o profissional de saúde apresenta um papel singular frente a corresponsabilização de famílias no cuidado qualificado à criança^(80,126,128). Cabe ao profissional fornecer informações sobre os cuidados e condições de saúde do infante à família, para que esta se sinta valorizada e motivada para dar continuidade, no domicílio, às orientações recebidas durante as consultas de puericultura⁽¹²⁹⁻¹³⁰⁾.

As orientações devem contemplar aspectos indispensáveis, a exemplo dos fatores de risco que influenciam o desenvolvimento, sobre aquisições motoras, cognitivas e sensoriais compatíveis com cada faixa etária da criança, estimulações adequadas que potencializarão o desenvolvimento⁽⁸⁰⁾.

Apesar da importância da vigilância do desenvolvimento para a criança pelas razões já discutidas anteriormente, ainda se percebem fragilidades quanto à implementação de suas ações por parte dos profissionais de saúde da APS, inclusive os da enfermagem^(14,26).

Algumas dificuldades continuam sendo enfrentadas pelos enfermeiros para a implementação da vigilância do desenvolvimento infantil. Dentre elas se destacam a falta de domínio dos instrumentos utilizados pelos profissionais para avaliação da criança, tempo escasso devido à demanda de atendimentos a serem realizados, precária infraestrutura da unidade de saúde e o excesso de atividades a que o profissional está submetido^(26,37,47).

Autores^(125,131), complementam, respectivamente, que a não disponibilização de um roteiro específico para ser utilizado na consulta e a falta de suporte de outros profissionais nos locais de trabalho acabam, por limitar sua aplicabilidade e fragilizar a AIDPI. Contudo, a deficiência de conhecimento dos profissionais sobre a vigilância do desenvolvimento, talvez seja um dos maiores entraves para a sua efetivação.

Estudo evidencia que muitos profissionais da atenção primária não conhecem os objetivos da AIDPI, as doenças prevalentes na infância e os parâmetros de crescimento e desenvolvimento, ou seja, aspectos básicos dessa estratégia^(27,37).

Em contrapartida, pesquisas têm corroborado que a capacitação profissional pode ser um instrumento fundamental para a efetivação da vigilância do desenvolvimento infantil^(17,25). Neste sentido, o investimento em qualificação de profissionais de saúde deve ser considerado uma prioridade entre os países do mundo, especialmente naqueles onde as taxas de morbimortalidade são significativamente elevadas⁽²⁷⁾.

A realização de intervenção educativa ofertada aos profissionais envolvidos no cuidado à criança, aprimora não apenas o conhecimento técnico e propicia motivação ao profissional, permitindo-os consolidar o vínculo entre a equipe e a família frente ao que estabelece a vigilância do desenvolvimento. Além disso, alerta o profissional para a importância da escuta atenta e para a opinião das mães, consideradas peças fundamentais no programa de prevenção e estimulação de distúrbios do desenvolvimento⁽³⁴⁾.

Portanto, a vigilância do desenvolvimento infantil, pautada na AIDPI, traz importante contribuição política à saúde, visto que reforça o conceito de integralidade da assistência, aumenta a resolutividade no primeiro nível de atenção e busca alcançar a equidade, além de

que possibilita a participação popular através do estabelecimento de corresponsabilidades entre a equipe de saúde e os familiares, a fim de melhorar indicadores de saúde e inovar as práticas de cuidado ao infante⁽³¹⁾.

2.3 Protagonismo materno na estimulação do desenvolvimento infantil

A estimulação infantil precoce é considerada um importante fator protetivo para um desenvolvimento saudável⁽¹³²⁾. Trata-se de um programa de acompanhamento realizado com crianças menores de 3 anos que, através de técnicas terapêuticas, objetiva estimular diferentes domínios, motor, sensorial, linguístico, cognitivo e social, dependentes ou não da maturação do Sistema Nervoso Central, a fim de prevenir ou minimizar alterações no desenvolvimento infantil⁽⁴³⁾.

A oferta de estímulos nos primeiros anos de vida, especialmente nos trinta e seis primeiros meses, é considerada um diferencial para otimizar o desenvolvimento contínuo e sequencial do infante, devido à intensa plasticidade ocorrida no SNC nesta fase⁽²³⁻²⁴⁾. São os estímulos ambientais fornecidos à criança, por profissionais da saúde e/ou familiares, que propiciarão a formação de sinapses neuronais e importante excitação morfo-químico-funcional do sistema nervoso, aspectos essenciais para a evolução do desenvolvimento psicomotor^(79,133).

A possibilidade de modificações na estrutura cerebral é possível devido à neuroplasticidade, ou seja, da capacidade plástica do cérebro em se adaptar e reorganizar as redes neuronais por meio de novas sinapses, principalmente na criança, que apresenta uma maior capacidade de adaptação. Contudo, a modificação da estrutura funcional do cérebro só é possível através da prática cotidiana de estímulos apropriados no ambiente em que está inserida⁽¹³⁴⁾.

O contexto é considerado como favorável quando há oferta de oportunidades para a criança interagir com objetos e pessoas com quem convive, a fim de estimular sua capacidade de aprendizagem, seja no âmbito cognitivo, afetivo, sensorial e motor⁽⁴⁾.

Um ambiente rico em afeto e amor, dispondo ainda de espaços adequados, providos de texturas diferenciadas, escadas, rampas, desníveis e contendo objetos que possam incentivar a interação e exploração dos mesmos, constitui um meio facilitador para o desenvolvimento emocional, sensorial e motor da criança^(9,21,135-136).

Atrelado aos estímulos físicos, destaca-se a importância da presença familiar como facilitadora desse processo, visto que este microsistema exerce influência primária frente às

potencialidades que a criança possa vir a aprimorar nos seus diferentes domínios do desenvolvimento, a exemplo da linguagem⁽¹³⁷⁾.

Nesse sentido, é muito importante que orientações sejam realizadas aos familiares, especialmente aos pais, considerados cuidadores principais da criança, para que possam promover atividades corretas de estimulação precoce⁽⁴³⁾.

Programas de estimulação infantil, orientados por profissionais capacitados podem facilitar os pais e beneficiar as crianças através de mudanças em categorias classificatórias do desenvolvimento, conforme evidenciou estudo realizado com bebês de escolas de educação infantil de Porto Alegre, onde constatou-se que após a implementação de tarefas de estimulação com enfoque nos padrões globais e a manipulação de objetos variados, houve melhora dos escores em relação ao controle postural das crianças⁽¹³⁸⁾.

Nessa linha de raciocínio, surge a importância do acompanhamento e participação das equipes da atenção primária frente à elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS) voltado para uma abordagem familiar e demais pessoas envolvidas no cuidado à criança, a exemplo de professores e cuidadores de creches, para que possam ser esclarecidos e orientados quanto às atividades que favoreçam a estimulação da criança em seus diferentes aspectos⁽⁴³⁾.

É muito importante que o profissional de saúde possa tornar-se um facilitador, abrindo espaços para que os progenitores sejam copartícipes e protagonistas desse processo, com capacidades de se reconhecerem como peças fundamentais na edificação da relação entre eles e a criança^(49,139).

O protagonismo dos pais, principalmente da mãe, no processo de desenvolvimento dos filhos é muito importante para que possam vivenciar experiências de aprendizagem quanto à estimulação precoce, a fim de que se amplie habilidades, tornando-os facilitadores no desenvolvimento da criança⁽⁴¹⁾.

A figura materna é basilar no processo de estimulação precoce, que, através de possibilidades lúdicas criadas por ela no domicílio, seja por meio do uso de brinquedos ou brincadeiras, é possível instigar a criança a realizar movimentos corporais movidos pelos sentimentos de curiosidade e a capacidade de exploração de objetos⁽¹⁴⁰⁾.

O brincar é, sem dúvidas, considerado um importante recurso terapêutico na estimulação precoce, pois além de possibilitar o aprimoramento da motricidade, coordenação motora, linguagem, sensopercepção e orientação espacial, também proporciona o incremento de capacidades de adaptação, aprendizagem, elaboração de conceitos e interação, ou seja, permite a criança desenvolver domínios físico, cognitivo, social e afetivo, indispensáveis para o desenvolvimento infantil saudável⁽¹⁴¹⁾.

Apesar da importância da participação parental, na estimulação precoce, especialmente a da mãe, se percebe discreto envolvimento dos genitores neste processo, devido ao desconhecimento do fazer prático, depositando esperanças e buscando ajuda de figuras outras como o profissional especializado⁽¹⁴²⁾.

Nesse contexto, é preciso auxiliá-los no processo de adaptação e desenvolvimento face a alteração que o filho possa ter e fazê-los compreender a importância da sua participação no processo de estimulação, ou seja, atrelar aos programas de intervenção terapêuticos o envolvimento parental, extrapolando os limites restritos da intervenção para além dos muros dos serviços de reabilitação⁽¹⁴³⁾.

É mister estabelecer ações que possam centrar-se na participação familiar, principalmente a materna, considerando que esse formato já possui resultados evidentes quando comparados àqueles pautados em perspectivas tradicionais, centrados apenas na problemática da criança e que desvalorizam a participação dos pais neste processo⁽¹⁴⁴⁾. Infelizmente, no Brasil, ainda se percebe um modelo hegemônico pautado na função deficitária da criança, sem vê-la em sua totalidade e como extensão de sua família⁽¹⁴⁶⁾.

A efetividade de programas de intervenções que envolvam a família e não apenas a criança, respalda-se na premissa de que o envolvimento familiar proporciona evolução clínica da criança, por prover (re)adaptações familiares positivas, tanto nas relações afetivas quanto nos papéis parentais⁽¹⁴⁷⁾.

Estudos baseados em evidências enaltecem o envolvimento parental, especialmente a materna, e reforçam ser este crucial para a obtenção de resultados positivos no desenvolvimento dos filhos frente à estimulação precoce. Contudo, é preciso planejar as intervenções, prover orientações, considerar os valores e aspectos culturais das famílias e, acima de tudo, oferecer oportunidades do fazer prático junto com os filhos⁽⁴³⁾.

Certamente, a figura materna possui um papel central nesse processo, por ser considerada, culturalmente em muitas sociedades, a principal responsável pelo cuidado do lar e dos filhos, devido à maior proximidade do cotidiano destes⁽¹⁴⁷⁾. Apesar de, muitas vezes, se reconhecerem inseguras para cumprir as orientações recebidas para prover a estimulação, a maioria, percebe a necessidade de fazê-la e demonstram o interesse em superar as dificuldades em nome do desenvolvimento saudável do filho. Por isso, a importância do acolhimento, motivação e orientação à mãe quanto à estimulação do desenvolvimento da criança⁽¹⁴⁸⁾.

Além disso, os momentos de estimulação infantil e o exercício da função materna junto ao filho resgata aspectos relacionais e vinculares essenciais para o desenvolvimento da criança,

muitas vezes, rompidos a partir de diagnósticos descobertos ou das demais ocupações laborativas, seja no lar ou fora dele⁽¹⁴⁶⁾.

Em países desenvolvidos, os programas de estimulação precoce nomeados de atenção precoce têm demonstrado cada vez mais a importância dos momentos cotidianos vivenciados junto a pais e educadores, para otimização da estimulação do desenvolvimento infantil em crianças com desvios comprovados ou em risco para tal. Por isso, é preciso valorizar as pessoas e os contextos onde a criança está inserida, pois ambientes como creches e o domicílio são considerados verdadeiros arcabouços para a promoção do desenvolvimento global da criança⁽¹⁴⁹⁾.

É necessário que, no processo de orientação para a promoção à saúde e bem-estar da criança, o profissional de saúde considere a família, especialmente a mãe, como sujeito da atenção, para que, através de estratégias disponíveis, a exemplo da educação popular em saúde, viabilize a efetivação do cuidado integral à criança⁽⁴³⁾.

Indiscutivelmente, para que se consiga obter a transformação de comportamentos e a conscientização materna e de outros membros familiares quanto à importância de sua participação e conhecimento sobre estimulação da criança, é necessário que os profissionais de saúde repensem os métodos das práticas educativas, os quais ainda seguem, muitas vezes, um modelo autoritário, por meio de estratégias tecnicistas em que a população é vista como figura passiva e apenas depósitos de informações⁽¹⁵⁰⁾.

Ademais, a prática educativa pautada em relações de caráter estritamente narrativo, onde o indivíduo é visto como objeto receptor e o profissional de saúde como detentor do saber absoluto e responsável pela transmissão verticalizada de informações científicas e sem valorizar o conhecimento popular, ainda persiste em muitos contextos dos serviços de saúde brasileiros, tornando a Educação em Saúde fragilizada e muitas vezes não efetiva⁽¹⁵¹⁾.

2.4 A Educação popular em saúde segundo teoria Pedagógica de Paulo Freire

A Educação Popular é considerada mais do que uma proposta pedagógica, é uma proposta política da classe laboriosa, cujo escopo principal é a transformação da consciência para uma luta contra hegemônica, ou seja, trata-se de uma crítica social direcionada para as vivências do indivíduo com o propósito de superar a forma autoritária de abordagem a população⁽¹⁵²⁻¹⁵³⁾.

Teve como principal idealizador e revolucionário na área da Educação Popular o pernambucano Paulo Freire (1921-1997), que trouxe importantes reflexões sobre os sujeitos

postos à margem da sociedade do capital⁽¹⁵⁴⁾. Freire dispôs sua trajetória de vida fiel à construção de uma educação libertadora, ou seja, que fosse capaz de mobilizar as camadas populares para reivindicar contra as relações opressoras estabelecidas pelo capitalismo⁽¹⁵⁵⁾.

A Educação Popular, conforme este educador, passa a ser vislumbrada como um projeto educativo capaz de estabelecer vínculos entre a educação, política e a luta de diferentes classes, resgatando a concepção universal do ensino como formação humana e não apenas vinculada à transmissão de saberes⁽¹⁵⁶⁾.

Nesse sentido, educadores, militantes e classes trabalhadoras dos movimentos populares passaram a considerar a Educação Popular, inspirados na ótica Freiriana, como uma teoria de conhecimento embasada na realidade, incorporando-a às práticas educativas com o propósito de empoderar o indivíduo na perspectiva da obtenção de transformação social⁽¹⁵⁷⁾.

O contexto escolar, dessa maneira, passa a ser vislumbrado por ele e por outros grupos como um espaço de organização de classes integrado à sociedade, que deve possibilitar não apenas atividades educativas, mas tornar-se um instrumento de acesso entre o educando e as organizações políticas, movimentos sociais e instituições públicas⁽¹⁵⁴⁾.

Na Educação Popular, a aprendizagem se faz a partir do empirismo, ou seja, a partir da valorização do conhecimento e experiências no cotidiano dos sujeitos⁽¹⁵⁸⁾. Ela contrapõe-se ao padrão dos métodos educativos convencionais, mercantilizados, verticalizados e repetitivos de educar, influenciando importantes campos de práticas, a exemplo da área da saúde, especificamente da Educação em Saúde⁽¹⁵²⁾.

Até o início dos anos 80, a Educação em Saúde se fundamentava basicamente na responsabilização do indivíduo pelos seus problemas de saúde, e cuja meta principal era fazer com que a população desenvolvesse conscientização sanitária plena e assumisse práticas higiênicas. Neste período, as ações educativas tinham caráter puramente normativo, individualista, assistencial e biologicista, indo de encontro ao que constitui a pedagogia Freiriana^(154,159).

Contudo, a partir dos princípios da Educação Popular, tem-se buscado mudanças nesse processo educacional em saúde por meio da inclusão do saber popular e da participação ativa da sociedade, a fim de tornar as práticas educativas mais democráticas e eficazes⁽¹⁵⁰⁾.

A Educação em Saúde na perspectiva da Educação Popular, instituída como política nacional no âmbito do Sistema Único de Saúde, constitui uma ferramenta facilitadora para a capacitação da população com vistas a promover saúde de forma consciente, através da transformação de comportamentos⁽¹⁶⁰⁾. Entretanto, o processo de transformação social, a

reconstrução das práticas, atitudes e saberes só será possível, conforme Freire, a partir de mudanças nos métodos de trabalhos arraigados nos processos educativos vigentes^(152,161).

É preciso “pensar certo”^(55:49), ou seja, distanciar-se das ações pautadas em relações verticalizadas de transferências de conhecimentos estabelecidas entre o profissional e o usuário, cujo autoritarismo do primeiro, no papel de educador, compromete o estabelecimento do vínculo, das trocas interpessoais e da relação dialógica entre ambos os sujeitos^(158,162). Ou seja, a construção do conhecimento requer envolvimento de quem está ensinando e de quem está aprendendo⁽¹⁵²⁾.

Contrariando esse modelo educacional, a chamada concepção bancária da educação, é necessário valorizar a prática educativa libertadora, adjetivada de problematizadora, pois nega o depósito, a narrativa ou a transferência de conhecimento, para anunciar a dialogicidade como essência da educação^(157,163,174).

Na Educação em Saúde, inspirada em Paulo Freire, também não cabem os verbos “transmitir” e “passar”, mas sim, “esclarecer” e “explicar”, tornando o usuário um ser autônomo à negociação para mudanças de comportamentos no cuidado de si e do outro⁽¹⁶²⁾.

Na concepção freiriana a prática dialógica é a essência da comunicação humana, pois possibilita uma reflexão conjunta para a construção e compartilhamento de ideias. Contudo, para ser efetiva, é necessário que haja humildade, respeito às diversidades e o aprender a ouvir⁽¹⁵⁸⁾.

É por meio da dialogicidade que se estabelece interação entre sujeitos, numa relação horizontal em que não há imposições, persuasão ou dominação do outro, caracterizando uma pedagogia libertadora em que o exercício da educação é vislumbrado como direito fundamental do cidadão para a construção do ser político e social⁽¹⁵⁵⁾.

Nessa abordagem pedagógica, é possível a construção do conhecimento a partir da troca e valorização do saber prévio do sujeito, o qual é constituído a partir de sua prática cultural e social, ou seja, uma prática integradora aonde os sujeitos estão dispostos a expor, compartilhar e aprender algo novo^(152,164).

Ainda sobre a dialogicidade, considerada como princípio e fundamento da educação como prática da libertação, enaltece-se a capacidade do pensar crítico-problematizador, visto que é a partir da prática dialógica que:

“Homens e mulheres expressarem as suas ideias, o que pensam e por que pensam, junto com o outro, provoca a interação e a partilha de diferentes concepções que impulsionam um pensar crítico-problematizador da realidade. Esse movimento gera a necessidade de intervenção no nível das ações, visto

que, na perspectiva Freireana, a palavra verdadeira é práxis social comprometida com a ação transformadora (...). O sujeito desenvolve suas potencialidades de comunicar, interagir, administrar e construir o seu conhecimento, melhorando sua capacidade de decisão, humanizando-se” (161:52).

Para que ocorra transformação social junto ao educando, em específico as mães, como protagonistas do processo de educação em saúde, é necessário que a concepção bancária da educação seja superada e que a problematização da realidade possam ser os pilares para a construção do conhecimento conjunto nos diferentes espaços de vivências e aprendizagem também no âmbito da saúde^(161,165).

Na Educação Popular, considerada uma proposta teórica e prática de condução de processos pedagógicos, com construção do conhecimento a partir da problematização do novo ou não pensado, o educando é o principal protagonista para a construção de uma sociedade democrática e participativa, a partir das vivências expostas no seu cotidiano⁽¹⁶⁶⁻¹⁶⁷⁾.

Sem dúvidas, a Educação Popular passou a ser considerada uma estratégia fundamental de transformação social que busca, através de um processo pedagógico problematizador, valorizar o diálogo, o conhecimento popular e a reflexão crítica sobre o cotidiano, ou seja, sobre a experiência de vida, crenças e valores para que o indivíduo seja capaz de realizar escolhas profícuas^(152,158,168).

Diante do exposto e considerando a necessidade de auxiliar grupos diversos, a exemplo das mães que exercem o cuidado quanto à estimulação de crianças com fatores de risco/ou desvios no desenvolvimento neuropsicomotor, é preciso que os educadores/profissionais da saúde possam fazê-lo, utilizando-se dos ideais da educação problematizadora, a qual estimula a capacidade de ouvir e falar, pensar e aprender, tornando os sujeitos figuras transformadoras do amanhã, conforme explicitado na *Pedagogia da Autonomia e do Oprimido*^(56,158).

Os sujeitos, especificamente as mães, não devem ser consideradas como figuras vazias que nada sabem e que ali estão apenas para serem receptores e depósitos de informações do educador que, erroneamente, considera-se como detentor do conhecimento narrado^(124,169). É preciso que o profissional, ao realizar educação em saúde, esteja disposto a aproximar-se das mães e da comunidade com ações de promoção da saúde para o empoderamento do indivíduo⁽¹⁷⁰⁾, na perspectiva da construção da autonomia.

O enfermeiro é considerado um dos profissionais da equipe de saúde mais atuantes quando se trata de aconselhamento e educação em saúde. Neste sentido, ele representa o elo entre a comunidade, gerando confiança, segurança e auxiliando os pais no desempenho do

cuidado à criança, inclusive no desenvolvimento infantil⁽¹⁷¹⁾. Nesse sentido, é preciso que o autoritarismo profissional dê espaço à escuta e à ação dialógica, orientando e esclarecendo dúvidas e inquietações dos sujeitos, neste caso das mães cujos filhos apresentam riscos ou desvios desenvolvimentais constatados⁽¹⁷²⁾.

Conhecer as práticas parentais, ou seja, as estratégias utilizadas no cuidado dos filhos, a partir de relatos dos mesmos, é considerado um aspecto fundamental frente à identificação de possíveis fatores protetivos e de risco para o desenvolvimento da criança. São as trocas de vivências e de informações obtidas a partir do cotidiano dos pais que possibilitam ao profissional (re)orientá-los quanto à utilização de práticas adequadas para promoção da saúde familiar e do desenvolvimento saudável do infante⁽¹⁷³⁾.

Dessa maneira, compreende-se que os fundamentos da pedagogia de Freire constituem uma estratégia importante que necessita ser implementada por profissionais envolvidos com a Educação em Saúde a fim de “evitar a continuidade de uma prática unívoca da educação como um processo de “adquirir” e “receber” a informação”^(174:1264).

Os profissionais de saúde, adotando tal método, poderão alcançar resultados satisfatórios em relação às práticas de cuidado, possibilitando mudanças de comportamento a partir da complementação dos saberes, afinal, não há um saber maior que o saber do outro, mas saberes que se complementam⁽¹⁷⁵⁾. A questão é “saber o que elas sabem e como sabem, e aprender a ensinar-lhes coisas que elas não sabem, mas querem saber”^(176:21).

Compreende-se, desse modo, que, a partir da Educação Popular em Saúde é possível a troca de conhecimento, compartilhamento de conceitos e concepções de vida diferentes, a fim de tornar as práticas educativas efetivas, pois neste momento é preciso respeitar diferenças, aceitar limitações e abolir anseios de superioridade⁽¹⁵⁵⁾.

É indispensável que o educador/profissional de saúde atue junto ao sujeito/mães, de forma a estimular uma postura ativa e crítica da realidade por meio da problematizações e questionamentos, mas sempre perpetradas de forma “respeitosa e gentil, desestimulando qualquer forma de discriminação e respeitando a diversidade”⁽¹⁷⁷⁾.

Indiscutivelmente, a Educação em Saúde pode ser uma importante estratégia para as práticas dialógicas e reflexivas, empoderando o sujeito a quem se pretende abordar. Contudo, é necessário que o profissional esteja aberto a novas perspectivas, revendo a postura educativa equivocada baseada em concepções tradicionais, pois, para o êxito da transformação da sua realidade, faz-se necessário o envolvimento de todos, ou seja, educador/profissional de saúde e educando/mãe^(152,178), em um processo constante de ressignificações.

Capítulo III: Metodología

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa analítica não controlada do tipo “Antes-Depois” com abordagem mista. Neste tipo de estudo, “os indivíduos são estudados em dois períodos, um anterior e outro posterior a uma dada intervenção”^(179:389).

As abordagens multimétodos, não devem ser vislumbradas em oposição, mas sim, como um desenho completo de pesquisa que possibilita, seja na coleta ou análise dos dados, a integração de ambos os métodos^(180,181).

Os métodos quantitativos baseiam-se em medidas numéricas e análises estatísticas, ou seja, estão mais associados ao paradigma positivista e metodologia dedutiva, na qual busca-se explicações na forma de leis gerais, a partir de observações das analogias entre um número menor de atributos em um grande número de casos. Diferentemente aos métodos quantitativos, a abordagem qualitativa respalda-se no modelo interpretativista, que busca investigar, por meio do indutivíssimo nos casos analisados, as semelhanças sistemáticas e o conhecimento em sua profundidade, não se importando com a quantidade⁽¹⁸²⁻¹⁸³⁾.

Ademais, na metodologia qualitativa desconsidera-se a neutralidade do pesquisador, o qual se aprofunda na obtenção descritiva do estudo sobre fenômenos analisados, a exemplo do comportamento humano, lugares e processos interativos⁽¹⁸⁴⁾.

A investigação por métodos mistos busca a obtenção mais abrangente do conhecimento sobre determinado tema ou fenômeno pesquisado, por meio de interpretações integrantes objetivas e subjetivas da realidade⁽¹⁸¹⁾. Trata-se da possibilidade de mesclar epistemologias, tendo nesses tipos de abordagens “à convergência entre o qualitativo e o quantitativo, o pluralismo paradigmático, assim, uma resposta mais ampliada ao problema ou fenômeno em investigado”^(185:8/9).

3.2 Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado nos Centros Públicos de Referência em Educação Infantil (CREI) do município de Cuité – PB, totalizando seis estabelecimentos envolvidos, sendo três localizadas na zona urbana e três na zona rural. Conforme dados da Secretaria Municipal de Educação do referido município, em 2018, nos CREIS estiveram matriculadas durante o período de coleta de dados 392 crianças com idades entre 0 (zero) meses e 04 (quatro) anos de idade.

A escolha do referido cenário sucedeu devido a essas instituições assistirem crianças com faixas etárias diferenciadas, incluindo àquelas menores de dois anos. Além disso, os CREI constituem um espaço fundamental para a vigilância à saúde da criança, por meio da possibilidade de identificação de possíveis distúrbios de ordem nutricional, social e/ou desenvolvimental, e para a promoção de ações educativas aos familiares a fim de prevenir doenças e prover hábitos saudáveis⁽¹³³⁾.

Assim, por se tratar de um ambiente seguro e acolhedor, torna-se um cenário apropriado para a realização das avaliações infantis e troca de saberes por meio de intervenções educativas maternas, pois, para se fazer educação popular em saúde, é preciso buscar espaços relevantes dentro da comunidade, ou seja, “ir até o outro, no espaço em que este se sente familiarizado e acolhido, facilitar a tarefa de construção de vínculos e estimular a troca e a construção de parcerias com a população”^(186:70).

A cidade de Cuité está localizada na região Centro-Oeste do Estado da Paraíba, mesorregião do Agreste Paraibano e microrregião do Curimataú Ocidental, cuja área total é de 741,840 km². Limita-se, geograficamente, com o Estado do Rio Grande do Norte e os municípios de Barra de Santa Rosa (29Km), Baraúnas (22Kkm), Cacimba de Dentro (45Km), Damião (27Km), Sossego (32Km), Nova Floresta (7Km), Picuí (23Km), possuindo ainda uma distância de 235 Km da capital João Pessoa.

O município contempla uma população estimada de 20.348 habitantes, cujas densidades demográficas são de 26,93 habitantes/km² e o índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0,591⁽¹⁸⁷⁾. Atualmente, a rede de atenção municipal à saúde contempla serviços de atenção básica, especializada e hospitalar, constituídas por um Hospital Geral nomeado Nossa Senhora das Mercês, nove Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo seis na zona urbana e três na zona rural, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro de Reabilitação (CR), um Centro de Diagnóstico do câncer de Mama e Útero (CD), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o Programa Melhor em Casa (PMC).

3.3 Participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa as mães de crianças menores de dois anos com risco para o desenvolvimento, matriculadas nos CREI do município supracitado. A justificativa para a escolha desta faixa etária baseia-se na recomendação do Ministério da Saúde⁽³⁰⁾, o qual preconiza essa faixa como prioritária para que a criança seja estimulada quanto ao

desenvolvimento neuropsicomotor, por considerar este período fundamental frente à identificação de possíveis desvios e para o estabelecimento de tratamento especializados em tempo oportuno, caso necessário.

Conforme dados cadastrais da Secretaria Municipal de Educação da cidade, a população de crianças menores de dois anos para 2018 foi de 137 crianças, sendo 91 residentes da zona urbana e 46 da zona rural, totalizando-se, dessa forma, a população de mães de crianças local.

Contudo, foram incluídas na coleta de dados apenas as mães de crianças menores de dois anos em risco para o desenvolvimento avaliadas conforme o manual da vigilância da AIDPI, cujos filhos estivessem matriculados e frequentando os CREI da cidade durante o período de coleta de dados. Os critérios de exclusão foram mães com disfunções mentais, na linguagem, auditivas e/ou visuais devido a esses fatores poderem interferir, por si só, no processo de estimulação do desenvolvimento infantil. Considerando que não houve exclusão, participaram da coleta de dados 52 mães, sendo 27 e 25 residentes na zona urbana e rural, respectivamente.

3.4 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

Inicialmente as mães das crianças foram convidadas para reunião nas dependências de cada CREI e a pesquisadora realizou a apresentação da pesquisa e suas etapas, convidando-as para participar. A concordância se deu através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Em seguida, realizou-se a pactuação das agendas conforme disponibilidade das mães para inicialização da pesquisa.

Nesses encontros, as mães foram convidadas a relatar e registrar o que gostariam de saber acerca da estimulação do desenvolvimento infantil. Com posse dessas informações, deu-se o planejamento das intervenções educativas. Assim, a pesquisa transcorreu em três etapas:

1ª ETAPA - Construção do instrumento para a coleta de dados e elaboração da cartilha educativa.
--

A primeira fase dessa etapa compreendeu a construção e aferição da fidedignidade do instrumento elaborado (APÊNDICE B) para avaliação do conhecimento materno sobre estimulação do desenvolvimento infantil, aplicado antes e após à intervenção educativa. Por

não identificar, na literatura vigente, instrumentos de pesquisa validados que avaliassem esse determinante, sentiu-se a necessidade em desenvolver um que favorecesse a coleta de dados.

Os 22 itens elaborados, com respostas de múltiplas escolhas, fundamentaram-se teoricamente a partir do Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância^(31,188). As variáveis avaliadas, antes e posteriormente à intervenção educativa, relacionaram-se ao conhecimento das mães sobre desenvolvimento e estimulação infantil no âmbito das áreas motoras, linguagem, pessoal-afetiva.

Finalizada a construção do instrumento de coleta dos dados empíricos o mesmo foi submetido à avaliação por juízes ou *experts* das propriedades psicométricas para verificarem se as questões do instrumento eram claras, precisas e representativas dentro do universo que poderiam ser elaboradas sobre o tema proposto, ou seja, “se o conteúdo de um instrumento de medida explora, de maneira efetiva, os quesitos para mensuração de um determinado fenômeno a ser investigado”^(189:752).

Esse tipo de procedimento teórico tem como objetivo complementar o uso de ferramentas estatísticas, a fim de identificar possíveis incongruências com o construto que se pretende mensurar⁽¹⁹⁰⁾. Apesar de não haver consenso na literatura quanto ao número ideal de juízes, seguiu-se o recomendado por Pasquali⁽¹⁹¹⁾, o qual sugere de 06 a 20 sujeitos.

Dos 15 juízes convidados, 12 concordaram em participar e três não responderam ao convite. Os pareceres encaminhados dentro do prazo estipulado foram de profissionais de enfermagem e fisioterapia, conforme explicitados na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização dos juízes participantes da pesquisa. 2018.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	12	100,0
Masculino	0	00,0
Formação profissional		
Enfermagem	6	50,0
Fisioterapia	6	50,0
Tempo de formação profissional		
1 a 5 anos	0	00,0
6 a 10 anos	1	8,3
>10 anos	11	91,7
Qualificação profissional		
Doutorado	5	41,7
Mestrado	5	41,7
Especialização	2	16,6
Total	12	100,0

A escolha dos juízes levou em consideração sua *expertise* em assuntos relacionados à saúde da criança, tendo como critério apresentar publicações e experiência profissional há mais de dois anos na referida área⁽¹⁹²⁾.

A amostragem dos *experts* foi não probabilística pela cadeia de referência em *bola de neve* ou *snowball*, cujo método funciona a partir da indicação por parte de algum indivíduo da população, nomeados como *sementes*, ou seja, neste tipo de amostragem pressupõe-se que os membros da população são capazes de identificar pares com conhecimento na área. Assim, foi solicitado a cada participante selecionado, os chamados *onda um*, que indicassem o contato de outros indivíduos (*onda dois*) que consideravam ser membros da população-alvo e que estivessem inseridos nos requisitos supracitados⁽¹⁹³⁾.

Após a indicação dos juízes, foi analisado se os mesmos se enquadravam nos critérios de inclusão mediante a análise do Currículo Lattes no endereço eletrônico (<http://lattes.cnpq.br/>) da Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPQ) no item Acesso direto/Buscar currículo.

O instrumento foi entregue pessoalmente ou enviado por correio eletrônico aos especialistas e, junto a ele, anexado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). Foi enviado, junto ao material, uma carta convite contemplando o objetivo do estudo, a caracterização do perfil profissional, as instruções específicas de como avaliar cada domínio pesquisado e de como preencher o questionário.

A avaliação do instrumento foi feita por meio da Escala psicométrica de Renis Likert, que apresenta três ou mais pontos, e cujos juízes opinaram sobre a concordância ou não dos itens apresentados. Cada dimensão foi composta de perguntas com respostas correspondentes a uma escala de possibilidades pré-estabelecidas atribuindo-se valores (1) *Aprovo fortemente*; (2) *Aprovo*; (3) *Indeciso*; (4) *Desaprovo* (5) *Desaprovo fortemente*⁽¹⁹⁴⁾. Este tipo de escala é bastante útil quando se objetiva mensurar as atitudes e conhecer o grau de conformidade dos respondentes em relação aos itens investigados⁽¹⁹⁵⁾.

No processo de análise do conteúdo, o comitê de juízes pode prover alterações, rejeições ou até a inclusão de novos itens. Nesse sentido, foi reservado um espaço no questionário para que os especialistas pudessem redigir sugestões ou comentários⁽¹⁹²⁾.

Os *experts* avaliaram o instrumento com o propósito de refinar a redação das questões e julgaram sua pertinência quanto à validade de conteúdo, clareza, facilidade de leitura e apresentação dos itens. Observou-se que houve pouca discordância entre os juízes e as questões foram avaliadas satisfatoriamente, sendo necessário realizar apenas a substituição de termos e o reagrupamento sequencial dos itens com o intuito de refinar o instrumento.

Posteriormente ao recebimento das avaliações, realizou-se uma análise das respostas dos juízes acerca dos itens do instrumento e, a partir de então, foram realizados ajustes conforme explicitados no Quadro 1 (APÊNDICE D).

Com a intenção de aproximar-se de uma validade de construto, procurou-se realizar os procedimentos analíticos por meio da análise da fidedignidade do instrumento, utilizando o Coeficiente de *alfa de Cronbach*. Seu propósito foi avaliar a magnitude em que os itens do instrumento apresentam correlações⁽¹⁹⁶⁾. Trata-se da medida mais usada para estimar a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa⁽¹⁹⁷⁾.

Os valores variam de 0 a 1 com correlações positivas entre os itens. Contudo, são considerados valores aceitáveis àqueles superiores a 0,70 corroborando os resultados da pesquisa conforme ANEXO A, visto que estimativas aquém disso são consideradas como tendo baixa consistência⁽¹⁹⁶⁾. O coeficiente α é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador através da seguinte equação:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_r^2} \right]$$

Onde: α : número de itens da escala; k : número de itens; $\sum S_i^2$: somatório da variância dos itens; S_r^2 : variância de total da escala⁽¹⁹⁸⁾.

A segunda fase desta etapa remeteu-se à elaboração de uma cartilha educativa (APÊNDICE E) para as mães sobre a estimulação do desenvolvimento infantil, priorizando-se uma linguagem clara e objetiva, cujo referencial bibliográfico utilizado para nortear a sua elaboração foi o Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)^(31,188). Além da parte textual, foram elaboradas ilustrações por *design* gráfico através do programa *Adobe Illustrator*.

A versão final da cartilha educativa teve uma dimensão de 148x210m com 21 páginas em frente e verso, contendo: capa, contracapa, apresentação, sumário, referências bibliográficas e a organização do conteúdo que traduz o conceito de desenvolvimento infantil, os fatores de risco e as orientações para a realização da estimulação infantil conforme as faixas etárias até os 24 meses.

2ª ETAPA - Intervenção educativa sobre a estimulação do desenvolvimento infantil: uma troca de experiência com mães.

Esta etapa contemplou a realização de intervenções educativas com seis grupos de mães de crianças com risco para alterações do desenvolvimento, que frequentavam CREIS da zona rural e urbana da cidade (ANEXO B). Um convite impresso, com informações pertinentes sobre o dia e horário da oficina, foi entregue antecipadamente às mães pelas diretoras de cada instituição (APÊNDICE F).

As intervenções educativas ocorreram nos turnos matutino ou vespertino no mês de março de 2018 sendo uma em cada CREI com carga horária de cinco horas. Em cada oficina participaram, em média 8 mães. O conteúdo relacionou-se sobre à estimulação do desenvolvimento infantil e as orientações realizadas às mães tiveram como referência teórica o manual Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância.

A estratégia facilitadora escolhida para a intervenção foi a de oficinas. Esse tipo de modelo pedagógico, originário no método educativo de Paulo Freire, destaca-se como importante metodologia de ensino e aprendizagem para diferentes grupos populacionais. Trata-se de uma metodologia participativa que propicia interação e troca de saberes na busca da construção do conhecimento, tendo por base a dialogicidade na relação educador e educando⁽¹⁹⁹⁾. Ademais, a aprendizagem por meio de oficinas torna-a mais dinâmica através da ação de participantes e mudanças na estrutura do grupo⁽²⁰⁰⁾.

A abordagem em grupo, na forma de oficinas, possibilita a quebra da tradicional relação vertical que existe entre o profissional de saúde e o sujeito da sua ação, viabilizando o desenvolvimento de espaço de debate e construção do conhecimento para a melhoria da assistência à saúde⁽²⁰¹⁾.

Cada intervenção educativa iniciou com uma dinâmica de apresentação intitulada “Troca de Papéis”. As participantes ficaram em duplas e dialogaram, em seguida foram convidadas a apresentarem suas duplas ao grupo, a fim de promover uma maior sociabilização entre as integrantes.

Posteriormente, houve a aplicação do questionário de coleta na perspectiva de pré-intervenção, o qual investigou características sociodemográficas e biológicas maternas. A segunda parte do instrumento contemplou 22 itens objetivos, fundamentados teoricamente a

partir do manual citado anteriormente, os quais inquiriam o conhecimento materno sobre o desenvolvimento e estimulação infantil (APÊNDICE B).

As atividades realizadas nas intervenções educativas foram desenvolvidas a partir de metodologias ativas, tendo a problematização como a principal estratégia de ensino-aprendizagem com o objetivo de despertar o interesse das participantes.

Nesse sentido, ancorada no pensamento de Paulo Freire e no marco teórico da educação popular⁽⁵⁴⁾ buscou-se possibilitar um espaço de diálogo nas oficinas. A intervenção foi proposta procurando convidar todas as reflexões de forma que pudessem falar sobre o desenvolvimento infantil de seus filhos. A intervenção também foi proposta como espaço para escuta, ressignificação e reinvenção, a partir das necessidades apresentadas pelo grupo.

A problematização visou a troca de experiências e construção de saberes, a partir da realidade e dos desafios de cada mãe. Assim, com base no que já se sabia e conforme lacunas de conhecimento apresentadas, foi se construindo um novo saber compartilhado por todas. Desta forma neste cenário todas aprendem e ensinam. As questões disparadoras para estimular o debate e o diálogo foram: “O que vocês entendem sobre o desenvolvimento infantil?” “Como vocês avaliam o desenvolvimento do seu filho” “O que vocês gostariam de saber sobre o desenvolvimento e a estimulação do seu filho?”.

A partir do exposto, buscou-se contemplar a necessidade das mães atrelando-se ao conteúdo planejado.

Durante as intervenções educativas, foram discutidos com as mães, através de exposição dialogada e utilização de *Banners* ilustrativos, aspectos gerais sobre o desenvolvimento infantil, fatores de riscos, os principais marcos do desenvolvimento e as estimulações que devem ser realizadas com as crianças conforme as faixas de idade.

Ao longo das intervenções, as mães foram convidadas a manusear bonecos, utilizando materiais diversos como: colchonetes, bolas, toalhas, tapetes de estimulação, brinquedos, dentre outros, a fim de simularem tarefas práticas de perseguição visual, atividades de estimulação do controle de tronco e diferentes trocas de posturas (sentar, rolar, arrastar, engatinhar, postura de quatro apoio para joelhos, semiajoelhados, ortostase e deambulação). Durante as oficinas, as mães também construíram, a partir de objetos descartáveis e de uso doméstico, materiais para estimulação dos seus filhos, relataram suas próprias histórias, experiências, desafios, formas de enfrentamento dos problemas, o saber popular sobre o assunto, suas dúvidas, inquietações e expuseram sugestões para que o conhecimento pudesse ser construído conjuntamente, entre o educando (mães) e o educador (pesquisadora).

No Quadro 1, estão apresentados os conteúdos abordados nas oficinas, assim como alguns recursos didáticos utilizados:

Quadro 1: Descrição do conteúdo programático e dos recursos utilizados na intervenção educativa com mães de crianças menores de dois anos do município de Cuité – PB.

CONTEÚDOS ABORDADOS	RECURSOS DIDÁTICOS
<p>1. Desenvolvimento infantil</p> <p>1.1 Definição;</p> <p>1.2 Fatores de risco;</p> <p>1.3 Principais marcos do desenvolvimento infantil;</p> <p>1.4 Importância do acompanhamento do desenvolvimento infantil;</p> <p>2. Estimulação do desenvolvimento infantil</p> <p>2.1 A importância da estimulação da criança no domicílio;</p> <p>2.2 Apresentação de ambiente e recursos materiais adequados para a estimulação da criança;</p> <p>2.3 Confecção de materiais para estimulação infantil;</p> <p>2.4 Realização de práticas sobre atividades que poderiam ser realizadas com as crianças para estimular o desenvolvimento infantil.</p>	<p>-<i>Banners</i> ilustrativos;</p> <p>-Colchonetes;</p> <p>-Bonecas bebês;</p> <p>-Brinquedos variados adquiridos no comércio e objetos diversos para confecção que busquem a estimulação auditiva, visual e coordenação motora conforme a faixa etária pretendida, a exemplo de: jogos de encaixe, lápis de cera, bolas, espelho, tapete de estimulação infantil, esponjas, chocalho, livro infantil para colorir, etc.</p> <p>-Cartilha contendo o resumo dos marcos do desenvolvimento infantil, as orientações e os exercícios apresentados durante a oficina conforme as diferentes faixas de idade da criança.</p>

Salienta-se que foi entregue e discutido com as mães uma cartilha explicativa com ilustrações, elaborada pela pesquisadora, contendo orientações relacionadas aos exercícios que poderiam ser praticados no domicílio, para potencializar o aprendizado construído durante a intervenção educativa. Foram disponibilizados ainda os contatos telefônicos da pesquisadora

responsável para que, em caso de dúvidas quanto aos estímulos expostos na cartilha e na intervenção, as mesmas pudessem explicitar suas inquietações.

Após o término das intervenções educativas, realizou-se uma avaliação global da oficina por meio da dinâmica “Que bom...Que pena...e Que tal..”, onde as mães foram convidadas a completarem as frases com esses termos explicitando suas opiniões sobre a sessão educativa. Na perspectiva de facilitar a interação, descontração e troca de experiências, foi ofertado um lanche e sorteio de brindes às participantes para encerramento das atividades.

3ª ETAPA - Pós intervenção educativa: análise do conhecimento materno sobre a estimulação do desenvolvimento infantil e verificação de sua aplicabilidade no domicílio.

Essa etapa ocorreu por meio de encontros realizados nos CREI em julho de 2018, três meses após a realização da intervenção educativa, com o propósito de reavaliar o conhecimento materno sobre a estimulação do desenvolvimento infantil por meio da reaplicação do questionário utilizado na segunda etapa com todas as mães envolvidas (APÊNDICE B).

Nessa etapa 12 mães, sendo duas de cada CREI, foram selecionadas aleatoriamente para participar de entrevista. Estas, tiveram duração em média de 10 a 20 minutos, sendo encerradas conforme saturação teórica dos dados, em que “se considera saturada a coleta de dados quando nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário, pois não altera a compreensão do fenômeno estudado”^(202:244). Foram feitas por uma única pesquisadora, de maneira individual, em local silencioso e conforme disponibilidade das mães. A técnica utilizada foi entrevista semiestruturada, auxiliada por um roteiro com questões norteadoras (APÊNDICE G): *Você realizou a estimulação da criança em domicílio? Fale sobre essa experiência; Você sentiu alguma dificuldade? Caso tenha sentido, relate as dificuldades enfrentadas por você para aplicar os conhecimentos adquiridos sobre estimulação infantil; O que você acha do desenvolvimento do seu filho? Como você avalia a oficina sobre a estimulação do desenvolvimento infantil?*, que foi gravada em mídia digital após anuência das entrevistadas e transcrita na íntegra para análise.

3.5 Análise dos dados

3.5.1 Procedimento Quantitativo

Para as análises estatísticas utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences*, v. 21.0 for Windows (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA). Foi realizada a análise descritiva das características sociodemográficas maternas (frequências relativa e absoluta, média, mediana, desvio padrão) e análise inferencial, sendo aplicados os testes não paramétricos de *McNemar*, *Wilcoxon* e o Modelo de *Rash* da Teoria da Resposta ao Item (TRI), que permitem determinar o índice de dificuldade de cada item. Estes índices foram calculados para a situação experimental pré e pós intervenção. Ressalta-se que, em todo este trabalho, as hipóteses estatísticas foram consideradas significantes com a decisão de rejeitar a hipótese nula quando o valor p for $\leq 0,05$ (menor ou igual), ou seja, o nível de significância considerado foi de 5%.

3.5.2 Procedimento Qualitativo

A análise qualitativa dos dados seguiu os passos da análise temática propostos por Minayo⁽²⁰³⁾ que consistem em três etapas: ordenação, classificação dos dados e a análise final. Através deste tipo de análise busca-se qualificar as vivências do sujeito, bem como suas percepções sobre determinado objeto e seus fenômenos.

A primeira, ordenação dos dados, envolveu o conjunto das entrevistas contemplando as sub etapas: transcrição das gravações, leitura do material, ordenação e organização dos relatos. A segunda, classificação dos dados, buscou-se agrupá-los conforme temas em comum obtidos nas entrevistas. Nessa fase, fez-se a leitura exaustiva do material a fim de constituir-se um corpus de comunicação, ou seja, buscou-se realizar o aprofundamento da análise e priorização de temas relevantes conforme o objeto de pesquisa. A terceira e última etapa, envolveu a análise propriamente dita do material empírico caracterizando-se como momento da intuição, da análise crítica e reflexiva inter-relacionando as inferências propostas com o quadro teórico desenhado inicialmente⁽²⁰³⁾.

Para a apresentação dos resultados, foi utilizada a letra “M”, para identificar a mãe, seguido de uma subordenação dos números (1, 2, 3...) que representou a sequência de realização das entrevistas. Desta forma, foi possível organizar e estruturar as partes, relacionando-as e identificando os núcleos de sentido (Efetividade de uma intervenção com mães para

estimulação de crianças menores de dois anos; Percepção materna acerca da efetividade de uma intervenção educativa para estimulação de crianças de risco desenvolvimental; e Estimulação de crianças com risco para o desenvolvimento: impacto de uma intervenção com mães) de maneira construir as categorias temáticas.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa foi formalizada após requerimento da pesquisadora responsável à Secretaria Municipal de Educação do município de Cuité – PB, solicitando-se a autorização da mesma através da emissão do termo de autorização pelo secretário de educação do referido município, a partir da data assinada (ANEXO C).

Posteriormente, mediante a submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob CAAE nº 82127817.3.0000.5188, conforme exigências estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que norteia a prática de pesquisa com seres humanos, a coleta de dados foi iniciada (ANEXO D).

O procedimento consistiu no contato prévio com as mães, quando foram explanados os objetivos da pesquisa, a importância de sua participação e a apresentação de todos os itens contemplados no TCLE, inclusive riscos e benefícios. Este foi assinado por cada entrevistada e pesquisadores responsáveis, sendo inclusive referida a livre opção em aceitar ou não participar da pesquisa sem qualquer prejuízo pessoal, podendo inclusive a participante retirar-se em qualquer tempo da pesquisa.

Salientamos ainda que foi entregue, a cada participante, uma cópia do TCLE devidamente assinada pelos pesquisadores envolvidos. Reitera-se que foram seguidas as diretrizes regulamentadoras emanadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares (APÊNDICE H). Portanto, foi assinado também um termo de compromisso, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Município (APÊNDICE I), além de um termo de divulgação dos resultados da pesquisa (APÊNDICE J).

Capítulo IV: Resultados e Discussão

ARTIGO ORIGINAL 1**Efetividade de uma intervenção com mães para a estimulação de crianças menores de dois anos¹****Resumo**

Objetivo: analisar a efetividade de uma intervenção educativa com mães para a estimulação de crianças menores de dois anos em situação de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. **Método:** estudo de intervenção do tipo antes-depois, realizado com 52 mães de crianças menores de dois anos, matriculadas em centros de referências em educação infantil. Inicialmente, foram avaliados os conhecimentos maternos quanto ao desenvolvimento e estimulação infantil por meio de instrumento estruturado. Em seguida, foram realizadas oficinas com as mães e, após três meses, os conhecimentos maternos foram reavaliados, reaplicando o mesmo instrumento de coleta de dados. Para a análise, utilizou-se estatística descritiva e inferencial, sendo aplicados testes McNemar, Wilcoxon e o Modelo de Rash da Teoria da Resposta ao Item. **Resultados:** após intervenção, houve aumento significativo dos escores quanto aos aspectos: conhecimento das mães sobre o desenvolvimento e estimulação infantil de $5,77 \pm 1,85$ para $18,60 \pm 1,94$ ($p < 0,001$); redução do índice de dificuldade materna em responder as questões do instrumento de $1,17 \pm 0,57$ para $-1,98 \pm 1,63$ ($p < 0,01$). **Conclusão:** a intervenção educativa contribuiu para a melhora dos conhecimentos maternos quanto ao desenvolvimento e formas de estimulação infantil, corroborando a importância desta ação para o avanço da saúde da criança com risco sob os cuidados maternos no domicílio.

Descritores: Desenvolvimento Infantil; Creche; Enfermagem Pediátrica; Educação em Saúde; Mães; Intervenção Precoce.

Descriptors: Child Development; Child Day Care Centers; Pediatric Nursing; Health Education; Mothers; Early Intervention.

Descriptores: Desarrollo Infantil; Guarderías Infantiles; Enfermería Pediátrica; Educación em Salud; Madres; Intervención Precoz.

Autor correspondente: Isolda Maria Barros Torquato. Contato: (83) 993822606.

Endereço: Avenida Alagoas, 499, Bairro dos Estados. CEP: 58030-150. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: isoldaufcg@gmail.com

¹ Artigo submetido a Revista Latino Americana de Enfermagem – RELAE

Qualis: A1

Fator de Impacto JCR: 0,712

Introdução

O desenvolvimento infantil, iniciado na vida intrauterina, é definido como um processo complexo e dinâmico, relacionado ao crescimento físico, maturação neurológica, aquisições progressivas de habilidades motoras e psicocognitivas na criança⁽¹⁾.

Apesar de contínuo, qualitativo e sequencial, o desenvolvimento pode apresentar o seu curso cronológico comprometido em diferentes domínios devido à influência de fatores considerados de risco, tornando a criança mais vulnerável ao enfrentamento das tarefas evolutivas de seu ciclo vital⁽²⁾. Os fatores de risco para o desenvolvimento na criança relacionam-se aos de origem genética, biológica e àqueles associados às condições precárias de saúde e moradia, práticas inadequadas de cuidado e educação, e a um ambiente doméstico desestruturado afetivamente (risco ambiental)⁽³⁾.

A exposição cumulativa aos referidos fatores de risco, ainda na infância, poderá refletir negativamente na função cerebral em maturação, elevando as chances para a ocorrência de disfunções de ordens motora, cognitiva, comportamental e/ou de linguagem, as quais interferem notadamente no desenvolvimento global e no processo de aprendizagem da criança⁽⁴⁾.

Estimativas evidenciam que, no mundo, 200 milhões de crianças com idade inferior aos cinco anos estão em risco de não alcançar o seu potencial de desenvolvimento⁽⁵⁾. Estudo constatou que 43% das crianças menores de cinco anos (cerca de 250 milhões) que vivem em países de baixa e média renda correm o risco de apresentar algum atraso no desenvolvimento que, ocorrendo no início da vida, pode levar a problemas de saúde, nutrição e aprendizagem inadequada, refletindo em baixos salários na vida adulta, bem como em tensões sociais, com consequências negativas não apenas para a geração atual, mas também para as futuras⁽⁶⁻⁷⁾.

Os fatores de risco também podem preceder variáveis socioeconômicas na vida adulta como criminalidade, influência negativa no desempenho escolar, especialmente das mulheres, e transmissão intergeracional da pobreza⁽⁸⁻⁹⁾. Dessa forma, a identificação precoce de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor é basilar para a tomada de decisão quanto ao encaminhamento para o tratamento especializado em tempo oportuno, o que refletirá em maiores chances de reversão de atrasos na criança e um futuro melhor para essas⁽¹⁰⁾.

Nesse contexto, destaca-se a importância das ações de vigilância em saúde da criança, abrangendo programas diferenciados, especificamente a vigilância do desenvolvimento infantil. Nas últimas décadas, o foco da estimulação infantil transcende ações centradas unicamente na criança, ampliando para a construção de uma rede de apoio ao desenvolvimento, pois um ambiente pouco estimulador a expõe a fatores de risco e a diferentes atrasos em seu

desenvolvimento⁽¹¹⁾. Além disso, experiências adversas na infância terão consequências no curso da vida, incluindo as experiências e traumas parentais⁽¹²⁾, daí a importância de orientar as famílias para o cuidado.

Indubitavelmente, as mães constituem a principal responsável por prover o cuidado direto ao filho⁽¹⁰⁾. Assim, o profissional da saúde precisa apoiar essa mãe para que atos de estimulação, incluindo ações lúdicas e afetivas, especialmente para crianças com risco para o desenvolvimento, possam ser compreendidos por eles como pressuposto à prática de cuidado, inclusive para potencializar o desenvolvimento infantil⁽¹³⁾, e assim tentar reduzir os efeitos negativos de fatores de risco.

Nesse sentido, o estabelecimento de intervenções educativas com familiares mais próximos, designadamente as mães, acerca da evolução do desenvolvimento e a orientação quanto ao uso de estímulos auditivos, visuais, sensoriais, sociais e motores diários são estratégias fundamentais para a otimização do potencial de desenvolvimento da criança, principalmente nos primeiros 24 meses⁽¹⁴⁾. Orientar o cuidador primário, em tese a mãe, sobre aspectos do desenvolvimento, valorizando o seu conhecimento empírico sobre a estimulação infantil, facilitará a construção de novas oportunidades de experimentação no âmbito domiciliar⁽¹⁵⁾.

Portanto, é preciso nortear e trocar informações com as mães sobre o uso correto das atividades que promovam o desenvolvimento saudável. A comunicação, eixo fundamental da educação popular em saúde, constitui um aspecto essencial para que elas possam aprender a implementar estímulos de forma correta e exitosa, considerando as características e necessidades da criança⁽¹⁶⁾.

Ante ao exposto, o presente estudo partiu da hipótese de que a intervenção educativa é uma estratégia eficaz para melhorar os conhecimentos maternos acerca da promoção do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças menores de dois anos. Para tanto, surgiu a seguinte questão problematizadora: A intervenção educativa pode ser considerada um instrumento importante para a promoção do conhecimento materno frente à estimulação do desenvolvimento infantil? Com isto, objetivou-se analisar a efetividade de uma intervenção educativa com mães para a estimulação de crianças menores de dois anos em situação de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor.

Método

Estudo de intervenção do tipo antes-depois, com abordagem quantitativa, cujas etapas foram norteadas pelo instrumento *Quality Improvement Reporting Excellence* (SQUIRE). A pesquisa foi desenvolvida em seis Centros Públicos de Referência em Educação Infantil (CREI)

da zona rural e urbana de uma cidade localizada no Curimataú Paraibano. À época da coleta de dados, entre os meses de março e junho de 2018, o município contava com seis centros de referências que assistiam uma população de 392 crianças entre 0 (zero) meses e 4 anos, sendo 137 menores de dois anos, os quais se constituíam em cenário fundamental para vigilância do desenvolvimento infantil. Portanto, configuravam um espaço propício para realização de ações educativas com familiares quanto à promoção do cuidado, a exemplo da estimulação do desenvolvimento infantil.

Inicialmente, foi realizada avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor conforme manual de Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)⁽¹⁷⁾, das 137 crianças menores de dois anos que frequentavam os CREI do referido município. Após classificação, foram incluídas no estudo somente mães de crianças com risco para o desenvolvimento, cujos filhos estivessem matriculados e frequentando os Centros Públicos de Referência em Educação Infantil da cidade durante o período de coleta de dados. A justificativa para a escolha de crianças nesta faixa etária baseia-se na recomendação do Ministério da Saúde⁽¹⁸⁾ que preconiza como faixa etária prioritária para avaliação e identificação de possíveis desvios do desenvolvimento infantil para estabelecimento de tratamento especializado em tempo oportuno. Neste sentido, atendendo aos critérios mencionados, participaram da coleta de dados 52 mães de crianças menores de dois anos.

As mães foram convidadas para uma reunião, nas dependências dos CREI e uma das autoras realizou a apresentação da pesquisa e suas etapas, convidando-as para participar. A concordância se deu através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Em seguida, realizou-se a pactuação da agenda conforme disponibilidade das mães e pesquisadoras.

A primeira etapa consistiu-se na aplicação de um instrumento de coleta de dados na perspectiva de pré-intervenção, o qual investigou características sociodemográficas e biológicas maternas e das crianças. A segunda parte do instrumento contemplou 22 itens objetivos, fundamentados teoricamente no manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI⁽¹⁷⁾, os quais inquiriam o conhecimento materno sobre o desenvolvimento e estimulação infantil.

Salienta-se que o questionário de coleta de dados foi submetido à avaliação das propriedades psicométricas por 12 juízes na área objeto do estudo, que permitiram determinar se as questões do instrumento mensuravam aquilo que se propunha, ou seja, se atendiam aos critérios de clareza, precisão e relevância. Apesar de não haver consenso na literatura quanto ao número ideal de juízes, seguiu-se o recomendado na literatura⁽¹⁹⁾, o qual sugere de 06 a 20

sujeitos. A escolha dos juízes levou em consideração a *expertise* em assuntos relacionados à saúde da criança, tendo como critérios desenvolver pesquisas e ter experiência profissional há mais de dois anos na área. A amostragem dos *experts* foi não probabilística pela cadeia de referência *bola de neve* ou *snowball*. A confiabilidade do questionário foi verificada pela ferramenta estatística do coeficiente de *Alpha de Cronbach*, o qual variou entre 0,980 a 0,985, não havendo necessidade de alterações em sua estrutura.

As oficinas educativas ocorreram no mês de março sendo uma em cada CREI, com carga horária de cinco horas cada. Em cada oficina participaram, em média, oito mães. O conteúdo versou sobre a estimulação do desenvolvimento infantil e as orientações realizadas às mães tiveram como referência teórica o manual *Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI*⁽¹⁷⁾.

A intervenção iniciou com uma dinâmica de apresentação. Após isto, deu-se início às atividades, que foram desenvolvidas a partir de metodologias ativas, tendo a problematização como a principal estratégia de ensino-aprendizagem.

Nesse sentido, ancorada no marco teórico da educação popular⁽²⁰⁻²¹⁾ buscou-se possibilitar um espaço de diálogo nas oficinas. A intervenção procurou instigar a reflexão em todas as mães, de forma que pudessem falar sobre o desenvolvimento infantil de seus filhos. Também serviu como espaço de escuta, ressignificação e reinvenção, a partir das necessidades apresentadas pelo grupo. A problematização visou a troca de experiências e construção de saberes, a partir da realidade e dos desafios de cada mãe. Assim, com base no que já se sabia e conforme lacunas de conhecimento apresentadas, foi se construindo um novo saber compartilhado por todas. Desta forma, neste cenário, todas aprendem e ensinam. As questões disparadoras para estimular o debate e o diálogo foram: “O que vocês entendem sobre o desenvolvimento infantil?”; “O que vocês gostariam de saber sobre o desenvolvimento e a estimulação do seu filho?”.

Durante as intervenções educativas foram discutidos com as mães, através de exposição dialogada e utilização de *Banners* ilustrativos, aspectos gerais sobre o desenvolvimento infantil, fatores de riscos, os principais marcos do desenvolvimento e as estimulações que devem ser realizadas com as crianças conforme as faixas etárias.

Ao longo das oficinas, as mães foram convidadas a manusearem bonecos, utilizando materiais diversos como: colchonetes, bolas, toalhas, tapetes de estimulação, brinquedos, dentre outros, a fim de simularem tarefas práticas de perseguição visual, atividades de estimulação do controle de tronco e diferentes trocas de posturas. Durante a intervenção, as mães também construíram materiais para estimulação dos seus filhos, relataram suas próprias histórias,

experiências, desafios, formas de enfrentamento dos problemas, o saber popular sobre o assunto, suas dúvidas, inquietações e deram sugestões para que o conhecimento pudesse ser construído de forma conjunta, entre o educando (mães) e o educador (pesquisadores).

Salienta-se que foi entregue e discutida com as mães uma cartilha explicativa com ilustrações, elaborada pelos pesquisadores com base no manual da Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI⁽¹⁷⁾ e por um *design* gráfico, contendo orientações relacionadas aos exercícios a serem praticados no domicílio, conceito de desenvolvimento infantil, os fatores de risco e as orientações para a realização da estimulação infantil conforme as faixas etárias até os 24 meses.

Após o término das intervenções educativas realizou-se uma avaliação global da oficina por meio da dinâmica “Que bom...Que pena...e Que tal..”, onde as mães foram convidadas a completarem as frases com estes termos, explicitando suas opiniões sobre a sessão educativa. Após três meses da efetivação das oficinas, foi realizada a segunda etapa da coleta de dados, oportunidade em que foi reaplicado individualmente o teste na perspectiva de pós-intervenção, a fim reavaliar o conhecimento materno sobre o tema abordado.

Para as análises estatísticas, utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 21.0. Foi realizada a análise descritiva das características sociodemográficas maternas (frequências relativa e absoluta, média, mediana, desvio padrão) e análise inferencial para a situação experimental pré e pós intervenção, sendo aplicados os testes não paramétricos de McNemar e Wilcoxon e o Modelo de Rash da Teoria da Resposta ao Item, que permite determinar o índice de dificuldade de cada questão. Ressalta-se que, em todo este trabalho, as hipóteses estatísticas foram consideradas significantes com a decisão de rejeitar a hipótese nula quando o valor p for \leq a 0,05, ou seja, o nível de significância a ser considerado será de 5%.

O estudo foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob protocolo nº 82127817.3.0000.5188, conforme exigências estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que norteia a prática de pesquisa com seres humanos.

Resultados

Todas as mães, conforme se observa na Tabela 1, aceitaram participar do estudo, totalizando 52 com idade predominante entre 19 e 29 anos (50,0%) seguida daquelas com faixa etária entre 30 e 39 anos (48,1%). As entrevistadas referiram união conjugal estável (75,0%) e escolaridade de oito ou mais anos de estudo (57,7%). A maioria das mães residia na zona urbana (51,9%) e apresentavam baixa condição socioeconômica. Não exerciam atividades laborais

remuneradas (88,5%), pois a maior parte delas dedicava-se aos afazeres domésticos e cuidados com a criança, reduzindo a renda familiar mensal *per capita* que era inferior a um salário mínimo (63,5%).

Aquelas que exerciam trabalho remunerado, faziam-no de forma esporádica e recebiam como diaristas. As mães possuíam, em sua maioria, um filho (67,3%), cuja idade variou de 13 a 24 meses (59,6%).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e biológicas maternas e das crianças usuárias de Centros de Referências em Educação Infantil. Cuité, Paraíba, Brasil, 2018.

Variáveis	N	%
Idade materna (anos)		
19-29	26	50,0
30-39	25	48,1
>40	1	1,9
Estado Civil		
Casado/União Estável	39	75,0
Outros	13	25,0
Trabalho remunerado		
Sim	6	11,5
Não	46	88,5
Renda familiar		
< 1 salário mínimo*	33	63,5
1 salário mínimo	18	34,6
2 a 3 salários mínimos	1	1,9
Escolaridade (Anos de Estudo)		
Menos de 1 ano	2	3,9
1 a 3 anos	6	11,5
4 a 7 anos	14	26,9
8 anos ou mais	30	57,7
Residência		
Zona Urbana	27	51,9
Zona Rural	25	48,1
Número de filhos		
1	35	67,3
2	14	26,9
3	3	5,8
Idade da criança (Meses)		
1 a 6 meses	2	3,9
7 – 12 meses	19	36,5
13-24 meses	31	59,6
Sexo da criança		
Feminino	27	51,9
Masculino	25	48,1
Total	52	100,0

*Salário mínimo em reais R\$954,00 Brasil, 2018.

Na Tabela 2, são apresentadas as comparações de acertos das questões respondidas pelas mães sobre o desenvolvimento e estimulação infantil, antes e após a intervenção educativa. Observa-se que houve diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) em todos os itens, com exceção da questão 4. Portanto, evidencia-se que as oficinas educativas promoveram mudanças favoráveis no conhecimento materno acerca do conteúdo abordado.

Tabela 2 - Número de acertos maternos por questões sobre o desenvolvimento e estimulação infantil pré e pós intervenção educativa. Cuité, Paraíba, Brasil, 2018.

Questões	Intervenção educativa				Valor p*
	Pré		Pós		
	n	%	n	%	
A mãe deve estimular a interação com a criança desde o nascimento com sorrisos e brincadeiras, conversando com ela durante o banho e trocas de fraldas.	8	15,4	47	90,4	< 0,001
Uma criança aos 2 meses consegue sorrir ao olhar o rosto de um adulto.	13	25,0	48	92,3	< 0,001
Uma criança aos 3 meses é capaz de rolar sozinha.	14	26,9	48	92,3	< 0,001
A criança começa a duplicar sílabas em torno dos 3 meses.	29	55,8	38	73,1	0,093
Para uma criança ter o pescoço mais firme a partir dos 3 (três) meses deve ser colocada de bruços e um objeto colorido deve ser utilizado, na sua frente, para chamar sua atenção.	7	13,5	49	94,2	< 0,001
Uma criança aos 4 meses deitada de bruços consegue levantar e sustentar firme a cabeça.	8	15,4	45	86,5	< 0,001
Uma criança pronuncia sua primeira palavra aos 4 meses.	20	38,5	44	84,6	< 0,001
Aos 4 meses a criança deve ser colocada sentada com apoio para que possa exercitar a cabeça, deixando-a mais firme.	8	15,4	38	73,1	< 0,001
Objetos e brinquedos que estimulem as funções de encaixar devem ser oferecidos à criança a partir dos 5 meses.	12	23,1	38	73,1	< 0,001
A amamentação ajuda no desenvolvimento da criança, por isso deve ser praticada exclusivamente, sem outros líquidos e alimentos, até os 6 meses.	18	34,6	47	90,4	< 0,001
Uma criança fica sentada no chão, sem cair, aos 7 meses.	16	30,8	46	88,5	< 0,001
Uma criança aos 7 meses consegue alcançar objetos.	14	26,9	27	51,9	0,026
A música ajuda a desenvolver a audição e a criatividade da criança, devendo ser utilizada a partir dos 8 meses.	13	25,0	51	98,1	< 0,001
A partir dos 9 meses a criança deve ser estimulada a brincar com papel e giz de cera para realizar rabiscos.	11	21,2	41	78,8	< 0,001
Deve-se estimular a criança a construir torres de cubos aos 11 meses de idade.	12	23,1	42	80,8	< 0,001
A criança consegue andar se apoiando aos 12 meses.	11	21,2	51	98,1	< 0,001
A maioria das crianças aos 12 meses consegue pegar objetos pequenos usando movimentos de pinça.	12	23,1	42	80,8	< 0,001
O carinho e o amor são sentimentos benéficos para o desenvolvimento de crianças e devem ser demonstrados a partir de 12 meses de idade.	27	51,9	50	96,2	< 0,001
A partir dos 12 meses deve-se oferecer brinquedos à frente da criança para que ela possa tentar arrastar e engatinhar.	15	28,8	37	71,2	< 0,001

A criança deve ser estimulada a brincar de chutar a bola a partir dos 12 meses.	9	17,3	46	88,5	< 0,001
Uma criança deve ser incentivada a localizar figuras de livros e revistas a partir dos 18 meses.	11	21,2	50	96,2	< 0,001
A maioria das crianças aos 24 meses é capaz de remover alguma peça do vestuário com ajuda do adulto.	12	23,1	50	96,2	< 0,001
Total	300	26,2	975	85,2	< 0,001

* Valor p: Teste McNemar

De acordo com os dados apresentados na Tabela 3, verifica-se diferença significativa das informações maternas quanto aos aspectos gerais do desenvolvimento e estimulação infantil antes e após a intervenção educativa, ou seja, observa-se elevação dos escores de acertos expressos por meio de medidas descritivas média, mediana e desvio padrão, ratificando a eficácia das oficinas desenvolvidas nos CREI ($p < 0,001$). Também se constatou, por meio da teoria da resposta ao Item com o Modelo de Rash, alteração no índice de dificuldade materna em responder cada questão do instrumento antes e após a sessão educativa. Neste caso, observa-se redução das médias e medianas após as sessões educativas, o que reflete menor grau de dificuldade das mães em responder as perguntas nesse momento quando comparado ao período pré-intervenção ($p < 0,001$).

Tabela 3 - Comparação entre o conhecimento materno sobre o desenvolvimento e estimulação infantil e dificuldade em responder questões pré e pós intervenção educativa. Cuité, Paraíba, Brasil, 2018.

Variável	Intervenção	Média	Desvio Padrão	Mediana	Valor p*
Conhecimento materno	Pré	5,77	1,85	6	< 0,001
	Pós	18,60	1,94	19	
Grau de dificuldade do conhecimento materno ao responder ao questionário	Pré	1,17	0,57	1,26	< 0,001 [†]
	Pós	-1,98	1,63	-2,18	

*Valor p: Teste Wilcoxon; [†]Teoria da resposta ao Item com o Modelo de Rash.

Discussão

Esta pesquisa versou sobre a efetividade de uma intervenção educativa, realizada com mães, inerente à estimulação de crianças menores de dois anos, com risco para alterações no desenvolvimento. A avaliação por meio de testes aplicados antes e após a oficina constituiu uma estratégia importante para estimativa da efetividade da prática educativa. O pré-teste implica o reconhecimento do saber prévio das participantes em relação ao tema abordado, ao

passo que resultados obtidos em teste após intervenção revelam a melhora ou não do nível de conhecimento das mães⁽²²⁾.

Analisando-se os resultados de cada item utilizado para mensuração do conhecimento materno sobre a estimulação do desenvolvimento infantil, observa-se que a intervenção proposta foi efetiva, considerando que, após a realização da mesma, houve aumento expressivo de acertos das questões respondidas pelas mães relacionadas ao desenvolvimento e mudanças de atitudes quanto à estimulação infantil, excetuando-se para a quarta questão, na qual se identificou insuficiência do saber materno relacionado à avaliação do desenvolvimento da linguagem na criança.

Além disso, o acréscimo do conhecimento coincidiu com a fase de teste na perspectiva de pós intervenção por meio da diferença revelada pela redução do grau de dificuldade ao responderem ao instrumento utilizado antes e após a oficina educativa. Estes resultados estão consoantes aos estudos realizados no Peru⁽²³⁾ e no Brasil⁽²⁴⁾ com crianças em risco para o desenvolvimento, os quais verificaram efetividade em protocolos de intervenção pautadas em orientações relacionadas à estimulação precoce transmitidas às mães para a promoção do desenvolvimento saudável.

Na pesquisa atual, entre os itens que evidenciaram melhoria do conhecimento materno, destaca-se a estimulação da interação afetiva, pois as mães reconhecem a importância do amor, carinho e atenção à criança como aspectos decisivos para um desenvolvimento profícuo. Isso reforça a ideia de que a afetividade é considerada uma das práticas de cuidado fundamentais à criança, devendo a família ser estimulada quanto a este aspecto, para que seja transformadora da realidade em que vive a criança⁽²⁵⁾.

Além do aspecto afetivo, os resultados também mostram evolução no aprendizado materno, após a participação na oficina, quanto as formas de estimulação dos domínios motores e sensoriais conforme faixas etárias da criança. O uso de metodologia problematizadora nas oficinas, atrelada à simulação prática materna com bonecos e o uso de materiais educativos como a oferta de cartilha ilustrada, podem ter constituído mecanismos facilitadores para melhora dos conhecimentos pós-teste na predominância das questões abordadas.

Essa hipótese corrobora estudo que utilizou materiais educativos para orientação de pais e familiares sobre a estimulação infantil, afim de melhorar ou reverter quadros de atrasos no desenvolvimento motor⁽²⁶⁾. Entretanto, é preciso ressaltar que, os materiais educativos devem ter no seu propósito objetividade e linguagem acessível sobre o tema abordado, pois quanto menor o nível de escolaridade do indivíduo, mais claro deve ser o seu conteúdo, caso contrário,

quando mal elaborados, esses recursos podem igualmente dificultar a compreensão do usuário⁽¹²⁻¹³⁾.

Igualmente a estudos de intervenção⁽²³⁻²⁴⁾, as mães que integram a presente pesquisa foram orientadas quanto aos posicionamentos, estímulos sensoriomotores e afetivos que deveriam ser praticados de acordo as necessidades e faixa etária da criança. No entanto, considerando-se os preceitos da educação popular em que a aprendizagem se faz a partir do empirismo, buscou-se por meio da escuta ativa, valorizar previamente as experiências maternas quanto às formas de estimulação utilizadas cotidianamente, para que, posteriormente, houvesse a (re)construção do conhecimento e de atitudes junto as crianças.

Todavia, apesar dos resultados promissores após as oficinas, reconhece-se a identificação de fragilidade do conhecimento materno quanto ao item comunicação infantil. Sobre esta questão, conjectura-se que a carência de profissionais com formação na área, a exemplo do fonoaudiólogo, pode comprometer a promoção de ações educativas em saúde junto aos pais quanto às orientações sobre estimulação e identificação de possíveis alterações na comunicação em crianças, reduzindo o conhecimento parental sobre o assunto.

Nesse sentido, é fundamental que haja prosseguimento das estratégias educativas utilizadas nas oficinas para que as mães possam vivenciar outros momentos de troca de experiências e aprendizagem mútua, não apenas do conteúdo que foi pouco apreendido, mas também, sobre aspectos diversos do desenvolvimento. Dessa forma fortalecem-se as habilidades do cuidado às crianças, visto que a estimulação no âmbito domiciliar também está integrada a esta prática.

Acredita-se que conhecer as vivências maternas para posteriormente redirecionar as orientações conforme a realidade familiar, foi um aspecto fundamental para obtenção de resultados positivos no processo de ensino-aprendizagem da pesquisa em tela.

Segundo os princípios da educação popular, apenas por meio do diálogo, os sujeitos, sejam educadores ou educandos, trazem em seu conteúdo a noção de conhecimento na perspectiva da participação e de transformação social⁽²⁷⁾.

É necessário que ações coletivas envolvendo práticas educativas em saúde, a exemplo das que foram realizadas neste estudo, sejam vislumbradas como momentos de compartilhamento de ideias em que se façam respeitar as diversidades, sendo o profissional de saúde um verdadeiro facilitador e um elo entre a comunidade, para a promoção do desenvolvimento infantil⁽²⁸⁾.

Nesse sentido, compreende-se que, tão importante quanto a estruturação e organização do espaço físico para a criança se desenvolver, é a presença de quem ajude a facilitar o seu

desenvolvimento adequadamente⁽¹⁶⁾. Por isso, é preciso valorizar a abordagem educativa ofertada pelo profissional da saúde aos pais e familiares⁽²⁹⁾.

Os dados apresentados fortalecem a ideia de que o ensinar não se estabelece pela mera transferência de conhecimentos, mas pela escuta ativa e criação de possibilidades que facilitem a construção do mesmo a partir do saber pré-existente⁽²⁷⁾.

Conjectura-se, ainda que, a substituição do modelo tradicional de educação pautado numa concepção bancária através da qual as relações são verticalizadas e estabelecidas pela transferência de informações ao educando, pode ter sido uma estratégia fundamental para obtenção de resultados satisfatórios na avaliação pós-intervenção educativa.

O número de acertos das questões após a realização da intervenção educativa é considerado de fundamental relevância para fomentar a educação popular e sua metodologia como estratégia imprescindível para reorientação das práticas de saúde⁽³⁰⁾. Nesse contexto, é preciso refletir e planejar a despeito do tipo de abordagem que será utilizada durante intervenções educativas, pois cada grupo pode apresentar especificidades que necessitem de intervenções diferenciadas, porém, o contato direto tem potencial para tornar o conhecimento mais efetivo.

É o que retratou estudo iraniano⁽³¹⁾ com cuidadores de crianças menores de três anos, o qual constatou que uma das abordagens educacionais preferidas pelos cuidadores para melhorar seus conhecimentos acerca da estimulação do desenvolvimento dessas crianças foi o contato face a face.

Apesar de não se poder afirmar ao certo o que fomentou os conhecimentos maternos atuais, tendo em vista que esse não foi o objeto do estudo proposto, acredita-se, que fatores como o uso de metodologia problematizadora nas oficinas, somada ao estabelecimento de uma relação horizontal entre as participantes, assegurando o espaço democrático, dialógico e participativo, pode ter contribuído para o sucesso da intervenção.

Do mesmo modo, faz-se necessário destacar que variáveis sociodemográficas, a exemplo da idade materna, escolaridade, renda familiar, número de filhos e ausência de trabalho remunerado fora do domicílio, tem sido consideradas influenciadoras quanto à evolução do conhecimento ou mudança de comportamento materno para a realização de práticas adequadas em saúde. É o que afirma estudo em que mães com idade acima dos vinte anos e com mais de cinco anos de estudo apresentaram maior capacidade de envolvimento emocional e oferta de estímulos, assim como melhor habilidade de organização física do ambiente domiciliar para estimulação dos filhos⁽³²⁾.

Contudo, vale ressaltar que, apesar da escolaridade elevada ser considerada um aspecto importante para melhoria do conhecimento materno⁽¹⁵⁾, os dados da presente pesquisa revelam que mães com pouco nível de escolarização também possuem condições de melhorar seu conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e aprender a estimular corretamente as crianças.

A renda familiar, segundo pesquisa realizada no Paquistão, também parece influenciar na qualidade do ambiente físico e, conseqüentemente, na qualidade da estimulação do desenvolvimento infantil⁽³³⁾. É o que também revelou estudo, em que famílias com menor poder aquisitivo apresentaram índices baixos para a oferta de estímulos às crianças nas dimensões motora grossa e fina⁽³⁴⁾.

Entretanto, contradizendo os achados mencionados, apesar da renda familiar constituir-se um aspecto importante para a oferta de brinquedos, isso não garante que uma maior quantidade de recursos materiais oportunize um ambiente domiciliar adequado, como revela pesquisa desenvolvida com crianças cuja idade média foi de 42 meses. Nela, se constatou que uma melhor classe social não é condição suficiente para estruturar um ambiente domiciliar que oportunize o desempenho motor infantil em tarefas básicas⁽³⁵⁻³⁶⁾. Esses dados corroboram a importância do provimento de ações educativas que ofertem orientações adequadas às famílias quanto à implementação de estímulo corretos ao desenvolvimento.

As participantes da presente pesquisa, apesar de integrarem uma classe social menos favorecida, revelaram melhora no conhecimento quanto aos tipos de estímulos a serem realizados na criança e mostraram-se interessadas em construir possibilidades e implementá-los cotidianamente no domicílio.

Apresentar e discutir com as mães estratégias para estimular os filhos com materiais de uso doméstico e recicláveis foi uma das abordagens utilizadas nas oficinas educativas que possivelmente contribuiu para a viabilidade prática de estimulação com os filhos no domicílio, considerando que a maioria não possuía condições econômicas favoráveis para a compra de brinquedos.

A proposta desenvolvida nesta pesquisa tendo como eixo teórico a educação popular, proporcionou senso de responsabilidade para troca de vivências e para a capacidade de as participantes refletirem sobre sua realidade e tornarem-se sujeitos ativos para transformação do seu microsistema da criança, ou seja, do ambiente domiciliar.

Além da metodologia ativa, a iniciativa das mães em se fazerem presentes nas oficinas educativas também pode ter colaborado para os resultados positivos, visto que ao tomarem conhecimento da ocorrência das oficinas, as mesmas demonstraram interesse em participar e o desejo em melhorar os conhecimentos sobre o tema abordado. Esse aspecto é muito relevante,

pois a mudança de atitude só é possível a partir da vontade pessoal de cada indivíduo em aprender algo novo relacionando com o conhecimento prévio, pois, caso contrário, todo conteúdo apreendido será esquecido rapidamente⁽²⁸⁾.

Mesmo diante de constatações acerca das contribuições científicas com os resultados obtidos nesta pesquisa, limitações precisam ser elencadas. Primeiramente, no que concerne à abrangência do estudo que esteve restrito ao município, fragilizando a generalização dos resultados obtidos. Contudo, obteve-se um panorama da região quanto à eficácia da intervenção, com resultados semelhantes a estudos tanto nacionais quanto internacionais. Segundo, o número limitado de participantes e ausência de um grupo controle e por último, por se tratar de uma pesquisa de delineamento transversal que não permitiu inferências de causalidade.

Nesse sentido, sugere-se que trabalhos sejam desenvolvidos com amostragem maior. Além disso, recomenda-se que estudos observacionais sejam desenvolvidos com o propósito de avaliar o contexto familiar e outros contextos, além dos CREI, a fim de se verificar mais concretamente a oferta de estímulos nesse microsistema para o desenvolvimento infantil.

Conclusão

Esta intervenção educativa mostrou-se efetiva, pois proporcionou melhoria do conhecimento das mães acerca da estimulação do desenvolvimento infantil, contribuindo para a possibilidade de práticas domiciliares junto aos filhos.

A partir dos resultados promissores obtidos nesta pesquisa, recomenda-se o uso de metodologia problematizadora com a participação ativa das mães no processo de aprendizagem. Além disso, valorizar o saber prévio atrelado ao uso de materiais educativos para aprendizagem, no âmbito domiciliar, também se mostrou ser estratégia importante para a melhora do conhecimento das mães.

Sugere-se a inserção de ações que promovam a estimulação do desenvolvimento infantil no âmbito da atenção primária à saúde e em CREI, a fim de auxiliar os pais e cuidadores a aplicarem estímulos adequados para a promoção do desenvolvimento infantil no contexto domiciliar.

Finalmente, diante da relevância da cartilha para o conhecimento de mães de crianças com risco para o desenvolvimento, pretende-se validá-la para fins de publicação futura.

Referências

- 1 Souza JM, Veríssimo MLOR. Child development: analysis of a new concept. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2015 Nov-Dec [Acesso 09 jun 2018];23(6): 1097-104. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/0104-1169-rlae-23-06-01097.pdf>.
- 2 Costa EF, Cavalcante LI, Silva ML, Guerreiro TBF. Association between Family poverty and the neuropsychomotor development of children in the administrative districts of Belém. *Fisioter. mov.* [Internet] 2016 July-Sept [Acesso 09 jun 2018];29(3): 533-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v29n3/1980-5918-fm-29-03-00533.pdf>.
- 3 Vieira MT, Silva J, Frônio JS. Functional capacity, Independence and home affordances of premature children attending daycare centers. *Fisioter. mov.* [Internet] 2017 Jan-Mar [Acesso 09 jun 2018];30(1):85-95. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v30n1/1980-5918-fm-30-01-00085.pdf>.
- 4 Nobre FSS, Valentini NC. The context of motor development in schoolchildren of the semi-arid: contributions of the process-context model. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte.* [Internet] 2016 [Acesso 10 jun 2018];38(2): 132-38. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbce/v38n2/0101-3289-rbce-38-02-0132.pdf>.
- 5 Almeida AC, Mendes LC, Sad IR, Ramos EG, Fonseca VM, Peixoto MVM. Use of a monitoring tool for growth and development in Brazilian children – systematic review. *Rev. Paul. Pediatr.* [Internet] 2016 [Acesso 10 jun 2018];34(1): 122-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v34n1/0103-0582-rpp-34-01-0122.pdf>.
- 6 Chunling L, Black MM, Richter LM. Risk of poor development in young children in low-income and middle-income countries: an estimation and analysis at the global, regional and country level. *Lancet Glob Health.* 2016 Dec 4(12): 916–22. doi: 10.1016/S2214-109X(16)30266-2.
- 7 World Health Organization. Apoiando o Desenvolvimento na Primeira Infância: da ciência à difusão em grande escala: um sumário executivo da *The Lancet*. Geneva: World Health Organization; 2016. Available from: <http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/04/ecl-lancet-exec-summary-pr.pdf>.
- 8 García JL, Heckman JJ, Ziff AL. Gender differences in the benefits of an influential early childhood program. *Nber working paper series.* 2017; (23412): 1-37. doi: 10.3386/w23412.
- 9 Haywood KM, Getchell N. *Desenvolvimento motor ao longo da vida.* 6 ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.
- 10 Díaz AA, Gallestey JB, Machuca VR, Velarde RA. Child development in poor areas of Peru.

Rev Panam Salud Publica. [Internet] 2017 [Acesso 10 jun 2018];41(71): 1-8. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/e71/es>.

11 Correa W, Minetto MF, Crepaldi MA. Família como promotora do desenvolvimento de crianças que apresentam atrasos. *Pensando fam.*, 2018; 22(1):44-58. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679494X2018000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 abr. 2019.

12 Folger AT, Eismann EA, Stephenson NB, Shapiro RA, Macaluso M, Brownrigg ME et al. Parental Adverse Childhood Experiences and Offspring Development at 2 Years of Age. *Pediatrics* 2018, 141(4):e20172826. Disponível em: <<https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/141/4/e20172826.full.pdf>>. Acesso em 05 abr. 2019.

13 Guimarães FAB, Assis CD, Vieira MEB, Formiga CKMR. Evaluation of teaching materials prepared for guidance of caregivers and day care teachers on child development. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* [Internet] 2015 [Acesso 14 jun 2018];25(1): 27-40. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000100004&lng=pt&nrm=iso.

14 Azevedo TL, Barba PCSD. Avaliação da estimulação e apoio no ambiente familiar oferecido à criança com paralisia cerebral. *Rev Ter Ocup Univ* [Internet] 2017 [Acesso 5 abr 2019];28(2): 198-205. Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i2p198-205>.

15 Eyken EBDV, Garcia CSNB, Antunes TM, Cavalcante ABS, Xarles TM, Ribeiro CDM. Conhecimento sobre desenvolvimento neuropsicomotor da criança. *HU Revista*. [Internet] 2015 Jan-Jun [Acesso 12 jul 2018];41(1): 23-31. Available from: <https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2466>.

16 Phoenix M, Jack SM, Rosenbaum PL, Missiuna C. A grounded theory of parents' attendance, participation and engagement in children's developmental rehabilitation services: Part 2. The journey to child health and happiness. *Disability and Rehabilitation*. [Internet] 2019 Jan [Acesso 04 de abril de 2019];41:1-11. Available from: <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1555618>

17 Ministério da Saúde (BR). Manual Aidpi Criança: 2 meses a 5 anos. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [Acesso 14 jul 2018]. Available from: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/12/17-0056-Online.pdf>.

18 Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. [Acesso 14 jul 2018]. Available from:

http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_d_a_Crianca_PNAISC.pdf.

19 Pasquali, L. Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas. Porto Alegre, Brasil: Artmed. 2010.

20 Ministério da Saúde (BR). II Caderno de Educação Popular e Saúde. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [Acesso 15 jul 2018]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf.

21 Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: paz e terra; 2011.

22 Silva FB, Gondim EC, Henrique NCP, Fonseca LMM, Mello DF. Educational intervention involving young mothers: gaining knowledge on childcare. *Acta paul. enferm.* 2018 Jan-Feb 31(1): 32-8. doi: 10.1590/1982-0194201800006.

23 Hartinger SM, Lanata CF, Hattendorf J, Wolf J, Gil AI, Obando MO, et al. Impact of a child stimulation intervention on early child development in rural Peru: a cluster randomised trial using a reciprocal control design. *J Epidemiol Community Health.* 2017 Marc 71(3): 217-24. doi: 10.1136/jech-2015-206536.

24 Andrade MMG, Sá FE, Frota LMCP, Cardoso KVV, Carleial GMA. Interventions of health education in mothers of children with cerebral palsy. *J Hum Growth Dev.* 2017 Sept 27(2): 175-181. doi: 10.7322/jhgd.126857.

25 Porto FAA, Silva ARS, Pascoal LM, Dias ICCM, Santos LHS, Costa ACPJ. Effects of educative intervention on adverse events from the pentavalent vaccine: a quasi-experimental study. *Online braz j nurs.* 2016 Jun 15 (2):114-123. doi:10.17665/1676-4285.20165296.

26 Silva HL, Bezerra FHG, Brasileiro IC. Evaluation of educational materials targeted at the psychomotor development of the child. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2017 Jul-Sept 30(3): 1-6. doi: 10.5020/18061230.2017.6358.

27 Sevalho G. The concept of vulnerability and health education based on the teory laid out by Paulo Freire. *Interface (Botucatu).* 2018 Jan-Mar 22(64):177-88. doi: 10.1590/1807-57622016.0822.

28 Reichert APS, Collet N, Eicckmann SH, Lima MC. Child development surveillance: intervention study with nurses of the Family Health Strategy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015 Sept-Oct 23(5): 954-62. doi: 10.1590/0104-1169.0272.2636.

29 Moura LK, Lima CHR, Sousa FDL, Honorato DZS, Rocha Neta AS, Costa KRF. The professional nurse as educator: a look to primary health care and the NASF. *R. Interd.* [Internet]

- 2015 Jan-Mar [Acesso 10 de Setembro de 2018];8(1): 211-19. Available from: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/602/pdf_201.
- 30 Pinheiro BC, Bittar CML. Practices of popular education in health in primary care: an integrative review. *Cinergis*. 2016 Jan-Mar 18(1): 77-82. doi: 10.17058/cinergis.v18i1.8049.
- 31 Sajedi F, Habibi E, Shahshahanipour S, Hatamizadeh N, Afzali HM. An Approach towards Promoting Iranian Caregivers' Knowledge on Early Childhood Development. *Int J Pediatr*. [Internet] 2018 Mar [Acesso 04 de abril de 2019]6(3):7371-82. doi: 10.22038/ijp.2017.27419.2364.
- 32 Pereira VA, Chiodelli T, Rodrigues OMPR, Silva CSO, Mendess VF. Baby development in first two months of life: maternal and demographic main measurements. *Pensando fam*. [Internet] 2014 Jun [Acesso 12 de Setembro de 2018];18(1): 64-77. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v18n1/v18n1a07.pdf>.
- 33 Nadeem S, Rafique G; Khowaja L, Yameen A. Assessing Home Environment for Early Child Development in Pakistan. *Child Care in Practice*. 2014 Jan 20(2): 194-206. doi: 10.1080/13575279.2013.859565.
- 34 Vieira MT, Silva J, Frônio JS. Functional capacity, independence and home affordances of premature children attending daycare centers. *Fisioter. mov*. 2017 Jan-Mar 30(1): 85-95. doi:10.1590/1980-5918.030.001.ao09.
- 35 Pizzo GC, Contreira AR, Rocha FF, Nascimento Junior JRA, Vieira LF. Analysis of the household affordances among preschool children: a study in function of the family income. *Caderno de Educação Física e Esporte*. [Internet] 2015 Jan-Jun [Acesso 12 de Setembro de 2018];13(1): 79-89. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/cadernoedfisica/article/view/12944/10110>.
- 36 Nascimento Junior JRA, Ferreira L, Vissoci JRN, Silva PN, Caruzzo NM, Vieira JLL. Socioeconomic level and home environment affordances: implications for infant motor performance. *Rev. Educ. Fis./UEM*. [Internet] 2014 Sept-Dec [Acesso 15 de Setembro de 2018];25(4): 651-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/refuem/v25n4/1983-3083-refuem-25-04-00651.pdf>.

ARTIGO ORIGINAL 2

Percepção materna acerca da efetividade de uma intervenção educativa para estimulação de crianças de risco desenvolvimental²

Resumo

Objetivo: evidenciar a percepção materna acerca da efetividade de uma intervenção educativa para estimulação de crianças com risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. **Método:** pesquisa qualitativa, realizada com mães que participaram de uma intervenção educativa em Centros Públicos de Referência em Educação Infantil em um município da Paraíba, sobre a estimulação do desenvolvimento infantil. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, nos meses de março a julho 2018, e interpretados por meio da análise temática.

Resultados: destacaram-se a falta de orientação profissional como fragilidades para a estimulação infantil no domicílio, antes da intervenção. A sobrecarga física materna e a ausência paterna na estimulação da criança foram evidenciadas como dificultadores para realização da estimulação domiciliar. Por outro lado, o uso de metodologia ativa e os materiais educativos utilizados na intervenção educativa foram considerados facilitadores para melhora do conhecimento e empoderamento acerca da estimulação infantil. **Conclusão:** a intervenção educativa, na percepção materna, se mostrou efetiva por proporcionar transformação de atitudes quanto à estimulação dos seus filhos. Ademais, trouxe satisfação e motivação às mães para implementar os estímulos adequados após o novo conhecimento construído.

Descritores: Desenvolvimento Infantil; Creche; Criança; Educação em Saúde; Mães; Intervenção Precoce.

Descriptors: Child Development; Child Day Care Centers; Pediatric Nursing; Health Education; Mothers; Early Intervention.

Descriptores: Desarrollo Infantil; Guarderías Infantiles; Enfermería Pediátrica; Educación em Salud; Madres; Intervención Precoz.

Autor correspondente: Isolda Maria Barros Torquato. Contato: (83) 993822606.

Endereço: Avenida Alagoas, 499, Bairro dos Estados. CEP: 58030-150. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: isoldaufcg@gmail.com

² Artigo será submetido a revista Cogitare Enfermagem

Qualis: B1

Fator de Impacto: 0.104

Introdução

O desenvolvimento infantil, processo dinâmico, qualitativo e sequencial, é moldado a partir da interação entre os fatores biológicos e ambientais⁽¹⁾.

Nesse sentido, a exposição cumulativa de fatores de risco, ainda na infância, poderá refletir negativamente na função cerebral em maturação, elevando as chances para a ocorrência de disfunções motoras, cognitivas, comportamental e/ou de linguagem, as quais interferem no desenvolvimento global da criança⁽²⁾. Assim, a identificação precoce de alterações no desenvolvimento infantil é fundamental para o tratamento especializado em tempo oportuno, devido a chances de reversão de atrasos⁽³⁾.

Vale ressaltar que a maioria dos riscos para a saúde das crianças ocorre no ambiente doméstico e comunitário. Por isso, um dos objetivos do desenvolvimento sustentável prevê a garantia de vidas saudáveis e promoção do bem-estar de crianças, tendo como base o ambiente em que ela vive⁽⁴⁾. Para isso, são necessários investimentos para proteção, promoção e suporte o mais precocemente possível na infância, para que todas as crianças sejam capazes de alcançar seu potencial pleno para o desenvolvimento⁽⁵⁾.

Nesse contexto, destaca-se a importância das ações de vigilância em saúde da criança, especificamente a Vigilância do Desenvolvimento Infantil que busca, por meio da avaliação profissional, não apenas identificar disfunções no desenvolvimento, mas também, orientar as famílias quanto à necessidade de estimulação precoce e referenciá-las para tratamento especializado, caso necessário⁽⁶⁾.

As mães, indubitavelmente, constituem a principal responsável por prover o cuidado direto ao filho⁽⁷⁾. São elas que, por permanecerem mais tempo junto à criança, estabelecem vínculos afetivos profundos e podem organizar uma variedade de experiências no domicílio, seja por meio de rotinas, brincadeiras ou uso de objetos que incitem os sentidos e potencializem o desenvolvimento infantil⁽⁸⁾.

Sendo assim, aconselhar, dialogar e trocar informações com mães quanto ao uso correto das atividades que promovam o desenvolvimento saudável, constitui um aspecto essencial para que elas possam aprender a estimular as crianças de forma adequada e exitosa, considerando suas características e necessidades⁽⁹⁾.

Com isso, considerando a importância em conhecer a percepção materna frente as práticas educativas na perspectiva da educação popular devido ao seu papel central no cuidado ao filho em risco desenvolvimental, o presente estudo partiu da seguinte questão

problematizadora: qual a percepção materna acerca de uma intervenção educativa para estimulação do desenvolvimento infantil?

Ante o exposto, o presente estudo, teve como objetivo evidenciar a percepção materna acerca da efetividade de uma intervenção educativa para estimulação de crianças com risco para o desenvolvimento.

Método

Estudo exploratório com abordagem qualitativa, realizado após intervenção educativa, a partir de oficinas para estimulação do desenvolvimento infantil no contexto da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Naquele momento, surgiu a necessidade de saber qual seria a percepção das mães no tocante à efetividade da referida intervenção, com a aplicação dos conhecimentos no domicílio.

Com isso, foram analisadas as falas de mães de crianças menores de dois anos que participaram das oficinas para estimulação do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI, realizadas em Centros Públicos de Referência em Educação Infantil (CREI) da zona rural e urbana de uma cidade localizada no Curimataú Ocidental Paraibano. À época da coleta de dados, o município contava com seis CREI que assistiam uma população de 137 menores de dois anos, dos quais 52 apresentaram risco para o desenvolvimento constatado mediante avaliação conforme manual de Vigilância do Desenvolvimento Infantil no contexto da AIDPI. Estes espaços constituem-se em cenário fundamental para vigilância do desenvolvimento, configurando-se um contexto propício para realização de ações educativas com familiares para estimulação do desenvolvimento infantil.

A ação educativa consistiu de uma intervenção, conduzida no mês de março de 2018, com carga horária de cinco horas em cada CREI. O conteúdo versou sobre a estimulação do desenvolvimento infantil e as orientações às mães tiveram como referência o manual Vigilância do Desenvolvimento Infantil da AIDPI⁽¹⁰⁾. As ações foram ancoradas na teoria de Paulo Freire e na educação popular⁽¹¹⁾, desenvolvidas a partir de metodologias ativas, tendo a problematização como a principal estratégia de ensino-aprendizagem.

Na intervenção, as mães foram estimuladas a falar sobre o desenvolvimento infantil dos seus filhos e, a partir das necessidades do grupo, foram realizadas trocas de experiências, ressignificação, reinvenção e construção de novos saberes compartilhados, todas aprendendo e ensinando.

Para ampliar o conhecimento das mães, além da troca de experiência entre elas, durante as intervenções educativas foram realizadas exposições dialogadas e utilização de *Banners* ilustrativos sobre os principais marcos do desenvolvimento, fatores de riscos e as estimulações

a serem realizadas com as crianças, no domicílio, conforme as faixas de idade. Nas oficinas as mães construíram, a partir de materiais recicláveis, objetos para estimulação dos seus filhos no domicílio.

Para melhor apreensão do conhecimento e realização da estimulação no domicílio, as mães receberam uma cartilha impressa com ilustrações personalizadas por *Design* e orientações sobre atividades a serem realizadas com a criança, a fim de potencializar o aprendizado construído durante a intervenção educativa.

Valendo-se do critério de saturação teórica⁽¹²⁾ para delimitação da amostra, três meses após as oficinas, 12 mães dentre as 52 que participaram de todas as etapas do programa de intervenção, sendo duas de cada CREI, foram selecionadas aleatoriamente para participar do estudo qualitativo.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro semiestruturado, contendo as seguintes questões norteadoras: *Você realizou a estimulação da criança no domicílio? Fale sobre essa experiência; você sentiu alguma dificuldade? Caso tenha sentido, relate as dificuldades enfrentadas por você para aplicar os conhecimentos adquiridos sobre estimulação infantil; O que você acha do desenvolvimento do seu filho? Como você avalia a oficina sobre a estimulação do desenvolvimento infantil?*

Os dados foram coletados em julho de 2018. Para realização das entrevistas, foi agendado um horário conveniente para as mães nos CREI, em local silencioso e conforme disponibilidade das participantes. Cada entrevista durou de 10 a 20 minutos, as quais foram gravadas em mídia digital, após anuência das entrevistadas.

Os dados foram interpretados utilizando-se a técnica de análise temática⁽¹³⁾. Inicialmente realizou-se a etapa de pré-análise, que após leitura repetida e exaustiva do material, possibilitou organizar e classificar temáticas iniciais e determinar os conceitos teóricos de orientação da análise; em seguida procedeu-se à ordenação dos dados, quando recortou-se as unidades de registros e organizou-se o material em temas; e finalmente, fez-se a análise final com agrupamento destes e construção de três categorias temáticas e interpretação dos resultados produzidos e discutidos à luz da teoria de Paulo Freire e da literatura pertinente ao tema.

Durante a transcrição, optou-se por padronizar com o símbolo [...] para representar o momento em que as falas foram recortadas. Para assegurar o anonimato das mães, os relatos foram identificados com a letra “M” em referência à palavra mãe, seguido do número, conforme a sequência das entrevistas.

Este estudo é parte da pesquisa de doutorado intitulada “Vigilância de crianças com risco para o desenvolvimento neuropsicomotor: um estudo de intervenção com mães”,

aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba com CAAE nº 82127817.3.0000.5188. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo-lhes garantido o anonimato.

Resultados

As mães deste estudo possuíam faixa de idade entre 19 e 41 anos, união estável, com oito ou mais anos de estudo, e apresentavam baixa condição socioeconômica. Não exerciam atividades laborais remuneradas, possuindo, assim, renda familiar mensal per capita inferior a um salário mínimo. Àquelas que exerciam trabalho remunerado, o faziam de forma esporádica e recebiam como diaristas. Possuíam, em sua maioria, um filho, cuja idade variou de 13 a 24 meses.

A partir da análise dos resultados, identificaram-se três categorias temáticas: Fragilidades na estimulação da criança antes da intervenção educativa; Dificuldades para a estimulação da criança no domicílio; e Aspectos facilitadores proporcionados pela intervenção educativa para estimulação da criança no domicílio.

Temática 1: Percebendo fragilidades na estimulação da criança antes da intervenção educativa

Anteriormente às oficinas educativas, as mães se consideravam despreparadas para estimular a criança. Muitas delas mencionaram apenas reproduzir o que os familiares e amigos ensinavam empiricamente, especialmente àquelas que vivenciavam a maternidade pela primeira vez. Contudo, após a intervenção educativa, referiram melhorar o conhecimento e sentiram-se mais seguras para realizar os estímulos com os filhos.

[...] é que eu não tinha tanta noção do que fazer (estimulação da criança). Não sabia o que fazer. Era insegura e depois da reunião facilitou muito para mim [...]. (M5)

[...] tudo que eu sabia fui aprendendo sozinha mesmo. Era mãe de primeira viagem [...] para mim, essa reunião foi boa porque aprendi muita coisa e faço com ele agora e do jeito certo [...]. (M7)

[...] eu sempre fazia o que minha mãe e amigas diziam para fazer. Eu era mãe de primeira viagem, então não tinha experiência. Sempre a

gente tem algo que não sabe e vai aprendendo. A gente não sabe de tudo e achei bom porque me clareou muita coisa que não sabia antes da oficina [...]. (M12)

As mães do estudo alegaram ainda que, possivelmente, a falta de conhecimento e despreparo para a realização das atividades de estimulação da criança no domicílio se deu devido à pouca orientação por parte de profissionais de saúde e de educação. Contudo, reconheceram essa proposta muito importante para a evolução dos filhos e demonstraram interesse para a mudanças efetivas na prática.

[...] a gente tem mais reunião sobre outras coisas, outros temas, mas esse aí não (estimulação do desenvolvimento infantil). Nunca falaram não, pelo menos para mim não e olhe que participo das coisas do postinho (Estratégia Saúde da Família). Para mim mesmo foi a primeira vez [...] aprendi coisa que eu não sabia [...] acho que as mães precisam ser melhor orientadas desde cedo para a gente já ir fazendo. É muito importante. Tem gente que não faz porque não sabe fazer. (M1)

[...] eu não tinha noção de nada. Nunca chegaram (profissionais) para mim para falar o que eu tinha que fazer quando ela recebeu alta e nem no posto (Estratégia Saúde da Família) e nem na creche. Só falavam que eu tinha que amamentar, mais nada [...] se eu soubesse de tudo que aprendi teria feito muito mais desde cedo. (M3)

[...] ninguém nunca me falou não [...] nenhum profissional não explicou sobre como fazer (a estimulação). Eu aprendi só agora depois desse encontro que teve. Com certeza, se soubesse antes, teria feito há mais tempo desde pequeno com ele. (M12)

Temática 2: Percebendo dificuldades para a estimulação da criança no domicílio

A estimulação da criança é fundamental para seu desenvolvimento saudável, porém, se torna um desafio para as mães que, muitas vezes, se deparam com obstáculos que comprometem a realização dos estímulos no microsistema familiar.

Uma das dificuldades relatadas diz respeito à falta de tempo e à sobrecarga física, resultante da ocupação diária com as tarefas domésticas, atrelada à pouca participação paterna na estimulação do filho. Consequentemente, recai sobre a mulher a responsabilização com os afazeres do lar, educação e cuidados gerais com os filhos, incluindo-se, neste contexto, a estimulação do desenvolvimento, segundo explicitado nas falas.

[...] uma coisa difícil que eu estou tendo é só a falta de tempo. Porque preciso dar conta das outras coisas. Preciso cuidar da casa também, do outro filho, das coisas do marido. É uma luta grande, mas quando estou com ele (a criança) eu faço. (M2)

[...] a maior dificuldade é falta de tempo mesmo. Porque quando ele (a criança) está em casa eu tenho outras ocupações também [...] a dificuldade para mim maior é isso de arranjar tempo para fazer com ele os estímulos, mas como foi conversado lá na roda, o importante de tudo é o amor e fazer o que pode. E isso eu sempre dou para ele. (M4)

[...] a minha dificuldade é falta de tempo mesmo. Tenho que dar conta de tudo em casa. Tenho que dar atenção ao mais velho também [...] tudo é comigo. (M6)

Vale destacar que as mães se queixam da omissão dos pais e lamentam por reconhecem a importância desses na estimulação do desenvolvimento do filho.

[...] eu queria que ele participasse mais, que fosse mais presente nessa parte porque eu acho que esse momento com o menino faz bem para os dois, e principalmente para a criança, que ela sente o carinho também. Esses momentos com o pai também fazem bem para a criança, para ela se desenvolver bem. (M1)

[...] ele não se envolve muito nessa parte (a estimulação) é tudo comigo. Eu digo a ele. Eu reclamo porque o pai tem que estimular também. O pai precisa acompanhar. Ele é pai e precisa estar junto também. E também porque a criança precisa dos dois para crescer e

desenvolver direitinho. Acho que a criança sente quando o pai ou a mãe não ficam perto. (M3)

[...]ele é um pai muito bom, mas nesses momentos ele é meio ausente e eu reclamo porque os pais também têm que fazer, é pai também e é responsabilidade deles também não é só da mãe não. E a criança precisa do pai e da mãe para melhorar o desenvolvimento. Tudo que fizer pela criança é bom para ela. (M6)

Temática 3: Percebendo aspectos facilitadores proporcionados pela intervenção educativa para estimulação da criança no domicílio

Um aspecto percebido pelas mães como facilitador, proporcionado pela intervenção educativa para a melhora dos conhecimentos maternos e promoção da estimulação das crianças no domicílio, remete-se à distribuição de uma cartilha ilustrada para as participantes da intervenção, a fim de realizarem estímulos corretos, conforme a idade da criança. Segundo elas, a cartilha norteou as atividades e ajudou a relembrar aspectos discutidos durante os encontros, que, por ventura, foram esquecidos por elas.

[...] foi bom porque serviu para reforçar tudo que você conversou e explicou para a gente. E assim, as palavras bem simples e fácil de entender. Gostei também disso [...]. (M6)

[...] achei muito boa porque ajudou muito com outra informação que eu precisava. Achei os desenhinhos legais porque mostrava tudinho. Quando eu tinha dúvida eu ia lá e olhava [...]. (M8)

[...] uma coisa boa foi o material que a gente recebeu (a cartilha). Ajudou muito em casa na hora de fazer e não foi difícil de entender. Explicava tudo bem direitinho. Para mim foi dez, porque me ajudou bastante e eu lembrei de tudo que a gente falou na reunião. (M11)

O uso de metodologias ativas de ensino, com demonstração prática de como estimular a criança, também foi visto como aspecto facilitador da aprendizagem. A utilização de bonecos e as atividades práticas possibilitaram o treinar, realizar manuseios nunca exercitados por elas, adquirir confiança e refletir sobre cada tarefa proposta. Enfatizaram que a vivência prática é muito importante para a fixação do aprendizado.

[...] foi bom porque a senhora mostrou e a gente pôde ver como faz. É que, às vezes, fica só na imaginação, quando não mostra como fazer. Aí a gente não sabe se está certo. Gostei por isso. Porque a gente viu fazendo e fez junto. Assim é mais fácil [...]. (M1)

[...] o que facilitou muito para mim foi fazer junto lá na hora e tirar as dúvidas sobre como a gente faz em casa [...]poder fazer com o boneco foi mais fácil de aprender. Para mim foi. (M4)

[...] todo mundo ficou à vontade para praticar. Porque você trouxe muita coisa para a gente fazer também. Tem gente que quando faz palestra só fala, fala, fala. E você não. Você falou, mas a gente também participou junto. Acho que assim a gente aprendeu mais. Gostei muito e queria outras desse jeito [...]. (M5)

Outro aspecto relevante, identificado como elemento facilitador, esteve relacionado a aprender a confeccionar os objetos para a estimulação da criança a partir do uso de materiais recicláveis. As mães consideraram a importância dessa iniciativa como uma solução frente à impossibilidade da aquisição de brinquedos, devido à ausência de recursos financeiros para este fim.

[...] nunca pensei que uma garrafinha podia virar um chocalho (risos). Foi muito bom. As ideias foram boas demais e também porque a gente pode economizar e a gente mesmo fazer quando não puder comprar um brinquedo, que é caro. (M1)

[...] foi a primeira vez que se falou disso. Foi muito boa a parte dos brinquedos. Mostrar a fazer com os brinquedos e até como a gente

podia montar um brinquedinho e substituir por um quando a gente não pode comprar. Muito bacana. [...] gostei muito. Muito mesmo [...]. (M2)

[...] o que mais gostei foi dos brinquedinhos que a gente pôde fazer [...] para mim está sendo ótimo porque eu aprendi bastante coisa que não sabia e agora estou podendo fazer com ela. Já fiz uns brinquedinhos daquele que você mostrou e está sendo bem útil e barato [...] gostei muito das ideias. (M10)

A troca de experiências entre o grupo, o diálogo e a valorização do saber prévio foram importantes para a efetividade das ações e dos resultados obtidos pelas mães no domicílio. Segundo elas, a escuta estabelecida nas oficinas, as orientações dos facilitadores, a liberdade para expor suas dúvidas e inquietações, foram aspectos fundamentais para gerar discussões entre elas, e proporcionar um saber mais apurado a partir do conhecimento prévio que possuíam.

[...] todo mundo ficou à vontade para perguntar e para falar. Eu tinha dúvidas e perguntei e foi bom porque a gente falou e perguntava e mostrava o que sabia e se estava certo o que fazia [...] (M7)

[...] achei que foi bom porque todo mundo falou o que achava e o que sabia. Acho que o que facilitou foi isso. A gente mostrou o que sabia e a gente aprendeu mais [...] (M9)

[...] aprendi coisas que não sabia e melhorei coisas que eu fazia antes [...] acho que foi bom porque a gente pôde participar e fazer também. É que a gente está mais acostumada a ouvir, e dessa vez a gente pôde ouvir e também falar. Dizer como é que a gente faz em casa. A gente se sentiu à vontade para falar e fazer pergunta [...] (M11)

As mães, também se sentiram mais seguras, felizes e motivadas para estimular seus filhos em casa, pois aprenderam a finalidade e os benefícios da estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor para a criança.

[...] gostei porque me ajudou muito. Eu não sabia de muita coisa. Me sinto mais segura porque faço com ele as coisas e agora sei para que serve [...] estou feliz por isso. (M4)

[...] me sinto muito mais confiante agora para fazer os estímulos e me sinto muito feliz por poder ajudar ela a se desenvolver bem [...]. (M9)

[...] a oficina só ajudou a gente. Deu ideias e ensinou a gente a fazer correto. Corrigir o que estava errado [...] e ensinou a gente a fazer certo. Hoje tenho mais segurança para fazer, e me sinto feliz por estar ajudando meu filho no desenvolvimento dele [...]. (M11)

A estimulação domiciliar diária e o provimento de um ambiente facilitador adequado são aspectos fundamentais para o desenvolvimento de potencialidades na criança. As mães perceberam melhora no desenvolvimento do filho após implementação dos conhecimentos adquiridos na intervenção educativa.

[...] melhorou na fala e na força das pernas. Ele (a criança) agora quer fazer tudo. É astuto. Tem que ficar de olho. Eu vi melhora depois que tirei mais do cercado [...] ele está mais durinho [...] ele (a criança) já está falando umas palavrinhas. Já pede água. Está muito sabido [...]. (M2)

[...] ela (a criança) está desenvolvendo bem. Está respondendo bem aos estímulos que a gente faz. Por exemplo, antes eu, às vezes, percebia que ele tinha algumas dificuldades para fazer umas coisas e hoje ele (a criança) faz melhor [...] a parte da coordenação das mãos dele (a criança) está bem melhor. Já consegue segurar bem um lápis para rabiscar [...] ela (a criança) melhorou nisso, de pegar as coisas, de segurar [...]. (M8)

[...] ele (a criança) está muito bem. Cada dia está aprendendo mais coisas. Todo mundo está achando que ele (a criança) está muito esperto [...]. (M10)

Discussão

O presente estudo, que versa sobre a percepção materna acerca de uma intervenção educativa para estimulação infantil de crianças em risco para o desenvolvimento neuropsicomotor no domicílio, constatou que as mães são as principais cuidadoras das crianças, ficando a responsabilidade pela estimulação do filho centralizada nela, apesar das inúmeras atribuições domésticas.

Mesmo com as transformações sociais ocorridas nos últimos tempos quanto à mudança do papel da mulher na sociedade e inserção do homem no cuidado dos filhos, seja no domicílio ou em outros microssistemas como na escola⁽¹⁴⁾, ainda se percebe a figura feminina como a cuidadora primária. Além da assistência física, emocional e até financeira da criança, ela também assume outras responsabilidades do lar conforme constatado na presente pesquisa.

A centralização do cuidado à criança por um indivíduo apenas, neste caso a mãe, resulta em sobrecarga em diferentes aspectos, pois a labuta do cuidar requer dedicação, disponibilidade de tempo, além de atividades complexas e esforço físico. Porém, a lassidão física, apesar de ter sido a queixa mais frequente entre as mães, não causou interrupção das estimulações à criança por parte delas, visto que a busca pelo desenvolvimento saudável do filho superava as condições físicas extenuantes do seu cotidiano.

Ficou evidente, também, que as mães entrevistadas são realmente as que estimulam as crianças no domicílio e justificam o trabalho fora do lar e o cansaço físico do companheiro como os principais aspectos dificultadores para a participação paterna neste processo, corroborando estudo desenvolvido no estado do Piauí⁽¹⁵⁾, no qual a preocupação paternal, muitas vezes, se centra na aquisição de uma melhor remuneração financeira, com vistas a assegurar o sustento familiar.

Apesar de reconhecerem o esforço do companheiro para atenderem às necessidades básicas dos filhos, elas compreendem que a ausência paterna na estimulação da criança pode trazer repercussões negativas para o desenvolvimento desta. Para elas, o carinho, a atenção, o sentar para brincar e o estimular o(a) filho(a) também são importantes e, portanto, precisariam ser consideradas prioritárias pelos pais.

Nesse sentido, é preciso que o homem também se reconheça como figura fundamental para o desenvolvimento da criança, visto que a interação estabelecida entre pai e filho constitui um dos fatores basilares para o domínio social e emocional durante os seus primeiros anos de vida⁽¹⁶⁾. Ademais, ao participar desses momentos lúdicos, o pai pode acrescentar mecanismos que ajudam as crianças em seu desenvolvimento cognitivo, incentivando o curso natural da sua imaginação⁽¹⁷⁾.

O papel de pai deve suplantar a função disciplinadora e de provedor material da família, de modo que o filho possa ser colocado como prioridade, devendo-se haver divisão de responsabilidades emergentes de maneira igualitária, sendo o amor e a atenção aspectos essenciais para ressignificar as relações afetivas e, dessa forma, superar o modelo hegemônico de paternidade e masculinidade. Portanto, ao asseverar experiências no ambiente familiar por meio de estímulos diversos para o desenvolvimento da criança, o pai estabelece uma excelente oportunidade para transmitir valores e promover o bom desenvolvimento físico e emocional da criança⁽¹⁷⁾.

No tocante à percepção das participantes do estudo quanto às facilidades decorrentes da intervenção, constatou-se que o material impresso entregue a elas favoreceu a aprendizagem sobre estimulação infantil. As mães avaliaram a cartilha como sendo uma estratégia relevante para complementar a compreensão do conteúdo discutido nas oficinas, corroborando estudo que implementou o uso de materiais educativos junto aos pais e cuidadores de creches para a promoção do desenvolvimento da criança⁽¹⁸⁾.

Cada vez mais se constata o uso de materiais educativos, a exemplo de cartilhas utilizadas neste estudo, como ferramentas que pode ser utilizada no contexto domiciliar para esclarecer dúvidas e reforçar as orientações verbalizadas aos pais e familiares⁽¹⁹⁾. Entretanto, é preciso observar que esses materiais tenham no seu escopo objetividade e linguagem clara sobre o tema, caso contrário, podem dificultar a compreensão do usuário, especialmente daqueles que possuem baixa escolaridade⁽²⁰⁾.

Ademais, corroborando o pensamento de Paulo Freire, quando a finalidade pedagógica é a mera transmissão “depositária” de informações sobre determinadas práticas e prevenção de saúde aonde o indivíduo se reduz a um mero receptor das informações, sem espaço para expor seu pensamento crítico e reflexivo, esse tipo de abordagem é vista como insuficiente, pois não é pautada na autonomia e dialogicidade⁽²¹⁾

O fazer prático possibilitado às mães, durante as oficinas, também foi outra questão avaliada positivamente. Segundo elas, o manuseio, a simulação da atividade com bonecos, foram fundamentais para potencializar a aprendizagem do conteúdo durante a intervenção. Nesse sentido, preparar um cenário compatível com a realidade das mães, valorizando e compartilhando seus conhecimentos prévios, os quais foram basilares para a construção do novo conhecimento, provavelmente facilitou a aprendizagem, tornando-a uma importante estratégia para a satisfação materna nas intervenções.

Conforme os preceitos da educação popular, as metodologias participativas, como a de oficinas utilizadas nesse estudo, são consideradas um dos dispositivos pedagógicos que

dinamizam o processo ensino-aprendizagem, pois têm o potencial de facilitar a escuta da demanda dos participantes e estimula a construção compartilhada do conhecimento a partir da sua realidade, tendo em vista modificá-la positivamente⁽²²⁾.

Outro aspecto que foi mencionado como facilitador para efetivação dos conhecimentos adquiridos na oficina envolveu a utilização de materiais recicláveis para estimular a criança no domicílio. Segundo as mães, o objeto que parecia não ter utilidade, passou a ser considerado como um instrumento importante para estimular o desenvolvimento dos seus filhos. Esses resultados corroboram estudo⁽²³⁾ cujo resultados revelaram que as participantes de oficinas para construção de brinquedos e jogos infantis visando o estímulo do desenvolvimento, fortaleceram vínculos e tiveram um outro olhar para aquilo que consideravam inútil, ou seja, ressignificaram o objeto considerado descartável.

Durante a confecção dos objetos para estimulação do desenvolvimento infantil, se verificou-se o júbilo das mães em fazê-los para os filhos, tendo elas a possibilidade de aprender, perguntar, dar sugestões e desenvolver sua criatividade. Algumas também relataram satisfação pelo fato de esses materiais não serem onerosos e de fácil aquisição, pois elas possuem baixa renda familiar, o que dificulta a aquisição de brinquedos voltados para estimulações motoras e sensoriais.

Considerando que na atualidade vivemos numa sociedade que valoriza o “já pronto”, o sofisticado e a praticidade, a oficina rompeu com esse paradigma corroborando estudo⁽²⁴⁾, pois possibilitou às participantes a criação de novos sentidos do fazer, suscitando diferentes funções aos objetos e um caráter lúdico, ou seja, ele passa a ser utilizado fora de seu habitual.

É necessário destacar que a proposta de ação educativa por meio da participação grupal na perspectiva problematizadora, foi uma escolha importante para assegurar a efetividade dos resultados esperados na intervenção, visto que, neste tipo de proposta pedagógica baseada na educação popular, há não apenas a divisão de espaço físico, mas também, a perspectiva de interação social, pela autonomia dos participantes e por uma relação de respeito entre os membros do grupo⁽¹¹⁾.

A pedagogia libertadora defendida por Paulo Freire e escolhida nas intervenções desse estudo, suplanta as fragilidades do modelo tradicional pautado na transmissão vertical de conhecimento, para um nível mais crítico e reflexivo, sendo o diálogo e a capacidade de escuta as condições básicas para a construção do conhecimento⁽²⁵⁾.

No campo da saúde, é importante que as ações educativas se façam ‘com’ o povo e não ‘para’ o povo, sem práticas autoritárias de transmissão de informações, mas por meio do diálogo

humilde pautado na esperança e no respeito às diferenças. Dessa forma, é possível despertar a consciência dos sujeitos sobre a sua importância de como ser transformador da sua história⁽²⁶⁾.

Também foi possível observar o interesse das mães em mudar a realidade, quando se prontificam a cuidar do filho, trazendo a estimulação diária como uma parte desse processo de forma positiva e satisfatória. Para elas, realizar os estímulos nas ações cotidianas não se traduziam como obrigação, mas como um momento de prazer e felicidade, pois, após a intervenção educativa, compreenderam que estavam contribuindo para evolução do filho de forma consciente, reflexiva e segura, diferentemente do observado previamente às oficinas.

Contudo, é preciso destacar a insatisfação materna quanto à falta de orientações por parte dos profissionais da saúde e de educação sobre a temática, os quais são responsabilizados pela falta de estimulação prévia desenvolvidas por elas junto aos filhos. Segundo os relatos, ficou evidente a lacuna desse apoio às mães em relação à estimulação infantil na localidade, fazendo-se refletir sobre a necessidade de planejamento e mudanças em relação aos assuntos abordados no âmbito da atenção primária e no contexto educacional.

Porém, a falta de profissionais no quadro funcional das equipes Saúde da Família, bem como o déficit de experiência com estimulação precoce, a grande demanda de atendimento e a ausência de capacitação continuada sobre esse e outros temas podem ser alguns dos entraves para assegurar a assistência prestada à mãe e, conseqüentemente, a qualidade do serviço⁽²⁷⁾.

Mesmo diante de constatações acerca das contribuições científicas dos resultados obtidos nesta pesquisa, destaca-se como possíveis limitações o número de oficinas e o tempo disponibilizado para a intervenção em cada CREI. Assim, sugere-se que novos estudos sejam desenvolvidos com um número maior de oficinas, a fim de possibilitar mais oportunidade de aprendizagem às mães. Recomenda-se também a avaliação infantil quanto aos marcos do desenvolvimento anterior e posteriormente à intervenção e que estudos observacionais sejam desenvolvidos no âmbito domiciliar, a fim de verificar concretamente se a oferta de estímulos nesse microsistema foi realmente efetivada.

Conclusão

Na percepção materna, a intervenção educativa se mostrou efetiva, pois proporcionou transformação nas atitudes destas ao incorporarem conscientemente a estimulação infantil no cotidiano das crianças em risco para o desenvolvimento, mesmo diante de dificuldades, como a sobrecarga de atividades domésticas e a falta de apoio do pai da criança nas atividades de estimulação do filho. A intervenção também trouxe satisfação das mães por se sentirem valorizadas, motivadas, capazes e seguras ao implementarem diariamente os estímulos adequadamente.

Percebeu-se que problematizar situações do cotidiano em detrimento à transferência vertical de informações foi efetivo para a construção do saber coletivo e resolução de respostas às suas próprias necessidades. Diante disso, as metodologias ativas atreladas aos preceitos da educação popular, a exemplo do diálogo real, escuta qualificada, respeito aos valores culturais e ao saber prévio, mostraram-se favoráveis à (re)construção do conhecimento, constituindo-se uma ferramenta fundamental para ser utilizada junto às mães, para o cuidado à criança quanto ao desenvolvimento infantil.

Se por um lado as mães se mostraram presentes no processo de estimulação dos filhos, por outro, elas percebem que a participação paterna ainda é discreta, ficando a cargo delas a responsabilidade pelas ações de cuidado, não apenas relacionadas as necessidades básicas, mas também ao estímulo do desenvolvimento infantil. Diante disso, inserir a família, especialmente o pai nos cuidados a criança e estímulo do seu desenvolvimento é de extrema importância, tendo em vista a sua relevância para a evolução saudável do filho.

Além das mães, recomenda-se incluir os familiares e cuidadores de crianças inseridas nos CREI como pessoas podem ser beneficiadas com ações de intervenção pautadas na educação popular, a fim de melhorar o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil.

Espera-se que os resultados e reflexões desta pesquisa contribuam para que os gestores, e profissionais de saúde e educação, e todos àqueles envolvidos na atenção à criança, passem a incorporar intervenções educativas pautadas na educação popular como uma estratégia para melhorar o conhecimento de mães acerca da estimulação do desenvolvimento infantil.

Referências

- 1 Correa W, Minetto MF, Crepaldi MA. Família como promotora do desenvolvimento de crianças que Apresentam Atrasos. Pensando Famílias [Internet]. 2018 [acesso em 2018 jun 06]; 22(1): 594-99. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679494X2018000100005&lng=pt&nrm=iso.
- 2 Nobre FSS, Valentini NC. O contexto do desenvolvimento motor de escolares do semiárido: contribuições do modelo processo-contexto. Revista Brasileira de Ciência e Esporte [Internet]. 2016 [acesso em 2018 jun 09]; 38(2): 132-38. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbce.2016.02.012>.
- 3 Díaz AA, Gallestey JB, Machuca-Vargas R, Velarde RA. Desarrollo infantil em zonas pobres de Perú. Rev. Panam Salud Publica [Internet]. 2017 [acesso em 2018 jun 14]; 41(71): 1-8. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/309436>.

- 4 Zago JTC, Pinto PAF, Leite HR, Santos JN, Morais RLS. Associação entre o desenvolvimento neuropsicomotor e fatores de risco biológico e ambientais em crianças na primeira infância. *Rev. CEFAC* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 jun 15];19(3):320-29. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201719314416>.
- 5 Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, Heymann J, Boo FL, Behrman JR, Lu C, Lucas JE, Perez-Escamilla R, Dua T, Bhutta ZA, Stenberg K, Gertjer P, Darmstadt GL. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 jun 15];389(10064):103-18. Disponível em: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31698-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31698-1)
- 6 Reichert APS, Collet N, Eickmann SH, Lima MC. Child development surveillance: intervention study with nurses of the Family Health Strategy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 [acesso em 2018 jun 19];23(5):954-62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0272.2636>.
- 7 Macedo EC, Silva LR, Paiva MS, Ramos MNP. Burden and quality of life of mothers of children and adolescents with chronic illnesses: an integrative review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 [acesso em 2018 jun 19];23(4):769-77. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0104-1169.0196.2613>.
- 8 Arias FS, Chanamé AE. Nivel de conocimiento y actitudes de las madres puérperas sobre estimulación temprana em niños menores de um año em el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé [Internet]. 2014 [acesso em 2018 jun 19];7(1):39-43. Disponível em: <http://doi.org/10.20453/renh.v7i1.2122>.
- 9 Silva FB, Gondim EC, Henrique NCP, Fonseca LMM, Mello DF. Educational intervention involving young mothers: gaining knowledge on childcare. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em 2018 jun 20];31(1):32-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800006>.
- 10 Ministério da Saúde (BR). Manual Aidpi Criança: 2 meses a 5 anos. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2018 jun 21]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/12/17-0056-Online.pdf>.
- 11 Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1981.
- 12 Saunders B, Sim, J, Kingstone T, Baker S, Waterfied J, Bartlam B, Burroughs H, Jinks C. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality&Quantity* [Internet]. 2018 [acesso em 2018 jun 21];52 (4):1893-1907. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>.

- 13 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: hucitec; 2014.
- 14 Muylaert CJ, Delfini PSS, Reis AOA. Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental. *Physis Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [acesso em 2018 jun 21];25(1):41-58. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000100004>
- 15 Soares ADAS, Rocha SS, Araújo Filho ACA. O cuidado com o crescimento e desenvolvimento infantil no discurso de pais e mães adolescentes. *Enferm. Foco* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 jun 22];7(3/4):17-21. Disponível em: <http://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n3/4.943>.
- 16 Araujo LB, Mélo TR, Israel VL. Low birth weight, family income and paternal absence as risk factors in neuropsychomotor development. *J Hum Growth Dev* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 set 10];27(3):272-280. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.124072>.
- 17 Silva MB, Stamato MIC. Importância da figura paterna no desenvolvimento infantil: uma visão dos pais. *Leopoldianum* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 set 22];42(116/118):1-18. Disponível em: <http://periodicos.unisantos.br/leopoldianum/article/view/693/566>.
- 18 Guimarães FAB, Assis CD, Vieira MEB, Formiga CKMR. Evaluation of teaching materials prepared for guidance of caregivers and day care teachers on child development. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum* [Internet]. 2015 [acesso em 2018 set 22];25(1):27-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96764>.
- 19 Silva HL, Bezerra FHG, Brasileiro IC. Evaluation of educational materials targeted at the psychomotor development of the child. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 set 22];30(3):1-16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2017.6358>
- 20 Sanchez MPC, Lemos RA, Veríssimo MLOR. Avaliação de materiais educativos para o cuidado e a promoção do desenvolvimento de crianças nascidas prematuras. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 out 28];17 (2):76-82. Disponível em: https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol17-n2/vol_17_n_2_artigo_original_4.pdf
- 21 Ramos DCP, Sá BA, Santos SD. Auto-organização de mulheres e saúde: uma análise sobre a educação popular em oficinas de saúde. *Revista de Pesquisa Interdisciplinar* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 out 29];2 (Suplementar):634-46. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.24219/rpi.v2i2.382>
- 22 Alberti GF, Salbego C, Carvalho SORM, Alberti DL. Educação popular trabalhada em oficinas de saúde: a sexualidade durante o adolescer. *Rev. Ed. Popular* [Internet]. 2014 [acesso

em 2018 out 28];13(1):75-81. Disponível em:
<http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/24871>

23 Tolocka RE, Pereira MF, Poletto JE. Brinquedos alternativos em escolas infantis de uma cidade do interior de São Paulo. J. Phys. Educ [Internet]. 2018 [acesso em 2018 out 29];29 (e2902): 2-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/jphyseduc.v29i1.2902>

24 Brunello MIB, Murasaki AK, Nóbrega JBG. Oficina de construção de jogos e brinquedos de sucata: ampliando espaços de aprendizado, criação e convivência para pessoas em situação de vulnerabilidade social. Rev. Ter. Ocup. [Internet]. 2010 [acesso em 2018 nov 02];21 (1): 98-103. Disponível em: [file:///C:/Users/isold/Downloads/14091-Texto%20do%20artigo-17069-1-10-20120518%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/isold/Downloads/14091-Texto%20do%20artigo-17069-1-10-20120518%20(3).pdf)

25 Chierella T, Lima DB, Moura JC, Marques MCC, Marsiglia RMG. A Pedagogia de Paulo Freire e o processo ensino-aprendizagem na educação médica. Revista brasileira de educação médica. 2015; 39 (3): 418-25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n3e02062014>.

26 Garzon AMM, Silva KL, Marques RC. Liberating critical pedagogy of Paulo Freire in the scientific production of Nursing 1990-2017. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(suppl 4):1854-61. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0699>.

27 Bobrek A, Alcantara MSC. Atuação e formação em estimulação precoce: Caracterização da percepção dos profissionais em três instituições. Revista Eletrônica de Educação [Internet]. 2016;10(3):121-37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14244/198271991460>

ARTIGO ORIGINAL 3

Estimulação de crianças com risco para o desenvolvimento: impacto de uma intervenção com mães³

Resumo

Analisar o impacto de uma intervenção educativa sobre a estimulação infantil no cotidiano de mães de crianças em risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. Estudo qualitativo, ancorado na teoria da educação popular, tendo como participantes da pesquisa mães de crianças menores de dois anos em risco para o desenvolvimento infantil, matriculadas nos Centros de Referência em Educação Infantil. A coleta de dados ocorreu em julho de 2018, por meio de entrevistas semiestruturadas e os dados foram analisados pela técnica de análise temática. Emergiram duas categorias, com a primeira revelando a ampliação do conhecimento materno e mudanças de atitudes sobre a estimulação infantil, possibilitando-as socialização das informações com outras mães e, na segunda, evidenciou-se o empoderamento materno para identificação de alterações, motivação e autonomia para buscar novas formas de promover o desenvolvimento do filho. Conclui-se que a intervenção educativa se mostrou efetiva, pois as mães incluíram a estimulação do desenvolvimento dos filhos no seu cotidiano, como também mostrou ser uma estratégia viável e capaz de promover conhecimento, reflexões e com impacto positivo no desenvolvimento de crianças com risco desenvolvimental.

Descritores: Desenvolvimento Infantil; Creche; Criança; Educação em Saúde; Mães; Intervenção Precoce.

Descriptors: Child Development; Child Day Care Centers; Pediatric Nursing; Health Education; Mothers; Early Intervention.

Descriptores: Desarrollo Infantil; Guarderías Infantiles; Enfermería Pediátrica; Educación em Salud; Madres; Intervención Precoz.

Autor correspondente: Isolda Maria Barros Torquato. Contato: (83) 993822606.

Endereço: Avenida Alagoas, 499, Bairro dos Estados. CEP: 58030-150. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: isoldaufcg@gmail.com

³ Artigo será submetido à revista da Escola de Enfermagem da USP

Qualis: A2

Fator de Impacto: 0.743

Introdução

O desenvolvimento infantil é um processo contínuo e sequenciado de mudanças motoras, psicocognitivas e de linguagem⁽¹⁾, que provém da inter-relação entre a herança genética e o meio em que vive a criança, ou seja, decorrente da aprendizagem originada nos aspectos histórico-culturais e ambientes educativos⁽²⁾.

Entretanto, a exposição às condições negativas sejam elas biológicas ou ambientais podem ocasionar importantes agravos à saúde da criança, incluindo alterações em diferentes domínios do desenvolvimento⁽³⁾.

Diante disso, destaca-se a importância das ações de vigilância do desenvolvimento no contexto da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), cujo foco envolve não apenas a identificação desses desvios, mas, também, a atenção à família, sobretudo, às mães, quanto à oferta de orientações adequadas para a promoção do desenvolvimento infantil, a exemplo da estimulação precoce⁽⁴⁾.

A prática de estimulação nos primeiros 36 meses, é considerada um diferencial para otimizar o desenvolvimento devido à intensa neuroplasticidade cerebral advinda nessa fase⁽⁵⁾. E a mãe, considerada a cuidadora primária,⁽⁶⁾ pode possibilitar espaços estimuladores no domicílio, seja por meio do uso de brinquedos, objetos ou brincadeiras, a fim de incitar os sentidos da criança⁽³⁾. Além disso, ela é capaz de estabelecer vínculos afetivos mais fortes, importantes para a formação da personalidade e prevenção de distúrbios nesse domínio na vida adulta⁽⁷⁾.

Nessa linha de raciocínio, é imprescindível a atuação do profissional de saúde como facilitador desse processo educativo junto à mãe⁽⁸⁾. Compete a ele apoiar e orientá-la sobre aspectos universais do desenvolvimento, como também, fornecer informações sobre as estimulações, ações lúdicas e afetivas que promovam o desenvolvimento da criança visando prevenir e reduzir os efeitos negativos de fatores de risco⁽⁷⁾.

A intervenção educativa, indubitavelmente, pode ser, na perspectiva participativa e dialógica, considerada uma ação fundamental no processo de trabalho em saúde, visto que pode viabilizar a compreensão de dificuldades maternas, ajudando-as a enfrentar problemas, a empoderar-se⁽⁹⁾ e (re)aprender a implementar estímulos corretamente, considerando as características e necessidades da criança⁽¹⁰⁾.

Porém, nesse contexto educativo é mister que o processo de ensino-aprendizagem seja estabelecido de forma horizontal e participativa, pautado na escuta ativa, no respeito as experiências do aprendiz e ao saber prévio sobre o tema⁽¹¹⁾. Através do diálogo e da problematização do cotidiano o educando/mãe e o educador/profissional poderão aprender a

fazer juntos, recriar o conhecimento, a fim de transformar a realidade a partir das atitudes humanas⁽¹²⁾.

Assim, esse estudo teve como objetivo analisar o impacto de uma intervenção educativa sobre a estimulação do desenvolvimento infantil no cotidiano de mães de crianças em risco para o desenvolvimento.

Metodologia

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, realizado com mães após participação em intervenção educativa sobre estimulação do desenvolvimento infantil, com o intuito de saber o impacto da mesma no cotidiano das mães após implementação do conhecimento apreendido.

A pesquisa foi desenvolvida entre março e julho de 2018, na zona rural e urbana de um município do Curimataú Ocidental Paraibano em seis Centros Públicos de Referência em Educação Infantil (CREI), os quais constituem-se em cenário propício para vigilância do desenvolvimento e realização de ações educativas com familiares para estimulação infantil. À época da coleta de dados estavam matriculadas uma população de 392 crianças entre 0 (zero) meses e 4 anos, sendo 137 menores de dois anos. Participaram da intervenção 52 mães de crianças menores de dois anos classificadas com risco para atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

Um convite impresso, com informações pertinentes sobre o dia e horário da sessão educativa, foi entregue, antecipadamente, às mães pelos diretores de cada instituição. As oficinas ocorreram nos turnos matutino ou vespertino, sendo um encontro em cada CREI com carga horária de cinco horas.

O conteúdo relacionou-se sobre a estimulação do desenvolvimento infantil utilizando-se o referencial teórico do manual Vigilância do Desenvolvimento Infantil da AIDPI⁽¹³⁾ e a estratégia de ensino-aprendizagem respaldou-se nos conceitos da educação popular sob a ótica de Paulo Freire¹ por meio de uma relação dialógica, escuta ativa, troca de experiências e problematização da realidade que vivem sobre o tema.

A intervenção educativa foi iniciada a princípio com uma dinâmica nomeada “Troca de papéis”, na qual as participantes ficaram em duplas dialogando, e, em seguida, foram convidadas a apresentarem a colega ao grupo, a fim de suscitar uma maior sociabilização entre as integrantes.

No momento do encontro, as mães foram convidadas a discorrer sobre o desenvolvimento infantil de seus filhos por meio de questões disparadoras para estimular o debate. A partir das necessidades do grupo, foram realizadas trocas de experiências,

ressignificação, reinvenção e construção de novos saberes compartilhados, oportunizando-se a o aprender e o ensinar.

Visando facilitar a construção do conhecimento e a troca de experiências entre as mães sobre os conteúdos, buscou-se utilizar metodologias ativas com as seguintes estratégias: exposições dialogadas e com *Banners* ilustrativos; manuseio de bonecos, construção de objetos para estimulação do desenvolvimento infantil, a partir de materiais recicláveis de uso doméstico; a fim de simular situações realísticas do cotidiano; discussões sobre a temática, e esclarecimento de dúvidas, inquietações e sugestões.

Para facilitar a apreensão do conhecimento construído na intervenção educativa e realização da estimulação no domicílio, as mães receberam uma cartilha impressa idealizada pela pesquisadora contendo ilustrações solicitadas a um *design* gráfico e as orientações sobre atividades a serem realizadas com a criança, a fim de potencializar o aprendizado construído durante a intervenção educativa.

Três meses após as ações educativas, 12 mães dentre as que participaram de todas as etapas da intervenção, sendo duas de cada CREI, foram convidadas aleatoriamente para participar de entrevista, tendo como critério de encerramento da produção do material a saturação teórica dos dados⁽¹⁴⁾. As entrevistas foram agendadas individualmente conforme horário conveniente das mães em cada CREI.

A técnica da entrevista semiestruturada foi, auxiliada por um roteiro com questões norteadoras: *Você realizou a estimulação da criança no domicílio? Fale sobre essa experiência; você sentiu alguma dificuldade? Caso tenha sentido, relate as dificuldades enfrentadas por você para aplicar os conhecimentos adquiridos sobre estimulação infantil; O que você acha do desenvolvimento do seu filho? Como você avalia a oficina sobre a estimulação do desenvolvimento infantil?*, gravada em mídia digital e transcrita na íntegra. Os resultados foram analisados a partir dos preceitos da análise temática⁽¹⁵⁾, de acordo com os seguintes passos: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final. Os dados foram transcritos, lidos exaustivamente a fim de organizar os depoimentos em determinada ordem. Posteriormente, fez-se o reagrupamento dos temas encontrados, a fim de construir-se as estruturas de relevância para a análise e discussão final à luz da teoria de Paulo Freire e da literatura pertinente ao tema.

Para garantir o anonimato das mães, os depoimentos foram identificados pela letra “M”, seguido de uma ordenação numérica que representam a sequência de realização das entrevistas. Utilizou-se o símbolo [...] a fim de representar o instante que os relatos foram recortados.

A presente investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob CAAE nº 82127817.3.0000.5188, respeitando os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo-lhes garantido o sigilo e anonimato.

Resultados

Participaram 52 mães com idade entre 19 e 41 anos, com baixa condição socioeconômica, união conjugal estável e com oito ou mais anos de estudo. As entrevistadas referiram possuir renda familiar mensal per capita inferior a um mínimo. A maioria não exercia atividades laborais, e as que faziam, desenvolviam-nas de forma esporádica, recebendo como diaristas. A maioria possui um filho, cuja idade variou entre 13 a 24 meses.

Mediante a análise dos dados, identificaram-se duas categorias temáticas: (Re)aprendendo e socializando o conhecimento acerca da estimulação infantil e Olhar qualificado pós-intervenção educativa: motivação e empoderamento materno.

(Re)aprendendo e socializando o conhecimento acerca da estimulação infantil

As mães demonstraram satisfação em ter participado da intervenção educativa, afirmando ampliação do conhecimento sobre a estimulação do desenvolvimento dos seus filhos e mudanças de atitudes no cotidiano, frente aos saberes adquiridos.

Para elas, ter participado desse momento contribuiu positivamente para agregar novos conhecimentos ao saber popular sobre o tema, tornando-o mais científico. Além disso, o re(aprender) sobre o desenvolvimento e estimulação infantil também possibilitou a socialização das informações com outras mães, ou seja, essas mães passaram a ser multiplicadoras de conhecimentos.

[...]eu aprendi coisa que eu não sabia, nem imaginava como fazer e também pude corrigir umas coisas que eu achava que era certo e não era. Por isso, que foi bom porque aprendi e também porque passo o que sei para outras mães que conheço [...]. (M3)

[...]eu pude aprender o certo e corrigir o que estava fazendo de errado. E assim é bom porque não prejudica a criança. Muita coisa que foi conversado lá (na intervenção) eu não sabia para que servia e como era para fazer [...] mas depois da reunião me clareou muita coisa e

hoje eu sei o que estou fazendo e até já mostro para umas amigas (risos). (M5)

[...] eu até ensinei umas duas vizinhas [...] uma delas teve bebê há pouco tempo e eu aproveitei quando fui visitar e já fui falando como fazer os estímulos e que era bom para ele se desenvolver bem saudável. Ela gostou muito também. Levei a cartilha para ela ler também. (M7)

[...] eu aprendi muito sobre o assunto e tinha coisa que não sabia. Também ninguém me explicou sobre isso. Hoje eu até já falo para algumas mães quando vejo coisa errada e como elas podem fazer estimulando. Já expliquei e até emprestei a cartilha para umas três amigas minhas para fazer cópia para elas lerem também. (M9)

Com os novos conhecimentos adquiridos, as mães também passaram a ofertar mais atenção, carinho e estimular seus filhos cotidianamente, compreendo a estimulação do desenvolvimento como algo inerente ao ato de cuidar, proporcionando, assim, um salto qualitativo na proteção à criança, bem como à transformação da realidade que vivem.

[...] para mim foi muito bom porque eu passei a entender que estimular também é um tipo de cuidado. Acho que esse encontro fez a gente entender melhor que é preciso sentar com a criança para brincar, porque é importante para o desenvolvimento, e fez a gente mudar também. Eu mesma mudei muito em relação a dar mais valor às brincadeiras, contar histórias e dar ainda mais carinho [...] eu mudei nesse sentido, porque procuro estar ainda mais presente. (M6)

[...] foi muito importante para mim, porque eu entendi que ele (a criança) precisa de mim e que era preciso eu mudar também. Hoje eu tento dividir melhor as tarefas de casa para dar atenção para ele. Precisava fazer isso. Eu já sentia que precisava, e depois da reunião pronto! Resolvi mudar e me dedicar ainda mais a ele, e mais ainda nas brincadeiras e ao amor também que é muito importante. (M11)

[...]hoje posso dizer com sinceridade que estímulo muito mais que antes. Hoje eu me dedico mais e procuro dar mais atenção as coisas simples que não fazia por causa de falta de tempo, como brincar com ela (a criança), contar história e ficar mais tempo perto, dando atenção, mais carinho. (M3)

Olhar qualificado pós-intervenção educativa: motivação e empoderamento materno

A intervenção educativa, conforme relato das mães participantes do estudo, as tornou mais empoderadas para estimular o desenvolvimento dos seus filhos. Além de motivadas, as mães se sentiram seguras para identificar aspectos antes despercebidos, a exemplo das dificuldades e evoluções dos filhos relacionadas ao alcance dos marcos do desenvolvimento.

[...] me sinto muito mais segura hoje porque agora sei para que serve o que estou fazendo com ele. Antes eu não tinha muita noção e nem sabia o que a criança fazia em cada idade. É bom porque a gente já sabe o que tem que estimular em cada idade [...]]estou com mais preparo e mais estimulada para continuar fazendo. (M1)

[...] eu já consigo perceber melhora em algumas coisas depois que comecei a estimular mais. Ele está cada vez mais esperto e a reunião ajudou muito porque mostrou como fazer e como é importante observar mais. Hoje eu fico mais atenta para o desenvolvimento dele e já consigo identificar muitas coisas que antes nem sabia [...]. (M2)

[...] hoje está mais fácil de saber se ele está se desenvolvendo direito ou não. Hoje eu observo algumas coisas do desenvolvimento que antes eu não prestava atenção [...]. (M4)

[...]agora me sinto bem mais com preparo para ajudar ele, porque sei para que está servindo cada estímulo que estou fazendo com ele [...] saber que ele está evoluindo motiva mais a gente para continuar. (M9)

[...] fico mais motivada para estimular porque hoje posso dizer que aprendi muitas coisas. Hoje está mais fácil de ver o que ela já consegue fazer e o que ainda não consegue. Eu estou mais de olho. Antes não dava conta de olhar essas coisas e hoje é diferente. Estou muito feliz em saber que ela está indo bem e que posso ajudar minha filha a se desenvolver cada vez mais [...]. (M10)

Os discursos também evidenciaram que a intervenção proporcionou uma maior autonomia no cuidar, uma vez que incentivou as mães a buscarem novas alternativas, como a tecnologia virtual para explorar estímulos e promover o desenvolvimento do seu filho.

[...] agora eu tenho mais opção para tentar estimular ele. Com a ideia dos brinquedinhos que a gente pode fazer eu sempre fico procurando coisas novas para criar. A internet ajuda muito porque também mostra umas ideias para fazer também. Eu estou sempre buscando coisa diferente. (M8)

[...] mudou muita coisa. Eu estou sempre procurando coisas de brincadeiras para fazer. Eu amei as ideias dos brinquedinhos e sempre fico procurando outras para fazer. Me abriu muito a mente para dar mais atenção para ele e criar coisas legais que ajude a ele se desenvolver melhor. (M12)

[...] a gente fica sempre procurando coisas novas e a internet ajuda muito para dar novas ideias também. (M11)

Discussão

A intervenção educativa com mães de crianças sobre a estimulação infantil no contexto da AIDPI, se mostrou uma estratégia efetiva para a melhora do conhecimento e transformação de atitudes das participantes. Essas, ao tomarem conhecimento sobre a oficina, demonstraram interesse, reconhecendo sua importância para a melhora do cuidado à criança.

Merece destaque o relato das mães ao evidenciarem que, após a intervenção estão mais atentas ao desenvolvimento dos filhos e empoderadas para identificar desvios e implementarem os estímulos adequados.

Diante disso, percebe-se os resultados positivos da vigilância do desenvolvimento no contexto da AIDPI quando preconiza a importância das orientações familiares sobre o desenvolvimento e estimulação infantil⁽⁴⁾. Isto é, promover intervenções educativas pautadas numa pedagogia participativa pode ser uma estratégia relevante para ampliar o conhecimento das mães sobre o tema, fortalecer suas habilidades e promover mudanças de comportamentos para o cuidado da criança no contexto do desenvolvimento, conforme observado nesta pesquisa.

Além do fortalecimento das competências maternas para desenvolver os estímulos no domicílio, a melhora do conhecimento sobre o tema permitirá um diálogo ampliado com a equipe de saúde, ou seja, durante a consulta para acompanhamento do desenvolvimento infantil, quando o profissional terá a oportunidade de ouvir a mãe e agregar à sua avaliação novas informações, comumente legítimas, as quais auxiliam no diagnóstico de anormalidades do desenvolvimento⁽¹⁶⁾.

A mãe, comumente principal cuidadora, apropriando-se do novo conhecimento, facilitará espaços no domicílio que oportunizem experiências as quais podem constituir-se como um preditor para o aprimoramento do desenvolvimento⁽¹⁷⁾. Esse aspecto, ficou evidente nas falas maternas quando expressaram maior segurança e interesse para realizar os estímulos a partir do conhecimento apreendido na intervenção. Portanto, compreender a importância e a finalidade das atividades foi fundamental para que as participantes se sentissem motivadas para dar seguimento no lar ao que foi discutido na intervenção educativa.

No entanto, é necessário que, atrelado aos estímulos físicos, o envolvimento afetivo também seja tema abordado nesse processo educativo sobre a estimulação infantil, conforme feito nesse estudo, visto que, o pleno desenvolvimento biopsicossocial da criança depende da afetividade que a família lhe proporcionará⁽¹⁸⁾.

Como possível reflexo da discussão, percebeu-se que, após a intervenção educativa, as mães também despertaram para a importância da afetividade para o desenvolvimento saudável, demonstrando mudanças de atitudes a partir da maior oferta de carinho, tempo e atenção para o filho. Segundo estudo⁽¹⁸⁾, sem investimento afetivo não há desenvolvimento infantil profícuo.

Por isso, é fundamental que os microssistemas em que a criança esteja inserida ofereçam experiências diversas com recursos materiais, mas também com possibilidades de interações afetuosas que promovam o seu desenvolvimento sensório-motor e emocional⁽¹⁹⁾.

É mister ressaltar que, apesar de as participantes dessa pesquisa constituírem um grupo vulnerável, de baixa renda e escolaridade, tais variáveis não interferiram no interesse delas em promover melhores oportunidades de estimulações físicas e afetivas às suas crianças, contradizendo estudos⁽²⁰⁾, cujos resultados apontam que um maior nível socioeconômico e

instrucional materno estão associados com as melhores oportunidades de estímulos ambientais, seja pela oferta de jogos, brinquedos e melhor organização do ambiente físico para a criança.

Nesse sentido, diante dos resultados positivos analisados neste estudo, compreende-se que a intervenção educativa na prática em saúde pode ser vislumbrada como uma importante estratégia transformadora de atitudes humanas⁽²¹⁾, inclusive em grupos mais vulneráveis, como evidenciados nos resultados.

Assim, partindo-se da premissa de que todo profissional de saúde é um educador, faz-se necessário que o mesmo esteja envolvido com atividades que contemplem ações de prevenção e promoção à saúde e não apenas às temáticas com foco curativo como é costume observamos no cotidiano da assistência⁽²²⁾.

Desse modo, discutir a promoção do desenvolvimento infantil com as mães de crianças com risco, permitiu empoderá-las com conhecimento para que fossem capazes de enriquecer as interações com outras pessoas da comunidade e com o contexto familiar, tornando satisfatórias as atividades voltadas para o desenvolvimento global da criança.

Para tanto, é importante que o profissional educador compreenda que o ensinar não se resume apenas à exposição de um conteúdo previamente planejado, onde ele é o detentor do saber absoluto, mas que as experiências humanas trazidas pelo aprendiz possam ser a fonte principal do aprendizado⁽²¹⁾.

No estudo em questão, percebeu-se que a valorização do conhecimento prévio das mães, das suas experiências individuais e dos valores culturais a partir do diálogo problematizador foram fundamentais para que a reconstrução e ressignificação de conhecimentos se fizesse possível.

Ademais, a utilização de uma metodologia participativa, qualitativa e humanística foi importante para o aprofundamento de questões antes desconhecidas por parte das mães, de modo a despertar interesse, autonomia e agregar novas possibilidades para estimulação dos filhos, a exemplo do uso da tecnologia para pesquisa de estímulos com vistas a prevenir déficits futuros no desenvolvimento. As tecnologias da informação podem acrescentar o processo de ensino-aprendizagem, pois o aprendiz, neste caso a mãe, permite-se acessar informações importantes sobre o tema, auxiliando-as no fomento à construção do conhecimento de forma autônoma e crítica-reflexiva⁽²³⁾.

Desse modo, com o advento dos espaços virtuais, as participantes buscaram a interatividade visando a partilha de experiências e apoio mútuo, podendo expressar seus sentimentos e opiniões que possibilitassem o empoderamento materno sobre esse e outros temas da infância.

No tocante ao impacto da intervenção no empoderamento materno esta proporcionou transformação de atitudes no seu cotidiano para um cuidado qualificado sobre o desenvolvimento do filho. Isso só é possível, porém, quando há o desenvolvimento de vínculos, compromisso e responsabilidade entre a díade mãe-filho, quando as mães, através do reconhecimento de necessidades pessoais, buscam meios para superar os problemas e tornam-se protagonistas das mudanças obtidas em sua realidade⁽²⁴⁾.

Contudo, acredita-se que a substituição da postura autoritária do educador e do método tradicional e “bancário” da educação que cultiva o depósito de informações tecnicistas, prontas e acabadas também contribuiu para que as participantes transformassem suas ações e se motivassem para o cuidado dos filhos quanto à estimulação do seu desenvolvimento.

A busca pela autonomia e o despertar da criticidade do educando, almejados nessa pesquisa, constituem aspectos basilares da educação popular, pois, segundo seus preceitos teóricos para aprendizagem se fazer efetiva é necessário que o aprendiz possa se perceber como protagonista da sua história de vida extinguindo sua passividade frente às experiências mundanas⁽²⁵⁾.

Na abordagem libertadora da educação popular, a inteligência do educando não é silenciada, mas respeitada e estimulada à criticidade⁽²⁵⁾. É possível a construção e propagação coletiva do conhecimento a partir das experiências de vida, possibilitando-o tornar-se sujeito diferenciado na busca de transformações sociais⁽²⁶⁾. Esse aspecto ficou claro no relato das mães, tendo em vista que elas conseguiram não apenas construir o conhecimento sobre o tema para implementá-lo no seu cotidiano, mas também propagá-lo para outras pessoas do seu convívio.

Porém, cabe destacar que a intervenção educativa não teve pretensão em transformar a mãe em especialista em desenvolvimento infantil, mas empoderá-la, para que facilitasse as interações da criança com as pessoas e o contexto familiar no período crucial para o desenvolvimento dela, pois são nos primeiros anos de vida que há intensa plasticidade cerebral e possibilidade de reversão de possíveis alterações⁽²⁷⁾.

Enfim, a intervenção educativa se mostrou eficaz, pois, as mães descortinaram suas limitações sobre a estimulação do desenvolvimento infantil e se revelaram preparadas para implementar e compartilhar o conhecimento construído após a intervenção educativa.

Embora aspectos limitadores deste estudo tenham sido identificados, a exemplo da delimitação a um município apenas, número de participantes e de encontros restritos, a relevância da intervenção educativa suplantou-os mediante a constatação de mudanças maternas por meio da estimulação precoce para a promoção do desenvolvimento infantil saudável, possibilitando reconhecer a importância da educativa nas práticas de saúde.

Conclusão

A pesquisa que retrata os impactos ocasionados por uma intervenção educativa sobre a estimulação infantil no cotidiano de mães de crianças em risco para o desenvolvimento, apresentou-se como uma estratégia importante, viável e capaz de promover conhecimento, reflexões e transformação da realidade de cada participante.

Os resultados revelam que a intervenção educativa se mostrou efetiva, pois proporcionou melhora do conhecimento das mães acerca da estimulação do desenvolvimento e autonomia para buscarem novas estratégias de estimulação. Ademais, proveu a transformação nas atitudes maternas ao implementarem cotidianamente a estimulação infantil, não apenas em relação ao aspecto motor, mas no âmbito afetivo.

A intervenção também trouxe satisfação às mães por se sentirem valorizadas, motivadas e empoderadas, a ponto de compartilharem o novo conhecimento construído com outras pessoas do seu círculo de convivência.

Problematizar situações do cotidiano ao invés de fazer transferência vertical de informações foi profícuo para a construção do saber coletivo e resolução de respostas às suas próprias necessidades. Diante disso, o uso da pedagogia participativa defendida pela educação popular, pautada no diálogo real, escuta, respeito aos valores culturais e ao saber prévio, constituíram-se uma ferramenta fundamental para ser utilizada com as mães no cuidado à criança quanto ao desenvolvimento infantil.

Neste sentido, salienta-se a importância da Vigilância do Desenvolvimento Infantil no contexto da AIDPI e, especificamente, a educação nas práticas de saúde para a promoção do desenvolvimento de crianças em risco. Assim, recomenda-se a continuidade das ações educativas sobre a temática com as mães e com àqueles que estão inseridos nos microssistemas da criança, a exemplo de pai e parentes próximos e cuidadores de CREI.

Entretanto, é necessário que programas de educação permanente possam ser revistos no município cenário do estudo, para que os profissionais, da saúde e da educação, possam se sentir motivados para promover as ações locais que remetam à estimulação infantil.

Por fim, espera-se que os resultados e reflexões do estudo não se singularizem, muito menos, se limitem apenas ao município pesquisado, mas que se multipliquem para outras localidades, a fim de subsidiar a efetividade da intervenção educativa nas práticas em saúde sobre a vigilância do desenvolvimento infantil, para que as crianças cresçam e se desenvolvam em todo o seu potencial e, assim, se tornem adultos produtivos.

Referências

- 1 Silva WR, Lisboa T, Ferrari EP, Freitas KTD, Cardoso FL, Motta NFA, Tkac CM. Oportunidades de estimulação motora no ambiente domiciliar de crianças. *J Hum Growth* [Internet]. 2017 [acesso em 2019 jan 17]; 27(1): 84-90. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.127659>
- 2 Souza JM, Veríssimo MLO. Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 [acesso em 2019 jan 25]; 23(6): 1097-104. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>
- 3 Bueno EA, Castro AAM, Chiquetti EMS. Influência do Ambiente Domiciliar no Desenvolvimento Motor de Lactentes Nascidos Pré-Termo. *Revista Neurociências* [Internet]. 2014 [acesso em 2019 jan 27]; 22(1): 45-52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4181/RNC.2014.22.914.8p>
- 4 Reichert APS, Nóbrega VM, Damasceno SS, Collet N, Eickmann SH, Lima MC. Vigilância do desenvolvimento infantil: práticas de enfermeiras após capacitação. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2015 [acesso em 2019 jan 28]; 17(1): 117-23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i1.27722>
- 5 Ribeiro DG, Pedrosa GB, Padovani FHP. 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. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [acesso em 2019 jan 29]; 19(1): 215-26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014191.1904>
- 6 Okido ACC, Zago MMF, Lima RAG. O cuidado do filho dependente de tecnologia e suas relações com os sistemas de cuidados em saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 [acesso em 2019 jan 29]; 23(2): 291-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0258.2554>
- 7 Arias FS, Chanamé AE. Nivel de conocimiento y actitudes de las madres púerperas sobre estimulación temprana em niños menores de um año em el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé. *Rev. Enferm Herediana* [Internet]. 2014 [acesso em 2019 fev 10]; 7(1):39-43. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20453/renh.v7i1.2122>
- 8 Benício AL, Santana MDR, Bezerra IMP, Santos RR. Cuidado à criança menor de um ano: perspectiva da atuação do enfermeiro na puericultura. *Revista de Enfermagem UFPE* [Internet]. 2016 [acesso em 2019 fev 14]; 10(2): 576-84. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10992/12345>
- 9 Silva FB, Gondim EC, Henrique NCP, Fonseca LMM, Mello DF. Intervenção educativa com mães jovens: aquisição de saberes sobre cuidados da criança. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 fev 15]; 31(1): 32-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800006>
- 10 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2016b.

- 11 Freire P. Educação como prática da liberdade. 30 ed. Rio de Janeiro: Paz E Terra; 2007.
- 12 Freire P. Pedagogia do Oprimido. 10. ed. Rio de Janeiro: Paz E Terra; 1981.
- 13 Organización Panamericana de la salud. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI. Washington. 2011. 70p.
- 14 Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. Rev Bras Enferm [Internet] 2018 [acesso em 2019 fev 17]; 71(1):243-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>
- 15 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: hucitec; 2014.
- 16 Reichert APS, Collet N, Eickmann SH, Lima MC. Vigilância do desenvolvimento infantil: estudo de intervenção com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Revista Latino Americana de Enfermagem [Internet]. 2015 [acesso em 2019 fev 20]; 23(5): 954-62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0272.2636>
- 17 Silva CCV. Atuação da fisioterapia através da estimulação precoce em bebês prematuros. Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde [Internet] 2017 [acesso em 2019 fev 20]; 5(5):29-36. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2017/01/atua%C3%A7%C3%A3o-da-fisioterapia-atrav%C3%A9s-da-estimula%C3%A7%C3%A3o-precoce-em-beb%C3%AAs-prematuros-v-5-n-5.pdf>
- 18 Silva TR, Gontijo CS. A Família e o Desenvolvimento Infantil sob a Ótica da Gestalt-Terapia. Revista IGT na Rede [Internet] 2016 [acesso em 2019 mar 03]; 13(24):15-36. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/igt/v13n24/v13n24a03.pdf>
- 19 Correa W, Minetto MF, Crepaldi MA. Família como promotora do desenvolvimento de crianças que Apresentam Atrasos. Pensando Famílias [Internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 04]; 22(1): 594-99. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679494X2018000100005&lng=pt&nrm=iso
- 20 Eyken EBB, Garcia CSNB, Antunes TM, Cavalcante ABS, Xarles TM, Ribeiro. Conhecimento sobre desenvolvimento neuropsicomotor da criança. HU Revista [Internet]. 2015 [acesso em 2019 mar 05]; 41(1): 23-31. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/09/1812/2466-13755-1-pb.pdf>
- 21 Araújo EPS, Cruz PJSC, Alencar IC, Carneiro DGB. Educação popular no processo de integração ensino serviço e comunidade: reflexões com base em experiências na extensão. Rev. APS [Internet]. 2015 [acesso em 2019 mar 05]; 18(4): 447-55. Disponível em: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/15589/8178>
- 22 Moura LKM, Lima CHR, Sousa FDL, Honorato DZS, Rocha Neta AS, Costa KRF. O profissional enfermeiro como educador: um olhar para atenção primária à saúde e o NASF. R. Interd [Internet]. 2015 [acesso em 2019 mar 05]; 8(1): 211-19. Disponível em:

https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/602/pdf_201

23 Santos AF, Sobrinho DF, Araujo LL, Procópio CSD, Lopes EAS, Lima AMLD, Reis CMR, Abreu DMX, Jorge AO, Machado ATM. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso em 2019 mar 05]; 33(5): 1-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n5/1678-4464-csp-33-05-e00172815.pdf>

24 Santos ND, Thiengoll MA, Moraes JRMM, Pacheco STA, Silva LF. O empoderamento de mães de recém-nascidos prematuros no contexto de cuidado hospitalar. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2014 [acesso em 2019 mar 05]; 22(1): 65-70. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n1/v22n1a10.pdf>

25 Monteiro EMLM. Educação popular em saúde. Recife: UFPE; 2015.

26 Nogueira IS, Vergaças HM, Santos LF, Cypriano PE, Moreno MG, Lima SO, Baldissera VDA. A prática educativa na estratégia saúde da família: estratégia para repensar e reconstruir ações dialógicas. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR* [Internet]. 2015 [acesso em 2019 mar 05]; 19(1): 11-17. Disponível em: <http://doi.org/10.25110/arqsaude.v19i1.2015.5259>

27 Ribeiro DG, Pedrosa GB, Padovani FHP. 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. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [acesso em 2018 jul 03]; 19(1): 215-26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014191.1904>

Considerações Finais

Esta pesquisa foi desenvolvida utilizando dados objetivos e subjetivos, a fim de avaliar a efetividade de uma intervenção educativa sobre estimulação infantil para mães de crianças em risco do desenvolvimento. Também buscou-se analisar a percepção das mães e o impacto da intervenção educativa no cotidiano materno.

Os resultados revelam que a intervenção educativa se mostrou efetiva, pois proporcionou melhora do conhecimento das mães acerca da estimulação do desenvolvimento infantil. Ademais, proveu a transformação nas atitudes maternas ao incorporarem conscientemente a estimulação infantil no cotidiano das crianças em risco, a partir da inclusão das ações da vigilância do desenvolvimento infantil.

A intervenção também trouxe satisfação às mães por se sentirem valorizadas e capazes de implementarem diariamente os estímulos adequados. Além disso, o empoderamento adquirido pós intervenção possibilitou a socialização do conhecimento com outras mães da comunidade.

Desse modo, acredita-se que as estratégias baseadas na educação em saúde utilizadas nas oficinas, a exemplo da confecção de objetos de estimulação infantil, disponibilização de materiais impressos e simulação prática com bonecos, foram reconhecidas pelas mães como positivas para a construção e implementação de novos conhecimentos, pois, segundo elas, proporcionou mudança de hábitos, compreensão das tarefas realizadas e a transformação da realidade as quais estão inseridas.

Percebeu-se ainda que problematizar situações do cotidiano ao invés de fazer transferência vertical de informações foi profícuo para a construção do saber coletivo e resolução de respostas às suas próprias necessidades.

Diante disso, as metodologias ativas atreladas aos preceitos da educação popular, a exemplo, do diálogo real, escuta ativa, respeito aos valores culturais e ao saber prévio das participantes, mostraram-se favoráveis à construção do novo conhecimento, constituindo-se numa ferramenta fundamental para ser utilizada junto às mães no cuidado à criança para a promoção do desenvolvimento saudável.

Entretanto, se por um lado as mães se mostraram presentes no processo de estimulação dos filhos, a participação paterna ainda se mostrou discreta, ficando a cargo destas a responsabilidade pelas ações de cuidado, não apenas relacionadas às necessidades humanas básicas, mas também no que concerne à oferta de estímulos no domicílio, gerando sobrecarga física e descontentamentos por parte delas.

Inserir a família, especialmente a figura paterna, para compreender a importância da sua participação nesse processo e compartilhar tarefas, é válido, e precisa ser melhor explorado em

outras pesquisas, pois a ausência do pai, sobrecarga e centralização da oferta de estímulos pela mãe, foram fragilidades evidenciadas no estudo.

Além das mães, alude-se ainda os familiares e cuidadores de crianças inseridas nesses CREI como figuras que também poderiam ser beneficiadas com ações de intervenção pautadas na educação popular, a fim de se re(construir) o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e a estimulação de crianças menores de 24 meses.

Neste sentido, reconhecemos a importância da Vigilância do Desenvolvimento Infantil no contexto da AIDPI e especificamente a educação em saúde como uma de suas ferramentas indispensáveis para a promoção do desenvolvimento de crianças. Por isso, reitera-se a continuidade das ações educativas sobre a temática do desenvolvimento e estimulação infantil com as mães, pois ainda foram identificadas fragilidades do conhecimento em aspecto específico quanto à linguagem, e com todos aqueles que estão inseridos nos microssistemas da criança, a exemplo de pai e de parentes próximos e cuidadores.

Em ações futuras, sugere-se o uso de metodologia problematizadora com a participação ativa materna e dos outros atores mencionados, pois valorizar o saber prévio atrelado ao uso de diferentes estratégias para aprendizagem também se mostrou importante para a melhora do conhecimento delas, na pesquisa em questão.

É importante que os profissionais da Atenção Básica também estejam inseridos nesse processo, a fim de que a criança seja acompanhada de forma integral e que as famílias possam receber todo suporte necessário quanto às recomendações acerca da estimulação infantil, visto que também foram identificadas fragilidades quanto à falta desse apoio pelo profissional de saúde.

Desse modo, advertimos a inserção de ações que promovam a estimulação do desenvolvimento infantil no âmbito da atenção primária à saúde e em CREI, a fim de auxiliar os pais e cuidadores a aplicarem estímulos adequados para a promoção do desenvolvimento infantil no contexto domiciliar.

Sugere-se, por fim, que trabalhos longitudinais sejam desenvolvidos com um número maior de oficinas, a fim de disponibilizar às mães, discussões em diferentes momentos sobre a temática da estimulação infantil. Além disso, é importante que estudos que incluam avaliação infantil para obter melhor impacto da intervenção e caráter observacionais sejam desenvolvidos no âmbito domiciliar, com o intuito de se verificar concretamente qual a oferta de estímulos nesse microssistema foi realmente efetivada.

Este modelo de pesquisa com abordagem mista permitiu a complementariedade da compreensão do objeto de estudo, pois além de compreender a efetividade da intervenção

educativa, permitiu verificar as subjetividades quanto às facilidades e dificuldades para as mães implementarem as estimulações. Neste sentido, os resultados obtidos confirmam a hipótese de que a intervenção educativa realizada com mães de crianças menores de dois anos em risco desenvolvimental possibilita uma melhora do conhecimento das mesmas.

Espera-se que os resultados e reflexões desta pesquisa contribuam para que gestores e profissionais da saúde e da educação, e todos àqueles envolvidos na atenção à criança passem a reconhecer a importância da educação popular e repensem a sua incorporação na prática diária como uma estratégia para melhorar o conhecimento de mães de crianças em risco para o desenvolvimento sobre estimulação infantil.

Referências

- 1 Coelho R, Ferreira JP, Sukiennik R, Halpern R. Child development in primary care: a surveillance proposal. *J Pediatr* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 jun 06]; 95(5): 505-11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2015.12.006>
- 3 Souza JM, Veríssimo MLO. Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 [acesso em 2018 jun 06]; 23(6): 1097-104. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>
- 3 Martorell G. O desenvolvimento da criança do nascimento à adolescência. 1ed. Porto Alegre: Editora Artmed. 2014.
- 4 Correa W, Minetto MF, Crepaldi MA. Família como promotora do desenvolvimento de crianças que apresentam atrasos. *Pensando Famílias* [Internet]. 2018 [acesso em 2018 jun 06]; 22(1): 594-99. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679494X2018000100005&lng=pt&nrm=iso
- 5 Neves KR, Moraes RLS, Teixeira RA, Pinto PAF. Growth and development and their environmental and biological determinants. *Journal de Pediatria* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 jun 06]; 19(3): 241-50. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2015.08.007>
- 6 Pereira JF, Formiga CKMR, Vieira MEB, Linhares MBM. Influência dos fatores biológicos e socioeconômicos no desenvolvimento neuropsicomotor de pré-escolares. *Saúde e Pesquisa* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 jun 06]; 10(1): 135-44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2017v10n1p135-144>
- 7 Vieira MT, Silva J, Frônio JS. Functional capacity, Independence and home affordances of premature children attending daycare centers. *Fisioter. Mov* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 jun 08]; 30(1): 85-95. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.030.001.ao09>
- 8 Zago JT, Pinto PAF, Leite HR, Santos JN, Morai RLS. Associação entre o desenvolvimento neuropsicomotor e fatores de risco biológico e ambientais em crianças na primeira infância. *Rev. CEFAC* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 jun 07]; 19(3): 320-29. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201719314416>
- 9 Bueno EA, Castro AAM, Chiquetti EMS. Influência do Ambiente Domiciliar no Desenvolvimento Motor de Lactentes Nascidos Pré-Termo. *Revista Neurociências* [Internet]. 2014 [acesso em 2018 jun 08]; 22(1): 45-52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4181/RNC.2014.22.914.8p>
- 10 Perlroth NH, Branco CWC. Current knowledge of environmental exposure in children during the sensitive developmental periods. *Jornal Pediatria* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 jun 07]; 93(1): 17-27. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.07.002>
- 11 Nobre FSS, Valentini NC. O contexto do desenvolvimento motor de escolares do semiárido: contribuições do modelo processo-contexto. *Revista Brasileira de Ciência e Esporte* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 jun 09]; 38(2): 132-38. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbce.2016.02.012>

- 12 Dornelas LF, Duarte NM, Magalhães LC. Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo. *Revista Paulista de Pediatria* [Internet]. 2015 [acesso em 2018 jun 09]; 33(1): 88-103. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2014.04.009> 0103-0582
- 13 Araujo LB, Novakoski KRM, Bastos MSC, Mélo TR, Israel VL. Caracterização do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças até três anos: o modelo da CIF no contexto do NASF. *Cad. Bras. Ter. Ocup* [Internet]. 2018 [acesso em 2018 jun 09]; 26(3): 538-57. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1183>
- 14 Caminha MFC, Silva SL, Lima MC, Azevedo PTACC, Figueira MCS, Batista FM. Vigilância do desenvolvimento infantil: análise da situação brasileira. *Revista Paulista de Pediatria* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 jun 09]; 35(1): 102-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;1;00009>.
- 15 Valentini NC, Coutinho MTC, Pansera SM, Santos VAP, Vieira JLL, Ramalho MH et al. Prevalência de déficits motores e desordem coordenativa desenvolvimental em crianças da região Sul do Brasil. *Revista Paulista de Pediatria* [Internet]. 2012 [acesso em 2018 jun 14]; 30(3): 377-84. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822012000300011>
- 16 Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre deficiência. 2012, 360p.
- 17 Alvim CG, Guimarães FG, Meinberg NLS, Aguiar LT, Caetano LCG, Carrusca LC et al. A Avaliação do Desenvolvimento Infantil: um Desafio Interdisciplinar. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Internet]. 2012 [acesso em 2018 jun 14]; 36(1): 51-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000200007>.
- 18 Torquato JA, Paes JB, Bento MCC, Saikai GMPN, Souto JN, Lima EAM, Abreu LC. Prevalência de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor em pré-escolares. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano* [Internet]. 2011 [acesso em 2018 jun 14]; 21(2): 259-68. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822011000200009&lng=pt&nrm=iso
- 19 Díaz AA, Gallestey JB, Machuca-Vargas R, Velarde RA. Desarrollo infantil em zonas pobres de Perú. *Rev. Panam Salud Publica* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 jun 14]; 41(71): 1-8. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/309436>
- 20 Teixeira MCTV, Carvalho-Alckmin F, Emerich DR, Cervallos PV, Paula CS. Indicadores de atraso no desenvolvimento em crianças de creche advindas de famílias de baixa renda. *Estudos e Pesquisas em Psicologia* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 jun 14]; 17(3): 1042-62. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812017000300014&lng=pt&tlng=pt.
- 21 Silva WR, Lisboa T, Ferrari EP, Freitas KTD, Cardoso FL, Motta NFA, TKAC CM. Oportunidades de estimulação motora no ambiente domiciliar de crianças. *J Hum Growth* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 jun 14]; 27(1): 84-90. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.127659>

- 22 Lima SS, Cavalcante LIC, Costa EF. Triagem do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças brasileiras: uma revisão sistemática da literatura. *Fisioter Pesqui* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 jun 14]; 23(3): 336-42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/15703523032016>
- 23 Danielli CR, Farias BL, Santos DAPB, Neves FE, Tonetta MC, Gerzson LR, Almeida CS. Efeitos de um programa de intervenção motora precoce no desenvolvimento de bebês em um abrigo residencial. *ConScientiae Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 jun 14]; 15(3): 370-77. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5585/ConsSaude.v15n3.6257>
- 24 Ribeiro DG, Pedrosa GB, Padovani FHP. 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. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [acesso em 2018 jul 03]; 19(1): 215-26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014191.1904>
- 25 Reichert APS, Collet N, Eickmann SH, Lima MC. Vigilância do desenvolvimento infantil: estudo de intervenção com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Revista Latino Americana de Enfermagem* [Internet]. 2015 [acesso em 2018 jul 03]; 23(5): 954-62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0272.2636>
- 26 Simião CKS, Sousa DLB, Silva AST, Pereira HPS, Lopes DCL, Davim RMB et al. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: prática do enfermeiro. *Rev enferm UFPE* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 jul 03]; 11(Supl. 12): 5382-90. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a230448p53902017>
- 27 Matos DHA, Martins TS, Fernandes MNF. AIDPI: Conhecimento dos Enfermeiros da Atenção Básica no Interior do Maranhão. *Journal of Health Sciences* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 jul 03]; 18(4): 229-34. Disponível em: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/3629>
- 28 Garcia JLA. Avaliação do desenvolvimento infantil no contexto da atenção primária a saúde. 93 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde): Faculdade de Medicina de Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG); 2012.
- 29 Fujimori E, Higuchi CH, Cursino EG, Verissimo MDLOR, Borges ALV. Ensino da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância na graduação em enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem* [Internet]. 2013 [acesso em 2018 jul 03]; 21(3): 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300002>
- 30 Brasil. Ministério da Saúde. Manual AIDPI criança 2 meses a 5 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 246p.
- 31 Organización Panamericana de la salud. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI. Washington. 2011. 70p.
- 32 Oliveira LL, Costa VMR, Requeijo MR, Rebolledo RS, Pimenta AF. Desenvolvimento infantil: concordância entre a caderneta de saúde da criança e o manual para vigilância do desenvolvimento infantil. *Revista Paulista de Pediatria* [Internet]. 2012 [acesso em 2018 jul 03]; 30(4): 479-85. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822012000400004>

- 33 Brasil. Ministério da saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da criança: orientações para implementação. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 180 p.
- 34 Reichert APS, Nóbrega VM, Damasceno SS, Collet N, Eickmann SH, Lima MC. Vigilância do desenvolvimento infantil: práticas de enfermeiras após capacitação. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2015b [acesso em 2018 ago 07]; 17(1): 117-23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i1.27722>
- 35 Santos ILF, Gaiva MAM. Desafios para aplicação da estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância. *J. Res. Fundam. Care* [Internet]. 2015 [acesso em 2018 ago 08]; 7(4): 3516-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3516-3531>
- 36 Carvalho RAS, Santos VS, Melo CM, Gurgel RQ, Oliveira CCC. Desigualdades em saúde: condições de vida e mortalidade infantil em região do nordeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2015 [acesso em 2018 ago 07]; 49(5): 1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049004794>
- 37 Leite MS, Andrade ASA, Lima LMD. AIDPI: conhecimentos dos enfermeiros da atenção básica do município de Aracaju-SE. *Revista Mineira de Enfermagem* [Internet]. 2011 [acesso em 2018 ago 08]; 15(4): 481-90. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22145&indexSearch=ID>
- 38 Amaral DM, Montrone AVG. Educação popular: metodologia de pesquisa como processo educativo. *Revista da FAEEBA – Educação e Contemporaneidade* [Internet]. 2015 [acesso em 2018 ago 08]; 24(43): 75-88. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21879/faeaba2358-0194.2015.v24.n43.p%25p>
- 39 Reichert APS. Vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes na estratégia de saúde da família. 142f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente): Universidade Federal de Pernambuco - UFPE; 2011.
- 40 Carvalho MVP. O desenvolvimento motor normal da criança de 0 a 1 ano: orientações para pais e cuidadores. 72 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde e Meio Ambiente): Centro Universitário Oswaldo Aranha - Volta Redonda; 2011.
- 41 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. A estimulação precoce na Atenção Básica: guia para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), no contexto síndrome congênita por zika/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

- 42 Berticelli G, Henker CF, Roveda PO, Mayer VNK. Estudo do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas prematuras. *Saúde [Internet]*. 2015 [acesso em 2018 ago 11]; 41(2): 139-48. Disponível em: <http://dx.doi.org/105902/2236583416736>
- 43 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2016b.
- 44 Guerreiro TBF, Cavalcante LIC, Costa EF, Valente MDR. Triagem do Desenvolvimento Neuropsicomotor de Crianças das Unidades de Educação Infantil do Município de Belém, Pará, Brasil. *Hum Growth Dev [Internet]*. 2016 [acesso em 2018 ago 11]; 26(1): 181-89. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.119262>
- 45 Paranhos VC, Pina JC, Mello DF. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância e o enfoque nos cuidadores: revisão integrativa da literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. 2011 [acesso em 2018 ago 11]; 19(1): 1-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100027>
- 46 Dantas MSA. Rede e apoio social da família no cuidado à criança com paralisia cerebral. 103f. Tese (Doutorado em Enfermagem): Universidade Federal da Paraíba – UFPB; 2017.
- 47 Arias FS, Chanamé AE. Nivel de conocimiento y actitudes de las madres puérperas sobre estimulación temprana em niños menores de um año em el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé. *Rev. Enferm Herediana [Internet]*. 2014 [acesso em 2018 ago 11]; 7(1):39-43. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20453/renh.v7i1.2122>
- 48 Fernandes PV, Gerzson LR, Almeida CS, Spessato BC. Desenvolvimento da manipulação do bebê em diferentes idades motoras. *R. bras. Ci. e Mov [Internet]*. 2017 [acesso em 2018 ago 11]; 25(1):99-108. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18511/rbcm.v25i1.6509>.
- 49 Brasil. Ministério da saúde. Guia sobre a estimulação precoce na atenção básica: contribuições para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção básica, saúde da família e núcleo de apoio à saúde da família (Nasf), no contexto da microcefalia/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 34 p
- 50 Silva FB, Gondim EC, Henrique NCP, Fonseca LMM, Mello DF. Intervenção educativa com mães jovens: aquisição de saberes sobre cuidados da criança. *Acta Paulista de Enfermagem [Internet]*. 2018 [acesso em 2018 ago 11]; 31(1): 32-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800006>
- 51 Alpino MAS, Valenciano PJ, Furlaneto BB, Zechim FC. Orientações de fisioterapia a mães de adolescentes com Paralisia Cerebral: abordagem educativa para o cuidar. *Rev. Bras. educ. espec [Internet]*. 2013 [acesso em 2018 ago 11]; 19(4): 597-610. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141365382013000400009&lng=en&tlng=pt.

- 52 Guimarães FAB, Assis CD, Vieira MEB, Formiga CKMR. Evaluation of teaching materials prepared for guidance of caregivers and day care teachers on child development. *Journal of Human Growth and Development* [Internet]. 2015 [acesso em 2018 ago 14]; 25(1): 27-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/JHGD.96764>
- 53 Van Schaik EE, Souza CCBX, Rocha EF. Reflexões sobre a atenção às crianças com deficiência na atenção primária à saúde. *Rev. Ter. Ocup 2014* [Internet]. [acesso em 2018 ago 16]; 25(3): 233-41. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i3p233-241>
- 54 Monteiro EMLM, Vieira NFC. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. *Rev Bras Enferm* 2010 [acesso em 2010 ago 14]; 63(3): 397-403. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000300008>.
- 55 Freire P. Educação como prática da liberdade. 30 ed. Rio de Janeiro: Paz E Terra; 2007.
- 56 Freire P. Pedagogia do Oprimido. 10. ed. Rio de Janeiro: Paz E Terra; 1981.
- 57 Haywood KM, Getchell N. Desenvolvimento motor ao longo da vida. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- 58 Valiati MRMS. Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor: fatores de risco e intervenção precoce nos centros de educação infantil. 279 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente) - Universidade Federal de Paraná – UFPR; 2017.
- 59 Hassano AYS. Desenvolvimento Neuropsicomotor no Primeiro Ano de Vida. *Revista de Pediatria SOPERJ* [Internet]. 2011 [acesso em 2018 ago 11]; 12 (1): 9-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822012000400019>
- 60 Maia ABO. Desenvolvimento neuropsicomotor: importância da vigilância na atenção primária. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Federal de Pernambuco – UFPE; 2013.
- 61 Reed UC, Dias MJM. *Pediatria: instituto da criança hospital das clínicas – neurologia*. São Paulo: Manole. 2012.
- 62 Tecklin JS. *Fisioterapia pediátrica*. 3 ed. São Paulo: Artmed, 2002.
- 63 Zeppone SC, Volpon LC, Ciampo LAD. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. *Revista Paulista de Pediatria* [Internet]. 2012 [acesso em 2018 ago 12]; 30(4): 594-99. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822012000400019>
- 64 Prates LPCS, Martins VO. Distúrbios da fala e da linguagem na infância. *Revista Médica de Minas Gerais* [Internet]. 2011 [acesso em 2018 ago 11]; 21(4): 54-60. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822012000400019>
- 65 Cesaro BC, Bonamigo AW, Silva HTH, Oliveira F. Alterações na comunicação em crianças vítimas de violência: reflexões para a Fonoaudiologia. *Distúrbios Comum* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 15]; 28(3): 462-72. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/26908/20870>

- 66 Borges AEA, Mendes LM, Clementino ACCR. Desempenho psicomotor de crianças pré-escolares. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* [Internet]. 2014 [acesso em 2018 ago 15]; 27(4):439-444. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2014.p439>
- 67 Carvalho AJA, Lemos SMA, Goulart MLF. Desenvolvimento da linguagem e sua relação com comportamento social, ambientes familiar e escolar: revisão sistemática. *CoDAS* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 15]; 28(4): 470-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20162015193>
- 68 Rodovalho JC, Braga AKP, Formiga CKMR. Diferenças no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças em centros de educação infantil de Goiânia/GO. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2012 [acesso em 2018 ago 15]; 14(1): 122-32. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a14.htm>
- 69 Morgado AM, Dias MLV, Paixão MP. O desenvolvimento da socialização e o papel da família. *Análise Psicológica* [Internet]. 2013 [acesso em 2018 ago 15]; 2(31): 129-44. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312013000200002&lng=pt&tlng=pt.
- 70 Hadders-algra M. Social and biological determinants of growth and development in underprivileged societies. *J Pediatr* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 15]; 92(3): 217-19. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.02.001>
- 71 Monteiro FPM, Araújo TL, Cavalcante TF, Leandro TA, Sampaio FSPC. Crescimento infantil: análise do conceito. *Texto Contexto Enfermagem* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 16]; 25(2): 1-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003300014>
- 72 Silva ACD, Engstron EM, Miranda CT. Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6-18 meses de vida inseridas em creches públicas do Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2015 [acesso em 2018 ago 16]; 31(9): 1881-93. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00104814>
- 73 Silva J, Fronio JS, Lemos RA, Ribeiro LC, Aguiar TS, Silva DT et al. Pacing opportunities at home and skill of children with potential changes in functional development. *Journal of Human Growth and Development* [Internet]. 2015 [acesso em 2018 ago 16]; 25(1):19-26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/JHGD.96763>
- 74 Martinello M, Nazario PF, Marques LZ, Ries LGK, Lando C. Avaliação do desenvolvimento motor de crianças matriculadas em creches públicas. *HU Revista*. 2011; 37(2): 155-62. [Internet]. 2015 [acesso em 2018 ago 16]; 25(1):19-26. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/1326>
- 75 Santos HCV, Pacheco MDR. Os fatores de risco ao desenvolvimento da criança em contextos de creche pública. *Revista Exitus Santarém* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 16]; 6(2): 48-67. Disponível em: <http://www.ufopa.edu.br/portaldeperiodicos/index.php/revistaexitus/>

- 76 Garcia PA, Vieira MEB, Formiga CKMR, Linhares MBM. Influência de fatores de risco no desenvolvimento neuromotor de lactentes pré-termo no primeiro ano de vida. *Revista Movimenta* [Internet]. 2011 [acesso em 2018 ago 16]; 4(2): 83-9. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/11628>
- 77 Sá, DGF de.; Bordin IAS; Martin D; Paula CS de. Fatores de Risco para Problemas de Saúde Mental na Infância/Adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [Internet]. 2010 [acesso em 2018 ago 16]; 26(4): 643-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n4/08.pdf>
- 78 Brofenbrenner U. *Bioecologia do desenvolvimento humano – tornando os seres humanos mais humanos*. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- 79 Araújo ATC, Eickmann SH, Coutinho SB. Fatores associados ao atraso do desenvolvimento motor de crianças prematuras internadas em unidade de neonatologia. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [Internet]. 2013 [acesso em 2018 ago 17]; 13(2): 119-28. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292013000200005>
- 80 Veleza AA, Soares MCF, César-vaz MR. Fatores associados ao atraso no desenvolvimento em crianças, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Gaúcha Enfermagem* [Internet]. 2011 [acesso em 2018 ago 18]; 32(1): 79-85. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000100010>
- 81 Cardoso AA, Magalhães LC, Barbosa VM. Desenvolvimento psicomotor em crianças pré-termo e a termo na idade escolar. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* [Internet]. 2011 [acesso em 2018 ago 18]; 21(2):210-9. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v21n2/04.pdf>
- 82 Pereira VA, Marinho SCSO, Rodrigues OMPR, Chiodelli T, Donato ML. Investigação de Fatores Considerados de Risco para o Desenvolvimento Motor de Lactentes até o Terceiro Mês. *Pensando Famílias* [Internet]. 2015 [acesso em 2018 ago 19]; 19(2): 73-85. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2015000200007&lng=pt&nrm=iso
- 83 Ramalho J, Santos MR. Síndrome Alcoólica Fetal: Implicações Educativas. *Rev. Bras. Ed. Esp* [Internet]. 2015 [acesso em 2018 ago 18]; 21(3): 335-44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-65382115000300002>
- 84 Ganthous G, Rossi, NF, Giacheti CM. Linguagem no transtorno do espectro alcoólico fetal: uma revisão. *Rev. CEFAC*. [Internet]. 2015 [acesso em 2018 ago 18]; 17(1): 253-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n1/1982-0216-rcefac-17-01-00253.pdf>
- 85 Rocha PC, Alves MTSSB, Chagas DC, Silva AAM, Batista RFL, Silva RA. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 18]; 1(e001192714): 1-13. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00192714>

- 86 Portela GLC, Barros LM, Frota NM, Landim APP, Caetano JÁ, Farias FLR. Percepção da gestante sobre o consumo de drogas ilícitas na gestação. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* [Internet]. 2013 [acesso em 2018 ago 18]; 9(2): 58-63. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v9n2/pt_02.pdf
- 87 Maia TL, Trevisol FS, Galato D. Uso de medicamentos no primeiro trimestre de gravidez: avaliação da segurança dos medicamentos e uso de ácido fólico e sulfato ferroso. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [Internet]. 2014 [acesso em 2018 ago 19]; 36(12): 541-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/So100-720320140005051>
- 88 Costa ALR, Araújo JE, Lima JWO, Costa FS. Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2014 [acesso em 2018 ago 20]; 36(1): 29-34. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032014000100007>
- 89 Lima DA, Brasileiro AA, Rosa LPS. Riscos e consequências das diabetes gestacional: uma revisão bibliográfica. *Estudos* [Internet]. 2012 [acesso em 2018 ago 21]; 39(4): 561-67. Disponível em: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/view/2668>
- 90 Schiavo RA. Desenvolvimento Infantil: associação com estresse, ansiedade e depressão materna, da gestação ao primeiro ano de vida. 71 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2016
- 91 Eickmann SH, Emond AM, Lima AM. Evaluation of child development: beyond the neuromotor aspect. *J. Pediatr* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 28]; 92(3): 71-83. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.01.007>
- 92 Formiga CKM, Valentini NC, Amaral LEF, Pereira KRG, Saccani R, Linhares MBM. Comparação entre o desenvolvimento motor de bebês pré-termo de duas regiões do Brasil. *Revista Movimenta* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 set 01]; 11(3): 400-10. Disponível em: <https://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta/article/view/8078>
- 93 Oliveira C, Castro L, Silva R, Freitas I, Gomes M, Cândida M. Fatores associados ao desenvolvimento global aos 4 e 8 meses de idade corrigida de crianças nascidas prematuras. *Journal of Human Growth and Development* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 set 04]; 26(1): 42-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.110024>
- 94 Cunningham FG, Kenneth J, Leveno J, Bloom, SL, Spong CY, Dashe JS et al. *Obstetrícia de Williams*. 24 ed. Porto Alegre: Artmed; 2016
- 95 Riechi TIJ, Ribeiro MVLM, Ciasca SM. Impacto do nascimento pré-termo e com baixo peso na cognição, comportamento e aprendizagem de escolares. *Revista Paulista de Pediatria* [Internet]. 2011 [acesso em 2018 set 05]; 29(4): 495-501. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822011000400005>.
- 96 Bezerra AL, Moreno GMM, Clementino ACCR, Chagas APC, Moura IS, Silva J. Ética na decisão terapêutica em condições de prematuridade extrema. *Revista Bioética* [Internet]. 2014 [acesso em 2018 set 05]; 22(3): 569-74. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014223040>

- 97 Oliveira GE, Magalhães LC, Salmela LFT. Relação entre muito baixo peso ao nascimento, fatores ambientais e o desenvolvimento motor e o cognitivo de crianças aos 5 e 6 anos. *Revista Brasileira de Fisioterapia* [Internet]. 2011 [acesso em 2018 set 05]; 15(2): 138-45. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v15n2/pt_a09v15n2.pdf
- 98 Carniel CZ, Furtado MC, Vicente JB, Abreu RZ, Tarozzo RM, Cardia SETR et al. Influência de fatores de risco sobre o desenvolvimento da linguagem e contribuições da estimulação precoce: revisão integrativa da literatura. *Rev. CEFAC* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 set 05]; 19(1): 109-18. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201719115616>
- 99 Ferreira RC, Mello RR, Silva KS. Neonatal sepsis as a risk factor for neurodevelopmental changes in preterm infants with very low birth weight. *J Pediatr* [Internet]. 2014 [acesso em 2018 set 05]; 90(3): 293-99. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.09.006>
- 100 Ferreira RC. Sepsis neonatal como fator predisponente para alteração no desempenho neuromotor em prematuros de muito baixo peso: um estudo de coorte. 2012, 79f. Mestrado (Dissertação em Ciências da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
- 101 Lamy filho F, Medeiros SM, Carvalho LZ, Lopes MEM. Ambiente domiciliar e alterações do desenvolvimento em crianças de comunidade da periferia de São Luís – MA. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [acesso em 2018 set 05]; 16(10): 4181-87. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001100023>
- 102 Delfilipo EC, Teixeira MTB, Leite ICG, Bastos RR., Vieira MT, Ribeiro LC. Oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor. *Revista Saúde Pública* [Internet]. 2012 [acesso em 2018 set 05]; 46(4): 633-41. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000040>
- 103 Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. 2ª ed. DF: Conselho Federal de Medicina, 2018.
- 104 Magalhães JRF, Gomes NP, Campos LM, Camargo CL, Estrela FM, Couto TM. Expressão da violência intrafamiliar: história oral de adolescentes. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 set 05]; 26(4): e1730016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001730016>
- 105 Egry EY, Apostólico MR, Albuquerque LM, Gessner R, Fonseca RMGS. Compreendendo a negligência infantil na perspectiva de gênero: estudo em um município brasileiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2015 [acesso em 2018 set 05]; 49(4): 556-63. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000400004>
- 106 Assis FRER, Ferreira EB. Repercussões da violência doméstica contra crianças e adolescentes. *Revista Adolescência e Saúde* [Internet]. 2012 [acesso em 2018 set 05]; 9(2): 53-9. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=316
- 107 Gawryszewski VP, Valencich DM, Carnevalle CV, Marcopito LF. Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009. *Revista da Associação Médica Brasileira* [Internet]. 2012 [acesso em 2018 set 05]; 58(6): 659-65. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000600009>

- 108 Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 set 05]; (3): 871-80. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182014>
- 109 Apostólico MR, Hino OP, Egry YEY. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. *Revista da Escola de Enfermagem USP* [Internet]. 2013 [acesso em 2018 set 08]; 47(2): 320-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/07.pdf>
- 110 Egry EY, Apostólico MR, Morais TCP, Lisboa CCR. Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem?. *Revista Brasileira Enfermagem* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 set 08]; 70(1): 119-25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0009>
- 111 Moreira GAR, Vieira LJES, Deslandes SF, Pordeus MAJ, Gama IS, Brilhantes AV M. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [acesso em 2018 set 08]; 19(10): 4267-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0119.pdf>
- 112 Araújo LB, Novakoski MSCB, Mélo TR, Israel VL. Caracterização do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças até três anos: o modelo da CIF no contexto do NASF. *Cad. Bras. Ter. Ocup* [Internet]. 2018 [acesso em 2018 set 11]; 26(3): 538-57. Disponível em: <http://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1183>
- 113 Costa EF, Cavalcante LIC, Silva ML, Guerreiro TBF. Associação entre a pobreza familiar e o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nos distritos administrativos de Belém. *Fisioter. Mov.* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 set 11]; 29(3): 533-42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.029.003.AO11>
- 114 Santo CSOE, Araújo MAN. Vínculo afetivo materno processo fundamental à saúde mental. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 set 12]; 5(1): 65-73. Disponível em: <http://doi.org/10.17267/2317-3394rpd.v5i1.831>
- 115 Jesus GM, Castelão ES, Vieira ATO, Gomes DR, Vieira GO. Déficit nutricional em crianças de uma cidade de grande porte do interior da Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [acesso em 2018 set 15]; 19(5): 1581-88. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014195.01022013>
- 116 Fraga JAA, Varela DSS. A relação entre a desnutrição e o desenvolvimento. *Revista Associação Brasileira de Nutrição* [Internet]. 2012 [acesso em 2018 set 15]; 4(5): 59-62. Disponível em: <https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/129/105>
- 117 Amaro LLM, Pinto AS, Morais RLS, Tolentino JÁ, Felício LR, Camargos ACR et al. Child development: comparison between children who attend or do not attend public daycare centres. *Journal of Human Growth and Development*, [Internet]. 2015 [acesso em 2018 set 15]; 25(2): 170-76. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/IHQD.103002>
- 118 Souza LK, Silveira DC, Rocha MA. Lazer e amizade na infância: implicações para saúde, educação e desenvolvimento infantil. *Revista Psicologia da Educação* [Internet]. 2013 [acesso

em 2018 set 15]; 36(1): 83-92. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141469752013000100008

119 Silva DI, Maftum MA, Mazza VA. Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança: influência dos elos familiares fracos, dependência química e violência doméstica. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em 2018 set 17]; 23(4): 1087-94. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001700013>

120 Payne GV, Isaacs LD. *Desenvolvimento humano: uma abordagem vitalícia*. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

121 Torquato IMB, Dias HP, Collet N, Souza MA, Dantas MAS, Reichert APS. Vigilância em saúde em creches: análise do estado nutricional em menores de dois anos. *Rev Rene* [Internet]. 2018 [acesso em 2018 set 25]; 19(3338): 1-7. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a237050p2514-2521-2018>

122 Baratieri T, Soares LG, Botti ML, Campanini AC. Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2018 [acesso em 2018 set 25]; 4(1): 206-16. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.5902/217976928553>

123 Santos MEA, Quintão NT, Almeida RX. Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância. *Escola Anna Nery* [Internet]. 2010 [acesso em 2018 set 25]; 14(3): 591-98. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000300022>

124 Oliveira FS, Leite LH. A. A atualidade do pensamento de Paulo Freire e sua contribuição para a educação no Brasil. *Revista Paidéia* [Internet]. 2012 [acesso em 2018 set 25]; 9(13):43-56. Disponível em: <http://www.fumec.br/revistas/paideia/article/view/1670>

125 Higuchi CH, Fujimori E, Cursino EG, Chiesa AM, Verissimo MDLOR, Mello DF. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI) na prática de enfermeiros egressos da USP. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [Internet]. 2011 [acesso em 2018 set 25]; 32(2): 241-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200005>

126 Falbo BCP, Andrade RD, Furtado MC, Mello DF. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2012 [acesso em 2018 set 25]; 65(1): 148-54. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100022>

127 Borsa JC, Nunes MLT. Aspectos psicossociais da parentalidade: O papel de homens e mulheres na família nuclear. *Psicol. Argum.* [Internet]. 2011 [acesso em 2018 set 25]; 29(64): 31-9. Disponível em:
<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19835>

128 Maia AR, Fernandes J, Leite MF, Santos H, Pereira SA. Avaliação do desenvolvimento psicomotor pelos médicos de família: estudo observacional. *Rev Port Med Geral Fam* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 set 25]; 32(1): 248-56. Disponível em:
<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19835>

- 129 Almeida AC, Mendes LC, Sad IR, Ramos EG, Fonseca VM, Peixoto MVM. Uso de instrumento do crescimento e desenvolvimento da criança. *Revista Paulista de Pediatria* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 set 25]; 34(1): 122-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2015.12.002>
- 130 Benício AL, Santana MDR, Bezerra IMP, Santos RR. Cuidado à criança menor de um ano: perspectiva da atuação do enfermeiro na puericultura. *Revista de Enfermagem UFPE* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 set 25]; 10(2): 576-84. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10992/12345>
- 131 Cunha ARR. Práticas dos enfermeiros na estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância. 72f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba (UFPB); 2012
- 132 Matsunaga NY, Pereira K, Marcacine PR, Castro SS, Walsh IAP. Efeitos de atividades psicomotoras no desenvolvimento motor de pré-escolares de cinco anos de idade. *ConScientiae Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 set 26]; 15(1): 38-43. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5585/ConsSaude.v15n1.6119>
- 133 Weinertcastilho LV, Santos EL, Bueno MR. Intervenção Fisioterapêutica Psicomotora em Crianças com Atraso no Desenvolvimento. *Revista Brasileira de Terapia e Saúde* [Internet]. 2011 [acesso em 2018 set 26]; 1(2): 75-81. Disponível em: <http://www.omnipax.com.br/RBTS/artigos/v1n2/RBTS-1-2-2.pdf>
- 134 Florindo M, Pedro R. O processo de aprendizagem motora e a neuroplasticidade. *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP* [Internet]. 2014 [acesso em 2018 set 26]; 6(1): 19-26. Disponível em: <file:///C:/Users/isold/Downloads/SS-119.pdf>
- 135 Segala M, Trevisan CM. Promoção do desenvolvimento infantil na escola através de atividades motoras recreativas. *R. Eletr. de Extensão* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 set 27]; 13(24): 105-15. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2016v13n24p105>
- 136 Weber A, Koetz LCE, Adami FS, Bosco SMD, Grave MTQ. Avaliação do desenvolvimento motor em crianças frequentadoras de escolas municipais de educação infantil. *Revista Uningá* [Internet]. 2014 [acesso em 2018 set 27]; 42(1):43-9. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20150131_153050.pdf
- 137 Carvalho AJA, Lemos SMA, Goulart LMHF. Desenvolvimento da linguagem e sua relação com comportamento social, ambientes familiar e escolar: revisão sistemática. *CoDAS* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 set 27]; 28(4): 470-79. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20162015193>
- 138 Gerzson LR, Catarino BM, Azevedo KA, Demarco PR, Palma MS, Almeida CS. Frequência semanal de um programa de intervenção motora para bebês de berçário. *Fisioterapia Pesquisa* [Internet]. 2015 [acesso em 2018 set 27]; 23(2): 178-84. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/14923223022016>

- 139 Marciane KO, Orati PL, Abraão ACFV. Educação em saúde: repercussões no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2012 [acesso em 2018 set 30]; 65(1):141-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/21.pdf>
- 140 Franceschi DZ, Peruzzolo DL. A intervenção em estimulação precoce com ênfase na relação mãe/bebê – estudo de caso. *Perspectiva, Erechim* [Internet]. 2011 [acesso em 2018 set 30]; 35(129): 113-20. Disponível em: http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/129_159.pdf
- 141 Fonseca MED, Silva ACD. Concepções e uso do brincar na prática clínica de terapeutas ocupacionais. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar* [Internet]. 2015 [acesso em 2018 set 30]; 23(3): 589-97. Disponível em: http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/129_159.pdf
- 142 Cardoso C, Procópio LF, Marcos P. Estimulação precoce na educação infantil: um estudo bibliométrico. *Revista EDaPECI* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 out 03]; 17(1): 166-86. Disponível em: <https://doi.org/10.29276/redapeci.2017.17.15964.166-187>
- 143 Franco V. Tornar-se pai/mãe de uma criança com transtornos graves do desenvolvimento. *Educar em Revista* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 out 03]; 59: 35-48. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.44689>
- 144 Mahoney G, Perales F. The role of parents of children with Down syndrome and other disabilities in early intervention. *Neurocognitive Rehabilitation of Down Syndrome-Early Years*. Cambridge University Press, 2013. p. 205-223.
- 145 Okido ACC, Zago MMF, Lima RAG. O cuidado do filho dependente de tecnologia e suas relações com os sistemas de cuidados em saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2012 [acesso em 2018 out 04]; 23(2):291-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0258.2554>
- 146 Rodriguez FT, Carneiro TF. Os bebês com síndrome de Down e seus pais: novas propostas para intervenção. *Estudos de Psicologia* [Internet]. 2012 [acesso em 2018 out 04]; 29(1):831-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29s1/19.pdf>
- 147 Silva NCB, Aiello ALR. Ensinando o pai a brincar com seu bebê com síndrome de Down. *Educar em Revista* [Internet]. 2012 [acesso em 2018 out 05]; 43: 101-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/er/n43/n43a08.pdf>
- 148 Paula LIC, Pires CD, Mascarenhas TS, Costa, J. P. L.; Brito, L. M. O. Percepção da associação entre estimulação ambiental e desenvolvimento normal por mães de crianças nos três primeiros anos de vida. *Revista Paulista de Pediatria* [Internet]. 2013 [acesso em 2018 out 07]; 31(2): 211-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n2/12.pdf>
- 149 Soejima CS, Bolsanello MA. Programa de intervenção e atenção precoce com bebês na Educação Infantil. *Educar em Revista* [Internet]. 2012 [acesso em 2018 out 15]; 43: 65-79. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-40602012000100006>

- 150 Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [acesso em 2018 out 15]; 19(3): 847-52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>
- 151 Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [acesso em 2018 out 20]; 16(1): 319-25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100034>
- 152 Padilha PR, Abreu J, Gadotti M, Antunes AB. 50 Olhares sobre os 50 anos da pedagogia do oprimido. 1ed. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2019.
- 153 Santana MS, Gomes Filho DL, Santana N. Abordagens da educação popular na graduação em enfermagem: uma realidade?. *Revista Baiana de Enfermagem* [Internet]. 2012 [acesso em 2018 out 17]; 26(1): 363-73. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v26i1.6442>
- 154 Sevalho G. Conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. *Interface* [Internet]. 2018 [acesso em 2018 out 15]; 22(64): 177-88. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0822>.
- 155 Linhares FMP, Pontes CM, Osório MM. Construtos teóricos de Paulo Freire norteando as estratégias de promoção à amamentação. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* [Internet]. 2014 [acesso em 2018 out 15]; 14(4): 433-439. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v14n4/1519-3829-rbsmi-14-04-0433.pdf>
- 156 Ebling SBD, Falkembch EM, Silva MM, Silva SO. Popular education and health education: a necessary link in health practices. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2012 [acesso em 2018 out 15]; 6(9): 2285-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.4343>
- 157 Lopes CR, Dalmolin IS, Durand MK, Rumor PCF, Heidemanns ITSB, Koch C. Educação e cultura em saúde à luz de Paulo Freire. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 out 27]; 11(12): 5122-8. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/19818963-v11i12a25338p5122-5128-2017>
- 158 Monteiro EMLM. Educação Popular em Saúde. Recife: UMA-SUS UFPE. 2015.
- 159 Renovato RD, Bagnato MHS. Da educação sanitária para a educação em saúde (1980-1992): discursos e práticas. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2012 [acesso em 2018 out 27]; 14(1): 77-85. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a09.htm>
- 160 Raimondi GA, Paulino DB, Neto JPM, Diniz LF, Rosa GFC, Limirio Junior V, Oliveira LN, Leonardi CBG. Intersector Integration and Popular Education in Health: in the SUS with Schools and in Schools with the SUS. *Revista brasileira de educação médica* [Internet]. 2018 [acesso em 2018 out 27]; 42(2): 72-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v42n2/0100-5502-rbem-42-02-0073.pdf>
- 161 Menezes MG, Santiago ME. Contribuição do pensamento de Paulo Freire para o paradigma curricular crítico-emancipatório. *Pro-Posições* [Internet]. 2014 [acesso em 2018 out 27]; (3): 45-62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-7307201407503>

- 162 Marinus-Corionalo, MWL, Queiroga BAM, Moreno RL, Lima LS. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde Soc [Internet]*. 2014 [acesso em 2018 out 27]; 23(4): 1356-69. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>
- 163 Groppo LA, Coutinho SC. A práxis da educação popular: considerações sobre sua história e seus desafios diante da consolidação do campo das práticas socioeducativas. *Rev. Ed. Popular [Internet]*. 2013 [acesso em 2018 out 27]; 12(2): 20-33. Disponível em: <https://doi.org/10.14393/REP-v12n22013-art02>
- 164 David HMSL, Bonetti OP, Silva MRF. A Enfermagem brasileira e a democratização da saúde: notas sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde. *Revista Brasileira Enfermagem [Internet]*. 2012 [acesso em 2018 out 27]; 65(1): 179-85. Disponível em:
- 165 Freitas ALS, Forster MMS. Paulo Freire na formação de educadores: contribuições para o desenvolvimento de práticas crítico-reflexivas. *Educar em Revista, Curitiba [Internet]*. 2016 [acesso em 2018 out 29]; 61: 55-69. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/er/n61/1984-0411-er-61-00055.pdf>
- 166 Vasconcelos EM, Cruz PJSC, Prado EV. A contribuição da educação popular para a formação em saúde. *Interface, Botucatu [Internet]*. 2016 [acesso em 2018 nov 03]; 20(59):835-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0767>
- 167 Amaral MCS, Pontes AGV, Silva JV. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. *Interface [Internet]*. 2014 [acesso em 2018 nov 03]; 18(Supl 2):1547-58. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0441>
- 168 Vasconcelos EM, Vasconcelos MOD, Silva MO. A contribuição da educação popular para a reorientação das práticas e da política de saúde no Brasil. *Revista FAEEBA [Internet]*. 2015 [acesso em 2018 nov 03]; 24(1): 89-106. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/faeeba/article/view/1311/886>
- 169 Amthauer C. A educação popular e a fusão dos diferentes saberes nas práticas educativas em saúde. *Rev enferm UFPE on line [Internet]*. 2017 [acesso em 2018 nov 03]; 11(Supl 1):438-41. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13573/16369>
- 170 Vasconcelos VM, Frota MA, Martins MC, Machado MMT. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2012 [acesso em 2018 nov 03]; 16(2): 326-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000200017>
- 171 Marcacine KO, Orati PL, Abrão ACFV. Educação em saúde: repercussões no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2012 [acesso em 2018 nov 03]; 65(1): 141-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/21.pdf>

- 172 Brighente MF, Mesquida P. Paulo Freire: da denúncia da educação bancária ao anúncio de uma pedagogia libertadora. *Pro-Posições* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 nov 06]; 27(1): 155-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pp/v27n1/1980-6248-pp-27-01-00155.pdf>
- 173 Altafim ERP, Rodrigues OMPR. Práticas educativas maternas no primeiro ano de vida. *Journal of Human Growth and Development* [Internet]. 2015 [acesso em 2018 nov 06]; 25(3): 257-326. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.105999>
- 174 Flisch TMP, Alves RH, Almeida TAC, Torres HC, Schall VT, Reis DC. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde?. *Interface* [Internet]. 2014 [acesso em 2018 nov 06]; 18(2): 1255-68. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0344>
- 175 Nogueira IS, Vergaças HM, Santos LF, Cypriano PE, Moreno MG, Lima SO. Baldissera VDA. A prática educativa na estratégia saúde da família: estratégia para repensar e reconstruir ações dialógicas. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR* [Internet]. 2015 [acesso em 2018 nov 06]; 19(1): 11-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25110/arqsaude.v19i1.2015.5259>
- 176 Freire P, Horton M. *O caminho se faz caminhando: conversas sobre educação e mudança social*. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2003.
- 177 Chiarella T, Lima DBL, Moura JC, Marques MCC, Mariglia RMG. A Pedagogia de Paulo Freire e o Processo Ensino Aprendizagem na Educação Médica. *Revista brasileira de educação médica* [Internet]. 2015 [acesso em 2018 nov 06]; 39(3): 418-25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n3e02062014>
- 178 Oliveira SRG, Wendhanusen ALP. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da estratégia saúde da família. *Trab.Educ.Saúde* [Internet]. 2014 [acesso em 2018 nov 06]; 12(1): 129-47. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462014000100008>
- 179 Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. 15 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
- 180 Viera CS, Bugs BM, Carvalho ARS, Gaiva MAM, Toso BRGO. Descrição do uso do método misto integrativo na enfermagem neonatal. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2019 [acesso em 2018 nov 10]; 53(e03408): 1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017039303408>
- 181 Paranhos R, Figueiredo Filho DB, Rocha EC, Silva Júnior JÁ, Freitas D. Uma introdução aos métodos mistos. *Sociologias* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 nov 10]; 18(42): 384-41. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/15174522-018004221>
- 182 Bouzada AC. *Métodos quantitativos aplicados a casos reais*. São Paulo: Elsevier; 2013.
- 183 Favéro LP, Belfiore P, Takamatsu RT, Suzart J. *Métodos quantitativos com Stata*. 1ed. São Paulo: Campus; 2013
- 184 Yin RK. *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre: Penso; 2016

- 185 Santos JLG, Erdmann AL, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Cunha VP, Ross R. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 nov 10]; 26(3): 2-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>
- 186 Pinheiro BC, Bittar CML. Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa. *Cinergis* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 nov 10]; 18(1): 77-82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i1.8049>
- 187 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. *Dados Brasil/Paraíba/Cuité*. 2017
- 188 Brasil. Ministério da saúde. *Caderneta de Saúde da Criança Menina*. 8 ed. Brasília, DF, 2017
- 189 Belluci Júnior JA, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com Classificação de Risco. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2012 [acesso em 2018 nov 15]; 65(5):751-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500006>
- 190 Lucian R, Dornelas JS. Mensuração de Atitude: Proposição de um Protocolo de Elaboração de Escalas. *RAC* [Internet]. 2015 [acesso em 2018 nov 15]; 19(3):157-77. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/36980/mensuracao-de-atitude--proposicao-de-um-protocolo-de-elaboracao-de-escalas/i/pt-br>
- 191 Pasquali L. *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas*. Porto Alegre, Brasil: Artmed; 2010.
- 192 Alexandre NM, Coluci MZ O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [acesso em 2018 nov 15]; 16(7): 3061-68. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
- 193 Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas* [Internet]. 2014 [acesso em 2018 nov 15]; 22(44): 203-20. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144/0>
- 194 Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology* [Internet]. 1932 [acesso em 2018 nov 15]; 22(140): 1-55. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1933-01885-001>
- 195 Dalmoro M, Vieira KM. Dilemas na construção de escalas tipo likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados. *Revista Gestão Organizacional* [Internet]. 2013 [acesso em 2018 nov 15]; 6(especial): 162-74. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22277rgo.v6i3.1386>
- 196 Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propiedades psicométricas en la evaluación de instrumentos: discusiones sobre la fiabilidad y validez. *Epidemiol. Serv. Saude* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 nov 15]; 26(3): 649-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n3/2237-9622-ress-26-03-00649.pdf>

- 197 Alexandre NMC, Gallasch CH, Lima MHM, Rodrigues RCM. A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. [acesso em 2018 nov 20]; 15(3):802-9. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v26n3/2237-9622-ess-26-03-00649.pdf>
- 198 Pinto GA, Chavez JR. A. O uso do coeficiente *alfa* de Cronbach nos resultados de um questionário para avaliação dos serviços no setor de transporte urbano por ônibus. XXXII Encontro Nacional de Engenharia de Produção - Desenvolvimento Sustentável e Responsabilidade Social: As Contribuições da Engenharia de Produção Bento Gonçalves, RS, Brasil, 15 a 18 de outubro de 2012.
- 199 Kruschewsky JE, Kruschewsky JPC. Experiências pedagógicas de educação popular em saúde: a pedagogia tradicional versus a problematizadora. Revista Saúde Com [Internet]. 2008 [acesso em 2018 nov 20]; 4(2):160-76. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v4/v4n2a07.pdf>
- 200 Afonso MLM. Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. São: Paulo: Casa do psicólogo. 3 ed; 2013.
- 201 Lacerda ABM, Soares VMN, Gonçalves CGO, Lopes FC, Testoni R. Oficinas educativas como estratégia de promoção da saúde auditiva do adolescente: estudo exploratório. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia [Internet]. 2013 [acesso em 2018 nov 20]; 18(2): 85-92. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S2317-64312013000200006>
- 202 Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. Rev Bras Enferm [Internet] 2018 [acesso em 2018 nov 20]; 71(1):243-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>
- 203 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: hucitec; 2014

APÊNDICES

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Prezada Sra. você e sua criança estão convidadas a participarem da pesquisa intitulada **“Vigilância de crianças com risco para o desenvolvimento neuropsicomotor: um estudo de intervenção com mães”**, realizada por **Isolda Maria Barros Torquato**, enfermeira, fisioterapeuta e doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob a orientação da **Professora Doutora Altamira Pereira da Silva Reichert**.

O objetivo principal da pesquisa consiste em: Analisar a efetividade de uma intervenção educativa com mães para a estimulação de crianças menores de dois anos em situação de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. Sobre os objetivos específicos estão incluídos: Elaborar uma cartilha educativa sobre a estimulação infantil para as mães de crianças menores de dois anos com risco para o desenvolvimento neuropsicomotor; Realizar intervenção educativa com mães de crianças menores de dois anos sobre a promoção do desenvolvimento neuropsicomotor; Comparar o conhecimento materno, anterior e posteriormente à intervenção educativa sobre a estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor das crianças; Evidenciar a percepção materna acerca da efetividade de uma intervenção educativa para estimulação de crianças com risco para o desenvolvimento neuropsicomotor; Analisar o impacto de uma intervenção educativa sobre a estimulação infantil no cotidiano de mães de crianças em risco para o desenvolvimento neuropsicomotor.

Este estudo trará benefícios e contribuições significativas para a área da saúde da criança e principalmente para seu filho(a), visto que possibilitará a vocês mães a oportunidade em aprenderem sobre desenvolvimento infantil assim como implementarem corretamente as estimulações conforme as necessidades individuais da criança. A coleta de dados, será retomada em dois momentos: antes e após uma intervenção educativa sobre estimulação do desenvolvimento infantil a serem realizadas nas creches municipais de Cuité. No primeiro momento, previamente a realização da intervenção educativa você será avaliada, por meio de um formulário com 22 questões objetivas, quanto ao conhecimento sobre estimulação infantil.

No segundo momento, cerca de três meses após a realização da intervenção educativa, haverá reaplicação do formulário, utilizado no primeiro encontro, para reavaliação do conhecimento de vocês sobre estimulação do desenvolvimento infantil. Será realizada ainda uma entrevista individual para verificar qual a sua opinião sobre a intervenção educativa e se você conseguiu colocar em prática o que foi orientado no encontro. O instrumento de coleta contém as seguintes questões norteadoras: Você realizou a estimulação da criança em domicílio? Fale sobre essa experiência; Você sentiu alguma dificuldade? Caso tenha sentido relate as dificuldades enfrentadas por você para aplicar os conhecimentos adquiridos sobre estimulação infantil; O que você acha do desenvolvimento do seu filho? Como você avalia a oficina sobre a estimulação do desenvolvimento infantil?

As entrevistas serão gravadas mediante sua autorização, a fim captar informações indispensáveis à realização do estudo. Tudo que for discutido será mantido em segredo e será utilizado somente para esta pesquisa. A pesquisadora manterá sob sua guarda as transcrições das entrevistas por cinco anos e após esse tempo será realizado o descarte adequado.

Ressaltamos que será preservada a identidade e a privacidade de ambos, sua e da criança. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em revistas e/ou eventos científicos, a fim de contribuir efetivamente com o aprimoramento do cuidado às crianças com desvios ou risco para desenvolvimento.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a senhora e a criança não são obrigadas a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Qualquer dúvida que venha surgir antes, durante ou depois de qualquer etapa desta pesquisa, bem como sua recusa a participar ou retirar seu consentimento em quaisquer fases, não trará nenhum tipo de penalidade para você, a criança ou para o serviço que lhe oferta assistência.

Salientamos que a pesquisa oferece riscos mínimos previsíveis, como desconforto relacionado à espera para responder o formulário e entrevista e o despertar de sentimentos acerca dos assuntos abordados. Nesse sentido, para minimizar os possíveis riscos, a pesquisadora deixará você expressar seus sentimentos livremente ou mesmo desistir da participação no estudo, caso seja essa a sua vontade, sem nenhum dano ou prejuízo como mencionado.

Esta pesquisa não contém nenhuma relação com instituições de saúde, ficando à senhora e a criança isentos de receber qualquer tipo de benefício material ou financiamento à sua participação. Informamos ainda que as pesquisadoras supracitadas estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, solicitamos a sua autorização assim como da criança para participarem da presente pesquisa.

Eu, _____,
declaro que entendi os objetivos, justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa supracitada e concordo em participar da mesma. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos conforme preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Estou ciente que receberei uma cópia deste documento assinada por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Neste sentido, autorizo a minha participação assim como do meu filho(a) na presente pesquisa.



Impressão datiloscópica da participante

João ____ de _____ de 2018.

Isolda Maria Barros Torquato
Pesquisadora Responsável

Altamira Pereira da Silva Reichert
Pesquisadora Orientadora

Testemunha



Impressão Datiloscópica da Testemunha

Endereço de Trabalho dos Pesquisadores Responsáveis:

Isolda Maria Barros Torquato: Universidade Federal da Paraíba. **Endereço:** Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco III, João Pessoa - PB, Cep: 58051-085 – Telefone: (83) 32167183. E-mail: isoldaufcg@gmail.com

Altamira Pereira da Silva Reichert: Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde – UFPB. Telefone: (83) 3216-7109. E-mail: altareichert@gmail.com

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro e Ciências da Saúde: Campus I - Cidade Universitária Cep: 58.051-900 - João Pessoa-PB. Telefone de contato: (83) 3216 7791.

APÊNDICE B



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL DOUTORADO**

**VIGILÂNCIA DE CRIANÇAS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO
NEUROPSICOMOTOR: UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO**

- Zona Rural Zona Urbana
 Pré-intervenção educativa Pós-intervenção educativa

Nome da mãe: _____
 Nome da Criança: _____
 Idade da Criança: _____
 Creche: _____

PARTE I - DADOS MATERNOS

1-Idade materna:

- a) Menos de 19 anos
 b) 19 – 29 anos
 c) 30 – 40 anos
 d) Mais de 40 anos

2-Estado civil:

- a) Casada
 b) Solteira
 c) Desquitada
 d) Viúva

3-Escolaridade materna:

- a) Sem escolaridade
 b) Ensino Fundamental
 c) Ensino Médio
 d) Ensino Superior

4-Trabalho remunerado:

- a) Sim. O que faz? _____
 b) Não

5-Renda familiar:

- a) Menos de um salário mínimo
 b) 1 salário mínimo
 c) 2 a 3 salários mínimos
 d) Maior que 4 salários mínimos

6-Número de filhos:

- a) 1
 b) 2
 c) 3
 d) 4 ou mais

7-Idade da criança: _____ (meses)

PARTE II - Conhecimento materno sobre o desenvolvimento e a estimulação infantil

- 1- A mãe deve estimular a interação social com a criança desde o segundo mês de vida com sorrisos e brincadeiras, conversando com ela durante o banho e trocas de fraldas.
(A) Concordo
(B) Criança Mais Jovem
(C) Criança Mais velha
(D) Não tenho certeza
- 2-Uma criança aos 2 (dois) meses consegue sorrir ao olhar o rosto de um adulto.
(A) Concordo
(B) Criança Mais Jovem
(C) Criança Mais velha
(D) Não tenho certeza
- 3- Uma criança aos 3 (três) meses é capaz de rolar sozinha.
(A) Concordo
(B) Criança Mais Jovem
(C) Criança Mais velha
(D) Não tenho certeza
- 4- A criança começa a duplicar sílabas (“ma-ma” ou “bu-bu”) em torno dos 3 (três) meses.
(A) Concordo
(B) Criança Mais Jovem
(C) Criança Mais velha
(D) Não tenho certeza
- 5- Para uma criança ter o pescoço mais firme a partir dos 3 (três) meses deve ser colocada de bruços (barriga para baixo) e um objeto colorido deve ser utilizado, na sua frente, para chamar sua atenção.
(A) Concordo
(B) Criança Mais Jovem
(C) Criança Mais velha
(D) Não tenho certeza
- 6-Uma criança aos 4 (quatro) meses deitada de bruços (barriga para baixo) consegue levantar e sustentar firme a cabeça.
(A) Concordo
(B) Criança Mais Jovem
(C) Criança Mais velha
(D) Não tenho certeza
- 7-Uma criança normalmente pronuncia sua primeira palavra aos 4 (quatro) meses.
(A) Concordo
(B) Criança Mais Jovem
(C) Criança Mais velha
(D) Não tenho certeza
- 8-Aos 4 meses a criança deve ser colocada sentada com apoio para que possa exercitar a cabeça, deixando-a mais firme.
(A) Concordo
(B) Criança Mais Jovem
(C) Criança Mais velha
(D) Não tenho certeza
- 9-Objetos e brinquedos que estimulem as funções de encaixar devem ser oferecidos à criança a partir dos 5 (cinco) meses.
(A) Concordo
(B) Criança Mais Jovem
(C) Criança Mais velha
(D) Não tenho certeza
- 10-A amamentação ajuda no desenvolvimento da criança, por isso deve ser praticada exclusivamente, sem outros líquidos e alimentos, até os 6 (seis) meses.
(A) Concordo
(B) Criança Mais Jovem
(C) Criança Mais velha
(D) Não tenho certeza
- 11-Um bebê pode ficar sentado no chão, sem cair, com 7(sete) meses.
(A) Concordo
(B) Criança Mais Jovem
(C) Criança Mais velha
(D) Não tenho certeza
- 12-Um bebê aos 7 (sete) meses consegue alcançar objetos.
(A) Concordo
(B) Criança Mais Jovem
(C) Criança Mais velha
(D) Não tenho certeza

- 13- A música ajuda a desenvolver a audição e a criatividade da criança, devendo ser utilizada a partir dos 8 (oito) meses.
- (A) Concordo
(B) Criança Mais Jovem
(C) Criança Mais velha
(D) Não tenho certeza
- 14- A partir dos 9 (nove) meses a criança deve ser estimulada a brincar com papel e giz de cera para realizar rabiscos.
- (A) Concordo
(B) Criança Mais Jovem
(C) Criança Mais velha
(D) Não tenho certeza
- 15- Deve-se estimular a criança a construir torres de cubos aos 11 (onze) meses de idade.
- (A) Concordo
(B) Criança Mais Jovem
(C) Criança Mais velha
(D) Não tenho certeza
- 16- A criança normalmente consegue andar se apoiando por volta dos 12 meses (1 ano) de idade.
- (A) Concordo
(B) Criança Mais Jovem
(C) Criança Mais velha
(D) Não tenho certeza
- 17- A maioria das crianças aos 12 meses (1 ano) consegue pegar objetos pequenos (bolinhas de papel) usando movimentos de pinça (Dedo indicador e polegar).
- (A) Concordo
(B) Criança Mais Jovem
(C) Criança Mais velha
(D) Não tenho certeza
- 18- O carinho e o amor são sentimentos benéficos para o desenvolvimento físico e emocional de crianças e devem ser demonstrados a partir de 12 meses de idade.
- (A) Concordo
(B) Criança Mais Jovem
(C) Criança Mais velha
(D) Não tenho certeza
- 19- A partir dos 12 meses (1 ano) deve-se oferecer brinquedos à frente da criança para que ela possa tentar arrastar e engatinhar.
- (A) Concordo
(B) Criança Mais Jovem
(C) Criança Mais velha
(D) Não tenho certeza
- 20- A criança deve ser estimulada a brincar de chutar a bola a partir dos 12 meses (1 ano).
- (A) Concordo
(B) Criança Mais Jovem
(C) Criança Mais velha
(D) Não tenho certeza
- 21- Uma criança deve ser incentivada a localizar figuras de livros e revistas a partir dos 18 meses (1 ano e 6 meses)
- (A) Concordo
(B) Criança Mais Jovem
(C) Criança Mais velha
(D) Não tenho certeza
- 22- A maioria das crianças aos 24 meses (2 anos) é capaz de remover alguma peça do vestuário com ajuda do adulto.
- (A) Concordo
(B) Criança Mais Jovem
(C) Criança Mais velha
(D) Não tenho certeza

APÊNDICE C

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Doutoranda: Isolda Maria Barros Torquato
Orientadora: Prof^ª. Dra. Altamira Pereira Reichert

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO ESPECIALISTA**1 – ESCLARECIMENTOS**

Prezada Senhor(a) este é um convite para você participar da pesquisa intitulada: **“Vigilância de crianças com risco para o desenvolvimento neuropsicomotor: um estudo de intervenção com mães”**, que tem como pesquisadora responsável **Isolda Maria Barros Torquato**, enfermeira, fisioterapeuta, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) sob a orientação da **Professora Doutora Altamira Pereira da Silva Reichert**.

Aproveitamos, inicialmente, para agradecer à sua disposição em colaborar com a nossa pesquisa sob a forma *expertise* para a avaliação do instrumento de coleta de dados da Tese de doutorado da pesquisadora supracitada. Salientamos que a sua participação é de extrema importância devido a sua vasta experiência na área da saúde da criança.

O objetivo principal da pesquisa consiste em: Analisar a efetividade de uma intervenção educativa com mães para a estimulação de crianças menores de dois anos em situação de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. Sobre os objetivos específicos estão incluídos: Elaborar uma cartilha educativa sobre a estimulação infantil para as mães de crianças menores de dois anos com risco para o desenvolvimento neuropsicomotor; Realizar intervenção educativa com mães de crianças menores de dois anos sobre a promoção do desenvolvimento neuropsicomotor; Comparar o conhecimento materno, anterior e posteriormente à intervenção educativa sobre a estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor das crianças; Evidenciar a percepção materna acerca da efetividade de uma intervenção educativa para estimulação de crianças com risco para o desenvolvimento neuropsicomotor; Analisar o impacto de uma intervenção educativa sobre a estimulação infantil no cotidiano de mães de crianças em risco para o desenvolvimento neuropsicomotor.

Este estudo proporcionará contribuições significativas para a área da saúde da criança, pois será possível ofertar uma intervenção educativa às mães de crianças menores de 24 meses sobre a maneira correta de estimulá-las no domicílio.

A coleta de dados será feita através da avaliação do conhecimento materno sobre desenvolvimento e estimulação infantil utilizando um formulário com 22 questões objetivas aplicado antes e após três meses à intervenção educativa materna. Após a reaplicação do instrumento também será feita uma entrevista com as mães participantes da intervenção educativa a fim de avaliar a aplicabilidade das orientações adquiridas na intervenção.

A sua contribuição remete-se a avaliação do instrumento estruturado que versa sobre análise do conhecimento materno sobre a estimulação infantil. Este instrumento é composto por 22 questões objetivas, o qual foi elaborado tendo como base o Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), a Caderneta Saúde da Criança (BRASIL, 2013) e a versão em português do Inventário de Conhecimento do Desenvolvimento Infantil (*KIDI, Knowledge of Infant Development Inventory*).

Diante destes dados, solicitamos que faça o julgamento das definições conceituais e operacionais, por meio de uma escala do tipo *Likert* com as opções: (1) *Aprovo fortemente*; (2) *Aprovo*; (3) *Indeciso*; (4) *Desaprovo* (5) *Desaprovo fortemente* (LIKERT, 1932).

Solicitamos também que os materiais sejam avaliados e devolvidos em até 30 dias, contando a partir de recebimento do instrumento. Os instrumentos devem ser entregues pessoalmente ou reenviados para o endereço eletrônico: isoldaufcg@gmail.com. Este procedimento faz parte da proposta metodológica desta pesquisa e objetivará a Validação do Conteúdo do instrumento.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, não sendo o senhor(a) obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora responsável. A sua recusa a participar ou retirar seu consentimento em quaisquer fases, não trará nenhum tipo de penalidade para o(a) senhor(a).

Ressaltamos que será preservada a identidade e a privacidade das expertises. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados serão divulgados em revistas e/ou eventos científicos, posteriormente, a submissão e aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa.

Salientamos que a pesquisa oferece desconfortos mínimos previsíveis, como o relacionado apenas ao tempo que precisará para preencher o formulário assim como expressar sua opinião quanto ao instrumento. Nesse sentido, para minimizar os possíveis riscos, a

pesquisadora deixará você expressar seus sentimentos livremente ou mesmo desistir da participação no estudo, caso seja essa a sua vontade, sem nenhum dano ou prejuízo.

Esta pesquisa não contém nenhuma relação com instituições de saúde, ficando o senhor(a) isento(a) de receber qualquer tipo de benefício material ou financiamento à sua participação, assim como também fica a certeza de isenção a qualquer tipo de risco para a sua pessoa nesta pesquisa. Informamos ainda que a pesquisadora supracitada estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Caso necessite de mais informações, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Isolda Maria Barros Torquato através do contato: (83) 99382.2606 ou pelo endereço eletrônico: isoldaufcg@gmail.com

2 – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Após ter sido esclarecido(a) sobre o objetivo, a importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **“Vigilância de crianças com risco para o desenvolvimento neuropsicomotor: um estudo de intervenção com mães”**, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas desde que nenhum dado possa me identificar. Declaro também que a pesquisadora responsável me informou que o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos e que seguirá a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

João Pessoa, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do participante da pesquisa

3 - DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Como pesquisadora responsável pelo estudo **“Vigilância de crianças com risco para o desenvolvimento neuropsicomotor: um estudo de intervenção com mães”**, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodológicos e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade dos *expertises*. Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

João Pessoa, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE D



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**VIGILÂNCIA DE CRIANÇAS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO
NEUROPSICOMOTOR: UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO**

PARTE I - DADOS DOS JUÍZES

1 – Sexo:

- a) () Feminino
b) () Masculino

2- Formação profissional: _____**3-Tempo de formação profissional:**

- a) () 1 a 5 anos
b) () 6 a 10 anos
c) () > 10 anos

4- Qualificação profissional

- a) () Pós-doutorado
b) () Doutorado
b) () Mestrado
c) () Especialização

PARTE II – AVALIAÇÃO DOS JUÍZES

Questionário: Conhecimento materno sobre o desenvolvimento e a estimulação infantil

SESSÃO I – DADOS MATERNOS		
TÓPICOS/VARIÁVEIS	AVALIAÇÃO	SUGESTÕES
1-A mãe deve estimular a interação com a criança desde o segundo mês de vida com sorrisos e brincadeiras, conversando com ela durante o banho e trocas de fraldas. (A) Concordo (B) Criança Mais Jovem (C) Criança Mais velha (D) Não tenho certeza	1-() Aprovo fortemente; 2-() Aprovo; 3-() Indeciso; 4-() Desaprovo 5-() Desaprovo fortemente	

<p>2-Uma criança aos 2 (dois) meses consegue sorrir ao olhar o rosto de um adulto.</p> <p>(A) Concordo (B) Criança Mais Jovem (C) Criança Mais velha (D) Não tenho certeza</p>	<p>1-() Aprovo fortemente; 2-() Aprovo; 3-() Indeciso; 4-() Desaprovo 5-()Desaprovo fortemente</p>	
<p>3- Uma criança aos 3 (três) meses é capaz de rolar sozinha.</p> <p>(A) Concordo (B) Criança Mais Jovem (C) Criança Mais velha (D) Não tenho certeza</p>	<p>1-() Aprovo fortemente; 2-() Aprovo; 3-() Indeciso; 4-() Desaprovo 5-()Desaprovo fortemente</p>	
<p>4-A criança começa a duplicar sílabas (“ma-ma” ou “bu-bu”) em torno dos 3 (três) meses.</p> <p>(A) Concordo (B) Criança Mais Jovem (C) Criança Mais velha (D) Não tenho certeza</p>	<p>1-() Aprovo fortemente; 2-() Aprovo; 3-() Indeciso; 4-() Desaprovo 5-()Desaprovo fortemente</p>	
<p>5-Para uma criança ter o pescoço mais firme a partir dos 3 (três) meses deve ser colocada de bruços (barriga para baixo) e um objeto colorido deve ser utilizado, na sua frente, para chamar sua atenção.</p> <p>(A) Concordo (B) Criança Mais Jovem (C) Criança Mais velha (D)Não tenho certeza</p>	<p>1-() Aprovo fortemente; 2-() Aprovo; 3-() Indeciso; 4-() Desaprovo 5-() Desaprovo fortemente</p>	
<p>6-Uma criança aos 4 (quatro) meses deitada de bruços (barriga para baixo) consegue levantar e sustentar firme a cabeça.</p> <p>(A) Concordo (B) Criança Mais Jovem (C) Criança Mais velha (D) Não tenho certeza</p>	<p>1-() Aprovo fortemente; 2-() Aprovo; 3-() Indeciso; 4-() Desaprovo 5-()Desaprovo fortemente</p>	
<p>7-Uma criança normalmente pronuncia sua primeira palavra aos 4 (quatro) meses.</p> <p>(A) Concordo (B) Criança Mais Jovem (C) Criança Mais velha (D) Não tenho certeza</p>	<p>1-() Aprovo fortemente; 2-() Aprovo; 3-() Indeciso; 4-() Desaprovo 5-()Desaprovo fortemente</p>	
<p>8-Aos 4 meses a criança deve ser colocada sentada com apoio para que possa exercitar a cabeça, deixando-a mais firme.</p> <p>(A) Concordo (B) Criança Mais Jovem (C) Criança Mais velha (D) Não tenho certeza</p>	<p>1-() Aprovo fortemente; 2-() Aprovo; 3-() Indeciso; 4-() Desaprovo 5-()Desaprovo fortemente</p>	

<p>9- Objetos e brinquedos que estimulem as funções de encaixar devem ser oferecidos à criança a partir dos 5 (cinco) meses.</p> <p>(A) Concordo (B) Criança Mais Jovem (C) Criança Mais velha (D) Não tenho certeza</p>	<p>1-() Aprovo fortemente; 2-() Aprovo; 3-() Indeciso; 4-() Desaprovo 5-()Desaprovo fortemente</p>	
<p>10-A amamentação ajuda no desenvolvimento da criança, por isso deve ser praticada exclusivamente, sem outros líquidos e alimentos, até os 6 (seis) meses.</p> <p>(A) Concordo (B) Criança Mais Jovem (C) Criança Mais velha (D) Não tenho certeza</p>	<p>1-() Aprovo fortemente; 2-() Aprovo; 3-() Indeciso; 4-() Desaprovo 5-()Desaprovo fortemente</p>	
<p>11-Um bebê pode ficar sentado no chão, sem cair, com 7(sete) meses.</p> <p>(A) Concordo (B) Criança Mais Jovem (C) Criança Mais velha (D) Não tenho certeza</p>	<p>1-() Aprovo fortemente; 2-() Aprovo; 3-() Indeciso; 4-() Desaprovo 5-()Desaprovo fortemente</p>	
<p>12- Um bebê aos 7 (sete) meses consegue alcançar objetos.</p> <p>(A) Concordo (B) Criança Mais Jovem (C) Criança Mais velha (D) Não tenho certeza</p>	<p>1-() Aprovo fortemente; 2-() Aprovo; 3-() Indeciso; 4-() Desaprovo 5-()Desaprovo fortemente</p>	
<p>13-A música ajuda a desenvolver a audição e a criatividade da criança, devendo ser utilizada a partir dos 8 (oito) meses.</p> <p>(A) Concordo (B) Criança Mais Jovem (C) Criança Mais velha (D) Não tenho certeza</p>	<p>1-() Aprovo fortemente; 2-() Aprovo; 3-() Indeciso; 4-() Desaprovo 5-()Desaprovo fortemente</p>	
<p>14-A partir dos 9 (nove) meses a criança deve ser estimulada a brincar com papel e giz de cera para realizar rabiscos.</p> <p>(A) Concordo (B) Criança Mais Jovem (C) Criança Mais velha (D) Não tenho certeza</p>	<p>1-() Aprovo fortemente; 2-() Aprovo; 3-() Indeciso; 4-() Desaprovo 5-()Desaprovo fortemente</p>	
<p>15-Deve-se estimular a criança a construir torres de cubos aos 11 (onze) meses de idade.</p> <p>(A) Concordo (B) Criança Mais Jovem (C) Criança Mais velha (D) Não tenho certeza</p>	<p>1-() Aprovo fortemente; 2-() Aprovo; 3-() Indeciso; 4-() Desaprovo 5-() Desaprovo fortemente</p>	

<p>16-A criança normalmente consegue andar se apoiando por volta dos 12 meses (1 ano) de idade.</p> <p>(A) Concordo (B) Criança Mais Jovem (C) Criança Mais velha (D) Não tenho certeza</p>	<p>1-() Aprovo fortemente; 2-() Aprovo; 3-() Indeciso; 4-() Desaprovo 5-() Desaprovo fortemente</p>	
<p>17-A maioria das crianças aos 12 meses (1 ano) consegue pegar objetos pequenos (bolinhas de papel) usando movimentos de pinça (Dedo indicador e polegar).</p> <p>(A) Concordo (B) Criança Mais Jovem (C) Criança Mais velha (D) Não tenho certeza</p>	<p>1-() Aprovo fortemente; 2-() Aprovo; 3-() Indeciso; 4-() Desaprovo 5-() Desaprovo fortemente</p>	
<p>18-O carinho e o amor são sentimentos benéficos para o desenvolvimento físico e emocional de crianças e devem ser demonstrados a partir de 12 meses de idade.</p> <p>(A) Concordo (B) Criança Mais Jovem (C) Criança Mais velha (D) Não tenho certeza</p>	<p>1-() Aprovo fortemente; 2-() Aprovo; 3-() Indeciso; 4-() Desaprovo 5-() Desaprovo fortemente</p>	
<p>19- A partir dos 12 meses (1 ano) deve-se oferecer brinquedos à frente da criança para que ela possa tentar arrastar e engatinhar.</p> <p>(A) Concordo (B) Criança Mais Jovem (C) Criança Mais velha (D) Não tenho certeza</p>	<p>1-() Aprovo fortemente; 2-() Aprovo; 3-() Indeciso; 4-() Desaprovo 5-() Desaprovo fortemente</p>	
<p>20-A criança deve ser estimulada a brincar de chutar a bola a partir dos 12 meses (1 ano).</p> <p>(A) Concordo (B) Criança Mais Jovem (C) Criança Mais velha (D) Não tenho certeza</p>	<p>1-() Aprovo fortemente; 2-() Aprovo; 3-() Indeciso; 4-() Desaprovo 5-() Desaprovo fortemente</p>	
<p>21- Uma criança deve ser incentivada a localizar figuras de livros e revistas a partir dos 18 meses (1 ano e 6 meses).</p> <p>(A) Concordo (B) Criança Mais Jovem (C) Criança Mais velha (D) Não tenho certeza</p>	<p>1-() Aprovo fortemente; 2-() Aprovo; 3-() Indeciso; 4-() Desaprovo 5-() Desaprovo fortemente</p>	
<p>22-A maioria das crianças aos 24 meses (2 anos) é capaz de remover alguma peça do vestuário com ajuda do adulto.</p> <p>(A) Concordo (B) Criança Mais Jovem (C) Criança Mais velha (D) Não tenho certeza</p>	<p>1-() Aprovo fortemente; 2-() Aprovo; 3-() Indeciso; 4-() Desaprovo 5-() Desaprovo fortemente</p>	

APÊNDICE D

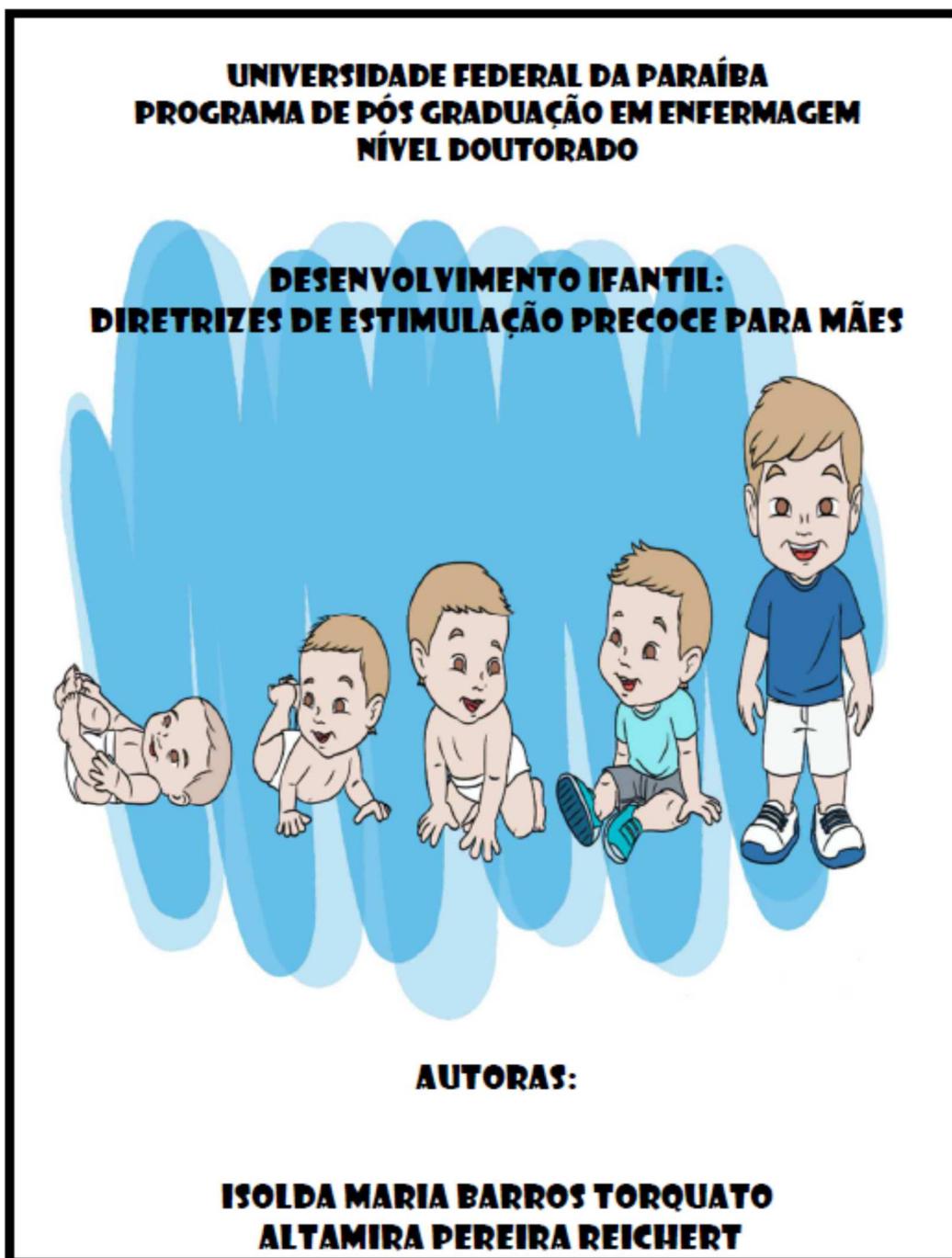
Quadro 1 - Síntese das alterações realizadas no instrumento após avaliação do painel de *experts*. 2018.

Item Original	Item pós-modificação dos juízes
1 - A mãe deve estimular a criança desde o segundo mês de vida com sorrisos e brincadeiras, conversando com ela durante o banho e trocas de fraldas.	1 - A mãe deve estimular a interação social com a criança desde o segundo mês de vida com sorrisos e brincadeiras, conversando com ela durante o banho e trocas de fraldas.
2 - Uma criança aos 2 meses consegue sorrir ao olhar o rosto de um adulto.	2 - Uma criança aos 2 meses consegue sorrir ao olhar o rosto de um adulto.
3- Uma criança aos 3 meses é capaz de rolar sozinha.	3 - Uma criança aos 3 meses é capaz de rolar sozinha.
4 - A criança começa balbuciar em torno dos 3 meses.	4 - A criança começa a duplicar sílabas em torno dos 3 meses.
5 - Para uma criança ter o pescoço mais firme a partir dos 3 (três) meses deve ser colocada de bruços e um objeto colorido deve ser utilizado, na sua frente, para chamar sua atenção.	5 - Para uma criança ter o pescoço mais firme a partir dos 3 (três) meses deve ser colocada de bruços e um objeto colorido deve ser utilizado, na sua frente, para chamar sua atenção.
6 - Uma criança aos 4 meses deitada de bruços consegue levantar e sustentar firme a cabeça.	6 - Uma criança aos 4 meses deitada de bruços consegue levantar e sustentar firme a cabeça.
7 - Uma criança pronuncia sua primeira palavra aos 4 meses.	7 - Uma criança pronuncia sua primeira palavra aos 4 meses.
8 - Aos 4 meses a criança deve ser colocada sentada com apoio para que possa exercitar a cabeça, deixando-a mais firme.	8 - Aos 4 meses a criança deve ser colocada sentada com apoio para que possa exercitar a cabeça, deixando-a mais firme.
9 - Objetos e brinquedos que estimulem as funções de encaixar devem ser oferecidos à criança a partir dos 5 meses.	9 - Objetos e brinquedos que estimulem as funções de encaixar devem ser oferecidos à criança a partir dos 5 meses.

10-A amamentação ajuda no desenvolvimento da criança, por isso deve ser praticada exclusivamente, sem outros líquidos e alimentos, até os 6 meses.	10-A amamentação ajuda no desenvolvimento da criança, por isso deve ser praticada exclusivamente, sem outros líquidos e alimentos, até os 6 meses.
11- Uma criança fica sentada no chão, sem cair, aos 7 meses.	11- Uma criança fica sentada no chão, sem cair, aos 7 meses.
12- Uma criança aos 7 meses consegue buscar objetos.	12- Uma criança aos 7 meses consegue alcançar objetos.
13-A música ajuda a desenvolver a audição e a criatividade da criança, devendo ser utilizada a partir dos 8 meses.	13-A música ajuda a desenvolver a audição e a criatividade da criança, devendo ser utilizada a partir dos 8 meses.
14-A partir dos 9 meses a criança deve ser estimulada a brincar com papel e giz de cera para realizar rabiscos.	14-A partir dos 9 meses a criança deve ser estimulada a brincar com papel e giz de cera para realizar rabiscos.
15- Deve-se estimular a criança a colocar torres de cubos aos 11 meses de idade.	15- Deve-se estimular a criança a construir torres de cubos aos 11 meses de idade.
16- A criança consegue andar se apoiando aos 12 meses.	16- A criança consegue andar se apoiando aos 12 meses.
17- A maioria das crianças aos 12 meses consegue pegar objetos pequenos usando movimentos de pinça.	17- A maioria das crianças aos 12 meses consegue pegar objetos pequenos usando movimentos de pinça.
18- O carinho e o amor são sentimentos benéficos para o desenvolvimento de crianças e devem ser demonstrados a partir de 12 meses de idade.	18- O carinho e o amor são sentimentos benéficos para o desenvolvimento de crianças e devem ser demonstrados a partir de 12 meses de idade.
19- A partir dos 12 meses deve-se oferecer brinquedos à frente da criança para que ela possa tentar arrastar e engatinhar.	19- A partir dos 12 meses deve-se oferecer brinquedos à frente da criança para que ela possa tentar arrastar e engatinhar.
20- A criança deve ser estimulada a brincar de chutar a bola a partir dos 12 meses (1 ano).	20- A criança deve ser estimulada a brincar de chutar a bola a partir dos 12 meses.

21-Uma criança deve ser incentivada a localizar figuras de livros e revistas a partir dos 18 meses.	21-Uma criança deve ser incentivada a localizar figuras de livros e revistas a partir dos 18 meses.
22- A maioria das crianças aos 24 meses é capaz de remover alguma peça do vestuário com ajuda do adulto.	22- A maioria das crianças aos 24 meses é capaz de remover alguma peça do vestuário com ajuda do adulto.

APÊNDICE E



**DESENVOLVIMENTO INFANTIL:
DIRETRIZES DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE PARA MÃES**



**JOÃO PESSOA
2018**

APRESENTAÇÃO

A estimulação infantil busca ofertar condições muito importantes para que a criança possa desenvolver adequadamente suas capacidades desde o nascimento.

Por isso, para que a criança possa atingir cada etapa do desenvolvimento é preciso que ela seja estimulada. Cada criança tem seu ritmo próprio que precisa ser respeitado. Contudo, é necessário que os adultos, principalmente os pais, ofertem estímulos a fim de contribuir para que o filho atinja seu máximo potencial.

Esta cartilha tem como objetivo mostrar alguns exercícios e orientações que você poderá realizar diariamente ao longo dos dois primeiros anos de vida no seu filho(a). Além disso, também traz os principais aspectos do desenvolvimento da criança, nessa fase, para que você possa observar e identificar se ela está se desenvolvendo de acordo com o esperado.

Escolha o melhor momento do dia para realizar os exercícios tanto para você quanto para seu filho(a), o qual deve estar calmo, alimentado, sem sono e higienizado.

Uma estimulação adequada realizada nos primeiros anos de vida é essencial para o desenvolvimento global da criança. Além disso, a realização dessas atividades junto à

criança também ajuda a fortalecer a relação afetiva entre vocês.

Dessa forma, você estará ofertando atenção, amor, carinho e tendo a oportunidade de observar as habilidades desenvolvidas pelo seu filho(a) e identificar as dificuldades para poder ajuda-lo(a) nesse processo.

Boa sorte! e aproveite esses momentos com seu bem maior, seu filho(a).

SUMÁRIO

1. O QUE É DESENVOLVIMENTO INFANTIL?.....	06
2. O QUE PODE AFETAR O DESENVOLVIMENTO INFANTIL?.....	06
3. COMO OCORRE O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA?.....	07
4. POR QUE ESTIMULAR O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA?.....	09
REFERÊNCIAS.....	39

1. O QUE É DESENVOLVIMENTO INFANTIL?

O desenvolvimento da criança ocorre desde a sua formação, ainda na barriga da mãe, cujo pico é no primeiro trimestre de gestação, e está relacionado com a maturação do sistema nervoso, crescimento físico, desenvolvimento da linguagem, do comportamento, sentidos e das relações sociais e afetivas.

2. O QUE PODE AFETAR O DESENVOLVIMENTO INFANTIL?

Os primeiros seis anos de vida são fundamentais para o desenvolvimento da criança. Como o cérebro se desenvolve muito rápido ele pode ser afetado, nesse período, por fatores genéticos, problemas que ocorrem na gravidez, nascimento, após o parto e ainda por dificuldades sociais e familiares que ocorrem no ambiente em que a criança vive.

Por isso, é muito importante a realização regular do acompanhamento pré-natal e puericultura para assegurar todos os cuidados necessários à criança antes e após o nascimento. Dessa forma, você está prevenindo e identificando possíveis situações que podem interferir no desenvolvimento do seu filho(a).

7

É muito importante identificar precocemente os fatores de risco que podem comprometer o desenvolvimento da criança, por isso você será orientada sobre como proceder, em cada situação, e assim seu filho terá maiores chances de desenvolver-se de forma saudável.

3. COMO OCORRE O DESENVOLVIMENTO NA CRIANÇA?

Durante a infância a criança aprende algo novo todos os dias e cada uma delas possui seu ritmo de desenvolvimento.

As etapas do desenvolvimento evoluem de forma gradativa e sequenciada. Algumas crianças, porém, podem apresentar atrasos do seu desenvolvimento e é muito importante que você, mãe e demais familiares, possam acompanhar e identificar se a criança está tendo um desenvolvendo adequado, conforme sua idade.

Conheça a seguir as principais fases do desenvolvimento de uma criança até os 2 anos de idade.

Idade	Principais Marcos do desenvolvimento
1 mês a menores de 2 meses	 <ul style="list-style-type: none"> -Emite sons; -Esperneia alternadamente com as pernas; -Apresenta sorriso social; -Abre e fecha as mãos.
Aos 2 meses	<ul style="list-style-type: none"> -Fixa o olhar no rosto da mãe; -Segue objetos com a visão na linha média; -Reage a sons; -Eleva a cabeça por alguns segundos.
Aos 4 meses	<ul style="list-style-type: none"> -Responde a solicitações; -Consegue segurar objetos; -Emite sons; -Sustenta a cabeça.
Aos 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> -Alcança brinquedos; -Leva objetos a boca; -Localiza som; -Realiza o rolar.
Aos 9 meses	<ul style="list-style-type: none"> -Brinca de "esconde – achou"; -Transfere objetos de uma mão para outra; -Duplica sílabas como "Mama" e "Papa"; -Senta sem apoio.

Aos 12 meses	-Imita gestos de pessoas; -Faz o movimento de pinça com os dedos; -Faz jargão, ou seja, produz uma conversação incompreensível consigo mesma ou com a mãe; -Anda com apoio.
Aos 15 meses	-Executa gestos a pedido; -Coloca blocos na caneca; -Produz uma palavra; -Anda sem apoio.
Aos 18 meses	-Identifica 2 objetos; -Rabisca espontaneamente; -Produz 3 palavras; -Anda para trás.
Aos 24 meses	-Tira roupa; -Constrói torre de 3 cubos; -Aponta 2 figuras; -Chuta a bola.

Fonte: Adaptado de Filgueiras (2005).

4. POR QUE ESTIMULAR O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA?

Estimular as crianças desde os primeiros meses de vida é muito importante, pois promove o desenvolvimento de funções motoras, linguísticas, social, mental e emocional. Os três primeiros anos de vida são fundamentais, pois é o período em que o cérebro está se desenvolvendo de forma mais rápida.

10

Nesse sentido, procure estimular a criança diariamente, pois isso possibilitará que ela se desenvolva de forma saudável, aumentando as chances de torná-la um adulto mais feliz e bem-sucedido.

A seguir serão apresentadas algumas formas de realizar estimulações em crianças entre 0 (zero) e 24 meses de vida.

CRIANÇAS DE 0 A 4 MESES

ESTIMULAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

A amamentação é muito importante durante os dois primeiros anos de vida, especialmente nos seis primeiros meses. Por isso, é fundamental que a amamentação seja exclusiva, ou seja, apenas o leite materno seja ofertado à criança neste período.

O leite materno possui todos os nutrientes necessários que a criança precisa. Além disso, o ato de sugar fortalece toda a musculatura da face e boca do bebê.

Ao amamentar procure um lugar tranquilo e confortável. Existem várias posições para amamentar, mas a forma mais comum consiste em posicionar a cabeça da criança mais elevada que o tronco, "barriga com barriga".

11

utilizando o braço do mesmo lado do peito em que a criança está para segurá-la.

Procure observar se a criança está abocanhando bem a aréola do peito (parte mais escura do peito), ou seja, é preciso que o bebê cubra a maior parte possível da aréola com a boca, pois isso garante que o leite saia mais facilmente, em maior quantidade e sem dor para a mãe. Converse e oferte muito carinho à criança enquanto amamenta. Esse momento é muito importante, pois aumenta o amor entre vocês.

FIGURA 1: ESTIMULE A AMAMENTAÇÃO



Fonte: Meireles (2018).

ESTIMULAÇÃO DA CABEÇA

Esse tipo de exercício é possível ser realizado a partir do 2º mês de vida com o objetivo de tornar a cabeça da criança mais firme. Coloque-a de barriga para baixo com os braços apoiados na superfície limpa e procure chamar a atenção da criança mostrando, na sua frente, objetos coloridos e sonoros à uma distância de 20 a 30 cm. Esse exercício estimulará a visão e audição como também fará com que a criança eleve a cabeça tornando os músculos que a sustentam mais fortes.

Outra forma de estimular esta musculatura é colocar, abaixo das axilas da criança, um rolo de tecido ou espuma a uma altura que permita a criança apoiar os braços na superfície.

Você também pode, como terceira opção, posicionar o peito da criança sobre suas pernas. Neste último caso, balance as pernas alternando-as lentamente ao passo que canta canções no ritmo do movimento das pernas ou utilize brinquedos para despertar a atenção da criança.

Lembre-se de usar um brinquedo de cada vez para que a criança possa concentrar sua atenção em um único objeto. Ao final do 3º mês espera-se que a criança consiga

13

manter a cabeça firme. Seu filho(a) vai amar essa brincadeirinha. Boa sorte!.

FIGURA 2: ESTIMULE O SUSTENTO DA CABEÇA



Fonte: Meireles (2018).

ESTIMULAÇÃO VISUAL

Outra forma de estimular a visão e o sustento da cabeça é carregar a criança corretamente nos braços, apresentando-a ao ambiente onde está. Este tipo de exercício é possível ser realizado com mais facilidade partir do 3º mês de vida. Como a criança permanece a maior parte do tempo no colo dos pais, coloque a criança virada para frente com as costas apoiadas no seu peito. Com uma

14

das mãos segure o peito da criança e com outra mão, apoie o bumbum e as perninhas, ou seja, a criança parece estar sentada em uma cadeirinha. Procure conversar com a criança enquanto carrega-a. Estimule-a, mostrando objetos e pessoas, buscando interações com o ambiente onde estão.

Procure utilizar posições variadas para carregar a criança, pois, desta forma, ela experimenta diversas sensações. Evite deixar a criança deitada por muito tempo, pois isso pode tornar o desenvolvimento da criança mais lento.

FIGURA 3: ESTIMULE A VISÃO



Fonte: Meireles (2018).

ESTIMULAÇÃO SOCIOAFETIVA

A interação social e afetiva deve ser estimulada a partir dos primeiros meses de vida, pois é um aspecto fundamental para o desenvolvimento saudável da criança. Desde os primeiros meses procure interagir com a criança através do contato físico e visual, ou seja, olho no olho. Incentive que a criança toque e explore, sem pressa, o seu rosto.

Procure interagir com a criança brincando de esconde-esconde, abraçando-a com carinho enquanto beija as partes do corpo da criança, nomeando-as. Utilize também músicas, realize caretas engraçadas para a criança e procure imitar gestos. Com estas atividades, aprimoramos a percepção visual ação-reação da criança, além de despertarmos a capacidade de localizar sons e pessoas.

Realize as brincadeiras em momentos e situações diversas ao longo do dia, como na troca de fraldas e hora do banho. Procure beijar, realizar carinho e expressar, através de palavras e cantigas, seu amor pela criança. Procure ler ou contar histórias para ela.

Outra forma de estimular o desenvolvimento da criança é colocá-la na companhia de outras crianças com idade semelhante para que possam se tocar e brincar, ou seja, para

16

ampliar a socialização e autonomia é preciso estimular o vínculo afetivo com familiares e outras crianças.

FIGURA 4: ESTIMULE A AFETIVIDADE



Fonte: Meireles (2018).

CRIANÇAS DE 4 A 6 MESES

ESTIMULAÇÃO DO SENTAR COM APOIO

A partir do 4º mês a criança torna-se mais ativa e começa a perceber com mais atenção o que acontece a sua volta, pois agora ela passa mais tempo acordada. Está

17

mais motivada a interagir com objetos, brinquedos e pessoas. Além disso, a cabeça está firme e a criança se apresenta com mais força nos braços e pernas.

Por isso, é possível colocá-la sentada com apoio nas costas, por algum tempo durante o dia. A postura sentada favorece o fortalecimento da musculatura geral, principalmente do pescoço e costas.

Procure incentivar a postura sentada com apoio utilizando almofadas, boias infláveis, seu colo, o cantinho do sofá ou poltrona.

Nessa fase, a criança inicia a preensão (pega) de objetos. Apesar de não ter forças para segurá-los, ofereça-os à criança.

Toque as mãos da criança com objetos ou brinquedos coloridos e que emitam sons, estimulando-as a segurá-los. Aproveite para interagir com ela por meio da conversa, brincadeira e uso de música.

Espera um pouco a reação da criança, pois desta forma ela aprenderá a expressar aceitação, prazer e desconforto.

Usar o espelho durante as atividades é uma boa opção, pois a criança começa a se perceber.

FIGURA 5: ESTIMULE O SENTAR COM APOIO

Fonte: Meireles (2018).

ESTIMULAÇÃO AUDITIVA

A partir do 4º mês, a criança está mais atenta aos ruídos e situações que ocorrem no ambiente ao seu redor. Por isso, brinque com ela utilizando estímulos sonoros, como chocalhos divertidos, que estejam fora do seu alcance visual para que ela localize o som e busque-o.

19

Isso estimulará não apenas a capacidade de reação da criança, mas também a sua visão. Aproveite e divirta-se junto com seu filho(a).

FIGURA 6: ESTIMULE A AUDIÇÃO



Fonte: Meireles (2018).

ESTIMULAÇÃO DO ROLAR

Por volta do 4º ao 6º mês a criança começa a mudar de posição quando deitada, ou seja, é por volta deste período que aprende a rolar. Por isso, aproveite este momento para incentivar as mudanças de posição utilizando brinquedos e brincadeiras para estimular o rolar.

20

Coloque objetos sonoros e coloridos próximos à criança para que ela tente alcançá-los e neste momento incentive a mudança de posição dela.

FIGURA 7: ESTIMULE O ROLAR



Fonte: Meireles (2018).

CRIANÇAS DE 6 A 9 MESES

ESTIMULAÇÃO DO SENTAR SEM APOIO

A partir do 6º mês a criança rola sozinha e já começa a sentar sem apoio nas costas. Contudo, ainda pode cair para trás e para os lados. Somente ao término do 7º mês a criança é capaz de permanecer sentada sozinha.

trás e para os lados. Somente ao término do 7º mês a criança é capaz de permanecer sentada sozinha.

Por isso, estimule essa posição preferencialmente no chão e aproveite para ofertar objetos e brinquedos para que ela possa explorá-los, pois nesta fase a criança já consegue segurá-los com mais facilidade.

FIGURA 8: ESTIMULE O SENTAR SEM APOIO



Fonte: Meireles (2017).

ESTIMULAÇÃO DA COORDENAÇÃO MOTORA

Estimule, a partir do 4º mês, a criança a alcançar, pegar e passar os objetos de uma mão para outra.

Reforce com palmas quando a criança conseguir atingir esse objetivo.

Nessa fase a criança está mais esperta e precisa interagir com o meio e as pessoas ao seu redor. Ofereça estímulos como objetos coloridos e que emitam sons para despertar a curiosidade da criança.

Nessa fase fazer converse bastante com a criança utilizando palavras de fácil repetição como “dada” e “papa” etc. Procure nomear objetos, pessoas e partes do corpo da criança.

FIGURA 9: ESTIMULE A CRIANÇA A SEGURAR OS OBJETOS



Fonte: Meireles (2017).

ESTIMULAÇÃO DO ENGATINHAR

A partir do 7º mês a criança inicia o arrastar e por volta do 8º ao 9º mês ela consegue ficar na postura de quatro apoios para engatinhar.

Para esta e outras atividades utilize uma superfície ampla, plana, firme e limpa. Nesse caso, você pode usar colchonetes, esteiras ou tapetes emborrachados para realizar as estimulações.

Essa fase é muito importante para o fortalecimento dos músculos do corpo da criança e também para o desenvolvimento da coordenação motora. Além disso, ela desperta a capacidade de se movimentar sozinha e ser mais independente para explorar o ambiente onde está.

Para estimular o engatinhar, coloque a criança de quatro apoios e realize movimentos alternados com as mãos e pernas. Caso a criança tenha dificuldade de manter-se nesta posição apoie o tronco dela com suas mãos.

Duas dicas importantes que podem ajudar você mãe na hora do engatinhar são: coloque brinquedinhos na frente da criança a uma certa distância para que ela tente alcançá-los ou utilize um lençol ou toalha no tronco

24

suspendendo levemente a criança para facilitar o seu engatinhar.

FIGURA 10: ESTIMULE O ENGATINHAR



Fonte: Meireles (2017).

CRIANÇAS DE 9 A 12 MESES

ESTIMULAÇÃO DA POSTURA DE PÉ

25

Por volta do 9º ao 12º mês ela consegue ficar de pé com apoio, ou seja, segurando em algum lugar.

Para estimulá-la procure colocar a criança em frente a um sofá ou outro móvel com um brinquedo sobre o mesmo, de modo que a criança possa vê-lo e assim tente alcançá-lo, passando da postura de joelho para de pé.

Entretanto, sempre supervisione esta atividade para evitar acidentes.

FIGURA 11: ESTIMULE O FICAR DE PÉ



Fonte: Meireles (2017).

ESTIMULAÇÃO DA PINÇA COM OS DEDOS

É também entre o 9º e o 12º mês que a criança começa a desenvolver os movimentos de pinça com os dedos da mão. Estimule essa capacidade oferecendo objetos pequenos como pedaços de papel para que ela desenvolva a pinça. Apenas tenha cuidado para que a criança não leve os objetos à boca. Esta atividade deve ser supervisionada.

FIGURA 12: ESTIMULE A PINÇA COM OS DEDOS



Fonte: Meireles (2017).

27

Nessa fase converse sempre com a criança, mostre ilustrações, fotos estimulando-a a reconhecer e repetir o nome das pessoas, animais e objetos que visualiza, pois é fundamental a interação com pessoas do seu convívio. Inicie também o hábito de contar histórias, principalmente na hora de dormir.

CRIANÇAS DE 12 A 15 MESES

ESTIMULAÇÃO DO ANDAR COM APOIO

Por volta do 12º ao 15º mês a criança é capaz de dar os primeiros passos sozinha. Por isso, permita que ela possa deslocar-se em pequenas distâncias, com segurança.

A criança geralmente usa passos curtos e acelerados e não apresenta um bom equilíbrio. Por isso, muito cuidado com as quedas. Prefira locais planos e com poucos móveis.

Algumas crianças andam mais cedo, outras demoram um pouco mais. Por isso, andar antes dos 12 meses ou até os 18 meses pode ser considerada dentro da faixa de normalidade.

É muito importante que durante a realização das estimulações, os pais e demais membros da família possam

28

participar. Assim, a criança se sentirá motivada, protegida e segura durante as atividades sugeridas a ela.

FIGURA 13: ESTIMULE O ANDAR



Fonte: Meireles (2017).

ESTIMULAÇÃO DO RACIOCÍNIO E A COORDENAÇÃO MOTORA

Ainda nessa fase, do 12º ao 15º mês, a criança já executa gestos a pedido, produz palavra, manipula objetos de encaixe. Quando a criança é capaz de andar há um aumento das oportunidades de brincar e interagir com as pessoas e o ambiente que está inserida. Certamente esse

29

aspecto é fundamental para promover um desenvolvimento saudável.

Por isso, nessa fase, estimule brincadeiras com objetos de formas, pesos e tamanhos diferentes, encorajando-a a colocar um dentro do outro, para que a mesma desenvolva funções de encaixe e sua coordenação motora fina.

As atividades de encaixe podem ser incentivadas a partir do uso de brinquedos e objetos do dia-dia, como copos plásticos ou caixas de tamanhos variados.

FIGURA 14: ESTIMULE O RACIOCÍNIO E A COORDENAÇÃO MOTORA



Fonte: Meireles (2017).

30

Outra forma de estimular a função manual é utilizar uma vasilha com grãos (gelatina, arroz, feijão e macarrão seco) para que a criança explore o contato com diferentes texturas. Lembre-se sempre que esta atividade deve ser feita com a supervisão de um adulto para evitar acidentes.

CRIANÇAS DE 15 A 18 MESES

ESTIMULAÇÃO DO ANDAR SEM APOIO E DO EQUILÍBRIO

Por volta dos 15º ao 18º mês a criança mantém tudo que aprendeu e já é capaz de andar sozinha, pois o seu equilíbrio está bem melhor nessa fase. As crianças são capazes de subir escadas apoiadas pelas mãos, além de ajoelhar-se sozinhas e iniciar o andar para trás.

A exploração do ambiente onde vive é muito importante e é preciso que você possa estar presente nesses momentos. Ofereça oportunidades para a criança movimentar-se de diferentes maneiras (engatinhando, de pé, etc), explorar móveis e objetos do seu cotidiano como abrir e fechar gavetas, pegar pentes, escovas, chaveiros, além de muitos outros.

31

O ambiente doméstico é muito rico de estímulos e deve ser explorado, pois oferece uma variedade de sensações e movimentos, além de noções de “em cima”, “embaixo”, “dentro” e “fora”.

FIGURA 15: ESTIMULE A EXPLORAÇÃO DO AMBIENTE



Fonte: Meireles (2017)

Nessa fase também se observa uma grande habilidade motora das mãos e capacidade de comunicação por meio da pronúncia de algumas palavras.

32

Por isso, estimule a criança a rabiscar espontaneamente utilizando papel e giz de cera grosso para que ela possa se expressar.

Você também pode utilizar tinta, apropriada para crianças, estimulando que a criança faça desenhos diretamente com as mãos. Sempre ofereça palavras de carinho e incentivo enquanto ela realiza as atividades.

FIGURA 16: ESTIMULE A IMAGINAÇÃO E A COORDENAÇÃO



Fonte: Meireles (2017).

Também estimule a criança a dar, largar e pegar objetos. É muito importante manter a comunicação com a

33

ela, pois nessa fase a criança é capaz de identificar pelo menos 2 objetos, produzir 3 palavras e atender pedidos.

Brincadeiras com bola são importantes, pois a criança é estimulada a localizar o alvo, além de jogar objetos, desenvolvendo o equilíbrio, coordenação e os movimentos de segurar, lançar e soltar.

Utilize bolas de tamanhos variados durante a brincadeira modificando a distância entre você e a criança. Brinque, aproveite e se divirta com ela.

FIGURA 17: ESTIMULE BRINCADEIRAS COM BOLAS



Fonte: Meireles (2017).

CRIANÇAS DE 18 A 24 MESES

A partir do 18º mês a coordenação motora torna-se ainda completa e a criança já é capaz de realizar brincadeiras ainda mais complexas como chutar a bola.

Estimule brincadeiras de chutar a bola, pois isso ajuda a criança a se desenvolver de forma mais rápida. A participação dos pais torna o jogo ainda mais divertido e a criança sentirá mais confiante e segura.

FIGURA 18: ESTIMULE CHUTES COM BOLAS



Fonte: Meireles (2017).

ESTIMULAÇÃO DA AFETIVIDADE E INDEPENDÊNCIA

As crianças com idade entre o 18º e o 24º mês também são capazes de apontar figuras, construir torre com cubos e tirar algumas peças de roupas.

Estimule essas atividades e também aproveite para fortalecer os vínculos afetivos e familiares, procurando realizar leituras de histórias em quadrinhos ou contos. Isso estimula a atenção, a concentração, a imaginação, a audição e a visão.

FIGURA 19: ESTIMULE O VÍNCULO AFETIVO



Fonte: Meireles (2017).

Nesse momento procure um lugar confortável e acolhedor que você possa estar com a criança sem interrupções e que ela possa interagir com você e observar as ilustrações.

Procure sempre ler de forma tranquila e de forma pausada. Utilize entonação da voz conforme o ritmo do conto. Além disso, permita que a criança faça perguntas e crie interesse pela historinha.

Faça leitura em família, pois esses momentos são muito importantes para a aprendizagem e formação de vínculos afetivos entre a criança e os familiares.

Na hora do banho, troca de fraldas e de roupa, peça que a criança tire as peças que conseguir. Ajude-a apenas quando a criança não for capaz de fazer isso sozinha.

Nessa fase estimule a criança a controlar a eliminação de fezes e urina, em clima de brincadeira, sem pressioná-la ou repreendê-la.

FIGURA 20: ESTIMULE A INDEPENDÊNCIA DA CRIANÇA

Fonte: Meireles (2017).

Cuidar de uma criança requer uma atenção especial e a estimulação do desenvolvimento em casa também faz parte desse cuidado. Por isso, procure estar sempre estimulando a criança a explorar o meio ambiente onde ela vive de modo que ela possa interagir com objetos e pessoas que possam torná-la ainda mais desenvolvida.

Lembre-se: o amor, a atenção, o carinho também são elementos fundamentais para o desenvolvimento da

38

criança. Por isso, evite discussões e brigas familiares na frente dos filhos, pois isso, com certeza, poderá trazer consequências negativas a eles, sejam físicas ou emocionais, a curto e longo prazo.

Aproveite e curta bastante seu filho(a), pois a infância é um momento único, sublime e passa rápido. Espero que você possa aproveitar as orientações ofertadas nesta cartilha e possa realizá-las diariamente com seu filho(a).

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI Criança: 2 meses a 5 anos** [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **O cuidado às crianças em desenvolvimento: orientações para as famílias e cuidadores**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **A estimulação precoce na Atenção Básica: guia para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), no contexto síndrome congênita por zika**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia**, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta de Saúde da Criança Menina**. 8 ed. Brasília, DF, 2013a.

40

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana da Saúde. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Ministério da Saúde.** Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

FIGUEIRAS, A. C.; SOUZA, I. C. N. de.; RIOS, V. G.; BENGUIGUI, Y. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI.** Washington, D.C.: Organização Pan-americana da Saúde - OPAS. 2005.

MOVIMENTO DOWN. Guia de estimulação para bebês com Síndrome de Down. Rio de Janeiro. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta de Saúde da Criança Menina.** 8 ed. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Ações

41

Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana da Saúde. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI**. Washington. 2011.

CONTATO:

ISOLDA MARIA BARROS TORQUATO

e-mail: isoldaufcg@gmail.com

Celular: (83)993822606

APÊNDICE F



CONVITE

INTERVENÇÃO EDUCATIVA:

“MAMÃE VAMOS CONVERSAR SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO SEU FILHO?”



Convidamos você mãe para trocarmos experiências sobre a estimulação do desenvolvimento da criança. Você é nossa convidada especial. Não perca.

Local: _____ Dia: _____ / _____ /2018 Horário: _____ hs

APÊNDICE G**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL DOUTORADO****VIGILÂNCIA DE CRIANÇAS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO
NEUROPSICOMOTOR: UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO****ROTEIRO DA ENTREVISTA**

**ETAPA PÓS INTERVENÇÃO EDUCATIVA: ANÁLISE DO CONHECIMENTO
MATERNO ADQUIRIDO SOBRE A ESTIMULAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO
INFANTIL E SUA APLICABILIDADE NO DOMICÍLIO**

Nome: _____

Idade: _____

Nome do Filho(a): _____

Creche: _____

1. Você realizou a estimulação da criança em domicílio? Fale sobre essa experiência.
2. Você sentiu alguma dificuldade? Caso tenha sentido, relate as dificuldades enfrentadas por você para aplicar os conhecimentos adquiridos sobre estimulação infantil.
4. O que você acha do desenvolvimento do seu filho?
5. Como você avalia a oficina sobre a estimulação do desenvolvimento infantil?

APÊNDICE H

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL DOUTORADO

TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Pesquisa: “**Vigilância de crianças com risco para o desenvolvimento neuropsicomotor: um estudo de intervenção com mães**”.

Eu, **Isolda Maria Barros Torquato**, Enfermeira, Fisioterapeuta, portadora do RG: 2.099.914 e CPF: 033.326.024-46, professora do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba (*Campus I*) (SIAPE 21577240) e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/12 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

João Pessoa, ____ de _____ de 2018.

Isolda Maria Barros Torquato
Pesquisadora Responsável

Altamira Pereira da Silva Reichert
Orientadora

APÊNDICE I

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL DOUTORADO****TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR(ES)**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autora orientadora **Altamira Pereira da Silva Reichert** e orientanda **Isolda Maria Barros Torquato** da pesquisa intitulada “**Vigilância de crianças com risco para o desenvolvimento neuropsicomotor: um estudo de intervenção com mães**” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, homologada em 12 de dezembro de 2012, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo Comitê de Ética em Pesquisa avaliador determinado pela CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao mesmo, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

João Pessoa, _____ de _____ de 2018.

Isolda Maria Barros Torquato
Pesquisadora Responsável

Altamira Pereira da Silva Reichert
Orientadora

APÊNDICE J**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL DOUTORADO****DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “**Vigilância de crianças com risco para o desenvolvimento neuropsicomotor: um estudo de intervenção com mães**” está sendo desenvolvida por **Isolda Maria Barros Torquato**, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob a orientação da professora Dra. **Altamira Pereira da Silva Reichert**. A referida pesquisa apresenta como objetivo geral: Analisar a efetividade de uma intervenção educativa com mães para a estimulação de crianças menores de dois anos em situação de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. Neste contexto, informamos que as pesquisadoras envolvidas garantem encaminhar os resultados da referida pesquisa para publicação em periódico científico nacional e/ou internacional priorizando o que descreve a Resolução 466/2012.

João Pessoa, _____ de _____ de 2018.

Isolda Maria Barros Torquato

Pesquisadora responsável

Contato: (83) 993822606

Altamira Pereira da Silva Reichert

Orientadora

Contato: (83) 991161065

ANEXOS

ANEXO A

Tabela 2 - Distribuição do julgamento dos juízes quanto a fidedignidade das questões e seu percentual de aprovação. 2018.

Questão	A		I	D		Alpha	% Alpha
	1	2	3	4	5		
1	9	2	1	0	0	0,980	91,7
2	9	3	0	0	0	0,980	100,0
3	9	3	0	0	0	0,980	100,0
4	9	3	0	0	0	0,980	100,0
5	10	2	0	0	0	0,981	100,0
6	10	2	0	0	0	0,983	100,0
7	8	4	0	0	0	0,980	100,0
8	9	3	0	0	0	0,980	100,0
9	9	3	0	0	0	0,980	100,0
10	9	3	0	0	0	0,980	100,0
11	10	2	0	0	0	0,981	100,0
12	8	3	1	0	0	0,985	91,7
13	8	4	0	0	0	0,980	100,0
14	7	5	0	0	0	0,981	100,0
15	9	2	1	0	0	0,981	91,7
16	11	1	0	0	0	0,983	100,0
17	9	3	0	0	0	0,980	100,0
18	9	3	0	0	0	0,980	100,0
19	8	4	0	0	0	0,980	100,0
20	9	2	1	0	0	0,981	91,7
21	8	4	0	0	0	0,980	100,0
22	8	4	0	0	0	0,980	100,0
TOTAL	195	65	4	0	0	0,982	98,5

A = Aprovação; I = Indeciso; D = Desaprovação; Alpha = *Alpha de Cronbach*.

ANEXO B
CENTRO DE REFERÊNCIA EM EDUCAÇÃO INFANTIL
DIOMEDES LUCAS DE CARVALHO



ANEXO B

CENTRO DE REFERÊNCIA EM EDUCAÇÃO INFANTIL

DIOMEDES LUCAS DE CARVALHO



ANEXO B
CENTRO DE REFERÊNCIA EM EDUCAÇÃO INFANTIL
DIOMEDES LUCAS DE CARVALHO



ANEXO B
CENTRO DE REFERÊNCIA EM EDUCAÇÃO INFANTIL
DIOMEDES LUCAS DE CARVALHO



ANEXO B
CENTRO DE REFERÊNCIA EM EDUCAÇÃO INFANTIL
DIOMEDES LUCAS DE CARVALHO



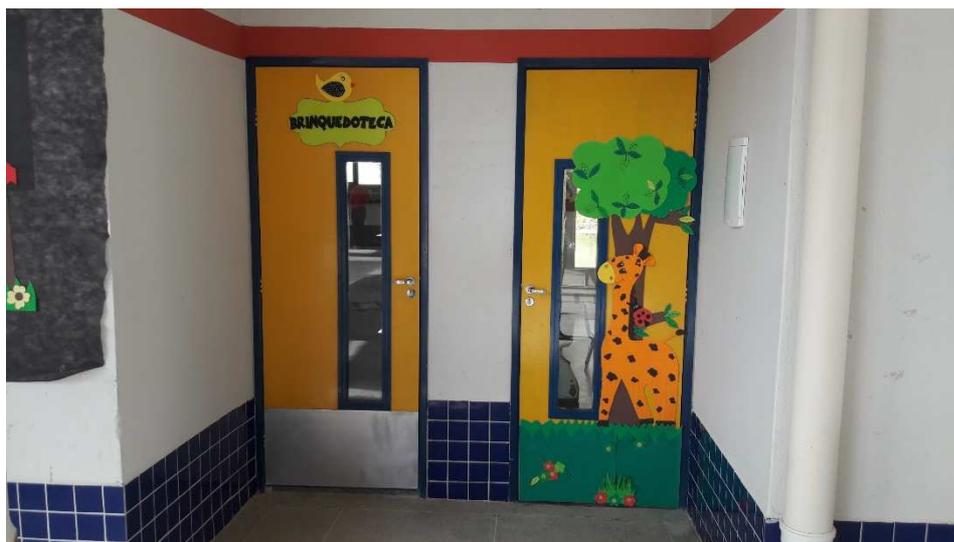
ANEXO B
CENTRO DE REFERÊNCIA EM EDUCAÇÃO INFANTIL
MARIA MARINETE FIALHO FURTADO



ANEXO B
CENTRO DE REFERÊNCIA EM EDUCAÇÃO INFANTIL
MARIA MARINETE FIALHO FURTADO



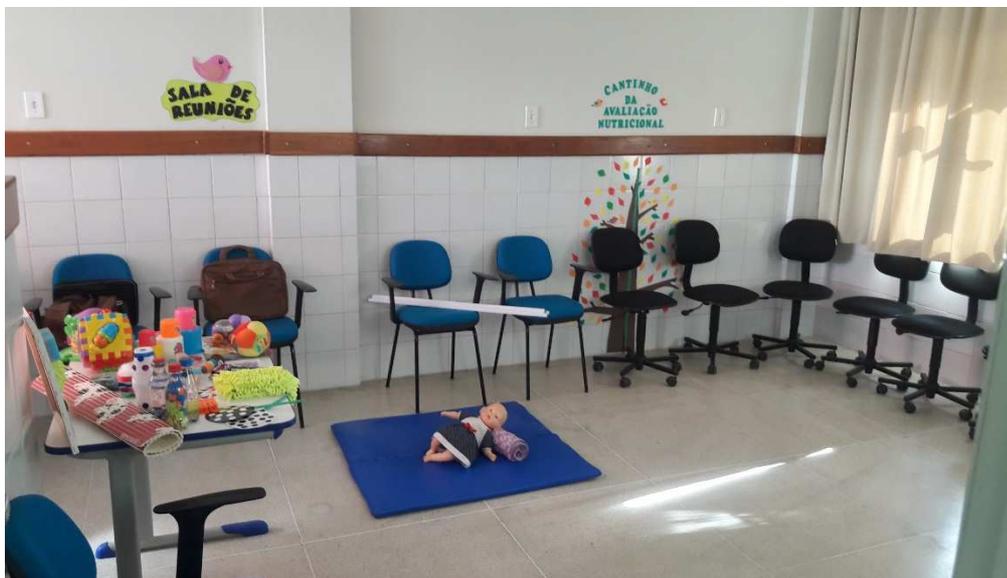
ANEXO B
CENTRO DE REFERÊNCIA EM EDUCAÇÃO INFANTIL
CLEONICE RAMOS DE SENA



ANEXO B
CENTRO DE REFERÊNCIA EM EDUCAÇÃO INFANTIL
CLEONICE RAMOS DE SENA



ANEXO B
CENTRO DE REFERÊNCIA EM EDUCAÇÃO INFANTIL
CLEONICE RAMOS DE SENA



ANEXO B

CENTRO DE REFERÊNCIA EM EDUCAÇÃO INFANTIL

MARIA ANITA FURTADO COELHO



ANEXO B
CENTRO DE REFERÊNCIA EM EDUCAÇÃO INFANTIL
MARIA GEOLICE GOMES DE FARIAS



ANEXO B
CENTRO DE REFERÊNCIA EM EDUCAÇÃO INFANTIL
JOSEFA BEZERRA SOUTO



ANEXO C

MATERIAIS UTILIZADOS NA INTERVENÇÃO EDUCATIVA

BANNER 1

OFICINA
ESTIMULAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL:
A TROCA DE EXPERIÊNCIAS COM MÃES

CRIANÇAS ATÉ 2 MESES

CRIANÇAS DE 2 MESES A 4 MESES



Amamentação



Controle cefálico



Sentar com apoio



Estimule a visão

CRIANÇAS DE 4 MESES A 6 MESES



Estimule o rolar



Sentar sem apoio



Estimule a audição

CRIANÇAS DE 6 MESES A 9 MESES



Estimule a apreensão



Estimule o engatinhar



Converse com a criança

ANEXO C

MATERIAIS UTILIZADOS NA INTERVENÇÃO EDUCATIVA

BANNER 2

OFICINA

ESTIMULAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL:
A TROCA DE EXPERIÊNCIAS COM MÃES

CRIANÇAS DE 9 MESES A 12 MESES

CRIANÇAS DE 12 MESES A 15 MESES



Prensão Fina



Postura bípede



Estimule o raciocínio



Estimule Equilíbrio

CRIANÇAS DE 15 MESES A 18 MESES



Estimule o andar



Estimule a coordenação fina



Estimule o brincar

CRIANÇAS DE 18 MESES A 24 MESES



Estimule a coordenação



Estimule a imaginação



Estimule o vestir

ANEXO C

MATERIAIS UTILIZADOS NA INTERVENÇÃO EDUCATIVA



ANEXO C

MATERIAIS UTILIZADOS NA INTERVENÇÃO EDUCATIVA



ANEXO D

BRINDES SORTEADOS NA INTERVENÇÃO EDUCATIVA



ANEXO D

BRINDES SORTEADOS NA INTERVENÇÃO EDUCATIVA



ANEXO D

BRINDES SORTEADOS NA INTERVENÇÃO EDUCATIVA



ANEXO E



TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Estamos cientes da intenção da realização da pesquisa intitulada “**Vigilância de crianças com risco para o desenvolvimento neuropsicomotor: um estudo de intervenção com mães**”, desenvolvida por **Isolda Maria Barros Torquato**, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) sob a orientação da professora Doutora **Altamira Pereira da Silva Reichert**, estando autorizada a realização do referido estudo nas **Creches Municipais CUITÉ – PARAÍBA**.

Cuité, 10 de maio de 2017.



Kleyton Samuel Lima

Secretária de Educação do Município de Cuité - PB


Kleyton Samuel Lima de Souza
Secretário de Educação

ANEXO F

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

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIGILÂNCIA DE CRIANÇAS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR: UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO COM MÃES**Pesquisador:** Isolda Maria Barros Torquato**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 82127817.3.0000.5188**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.507.429**Apresentação do Projeto:**

Projeto de Tese do Programa de Pós Graduação Stricto Senso em Enfermagem /CCS/UFPB.

Objetivo da Pesquisa:

-Analisar a efetividade de uma intervenção educativa com mães de crianças menores de dois anos com risco para o desenvolvimento neuropsicomotor saudável.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

A pesquisa oferece riscos mínimos previsíveis, como desconforto relacionado à espera para responder o formulário e entrevista e o despertar de sentimentos acerca dos assuntos abordados. Nesse sentido, para minimizar os possíveis riscos, a pesquisadora permitirá que a participante expresse seus sentimentos livremente ou mesmo possa desistir da participação no estudo, caso seja essa a sua vontade, sem nenhum dano ou prejuízo como mencionado.

Benefícios:

Considerando as práticas educativas em saúde como ações fundamentais no processo de trabalho em saúde, buscar-se-á com este estudo, contribuir para a aquisição de respostas a partir das problemáticas apresentadas, a fim de consolidar novos conhecimentos a respeito do desenvolvimento infantil e facilitar a aprendizagem materna quanto a estimulação do

Endereço: UNIVERSITARIO S/N**Bairro:** CASTELO BRANCO**CEP:** 58.051-900**UF:** PB**Município:** JOAO PESSOA**Telefone:** (83)3216-7791**Fax:** (83)3216-7791**E-mail:** eticaccsufpb@hotmail.com

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



Continuação do Parecer: 2.507.429

desenvolvimento neuropsicomotor em crianças com risco potencial pautado em relações dialógicas e do saber popular pré-existente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De comum acordo com os objetivos, referencial teórico, metodologia e referências

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta a documentação de praxe.

Recomendações:

Divulgar resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO

Considerações Finais a critério do CEP:

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

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

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1043994.pdf	15/12/2017 23:21:13		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	15/12/2017 23:15:50	Isolda Maria Barros Torquato	Aceito
Outros	Homologacaocolegiado.pdf	15/12/2017 23:10:29	Isolda Maria Barros Torquato	Aceito
Outros	Declaracao_qualificacao.pdf	15/12/2017 23:08:48	Isolda Maria Barros Torquato	Aceito
Outros	Certidao_qualificacao.pdf	15/12/2017 23:07:24	Isolda Maria Barros Torquato	Aceito
Outros	Termo5.pdf	15/12/2017 23:05:04	Isolda Maria Barros Torquato	Aceito
Outros	Termo4.pdf	15/12/2017 23:00:49	Isolda Maria Barros Torquato	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

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



Continuação do Parecer: 2.507.429

Outros	Termo3.pdf	15/12/2017 22:55:32	Isolda Maria Barros Torquato	Aceito
Outros	Termo2.pdf	15/12/2017 22:55:01	Isolda Maria Barros Torquato	Aceito
Outros	Termo1.pdf	15/12/2017 22:53:03	Isolda Maria Barros Torquato	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Tese.docx	15/12/2017 22:46:40	Isolda Maria Barros Torquato	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	15/12/2017 22:44:41	Isolda Maria Barros Torquato	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 22 de Fevereiro de 2018

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com