

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL
NÚCLEO DE ESTUDOS EM INTERAÇÃO SOCIAL E
DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

**CONCEPÇÕES SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL DE
ENFERMEIROS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**JOÃO PESSOA-PB
2013**

S586c *Silva, Maria de Fátima de Oliveira Coutinho.*
 Concepções sobre desenvolvimento infantil de
 enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família
 / Maria de Fátima de Oliveira Coutinho Silva.-- João
 Pessoa, 2013.
 206f.
 Orientadora: Nádya Maria Ribeiro Salomão
 Tese (Doutorado) – UFPB/CCHL
 1. *Psicologia social.* 2. *Desenvolvimento infantil -*
 concepções - enfermeiros. 3. *Estratégia saúde da*
 família. 4. *Interação - desenvolvimento.*

MARIA DE FÁTIMA DE OLIVEIRA COUTINHO SILVA

**CONCEPÇÕES SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL DE
ENFERMEIROS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, da Universidade Federal da Paraíba como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia Social.

ORIENTADORA: Prof^a Dra. Nádia Maria Ribeiro Salomão.

JOÃO PESSOA-PB
2013

CONCEPÇÕES SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL DE ENFERMEIROS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

MARIA DE FÁTIMA DE OLIVEIRA COUTINHO SILVA

APROVADA EM: 18/06/2013

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra. Nádia Maria Ribeiro Salomão
Orientadora / UFPB

Prof^a Dra. Ana Raquel Rosas Torres
Membro Interno/ UFPB

Prof^a Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega
Membro Interno/UFPB

Prof^a Dra. Angela Elizabeth Lapa Coêlho
Membro externo/ UNIPÊ

Prof^a Dra. Josevânia da Silva
Membro externo/ UNIPÊ

O RIO E O OCEANO

“Diz-se que, mesmo antes de um rio cair no oceano, ele treme de medo. Olha para trás, para toda a jornada, os cumes, as montanhas, o longo caminho sinuoso através das florestas, através dos povoados, e vê à sua frente um oceano tão vasto que entrar nele nada mais é do que desaparecer para sempre. Mas não há outra maneira. O rio não pode voltar. Voltar é impossível na existência. Você pode apenas ir em frente. O rio precisa se arriscar e entrar no oceano. E somente quando ele entra no oceano é que o medo desaparece. Porque apenas, então, o rio saberá que não se trata de desaparecer no oceano, mas tornar-se oceano. Por um lado é desaparecimento e por outro lado é renascimento. Assim somos nós. Só podemos ir em frente e arriscar.

Coragem! Avance firme e torne-se OCEANO!!!

Meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que fizeram parte DESTA JORNADA rumo ao oceano...

Dedico este estudo,

Ao Senhor Deus,

***“Porque eu, o Senhor, teu Deus,
te tomo pela tua mão direita e te digo:
Não temas, que eu te ajudo”***

Isaías 41.13

Aos meus pais Coriolano e Stella:

**Mesmo diante da precocidade com que partiram
deixaram um legado de amor aos filhos;**

Ao meu marido, filhos e neta:

**Roberto, Ana Paula e Sofia, Luisa Stella e Paulo Roberto,
o meu amor absoluto;**

À minha irmã Socorrinho:

**Por sempre estar por perto e sempre ter me amado
como irmã e filha.**

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Deus, porque sua generosidade é grande para conosco, e a sua verdade dura para sempre;

À Profª Dra. Nádia Maria Ribeiro Salomão, pela sua dedicação e orientação firme e pela relação interativa ao longo do trabalho;

À Profª Dra. Ana Raquel Rosas Torres, leitora da tese, pela valorosa contribuição cujo apoio viabilizou a realização deste estudo, tornando a jornada mais atraente;

Ao Profº Dr. Leôncio Camino e Profª Dra. Zoraide Lins, pelo incentivo e estímulo antes e no decorrer desta jornada;

Aos membros da banca, Profª Dra. Ana Raquel, Profª Dra. Josivânia da Silva, Profª Dra. Miriam Nóbrega e Profª Dra. Angela Coêlho, pelas contribuições relevantes para o estudo;

As companheiras do núcleo, Ana Flávia, Elis, Zoraide, Carol, Débora, Janaína, Cibele e Eduardo, por todos os momentos de cumplicidade e trocas de saberes;

À Profª Anna Rosa e Souza Occhiuzzo, enfermeira, docente e amiga, pela disponibilidade em substituir-me nas atividades acadêmicas em vários momentos, superando-se no dia a dia para deixar-me mais livre no decorrer deste curso;

As enfermeiras que fizeram parte do estudo, pela coragem e enfrentamento de uma realidade tão desafiadora que é a Estratégia Saúde da Família.

Meus sinceros agradecimentos!

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi analisar as concepções sobre desenvolvimento infantil de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. O mesmo se ancorou na Teoria Sócio-Histórica de Vigotski, na compreensão de que o desenvolvimento humano parte da concepção que todo organismo humano é ativo e institui sucessivas interações entre as condições sociais e a base biológica do comportamento humano e na abordagem do Nicho do Desenvolvimento de Harkness e Super, na qual permite compreender sobre a qualidade do cuidado e possíveis influências no desenvolvimento infantil situado em um determinado contexto. Foi realizado um estudo de campo, nas Unidades de Saúde da Família pertencentes ao Distrito Sanitário III e utilizou-se para a coleta de dados um questionário que captava os dados sócio-demográficos e uma entrevista semi-estruturada, na qual foi analisada de acordo com Análise de Conteúdo Temática de Bardin. Participaram da pesquisa 38 enfermeiras com idades variando entre 41 a 50 anos, destas, 30 eram casadas, com filhos e apresentavam em média 20 anos de graduação. Em relação à pós-graduação, 35 participantes eram especialistas em Saúde Coletiva e áreas a fins e 32 realizaram curso de Capacitação em Vigilância do Desenvolvimento. Quanto ao tempo de serviço, 25 apresentavam em torno de seis anos de atividades na Estratégia Saúde da Família. Das entrevistas aplicadas e analisadas, emergiram uma classe temática, dez categorias, 27 subcategorias e 1.367 unidades de análises. Os resultados apontaram que as concepções das enfermeiras sobre desenvolvimento infantil estão pautadas nos pressupostos da teoria maturacionista, transparecendo nos seus discursos a própria construção teórica das diretrizes de acompanhamento do desenvolvimento infantil do Ministério da Saúde. Apreende-se que as enfermeiras seguem os protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde encontrados nos prontuários ou no Cartão de Saúde da Criança para o atendimento às crianças e percebe-se que dentre os aspectos do desenvolvimento avaliados pelas enfermeiras, predominam a manutenção de uma concepção de desenvolvimento natural, pautada na existência de uma força intrínseca à criança. Julgam ainda esses profissionais como inconsistentes e limitados às ideias das mães sobre desenvolvimento infantil, relatam que o processo de desenvolvimento infantil sofre influência do contexto familiar, afetivo e ambiental e orientam as mães para estimular o desenvolvimento infantil, de acordo com o conteúdo do Cartão de Saúde da Criança ou pela idade e marcos do desenvolvimento. Revela também o estudo, que a maioria das enfermeiras não realiza o atendimento sistemático à criança até aos dois anos de idade, julgam a sua própria atuação fragmentada, mas percebem a necessidade de melhorar o atendimento à criança. Apreende-se de um modo geral, que há contradições nas concepções dos enfermeiros, conclui-se a necessidade de criar espaços de reflexão para estes profissionais, a fim de que os mesmos repensem suas concepções a partir do contexto do seu lugar no trabalho, de modo que levem em consideração as múltiplas variáveis de entendimento sobre criança, família e desenvolvimento.

Palavras Chave: Concepções. Desenvolvimento infantil. Estratégia Saúde da Família. Interação. Nicho do desenvolvimento. Enfermeira.

ABSTRACT

The aim of this research was to analyze the conceptions of child development for nurses working in the Family Health Strategy. This study is anchored in Social-Historical Theory of Vigotski, on the understanding that human development departs from the concept that all human organism is active and establishes successive interactions between the social and the biological basis of human behavior and the approach of the Niche Development of Harkness and Super, which provides insight on the quality of care and possible influences on child development in a given context. We conducted a field study, in the Family Health Units belonging to the Sanitary District III and it was used for data collection a questionnaire that captured the socio-demographic data, and a semi-structured interview, which was analyzed according to Bardin's Thematic Content Analysis. Participants were 38 nurses aged between 41-50 years, 30 were married, with children, and had an average of 20 years graduated. Regarding graduated studies, 35 participants were experts in Public Health and related areas and 32 underwent a Training Development Surveillance. Regarding time of service, 25 had around six years of activity in the Family Health Strategy. Applied and analyzed the interviews emerged a thematic class, ten categories, 27 sub-categories and 1.367 units of analysis. The results showed that the conceptions of nurses on child development are guided by the assumptions of the maturationist theory, transpiring in their speeches the actual theoretical construction of Health Ministry's guidelines for monitoring child development. Apprehends that nurses follow the protocols provided by Health Ministry found in the records or the Child Health Card for the children care and it sustains clearly that among the aspects of development evaluated by nurses predominating maintenance of a natural development conception, based on the existence of an intrinsic force from the child. This study finds these professionals as inconsistent and limited to the ideas of mothers on child development, reports that the process of child development is influenced by the family context, affective and environmental and guides mothers to stimulate child development, according to the contents of the Child Health Card or the age and developmental milestones. The study also reveals that majority of nurses do not realize the systematic care for children up to two years of age, judge their own performance in a fragmented way but realize the need to improve the children care. Apprehends, generally, that there are contradictions in the nurses' conceptions, it concludes the need to create spaces for the reflection of these professionals, so that they rethink their conceptions from the context of their work place, and take into account the multiple variables in the understanding of the child, family and development.

Keywords: Conceptions. Child development. Family Health Strategy. Interaction. Niche development. Nurse.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue analizar las concepciones sobre desarrollo infantil de enfermeros que actúan en Estrategia Salud de la Familia. El mismo se basó en la Teoría Sociohistórica de Vigotski, en la comprensión de que el desarrollo humano parte de la concepción de que todo organismo humano es activo e instituye sucesivas interacciones entre las condiciones sociales y la base biológica del comportamiento humano y en el abordaje del Nicho del Desarrollo de Harkness y Super, el cuál permite comprender sobre la calidad del cuidado y posibles influencias en el desarrollo infantil situado en un determinado contexto. Fue realizado un estudio de campo, en las Unidades de Salud de la Familia pertenecientes al Distrito Sanitario III y se utilizó para la colecta de datos un cuestionario que captaba los datos sociodemográficos y una entrevista semiestructurada, la cual fue analizada de acuerdo con el Análisis de Contenido Temático de Bardin. Participaron de la investigación 38 enfermeras con edades comprendidas entre 41 y 50 años, de las cuales, 30 eran casadas, con hijos y presentaban en promedio 20 años de graduación. En relación al posgrado, 35 participantes eran especialistas en Salud Colectiva y áreas afines y 32 realizaron curso de Capacitación en Vigilancia del Desarrollo. Con respecto al tiempo de servicio, 25 presentaban al rededor de seis años de actividades en Estrategia Salud de la Familia. De las entrevistas aplicadas y analizadas, emergieron una clase temática, diez categorías, 27 subcategorías y 1.367 unidades de análisis. Los resultados apuntaron que las concepciones de las enfermeras sobre desarrollo infantil están pautadas en los presupuestos de la teoría maturacionista, transluciendo en sus discursos la propia construcción teórica de las directrices de acompañamiento del desarrollo infantil del Ministerio de Salud. Se aprehende que las enfermeras siguen a los protocolos disponibilizados por el Ministerio de Salud encontrados en los prontuarios o en la Tarjeta de Salud del Niño para el atendimento de los niños y se percibe que de entre los aspectos del desarrollo evaluados por las enfermeras, predominan la manutención de una concepción de desarrollo natural, pautada en la existencia de una fuerza intrínseca al niño. Juzgan todavía a estos profesionales como inconsistentes y limitados por las ideas de las madres sobre el desarrollo infantil, relatan que el proceso de desarrollo infantil sufre influencia del contexto familiar, afectivo y ambiental y las orientan a las madres a estimular el desarrollo infantil, de acuerdo con el contenido de la Tarjeta de Salud del Niño o por la edad y marcos del desarrollo. También revela el estudio, que la mayoría de las enfermeras no realiza el atendimento sistemático al niño hasta los dos años de edad, juzgan a su propia actuación fragmentada, pero perciben la necesidad de mejorar el atendimento al niño. Se aprehende de un modo general, que hay contradicciones en las concepciones de los enfermeros, se concluye la necesidad de crear espacios de reflexión para estos profesionales, con el fin de que los mismos repiensen sus concepciones a partir del contexto de su lugar en el trabajo, de modo que lleven en consideración a las múltiples variables de entendimiento sobre niños, familia y desarrollo.

Palabras Clave: Concepciones. Desarrollo infantil. Estrategia Salud de la Familia. Interacción. Nicho del desarrollo. Enfermeras.

SUMÁRIO

Resumo	viii
Abstract.....	ix
Resumen.....	x
Lista de tabelas	xiii
Lista de figuras	xiv
Lista de siglas.....	xv
 Introdução	 16
 Capítulo 1 Desenvolvimento Humano	 25
 Capítulo 2 O Nicho Do Desenvolvimento	 42
2.1 Ambiente físico e social	46
2.2 Costumes e práticas de cuidado	49
2.3 A Psicologia dos Cuidadores	50
2.4 Estudos empíricos sobre o Nicho do Desenvolvimento	63
 Capítulo 3 Estratégia Saúde da Família: Especificidades no contexto da comunidade, família e crianças	 78
3.1 Pressupostos Teóricos e a Estratégia Saúde da Família	92
3.2 Articulação entre a Estratégia Saúde da Família e o Nicho do Desenvolvimento.....	97
 Objetivos	 102
 Capítulo 4 Método.....	 103
4.1 Tipo de estudo.....	103
4.2 Local do estudo	103
4.3 Participantes.....	105
4.4 Instrumentos	105

4.5 Procedimentos para Coleta dos dados.....	106
4.6 Procedimentos Análise dos dados.....	108
4.7 Aspectos Éticos.....	111
Capítulo 5 Resultados	112
5.1 Características das participantes	112
5.2 Resultados da Análise de Conteúdo das entrevistas semiestruturadas.....	116
Capítulo 6 Discussão	121
6.1 Perfil sócio-familiar dos participantes.....	121
6.2 Perfil relativo à escolaridade e características profissionais das enfermeiras	124
6.3 Concepções sobre desenvolvimento infantil de enfermeiras construídas a partir das entrevistas semiestruturadas	127
6.3.1 Concepções sobre desenvolvimento infantil.....	128
6.3.2 Aspectos do DI observados no atendimento à criança	135
6.3.3 Concepções sobre os aspectos motor, afetivo, social, cognitivo e linguagem	139
6.3.4 Concepção das enfermeiras das ideias maternas sobre DI	141
6.3.5 Contextos que mais influenciam o DI	146
6.3.6 Orientações às mães para estimular o DI.....	150
6.3.7 Concepção do enfermeiro sobre seu papel no acompanhamento do DI.....	154
6.3.8 Instrumentos utilizados na ESF para avaliar o DI.....	157
6.3.9 Avaliação do DI pelos enfermeiros em crianças até dois anos	160
6.3.10 Justificativas espontâneas	165
Capítulo 7 Considerações finais.....	172
Referências	182
Apêndice A – Questionário Sócio-Demográfico	200
Apêndice B- Roteiro de Entrevista Semi-estruturada	201
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	202
Apêndice D – Certidão de Aprovação do Comitê de Ética	204
Apêndice E – Ficha de acompanhamento do Desenvolvimento	205
Apêndice F – Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento.....	206

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil das características sóciofamiliares das enfermeiras	113
Tabela 2	Perfil relativo à escolaridade e características profissionais das enfermeiras.....	115
Tabela 3	Resultados da Análise de Conteúdo Temática das entrevistas semiestruturadas realizadas com as enfermeiras.....	117

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Etapas operacionais da Análise de Conteúdo.....	110
----------	---	-----

LISTA DE SIGLAS

AIDPI – Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CSC - Cartão de Saúde da Criança

D – Desenvolvimento

DI – Desenvolvimento Infantil

DS – Distrito Sanitário

ESF – Estratégia Saúde da Família

IVD - Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Introdução

Este estudo buscou analisar as concepções sobre desenvolvimento infantil de enfermeiros que atuam nas equipes da Estratégia Saúde da Família. Como aporte teórico, fundamentou-se na Teoria Sócio-Histórica de Vigotski (1996) e no modelo do Nicho de Desenvolvimento de Harkness e Super (1986). Vigotski (1996) postula duas linhas de desenvolvimento, uma natural e outra cultural. A natural corresponde ao crescimento e à maturação presentes desde o nascimento, e se manifesta nos processos mentais inferiores, enquanto que a linha cultural transforma os processos mentais inferiores em processos mentais superiores pela interação com os outros e pela apropriação e construção de ferramentas de mediação. Destarte, a linha cultural envolve a apropriação de várias ferramentas de mediação ou meios culturais, possibilitando a própria interação e a transformação qualitativa da linha natural. Quanto ao Nicho de Desenvolvimento, baseia-se na relação criança e ambiente (contexto sociocultural), como um sistema interativo, sendo a casa o centro da vida humana inicial e o mediador focal dessa relação, funcionando através de mecanismos culturalmente construídos.

Desse modo, a compreensão do desenvolvimento deve ser concebida como um processo complexo e dialético, constituído nas interações sociais que promovem concomitante a construção de uma realidade social, histórica e cultural, assim como a constituição de seres individuais. Por isso, compreender o significado social e cultural do desenvolvimento infantil se torna imprescindível nos contextos socioculturais que motivam as ações humanas em diferentes sentidos. Nesse sentido, o contexto cultural que desponta dessa situação vem como um contexto que está intimamente relacionado ao meio social, assim como nas concepções sobre o desenvolvimento. Por isso, Goodnow (1992) afirma que

conhecer o contexto do desenvolvimento da criança permite compreender melhor os aspectos da cognição dos adultos, a influência da cultura no desenvolvimento da identidade pessoal, a compreensão das ações e o acesso ao processo de transmissão e transformação cultural.

Nesse arcabouço, apreende-se que o desenvolvimento infantil compreende todo ciclo vital da pessoa, de onde alcança dimensões específicas, incluindo os aspectos biológico, cognitivo, afetivo e/ou social, numa via contínua própria da evolução que vai além da maturação biológica ou genética. Para Mota (2005), tais dimensões implicam necessariamente em conexões com outras áreas de conhecimentos, como Antropologia, Sociologia, Educação, Medicina, entre outras, de onde se deduz que o desenvolvimento humano é uma construção partilhada, ou seja, tanto a criança quanto seus parceiros se constroem nas interações que se estabelecem.

Os paradigmas que norteiam a prática dos profissionais de saúde orientam como prioridade ações de prevenção e promoção da saúde. De acordo com Bastos (1991), as ações de prevenção são as que mais provocam efeitos benéficos na vida da pessoa, bem como as que mais estimulam o interesse para o acompanhamento do desenvolvimento integral da criança. Afinal, a forma como a criança nasce, cresce e se desenvolve está relacionada com as condições familiares e como ela é simbolizada, representada e tratada em níveis de práticas institucionais, como é o caso das práticas relacionadas à saúde (Mota, 2005; Oliveira & Albuquerque, 2008).

Nesse entendimento, compreende-se por que os profissionais da saúde são instigados a buscarem na Psicologia do Desenvolvimento apoio teórico e instrumentos metodológicos que os auxiliem e os direcionem no desempenho de sua prática, sobretudo no tocante às peculiaridades intrínsecas do ser humano (Mota, 2005). Isso porque, diante da importância desse assunto, Dessen e Guedea (2005) afirmam que, na ciência do desenvolvimento, o foco

está na ontogênese dos processos evolutivos, destacando nesse contexto a atenção do ciclo de vida dos indivíduos, por serem seres biológicos inseridos em um determinado tempo e espaço, o que leva, portanto, a compreender as mudanças biológicas, temporais, culturais e sociais.

Desponta, nesse contexto, a Teoria Sócio-Histórica proposta por Vigotski (1996). Para esse autor, o desenvolvimento humano como processo ocorre por meio interações sociais, a partir das práticas culturais de um determinado grupo, sendo a atividade humana dotada de significados que estão em permanente construção dentro da própria cultura, uma vez que a ação humana, sem um referencial cultural, fica destituída de significado.

Desse modo, o papel da cultura e da realidade social dentro da história contribui de maneira determinante na constituição do sujeito como um processo dinâmico e dialético, baseado na história, na cultura e no social, passando a constituição do sujeito pelo significado que o outro dá às ações que esse sujeito estabelece, assim como o próprio significado que o outro dá a essas ações como produto de todo processo histórico e cultural.

Este estudo busca analisar as concepções sobre desenvolvimento infantil de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família, sendo assim, fez-se necessário incluir os pressupostos teóricos além da Teoria Sócio-Histórica e as contribuições advindas de Harkness e Super (1992; 1996). Para esses autores, a concepção que salienta a influência da cultura nas crenças e práticas de cuidado infantil resultou na proposta de Nicho de Desenvolvimento, na qual se ressalta a importância do contexto no desenvolvimento humano, onde estão inseridas as crenças e práticas parentais.

Para explicar como os elementos da cultura se integram de maneira a influenciar diretamente o desenvolvimento humano, principalmente nos primeiros anos de vida, e de como se dá a organização cultural do desenvolvimento, Harkness e Super (1996) propuseram o modelo do Nicho de Desenvolvimento. Para esses autores, os estudos devem considerar a

criança e o ambiente como um sistema interativo. Assim, no olhar sobre desenvolvimento infantil, o contexto da criança deve ser visto como um nicho no qual se analisam suas estruturas culturais a partir da casa (família) e de mais três subsistemas que se relacionam dinamicamente: o ambiente físico e social da criança, os costumes culturalmente construídos sobre os cuidados e sobre os modos de criar as crianças e a Psicologia de seus cuidadores.

Esses autores apontam, a partir da Teoria de Vigotski, a relevância dos fatores históricos, culturais e sociais sobre o desenvolvimento infantil. Chamam a atenção para como a cultura é capaz de influenciar o desenvolvimento infantil, tendo como elemento central as etnoteorias parentais, nas quais o sistema de crenças parentais, os costumes e as práticas na criação das crianças e a organização do ambiente físico e social em que a criança vive (microambiente da criança) têm papel determinante no desenvolvimento. Por isso, ao estudar o desenvolvimento infantil, deve-se dar importância à inclusão da família.

Nesse sentido, cabe destacar a importância do sistema de crenças parentais para a concepção do desenvolvimento infantil, uma vez que esse sistema, de acordo com Loderlo, Fonseca e Araújo (2000), está agregado à influência que profissionais como professores, educadores ou cuidadores podem exercer no comportamento parental e nas práticas de cuidado infantil. Sobre essa temática, destacam-se alguns estudos desenvolvidos por Harkness e Super (1996), Melchiori e Biasoli-Alves (2001), Kobarg, Sachetti e Vieira (2006), Silva, Vieira, Seidl de Moura e Ribas Jr. (2005) e Kobarg e Vieira (2008).

Essa perspectiva também encontra respaldo nos pressupostos que balizam as políticas públicas de atendimento à criança, preconizadas pelo Ministério da Saúde. Afirmam seus postulados que os cuidados gerais destinados às crianças, especialmente aquelas menores de cinco anos de idade, têm influência direta sobre a saúde e o desenvolvimento físico, cognitivo e social, pois, embora não seja uma tarefa muito fácil compreender a relação entre crenças maternas e cuidados com as crianças, torna-se

importante explorá-las, uma vez que podem fornecer dados para subsidiar políticas públicas e fundamentar propostas de intervenções específicas mais eficientes para determinadas regiões do país (Brasil, 2002).

Nesse aspecto, percebe-se que, nas diretrizes do Ministério da Saúde para o acompanhamento de crianças em processo de desenvolvimento, há diferentes modalidades de avaliação, que incluem a percepção de pais, pediatras, enfermeiros e demais profissionais de saúde, todas na lógica da vigilância do desenvolvimento, caracterizada como um eixo integrador de atenção à saúde da criança, relacionada à promoção do desenvolvimento considerado normal e à detecção de desvios nesse processo (Ribeiro, Resegue & Puccini, 2010).

Na situação atual de políticas públicas de atenção à saúde de maneira geral, e especialmente, à saúde da criança, temos no nosso país o Sistema Único de Saúde (SUS). Dentro dessa realidade, destaca-se o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), responsável por contribuir com o processo de construção e de fortalecimento do SUS, uma vez que confere aos profissionais de saúde um novo conceito de prática, oferecendo uma atenção focada nos princípios da vigilância à saúde, portanto, em uma assistência integral que abrange todas as dimensões do processo saúde-doença.

É no interior da ESF que a pesquisadora, enquanto enfermeira e docente de uma instituição superior de ensino, insere-se na qualidade de docente, junto com os discentes do curso de graduação em Enfermagem, especificamente da disciplina de Saúde da Criança, para vivenciar os estágios teórico-práticos nas diversas Unidades de Saúde da Família selecionadas como cenários de práticas. Nesses locais, desenvolvem-se atendimentos atrelados aos programas preconizados pelas políticas públicas de atenção à saúde da criança, especificamente o acompanhamento do desenvolvimento infantil.

Essa posição da pesquisadora permite visualizar a importância do conhecimento sobre desenvolvimento humano para uma formação humana singular, tendo consciência de que só o aparato biológico não é capaz de assegurar aspectos da formação do indivíduo relacionados ao gênero humano, mas que esses só podem ser transmitidos pela relação do indivíduo com outros seres humanos.

O status de enfermeira e docente leva, naturalmente, a um compromisso maior na práxis de qualquer profissional dentro dessa característica. Devido ao exercício da docência vinculada à assistência a uma clientela tão especial, como é a criança, e ainda a tutoria de uma série de programas de capacitação direcionados aos profissionais enfermeiros que estão na ponta desse atendimento e na porta de entrada da saúde desses cidadãos, julga-se ser importante analisar quais são as concepções sobre desenvolvimento infantil desses profissionais, a fim de que se compreenda com clareza suas ideias sobre esse processo, e em que essa compreensão influenciaria na dinâmica do seu papel mediador como educador e agente de transformação social, assegurando a integralidade da assistência prestada.

Esse foi um aspecto que motivou a escolha dessa temática para a presente tese, vinculando-se também a dinâmica do desempenho dos enfermeiros nas respectivas equipes da Estratégia Saúde da Família. Constata-se que esses são profissionais que têm um espaço privilegiado dentro das equipes de saúde, que têm condições de desenvolver ações sistematizadas, centradas no ciclo vital e na assistência à família, assim como nas atividades de educação em saúde que devem ser realizadas durante as consultas de enfermagem a grupos prioritários, a exemplo da criança, dentre outros grupos.

Nesse contexto, o enfermeiro é o mediador dos conhecimentos e da apropriação da produção humana, onde as experiências culturais da sua vida cotidiana contribuem para sua formação e atuação, acreditando-se que é pertinente refletir a respeito de como se constitui sua subjetividade profissional, ou seja, como ele se apropria das dimensões teóricas e das

práticas referentes à sua profissão, e também como as internaliza e as transforma em prática. Destacam-se, nesse contexto, as considerações de teóricos sobre a relação das concepções com o sistema de crenças, a exemplo de autores como Harkness e Super (1996) e Kobarg, Sachetti e Vieira (2006). Esses autores afirmam que existe relação entre o modo de perceber o desenvolvimento infantil e o modo de lidar com a criança.

Também outro aspecto a ser pesquisado é se esses enfermeiros, como sujeitos sociais e históricos, têm visões de mundo, valores, sentimentos, comportamentos e hábitos próprios, provenientes de um conjunto de experiências vivenciadas em espaços sociais diversos. Desse modo, estudos sobre suas concepções e suas relações com a cultura da qual esses sujeitos fazem parte tornam-se relevantes, por permitirem compreender dimensões da vida social que determinam, em parte, suas práticas, ou seja, suas concepções.

Almeja-se que os resultados desse estudo possam incrementar as possibilidades de trabalhar além do tecnicismo, com habilidades educativo-pedagógicas e relacionais, ou seja, a partir o processo de capacitação desses profissionais, uma vez que, na medida em que se propõe discutir, compreender e produzir conhecimentos acerca dessas práticas vigentes, contribui-se com subsídios que incrementam o planejamento, a gestão e a execução de políticas públicas preocupadas em formar um profissional mais consciente e coerente para enfrentar situações do seu cotidiano profissional.

Finalmente, o conhecimento das concepções de enfermeiros sobre desenvolvimento infantil ocupa, na prática de saúde, uma questão prioritária, ao permitir conhecer melhor o contexto de desenvolvimento da criança, acessar o processo de transmissão e transformação cultural, por envolver a própria produção de conhecimento existente na área, identificar como esse conhecimento é reproduzido e representado na formação profissional e no processo de transformação de representações em práticas.

A partir do exposto, apresentar-se-á o referencial teórico que permitirá, por meio de um percurso teórico/bibliográfico, a aproximação com a temática, expondo os pressupostos que serviram de base para a análise das concepções de enfermeiros sobre desenvolvimento infantil. Sendo assim, esta tese se estruturou em oito capítulos.

No primeiro capítulo, discute-se sobre o desenvolvimento humano nos vários contextos constitutivos da pessoa, por meio das relações diretas e indiretas mantidas pelos indivíduos no meio em que vivem.. Nesse ponto, buscou-se refletir sobre a criança como sujeito histórico e culturalmente situado, calcando esse olhar na Teoria Sócio-Histórica, visualizando a criança como um ser de múltiplas possibilidades de aprendizagem desde o seu nascimento, por tratar-se de um indivíduo apto a se apropriar da sua cultura, a partir das relações ativas que se estabelecem em sua volta, dos mediadores da sua atividade e, conseqüentemente, do desenvolvimento de sua inteligência e personalidade.

Para compor o segundo capítulo, abordou-se o Nicho de Desenvolvimento como ambiente coletivo de cuidado da criança, devendo o ambiente físico e social, as práticas de cuidado habitualmente adotadas, bem como a psicologia dos que cuidam como subsistemas ser entendidos de forma integrada e indissociável. Após esse enfoque, emergem os estudos empíricos sobre o Nicho de Desenvolvimento.

No terceiro capítulo, é tratado o contexto da Estratégia Saúde da Família na dimensão das relações estabelecidas entre as famílias e o serviço estruturado, inseridos nos determinantes sociais, políticos e econômicos. No percurso final desse capítulo, é exposta a articulação entre a Estratégia Saúde da Família, o enfoque Histórico-Cultural e o Nicho de Desenvolvimento. Em seguida, descrevem-se os objetivos.

O quarto capítulo aborda o percurso metodológico da pesquisa empírica. Contém a definição do tipo de pesquisa, o local onde a pesquisa foi realizada e a descrição dos

instrumentos, finalizando com os procedimentos para a coleta e a análise dos dados e dos critérios éticos adotados no presente estudo.

Visualiza-se, então, no quinto capítulo, a descrição dos resultados obtidos pela coleta dos dados. Para cada um dos instrumentos utilizados, foi realizada uma descrição dos resultados encontrados. No sétimo capítulo, depara-se com a discussão dos resultados descritos anteriormente e discutidos sob a luz da literatura vigente, de acordo com o referencial adotado, realizando-se as devidas inferências. No oitavo capítulo, são apresentadas as considerações finais.

Posteriormente, são elencadas as referências, apresentadas em forma de uma lista, que foi utilizada para fundamentar a investigação, exposta em conformidade com a orientação da American Psychology Association (APA). Por fim, são apresentados os apêndices, a saber: a certidão de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da Faculdade Santa Emília de Rodat; os instrumentos de coleta dos dados do presente estudo; o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); bem como os instrumentos de acompanhamento do Desenvolvimento Infantil preconizados pelo Ministério da Saúde – Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento e o Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento (IVD).

Capítulo 1: Desenvolvimento Humano

Estudar desenvolvimento humano significa compreender processos de mudanças, assim como explicar fatores que influenciam ou determinam as mudanças no indivíduo ao longo do tempo. Este capítulo discutirá o desenvolvimento humano como um produto de dois processos qualificados e indissociáveis à própria condição dada pela espécie – o biológico e o social, ou seja, a natureza e o conteúdo das interações estabelecidas entre os pares.

Desse modo, o desenvolvimento humano tem sido objeto de diferentes análises e interpretações nas diversas abordagens da Psicologia ao longo da história. Ribas e Seidl de Moura (2006) e Aspesi, Dessen e Chagas (2005) apresentam a necessidade de considerar a dinâmica do curso de vida em sua totalidade, as pessoas inseridas em sua rede social, a interação entre componentes genéticos e adquiridos na determinação do comportamento, e o indivíduo como um sistema biológico, psicológico e social inserido em um contexto sociocultural.

Destaca-se, ainda, de acordo com Miller (2002), que os pesquisadores da área do desenvolvimento devem evitar a intenção de adotar posições extremistas, assim como reconhecer limitações de abordagens biológicas ou culturais isoladas, e, ainda, adotar a interdependência entre biologia e cultura (que devem ser combinadas, e não estudadas em paralelo) para permitir avanços significativos na compreensão do comportamento e desenvolvimento humano.

Reconhecer a complexidade do desenvolvimento humano é, para Sachetti (2009), o primeiro passo para o aparecimento de uma perspectiva de estudo integradora que busca superar dicotomias e evitar reducionismos. Hinde (1992) já sustentava que a fragmentação

do estudo do desenvolvimento humano em várias disciplinas impede o avanço do conhecimento e o reconhecimento de contribuições relevantes.

De forma extensa, percebe-se que, ao longo do ciclo de vida de cada indivíduo, o desenvolvimento é tratado como um processo de mudança, e, destarte, sobre esse processo, grande é a discussão em torno da importância para a estruturação de ambientes especializados, a informação dos cuidadores, a orientação adequada de suas práticas e condutas no trato com a criança, além dos processos cognitivos, perceptuais, motor e físico que caracterizam os primeiros anos de vida (Goldschmied & Jackson, 2006).

Tentar esclarecer como ocorre o desenvolvimento da criança é, para Loderlo (2002), tentar explicar as continuidades e descontinuidades que são estabelecidas entre as etapas do caminho que uma criança percorre durante sua vida, assim como a forma como o ambiente é percebido, variando segundo o conjunto de pressupostos teóricos e metodológicos que definem o campo.

Afirma ainda essa autora que, ao considerar o comportamento em diferentes contextos, várias abordagens têm tentado superar visões tradicionais mecanicistas do desenvolvimento, unidas pelo pressuposto de que o indivíduo e o ambiente estão inseparavelmente ligados, ou seja, a contribuição de um não pode ser medida sem a do outro. Valsiner (2007) ressalta a complexidade do fenômeno do desenvolvimento e afirma que o comportamento é, ao menos parcialmente, organizado em função de como o organismo se comporta no mundo, ao invés de ser somente resultado de forças genéticas ou ambientais.

As teorias que esclarecem o desenvolvimento, a despeito da orientação biológica ou cultural, têm procurado pontos de convergência (Cole & Cole, 2004). Por exemplo, sabe-se que os indivíduos regulam seus comportamentos e ambientes para melhorar as características mais favoráveis ao seu desenvolvimento. Apesar do reconhecimento da interdependência

entre a biologia e a cultura, falta averiguar como esses aspectos interagem para formar indivíduos diferenciados (Lordelo, 2002; Seidl de Moura, 2005).

Dessa forma, Sachetti (2007) postula que o desenvolvimento é um processo que ocorre em uma rede de interações sociais, ou seja, ocorre em um contexto compartilhado com outras pessoas. É imersa nessa rede que a pessoa vai se inserindo no mundo: mediada por interações sociais, a criança forma sua identidade e apropria-se de valores, crenças e costumes do contexto em que está inserida, fazendo com que seja vista como diferenciada dos demais membros do grupo, ao mesmo tempo em que é parte do grupo.

No presente estudo, foram eleitos alguns dos teóricos já comentados, que consideram a importância da cultura para o desenvolvimento humano sem depreciar suas bases biológicas. Confere-se, em estudos atuais sobre Psicologia do Desenvolvimento Humano, que a oposição entre biologia e cultura é questionável. Cole e Cole (2004, p. 17) argumentam que “...não somente a capacidade para criar e usar cultura é um dos fatores biológicos mais notáveis da nossa espécie como também não haveria desenvolvimento algum sem maturação biológica”; desse modo, compreende-se o desenvolvimento como um processo que envolve a criança com seus aspectos biológicos em um contexto cultural dinâmico.

O olhar que orienta as diversas teorias que compõem a Psicologia do Desenvolvimento destaca algumas perspectivas distintas, tais como: maturação biológica, construtivismo e contexto cultural. Sobre o assunto, Aguiar (2009) pontua que essas abordagens diferem principalmente na parcela ou ênfase que atribuem à natureza e ao ambiente como dimensões que influenciam no desenvolvimento humano, demonstrando que o mais adequado é utilizar tais teorias como filtros para destacar um ou outro aspecto do desenvolvimento.

Em relação à abordagem da maturação biológica, Aguiar (2009) afirma que ela parte do princípio de que fatores biológicos são mais influentes no desenvolvimento do que fatores ambientais, tendo sempre uma sequência geneticamente determinada. A abordagem do construtivismo encontra em Jean Piaget (1896-1980) um dos seus principais teóricos. De acordo com Terra (2002), essa abordagem atribui igual importância a fatores biológicos e ambientais, sendo ambos necessários para que o desenvolvimento ocorra.

No tocante à Abordagem Sócio-Histórica de Vigotski, o desenvolvimento se dá na relação das trocas entre parceiros sociais, através dos processos de interação e mediação. Esse autor, de forma peculiar, formalizou que o desenvolvimento humano se dá, sobretudo, pela visão do ser humano como possuidor de história, cultura e ferramentas culturais e sociais de transformação da realidade, detentor de materiais que possibilitam a efetividade das coisas vivas e inanimadas. Ele pontua, ainda, que a criança, como ser social, desde os primeiros momentos de vida, já faz parte de um todo macrossocial, que, por sua vez, poderá interferir em seu comportamento humano através de mediatizações constantes entre esse ser e a linguagem (Vigotski, 1987).

Destarte, o que se apreende na Teoria Sócio-Histórica é que ela permite uma prática centrada no indivíduo inserido na coletividade, por ter elementos teóricos suficientes para a busca da compreensão de como se dá o processo de desenvolvimento. Compactua-se, nesse contexto, com Rego (2002) em seu ponto de vista, quando afirma que a Teoria Sócio-Histórica foi a grande contribuição para a reestruturação de uma prática em que a singularidade de cada indivíduo não resulta de fatores isolados, mas da multiplicidade de influências que recaem sobre o sujeito no curso do seu desenvolvimento.

Desse modo, conceber que o desenvolvimento humano não é um fenômeno linear e é influenciado pela inter-relação de fatores individuais e ambientais ao longo de todo um curso de vida remete ao reconhecimento da complexidade desse fenômeno, configurando-se

que se trata de um processo dinâmico e complexo de interação entre fatores biológicos e culturais, o que implica empregar o ponto de vista do pluralismo, por admitir a coexistência de explicação de naturezas teóricas diversas (Aspesi, Dessen & Chagas, 2005; Lordelo, Chalbud, Guirra & Carvalho, 2007).

O desenvolvimento é tido como um processo que ocorre em uma rede de interações sociais e em contexto dividido com outras pessoas, e a criança se insere no mundo mediada pelas interações sociais, formando sua identidade e apropriando-se de valores, crenças e costumes do contexto em que ela está inserida, fazendo com que seja vista como diferenciada dos demais membros do grupo, ao mesmo tempo em que é parte do grupo (Cole & Cole, 2004).

No que tange a desvendar o desenvolvimento humano, confere-se que é um assunto que tem instigado diversos estudiosos a produzirem obras de grande relevância, que contextualizam esse fenômeno a partir de uma conjuntura que é, ao mesmo tempo, física, social, histórica e cultural (Harkness & Super, 1996; Keller, Borke, Yovsi, Kartner, Yensen & Papaligoura, 2004; Ruela e Seidl de Moura, 2007; Corrêa, 2011).

Pode-se afirmar que se trata de um tema que envolve várias relações e que necessita ser estudado sob a ótica do pluralismo, uma vez que expõe uma diversidade de princípios. Porém, mesmo compreendendo a complexidade do fenômeno nessa especificidade, Sachetti (2009) adverte que só reconhecer essa complexidade já é o passo inicial para o aparecimento de uma perspectiva que se complemente e que supere divisões, evitando-se o reducionismo do assunto.

Entretanto, na literatura atual, há uma tendência de harmonia entre as partes que provoca dicotomias quando se enfoca o desenvolvimento como um fenômeno que deve ser tratado na dinâmica do curso da vida em sua plenitude. Isso envolve considerar desde os

aspectos de interação dos indivíduos em redes sociais até nos sistemas biológico, psicológico e social imersos em contexto sociocultural (Ribas & Seidl de Moura, 2006).

A compreensão formal de autores como Rosseti-Ferreira, Amorim e Silva (2000) sobre desenvolvimento é de que este se trata de um processo que ocorre desde o nascimento até a morte, dentro de um universo cultural e social, por meio de trocas interacionais estabelecidas por pessoas, nas quais cada um possui papel ativo na relação estabelecida.

Compreende-se, portanto, que o desenvolvimento é um processo que ocorre em uma rede de interações sociais, ou seja, ocorre em um contexto compartilhado com outras pessoas, e é imersa nessa rede que a pessoa vai se inserindo no mundo, mediada por interações sociais. Assim, a criança forma sua identidade e apropria-se de valores, crenças e costumes do contexto em que está inserida, fazendo com que seja vista como diferenciada dos demais membros do grupo, ao mesmo tempo em que é parte do grupo.

No arcabouço dessa discussão, ainda há outro aspecto que precisa ser evidenciado. O estudo do desenvolvimento envolve a compreensão de um processo de mudança que leva naturalmente a um olhar sobre suas origens e seus níveis: o desenvolvimento filogenético, que diz respeito à história da espécie; o desenvolvimento ontogenético, que diz respeito ao indivíduo; e o microgenético, que revela eventos de interação social do tempo atual (Lyra & Seidl de Moura, 2000; Seidl de Moura, 2005).

Essa discussão, na maioria dos casos, tem sido amparada em estudos que mostram concepções e exemplos de práticas que reproduzem o senso comum, conforme apontam Seidl de Moura, Ribas Jr., Piccinini, Bastos, Magalhães, Vieira, et al (2004). Entretanto, quando se discute a importância dos cuidados primários e as estratégias adequadas para o atendimento às necessidades da criança, percebe-se que, geralmente, são deixados de lado diversos elementos que fazem parte desse processo, predominando, muitas vezes, uma visão superficial e descontextualizada desses conhecimentos e práticas, assim como suas

implicações para o desenvolvimento infantil. Isso representa um conjunto de práticas que dependem de variações do contexto social e cultural de cada cuidador.

Nos primeiros anos de vida, a fragilidade e a vulnerabilidade humana ocorrem porque possuímos, ao nascermos, uma habilidade sensorial, física, cognitiva e emocional em formação (Keenan, 2002). Portanto, para que a criança sobreviva, é necessário que alguém cuide dela em suas necessidades básicas desde a mais tenra idade.

Nesse esboço, emergem os cuidados primários como aqueles relacionados ao momento em que se estabelecem as primeiras interações cuidador-bebê, tão importantes ao processo de desenvolvimento infantil. Para Keller (2007), trata-se efetivamente de um sistema de cuidados primários que visa a prover o bebê de alimento, abrigo e condições de higiene, tendo como principal função assegurar a sobrevivência e minimizar o desconforto. É nesse contexto relacional que os bebês podem experimentar a segurança e a confiança no contato com o outro.

De acordo com Rogoff (2005), os cuidados primários, da forma que é explícita pelos pesquisadores, trazem em si uma forma de conhecimentos adquiridos do senso comum, da sua história de vida familiar e profissional. Essa atenção comumente envolve, de modo especial, os pais e/ou demais membros da família, assim como outras pessoas presentes na rede social de apoio, a exemplo de profissionais em instituições de cuidado coletivo, como creches, abrigos, e nas Unidades de Saúde da Família. Nesse sentido, pode-se admitir que tanto as crianças estão submetidas à influência das modalidades de cuidados primários, quanto as pessoas e as instituições que delas se ocupam ao longo do dia. Esse fato, em particular, torna ainda mais complexo o debate em torno da questão.

Autores como Bronfenbrenner (1986), Harkness e Super (1992; 1996), Rogoff (2005) e Super e Harkness (1999) têm enfatizado a influência do cuidador e de suas práticas na fase inicial do desenvolvimento, em qualquer que seja o ambiente físico e social onde a

criança esteja com ele em interação. Para Stern (1992), o cuidador é o mediador de muitos comportamentos que a criança desenvolverá, regulando sua atenção, curiosidade, cognição, linguagem, emoções e aprendizagem.

Entender o desenvolvimento da criança como algo qualitativamente novo, que muda radicalmente as formas de conduta naturais da criança, que transforma aquilo que é natural em cultural, e que tudo isso ocorre por meio da apropriação do social pela criança, necessita também de entender que tal processo não ocorre de maneira espontânea, mas deve e necessita ser planejado e organizado, uma vez que o estudo do desenvolvimento histórico da criança deve apontar ou estabelecer algumas implicações educacionais. Portanto, é preciso estudar o desenvolvimento histórico dentro de sua indispensável ligação com o processo educativo formativo da criança.

Esclarecendo essas peculiaridades, Rogoff (2005) enfatiza pontos importantes para a compreensão do desenvolvimento humano. Para a autora, todos os seres humanos possuem algo em comum, devido à herança biológica e cultural que os divide como espécie, ou seja: utilizamos as pernas para caminhar; nossa comunicação se dá por meio da linguagem; necessitamos de proteção enquanto bebês; organizamo-nos em grupos e utilizamos ferramentas. Entretanto, afirma a autora, embora haja diferenças e semelhanças entre comunidades, não se dividem os fenômenos em biológicos e culturais, por isso, para compreender o desenvolvimento, é essencial compreender de que maneira o desenvolvimento humano é similar em diferentes comunidades, e de que forma ele é diferente.

Outro aspecto que deve ser evidenciado é o de que, embora as crianças apresentem padrões de desenvolvimento comuns, elas também apresentam personalidades distintas que refletem tanto influências inatas quanto ambientais. Assim, desde o nascimento, o desenvolvimento da personalidade se entrelaça com os relacionamentos sociais. As relações

sociais são, portanto, matizes constitutivos do desenvolvimento infantil (Ribas & Seidl de Moura, 1999).

Harkness e Super (1992; 1996), quando discutem a noção de Nicho de Desenvolvimento, destacam o valor dos cuidadores primários – pai e mãe – para o estudo do desenvolvimento infantil. Pode-se inferir que, nessa estrutura, envolve-se também o enfermeiro, que, além de cuidador, através de suas práticas e crenças, bem como do ambiente físico e social em que está inserido, é um profissional que exerce influência sobre as mães, quer seja pelas suas concepções, pela interação que se formaliza ou pelas orientações que são dadas. Os autores entendem, assim, que não se pode negar a importância dessas pessoas e de suas práticas quando se estuda o tema de maneira consistente.

Nesse sentido, pode-se inferir que os enfermeiros têm um papel social privilegiado, pois estão inseridos em um dos processos mais vitais e fundamentais da humanização do homem: o momento em que ele pode se apropriar do conhecimento e fazer dele um instrumento de desenvolvimento de suas potencialidades.

O olhar das políticas públicas de atenção à criança sedimenta-se no pressuposto de que cada ser humano se desenvolve a partir de suas possibilidades e do meio em que está inserido, assim como a criança sempre deve ser vista como um todo e na relação com seu ambiente e família (Brasil, 2002).

Sob esse olhar, a atenção à saúde da criança sob a Estratégia Saúde da Família parte da concepção de uma visão integral sobre o desenvolvimento humano, apontando para um conjunto de ações e intervenções direcionadas não só à criança, mas aos seus responsáveis e a todo o seu meio. Por isso, a equipe de saúde deve incorporar as seguintes premissas básicas ao atendimento da criança: os conceitos de crescimento e desenvolvimento vistos de forma integral e pluridimensional, envolvendo os fatores biológicos e sociais (Brasil, 2001).

No entanto, para que, de fato, ocorra a promoção da saúde entre grupos sociais específicos, é necessário, de acordo com Trindade (2000), o conhecimento das concepções referentes à saúde e à doença das pessoas que seja capaz de levar em conta a influência social exercida sobre elas.

Este é um construto que remete a compreensão do desenvolvimento infantil de acordo com os pressupostos da Teoria Sócio-Histórica, da qual, implica no entendimento de que essa é uma condição intrínseca de *sujeito*, do ser que se desenvolve. Há de se reconhecer que a criança, em seu processo de desenvolvimento histórico, assume a condição de sujeito, e jamais de mero objeto desse processo. Afirmar-se, com isso, que o desenvolvimento infantil não se dá apenas pelo que “os de fora” fazem por ele (sejam os adultos ou o meio externo em si), mas é imprescindível que a criança tome parte ativamente do processo e que conduza o seu desenvolvimento, sendo, portanto, sujeito dele.

Assim, com essa compreensão, o desenvolvimento da criança é algo qualitativamente novo, que muda radicalmente as formas das condutas naturais da criança, que transforma aquilo que é natural em cultural e que tudo ocorre por meio da apropriação do social pela criança. Nesse aspecto, é necessário entender que tal processo não ocorre de maneira espontânea, mas deve e precisa ser planejado e organizado, uma vez que o estudo do desenvolvimento histórico da criança deve apontar ou estabelecer algumas implicações educacionais. Portanto, é preciso estudar o desenvolvimento histórico dentro de sua indispensável ligação com o processo educativo formativo da criança.

Tal concepção caracteriza de modo singular a participação da criança no processo de apropriação dos hábitos e valores culturais, dos bens científicos históricos e tecnológicos conquistados pela pessoa ao longo da trajetória humana; por isso, requer dessa pessoa um lugar ativo de mediador, sobretudo em relação ao seu fazer intencional e consciente. Ao propor atividades às crianças, esse sujeito propicia possibilidades de aprendizagem e de

desenvolvimento tendo em vista as necessidades infantis e, com isso, pode vir a ampliar o processo de apropriação de novas capacidades, aptidões e habilidades humanas.

As ideias de Vigotski sobre o caráter social do desenvolvimento humano e sobre a mediação do signo e seu papel constitutivo nesses processos induz considerar a interação como uma categoria chave para a análise de eventos do campo das práticas educativas, que envolvem situações institucionais e relações de poder, assim como atividades ligadas à construção de conhecimento e ao desenvolvimento psicológico e cultural (Vigotski, 1991).

Em relação à Teoria Sócio-Histórica, Rogoff (2005) destaca que Vigotski conseguiu estabelecer fundamentos para integrar o desenvolvimento individual em um contexto social, cultural e histórico, uma vez que a abordagem histórico-cultural parte da premissa de que o desenvolvimento individual deve ser compreendido em seu contexto social e histórico-cultural, e não separado deste. Essa autora destaca, ainda, que pesquisadores que têm interesse em desenvolvimento e cultura encontram nos trabalhos de Vigotski uma teoria que estabelece as bases para integrar o desenvolvimento humano nos contextos social, cultural e histórico, de onde se pode considerar que os aspectos biológicos, socioculturais e individuais do funcionamento humano contribuem para o processo geral, em lugar de se opor ou tentar eliminar uns aos outros.

Outro ponto que deve ser enfatizado é o sentido de mediação adotado por Vigotski (1996). Para esse autor, a natureza mediada da atividade humana envolve diferentes mediadores e é completa de significação cultural, assim como os instrumentos materiais, os sistemas de signos e de práticas culturais que são, ao mesmo tempo utilizados, construídos e transformados pelo grupo cultural, pois só através da mediação do outro a criança vai se transformando de ser biológico em ser cultural. Todo esse processo Pino (2005) classifica como o nascimento cultural da pessoa.

Considerando esse pressuposto, autores como Rogoff e Chavajay (1995) postulam que o desenvolvimento humano deve considerar a inter-relação entre a dimensão cultural, social e individual. Desse modo, apreende-se que Vigotski apontou caminhos para a superação da dicotomia entre social/individual, pois a ação do sujeito é considerada a partir da ação entre sujeitos, e o sujeito só é o sujeito no contexto social. Assim, o psicológico só pode ser compreendido na sua dimensão social, cultural e individual.

Corroborando o contexto acima, Valsiner (1997) afirma que, em relação ao desenvolvimento humano, o elemento mais importante da cultura é o fato de ela se constituir em uma realidade imediata, presente e compartilhada pelos membros de uma comunidade, e possuir todo potencial que atravessa todas as experiências e comportamentos das pessoas.

Nessa condição, confere-se que o Teoria Sócio-Histórica está em consonância com as propostas atuais, que consideram a criança sujeito de direitos, pois, ao concebê-la como sujeito histórico, social e cultural, tal concepção outorga à criança as possibilidades máximas para o seu desenvolvimento e emancipação humana (Souza, 2007).

Portanto, a Teoria Sócio-Histórica visualiza a criança como sujeito de sua atividade, capaz e competente na sua relação com o mundo. Tal visão contribui para uma criança rica em potencialidades e competências, ativa e ansiosa para se engajar no mundo da cultura, historicamente constituído. Nesse enfoque, a infância, por sua vez, é entendida não como um acontecimento estático, mergulhado em um vazio social, mas sim como um fenômeno concreto (material e imaterial) e, por isso, mediatizado por temas sociais, políticos e econômicos do mundo contemporâneo.

O olhar sócio-histórico acerca do desenvolvimento psíquico na infância provoca o surgimento de uma nova concepção de criança e de infância, da qual três elementos ou princípios são aqui considerados: a atividade da criança, suas relações com o entorno e a mediação do educador. Souza (2007) comenta a respeito e diz que são as atividades da

criança, as suas condições de vida e de educação que incluem seu lugar na história e na cultura, e as ações do mediador são os elementos ativos e essenciais da sua formação psíquica.

Vigotski (1987; 1996) propõe uma visão do desenvolvimento humano como um processo que ocorre por meio de interações sociais, a partir das práticas culturais de determinado grupo, sendo, nessa perspectiva, a atividade humana dotada de significados que estão em permanente construção dentro da própria cultura. Outro aspecto primordial abordado por Vigotski é o conceito de mediação, em que se destaca o ser humano como um ser de linguagem cujos mediadores (instrumentos, signos, práticas culturais) têm significados dentro de cada cultura, modificando-os e, ao mesmo tempo, sendo modificados.

Nesse sentido, podemos apontar o papel do adulto na relação com a criança como articulador intencional das situações de desenvolvimento. O adulto, quando reconhece o seu papel na mediação entre a criança e seu mundo, é capaz de perceber que os momentos críticos representam a suspensão de um momento anterior do desenvolvimento, o qual a criança quer superar. Tais momentos devem ser entendidos com manifestações afetivas positivas, dada a própria contradição do desenvolvimento.

Observa-se também que a concepção da criança, de acordo com a Teoria Sócio-Histórica é a de que, quando na relação da criança com os outros homens ela aprende a conviver socialmente e a utilizar os objetos criados historicamente, vai, assim, reproduzindo para si as capacidades e habilidades humanas que estão incorporadas nos objetos materiais. Desse modo, os conhecimentos teóricos que sustentam Teoria Sócio-Histórica ajudam a solucionar as formas como as crianças, em alguns momentos do desenvolvimento infantil, reagem a determinadas influências, e como se organiza a educação na nossa sociedade (Facci, 2004).

A Teoria Sócio-Histórica mostra também a compreensão de que os processos vividos socialmente, quando internalizados, fornecem uma nova concepção de criança, superando as práticas e teorias que concebem a criança como um ser incapaz e depositário de conhecimentos que lhe são alheios. Ao contrário, essa nova concepção considera a criança como alguém capaz de criar hipóteses e teorias, desde o primeiro ano de vida. Portanto, a criança que emerge desta teoria é sujeito do conhecimento, considerando suas atividades na cultura, dadas as condições objetivas desse mundo que a permitem interiorizar as qualidades humanas ali presentes (Souza, 2007).

Desse ponto de vista, a criança, na perspectiva da teoria Sócio-Histórica, é um sujeito que apreende o mundo num processo dialético de interação. As suas vivências estão orientadas por uma dinâmica que envolve o grupo sociocultural do qual faz parte, a história constituída pela pessoa, as condições educacionais, bem como os processos de sua história individual que estão permanentemente condicionados pela história coletiva, e constituem sua situação social de desenvolvimento naquele momento determinado de sua vida.

Nesse sentido, a criança preconizada pela Teoria Sócio-Histórica não é a criança que se desenvolve em decorrência de estágios que se sucedem e que aprende mediante a evolução de tais estágios. É, sim, a criança que tem, em sua ontogênese, fatores vinculados à sua realidade externa, os quais transformam sua realidade interna, propiciando-lhe uma nova maneira de se comportar diante do mundo.

Ou seja, para Vigotski (1996), não é suficiente ter todo o aparato biológico da espécie para realizar uma tarefa, se o indivíduo não participa de ambientes e práticas específicas que propiciem essa aprendizagem. Não se pode pensar que a criança vai se desenvolver com o tempo, pois essa não tem, por si só, instrumentos para percorrer sozinha o caminho do desenvolvimento, que dependerá das suas aprendizagens mediante as experiências a que foi exposta.

Portanto, a Teoria Sócio-Histórica, ao declarar que as características tipicamente humanas são construídas nas relações sociais das pessoas, aponta que elas somente se desenvolvem, isto é, só se humanizam mediante a apropriação da cultura (material ou não) e no processo de sua atividade. Nisso, confere-se que todas as habilidades e aptidões humanas são, nesse sentido, constituídas nas relações concretas – compreendidas na materialidade e na imaterialidade – entre a pessoa e o mundo da cultura, tornando-se produtos e produtoras da história humana (Correa, 2011). Disso se conclui que o homem constitui sua segunda natureza, que é histórica e cultural, pois o homem não nasce humano, mas torna-se humano pelos processos de vida, de educação e de atividade (Leontiev, 1995; Mello, 2004).

Nessa dimensão, Silva, Almeida e Ferreira (2011) assinalam que, ao aprender, o indivíduo não está só, isolado, mas sempre está envolvido com outras pessoas, em um processo intersubjetivo constituído pelo sujeito que aprende, pelo sujeito que ensina e pela própria relação entre eles. Não obstante, esses autores enfatizam que a aprendizagem não ocorre apenas na presença do sujeito que ensina, mas que ela pode ser constituída por objetos culturais, situações sociais e, principalmente, pela linguagem, que, por estar carregada de significados, torna-se o signo fundamental para a internalização dos objetos da cultura.

Emerge, nessa dinâmica, que, ao investigar a constituição da mente, Vigotski (1996) contempla as dimensões biológicas e sociais. Portanto, o ser humano apresenta duas leis que regem o seu desenvolvimento: as *leis históricas* e as *leis biológicas*, que apresentam características e naturezas efetivamente distintas e que, portanto, criam dinâmicas diferentes no processo de desenvolvimento humano. Para esse autor, as leis biológicas referem-se àquelas que resultam nos processos de crescimento e desenvolvimento orgânicos, com as diversas mudanças estruturais que lhes cabem. As leis históricas referem-se aos processos de mudanças nas formas de conduta humana (historicamente e socialmente condicionadas),

mudanças essas que não resultam diretamente em transformações estruturais no ser humano, mas se tratam de mudanças apenas de ordem funcional.

Outro ponto a ser evidenciado é que, na Teoria Sócio-Histórica, o papel do adulto na promoção do desenvolvimento infantil vai além de alguém que só estimula e acompanha a criança em seu desenvolvimento, mas, sim, alguém que repassa à criança a experiência social acumulada, explica as linhas da atividade humana real e concreta nos objetos da cultura, organiza a atividade da criança e promove o desenvolvimento psíquico.

Nesse contexto, pode-se inferir que a Teoria Sócio-Histórica está em consonância com as propostas atuais que balizam este estudo, pois, ao conceber a criança como sujeito histórico, social e cultural, garante-se a apropriação do patrimônio cultural humano por ela, estimulando, dessa forma, seu desenvolvimento psíquico, garantindo que as características humanas historicamente alcançadas se tornem objetos da individualidade de cada criança, concedendo a ela possibilidades máximas para seu desenvolvimento e emancipação humana, uma vez que a considera como sujeito de direitos, articulando o homem com o ambiente e a condição de atividade e transformação da realidade.

Assim, considerando que o modo de pensar o mundo é organizado a partir do contexto sociocultural em que os sujeitos estão inseridos, é possível reconhecer como as pessoas relacionam-se com o mundo conforme as crenças e expectativas que têm acerca dele, e que, desse modo, transformam-no e são transformadas por ele. Desse modo, partindo do pressuposto de que o contexto sociocultural em que os sujeitos estão inseridos se constitui em importante fonte de informações que pode variar significativamente de um grupo cultural para outro e entre diferentes épocas na mesma sociedade, torna-se essencial a compreensão desse contexto como fonte de subsídios para formação de crenças.

Harkness e Super (1994) criaram um modelo para entendimento do desenvolvimento humano, que inclui, dentre outros aspectos, o papel dos cuidadores. Seu objetivo inicial era

compreender o processo de desenvolvimento da criança do ponto de vista da relação entre indivíduo e cultura. Assim, para esses autores, o crescimento da criança se dá em um *Nicho de Desenvolvimento*, que tem como função intermediar sua inserção no ambiente cultural mais amplo. Essa abordagem, segundo os autores, surge da intersecção entre conhecimentos da Psicologia e da Antropologia.

Esse é um ponto fundamental que permite uma reflexão sobre o elemento que será exposto a seguir: o Nicho de Desenvolvimento. Nesse contexto, serão mostradas as peculiaridades que envolvem os três componentes que compõem o nicho e como esses componentes mediam a experiência individual da criança dentro da sua cultura, destacando que, para a criança se desenvolver de maneira saudável, a família assume um papel fundamental na promoção da saúde e bem-estar da criança.

Capítulo 2: O Nicho de Desenvolvimento

Este capítulo aborda como o contexto sociocultural em que os sujeitos estão inseridos se constitui em importante fonte de informação, que varia significativamente de um grupo cultural para outro em diferentes épocas em uma mesma sociedade, tornando essencial a compreensão desse contexto como fonte de subsídios para formação das concepções. Investigar, portanto, o Nicho de Desenvolvimento é mais do que estudar o ambiente, as concepções e as práticas absorvidas uma a uma; é buscar captar e compreender a influência mútua entre esses subsistemas, procurando entender a relação entre os elementos que formam o nicho.

O Nicho de Desenvolvimento proposto por Harkness e Super (1992; 1994) envolve o processo de desenvolvimento da criança sob o ponto de vista da relação entre indivíduo e cultura, assumindo o nicho a função de intermediar a inserção da criança no ambiente cultural mais amplo, considerando as características peculiares do contexto da criança e das suas estruturas culturais.

A proposta desse modelo compreende interfaces entre a criança e a cultura. De acordo com seus autores, Harkness e Super (1994), a noção de Nicho de Desenvolvimento surgiu das contribuições da Antropologia Cultural e da Psicologia do Desenvolvimento, tendo como referência o fato de que a Antropologia estuda o adulto já socializado, integrado ao seu contexto ou no nicho cultural, e a Psicologia do Desenvolvimento dedica-se ao estudo da aquisição de habilidades e dos processos de socialização. Assim, na junção dessas duas perspectivas teóricas, constrói-se a forma de olhar a criança em seu contexto a partir de uma única análise.

Desse modo, a noção de Nicho de Desenvolvimento seria um meio para verificar interações entre a Psicologia e a Antropologia, de modo que o processo de desenvolvimento

infantil passa a ser estudado considerando-se todo um conjunto de variáveis contidas no contexto sociocultural em que a criança está inserida.

De acordo com os autores supracitados, no Nicho de Desenvolvimento, o eixo central do estudo é a criança enquanto indivíduo, e só com base nesse pressuposto é possível olhar para fora da criança, para o seu mundo cotidiano. Esses autores chamam atenção para o fato de que, embora essa abordagem analise o nicho para um indivíduo específico, sua aplicação envolve uma descrição generalizada dos padrões recorrentes de uma criança em uma comunidade cultural.

Assim, o contexto da criança deve ser visto como um nicho no qual se analisam suas estruturas culturais. Isso porque, ao se comprovar a influência da cultura e do contexto sobre a formação dos valores e crenças e, por conseguinte, sobre o comportamento dos pais, estimula-se a conformação desse modelo que retrata o crescimento da criança em um Nicho de Desenvolvimento com função de intermediar sua inserção no ambiente cultural mais amplo. Afirmam Super e Harkness (1999) que o desenvolvimento ocorre entremeado por teorias, valores, crenças, ideias e representações subjetivas das pessoas que cercam a criança, guiando, assim, sua inserção e participação gradativa na atividade cultural.

Nesse arcabouço, os autores supracitados compreendem o ambiente a partir das conformações físicas e sociais da vida cotidiana da criança. Nesse espaço, pessoas e objetos do seu convívio diário desempenham um papel preponderante no seu desenvolvimento e nas interações que deverão acontecer, e, em relação ao costume cultural historicamente estabelecido e aos cuidados e criação das crianças, referem os mesmos autores que as técnicas de proteção, ensino e socialização utilizadas por pessoas daquele contexto incluem as rotinas de cuidados diários.

Assim, de acordo com Harkness e Super (1986), da análise dos subsídios que compõem o Nicho de Desenvolvimento da criança, é possível compreender tanto o que pode

ser observado, como o comportamento dos pais, as práticas de cuidado e o desenvolvimento da criança, quanto o que é menos aparente, ou seja, as ideias, crenças e valores dos pais que orientam as ações.

Corroborando o contexto, Sachetti (2009) comenta que o nicho é o contexto particular da criança na comunidade da qual faz parte, e deve ser analisado em função desses três componentes: as condições físicas e sociais, as práticas de criação de filhos valorizadas e moldadas na cultura em que a criança se desenvolve, e a Psicologia dos cuidadores, que inclui as características psicológicas dos pais das crianças, as crenças sobre cuidado e desenvolvimento infantil e as metas de socialização que estabelecem para os filhos.

Ainda em relação ao contexto, Super e Harkness (1986; 2002) assinalam que o ambiente não é uma coleção aleatória independente de costumes sociais, valores, interações interpessoais, situações físicas e crenças sobre o mundo. Pelo contrário, os vários componentes do meio ambiente da criança, em conjunto, constituem um Nicho de Desenvolvimento que é conceituado como três subsistemas interativos. Desse modo, o ambiente físico e social proporciona lugares e pessoas que constituem a aprendizagem da criança, costumes e práticas de cuidados, oferecendo oportunidades para adquirir várias competências, e a Psicologia dos cuidadores molda as escolhas que os pais fazem em relação às competências que as crianças adquirem, influenciando naquilo que estes autores denominam de produção doméstica de saúde.

Citam esses autores que, partindo de estudos em diferentes culturas, que incluíam países como Malásia, Bangladesh, Quênia, Índia e Estados Unidos, foi proposta uma estrutura ecocultural em contraste com os modelos biomédicos existentes para compreender saúde e desenvolvimento infantil. Como resultado, apontam os autores, que os três componentes do nicho, juntos, conseguem moldar a rotina diária das crianças, direcionam a interação destas com os cuidadores e organizam amplas estratégias de cuidados. E ainda

mostram que, na perspectiva de intervenções, qualquer desses três componentes pode prover um ponto de entrada para mudança no sistema, entretanto, para efetividade e maximização dos resultados, é preciso incluir os três componentes.

Compreender, então, o processo de desenvolvimento infantil considerando os contextos físico, social, histórico e cultural do indivíduo é uma questão que merece atenção especial nos estudos que se propõem a investigar o desenvolvimento infantil. Essa é uma das razões mais importantes para estudar o sistema de crenças parentais, pela possibilidade de entender como essas crenças podem afetar a saúde e o desenvolvimento da criança, tanto atual como subsequente. Em seus estudos, Harkness e Super (1992; 1996) mostram como os pais cuidam de seus filhos em diferentes culturas, bem como evidenciam o quanto o comportamento do cuidador pode afetar a saúde e o desenvolvimento das crianças.

Ribas e Seidl de Moura (2006) comentam que um dos desafios que os pesquisadores da Psicologia encontram é o de incluir em suas investigações estudos que ocorrem em um cenário conceitual, considerando a cultura e o contexto social como elementos centrais. Segundo esses autores, se, de um lado, pode-se, com isso, conhecer mais a diversidade das práticas, costumes, comportamentos, representações, crenças, entre outras peculiaridades, por outro lado, pode-se também avançar em desenvolvimentos teóricos ou conceituais mais flexíveis na Psicologia, que deem conta de compreender essa diversidade de modo mais satisfatório.

Com isso, pode-se concluir que as perspectivas aqui refletidas servem de suporte não só na Psicologia, mas também na Enfermagem, enquanto elemento de um espaço institucional, que desenvolve sua prática num coletivo com outros profissionais, que precisam considerar a cultura como elemento primordial atrelado às condições sociais. Desse modo, no encontro com a criança em processo de desenvolvimento, é de relevância

considerar os domínios do ambiente social e cultural que a envolvem, pois ambos os domínios se transformam e dão forma aos processos de desenvolvimento.

Rossetti-Ferreira, Amorim e Vitória (1994) destacam que os ambientes sociais são organizados e alterados pelos adultos de acordo com concepções acerca do desenvolvimento que são próprias de sua cultura, produzidas e consolidadas por meio de experiências de vida, como mãe, educadora e profissional, por exemplo.

Para balizar a discussão aqui apresentada, serão apontados os três subsistemas que compõem a estrutura do Nicho de Desenvolvimento e as implicações de cada uma dessas estruturas para o desenvolvimento infantil, especialmente no caso de crianças que vivem em ambientes em que os cuidados com a saúde se fundamentam na saúde como um bem social, e em que a dinâmica desse modelo abrange a família, a comunidade e a cultura, como é o caso dos pressupostos da Estratégia Saúde da Família.

2.1 O ambiente físico e social

Considerando que a noção de nicho é apresentada a partir de três componentes, destaca-se o ambiente físico e social como o primeiro contexto em que a criança vive, seguido dos costumes culturalmente e historicamente estabelecidos direcionados aos cuidados e criação das crianças e da Psicologia dos cuidadores.

A importância das características do ambiente físico e social para o desenvolvimento infantil, sobretudo em contextos com peculiaridades específicas, como é o caso dos ambientes coletivos institucionais, a exemplo da Estratégia Saúde da Família, permite que o pesquisador adentre em diferentes contextos, extraindo desses ambientes a relevância de como as práticas adotadas pelos cuidadores exercem influências sobre o processo de desenvolvimento.

Embora o ambiente físico seja amplamente discutido nas mais diversas culturas, estudos desenvolvidos por Keller (2007) e Rogoff (2005), em contextos institucionais específicos, mostram que as investigações que tratam da influência do ambiente sobre o desenvolvimento infantil são ainda pouco presentes na literatura. Dessa forma, estudos que trazem instituições de ambientes coletivos de cuidados ainda são escassos, especialmente as que lidam com crianças desde a mais tenra idade.

Deve-se, portanto, considerar que educação e desenvolvimento ocorrem para além do contexto da família (irmãos, pais e outros cuidadores), em outros contextos interativos, como escola, vizinhança, bairro ou comunidades, sendo importante compreender como os valores emergem e qual o seu impacto completo sobre o desenvolvimento. Bugental e Goodnow (1998) consideram importante identificar características particulares dos grupos de pertencimento social da criança, tais como família e escola, no que se refere aos requisitos necessários para a participação nesses vários grupos, o grau de consenso ou diversidade que existe entre eles e o grau de pressão em direção à adoção de identidades sociais particulares. Em concordância com essas ideias, Frones (1995), em seus estudos sobre socialização infantil, afirma que o papel desempenhado pelos pares também atua de forma significativa na vida e no desenvolvimento das crianças.

Chama ainda a atenção o fato de que creches e abrigos também fazem parte do contexto geográfico da ESF, e, para isso acontecer, é necessário só que algumas dessas instituições estejam localizadas nas áreas delimitadas de cada unidade de saúde, quando estabelecidas. Portanto, todos estão sob o mesmo ambiente de cuidado das unidades de saúde, mesmo tendo esses indivíduos contornos distintos nas suas estruturas básicas de pertencerem a um ambiente familiar ou não familiar, como creches e abrigos, ou simplesmente fazerem parte da própria comunidade em si.

A importância das características do ambiente físico e social para o desenvolvimento infantil, sobretudo em instituições que têm especificidades semelhantes a ambientes institucionais, como creches e abrigos, tem despertado interesses de alguns pesquisadores (Corrêa, 2011; Harkness & Super, 2006; Melchiori & Biasoli-Alves, 2001; Melchiori, Biasoli-Alves, Souza & Bugliani, 2007; Penderi & Petrogiannis, 2011). É no âmbito dessa discussão que se identifica ser fundamental conhecer os elementos que fazem parte do contexto da criança que vive em comunidade sob a proteção institucional de saúde. Isso mostra o quanto se faz oportuno o estudo da ESF enquanto Nicho de Desenvolvimento, com destaque, neste trabalho, para as concepções de seus cuidadores.

Daí a importância de se observar outras instituições que afetam diretamente a criança, pois já não é possível parar nos limites da família, uma vez que essa é uma realidade presente no cotidiano, preconizada pelas mudanças sociais na estrutura das famílias e de cuidados à criança (Bronfenbrenner, 2003, Loderlo et al., 2007, Rapoport & Piccinini, 2004).

Nesse contexto, há também a necessidade de refletir sobre o segundo componente do Nicho de Desenvolvimento, como um dos subsistemas que trata especificamente dos costumes culturais e historicamente estabelecidos relacionados aos cuidados e criação dos filhos. Nesse componente do nicho, revelam-se as normas e os costumes culturalmente estabelecidos acerca dos modos adequados de cuidar das crianças. Assim, crenças e expectativas daqueles que cuidam das crianças vão permitir entender melhor a relação entre a pessoa e a cultura e, conseqüentemente, compreender mais sobre o comportamento humano. Esse é tópico que se discutirá a seguir.

2.2 Costumes e práticas de cuidado

Pensar no desenvolvimento da criança e nas relações familiares a partir de características do ambiente físico e social em que se vive, das práticas de cuidados adotadas pelos educadores e de suas concepções ou etnoteorias que compõem a Psicologia dos cuidadores é compreender que cada um dos elementos acima, assinalados como um sistema inter-relacionado, influencia crenças e práticas, e vice-versa, e ambos transformam e são transformados pelo ambiente físico e social.

Por conseguinte, ao demonstrarem a influência da cultura e do contexto sobre a formação de valores e crenças e, conseqüentemente, sobre o comportamento dos pais, Harkness & Super (1994) afirmam que costumes de cuidados são adaptações culturais nas práticas de criação perante aspectos específicos do ambiente físico. Desse modo, as práticas de cuidados culturalmente reguladas são costumes estabelecidos que mostram a forma de cuidar e educar crianças no que diz respeito às práticas de cuidado e educação que são utilizadas pelos pais e cuidadores de uma determinada cultura, as quais são prescritas socialmente. Tais práticas são valorizadas e moldadas na cultura em que a criança se desenvolve.

Para Corrêa (2011), costumes culturais envolvem práticas de cuidados oferecidas às crianças, por aqueles que delas cuidam. De acordo com a autora, os costumes culturais se referem, pois, as técnicas de proteção, ensino e socialização usadas por membros daquele contexto, na medida em que tendem a estar integradas à comunidade cultural em que os cuidadores as tomam como comuns, como uma forma natural de agir, sem precisar contestá-las, visto que estão arraigadas à vida cotidiana. Desse modo, os costumes incluem as rotinas de cuidados diários, o ensino de determinadas atividades consideradas apropriadas de acordo

com a idade, que proporcionam a prática ou a preparação para a vida adulta, assim como os ritos de passagem, dentre outros.

Martins (2009) declara que, embora os costumes de cuidados sejam realizados de forma espontânea, eles são sequências de comportamentos comuns ao grupo de uma comunidade e integrados na cultura ampla, que não necessitam de racionalização nem de consciência para serem realizados, e são seguidos por crenças específicas que lhes conferem significados. Essas crenças, segundo a autora, são denominadas etnoteorias parentais, e também fazem parte do Nicho de Desenvolvimento da criança.

Compreende-se, portanto, que o processo de desenvolvimento considera os contextos físico, social, histórico e cultural do indivíduo como uma questão que merece atenção especial nos estudos que se propõem a investigar o desenvolvimento infantil. Contudo, frente ao ambiente institucional, há um terceiro elemento que também se configura enquanto contexto ecológico: a psicologia dos cuidadores. Assim, a próxima discussão traz a importância do papel dos cuidadores e de como suas ideias se estruturam enquanto um dos subsistemas que compõem o Nicho de Desenvolvimento, facilitando a compreensão do desenvolvimento da criança do ponto de vista da relação entre indivíduo e cultura.

2.3 A Psicologia dos cuidadores

Como parte do terceiro subsistema que compõe o Nicho de Desenvolvimento, encontra-se a Psicologia dos cuidadores. Trata-se de um subsistema que envolve valores e crenças denominadas de etnoteorias parentais, sendo este um termo utilizado intencionalmente por Harkness e Super (1996), por estar ligado a estudos antropológicos que têm por objetivo ressaltar o aspecto cultural das crenças (etno), e não somente o aspecto cognitivo. Essa é a razão pela qual os autores supracitados utilizam o termo etnoteorias

parentais, destacando que o seu significado, como ideias relacionadas às atividades diárias e julgamentos, escolhas e decisões adotadas pelos pais, diz respeito a aspectos norteadores de seus comportamentos.

Apreende-se, portanto, que esse subsistema não só organiza o comportamento dos cuidadores em relação às crianças, mas também trata de outras decisões importantes mais adequadas a elas. Portanto, estudar etnoteorias parentais implica também em investigar as necessidades das crianças e a natureza do desenvolvimento, assim como a adequação de práticas e metas de socialização específicas que visam ao desenvolvimento saudável da criança a partir da cultura da qual ela faz parte.

Sobre esse aspecto, Goodnow (1992) aponta quatro motivos para se estudar e aprofundar o conhecimento das crenças parentais: primeiro, constitui-se uma forma interessante de cognição e desenvolvimento do adulto; segundo, aponta um caminho para ajudar a captar as ações dos pais; terceiro, trata-se de aspectos do contexto em que a criança vive; e quarto, sinaliza caminhos nos processos de transmissão e mudança cultural.

Outra razão importante para se estudar etnoteorias parentais é assinalado por Harkness e Super (1996). Para esses autores, é pela possibilidade de entender como elas podem afetar a saúde e o desenvolvimento da criança, tanto atual como subsequente, uma vez que as etnoteorias parentais exercem forte influência na saúde e no desenvolvimento da criança.

Esses autores ainda revelam que as compreensões de pais acerca da natureza da criança e dos significados de seu comportamento são compartilhadas em maior ou menor extensão pelos membros de um grupo cultural; ao mesmo tempo, suas crenças se desenvolvem em um contexto específico e relacionam-se com outras concepções que os cuidadores possuem, como a natureza e o significado da parentalidade, a família, a inserção na sociedade, dentre outros.

As crenças, portanto, são construídas ao longo da vida dos pais, ou seja, apresentam um caráter individual, não são estáticas, e são fruto do grupo cultural a que pertencem, revelando-se, assim, com elementos também compartilhados socialmente. Desse modo, McGillicuddy-DeLisi (1992) relata que os sistemas de crenças parentais têm ressurgido como um campo de estudo relevante para a compreensão do desenvolvimento a partir da sua relação com os estilos parentais de cuidado à criança.

Esse é um ponto através do qual Bornstein (2004) justifica a necessidade de estudar o desenvolvimento em vários contextos culturais. Dessen e Torres (2002) advertem que há essa necessidade, uma vez que, em nosso país, existe uma diversidade cultural que deve ser investigada de forma sistemática. Atualmente, estudar essa variedade nos vários contextos é um objetivo da Psicologia do Desenvolvimento porque, além de contribuir para a produção de conhecimento teórico, pode também fornecer dados para subsidiar políticas públicas e fundamentar propostas de intervenções específicas mais eficientes para uma determinada região (Lordelo, 2002; Seidl de Moura, 2005).

Aqui no Brasil, estudos que investigaram crenças parentais para a compreensão do desenvolvimento humano demonstraram como os sistemas de crenças parentais têm emergido como um campo de estudo proeminente para a compreensão do desenvolvimento, por estarem diretamente ligados ao estilo de cuidado dispensado à criança (Lordelo, Fonseca & Araújo, 2000; Ribas, 2002; Ribas, Seidl de Moura & Bornstein, 2003; Kobarg & Vieira, 2008).

Porém, independentemente dos trabalhos já produzidos sobre o tema, observa-se que há ainda certa divergência no tocante ao uso dos termos, levando os autores a empregarem várias definições para estudar o assunto; porém, a despeito dessas divergências, percebe-se que há concordâncias. Estudiosos no assunto, a exemplo de Kobarg, Sachetti e Vieira (2006), explicam que o comportamento dos pais não ocorre ao acaso, mas é baseado em ideias e

crenças estabelecidas, subjacentes ao comportamento diário, sobre a forma de lidar com os filhos. Os autores acordam também que valores, ideias, crenças e o comportamento não podem ser abarcados de forma isolada, mas unicamente como aspectos inseparáveis e ligados à cultura e ao contexto de desenvolvimento da criança. Destaca-se, nesse contexto, que estudos sobre crenças vêm possibilitar um entendimento maior de como se dão as relações.

Harkness e Super (1996) utilizam o termo sistemas de crenças ou etnoteorias parentais, destacando seu significado como ideias relacionadas às atividades diárias e a julgamentos, escolhas e decisões adotadas pelos pais, sendo esses aspectos norteadores de seus comportamentos.

Ribas, Seidl de Moura e Bornstein (2007) afirmam que crenças podem ser entendidas como os mais diversos tipos de presunções simples acerca da relação entre duas coisas ou entre uma coisa e uma de suas características. Segundo esses autores, crenças podem ser apoiadas ou não pelas pessoas, podem ser conscientes ou inconscientes, podem ser entendidas pelo que as pessoas falam ou fazem, podem ser adquiridas pela experiência direta ou de forma indireta e podem ser apoiadas segundo diferentes graus de convicção.

Goodnow (1988) emprega o termo ideias, evidenciando ser esta uma nomenclatura mais apropriada do que crenças, visto que a crença é marcada pela noção de convicção e certeza, como um conhecimento e um valor estático, construído e acabado, enquanto que as ideias são passíveis de mudanças, em função de os indivíduos serem sensíveis a novas informações, ajustando noções e conceitos com o fim de sanar conflitos de diversas ordens.

Já Palácios (1990) usa os termos crenças, ideias e processos cognitivos indistintamente, e Miller (1988), outro autor que já produziu grandes investigações na Psicologia Parental, faz uso do termo crenças, focando concepções de realidade, deixando de fora valores e metas, porém, expandindo a finalidade do termo ao máximo, direcionando-

o a todo tipo de crenças que os pais possam formar acerca do desenvolvimento cognitivo das crianças, incluindo o que a literatura tem chamado de atribuições, ideias, concepções, julgamentos ou cognições.

Entretanto, fica claro, nessa discussão em relação aos termos utilizados, pouco consenso para se referir ao que os pais pensam a respeito de seus filhos e seu processo de desenvolvimento. Nesse aspecto, surge a necessidade de utilização de um termo que seja capaz de abarcar, pelo menos, a maioria dos significados que são empregados em todos esses construtos. Sigel, McGillicuddy-De Lisi e Goodnow (1992) adotam o termo cognições parentais, considerado por eles como um termo mais genérico. Comentam os autores que os termos crenças, concepções, ideias, atribuições, atitudes, valores, expectativas e conhecimento têm sido utilizados indistintamente por pesquisadores para se referirem à cognição dos adultos, sendo ignorados por estudiosos que utilizam definições sem o cuidado conceitual necessário.

Como se vê, divergências sobre o uso dos termos são explícitas, porém, destaca-se um grande consenso a respeito da relação entre crenças e práticas. De uma maneira geral, autores como Goodnow (1988), Harkness e Super (1996), Miller (1988) e Palácios (1990) concordam que, quando se estuda desenvolvimento infantil, faz-se necessário pensar em práticas e crenças, valores e atitudes, reconhecendo-os como aspectos inseparáveis, sendo esses influenciados e influenciadores do contexto físico e social em que os indivíduos estão inseridos.

Desse modo, ao se estudar o desenvolvimento infantil, considerar apenas o comportamento ou a prática dos pais como subsídio decisivo ao desenvolvimento coloca o pesquisador em risco de deixar de lado temas fundamentais quando relacionados ao cuidado e à criação dos filhos (Goodnow, 1988). Isso porque, segundo esse autor, os pais são pessoas que vivem em uma cultura em que decifram eventos, constroem e compartilham ideias e

valores que acabam por influenciar suas ações e práticas. Nesse sentido, ideias, valores e crenças, assim como comportamentos e práticas, não podem ser entendidos como esferas opostas, mas sim como pontos que se complementam e caminham juntos.

Entretanto, frente a essas divergências, Bastos (1991) considera que há uma necessidade premente de se realizar uma análise conceitual desses termos para uma designação mais concisa dos fatos a que eles se referem. Sigel et al, (1992) adotam o uso de cognições parentais como um termo mais genérico, por considerarem a necessidade de um termo que seja capaz de abranger, pelo menos, a maioria dos significados com que são empregados todos esses construtos.

Nesse contexto, afirmam Lightfoot e Valsiner (1992) que crenças parentais são formadas a partir da combinação das lógicas indutivas e dedutivas, sendo que o conhecimento indutivo emerge das experiências pessoais de criação, enquanto que o conhecimento dedutivo está baseado nos significados e valores presentes na cultura coletiva.

Porém, livre das diferentes denominações, existe um consenso quanto ao fato de que o comportamento dos pais não incide em uma série de respostas casuais ao comportamento de seus filhos. Nesse ponto, Melchiori e Biasoli Alves (2001) afirmam que os pais têm noções ou ideias a respeito de como devem tratar seus filhos, isto é, com base no que acreditam ser bom ou ruim, naquilo que eles valorizam ou desvalorizam e que norteiam a sua prática na relação com os filhos.

Não obstante, quando os adultos tornam-se pais, afirmam as autoras supracitadas, eles participam ativamente da construção de seus papéis parentais. Esses papéis são influenciados, por exemplo, pelas sugestões sociais comunicadas pelos outros pais, por professores, profissionais da saúde, mídia e agências semelhantes, e, diante deles, os pais respondem de várias maneiras; em relação às sugestões, podem aceitá-las, rejeitá-las e/ou modificá-las.

Harkness e Super (1994) afirmam que é por meio da própria família que a criança vivencia a cultura, que serve como mediadora focal dessa relação e das crenças parentais como um aporte que precisa ser respeitado, uma vez que todos esses sistemas estão inter-relacionados e possuem a função de mediar a experiência individual da criança com o grupo cultural a que ela pertence.

Sobre esse ponto, Dessen (2005, p. 271) enfatiza que “... um dos aspectos culturais mais relevantes para a compreensão do desenvolvimento humano refere-se aos valores, crenças e práticas predominantes em uma determinada cultura”. Sachetti (2009), corroborando o assunto, explica que os aspectos culturais precisam ser desenvolvidos em um contexto específico, em um determinado local, em um determinado tempo, por serem, ao mesmo tempo, sociais, culturais e historicamente determinados, e traduzidos em termos de ações relativas à criação de filhos, que parecem exercer influência na saúde e no desenvolvimento das crianças.

Desse modo, apreende-se que a Psicologia dos cuidadores inclui cognições e práticas parentais, e, ainda dentro dessa divisão, as etnoteorias parentais, ou seja, as concepções e representações a respeito do comportamento e desenvolvimento infantil, assumem papel relevante, uma vez que elas são provenientes das experiências diárias nos cuidados e práticas com as crianças, ou de experiências culturalmente acumuladas pelo grupo social de referência que irão repercutir nas ações parentais e, conseqüentemente, no desenvolvimento da criança (Kobarg, Sachetti & Vieira, 2006; Sachetti, 2009).

Diante do que foi exposto, é possível observar que crenças e práticas parentais sobre criação de filhos não assumem um caráter estático, mas sim um caráter dinâmico, uma vez que sofrem influências da cultura em que são construídas. Conforme salienta Bastos (2001), a cultura é concebida como um processo presente na vida coletiva e intrapessoal, organizando as relações de uma pessoa com outra e com seu ambiente.

Neste estudo, optou-se pelo uso do termo concepções ancorado em Harkness e Super (1996). Para esses autores, concepções são oriundas das ideias, opiniões e crenças sociais adquiridas através das experiências socioculturais, pressupondo nesse contexto que, baseado na estrutura do Nicho de Desenvolvimento, alcançam-se as concepções como parte da psicologia dos cuidadores, por permitirem ao pesquisador observar as relações entre o contexto físico e cultural e entre as concepções e práticas. Conforme salientam ainda Harkness e Super (1992; 1996), as crenças subsidiam as práticas e vice-versa, assim como modificarão e serão modificadas por elementos constituintes do meio físico e social. É desse modo que, de maneira integrada, exercem influências significativas nas trajetórias desenvolvimentais.

Diante disso, observa-se como os sistemas de crenças parentais têm emergido como um campo de estudos significativos para a compreensão do desenvolvimento infantil, à medida que estabelece uma relação com as práticas parentais. As práticas parentais podem ser entendidas como o comportamento de criar os filhos. Vários autores (Goodnow, 1992; McGillicuddy-DeLisi, 1992; Bastos, 1991) têm verificado a possível influência dessas crenças sobre comportamentos e práticas em relação à criança.

Assim, encontram-se na literatura, desde algum tempo, estudos que apontam para a influência da cultura no desenvolvimento infantil, uma vez que a presença de diferenças sociais e culturais nas crenças parentais acerca do desenvolvimento humano é evidente. Apesar da existência dessas diferenças nas crenças em função de fatores sociais e culturais, autores como Goodnow (1988), Miller (1988) e Ribas (2004) têm revelado a existência de uma forte relação entre as crenças dos pais e suas práticas em relação à criança.

Salienta-se que, na literatura, estudos dentro da perspectiva que discute a importância do desenvolvimento da criança sob a influência do nicho em ambientes institucionais coletivos de cuidado, como é o caso da Estratégia Saúde da Família, ainda têm uma produção

limitada. Entretanto, em pesquisas que trabalham a relação entre ambiente, crenças e práticas, registram-se alguns estudos que investigam essas e outras questões sobre Nichos de Desenvolvimento constituídos a partir de ambientes não familiares. Esses estudos encontrados mais frequentemente reportam-se ao universo das creches e abrigos enquanto ambientes coletivos de cuidado, que se ocupam de crianças nos primeiros anos de vida (Corrêa, 2011; Lordelo, 1998; Lordelo, 2002; Loderlo, Chalbud, Guirra & Carvalho, 2007; Melchiori & Biasoli-Alves, 2001; Melchiori, Biasoli-Alves, Souza & Bugliani, 2007).

Autores como Cavalcante, Magalhães e Pontes (2007) desenvolveram um estudo cujo foco está colocado no processo de desenvolvimento da criança e nas suas relações estabelecidas tanto com seus coetâneos quanto com seus cuidadores. Nessa dimensão, Kobarg e Vieira (2008) apontam também a relevância de se estudar as crenças e práticas na criação das crianças.

Tratando-se da ESF, a natureza e o conteúdo das interações estabelecidas entre os sujeitos, pais e cuidadores, que, juntos, compartilham tempos e espaços culturalmente determinados entre crianças contemporâneas ou de diferentes idades, bem como as concepções dos pais expressas na forma com que cuidam de seus filhos e as concepções dos profissionais que cuidam e orientam esses pais são concepções que influenciam as informações que serão repassadas a estes, considerando que, quando o enfermeiro atende a criança, as informações que são repassadas à mãe ou a outro cuidador da criança influenciam a interação e, conseqüentemente, o desenvolvimento infantil.

Desse modo, conhecer e compreender as diferentes formas de pensar o desenvolvimento de uma comunidade implica no mergulho em um mundo único e grandioso que necessita de uma associação entre os diversos elementos envolvidos, dentre eles, as práticas que se configuram como ponto-chave.

Assim, é preciso refletir sobre esse último subsistema como aquele que não só organiza o comportamento de seus cuidadores direcionados à criança, mas, de acordo com Super e Harkness (1999), o estudo desse subsistema envolve investigar as necessidades das crianças e a natureza do desenvolvimento, assim como a adequação das práticas e metas de socialização específicas que objetivam o desenvolvimento saudável da criança a partir da cultura da qual ela faz parte.

De fato, considerando que o modo de refletir o mundo é arranjado a partir do contexto sociocultural em que os sujeitos estão inseridos, é possível distinguir que as pessoas relacionam-se com o mundo segundo as crenças e expectativas que têm acerca do mesmo, e que, desse modo, transformam-no e são transformadas por ele. No que se refere às relações dos pais com suas crianças, pode-se adotar o mesmo tipo de raciocínio, pois se acredita que as crianças são tratadas pelos pais de acordo com aquilo que eles acreditam ser apropriado para elas em sua fase de desenvolvimento atual, e, desse modo, as crenças dos pais tendem a se modificar com o crescimento dos filhos.

Nesse sentido, pode-se acrescentar que a sociedade vai configurando padrões e modelos de comportamento, crenças e valores que permeiam as instituições que a compõem, de forma a influenciar as redes de interações e a constituição de subjetividade das crianças. Desse modo, surge o desenho de um quadro político-sócio-histórico-cultural que exige da Psicologia do Desenvolvimento uma orientação para a produção de conhecimentos sobre os processos do desenvolvimento que geram padrões de socialização e práticas educativas típicas de cada sociedade e suas instituições, como a família, a escola e, porque não, a Estratégia Saúde da Família.

Daí, deduz-se que os contextos socioculturais não são independentes, muito pelo contrário, integram-se como componentes importantes para a conformação de espaços em que ocorrem múltiplas interações e relações que afetam a criança desde a infância. Portanto,

a família e os demais agentes institucionais, educacionais, agem sempre de acordo com leituras sociais específicas sobre educação e sobre os padrões de interação e desenvolvimento da criança (Vieira & Branco, 2010).

Porém, a complexidade das relações existentes entre cultura, crenças parentais, práticas de cuidado e comportamento da criança, conforme salientam Lightfoot e Valsiner (1992), não favorecem pressuposições de causalidade direta das crenças parentais nas práticas de cuidado, nem dessas práticas repercutindo de forma direta no desenvolvimento, as quais podem ser descritas como uma cadeia de influências, embora as direções dessas influências não sejam claras.

Harkness e Super (1996) ressaltam que as etnoteorias parentais exercem forte influência na saúde e no desenvolvimento da criança. Para essas autoras, as compreensões de pais acerca da natureza da criança e dos significados de seu comportamento são compartilhadas em maior ou menor extensão pelos membros de um grupo cultural; ao mesmo tempo, suas crenças desenvolvem-se em um contexto específico e relacionam-se com outras concepções que os cuidadores possuem, como a natureza e o significado da parentalidade, a família, a inserção na sociedade, dentre outras.

Ainda no que diz respeito às crenças, há a definição proposta por Sigel e Kim (1992), que referem como as crenças estão ancoradas e encobertas num esquema que inclui intencionalidade e valor que orientam as ações parentais. Para as autoras, as crenças são representações mentais que funcionam como uma fonte de influência sobre o comportamento porque são conceitualizadas como um mediador que cerca todas as facetas de criação (metas parentais, interações de manejo e ensino ou padrões pelos quais avaliam o desempenho da criança).

Goodnow (1988) enfatiza que, no estudo do desenvolvimento infantil, considerar apenas o comportamento ou a prática dos pais como subsídios decisivos ao desenvolvimento

coloca o pesquisador em risco de deixar de lado temas fundamentais relacionados ao cuidado e à criação dos filhos. Isso porque os pais são pessoas que vivem em uma cultura, decifrando eventos, construindo e compartilhando ideias e valores que acabam por influenciar suas ações e práticas. Nesse sentido, ideias, valores e crenças, assim como comportamentos e práticas, não podem ser entendidos como esferas opostas, mas sim como pontos que se complementam e caminham juntos.

Considerando que os pais agem com seus filhos em função das suas concepções, desenvolvidas através das vivências e experiências sociais e culturais ao longo de suas vidas, deduz-se que os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família também agem com as crianças em função de suas concepções a respeito de desenvolvimento, as quais têm uma base histórica que pode mudar segundo as condições de vida das pessoas e o seu acesso ao conhecimento.

Os sistemas de crenças dos pais, como parte do Nicho de Desenvolvimento (Harkness & Super, 2006), tratam da relação entre as crenças e expectativas daqueles que cuidam das crianças e suas metas de ação. Como fatores mediadores dessa ação, as representações, crenças e expectativas dos pais regulam suas ações nas práticas de cuidado e educação, e contribuem para a maneira como organizam os contextos da vida cotidiana da criança (Frones, 1995; Harkness & Super, 1992; 1996; 2006; Rogoff, 2005).

Considerando a forma como o enfermeiro, enquanto cuidador, pensa e compreende o desenvolvimento infantil, demonstrada na forma com que lida com a criança dentro de um ambiente institucional, a Estratégia Saúde da Família pode desvendar como esses enfermeiros interagem com as crianças enquanto agentes mediadores dentro de uma cultura dinâmica compartilhada por crenças, e, por conseguinte, demonstrar também que quanto mais conhecimento sobre desenvolvimento infantil os enfermeiros apresentam, mais propiciam estabelecer relações sociais positivas no tocante ao desenvolvimento, repassar

informações aos pais e cuidadores, compreender aspectos da cognição desses profissionais e suas ações e entender melhor o contexto de desenvolvimento das crianças e como isso afeta a saúde e o desenvolvimento das mesmas.

Entretanto, é importante a observação de um preceito elementar entre os pesquisadores que enveredam nesse contexto. Então, assumimos as considerações de alguns autores que são estudiosos do assunto. Dizem eles: ainda que as etnoteorias possam ser descritas como modelos compartilhados por membros de uma determinada comunidade, isso não significa afirmar que as ideias sejam deliberadas ou explícitas. Isso porque esses são padrões historicamente construídos e presentes nas práticas disponíveis aos membros de uma comunidade, que dão sentido ao ambiente (Sigel, McGillicuddy-DeLisi & Goodnow, 1992).

Desse modo, seja qual for o modelo adotado para estudar o desenvolvimento, é preciso considerar a noção de etnoteorias parentais como um dos sistemas da dinâmica do contexto de desenvolvimento da criança, sendo necessário pensar os aspectos de ação (práticas) e representação (valores, crenças, atitudes e cognições) como inseparáveis.

Dando continuidade ao estudo, são abordados a seguir diversos estudos que demonstram como o tema em questão tem sido abordado em diferentes aspectos e culturas distintas sob o olhar de diversos pesquisadores de diferentes trajetórias culturais, relacionadas a um ponto em comum: o desenvolvimento. Alguns dos estudos expostos oferecem indícios da existência de uma relação entre crenças e práticas, e neles também se apreende a forma de organização do cuidado que o adulto destina à criança, porém, explicada por meio das etnoteorias parentais – definidas como entendimentos compartilhados que circunscrevem experiências e fornecem interpretações, inferências e objetivos para as ações.

2.4 Estudos empíricos sobre o Nicho de Desenvolvimento

O conteúdo a ser visto dirige-se a estudos em que seus pressupostos implicam numa função adaptativa das etnoteorias sob a ótica de estruturas, nas quais são desenvolvidas competências em um determinado ambiente. Desse modo, esses estudos são um importante aporte teórico para o estudo do desenvolvimento infantil, considerando-o como situado em contextos diversos, permitindo ao pesquisador observar como as características culturais do ambiente estudado estampam suas marcas no desenvolvimento infantil.

Por outro lado, comprova-se que estudos sobre desenvolvimento infantil direcionados a investigar as crenças dos pais e as relações existentes entre crenças e práticas de cuidado e educação, bem como as variáveis que influenciam as crenças dos pais e/ou cuidadores em determinada direção, têm se destacado na literatura tanto nacional como internacional, embora, segundo Sachetti (2009) e Corrêa (2011), ainda seja considerado discreto o número desses estudos.

Entretanto, o interesse em estudos relacionados aos sistemas de crenças parentais, conforme salientam Harkness e Super (1996), tem sido possível graças às tendências presentes tanto na Antropologia Social como na Psicologia, que favorecem uma interdisciplinaridade no estudo de temas relacionados ao desenvolvimento humano e à cultura. Além das crenças parentais, as práticas de criação de filhos também são alvo de interesse e têm privilegiado aspectos específicos em diferentes períodos. Sigel (1992) apresenta ênfases distintas na Psicologia em estudos e pesquisas sobre práticas de criação de filhos, ressaltando as significativas mudanças quanto à análise desse fenômeno.

A relevância que as práticas adotadas pelos cuidadores exercem sobre o processo de desenvolvimento é inquestionável. Nesse sentido, destaca-se um estudo realizado por Super (1976), no qual o autor investigou aspectos relacionados com a precocidade das

crianças africanas em relação ao seu desenvolvimento motor. O palco foi uma comunidade rural do Quênia, e o autor tomou 64 bebês e suas respectivas famílias e comprovou que os bebês quenianos adquiriam mais cedo habilidades motoras, como sentar e andar, quando comparados com os padrões americanos, e que essas habilidades eram ensinadas especificamente pelos cuidadores e praticadas no andamento das suas rotinas diárias. Desse modo, o estudo mostrou que 80% das mães quenianas ensinavam seus bebês a sentar, levantar e andar, o que pode explicar o fato de que, neles, tais habilidades estão mais avançadas do que nas crianças americanas.

Destaca ainda o autor que o padrão específico do desenvolvimento motor nessa comunidade deve ser entendido no contexto do ambiente físico e social das crianças, e que as influências podem ser agrupadas sob a forma de ensino específico de determinadas habilidades pelos pais ou como os efeitos das práticas adotadas na vida diária. O estudo identifica o quanto aspectos do ambiente físico e social podem estar relacionados a determinadas questões do desenvolvimento. Por outro lado, aflora nessa pesquisa que a relação entre crenças e práticas precisa ser vista na dimensão cultural.

Um estudo desenvolvido por Palácios, González e Moreno (1992) investigou a relação entre três tipos de perfis de pais, definidos pelas suas ideias sobre desenvolvimento e educação infantil e seu comportamento educacional com seus filhos. Esses pais foram caracterizados como tradicionais, modernos ou paradoxais, com base em estudos anteriores que utilizaram amostras longitudinais. Outro objetivo do estudo em questão foi analisar, por um lado, a relação entre crenças e comportamento educacional dos pais, e, por outro lado, as consequências no desenvolvimento da criança. Os resultados indicaram a existência de relações entre as crenças parentais e o emprego de estratégias no relacionamento com seus filhos. Observou-se que os pais que podiam estimular de maneira produtiva o

comportamento de seus filhos mostraram-se mais eficientes em adequar suas demandas às capacidades das crianças.

Pascaul, Schulthess, Galperin e Bornstein (1995) investigaram as ideias de mães argentinas sobre seus filhos. O estudo comparou mães pertencentes a níveis sócioeconômicos distintos assim como os locais de residência, urbano e rural. Os resultados assinalaram para diferenças significativas entre as ideias que as mães possuem da sua própria conduta e de seus esposos, principalmente na dimensão social e educativa. E identificam neste contexto, como a influência do nível sócio-econômico, da idade das mães e do lugar de moradia influenciam na formulação das suas ideias sobre desenvolvimento.

Miller e Harwood (2001) analisaram as metas de socialização e sua relação com a construção de redes sociais por mães americanas e mães porto-riquenhas, constatando que as mães americanas enfatizam as metas mais individualistas, relacionadas ao autoaperfeiçoamento, enquanto que as mães porto-riquenhas colocam mais ênfase nas qualidades de bom comportamento. As mães americanas tendem a valorizar mais as metas de independência (*self* autônomo) e as mães latinas tendem a dar maior importância às metas de interdependência (*self* relacional). Esses resultados, segundo os autores, estavam relacionados às características das redes sociais que as mães favoreciam para os seus filhos. Releva-se, nesse estudo, que as variações intraculturais se apresentam de forma bastante distinta.

Suizzo (2002) investigou os modelos culturais e as crenças sobre criação de filhos entre pais e mães parisienses. A autora baseou-se em três questões principais no seu estudo: Que práticas de criação os pais parisienses mais valorizam e quais consideram menos importantes? Existem dimensões básicas dessas crenças que constituem um modelo cultural de parentagem dos pais? E, se existem, quais crenças parentais estão associadas a que modelo? Participaram do estudo 278 mães e 177 pais da região metropolitana de Paris.

Para a coleta de dados, utilizou-se o *Questionário de Crenças e Ideias sobre Crianças e Bebês*, composto por duas sessões de 25 itens cada, sendo a primeira referente a práticas de cuidado com crianças com até um ano, e a segunda envolvendo práticas de cuidado com crianças entre um e três anos de idade. Os resultados mostram que as práticas mais valorizadas incluem estimulação cognitiva, higiene básica, proximidade interpessoal, promoção da individualidade e comportamentos associados com a socialização para interação pública. Entre as práticas pouco valorizadas pelos pais franceses, destaca-se a atitude de deixar seus bebês sozinhos em casa e de dormir junto com a criança.

Harkness, Super, Axia, Eliaz, Palacios, e Welles-Nyström (2001) verificaram, em um estudo transcultural, que pais holandeses dão muita importância à prática de manter o bebê calmo e tranquilo. Constatou-se que eles valorizam o descanso, uma rotina regular e a higiene no cuidado com suas crianças. Ao contrário dos holandeses, pais americanos valorizam a estimulação. Segundo os autores, eles possuem ideias conflitantes acerca do descanso e da estimulação e, conseqüentemente, relatam mais problemas em fazer as crianças dormirem durante toda a noite. Esse resultado confirma como os costumes de cuidado são adaptações culturais nas práticas de criação frente aos aspectos específicos do ambiente.

Outros autores, como Keller, Voelker e Yovsi (2005), realizaram um estudo em que focaram as crenças de mães captadas por meio de seus comentários a respeito de práticas parentais. Assim, eles compararam concepções de parentalidade entre mães de uma comunidade rural do oeste de Camarões e mães do norte da Alemanha. A técnica de grupos focais de discussão foi implementada em cada contexto estudado, tendo como material de estímulo dez vídeos em que mães e seus respectivos bebês de sua cultura interagiam e dez vídeos de cultura oposta. Para essas mães, foi solicitado que cada uma avaliasse os comportamentos que julgavam adequados e inadequados.

Constatou-se que mães da comunidade de Camarões comentaram mais sobre as interações que envolviam cuidados primários, contato corporal e estimulação, enquanto mães alemãs enfatizaram mais interações face a face, contingência aos sinais positivos da criança (a exemplo do sorriso) e foco exclusivo da mãe para o bebê. Outro detalhe percebido foi que mães camaronesas alfabetizadas e mães alemãs com maior escolaridade teceram mais comentários sobre todas as categorias de comportamento da mãe, fato não presente nas mães com menos escolaridade.

Discorrem as autoras que uma observação acentuada nesse estudo foi a forte valorização de estímulos corporais pelas mães camaronesas e o estranhamento das mães alemãs diante da magnitude dessa estimulação com bebês tão pequenos (por volta de três meses). Disso, concluem as autoras que a estimulação corporal parece ser o mecanismo de interação mais importante em relação à promoção do desenvolvimento das crianças da comunidade de Camarões.

Um ponto que se deve observar nesses modelos de estudos é enfatizado por Keller, Demuth e Yovsi (2008), quando afirmam que, embora seja válida a utilização de modelos culturais para comprovar diferenças em relação às práticas e crenças parentais, esses modelos não podem servir como rótulos para grupos, comunidades ou países, porque podem existir num mesmo grupo cultural dimensões de independência e interdependência, em graus variados e com diferentes significados.

Em relação ao Brasil, Martins (2009) comenta que ainda há uma escassez de estudos nacionais que enfocam práticas de pais de crianças em idade pré-escolar, crenças ou etnoteorias, sobretudo em crianças até três anos de idade. Do mesmo modo ocorre em contextos institucionais específicos, como em ambientes coletivos de cuidado. Entretanto, em espaços de creches, há estudos desenvolvidos, a exemplo de Lordelo (1998), Melchiori e Biasoli-Alves (2001), Melchiori, Biasoli-Alves, Souza e Bugliani (2007), que podem

subsidiar essa busca pela compreensão da influência do ambiente sobre o desenvolvimento infantil, sobretudo em ambientes coletivos que impliquem na figura do cuidador.

Lordelo (1998) pesquisou concepções sobre desenvolvimento infantil e práticas de cuidados em outro espaço de acolhimento institucional, a saber, em uma creche pública da cidade de Salvador. Participaram do estudo 45 funcionários do estabelecimento. Os dados foram coletados através da observação das principais rotinas da creche, além da aplicação de um questionário com perguntas abertas e fechadas, em que cada participante classificava os aspectos mais importantes da dinâmica da creche.

Identificaram-se, nesse contexto, categorias de comportamentos dos adultos, como: cuidado físico, arrumação, atividade pedagógica, atividade recreativa, controle, fora da sala, à parte, contato físico afetivo, contato lúdico, outros e sem atividade. As categorias cuidado físico e controle ocuparam a maior parte do tempo do adulto, especialmente nas classes de crianças mais jovens, de zero a trinta meses. Entre as práticas adotadas pelos adultos que visam à promoção de saúde e cuidados físicos dirigidos às crianças, identificou-se que o banho e a alimentação são amplamente destacados como de grande importância para o desenvolvimento da criança. Os resultados desse estudo assinalaram para a prevalência do modelo higienista.

Ao investigarem a responsividade do ambiente do desenvolvimento enfocando as crenças e práticas como sistema cultural de criação de filhos, Lordelo, Fonseca e Araújo (2000) destacaram, nesse contexto, a presença de mães oriundas de dois ambientes diferentes, questionadas sobre a maternidade e os cuidados com a criança. Os achados da investigação mostraram que, em relação à satisfação com a maternidade, houve equilíbrio nas duas amostras, porém, em relação aos cuidados com as crianças, as mães de classe média e com o nível de escolaridade mais alto demonstraram que os níveis de responsividade materna são mais altos. Os resultados sugeriram ainda uma forte articulação entre as crenças,

relacionadas aos sistemas culturais em que são construídas e mantidas, e as práticas de cuidados à criança.

Outro estudo envolvendo crenças entre educadoras de creches foi desenvolvido por Melchiori e Biasoli-Alves (2001). Nele, as autoras propuseram verificar o julgamento de educadoras de creches sobre os fatores que causam e/ou influenciam o temperamento e o desempenho de bebês, com a justificativa de que conhecer essas crenças pode fornecer subsídios importantes para se trabalhar a sua formação. Participaram do estudo 21 educadoras de creche, todas do sexo feminino, com idade variando entre 21 e 57 anos. Salienta-se que todas cuidavam de 90 bebês na faixa etária de quatro a 24 meses.

Através de uma entrevista semiestruturada, foi solicitado às educadoras que descrevessem o comportamento de cada bebê sob sua responsabilidade em vários momentos da rotina do local. Isso incluía desde a chegada da criança ao local, alimentação, higiene e a saída da creche; também foi solicitado que elas descrevessem o temperamento da criança, suas competências nas áreas motora, social, cognitiva e de linguagem, e como o educador interpretava o comportamento, o temperamento e a competência de cada bebê sob seus cuidados.

Para a análise dos dados, foi elaborado um sistema de categorias de crenças baseado na abordagem de desenvolvimento que as próprias educadoras utilizaram para interpretar o temperamento e o desempenho dos bebês. Três tipos de categorias de crenças foram identificados: inatista, ambientalista e interacionista, além de uma categoria nomeada como “outras”, por não poder se classificar nas demais citadas. O resultado mostrou que predominaram as crenças ambientalistas, ou seja, o estímulo e a consequência vêm de fora da criança e são os responsáveis pela aquisição, manutenção ou extinção de formas específicas de ação. Concluem as autoras que o conhecimento sobre crenças das educadoras leva a indícios que podem ajudar no planejamento de cursos de formação e educação

continuada desses profissionais, e enfatizam a importância de se ter estruturado um sistema de categorias que permita avaliar as crenças das educadoras, considerado pelas autoras como uma prática essencial para a qualidade dos cursos e a melhoria do trabalho desses profissionais.

Veríssimo (2001) analisou o cuidado dispensado à criança entre profissionais que atuam em creche, a partir da perspectiva teórica das representações sociais de Moscovici. Os dados foram coletados entre sete coordenadoras e nove educadoras de três creches. Com as coordenadoras, a investigação se deu por meio de entrevistas individuais semiestruturadas; já com as educadoras, foi realizada uma oficina pedagógica a partir de quatro encontros, enfatizando o que elas pensam, sentem e fazem em relação ao cuidado da criança. A partir da análise do conteúdo, identificou-se que as coordenadoras definem o cuidado como as ações realizadas para atender as necessidades físicas e emocionais da criança, assim como para estabelecer vínculo afetivo. As educadoras destacam que cuidar é prover o bem-estar da criança, oferecendo condições de alimentação, higiene, descanso e segurança física, considerando isso como uma etapa preliminar das atividades pedagógicas, a qual permite à criança sentir-se disposta a aprender. Ambos os grupos consideram o cuidado profissional diferente do cuidado familiar, visto que o primeiro se fundamenta em princípios científicos e rotinas institucionais.

Nota-se, entre os diversos fatores envolvidos nas crenças dos diferentes cuidadores, a influência dos aspectos sociodemográficos e a escolarização dos agentes de cuidado nas diferentes formas de pensar e conceber o desenvolvimento e a infância. Outro ponto que vale ressaltar é a questão do cuidado compartilhado e as diversas formas alternativas de atender as necessidades básicas da criança.

Seidl de Moura, Ribas, Piccinini, Bastos, Magalhães, Vieira... e Silva (2004), ao analisarem a relação entre conhecimento sobre desenvolvimento infantil e variáveis de mãe

e bebê, numa amostra de 405 mães primíparas, com filhos menores de um ano, moradoras de seis cidades de diferentes regiões do Brasil, encontraram nos resultados a importância da escolaridade materna na compreensão do desenvolvimento inicial das crianças, e também grandes diferenças nos centros urbanos investigados, chegando à conclusão da necessidade de realizar estudos interculturais para determinar essas variações sociais e culturais.

Por outro lado, Silva, Vieira, Seidl de Moura e Ribas Jr. (2005) desenvolveram um estudo com o objetivo de avaliar conhecimentos que mães primíparas têm, ao longo do primeiro ano de vida de seu filho, sobre o processo de desenvolvimento infantil. Participaram 109 mães com idade superior a 18 anos, residentes da cidade de Itajaí-SC e pertencentes a um centro de referência à saúde da criança e da mulher. Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados, os quais permitiram realizar uma ampla avaliação de conhecimento sobre desenvolvimento infantil em crianças de até dois anos de idade, e avaliar o nível educacional das mães, a ocupação e o nível socioeconômico.

O resultado confirmou a importância e a influência do contexto socioeconômico e cultural no conhecimento que mães têm sobre desenvolvimento infantil. Além disso, constatou-se que crenças, estratégias e comportamentos adequados dos pais relacionados com a escolaridade e a ocupação das mães têm efeitos positivos no conhecimento delas sobre desenvolvimento infantil, e que a escolaridade é um fator decisivo em relação à concepção de mães primíparas sobre desenvolvimento infantil.

Marques (2006) investigou a percepção dos cuidadores sociais com relação ao crescimento e ao desenvolvimento infantil, e os cuidados que são oferecidos por eles às crianças institucionalizadas. O estudo foi desenvolvido em um abrigo não governamental que acolhe crianças de zero a quatro de idade, vítimas de violência e miséria sociais. Para a coleta de dados, utilizou-se a metodologia qualitativa, baseada na técnica da livre narrativa dos sujeitos a partir de uma questão norteadora: “Como é, para você, trabalhar aqui no abrigo

cuidando de crianças?”. Participaram da pesquisa três cuidadoras sociais que atuavam na instituição há mais de um ano.

A análise de conteúdo das entrevistas evidenciou quatro núcleos de sentido. O primeiro diz respeito à *chegada*: retrata a chegada da criança no abrigo, destacando a violência doméstica como um dos fatores desencadeantes do processo. Logo após, vem o *cotidiano*, que se subdividiu em rotina, recreação e cuidados. Nesse caso, percebeu-se o quanto o cotidiano exige das cuidadoras, que se mostram envolvidas e compromissadas com a tarefa de cuidar das crianças, mas que nem sempre estão preparadas tecnicamente para entenderem as etapas do crescimento e desenvolvimento infantil. Em seguida, emergiu a *espera*: esse núcleo retratou a reintegração familiar ou o processo de adoção das crianças, o que gera expectativas e ansiedades em decorrência das incertezas e da demora na concretização dos processos judiciais, interferindo no crescimento e no desenvolvimento infantil. Por último, identificou-se o ser *cuidador*: nesse núcleo, emergiram os subtemas *significado do trabalho e treinamento*.

Os resultados mostraram a ligação direta entre o trabalho doméstico das cuidadoras e a atuação com as crianças, bem como a relação de gênero no cuidar e a falta de percepção das cuidadoras quanto a questões trabalhistas, além da necessidade de um preparo profissional para o cuidar. Conclui a autora que esse profissional vivencia, em sua prática, todo o processo do cuidar, em vários contextos, que o qualifica para ser inserido na equipe técnica do abrigo, podendo ser um facilitador para o desenvolvimento de um cuidar mais adequado e compartilhado pela equipe.

Na perspectiva do desenvolvimento situado no contexto, utilizando a noção de Nicho de Desenvolvimento, Ruela e Seidl de Moura (2007) desenvolveram um estudo com mães de uma comunidade rural do estado do Rio de Janeiro, com o objetivo de investigar as ideias e práticas dessas mães e o ambiente físico e social que elas propiciam a seus filhos,

de forma a buscar caracterizar um Nicho de Desenvolvimento rural brasileiro. Participaram do estudo seis mães com seus bebês entre um e 21 meses. Os dados foram coletados por meio de observação naturalística, diário de campo, entrevista e um inventário das características do Nicho de Desenvolvimento. Para ilustrar os subsistemas que compõem o nicho, as autoras investigaram as atividades da díade mãe-bebê em sua residência no contexto rural, descreveram o ambiente físico e social da díade, observaram práticas e rotinas diárias das mães (alimentação/refeição, cuidados higiênicos e com a saúde, descanso/sono, brincadeira, falas de pessoas dirigidas ao bebê).

A análise realizada permitiu explorar algumas relações entre o contexto físico e cultural e as crenças e práticas de pessoas que convivem com os bebês, sobretudo as mães. Assim, os resultados revelaram que a criação dos filhos não é compartilhada só pela família nuclear, mas envolve outros parentes, como avós, tios, primos, amigos, oferecendo aos bebês a oportunidade de interações com adultos e crianças, favorecendo o desenvolvimento deles, uma vez que se propiciam contatos com pessoas mais experientes de seu contexto sociocultural, havendo uma interação entre os componentes do nicho, formando o ecossistema de vida do bebê. Para as autoras, as características culturais do ambiente gravam suas marcas na parentalidade e no desenvolvimento infantil.

Piovanotti (2007) pesquisou as metas de socialização infantil e as crenças sobre práticas de cuidado parental entre mães catarinenses. Participaram do estudo cinquenta mães com filhos entre zero e três anos. Foram utilizados na coleta de dados um questionário socioeconômico, uma entrevista semiestruturada e uma escala de crenças sobre práticas parentais. A análise dos dados mostrou que, apesar da diferença de escolaridade entre as participantes, não houve diferença significativa entre as metas de socialização infantil por elas delineadas.

Por outro lado, a escolaridade da mãe está relacionada com a valorização de práticas de cuidado parental. O autor destaca que o comportamento parental se assemelha em diferentes culturas no que se refere à sua função, e que o comportamento parental varia em sua forma de expressão em virtude das particularidades do contexto em que se manifesta. Conclui que, a partir desse sistema multidimensional de metas de socialização e crenças sobre práticas de cuidado, no qual a escolaridade parece ter um papel específico de atuação, as mães estabelecem a dinâmica relacional com suas crianças, tendo a tarefa de decidir o melhor caminho para garantir o desenvolvimento satisfatório de seus descendentes.

Para compreender a mútua influência entre ambiente, crenças e práticas adotadas na criação de crianças, o trabalho desenvolvido por Kobarg e Vieira (2008) forneceu bases para a discussão de como é estabelecida a vida diária das crianças e como se expressa em hábitos rotineiros em função do ambiente em que se vive. Os autores investigaram a correlação entre crenças e práticas de cuidado com 77 mães em diferentes contextos (urbano e rural) na cidade de Itajaí-SC, sendo 40 mães da área urbana e 33 da área rural.

Os resultados mostraram que as mães tendem a se comportar diferencialmente segundo suas condições de vida, e que, segundo os autores, parece haver uma forte associação entre as crenças relacionadas aos sistemas culturais em que são construídas e mantidas as práticas de cuidado a criança. Ressaltam, ainda, que o conhecimento que mães e pais têm acerca do desenvolvimento infantil e crenças de como devem ser criados seus filhos podem facilitar o trabalho dos profissionais que lidam com essa clientela, uma vez que as concepções de mundo que essas famílias têm geram consequências do modo de viver dessas famílias sobre o processo de saúde e doença.

Tendo como foco um ambiente institucional coletivo, no caso, um abrigo, Corrêa (2011) desenvolveu um estudo com o objetivo de investigar aspectos do ambiente físico e social, conhecimentos e concepções sobre desenvolvimento infantil, rotinas e práticas de

cuidado presentes entre educadores de uma instituição de acolhimento infantil. Um total de 100 educadores (95% da população) responsáveis pelo cuidado diário para com as crianças encaminhadas ao espaço de acolhimento infantil fizeram parte do estudo.

Observou-se que o conhecimento sobre desenvolvimento infantil apresentou-se como variável relevante para a qualidade das interações e do cuidado oferecido à criança, especialmente nas situações de brincadeira e sono. Identificou-se também que os educadores alteram a rotina, modificam o ambiente físico e social e adaptam suas práticas de acordo com a demanda e a estrutura da situação, visando a promover tanto o seu bem-estar como também o da criança, dando-lhe possibilidade de alterar o ambiente de acordo com seus interesses, além de proporcionar à criança experiências que resgatam a comunidade cultural da qual faz parte.

Conclui a autora que, da constante sintonia entre as práticas de cuidados dos educadores, pautados em concepções sobre desenvolvimento em um ambiente físico e social particular, que é o abrigo, reforça-se a aplicabilidade do modelo em contextos diversos, além de ressaltar o caráter essencial da perspectiva teórica adotada: a indissociabilidade entre os elementos do Nicho de Desenvolvimento.

Um estudo recente apreendeu as concepções maternas sobre desenvolvimento infantil em crianças com deficiência visual (Medeiros & Salomão, 2012). Partindo do pressuposto da importância da visão para o desenvolvimento infantil, uma vez que esse recurso contribui com os processos de socialização, assim como da capacidade de se orientar e se locomover de maneira segura e independente, a falta ou a deficiência da visão pode provocar nos pais sentimentos de insegurança, medo, ou mesmo assumir comportamentos de superproteção. Nesse sentido, as autoras adotaram como suporte teórico o sistema de crenças parentais e sua relação com as concepções, uma vez que há relação entre o modo de perceber o desenvolvimento infantil e o modo de lidar com a criança.

Participaram do estudo dez mães, e comprovou-se que, entre elas, há consciência das limitações impostas pela falta da visão de seus filhos, também apresentando perspectivas positivas em relação ao desenvolvimento deles. Concluem as autoras que é importante a participação da família nas intervenções realizadas junto às crianças com essas características, assim como é fundamental o acesso ao conhecimento que esses pais têm sobre o desenvolvimento infantil.

O estudo ora relatado expõe uma característica peculiar presente numa parcela da população, a qual influencia no desenvolvimento da criança, como também nos aspectos cognitivos delas, influenciando o modo de interagir dessas crianças, uma vez que elas podem apresentar limites e dependem, sobretudo, das oportunidades oferecidas.

Nesse contexto, observa-se que, em relação aos estudos ora apresentados, todos trazem importantes contribuições para o entendimento das relações cuidador-criança e destacam, entre outros aspectos, as práticas adotadas nas interações que são essenciais para o desenvolvimento da criança enquanto um membro da cultura da qual faz parte. Conforme citado, os estudos sobre concepções e práticas são amplamente discutidos na literatura, especialmente em pesquisas realizadas em contexto familiar.

Entretanto, estudos que trabalham com o ambiente extrafamiliar são escassos na literatura sobre desenvolvimento infantil, especialmente os que tratam sobre concepções, crenças e etnoteorias de profissionais no que se refere ao desenvolvimento e à infância. Nesse sentido, estudar as concepções em ambientes coletivos de cuidado torna-se um desafio ainda maior, necessário à comunidade científica e especialmente importante para os cuidadores e as crianças que fazem parte desse universo.

Desse modo, percebe-se que investigações que tratam da influência do ambiente sobre o desenvolvimento infantil ainda são pouco presentes na literatura. Por essa razão, ambientes coletivos precisam ser estudados enquanto contexto do desenvolvimento,

considerando-se tanto os aspectos da criança quanto os de seus cuidadores, bem como o ambiente e a cultura em que as pessoas estão envolvidas.

Com o objetivo de compreender o papel dos cuidadores dentro de um ambiente coletivo institucional, como é o caso da Estratégia Saúde da Família, este estudo remete a rever especificidades desse ambiente tão peculiar, que dispensa cuidados às crianças e participa ativamente do acompanhamento do desenvolvimento enquanto ambiente social institucional. Desse modo, será apresentado, a seguir, o ambiente coletivo de cuidado dentro da Estratégia Saúde da Família, destacando-se a forma com que esse tipo de ambiente direciona o cuidado à criança no tocante ao desenvolvimento.

Capítulo 3: Estratégia Saúde da Família – Especificidades no contexto de comunidade, família e criança

Atualmente, a maneira com que se olha a infância é resultado dos constantes avanços que provocaram mudanças para se alcançar consciência sobre a importância dessa fase na vida do ser humano. Em decorrência desse avanço, foram criadas políticas e programas que procuram promover e ampliar as condições necessárias para o exercício da cidadania das crianças, que, por sua vez, passaram a ocupar lugar de destaque na sociedade. Bujes (2001), ao tratar o assunto, afirma que essas transformações só foram possíveis porque também se modificaram na sociedade os modos de pensar o que é ser criança e a importância que é dada no momento específico da infância.

No que se refere à infância, identificam-se ainda na sua trajetória histórica diferentes significados constituídos em distintos contextos sociais. Do interesse limitado pela criança, na Idade Média (Ariès, 1981), até a infância como foco das práticas sociais e formalmente prioritária nas políticas públicas da atualidade, comprova-se que houve um longo caminho de transformações políticas, econômicas e culturais. Nesse sentido, significados e contextos estão intimamente relacionados, do mesmo modo que contexto e políticas sociais.

Por outro lado, o estudo das perspectivas históricas indica a necessidade de debater e compreender continuamente atribuições, lugares e responsabilidades que o presente nos impõe. Podemos ser protagonistas da construção, assim como temos a chance de participação da geração de espaços de cidadania. Tais possibilidades nos remetem ao campo da ética e, conseqüentemente, à constante reflexão crítica acerca das interlocuções entre as práticas construídas, nossos projetos político-sociais e os valores que os contemplam.

Destaca-se nesse contexto que, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, ocorreram muitas transformações e desafios que implicaram na reorganização dos

serviços de saúde. Assim, o Ministério da Saúde, na tentativa de reorganizar a atenção básica em saúde, assumiu o desafio de implantar, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), embasado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência. A abordagem do PSF é na atenção centrada na família, vista e entendida a partir do seu ambiente físico e social, enfatizando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão para além das práticas curativas (Brasil, 1998).

Analisar, portanto, o PSF, atualmente reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), no contexto em que crianças e adolescentes em processo de desenvolvimento desfrutam com suas respectivas famílias em áreas geográficas delimitadas com características peculiares, apreende-se que todos estão atrelados às equipes multiprofissionais de saúde, que têm sob suas responsabilidades cerca de 800 a 1000 famílias por unidade e desfrutam de um objetivo comum, que é o de estabelecer vínculos, criar laços de compromissos e corresponsabilidades entre os profissionais e a população adscrita, embasados pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade da assistência.

Nessa dimensão, é importante a compreensão, por parte da equipe de saúde, de dois princípios básicos: primeiro, as relações estabelecidas entre famílias e os serviços de saúde estão inseridas em um conjunto de determinantes sociais, políticos e econômicos. Segundo, só a intervenção e a recuperação do corpo biológico não respondem de forma completa às necessidades de saúde, uma vez que estas vão além e, sobretudo, demandam uma atenção que leve em conta a integralidade do ser humano (Rocha, Nascimento & Lima, 2002).

Outro ponto de compreensão das equipes do ESF diz respeito ao conhecimento do local e das pessoas que são objeto de sua atenção. Nesse aspecto, as famílias pertencentes às unidades constituem unidades mínimas de informação, ou seja, são as informantes de si mesmas e do ambiente em quem vivem. Desse modo, Franco e Bastos (2002) afirmam que a família não só compõe uma unidade de informação e ação ou uma unidade de cuidado da

ESF, mas se torna o primeiro sistema formador do desenvolvimento humano, uma vez que tem uma condição ativa e é a informante das prioridades e das alternativas de ação sobre os determinantes e sobre os riscos individuais que estão expostos.

Corroborando o contexto, Veríssimo (2001) afirma que a família deve ser considerada a principal provedora de cuidados à criança na primeira infância, pois é no ambiente familiar que ocorrem as primeiras relações interpessoais da criança, auxiliando na criação de suas características e identidade, o que pode tornar esse ambiente propício para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde da criança. É nessa conjuntura que se inserem os cuidadores que contribuem com esse processo, para que ele ocorra de maneira mais profícua possível, destacando aqui a figura do enfermeiro como partícipe ativo desse contexto.

Porém, embora a família deva ser considerada a provedora de cuidados para com a criança, Sarti (2007) adverte que a diversidade de concepções de famílias existentes no mundo, influenciadas pelas características culturais, sociais, econômicas e políticas, é resultado de mudanças provenientes também das necessidades emergentes das sociedades nas mais diferentes épocas, que determinam o modo como seus elementos se relacionam entre si e com o meio ambiente em que vivem, e maneiras de sobrevivência e cuidado.

Também se constata que a família conta com um patrimônio, que é um conjunto de recursos dos quais as pessoas podem dispor para garantir a si mesmas e a seus membros maior segurança e melhor padrão de vida. Esses recursos se compõem de trabalho, moradia, saúde, habilidades relacionais e pessoais (Chiesa, Veríssimo & Fracolli, 2009).

Essa é uma peculiaridade que enfatiza a eficácia dos cuidados familiares baseada em um grau de apoio mútuo e da organização interna, havendo uma variedade dos tipos de cuidados que as famílias têm consigo e com seus membros, além de dependerem do acesso a serviços públicos e comunitários (Solymos, Maricondi & Soares, 2009). Quanto a esses

cuidados, também se pode inferir que eles estão vinculados a uma rede de relações sociais constituída por vários pontos interligados, sendo que a ausência desse suporte pode constituir um fator de risco para a saúde do indivíduo (Sluzki, 1997).

Nesse sentido, há também a participação do Estado no papel da manutenção da vida e da promoção da saúde, tanto da família como das crianças. A Constituição Brasileira, em seu artigo 227, registra que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Brasil, 1988, p. 42).

Diante desse artigo, observa-se que as ações e diretrizes que são implementadas pelo Estado estão em consonância com o documento, com destaque para as políticas públicas de saúde oferecidas por meio de programas e ofertas de serviços, para atender a grupos da população como a família, criança, adolescentes, entre outros (Figueiredo e Mello, 2007).

A Estratégia Saúde da Família tem sua atenção voltada à família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando às equipes de saúde compreender o processo saúde-doença de maneira ampliada, organizar as intervenções além de práticas curativas e buscar a construção de ações com base nos princípios de integralidade e equidade (Chiesa, Veríssimo & Fracolli, 2009).

Desse modo, compreende-se que as diretrizes que ancoram as políticas públicas de saúde no Brasil direcionam para um novo e único sistema, conhecido com Sistema Único de

Saúde (SUS). A proposição desse sistema preconiza, em seus princípios e diretrizes, a universalidade, a integralidade e a equidade, constituindo um avanço nas políticas públicas brasileiras na democratização da atenção à saúde.

Assim, apoiado nesses preceitos e procurando refletir experiências exitosas realizadas em outros países, a exemplo da Espanha, Portugal e Canadá, foi implantado no Brasil, desde 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), com a proposta de modificar e expandir o acesso da população aos serviços de saúde, tornando-se a porta de entrada da saúde (Oliveira & Albuquerque, 2008). Destarte, como estratégia, possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados, atuando sob a luz dos princípios de integralidade, hierarquização, territorialização e trabalho em equipe (Brasil, 1998).

A presença do profissional enfermeiro nas equipes é de grande importância, baseado na imensa contribuição que esse profissional traz ao programa. Munido de um recurso peculiar, reconhecido como uma importante ferramenta de acesso aos usuários de forma sistematizada e objetiva, esse profissional se utiliza de uma ferramenta denominada de consulta de enfermagem como um recurso de grande valor, implementada dentro do programa e institucionalizada em todas as Unidades de Saúde da Família como uma atividade a ser realizada de forma contínua direcionada aos seus usuários, constituindo uma estratégia de atendimento de caráter generalista, centrada no ciclo vital e na assistência à família.

Essa prática assistencial foi legalizada pela Lei nº 7.498/86, que regulamentou o exercício da Enfermagem e estabeleceu essa atividade como privativa do enfermeiro (Brasil, 1986). A partir de então, tornou-se alvo de várias portarias e resoluções de diferentes instâncias, inclusive do Conselho Federal de Enfermagem, a exemplo da Resolução

COFEN/159, que estabelece a obrigatoriedade da realização da consulta de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde, tanto em instituições públicas como privadas (Cofen, 1993).

No tocante à criança, a consulta de enfermagem tem como objetivo prestar uma assistência sistematizada de enfermagem de forma global e individualizada, identificando problemas de saúde-doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação de sua saúde. Para ser desenvolvida em sua plenitude, deve-se conhecer e compreender a criança em seu ambiente familiar e social, além de suas relações e interação com o contexto socioeconômico, histórico, político e cultural em que a criança está inserida. Isso se torna fundamental, pois as ações do enfermeiro, além de serem dirigidas à criança, refletem sobre o seu meio social e a família (Ricco, Almeida & Del Ciampo, 2005).

Ainda se pode destacar que, dentre os vários papéis desempenhados pelo enfermeiro dentro da ESF, há o de orientador e educador para a saúde, e seu trabalho direciona a mãe e a família – a mãe, por ser o núcleo principal dos fatores ambientais e psicossociais, e a família, onde se fortalece o vínculo com o filho, assegurando os melhores cuidados à criança.

Entretanto, não se pode deixar de inferir que, na relação da criança dentro do espaço da ESF, existe também a atuação de toda uma equipe de atenção de forma intercalada ou conjunta, favorecendo a ampliação na oferta dessa atuação, tanto pela consulta de enfermagem como pela consulta médica e/ou por outros profissionais ou grupos educativos (Ceará, 2002).

Nesse sentido, ao desempenhar o seu papel de educador e cuidador, o enfermeiro precisa ter em sua essência um profundo conhecimento sobre a infância, nomeando a criança como protagonista do ato de conhecer o mundo. Cabe a esse profissional a reflexão contínua e sistemática de sua própria prática, de sua concepção de criança e de educação infantil, bem

como de seu papel na constituição da formação das premissas para o desenvolvimento da inteligência e da personalidade da criança.

Dentre as inúmeras atribuições dos profissionais da ESF, estão as ações educativas, que fazem deles agentes de mudanças individuais e coletivas no contexto biopsicossocial de atenção à família. Fica assim atribuído aos profissionais da atenção à família o papel de facilitadores do processo de educação em saúde (Machado, 2007). Portanto, a ESF é um serviço operacionalizado por uma equipe multiprofissional, na qual o enfermeiro está inserido e tem um papel determinante.

Assim, as ações educativas tornam-se um dos princípios norteadores das ações do enfermeiro, e se concretizam nos vários espaços de realização das práticas da Enfermagem em geral, e, em particular, dentro da ESF (Acioli, 2008). Dessa maneira, o perfil do enfermeiro é sempre visto associado ao papel de cuidador, pois, ao cuidar, ele educa e busca criar a corresponsabilização com o outro, aumentando a autonomia do sujeito sobre sua saúde. Sendo assim, a educação pode ser considerada uma forma de cuidar, e o cuidado, uma maneira de educar (Ferraz, 2005).

Portanto, a disseminação do conhecimento e o ato de educar em si têm um papel importante no cotidiano das práticas em saúde, pois atuam como facilitadores das ações de atenção e de promoção da saúde, como norteadores da prevenção e da redução dos danos, podendo interferir positivamente na realidade local e fortalecer o vínculo entre o profissional e a comunidade que ele assiste.

Evidentemente, deve-se considerar que educação e desenvolvimento humano ocorrem para além do contexto da família (irmãos ou cuidadores), ocorrem também em outros contextos interativos, como escola, vizinhança, bairro ou comunidades, que fazem parte da unidade em que todas as famílias adscritas daquele local estão cadastradas, portanto, sob a tutela da ESF. Nesse contexto, é importante compreender como os valores emergem e

qual o seu impacto sobre o desenvolvimento. Para Frones (1995), o papel desempenhado pelos pares também atua de forma significativa na vida e no desenvolvimento das crianças.

Observa-se, nesse contexto, que o acompanhamento do desenvolvimento da criança dentro das diretrizes da ESF objetiva a promoção, a proteção e a detecção precoce de alterações passíveis de modificações que possam repercutir em sua vida futura. Isso ocorre principalmente por meio de ações educativas e de acompanhamento integral da saúde da criança (Brasil, 2004).

O conceito de desenvolvimento infantil dentro das diretrizes da ESF é amplo e refere-se de maneira bem generalizada a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, a maturação, a aprendizagem e aspectos psíquicos e sociais. Costuma-se falar nesses espaços em desenvolvimento de forma distinta, ou seja, desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial, como forma de facilitar o acompanhamento do desenvolvimento humano. Mas o próprio texto de orientação do Ministério da Saúde aponta que esses aspectos citados são interligados e influenciam-se mutuamente durante a vida do indivíduo (Brasil, 2002; 2004).

Destaca-se, ainda, que, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o desenvolvimento deve ser compreendido como um processo que ocorre desde a concepção do feto até a morte e envolve o crescimento físico, a maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança, tendo como produto um indivíduo competente para responder às suas necessidades e às do meio, considerando seu contexto de vida (Opas, 2005).

A similaridade dos conceitos justifica-se pelos postulados das políticas públicas brasileiras se sedimentarem nos fundamentos da OMS para a formulação de suas bases teóricas. Assim, nas diversas orientações também incluídas nos manuais do Ministério da Saúde sobre a atenção à saúde da criança, outro conceito de desenvolvimento é o mesmo

postulado por Marcondes (2003). Para esse autor, desenvolvimento é o aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas, sendo essas sucessivas e dependentes uma das outras.

No Manual de Saúde da Criança, também se confere que o desenvolvimento infantil é pontuado como um processo dinâmico que se inicia desde a concepção, caracterizado pela rapidez de sua evolução nos primeiros anos de vida, quando as etapas do desenvolvimento são as mesmas para as crianças de todos os povos do planeta, apesar de as diferenças do meio geográfico, as condições de vida, os valores culturais e as estruturas sociais serem determinantes na avaliação da cada criança (Brasil, 2002).

Observa-se também, nas diretrizes do Ministério da Saúde, que todos os pressupostos que balizam as fases do desenvolvimento são idealizados como parte de um ciclo vital universal e idêntico para todos os homens. Ainda em relação ao desenvolvimento, há um consenso de que a harmonia e o equilíbrio de todos os componentes relacionados com o processo de maturação são tão importantes quanto a aquisição do crescimento físico (Leão, 1998).

Apreende-se ainda que, da forma que o desenvolvimento infantil foi exposto no seu contexto de especificidades dentro das políticas públicas, trata-se de um conteúdo que recebeu influência dos postulados de um psicólogo chamado Arnold Lucios Gesell. De acordo com Moraes, Raniero, Tudella, Moraes, Bortolin e Martins (2008), nas primeiras décadas do século XX, nos Estados Unidos, esse profissional, professor da Universidade de Yale, propôs à comunidade científica contribuições teóricas sobre o desenvolvimento infantil, nascendo, nessa ocasião, a Teoria Maturacionista. Seu foco era a maturação neurológica pelo processo de mielinização do sistema nervoso, pois, no contexto da época, as pesquisas indicavam estreita relação do desenvolvimento com a formação da bainha de mielina.

Dentre as principais contribuições de Gesell (2003) para os estudos do desenvolvimento infantil, destacam-se: primeiro, a ideia de que a criança só interage com o ambiente a partir do crescimento e da maturação neural, pois esta garante o gradiente de desenvolvimento e a interação com o ambiente; segundo, a definição de uma metodologia de observação para o estudo do comportamento infantil; terceiro, a proposição de que o desenvolvimento era pré-direcionado no sentido céfalo-caudal e próximo-distal; e quarto, o desenvolvimento, apesar de ter uma sequência pré-determinada (descrição de fases ou estágios), pode variar seu ritmo de ocorrência.

É pertinente citar que, para Gesell (2003), gradiente se refere a uma série de fases ou de graus de maturidade por onde a criança vai progredindo em direção a um nível mais elevado de comportamento, portanto, segundo o autor, são quadros de referências que podem servir para localizar a fase de maturidade que uma criança atingiu numa específica área de comportamento, porém, não servem para determinar uma idade mental nem para medir a criança de maneira arbitrária.

Desse modo, nos manuais, está implícito, em relação ao desenvolvimento, que existe sempre uma sequência fixa de acontecimentos, além das direções céfalo-caudal e próximo-distal. Assim, as crianças adquirem primeiramente um controle estrutural da cabeça antes de terem o controle do tronco e das extremidades, o controle do ombro precede o domínio das mãos, e estas antes dos dedos (Brasil, 2002).

Outro ponto enfatizado pelos manuais é o de que as experiências afetivas nos primeiros anos de vida são determinantes para que se estabeleçam padrões de condutas e formas de lidar com as próprias emoções. Logo, a qualidade dos laços afetivos é importante para o desenvolvimento físico e cognitivo da criança. Ainda no enfoque à saúde da criança, destaca-se no texto que se devem contemplar todas essas características, além de inserir a

família como participante do cuidado, dentro do seu contexto familiar (Brasil, 2002; 2004; 2009).

Em relação ao que avaliar no atendimento a criança, devem-se observar os marcos do desenvolvimento infantil considerados como respostas esperadas a certas estimulações realizadas com a criança de acordo com a faixa etária, a fim de analisar se as aptidões adquiridas são próprias da idade (Brasil, 2002).

Outro ponto destacado pelos manuais do Ministério da Saúde é que, em relação ao desenvolvimento, várias áreas devem ser analisadas de acordo com as ações reflexas, voluntárias, espontâneas e aprendidas do comportamento, sendo agrupadas em campos distintos (Brasil, 2004). Por conseguinte, os marcos do desenvolvimento infantil são importantes fontes de avaliação do desempenho da criança perante as adaptações, os aprendizados e a socialização. No entanto, na elaboração de algum diagnóstico, devem ser observadas as oportunidades que a criança possui, respeitando, dessa forma, a sequência ordenada do seu próprio desenvolvimento e considerando a velocidade com que as etapas são alcançadas.

Gomes e Nunes (2006) assinalam que os enfermeiros, ao atenderem as crianças dentro do espaço da ESF, devem utilizar os protocolos do Ministério da Saúde preparados para esse fim. No tocante ao acompanhamento do desenvolvimento infantil, o programa disponibiliza a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento (Apêndice E), em que são destacados quatro indicadores reconhecidos como marcos do desenvolvimento nos aspectos maturativo, psicomotor, social e psíquico. Essa ficha foi desenvolvida com base nas escalas em uso corrente de Denver, Sheridan e Gesell. Justifica o Ministério da Saúde que, ao elaborar essa ficha simplificada, que permite o acompanhamento da criança de zero a seis anos, facilita-se a observação de qualquer alteração em algum marco do desenvolvimento de

modo precoce, destacando ainda que a obrigatoriedade da avaliação é prioritária nos dois primeiros anos de vida (Brasil, 2002).

Portanto, a conduta de acompanhamento do desenvolvimento da criança realizada através da Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento, além de servir como roteiro de observação e identificação de crianças com prováveis problemas de desenvolvimento, apresenta também, de acordo com Brasil (2002), os marcos mais significativos do desenvolvimento da criança, que são importantes fontes de avaliação do desempenho da criança perante as adaptações, os aprendizados e a socialização.

Em meados da década de 1990, a preocupação com o desenvolvimento infantil passou a fazer parte das ações de promoção em saúde da criança propostas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a partir da criação da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Tal estratégia foi criada com o objetivo de capacitar os profissionais de saúde para prestarem uma assistência integral à saúde das crianças e fornecerem às famílias conhecimentos científicos básicos que auxiliem na promoção da saúde e prevenção de agravos nos primeiros anos de vida (Opas, 2005).

O AIDPI, implantado no Brasil em 1998, pelo Ministério da Saúde (MS), foi, por cerca de seis anos, prioridade nas políticas de atenção à saúde da criança com ênfase na atenção primária. O seu objetivo maior era reduzir a mortalidade na infância, por meio da melhoria na qualidade do atendimento prestado às crianças, baseando-se na capacitação dos profissionais, na organização dos serviços e na educação da família. Para a adoção dessa estratégia como norma nacional, foram capacitados docentes dos cursos de Enfermagem e Medicina de instituições públicas, com o objetivo de treinar enfermeiros e médicos das unidades de saúde, uma vez que essa estratégia permitia sistematizar o atendimento à criança, cujas ações curativas estavam integradas com as medidas de prevenção e promoção

à saúde, dentro da rotina dos serviços de saúde no nível primário. Desse modo, os conteúdos dos currículos também sofreram alterações e foram adaptados a essa nova estratégia.

Ressalta-se que, no manual do AIDPI, apontavam-se conhecimentos básicos sobre desenvolvimento infantil, priorizando os dois primeiros anos de vida da criança, embora o atendimento fosse obrigatório até os sete anos de idade da criança. Tal instrumento era disponibilizado a todo profissional que atuava na ESF, fornecendo subsídios para orientar adequadamente os pais sobre como acompanhar o desenvolvimento normal de seus filhos, assim como, ao detectar atrasos ou desvios, reconhecer sinais e tomar a atitude correta de intervenção (Opas, 2005).

De acordo com Santos, Quintão e Almeida (2010), como instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil, a estratégia AIDPI colocou à disposição das famílias um conjunto básico de intervenções que permitiam aos profissionais de saúde promover a prevenção, a detecção precoce das alterações e o tratamento dos principais agravos à saúde durante a infância, além de aplicar medidas de promoção da saúde integral, ao proporcionar conhecimento e prática para os pais na atenção ao cuidado de seus filhos.

Entretanto, por volta do ano de 2005, houve mudanças na forma de atendimento à criança. A estratégia do AIDPI foi incorporada a outra estratégia denominada de Vigilância do Desenvolvimento. Além da incorporação de todas as diretrizes do AIDPI, vinculou-se também um instrumento de avaliação para um desenvolvimento normal, e outro para promoção do desenvolvimento normal e detecção de problemas do desenvolvimento, que deve ser aplicado como um processo contínuo, flexível e envolver informações dos profissionais de saúde, pais, professores e outros cuidadores (Brasil, 2004).

Trata-se, de fato, de duas estratégias cujos pressupostos foram postulados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)

e pelo Fundo Internacional das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e incluídas nas políticas de atenção à saúde da criança no Brasil (Brasil, 1997).

Porém, essa nova estratégia não foi sistematizada institucionalmente; sua utilização nas respectivas unidades de saúde não teve solução de continuidade, esmaecendo a proposta, motivando o Ministério da Saúde, desde 2011, a agregar de modo simplificado o conteúdo dessa estratégia ao novo Cartão de Saúde da Criança (Apêndice F), lançado nesse mesmo ano em todo o país (Novaczyn, Dias & Gaíva, 2008). Destaca-se que o conteúdo exposto no Cartão de Saúde da Criança é totalmente baseado nos pressupostos da Teoria Maturacionista. Nele, enfatizam-se os fatores maturacionais e hereditários e se excluem as inter-relações socioculturais como construtoras do desenvolvimento infantil.

Esse olhar sobre a Estratégia Saúde da Família como um contexto de desenvolvimento revela que crianças e adolescentes, como indivíduos que desfrutam desse ambiente, vivenciam etapas diferentes do processo de desenvolvimento, tendo essa característica peculiar, ou seja, um processo que se dá em um contexto.

Assim, como aponta Prout (2004), é preciso não deixar a ideia de que a infância é uma construção unicamente social para abandonar o reducionismo biológico e, dessa forma, substituí-lo pelo reducionismo sociológico. A criança deve ser vista como um ser completo, biopsicossocial, por isso, é preciso intensificar a interdisciplinaridade dos estudos da infância, o que inclui, segundo Delgado e Müller (2005), a Psicologia Crítica, na procura de um diálogo que explora pontos em comum e diferenças, bem como um envolvimento com as ciências médicas e biológicas.

Voltando para a realidade do contexto da ESF, percebe-se que os profissionais que atuam nesse contexto precisam ter um perfil diferenciado, uma dedicação exclusiva, empenho, envolvimento da escolha que fizeram, exigindo-se que ele esteja mais próximo do seu objeto de trabalho, ou seja, das pessoas, famílias e comunidades, estabelecendo vínculos

de compromisso e responsabilidade com a população adscrita. Rosa e Labate (2005) advertem que, para que haja mudança no modelo de atenção, existe a necessidade de formar um novo profissional, uma mudança cultural da população e dos próprios profissionais da saúde envolvidos.

Neste estudo, a Teoria Sócio-Histórica subsidiou essa nova concepção de criança, através de suas premissas: a atividade da criança, a mediação do educador (cuidador) e o papel do entorno na relação com a criança. Esclarecer a questão de como a Estratégia Saúde da Família, dentro de suas especificidades, pode se relacionar com a Teoria Sócio-Histórica é uma condição necessária para haver um entendimento de como essa estratégia, através de seus interlocutores, entre eles, o enfermeiro, pode criar e conduzir o desenvolvimento das crianças.

3.1 Pressupostos Teóricos e a Estratégia Saúde da Família

Enquanto ser social, o homem se constrói necessariamente na relação com outros homens, e é no âmbito dessas relações que ele apreende o mundo concreto em que está inserido, no interior de processos grupais e das relações sociais que neles se estabelecem. São as interações sociais que fornecem a matéria-prima para o desenvolvimento psicológico do indivíduo. É, portanto, a interação do indivíduo com o meio a característica definidora da constituição humana.

De acordo com Rego (1995), a constituição humana depende do desenvolvimento de funções mentais superiores que se expressam por mecanismos intencionais, ações conscientes controladas, processos voluntários que vão dar ao indivíduo a possibilidade de independência em relação às características do momento e espaço presentes.

Outro ponto que chama atenção é que a mediação, como processo de intervenção de um elemento intermediário em uma relação, constitui um elemento fundamental para o processo de desenvolvimento. Ou seja, ela é o instrumento que promove o aprendizado e impulsiona o desenvolvimento humano, de onde se deduz que essa possibilidade de alteração do desempenho de uma pessoa pela interferência de outra é um dos pressupostos fundamentais da teoria de Vigotski.

Ao estender o conceito de mediação que se estabelece entre o homem e seu ambiente por meio do uso de instrumentos (ferramentas) para o uso de signos (a palavra, a escrita, o cálculo, dentre outros), Vigotski compreende que, da mesma maneira como os instrumentos são criados pela cultura ao longo da história, também a internalização dos signos produzidos culturalmente modifica o comportamento e provoca a ligação entre as formas elementares e as superiores do desenvolvimento psíquico no homem (Cole & Scribner, 1994).

Outro aspecto que chama atenção, também referido por Vigotski (1996), diz respeito à principal instituição social para as crianças, a família, que é muito influenciada pelo meio social e cultural em que se situa. Portanto, é a família que deve receber condições básicas para a formação das suas crianças, pois estas possuem características próprias e observam o mundo e o comportamento das pessoas que as cercam de uma maneira muito distinta, aprendendo através da acumulação de conhecimentos, da criação de hipóteses e de experiências vividas.

Esses aspectos ressaltados nos pressupostos de Vigotski encontram na Estratégia Saúde da Família alguns traços comuns que possibilitam uma conexão entre ambos. Segundo Brasil (1999), a Estratégia Saúde da Família apresenta-se como alternativa de superação do paradigma dominante no campo da saúde. O seu objetivo é reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional da assistência, em que a

atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social.

A atenção à saúde da criança sob essa ótica parte da concepção de uma visão integral sobre o desenvolvimento humano, apontando para um conjunto de ações e intervenções direcionadas não só à criança, mas aos seus responsáveis e a todo o seu meio (Brasil, 2000).

Para isso, de acordo com o Ministério da Saúde, a equipe de saúde deve incorporar as seguintes premissas básicas ao atendimento da criança: os conceitos de crescimento e desenvolvimento devem ser vistos de forma integral e pluridimensional, envolvendo os fatores biológicos, psicológicos e sociais; a interação existente entre os aspectos psicológicos, sociais e a nutrição, com vistas ao desenvolvimento saudável da criança; a participação ativa da criança na construção de suas características e de sua personalidade, interagindo, permanentemente, com o meio em que vive, considerando o desenvolvimento ideal quando está em equilíbrio com o seu meio, seus costumes, seus valores e seus conhecimentos; e não perder de vista os diversos setores que interagem com a criança – saúde, educação, agricultura, recreação, esporte, cultura e outros (Brasil, 2000).

Desse modo, entende-se que o indivíduo deve ser visto como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade, e a estratégia que contribui para o desenvolvimento das formas culturais de conduta contribui também para a formação da personalidade e a concepção de mundo da criança, assim como para a formação das intenções das crianças (as finalidades e os motivos de suas ações). Nesse sentido, cabe então vivenciar o desenvolvimento cultural da criança em cada fase de sua vida (portanto, aquilo que deveria ser por meio da aprendizagem), bem como os valores e finalidades julgados importantes para as crianças se apropriarem. Isso porque o desenvolvimento só se dá em relação às trocas entre parceiros sociais, através de processos de interação e mediação (Vigotski, 1996).

Assim, cabe à estratégia e aos seus interlocutores (dentre os quais se encontra o enfermeiro) descobrir quais as atividades adequadas e necessárias para acompanhar o desenvolvimento da criança e para a concretização das finalidades e dos compromissos sociais assumidos pela estratégia.

Quando se fala que a criança é um sujeito no seu processo de educação e aprendizagem, só há sentido quando ela é ativa nesse processo, porque é sujeito de uma atividade eminentemente social, que lhe permite se apropriar e se objetivar no mundo, avançando, assim, na sua formação enquanto gênero humano (Duarte, 1996).

Podemos retomar, aqui, o papel central do coletivo na formação do indivíduo. É o coletivo que cria a atividade da criança (ainda que de forma inconsciente), que cria na criança novas necessidades e motivos para suas ações, os quais irão formar a personalidade da criança e sua concepção de mundo. Por isso, a função primordial da Estratégia Saúde da Família é a de organizar conscientemente a *atividade* social da criança, para, assim, direcionar o seu desenvolvimento de acordo com a orientação política, econômica e social que se tenha.

Essas proposições colaboram para se apreciar a importância do papel do educador no processo educativo. Com base no Enfoque Histórico-Cultural, compreende-se a figura do educador (professor, pai, mãe, dentre outros, inserindo-se aqui também o enfermeiro) como aquele capaz de criar motivos que revelem atividades com sentido à criança. O educador, nesse contexto, é o mediador na relação da criança com o mundo da cultura, por ser detentor de conhecimentos específicos para reconhecer, dentro do processo apropriação de conhecimentos pela criança, a atividade que seja capaz de envolver o uso e o domínio de determinado saber. Nessa direção, a intencionalidade educativa personifica-se na figura desse educador (Mello, 1999).

Dessa maneira, a atividade cria as necessidades sociais, e estas dão origem a novas atividades de nível superior, num movimento contínuo que forma o psiquismo. O papel da educação é, nesse processo, criar, nas crianças, novos motivos humanizadores e, compreendendo a dinamicidade da atividade humana, permitir a motivação à medida que dá, a cada criança, oportunidade de se expressar e de atuar como sujeito, de apropriar-se e de objetivar-se, de conhecer e de sentir-se parte do gênero humano (Bissoli, 2005).

Tal concepção, que caracteriza de modo singular a participação da criança no processo de apropriação dos hábitos e valores culturais, dos bens científicos históricos e tecnológicos conquistados pelo homem ao longo da trajetória humana, requer um lugar ativo do educador, sobretudo em relação ao seu fazer intencional e consciente. Ao propor atividades às crianças, esse sujeito propicia a possibilidade de aprendizagem e de desenvolvimento tendo em vista as necessidades infantis e, com isso, pode vir a ampliar o processo de apropriação de novas capacidades, aptidões e habilidades humanas (Souza, 2007).

Nesse ponto, pode-se refletir sobre a importância do desenvolvimento como conquista dessa troca com vários níveis entre o contexto da criança. Entretanto, a participação desses sujeitos é determinante, e, nessa estrutura, a família, por ser o primeiro informante de si mesmo e do ambiente em que desfrutam suas vidas, torna-se o primeiro sistema constituidor do desenvolvimento humano. Destaca-se, aqui, como o papel do enfermeiro tem um novo sentido sob o olhar de Vigotski, pois, enquanto agente mediador, ele promove interações e media o conhecimento na promoção da saúde e do bem-estar da criança, permitindo-lhe adquirir novos hábitos, atitudes, valores e também a linguagem daqueles que interagem com a ela, pois é dessa forma que os seres humanos se integram na história e na cultura de uma determinada forma de organização social.

3.2 Articulação entre a Estratégia Saúde da Família e o Nicho de Desenvolvimento

Pensar a Estratégia Saúde da Família enquanto Nicho de Desenvolvimento representa um diferencial, e é também o maior desafio desta pesquisa, pela abrangência do tema e pela diversidade das ideias, a partir do ambiente físico e social em que a criança vive, assim como a Psicologia e as práticas de cuidados adotadas pelos educadores nos moldes em que discutem Harkness e Super (1992; 1994; 1996). Desse modo, a Estratégia Saúde da Família pode e deve ser idealizada como contexto de desenvolvimento da criança, pois é nesse ambiente que as crianças incorporam o seu viver e desenvolvem competências decisivas para a formação de sua personalidade e sociabilidade própria.

A necessidade de articular a Estratégia Saúde da Família como componente do Nicho de Desenvolvimento é possível ao se confirmarem os pressupostos de Harkness e Super (1992; 1996). No experimento de mostrar as interfaces entre a criança e a cultura, os autores descrevem o comportamento humano como resultado de três níveis de influência: primeiro, o mais imediato, a criança inserida na família (história pessoal, características da pessoa, aspectos da situação e práticas, costumes e modelos); segundo, as metas (ideias que são elaboradas com base em modelos culturais implícitos presentes nos domínios cognitivos e afetivos) e inserções em determinados ambientes; já o terceiro nível é o comportamento, resultado da interação entre elementos anteriores e a cultura, que é uma realidade imediata, presente e compartilhada pelos membros de um grupo, a qual permeia experiências e o próprio comportamento das pessoas.

Rossetti-Ferreira, Amorim e Vitória (1994) destacam que os ambientes sociais são organizados e alterados pelos adultos de acordo com concepções acerca do desenvolvimento que são próprias de sua cultura, produzidas e consolidadas por meio de experiências de vida, como as de mãe, educadora e profissional.

Outro ponto de apoio diz respeito a Harkness et al. (2001), ao demonstrarem a influência da cultura e do contexto sobre a formação dos valores e crenças e, por conseguinte, sobre o comportamento dos pais. Esses autores, ao proporem um modelo que conforma o crescimento da criança em um Nicho de Desenvolvimento com função de intermediar sua inserção no ambiente cultural mais amplo, determinam que o Nicho de Desenvolvimento é o contexto particular da criança na comunidade da qual é parte, e deve ser analisado em função de seus três componentes: as condições físicas e sociais, as práticas de criação de filhos valorizadas e adaptadas na cultura em que a criança se desenvolve, além da psicologia dos cuidadores (características psicológicas dos pais da criança, crenças sobre cuidado e desenvolvimento infantil e metas de socialização que estabelecem para os filhos). Desse modo, entende-se que o desenvolvimento ocorre envolto por teorias, valores, crenças, ideias e representações subjetivas das pessoas que cercam a criança, guiando, assim, sua inserção e participação gradativa na atividade cultural.

Pensar na ESF a partir da psicologia dos cuidadores, remetendo às concepções que têm os cuidadores (enfermeiros), enquanto membros da comunidade, com participação direta sobre diversos assuntos relacionados à comunidade, à família, à infância, e com conhecimentos e responsabilidades acerca do desenvolvimento infantil, é possível e uma condição real. Enveredar nesse subsistema é mergulhar em um mundo particular desse cuidador e educador, que traz consigo diversos elementos norteadores de suas práticas, que compõem uma extensa rotina de cuidados à criança nesse espaço coletivo.

Nesses termos, o modelo do Nicho de Desenvolvimento fornece subsídios para estudar o desenvolvimento da pessoa nesse contexto, uma vez que possibilita compreender a realidade estudada de forma ampla e contextualizada, analisando as particularidades do desenvolvimento vivenciadas pelo indivíduo, e, igualmente, entende o ser humano como ativo e capaz de modificar-se e modificar seu ambiente.

Outro aspecto a enfatizar diz respeito aos estudos empíricos relatados no tópico anterior. Neles, constata-se as importantes contribuições para o entendimento da relação cuidador-criança e destaca-se, entre outros aspectos, que as práticas adotadas nas interações tornam-se essenciais para o desenvolvimento da criança enquanto membro da cultura da qual faz parte. Esse é um ponto que tem instigado novas pesquisas tomando como referência a figura do educador, valorizando-o como um indivíduo que carrega sobre si experiências da sua comunidade cultural, além de aprofundar investigações sobre possíveis relações entre as práticas de cuidados adotadas na criação dos filhos em casa e as formas de lidar com as crianças em espaços institucionais, que se tornam, na prática, as mesmas práticas de cuidados adotadas em família, trazidas pelos educadores para a realidade que eles vivenciam.

Como se vê, o desafio de estudar desenvolvimento infantil adotando como referência a figura do cuidador e suas práticas rotineiras é inegavelmente importante e válido para pesquisas que se propõem a investigar o abrigo, a creche ou outros ambientes institucionais, a exemplo da Estratégia Saúde da Família, como Nicho de Desenvolvimento da criança, o que talvez confira a esse desafio uma grande relevância social e acadêmica.

Por outro lado, observa-se também que estudos sobre concepções e práticas especialmente realizadas em contexto familiar são amplamente discutidos na literatura. Estudiosos do desenvolvimento destacam a importância da rotina de cuidado para o desenvolvimento, superando a perspectiva de dicotomia entre o cuidar e o educar. Nessa direção, práticas de cuidado são práticas educativas, e práticas educativas são práticas de cuidado (Brazelton & Greenspan, 2002; Brazelton & Sparrow, 2003; Cole & Cole, 2004; Kail, 2004).

Nos estudos revisados por esta pesquisa, compreende-se o ser humano como sujeito ativo e capaz de modificar-se e modificar seu ambiente. Identifica-se também a importância dada ao papel do cuidador e ao ambiente, considerados como elementos de indiscutível

influência no desenvolvimento infantil. Desse modo, o modelo do Nicho de Desenvolvimento fornece subsídios para estudar o desenvolvimento da pessoa nesse contexto, visto que possibilita compreender a realidade estudada de forma ampla e contextualizada, analisando as particularidades do desenvolvimento vivenciadas pelo indivíduo.

Frente ao exposto, alguns questionamentos emergiram neste estudo: Quais as concepções sobre Desenvolvimento Infantil (DI) de enfermeiros da ESF? Quais aspectos do DI esses profissionais relatam observar durante o atendimento? Quais as concepções dos enfermeiros sobre os aspectos motor, afetivo, social, cognitivo e de linguagem no DI? Como os enfermeiros percebem as ideias maternas sobre DI? Quais os contextos relatados pelos enfermeiros que mais influenciam o DI? Quais informações esses profissionais relatam transmitir às mães para estimular o desenvolvimento? Quais as concepções dos enfermeiros sobre seu papel no acompanhamento do DI? Quais as concepções dos enfermeiros sobre os instrumentos utilizados para avaliar o desenvolvimento na ESF? Todas as crianças na faixa etária entre zero e dois anos são avaliadas na ESF?

Esse é o desafio do presente estudo, e a perspectiva é de que as ideias que fluirão vão permitir analisar tais concepções. Desse modo, concepções e comportamentos frente a dinâmica de acompanhamento do processo de desenvolvimento infantil dentro da dinâmica da ESF foram formulados para atender a esse fim. Espera-se que este estudo não só possa contribuir para a mobilização dos enfermeiros, mas também analisar como a compreensão sobre desenvolvimento influencia na maneira de lidar com as crianças e com suas famílias, expressas na dinâmica de seu papel de educadores e agentes de transformação social, assim como obter subsídios para a sensibilização e a generalização dessa prática na Estratégia Saúde da Família.

Frente ao exposto e com essa perspectiva, são apresentados a seguir os objetivos a que se propõe este estudo.

Objetivos

Objetivo geral:

- Analisar as concepções sobre desenvolvimento infantil de enfermeiros que atuam nas equipes da Estratégia Saúde da Família.

Objetivos específicos:

- Investigar quais aspectos do desenvolvimento infantil os enfermeiros relatam observar no atendimento à criança;
- Identificar as concepções dos enfermeiros sobre os aspectos motor, afetivo, social, cognitivo e de linguagem para o desenvolvimento infantil;
- Identificar como os enfermeiros percebem as ideias maternas sobre o desenvolvimento infantil;
- Averiguar as concepções dos enfermeiros sobre os contextos que mais influenciam o processo de desenvolvimento da criança;
- Verificar quais orientações os enfermeiros relatam transmitir às mães para estimular o desenvolvimento dos seus filhos;
- Verificar como os enfermeiros percebem o seu papel no acompanhamento do desenvolvimento da criança;
- Identificar as concepções dos enfermeiros sobre o conteúdo dos instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil disponibilizados pelo Programa Saúde da Família;
- Identificar nos relatos dos enfermeiros como se dá o processo de avaliação do desenvolvimento infantil das crianças na faixa etária entre zero e dois anos.

Capítulo 4: Método

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de campo do tipo exploratório, de cunho quantiquantitativo. As pesquisas exploratórias, segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p. 34) “... começam com algum fenômeno de interesse, no entanto, mais do que simplesmente observar e descrever o fenômeno, a pesquisa exploratória investiga a sua natureza complexa e os outros fatores com os quais ele está relacionado”.

De acordo com os postulados de Minayo (2007), do ponto de vista metodológico, não há contradição entre as pesquisas quantitativa e qualitativa, mesmo sendo ambas de naturezas diferentes. A autora afirma que a primeira age através da realidade e tem como campo de prática e objetivos trazer à tona dados, indicadores e tendências observáveis. Já a segunda trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, destinando-se a aprofundar a complexidade dos fenômenos.

4.2 Local do estudo

Este estudo foi realizado nas Unidades de Saúde da Família pertencentes ao Distrito Sanitário III, localizado na cidade de João Pessoa, capital do estado da Paraíba. A cidade possui uma área geográfica de 210,80 km e uma população de 742.478 habitantes, sendo considerada uma cidade totalmente urbana (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2012). Em relação à rede de atenção à saúde, depreende-se que ela é totalmente municipalizada, descentralizada, organizada e demarcada territorialmente sob a forma de cinco distritos sanitários, estruturando-se da seguinte maneira: a rede de atenção básica

formada por 183 equipes de saúde da família, 10 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e três equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (João Pessoa, 2011).

Entre os cinco distritos sanitários que compõem o sistema de saúde da cidade, destaca-se o Distrito Sanitário III, escolhido para a realização deste estudo devido a algumas peculiaridades diferenciadas dos demais citados. Ele está na área de abrangência da pactuação da Universidade Federal da Paraíba com o sistema público de saúde, sendo cenário de prática da maioria dos docentes e discentes dos diversos cursos de graduação e pós-graduação dessa Instituição de Ensino Superior. É, portanto, o local onde a pesquisadora desenvolve atividades como docente em algumas das Unidades de Saúde da Família pertencentes a esse distrito, destacando-se o convívio e o conhecimento da realidade social e acadêmica que permeia o contexto e, sobretudo, o fato de a pesquisadora já ter criado vínculos institucionais com a comunidade. Essa é uma peculiaridade que facilita o acesso ao local, à equipe, às famílias e à compreensão da realidade que vivencia a comunidade.

As unidades de saúde que compõem o Distrito Sanitário III estão localizadas nos bairros de Mangabeira, Valentina, José Américo e adjacências. Nesses locais, são cadastradas as famílias pertencentes aos bairros supracitados, constituindo uma média de 182.000 usuários cadastrados; destes, 4.354 são crianças menores de dois anos, distribuídas entre as 53 equipes de saúde da família existentes no local (João Pessoa, 2011). Confirma-se que em cada uma dessas unidades há um enfermeiro como membro da equipe, portanto, existe nesse distrito um total de 53 profissionais enfermeiros.

4.3 Participantes

Participaram deste estudo 38 enfermeiras, o que representa 71,7% do total que compõe o Distrito Sanitário III. Como critério de inclusão, exigiu-se que o enfermeiro tivesse mais de um ano de atividade na unidade de saúde da qual ele fazia parte. Outro critério foi o de que, após contatar a participante e agendar a entrevista, se por algum motivo esse encontro necessitasse ser adiado, a pesquisadora faria até três tentativas para realizar a entrevista, e, caso não fosse possível, não haveria a participação desse profissional.

4.4 Instrumento

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados. O primeiro constou de um questionário que teve como objetivo apreender os dados sociodemográficos e profissionais das participantes (Apêndice A). Constavam, no instrumento, dados relacionados à faixa etária, local de residência, estado civil, número de filhos, ano e local da conclusão do curso de graduação, tempo de trabalho no Programa Saúde da Família, exercício de outras atividades além do PSF e realização de cursos na área de capacitação e/ou cursos de pós-graduação.

O segundo foi um roteiro de entrevista semiestruturada, construído para orientar a pesquisadora na situação dialógica com o entrevistado (Apêndice B). Em relação ao instrumento com essa característica, Gaskell (2002) refere que ele permite acomodar aspectos novos que possam emergir a partir das narrativas dos entrevistados. Nesse sentido, Laville e Dionne (1999) afirmam que esse roteiro deve ser constituído por uma série de perguntas orais em ordem prevista, na qual o entrevistador tem a possibilidade de acrescentar questões de esclarecimentos.

Por conseguinte, o roteiro de entrevista foi aplicado individualmente, no próprio local de serviço das respectivas enfermeiras participantes do estudo, de acordo com a conveniência e disponibilidade delas. Ressalta-se que esse instrumento atendeu ao objetivo de analisar as concepções dos enfermeiros sobre desenvolvimento infantil e constou de 10 perguntas abertas norteadas pelos objetivos do estudo.

4.5 Procedimentos para a coleta dos dados

A coleta ocorreu na própria Unidade de Saúde da Família em que o enfermeiro era o membro titular da equipe. A pesquisadora previamente ajustou, com cada enfermeira participante, data e hora para realização das entrevistas, de forma individual e em local reservado. Previamente, em cada contato, a pesquisadora esclareceu a finalidade e os objetivos da pesquisa e explicou os procedimentos para a coleta de dados, enfocando os aspectos éticos, que garantiam o anonimato e o sigilo de suas respostas, além da liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento no decorrer do trabalho. Só após a concordância em participar da pesquisa a participante assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), e então iniciava o processo de coleta de dados. O pesquisador aplicava o primeiro instrumento, ou seja, o questionário, que era respondido pela participante. O tempo máximo do preenchimento desse questionário foi de aproximadamente 5 minutos.

Após essa etapa, iniciava-se a entrevista. Cada uma foi gravada em um aparelho MP4 e posteriormente transcrita na íntegra, para ser analisada. Com o intuito de preservar o anonimato das participantes, estas foram codificadas e representadas, após a transcrição, pela letra E, em alusão à palavra Enfermeiro, e enumeradas de acordo com a ocorrência das

entrevistas, portanto, em ordem crescente, atribuindo-se o código E-1, E-2, (...), E-38. A duração média de cada entrevista foi de, aproximadamente, 40 minutos.

Toda a coleta foi realizada nos meses de junho, julho e agosto de 2012. Por se tratar de várias unidades que compõem o Distrito III, houve a necessidade de um agendamento prévio a fim de atender as especificidades da rotina de trabalho desses enfermeiros. Desse modo, as entrevistas ocorreram sempre nas 3^a, 4^a e 5^a feiras, em horários pré-estabelecidos, seguindo a rotina do serviço: pela manhã, a partir das 10h30, e à tarde, a partir das 16h. Esses eram os horários em que o serviço diminuía sua demanda, dando ao enfermeiro condições de ser entrevistado. As 2^a e 6^a feiras foram descartadas pelas participantes, pois, segundo elas, eram dias bastante procurados pelos usuários, implicando em dificuldades de horários. Registra-se que a coleta de dados não foi uma tarefa fácil. A pesquisadora deparou-se com profissionais extremamente atarefados pela própria dinâmica do serviço, além de sucessivas ausências deles, motivados por questões inerentes à própria demanda do serviço ou por necessidades individuais. Diante disso, muitas entrevistas foram remarcadas por até três vezes consecutivas, até serem efetivadas.

Ressalta-se que, antes de iniciar a coleta de dados, foi realizado um estudo piloto com quatro enfermeiros da ESF, visando a analisar a adequação dos procedimentos da coleta de dados com o instrumento. Após a manifestação sobre o conteúdo do instrumento, detectaram-se algumas fragilidades no que diz respeito à compreensão de algumas questões. Desse modo, buscou-se corrigir as falhas na compreensão do instrumento, realizando os ajustes necessários, deixando-o em condições de ser aplicado aos participantes do estudo.

Por se tratar de pesquisa qualitativa, o número de participantes (38) foi definido a partir do momento em que houve saturação dos dados, ou seja, à medida que foram surgindo unidades de significação e repetição de conteúdos completou-se a coleta. Em relação ao critério de saturação, Minayo (2007) afirma que esse é um critério que deve ocorrer quando

o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, dá-se quando ele consegue compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo. Nesse sentido, Fontanella, Ricas e Turato (2008) afirmam que o fechamento da coleta de dados por saturação deve ocorrer quando, na inclusão de novos participantes, os dados obtidos passem a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição; quando isso ocorre, não se deve persistir na coleta.

Portanto, ao constatar que o fenômeno descrito no parágrafo anterior ocorria na presente pesquisa, ou seja, os elementos novos para subsidiar a teorização almejada não mais exibiam nenhum elemento novo, optou-se em parar a coleta sem que isso prejudicasse o enriquecimento da reflexão teórica baseada nos dados.

4.6 Procedimentos para análise dos dados

Os dados sociodemográficos oriundos dos questionários foram processados utilizando-se a estatística descritiva, expressa em frequência e percentuais, demonstrados também em tabelas descritivas, a fim de obter o perfil dos participantes.

As entrevistas gravadas tiveram como orientação para análise dos dados o enfoque da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2006) como referência principal. Segundo essa autora, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

Entretanto, com o objetivo de trazer consistência entre os pressupostos teóricos e metodológicos, avaliou-se que o modo mais apropriado de analisar os conteúdos resultantes das entrevistas foi a técnica de Análise de Conteúdo Temática (Bardin, 2006), com o objetivo

de entender novos conhecimentos a partir das respostas das enfermeiras entrevistadas. Justifica Bardin que, nas diferentes possibilidades de categorização, a análise temática, ou investigação dos temas, é eficaz e rápida quando aplicada a discursos diretos e simples. É definida pelo autor como uma “... unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura [...] e consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (Bardin, 2006, p. 105).

Fundamentando-se no contexto teórico-metodológico, foi utilizada a análise de conteúdo seguindo-se as seguintes etapas, de acordo com Bardin (2006): constituição do *corpus*, leitura flutuante, codificação, categorização e inferências.

A figura I expõe as etapas operacionais da Análise de Conteúdo utilizadas neste estudo:



Figura 1: Etapas operacionais da Análise de Conteúdo.

A partir das etapas operacionais expostas na Figura 1, foi realizada a análise qualitativa das entrevistas a partir da análise de conteúdo temática (Bardin, 2006), com categorias que foram definidas *a posteriori*. Nesse sentido, após a transcrição de todas as entrevistas realizadas e com base nos relatos das 38 enfermeiras da ESF e nos objetivos do estudo, foram elaboradas uma classe temática, 10 categorias, 27 subcategorias e 1367 unidades de análise referentes às concepções sobre desenvolvimento infantil.

4.7 Aspectos éticos

Por se tratar de um estudo que envolve seres humanos, este trabalho foi cuidadosamente elaborado visando atender às exigências estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre pesquisas em seres humanos. O projeto, inicialmente deveria ser encaminhado para o Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da UFPB. Entretanto, o mesmo por se encontrar em reestruturação foi solicitado ao CONEP/MS um reencaminhamento para um outro Comitê de Ética, sendo o mesmo autorizado a ser apresentado ao Comitê de Ética da Faculdade Santa Emília de Rodat (FASER).

O projeto só então foi protocolado no Comitê de Ética da FASER e apreciado em reunião ordinária realizada no dia 10/11/2011, recebendo parecer favorável, através do registro em certidão CEP/FASER nº 058/2011 (Apêndice D).

Capítulo 5 Resultados

Neste capítulo, são apresentados os resultados provenientes dos instrumentos de coleta de dados do estudo. Inicialmente, são apresentados os resultados dos questionários sociodemográficos relativos ao perfil da amostra, e, em seguida, os conteúdos das entrevistas semiestruturadas, analisadas por meio da Análise de Conteúdo Temática Categorical, que retrata a construção das concepções de enfermeiras sobre desenvolvimento infantil.

5.1 Características das participantes

Após a análise do questionário sociodemográfico, foi possível traçar o perfil com as características das participantes deste estudo, descritas e expressas nas tabelas a seguir, em frequência e percentual. Na Tabela 1, visualizam-se as características das participantes da pesquisa no tocante ao perfil sociofamiliar.

Tabela 1
Perfil das características sociofamiliares das enfermeiras

PERFIL SOCIOFAMILIAR	ENFERMEIRAS		
	Características	f	%
Sexo	Feminino	38	100,0
Idade	Entre 30 – 40 anos	10	26,3
	Entre 41 – 50 anos	17	44,7
	Entre 51 – 60 anos	8	21,2
	Acima de 60 anos	3	7,8
	Total	38	100,0
Estado civil	Casada	30	79,0
	Solteira	7	18,4
	Divorciada	1	2,6
	Total	38	100,0
Filhos	Tem filhos	32	84,2
	Não tem filhos	6	15,8
	Total	38	100,0
	Nº de filhos:		
	01 filho	5	15,6
Filhos	02 filhos	24	75,0
	03 filhos	3	9,4
	Total	32	100,0
	Idade dos filhos:		
	0 – 10 anos	16	25,8
Filhos	11 – 20 anos	33	53,2
	21 – 30 anos	8	12,9
	31 – 40 anos	5	8,1
	Total	62	100,0

Verifica-se, na Tabela 1, o perfil sociofamiliar das enfermeiras participantes do estudo, pertencentes às Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário III. Todas as participantes são do sexo feminino e com relação à idade, das 38 enfermeiras, 17 apresentavam-se na faixa etária entre 41 e 50 anos de idade, seguidas de 10 entre 30 e 40

anos. Chama ainda atenção, nesse espaço, que três participantes tinham mais de 60 anos de idade.

Quanto ao estado civil, 30 participantes eram casadas, 07 solteiras e uma divorciada. Quanto ao número de filhos, 32 tinham filhos, sendo que destas, 24 possuíam dois filhos, seguidas de 3 com três filhos e 5 com um filho, perfazendo um total de 62 filhos. Destes, 33 estavam entre 11 e 20 anos de idade, seguida de 16 entre 0 a 10 anos, 08 entre 21 a 30 anos seguido de 05 entre 31 a 40 anos.

Na Tabela 2, são expostas a escolaridade e a caracterização do trabalho das participantes do estudo.

Tabela 2

Perfil relativo à escolaridade e características profissionais das enfermeiras.

PERFIL DE ESCOLARIDADE E CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS		ENFERMEIRAS	
	Características	f	%
Curso de Graduação	Enfermagem	36	94,8
	Enfermagem e Letras	1	2,6
	Enfermagem e Pedagogia	1	2,6
	Total	38	100,0
Instituição em que cursaram a graduação	Instituição Superior Pública (UFPB)	27	71,1
	Instituição Superior Privada	11	28,9
	Total	38	100,0
Tempo de graduadas	02 a 10 anos	8	21,1
	11 a 20 anos	15	39,5
	21 a 30 anos	12	31,6
	31 a 34 anos	3	7,8
	Total	38	100,0
Pós-Graduação (Lato Sensu)	Cursaram pós-graduação	35	92,1
	Não cursaram pós-graduação	3	7,9
	Total	38	100,0
Cursos de Capacitação	Saúde Coletiva	20	52,6
	Saúde da Família	10	26,3
	Saúde da Família + Enf. do Trabalho	3	7,9
	Saúde da Família + Saúde Coletiva	2	5,2
	Vigilância do Desenvolvimento	32	78,9
Tempo de Serviço na ESF	AIDPI	8	21,2
Outro vínculo empregatício	02 a 06 anos	25	65,8
	07 a 12 anos	13	34,2
Outro vínculo empregatício	Não	30	78,9
	Sim	8	21,2

Nota. AIDPI= Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância

A Tabela 2 nos mostra que, 36 participantes cursaram só a graduação em Enfermagem, porém, duas possuíam outra graduação além da Enfermagem, uma era

graduada em Letras e outra em Pedagogia. Outro ponto observado foi de que 27 concluíram a graduação em uma instituição pública e 11 em uma instituição privada. Em relação ao tempo de graduadas, 8 estavam entre 2 e 10 anos, 15 entre 11 e 20 anos, 12 entre 21 e 30 anos e 3 acima de 31 anos. Em relação à Pós-Graduação, 35 realizaram uma pós, concentrando 20 em Saúde Coletiva, seguido de 10 em Saúde da Família. Confirma-se também que 32 enfermeiras realizaram curso de Capacitação em Vigilância do Desenvolvimento. Quanto ao tempo de serviço na Estratégia Saúde da Família, 25 tinham entre 2 e 6 anos, e 13 entre 7 e 12 anos. Destaca-se, ainda, que 8 participantes afirmaram possuir um outro vínculo empregatício além da ESF.

Serão expostos os resultados oriundos do segundo instrumento utilizado, as entrevistas semiestruturadas.

5.2 Resultados da Análise de Conteúdo dos relatos das participantes

Os resultados da Análise de Conteúdo Temática provenientes das entrevistas semiestruturadas com as 38 enfermeiras pertencentes às Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário III são representados na Tabela 3, e descritos posteriormente. Os mesmos foram definidos após análise e discussão entre a pesquisadora e quatro especialistas, componentes do Núcleo de Estudos em Interação Social e Desenvolvimento Infantil. Após consenso dos construtos extraídos dos relatos das participantes, gerou-se dados que foram distribuídos em uma classe temática, 10 categorias, 27 subcategorias e 1367 unidades temáticas.

Tabela 3

Resultados da Análise de Conteúdo Temática oriundos das entrevistas semiestruturadas realizadas com as enfermeiras.

CLASSE TEMÁTICA	CATEGORIA	f	SUBCATEGORIAS	%
Desenvolvimento Infantil (DI) (f=1367)	Concepções sobre Desenvolvimento Infantil	224	Desenvolvimento como processo global (f=103)	46,0
			Desenvolvimento como aquisições (f=56)	25,0
			Desenvolvimento como fases (f=36)	16,0
			Desenvolvimento como processo de maturação (f=29)	13,0
	Aspectos do DI observados no atendimento à criança	88	De acordo com o IVD (f=65)	73,9
			Através da Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento (f=42)	26,1
	Concepções sobre os aspectos motor, afetivo, social, cognitivo e linguagem	101	Aspetos essenciais e importantes que devem ser valorizados (f=59)	58,4
			Aspectos fundamentais para o DI (f=42)	41,6
	Concepções das ideias maternas sobre o DI	226	Ideias maternas sobre DI inconsistentes (f=81)	35,8
			Ideias restringem-se ao peso e ao comprimento (f=61)	27,0
			DI comparado com outras crianças (f=43)	19,0
			Falta de conhecimento sobre DI em mães com pouca instrução e/ou muito jovem (f=41)	18,2
	Contextos que mais influenciam o DI	92	Contexto familiar (f=41)	44,6
			Contexto afetivo (f=39)	42,4
			Contexto ambiental (f=12)	13,0
			De acordo com o Cartão de Saúde da Criança (f=86)	50,5
	Orientações às mães para estimular o DI	170	De acordo com a idade e os marcos do DI (f=84)	49,5
			Papel de grande responsabilidade (f=107)	57,2
	Concepções das enfermeiras sobre o seu papel no acompanhamento do DI	187	Papel que exige compromisso e dedicação (f=80)	42,8
			Instrumentos são bons (f=62)	80,5
	Instrumentos utilizados na ESF para avaliar o DI	77	Instrumentos são precários (f=15)	19,5
			Avaliação do DI priorizada no 1º ano (f=28)	48,3
	Avaliação do DI pelas enfermeiras em crianças de até dois anos	58	Não avaliam o D sistematicamente (f=22)	38,0
			Avaliam todas as crianças (f=5)	8,6
			Avaliam só crianças com problemas (f=3)	5,1
			Necessidade de melhorar a atenção à saúde da criança (f=80)	55,5
	Justificativas espontâneas	144	Dificuldades encontradas (f=64)	45,5
Total		1367		

Nota: D= Desenvolvimento; DI= Desenvolvimento Infantil; ESF= Estratégia Saúde da Família; IVD= Instrumento da Vigilância do Desenvolvimento; CSC= Cartão de Saúde da Criança.

De acordo com a Tabela 3, observa-se que emergiram evocações atribuídas aos vários aspectos das concepções dos enfermeiros sobre desenvolvimento infantil, constituindo-se numa única classe temática, denominada *Desenvolvimento infantil*. Dessa classe, emergiram 10 categorias empíricas que permitiram uma análise detalhada. Seguem-se as categorias identificadas com suas respectivas definições e das 27 subcategorias que emergiram deste contexto.

1. *Concepções sobre desenvolvimento infantil* – Nesta categoria, foram analisadas as concepções sobre desenvolvimento infantil verbalizadas pelas enfermeiras participantes do estudo.

2. *Aspectos do desenvolvimento infantil observados no atendimento à criança* – Incluem-se nesta categoria os aspectos dentro do desenvolvimento infantil observados pelas enfermeiras no atendimento à criança;

3. *Concepções sobre os aspectos motor, afetivo, social, cognitivo e linguagem* – Demonstra as concepções das enfermeiras sobre os aspectos motor, afetivo, social, cognitivo e de linguagem dentro do desenvolvimento infantil;

4. *Concepções das ideias maternas sobre DI* – Diz respeito às concepções das enfermeiras no que tange às ideias maternas sobre desenvolvimento infantil;

5. *Contextos que mais influenciam o DI* – Caracteriza os discursos das enfermeiras sobre os contextos que, dentro da sua percepção, mais influenciam o processo de desenvolvimento infantil;

6. *Orientações às mães para estimular o DI* – Refere-se às orientações que os enfermeiros dirigem às mães para estimular o desenvolvimento de seus filhos;

7. *Concepções dos enfermeiros sobre seu papel no acompanhamento do DI* – Trata da concepção dos enfermeiros sobre o seu próprio papel no acompanhamento do desenvolvimento infantil;

8. Instrumentos utilizados na ESF para avaliar o DI – Esta categoria diz respeito aos instrumentos utilizados pelas enfermeiras na ESF para avaliar o desenvolvimento infantil;

9. Avaliação do DI pelas enfermeiras em crianças de até dois anos – Diz respeito à avaliação do desenvolvimento infantil pelas enfermeiras em crianças de até dois anos, conforme os pressupostos da ESF;

10. Justificativas espontâneas – Nesta categoria, são apresentados as verbalizações dos enfermeiros de forma espontânea, sobre as ideias pertinentes ao contexto da entrevista.

Após a codificação das categorias advindas da decomposição do *corpus* e a codificação dos temas, citam-se a seguir as subcategorias decorrentes desse processo.

Relacionada à primeira categoria denominada de *Concepções sobre desenvolvimento infantil*, surgiram quatro subcategorias: *Desenvolvimento como processo global*; *Desenvolvimento como aquisições*; *Desenvolvimento como fases*; *Desenvolvimento como processo de maturação*. No que tange à segunda categoria, *Aspectos do desenvolvimento infantil observados no atendimento à criança*, surgiram duas subcategorias: *De acordo com o Instrumento da Vigilância do Desenvolvimento (IVD)* e *Através da Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento*.

Em relação à terceira categoria, *Concepções sobre os aspectos motor, afetivo, social, cognitivo e de linguagem*, resultaram duas subcategorias: *Aspectos essenciais e importantes que devem ser valorizados* e *Aspectos fundamentais para o DI*. Na quarta categoria, *Concepções das ideias maternas sobre DI*, emergiram quatro subcategorias: *Ideias maternas sobre DI inconsistentes*, *Ideias restringem-se ao peso e comprimento*; *DI comparado com outras crianças* e *Falta de conhecimento sobre DI em mães com pouca instrução e/ou muito jovem*.

Em relação à quinta categoria, *Contextos que mais influenciam o DI*, emergiram três subcategorias: *Contexto familiar*; *Contextos afetivos* e *Contextos ambientais*. No que tange à sexta categoria, *Orientações às mães para estimular o DI*, pontuaram-se duas subcategorias: *De acordo com o Cartão de Saúde da Criança* e *De acordo com a idade e os marcos do DI*. A sétima categoria identificada, *Concepções das enfermeiras sobre seu papel no acompanhamento do DI*, apontou duas subcategorias: *Papel de grande responsabilidade* e *Papel que exige compromisso e dedicação*.

A oitava categoria, que trata dos *Instrumentos utilizados na ESF para acompanhar o Desenvolvimento Infantil*, abrangeu duas subcategorias: *Instrumentos são bons* e *Instrumentos são precários*. Em relação à nona categoria, *Avaliação do DI pelos enfermeiros em crianças de até dois anos*, detectaram-se quatro subcategorias: *Avaliação do DI priorizada no 1º ano*; *Não avaliam o DI sistematicamente*; *Avaliam todas as crianças* e *Avaliam só crianças com problemas*. Por fim, na décima categoria, *Justificativas espontâneas*, emergiram duas subcategorias: *Necessidades de melhorar a atenção à saúde da criança* e *Dificuldades encontradas*.

Capítulo 6 Discussão

Neste capítulo, foram analisados os resultados descritos no Capítulo 4, discutidos de acordo com o referencial teórico adotado. O conteúdo a ser apresentado seguirá a sequência em que os mesmos foram expostos e descritos: o perfil sociofamiliar e de escolaridade e a dinâmica profissional dos enfermeiros. Logo após, será exposta a análise qualitativa advinda dos conteúdos das entrevistas semiestruturadas, baseadas na análise de conteúdo temática segundo Bardin (2006).

6.1 Perfil sóciofamiliar das participantes

Todas as enfermeiras participantes do estudo eram do sexo feminino. Esse dado confirma a predominância do sexo feminino na profissão, que é historicamente peculiar na Enfermagem. Vale lembrar que, mesmo com o ingresso de indivíduos do sexo masculino na Enfermagem, nos últimos anos, a profissão permanece eminentemente feminina.

Percebe-se que a presença da mulher enquanto profissional dedicada ao cuidado infantil é constante. O fato de se ter uma população na Estratégia Saúde da Família quase que exclusivamente de mulheres resgata uma discussão que comumente se encontra quando se estudam questões de gênero com os profissionais que fazem parte desse contingente.

Pode-se confirmar essa afirmação ao confrontar os dados do Conselho Federal de Enfermagem. Segundo esse órgão, no ano de 2010, dos 346.968 profissionais inscritos, 92,36% eram mulheres (COFEN, 2011). Essa é a conclusão de um estudo desenvolvido no âmbito do trabalho, e esses dados ilustram a realidade nacional. Também no âmbito local, a Secretaria Municipal de Saúde (João Pessoa, 2011) confirma a prevalência feminina no seu

quadro de trabalho na Estratégia Saúde da Família, em índices semelhantes aos encontrados pelo COFEN em 2010.

Dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio – PNAD (2009), no item direcionado ao perfil de ocupação da mulher brasileira, também destacam que, entre as mulheres ocupadas, a inserção predominante destas no mercado de trabalho está comumente relacionada às áreas de educação, saúde e serviços sociais. Nesse sentido, verifica-se que os dados do presente estudo estão coerentes com a referida pesquisa.

Um outro estudo, desenvolvido por Canoas (2007), analisa a tendência do sexo feminino na Enfermagem. Ressalta a autora que antes, de pensar na predominância do sexo feminino em determinadas profissões, é preciso compreender primeiramente a questão de “gênero” diferentemente de “sexo”, valorizando, assim, o aspecto biológico e cultural, uma vez que essas categorias são consideradas singulares e influenciáveis nas relações sociais, além de sujeitas a desvios de interpretações.

Desse modo, continua a autora, o gênero se trata de um elemento construtivo das relações sociais baseando-se nas diferenças existentes entre feminino e masculino, em que a “diferença” é o locus privilegiado para as relações de poder. Dessa maneira, esse conceito coloca o ser mulher e o ser homem como uma construção social através dos estereótipos estabelecidos sobre masculino e feminino e sobre os papéis sociais destinados a cada um. Por outro lado, ao se afirmar a “construção social dos gêneros”, as identidades masculinas e femininas não são um fato biológico, mas algo construído historicamente, e que não estão imunes às transformações. Portanto, conclui a autora, o projeto profissional de um indivíduo, assim como outro projeto, determina-se pelas condições culturais e reais de vida e outros aspectos particulares que fazem parte da história de cada um.

Pode-se inferir então que, no contexto da saúde, por conta de construções culturais que vinculam o cuidado às atribuições femininas, é possível perceber nessas construções

existentes sobre o(a) profissional enfermeiro(a), justificando-se, portanto, a predominância da figura feminina nessa profissão. Entretanto, Ojeda, Eidt, Canabarro, Corbellini e Creutzberg (2008) afirmam que, como qualquer outra representação social, a profissão de Enfermagem, exercida quase que exclusivamente por mulheres, não está impossibilitada de sofrer transformações econômicas, políticas e tecnológicas que marcam a atualidade e, portanto, exigem dessa profissão certas características, como flexibilidade e constante reflexão sobre suas responsabilidades pessoais e profissionais.

Entretanto, a predominância de mulheres no trabalho com o público infantil, especialmente nessas áreas, não pode e nem deve ser unidade básica de análise quando se estudam concepções sobre desenvolvimento infantil. É interessante apresentar não apenas um elemento constituinte envolvido no modelo de cuidado à criança pequena, o qual aqui, no caso, é a figura feminina, mas também apresentar uma discussão mais abrangente, com destaque para os diferentes elementos que constituem o perfil desses profissionais.

No que tange à idade, a faixa etária predominante estava em torno dos 30 a 50 anos em 27 participantes. Esse resultado caracteriza uma força de trabalho que se encontra em plena fase produtiva. No entanto, também foram encontradas oito participantes com idades entre 51 e 60 anos e três participantes em torno dos 62 anos, já aposentadas, mas que decidiram voltar à ativa. De acordo com comentários expostos pelas próprias participantes, esse seria um período em que elas deveriam estar aposentadas, entretanto, decidiram permanecer no serviço como forma de ocupar o tempo e por se sentirem motivadas e atraídas pelo trabalho em comunidade, além do fato de obterem outra fonte de renda.

Em relação ao estado civil, identificam-se 30 participantes casadas, uma divorciada e sete solteiras. Entre elas, verificou-se que 32 têm filhos, a maioria, 24 com dois filhos, seguidas de nove participantes com três filhos e cinco com apenas um filho. Em relação à idade dos filhos, 33 possuem filhos entre a faixa etária de 11 a 20 anos, seguidas de 16

participantes com filhos entre zero e 10 anos, e 13 participantes com filhos entre 21 e 40 anos. Dados do IBGE (2010) apontam que, ao longo dos anos, houve uma redução do número de filhos na população formada por mulheres. Os dados apresentados acima acompanham essa tendência presente na população brasileira. Estima o IBGE que a queda em seguida no número de filhos pode estar associada a mudanças que ocorrem na população brasileira em razão da urbanização acelerada e da inserção da mulher no mercado de trabalho.

6.2 Perfil relativo à escolaridade e características profissionais das enfermeiras.

Apreende-se que todas as enfermeiras possuíam o curso de graduação exigido para o desempenho da sua função na ESF. Esse é um dado consistente, que traz segurança ao desempenho e compromisso das funções exigidas de um profissional dessa natureza, como o desempenho de algumas técnicas exclusivas inerentes a sua formação superior, a exemplo da consulta de enfermagem, que é uma atividade exclusiva do enfermeiro e utilizada no atendimento à clientela sob a sua responsabilidade. Destacam-se também duas participantes que apresentavam, além da graduação em Enfermagem, diploma do curso de Letras e outra de Pedagogia.

Em relação à instituição formadora, confere-se que 27 participantes graduaram-se em universidades públicas. Confirma-se também, quanto ao tempo de graduação, que este variou bastante: oito estão entre dois e 10 anos, 15 entre 11 e 20 anos, 12 por volta dos 21 a 30 anos e três entre 31 e 34 anos. Se considerarmos que o Programa Saúde da Família, hoje denominado Estratégia Saúde da Família, foi implantado no Brasil por volta de 1994, e na cidade de João Pessoa por volta do ano de 2000 – portanto, na atualidade, a ESF está com 12 anos –, isso remete que muitos desses profissionais (30) tiveram, sem dúvida, uma longa

experiência diferente em outras atividades, antes de adentrarem na realidade que vivenciam no momento.

Outro ponto que chama atenção é o fato de que o SUS foi implantado oficialmente desde 1994, estando, na atualidade, com 18 anos. Isso mostra que muitos desses profissionais graduaram-se quando as diretrizes das políticas públicas de atenção à saúde no Brasil era uma outra realidade em seus princípios. Esse dado remete a uma observação pertinente: 23 participantes do estudo se formaram com um currículo com características diferenciadas, e 15 desfrutaram dos pressupostos do sistema atual vigente. Trata-se de um aspecto que faz diferença na hora de analisar como o profissional vivencia as políticas públicas de atendimento à saúde vigentes no nosso país, uma vez que estas também balizam os conteúdos dos currículos que preparam os profissionais para atuarem dentro dessa realidade.

Em relação à pós-graduação, observa-se que 20 participantes realizaram o Curso de Especialização em Saúde Coletiva oferecido pela Universidade Federal da Paraíba, seguidas de 10 participantes na Especialização em Saúde da Família. Três cursaram, além da especialização em Saúde da Família, o curso de Enfermagem do Trabalho, enquanto que duas cursaram a Especialização em Saúde da Família e Saúde Coletiva. Entretanto, três enfermeiras não cursaram nenhum curso específico nessa área ou mesmo em áreas afins, possuindo apenas o curso de graduação em Enfermagem.

Porém, no que diz respeito a cursos de capacitação, 32 entrevistadas participaram da Capacitação em Vigilância do Desenvolvimento, além de 08 que realizaram a capacitação de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Entretanto, nos dias atuais, essas capacitações tiveram seus conteúdos agregados, e são oferecidas com essa nova característica, atendendo à demanda dos profissionais que compõem a equipe da ESF, reconhecidas como Vigilância do Desenvolvimento. Portanto, quem realizou o curso de capacitação em Vigilância do Desenvolvimento obteve informação e conteúdos também

sobre o AIDPI, e quem realizou só o AIDPI deteve informações mais restritas. Também é importante destacar que esse curso não é mais oferecido. Considerando o fato de que 32 enfermeiras realizaram a capacitação em Vigilância do Desenvolvimento, sugere-se que essas profissionais estejam aptas para atender às crianças nas suas respectivas unidades, dentro da visão preconizada pelas políticas públicas de atenção ao desenvolvimento da criança. Porém, destaca-se que esse curso foi oferecido há algum tempo, cerca de cinco anos atrás, fato confirmado pela pesquisadora, que é instrutora dessa capacitação.

Destarte, não se pode deixar de considerar o fato de que seis participantes não tinham realizado nenhum tipo de capacitação ou especialização. Esse é um dado preocupante, no enfrentamento diário dos diversos programas que compõem a estrutura da Estratégia Saúde da Família, em que há muitas realidades que precisam de uma atenção especial no tocante a essa nova concepção de um atendimento interdisciplinar.

Em relação ao tempo de atuação nas Unidades de Saúde da Família, variou entre 2 e 12 anos, portanto, há enfermeiras que participam do programa desde a sua implantação na cidade de João Pessoa–PB. Salienta-se a relevância dos profissionais que permanecem nas equipes por tanto tempo. Esse dado chama atenção nos estudos de Rocha e Zeitoune (2007), pois, segundo estes autores, um tempo maior nas unidades proporciona facilidades de contatos efetivos com a comunidade, melhor conhecimento de suas necessidades e maior possibilidade de dar continuidade aos programas desenvolvidos nas unidades, assim como, tal fato deveria ser valorizado e reconhecido pelos gestores como fator realmente relevante para o programa como um todo.

Finalmente, dentre as 38 enfermeiras entrevistadas, oito possuíam outros vínculos empregatícios, portanto, cumpriam uma carga horária extra, ou seja, um terceiro expediente que acontece à noite, após a saída das unidades, o que comprova uma jornada exaustiva no cotidiano dessas profissionais. Destaca-se ainda que as duas enfermeiras que possuíam um

outro curso além da graduação em Enfermagem também eram professoras do ensino médio em escolas públicas no horário noturno.

Desse modo, conclui-se que trabalhar na ESF tem atraído enfermeiros, pelos salários que são bem mais atrativos em comparação com a rede privada. Nesta, muitas vezes, é necessário que esses profissionais assumam vários empregos, com uma carga de trabalho estafante, motivando-os, dessa forma, a procurarem os serviços públicos, bem mais atraentes tanto em carga horária quanto em salários.

A partir do exposto, observa-se que os trabalhos que investigam concepções sobre desenvolvimento infantil marcam os diversos domínios que envolvem os cuidadores. Desse modo, variáveis como idade, número de filhos, escolaridade e ocupação podem fornecer elementos importantes para compreender o que esses profissionais conhecem sobre o tema desenvolvimento infantil. Nesse contexto, Corrêa (2011) pontua que estudos realizados para discutir aspectos ligados à vida pessoal, familiar, acadêmica e profissional dos cuidadores, na aquisição de conhecimento sobre temas que envolvem o desenvolvimento infantil, têm que considerar como pressupostos essas variáveis, vistas como fatores que agregam valor à qualidade do cuidado oferecido à criança.

6.3 Concepções sobre desenvolvimento infantil de enfermeiras construídas a partir das entrevistas semiestruturadas.

A realização das entrevistas semiestruturadas possibilitou a identificação de dez categorias que serão apresentadas e discutidas à luz do referencial adotado neste estudo. A primeira categoria, exposta, diz respeito às concepções das enfermeiras sobre desenvolvimento infantil.

6.3.1 Concepções sobre desenvolvimento infantil

Esta categoria revela as *concepções* expostas pelas enfermeiras sobre desenvolvimento infantil, caracterizando, desse modo, o desenvolvimento infantil dentro das várias interfaces formalizadas através das opiniões sobre o tema.

O que se observa a partir dessa primeira categoria é que emergiram quatro subcategorias. A primeira, *desenvolvimento como processo global*, diz respeito ao desenvolvimento como um processo que vem desde a concepção e envolve vários aspectos de forma global, sendo atrelado, além dessa visão global, a transformações e descobertas que conduzem à maturidade e à independência, conforme se observa a seguir:

[...] vejo o desenvolvimento como um processo que se inicia desde a concepção e envolve muitos aspectos, como o biológico, psíquico, social, dentre outros, na vida da criança, e acompanha todo o ciclo vital do homem (E-1).

[...] eu entendo desenvolvimento como uma condição peculiar a todo ser humano, que acumula, além do crescimento físico, os aspectos neurológicos, cognitivos, comportamentais, afetivos, sociais, de modo sistêmico e global (E-3).

[...] para mim, desenvolvimento infantil é um período de grandes transformações e descobertas (E-7).

Apreende-se, nesses recortes, o processo de desenvolvimento visto como multidimensional, como parte de um ciclo vital universal, expresso nas diversas falas colhidas. Portanto, são relatos compatíveis com o campo da Saúde Coletiva.

A segunda subcategoria, denominada *Desenvolvimento como aquisições*, reflete o desenvolvimento como conquistas qualitativas, sequenciais e com etapas, conforme as falas a seguir:

[...] eu acho que são aquisições sequenciais onde cada etapa influencia a conquista da outra seguinte (E-25).

[...] desenvolvimento são conquistas qualitativas na vida da criança (E-2). [...] são aquisições sequenciais que tornam a criança competente para atender suas necessidades (E-31).

[...] a ideia que tenho de desenvolvimento é de que é um processo dinâmico e segue uma sequência fixa e invariável (E-36).

A terceira subcategoria diz respeito às ideias de *desenvolvimento como fases*, vivenciadas pelas crianças, as quais as levam a uma superação. Dentre essas evocações, destacam-se:

[...] acho que desenvolvimento são fases que a criança vivencia que vão dando um diferencial qualitativo na sua vida (E-24).

[...] vejo como um processo qualitativo composto por fases que a criança ultrapassa cada uma até se tornar um adulto completo (E-26).

[...] acredito no desenvolvimento como fases interligadas, onde uma dá sequência à outra como uma superação da anterior, tornando a criança cada vez mais independente (E-37).

Como quarta subcategoria oriunda desse discurso, emergiu o *desenvolvimento como processo de maturação*. Nesse argumento, algumas das ideias demonstram o processo de desenvolvimento como influenciado por fatores, por mudanças inerentes à faixa etária, por aprendizados para conseguir realizar tarefas cada vez mais complexas. Essas são expostas a seguir:

[...] desenvolvimento se caracteriza como um processo de maturação complexo, influenciado por vários fatores (E-15).

[...] é o amadurecimento da criança dentro de um processo biológico que provoca mudanças inerentes a cada período da vida (E-17).

[...] desenvolvimento é um processo em que a criança amadurece e se manifesta nas aquisições de comportamento social, motor e na linguagem, tudo compatível com sua faixa etária (E-33).

De um modo geral, esses relatos encontram respaldo na própria construção teórica que baliza as políticas públicas de atenção à criança. Dentre esse material formalizado pelo Ministério da Saúde (MS), encontra-se o Manual de Saúde da Criança, lançado em 2002. Postula este que o desenvolvimento infantil é um processo que vai desde a concepção e

envolve vários aspectos, indo desde o crescimento físico, passando pela maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva que tem como produto final tornar a criança competente para responder às suas necessidades e às do seu meio, considerando seu contexto de vida (Brasil, 2002).

Assim, dentro das diretrizes de acompanhamento à criança na ESF, percebe-se nitidamente que se adota uma perspectiva maturacionista. Nesta, o comportamento e as habilidades das crianças seguem padrões mais ou menos fixos, conduzidos pelos processos de maturação que seriam independentes da aprendizagem e experiência. Ainda no contexto, o desenvolvimento seria um processo relativamente independente e dissociado das diversas aprendizagens e, portanto, das práticas educativas. Como consequência do desenvolvimento biológico, a criança seguiria um percurso de mudança mais ou menos estável e, até certo ponto, pré-programado.

Perceber o desenvolvimento dessa forma permite refletir sobre as diferenças referentes ao ritmo do desenvolvimento e da aprendizagem perante a diversidade social, cultural e econômica dos sujeitos. Pino (2005), em relação ao assunto, afirma que o desenvolvimento orgânico é regido por forças naturais, e o desenvolvimento cultural é o que define a especificidade humana, pois emerge da progressiva inserção da criança nas práticas sociais do seu meio cultural com auxílio da mediação do outro. Considera-se, portanto, nessa perspectiva, que o homem, ao nascer, ainda não está pronto, e ele será aquilo em que se transformará a partir de suas interações sociais nos mais diversos contextos.

Um outro aspecto que podemos evidenciar é que o papel do cuidador, nesse caso dos enfermeiros, e as diferentes formas de atenção à criança podem variar amplamente, dependendo do contexto e da cultura em que as pessoas envolvidas estão inseridas (Harkness & Super, 1992; 1996; Rogoff, 2005; Super & Harkness, 1999).

Entretanto, ao analisar as respostas relatadas pelos enfermeiros no tocante às suas concepções sobre desenvolvimento infantil apreende-se um discurso repleto de conceitos sobre o que é desenvolvimento infantil. Analisa-se que são discursos baseados nos pressupostos da Teoria Maturacionista, que é o mesmo encontrado nos manuais do Ministério da Saúde, que servem de balizamento para o atendimento à criança na ESF, assim como apreende-se que esse também é o conteúdo didático que compõe os currículos acadêmicos, uma vez que a academia prepara profissionais para atuarem no sistema de saúde vigente, portanto, eles precisam seguir esses pressupostos. Entretanto, apreende-se ainda que essas verbalizações são as concepções dos enfermeiros sobre desenvolvimento infantil.

Destaca-se que o que foi exposto era um discurso afinado entre os enfermeiros participantes do estudo, os quais apresentavam um domínio nas respostas e presteza nas informações solicitadas, entretanto, percebeu-se que esse discurso está livre de qualquer vinculação com algum referencial teórico; em nenhum momento foram destacados pelos participantes esses aspectos, como se tais pressupostos fossem livres de qualquer vinculação teórica, embora apreende-se que eles têm conhecimentos sobre desenvolvimento infantil enquadrados nos postulados que influenciam suas práticas.

Molinari, Silva e Crepaldi (2005) argumentam que, se por um lado, o modelo da ESF conta com uma equipe multiprofissional e, com isso, com a possibilidade de um trabalho interdisciplinar, ele cria importantes ferramentas para realizar adequadamente ações de promoção à saúde da criança além da vigilância do desenvolvimento. Nesse aspecto, o enfermeiro deve aproveitar sua inserção nessa equipe multidisciplinar e, da melhor maneira possível, desempenhar o papel que lhe é esperado frente a equipe e a comunidade, contribuindo efetivamente numa equipe que trabalha com esses propósitos.

Confrontam-se também, nesses discursos, as especificidades sobre o tema desenvolvimento. Citam elas o desenvolvimento *como transformações motivadas por*

aspectos inerentes; como transformações nos aspectos biopsicossociais; como transformações que levam a criança à maturidade e à independência. Atrelar desenvolvimento a transformações ou mudanças encontra respaldo, segundo Bee (2003), nos postulados de Gesell. Afirmar essa autora que o termo maturação foi utilizado por Gesell para descrever os padrões sequenciais de mudanças geneticamente programados, e essas mudanças têm uma sequência básica que é, na sua essência, a mesma para todas as crianças.

Não obstante, essas verbalizações também remetem ao próprio processo de formação acadêmica das enfermeiras, que é baseado nesses pressupostos, uma vez que a academia forma profissionais para atender as mais diversas clientelas, entre elas, a criança, dentro das diretrizes do sistema de saúde vigente no país. Logo, esse é o conteúdo que é repassado para esses profissionais, assim como é o conteúdo dos manuais que norteiam a prática, e esse é um discurso coerente por parte dos profissionais, nesse sentido.

A despeito dessa evidente diversidade expressa, Pasqualini (2009) afirma que estabelecer fases ou estágios de desenvolvimento que se sucedem em uma ordem natural esperada e prevista enquadra o desenvolvimento em um caminho natural e espontâneo. Essa característica naturalista encontrada nos discursos dos enfermeiros é vista por Elkonin (1987) como uma visão de desenvolvimento infantil que situa a criança como um sujeito isolado, para o qual a sociedade é só um peculiar meio que se habita.

Como se vê, esse é um aspecto contrário à Teoria Sócio-Histórica, uma vez que, nesta, a natureza do homem é social e historicamente constituída, não determinada por leis naturais universais, mas intimamente ligada às condições objetivas da organização social, sendo fundamental considerar o lugar ocupado pela criança nas relações sociais e nas condições históricas concretas em que seu desenvolvimento se desenrola (Pasqualini, 2009).

Um outro aspecto para refletir sobre essas evocações é que essas concepções estão em consenso com a concepção hegemonicamente difundida pela Psicologia do

Desenvolvimento, caracterizada como naturalizante, por apresentar as fases ou estágios do desenvolvimento infantil como momentos de um processo esperado, previsto e natural (Bock, 2000). Supõe-se, desse modo, que o processo educativo acaba sendo comprometido, limitando-se a um mero acompanhamento do desenvolvimento infantil, com a tarefa de facilitar esse desenvolvimento, respeitando-se as características de cada fase ou estágio do processo.

Para Vigotski (1996), todos os sujeitos são mediadores, e é na interação com os outros, mediada pela linguagem, que se produzem conhecimentos. Diante do exposto, conclui-se que as verbalizações das enfermeiras descritas indicam uma concepção contrária aos postulados de Vigotski, uma vez que, para esse autor, o desenvolvimento infantil é concebido como fenômeno histórico e dialético, que não é determinado por leis naturais universais, mas encontra-se intimamente ligado às condições objetivas da organização social e não se desenrola de forma meramente linear, progressiva e evolutiva, mas compreende saltos qualitativos, involuções e rupturas.

A partir das concepções da Teoria Sócio-Histórica pode-se refletir sobre o contexto da comunidade, que é, por excelência, destinado a propiciar experiências e aprendizagens gradativamente mais complexas e desafiadoras para impulsionar o desenvolvimento humano, uma vez que o âmbito da comunidade apresenta-se como fórum privilegiado para a apropriação da cultura, e o enfermeiro surge como agente mediador desse processo.

Franco e Bastos (2002) assinalam que deveria haver uma redefinição dos objetivos do modelo assistencial dentro da saúde coletiva, através de um investimento em ações e práticas de saúde com foco no coletivo, no cotidiano da população, considerando seus membros como cidadãos e sujeitos ativos e sociais.

Nessa direção, pode-se pensar na ESF enquanto um Nicho de Desenvolvimento, procurando entender, a partir do ambiente físico e social em que a criança vive, a psicologia

e as práticas de cuidados adotadas pelos cuidadores, nos moldes em que discutem Harkness e Super (1996). Assim, depara-se com um conjunto de configurações físicas e sociais da vida rotineira da família e da criança, com destaque para os objetos e pessoas ao seu redor. A ESF se apresenta como um ambiente rico de interações adulto-criança e criança-criança, de onde se identificam relações conduzidas basicamente por cuidadoras/educadoras, mas também conduzidas pelas próprias famílias e crianças, onde adulto e criança transformam cada situação presente na rotina de cada um. O adulto se apresenta como uma pessoa que é, ao mesmo tempo, educador e parceiro da criança, que interage e toma para si o mundo infantil em diversos momentos da vida cotidiana.

Rossetti-Ferreira, Amorim e Vitória (1994) destacam que ambientes sociais são organizados e alterados pelo adulto de acordo com concepções acerca do desenvolvimento que são próprias de sua cultura, produzidas e consolidadas por meio de experiências de vida, como mãe, educadora e profissional. Portanto, o ambiente também se configura enquanto um ambiente cultural onde o educador possibilita que a criança entre em contato com situações comuns da comunidade cultural da qual faz parte.

Ainda na mesma direção, pensar a ESF a partir da psicologia dos cuidadores é remeter às concepções que as cuidadoras/educadoras possuem sobre diversos assuntos relacionados à infância. No presente trabalho, a discussão quanto aos elementos constituintes desse subsistema do Nicho de Desenvolvimento teve como ponto de partida um inventário dos conhecimentos que essas profissionais possuem acerca do desenvolvimento infantil. Analisar esse subsistema é mergulhar em um mundo particular de cada educador, que traz consigo diversos elementos que norteiam práticas que compõem uma extensa rotina de cuidados para com a criança. É nessa perspectiva que se considera que as concepções exercem influência nas práticas de cuidado adotadas e vice-versa (Goodnow, 1988; Miller,

1988; Super & Harkness, 1999), sendo ambas mutuamente alteradas pelo ambiente físico e social.

Descreve-se, a partir de agora, a segunda categoria que emergiu dos dados empíricos do estudo.

6.3.2 Aspectos do desenvolvimento infantil observados no atendimento à criança

Nesta categoria, foram analisados os aspectos do desenvolvimento infantil (DI) que são relatados e observados pelas enfermeiras no atendimento à criança. Como subcategorias, surgiram: *De acordo com o Instrumento da Vigilância do Desenvolvimento (IVD) e Através da Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento.*

No contexto, são extraídas, na primeira subcategoria, verbalizações que consideram a observação do DI pelo IVD como uma prática facilitadora, objetiva e eficaz, demonstrando ainda que se trata de uma prática que favorece avaliar outros aspectos necessários ao acompanhamento da saúde da criança em um só local. Seguem os relatos:

[...] procuro observar o DI de acordo com o Instrumento da Vigilância do Desenvolvimento que está na Caderneta de Saúde da Criança (E-5).

[...] eu observo o DI sempre pela Vigilância do Desenvolvimento porque facilita o atendimento (E-9).

[...] vejo o Instrumento da Vigilância como algo direcionado para uma avaliação mais objetiva e eficaz, por facilitar a avaliação nos aspectos do crescimento, imunizações e o desenvolvimento, tudo num só local (E-21).

Relacionados à segunda subcategoria, encontram-se relatos que admitem a avaliação dos aspectos do DI segundo dados da Ficha de Avaliação do Desenvolvimento. Nesse contexto, é relevante afirmar que as enfermeiras, ao citarem o uso da Ficha de Avaliação do Desenvolvimento, referem-se a um instrumento que faz parte dos impressos

que compõem a consulta de enfermagem, portanto, elas utilizam essa ferramenta para o acompanhamento do desenvolvimento. Os exemplos abaixo demonstram como essa prática é realizada, confirmam que esses profissionais usam o instrumento mencionado de forma rotineira, e o consideram um instrumento completo, que ultrapassa o conhecimento biológico e favorece uma melhor avaliação do processo de desenvolvimento. Dizem elas:

[...] tenho utilizado a consulta como forma de acompanhar o desenvolvimento infantil, pois através dela chego à Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento (E-15). [...]esse caminho que uso para acompanhar o desenvolvimento me dá subsídio mais abrangente que me permite avaliar a criança como um todo (E-19).

Conforme as falas das enfermeiras, confirmam-se quais aspectos do desenvolvimento infantil elas costumam observar. O fato de citarem os instrumentos que servem de parâmetros para suas observações e, por conseguinte, para que as crianças sejam avaliadas, essas profissionais parecem se enquadrar numa dinâmica bastante observada na ESF: seguem estritamente o que está escrito nos instrumentos destinados a esse fim. Um grupo utiliza o Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento explícito no Cartão de Saúde da Criança, enquanto o outro utiliza a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento, explícita no conteúdo da consulta de enfermagem direcionada à criança.

Sobre essas opções, há de se admitir que o primeiro instrumento compreende todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à detecção de problemas no desenvolvimento (Brasil, 2009), enquanto que o segundo avalia as crianças através dos marcos do desenvolvimento, que são marcos de aquisições nos aspectos maturacional, psicomotor, social e psíquico, alcançado pelas crianças de acordo com a faixa etária.

Segundo Brasil (2002), essa ficha serve como roteiro de observação e identificação de crianças com prováveis problemas de desenvolvimento, apresentando os marcos mais significativos do desenvolvimento até o sexto ano de vida da criança.

Entretanto, sobre essa última alternativa de observação do desenvolvimento, alguns estudiosos da temática afirmam que a escala dos marcos do desenvolvimento, na realidade, não é uma escala de avaliação, e sim uma ficha desenvolvida com base nas escalas em uso corrente, como Denver, Sheridan e Gesell, as quais contêm alguns marcos do desenvolvimento neuropsicomotor (Figueiras et al., 2001; Figueiras, Puccini, Silva & Pedromônico, 2003; Blank, 2003; Gomes & Nunes, 2006; Campos, Ribeiro, Silva & Saporoli, 2011).

Esse modo de expor como o atendimento acontece na ESF é caracterizado, segundo Mendes (2003), como uma forma de atenção em saúde de maneira predominantemente na lógica do enfrentamento das condições agudas de adoecimento, através do atendimento à demanda espontânea, com ações pontuais, sem atenção contínua, sendo os usuários vistos como meros objetos das intervenções em saúde, mantendo esse atendimento também na atenção à criança. Ávila (2009), corroborando o contexto, cita que essa forma de atendimento não está correta, e reconhece que os atendimentos prestados à criança na ESF ainda estão pautados no modelo de saúde vigente, em que se valoriza o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento com foco apenas no aspecto biológico.

Quanto ao uso da Caderneta de Saúde da Criança (CSC), ela realmente é considerada um dos instrumentos de avaliação da criança na ESF e trata-se de um documento que é fornecido às crianças nascidas em todo o território nacional. Segundo Brasil (2009), a CSC contempla o registro e as orientações necessárias para o acompanhamento da saúde da criança, o crescimento e o desenvolvimento do nascimento até os dez anos de idade, de onde se apreende que a primeira parte do documento é direcionada para quem cuida da criança,

com informações e orientações, enquanto que a segunda parte é destinada aos profissionais de saúde. Apesar de sua importância para o acompanhamento da criança, observa-se, ainda, frequentemente a falta desse instrumento nos serviços de saúde, sendo substituído por cartões simplificados, que contemplam só o gráfico de peso-idade e o registro das vacinas.

Fica evidente a ideia de uma acomodação no desempenho dos enfermeiros. Transparece que esse profissional é um mero cumpridor de tarefas, sendo o sentido de criança e de desenvolvimento permeado por contradições decorrentes da internalização de valores pressupostos em sua vida pessoal, do aprendizado e da própria vivência da sua formação profissional e da simbolização dela própria. Dessa forma, os enfermeiros conseguem naturalizar e universalizar a criança, produzindo uma visão hegemônica biologizante, questionada por Vigotski (1991). Na compreensão desse autor, o que marca a criança não é um processo natural de desenvolvimento, mas, sim, as mudanças num movimento dialético em que a constituição e o desenvolvimento humano são produtos sociais desencadeados pela vivência do sujeito.

Do ponto de vista da abordagem do Nicho de Desenvolvimento, Harkness e Super (1992) encontraram em seus estudos evidências de como o comportamento de quem cuida da criança pode afetar a saúde e o desenvolvimento desta. Considera-se que o enfermeiro é o profissional que convive com as diversidades culturais e com a sua influência nos cuidados das crianças, além de interagir com a interferência da família, que também influencia o modo de criar os filhos. Entretanto, pelos relatos dos profissionais, esses aspectos relacionados ao contexto sociocultural não são considerados na hora de avaliar o desenvolvimento da criança.

Embora os profissionais afirmem a importância de se considerar o desenvolvimento global da criança dentro do seu contexto, os enfermeiros terminam por incorrer num reducionismo na atenção à criança e sua família. Assim, esses profissionais, em seus sentidos

construídos, demonstram o entendimento de uma natureza humana dividida por ciclos de vida (fases) pelos quais todos passarão, independentemente da cultura e do grupo social a que pertencem.

Prosseguindo o estudo, na próxima categoria, foi analisado como os enfermeiros se referiam aos diferentes aspectos do desenvolvimento infantil.

6.3.3 Concepções sobre os aspectos motor, afetivo, social, cognitivo e de linguagem

Nesta categoria, os enfermeiros foram questionados sobre suas concepções a respeito dos diferentes aspectos do desenvolvimento infantil. Primeiro, questionou-se o aspecto motor, e só após a resposta sobre esse aspecto citaram-se os outros aspectos (afetivo, social, cognitivo e de linguagem) um a um, respeitando-se as verbalizações sobre cada aspecto, para, então, seguir adiante respeitando a sequência em que as perguntas foram formuladas.

Almejava-se que as respostas advindas desses profissionais fossem articuladas de modo consistente, e um a um dos aspectos questionados fossem avaliados numa abordagem coerente com o seu aprendizado formal da academia, ou mesmo baseados na sua práxis e nos pressupostos que balizam a mesma.

Entretanto, as participantes, respondendo as questões, fizeram-no de modo superficial, genericamente atribuindo a importância desses aspectos, sem entrar no mérito de cada um dos aspectos do desenvolvimento. Assim, devido às diversas interferências da entrevistadora no sentido de tentar resgatar essas concepções, numa atitude também de compreender essa reação que a questão provocou, o que se constatou foram respostas lacônicas, resultando, nessa questão, em duas subcategorias: *Aspectos essenciais e importantes que devem ser valorizados* e *Aspectos fundamentais para o desenvolvimento infantil*.

Em relação à primeira subcategoria, *Aspectos essenciais e importantes que devem ser valorizados*, as enfermeiras apresentaram verbalizações generalizadas a respeito dos vários aspectos do desenvolvimento questionados pela pesquisadora, como se observa no contexto das falas:

[...] para mim, são aspectos que considero essenciais frente ao desenvolvimento infantil e procuro valorizá-los (E-9).

[...] sim, sem dúvida, são aspectos essenciais de grande importância para o processo de desenvolvimento (E-14).

[...] esses aspectos me fazem perceber o quanto são importantes quando se olha o desenvolvimento infantil e o quanto devem ser valorizados (E-21)

Como segunda subcategoria, as enfermeiras se posicionaram frente aos aspectos questionados que, para elas, de um modo geral, são aspectos fundamentais para o desenvolvimento infantil. Eis alguns exemplos:

[...] é claro que são fundamentais para o desenvolvimento (E-11).

[...] são aspectos fundamentais porque permitem à criança dominar aquisições peculiares ao DI (E-18).

[...] sim, sim, avaliar o desenvolvimento tem que considerar esses aspectos, pois são fundamentais para o DI (E-38).

Considerando que essa foi uma reação em cadeia, uma vez que todas as enfermeiras se comportaram do mesmo modo ao expressarem suas opiniões sobre o assunto, surgiram alguns questionamentos como forma de compreender essa reação: Foi o modo da abordagem feita pela pesquisadora? Faltou segurança por parte desses profissionais ao tratar de aspectos tão diretos que exigiam do enfermeiro um maior conhecimento sobre DI? Ou, ainda, o tempo não contribuiu para que as participantes se detivessem nas questões abordadas? Essa foi a impressão registrada pela pesquisadora em relação a essa última questão, e foi um impasse sentido pela pesquisadora, trazendo certa dificuldade durante a coleta dos dados.

Entretanto, apreende-se uma homogeneidade nas respostas das enfermeiras. O discurso permeou sempre em torno da importância dos aspectos citados como essencial e fundamental e que devem ser valorizados na hora da avaliação pelo profissional. Entretanto, analisando esse comportamento frente a questão explorada, e pelas respostas pouco comentadas, aparenta-se um pouco de contradição, ao apresentarem essa dificuldade ao procederem com respostas naturalizantes e universais.

Destarte, a prática e a vivência na ESF parecem ser um elemento significativo na reformulação de concepções em assuntos tão próximos dos que desfrutam um espaço nas equipes da ESF. Levantar reflexões importantes sobre o desenvolvimento infantil e sobre a forma como o sistema de saúde precisa comprometer-se com a sua promoção é uma exigência dentro do contexto atual, até porque o enfermeiro deve fazer o acompanhamento integral da criança juntamente com a família e a comunidade imediata, conhecendo os sistemas influentes de seu desenvolvimento, além de ter a possibilidade de ação interdisciplinar, portanto, era esperado um posicionamento mais coerente com as questões abertas, até porque não se afastou da vida cotidiana desses profissionais.

Dessas reflexões, depreende-se a necessidade de preparar profissionais/enfermeiros que sejam capazes não só de executar técnicas de trabalho, mas que sejam críticos de sua prática e dotados de competências e conhecimentos que possibilitem a compreensão do trabalho em saúde, com autonomia e capacidade de resolver problemas e, principalmente, comprometidos com a ética e com a transformação da realidade da saúde infantil.

6.3.4 Concepções das ideias maternas sobre desenvolvimento infantil

No que se refere a esta categoria, os enfermeiros demonstraram as concepções sobre as ideias que as mães possuem sobre DI. Através das falas desses profissionais, emergiram

quatro subcategorias: *Ideias maternas sobre DI inconsistentes; Ideia limita-se ao peso e ao comprimento; DI comparado com outras crianças e Falta de conhecimento sobre DI em mães com pouca instrução e/ou muito jovem.*

Na subcategoria *Ideias maternas sobre DI inconsistentes*, os enfermeiros relatam que, para as mães, o desenvolvimento infantil limita-se à criança quando está com saúde, ou mesmo quando alcança alguma conquista visível, como se observa nos contextos das falas:

*[...] para as mães, DI, de uma maneira geral, é a criança com saúde (E-5).
[...] só comentam alguma coisa direcionada ao DI quando a criança consegue alcançar alguma conquista como andar, sorrir, falar (E-17).
[...] observo que há muita inconsistência nesse aspecto, elas são bastante dispersas (E-21).*

Outras enfermeiras comentaram que, para a maioria das mães, o DI está no peso e na estatura da criança, e não há necessidade de maiores especulações se tudo está bem nesse aspecto, assim como a manutenção do cartão de vacina atualizado, conforme ilustram os trechos abaixo:

*[...] é certo que, para muitas mães, desenvolvimento é ter sempre o peso e o comprimento aferidos e anotados no CSC (E- 19).
[...] elas (as mães) sempre insistem em ter seus filhos pesados e medidos cada vez que vêm ao serviço (E-27).
[...] ah, para as mães, desenvolvimento é mesmo o peso, a estatura e vacinas atualizadas (E- 35).*

Outros aspectos verbalizados pelas enfermeiras em relação às ideias das mães sobre DI estão em comparar o desenvolvimento de seus filhos com o desenvolvimento de outras crianças da comunidade, ou mesmo da família. Constata-se isso nas falas a seguir:

*[...] algumas mães só se ligam no DI quando comparam seus filhos com outras crianças (E-11).
[...] é interessante, elas chegam contando que o vizinho já fala, ou anda, ou mesmo senta, ou engatinha, e seu filho nada, e tem a mesma idade... (E-13).
[...] elas sempre se lembram de alguma criança que faz isso ou aquilo e comparam com o seu filho (E-29)*

Os enfermeiros ainda destacam que algumas mães, por serem muito jovens, ou mesmo aquelas com pouca instrução, apresentam falta de conhecimento sobre DI. Seguem os relatos a esse respeito:

[...] a minha área é considerada uma das mais pobres, e as mães com pouca instrução, já viu, pouco compreendem o desenvolvimento (E-16).

[...] elas (as mães) são bastante limitadas, algumas mal sabem ler, daí, são limitadas no processo de compreensão do desenvolvimento (E-19).

[...] mãe jovem e com pouca instrução não leva nada a sério, desenvolvimento então é muito complicado, não prestam atenção ao que falamos... e nos dão pouca informação (E-32).

Os sentidos construídos pelos profissionais participantes do estudo, no tocante à concepção das mães sobre DI, parecem confirmar certo imobilismo para ações direcionadas a essa clientela. Por vários motivos inerentes ao próprio modelo assistencial do qual esses profissionais fazem parte, direciona-se que as ações devem ser operacionalizadas baseadas no trabalho em equipe e na abordagem familiar, de onde desponta uma questão importante: além da influência conjunta do ambiente e dos fatores biológicos, o ser humano é um ser ativo, que não se limita a receber passivamente os efeitos do ambiente, mas interfere ativamente nele, modificando-o. Nesse sentido, a ação humana determina o ambiente em que as pessoas vão viver e que vai direcionando o seu desenvolvimento.

O seguimento da criança na ESF, segundo Veríssimo (2001), deve se delinear com o objetivo de influir no processo saúde-doença da criança, fortalecendo as ações dos usuários/família e de outras pessoas que possam influenciar o desenvolvimento dessas crianças, buscando superar riscos potenciais, pautando-se na observação da criança e na educação em saúde, que permite ser construída em conjunto com a mãe e a família, a partir da realidade em que ela está inserida. Desse modo, nas diretrizes das políticas públicas de saúde que balizam todo o atendimento à criança, coloca-se o DI no topo das prioridades, e, para isso, investe-se em programas consolidados, a exemplo da Vigilância do Desenvolvimento Infantil.

De acordo com Brasil (2004), o instrumento utilizado para acompanhar o programa de Vigilância do Desenvolvimento fornece resultados eficazes e engloba vários aspectos importantes, como: levantar informações com as mães ou responsáveis sobre fatores de riscos para o atraso no desenvolvimento; identificar a percepção da mãe sobre o desenvolvimento de seu filho; além de outras diretrizes, como verificar as medidas do perímetro cefálico; identificar presença de alterações fenotípicas através do exame físico; e avaliar o desenvolvimento motor grosso, motor fino, linguagem e interação pessoal. Além disso, ele fornece, prontamente, resultados capazes de determinar se a criança está se desenvolvendo como o esperado para sua idade cronológica. Tal instrumento foi considerado um facilitador da assistência às crianças e da comunicação entre o profissional e a mãe (família), pois utiliza uma linguagem simples e de fácil entendimento.

Mendonça (2002) aponta que usuários e profissionais da equipe de saúde carregam, em sua prática, sua história individual e social, concepções e pré-concepções já cristalizadas que podem dificultar mudanças. Ao pensar nas mães dentro da ESF, as quais ainda idealizam o desenvolvimento como um processo bastante limitado, confinado a estratégias de controle visíveis em parâmetros de compreensão biomédica, remete-se a Vigotski. O enfoque Sócio-Histórico, como suporte do nosso objeto de estudo para subsidiar essa concepção de desenvolvimento infantil, tem como premissas: a atividade da criança, a mediação do educador e o papel do entorno na relação com a criança, o principal foco de argumentação para a superação dessas concepções tradicionais.

Na mesma linha de pensamento, considerando que esse estudo também se propõe a tratar de concepções e conhecimento sobre desenvolvimento de crianças, a contribuição de Harkness e Super (1992) é insuperável no contexto. Esses autores situam concepções dentro do subsistema de etnoteorias parentais, sendo este um conjunto organizado de ideias que os pais têm a respeito de suas crianças sua relação com elas. Essas concepções são construídas

ao longo da vida dos pais, ou seja, apresentam um caráter individual, não são estáticas e são fruto do grupo cultural a que pertencem, revelando-se, assim, como elementos compartilhados socialmente.

Diante disso, tanto as concepções quanto o conhecimento que as mães têm sobre desenvolvimento infantil influenciam nas práticas de cuidado e, conseqüentemente, na interação entre eles e no desenvolvimento da criança nos primeiros anos (Seidl de Moura et al., 2004). Com isso, revela-se a importância do Nicho de Desenvolvimento e das etnoteorias parentais para este estudo.

O enfermeiro, com as ferramentas que tem em mãos, pode viabilizar o seu trabalho de maneira coerente, pois, dentre os alicerces de sua atuação na ESF, a educação em saúde desponta como uma importante função desse profissional, que favorece o seu trabalho como eixo integrador de suas ações. Melo e Andrade (2006) lembram que essa é a maneira de superar o modo tradicional de ensinar e aprender, construindo um processo educativo a partir dos dados da realidade e da própria prática do trabalho em saúde, privilegiando o seu enfrentamento como referência para aplicação do conhecimento produzido e como base de reflexão que propicie a reconstrução das práticas de saúde em vigor.

Diante disso, entende-se que o profissional enfermeiro, no contexto de educação em saúde dentro da ESF, tem um papel de extrema relevância no processo de mediação entre criança-família-comunidade, no que tange, por exemplo, às estratégias de provimento e discussão de temas como práticas de cuidado, noção de infância, desenvolvimento infantil, entre outros.

6.3.5 Contextos que mais influenciam o desenvolvimento infantil

Esta categoria diz respeito aos contextos dentro da percepção das enfermeiras que mais influenciam o desenvolvimento infantil. Como subcategorias temáticas, surgiram: *Contexto familiar; Contextos afetivos e Contextos ambientais.*

Foram relatadas situações que incluíam, sobretudo, o contexto familiar como aquele que mais influencia o desenvolvimento infantil, e as enfermeiras vinculam um bom desenvolvimento ao contexto da família, de onde se extrai dos relatos que esse contexto influencia trazendo crianças resolvidas, tranquilas e que frequentam mais a unidade de saúde:

*[...] o alicerce de tudo é a família, ela sim influencia o DI em primeira mão (E-4).
[...] tenho famílias estruturadas e por elas observo o quanto as crianças são resolvidas (E-9).
[...] sem dúvida é a família, ela influencia sim o DI, as crianças são mais tranquilas e frequentam a unidade sempre (E-17).*

Ainda de acordo com os relatos das enfermeiras, estas expõem que o contexto afetivo exerce influência para que o desenvolvimento infantil seja saudável e normal:

*[...] criança é para receber só amor, afeto, para que tenha um desenvolvimento saudável (E-15).
[...] o contexto que envolve a criança tem que ter muito afeto; criança é para ser amada, sempre, só assim ela desenvolve-se normal (E-18).
[...] criança sem afeto não se desenvolve bem (E-20). [...]*

Por fim, os relatos também evidenciaram que o contexto ambiental influencia o desenvolvimento infantil. Para as enfermeiras, nessa subcategoria, incluem-se condições socioeconômicas, nutrição, educação, e a própria casa como unidade física como contextos que influenciam o DI. Eis as falas:

[...] a casa como contexto ambiental também influencia o DI; se é um ambiente insalubre, fica difícil desenvolver-se (E-17).

[...] as adversidades da vida, como a pobreza, a falta de alimentação, a desagregação familiar, são terríveis para o DI (E-30).

[...] o ambiente da comunidade, em diversos locais, é nocivo para o DI (E-36).

Os relatos acima, de um modo geral, deixam transparecer que ambientes coletivos precisam ser estudados enquanto contexto de desenvolvimento, considerando tanto os aspectos da criança e de sua família quanto os seus cuidadores e o ambiente em que as pessoas estão envolvidas. Nesse sentido, a criança, a família e o ambiente formam um sistema interligado. Esse arcabouço de conhecimentos deve ser levado em consideração para o estabelecimento de metas de atuação e formas de acompanhamento da saúde da criança nessa área de abrangência.

A criança é um sujeito e, como todo ser humano, está inserida em uma sociedade, por isso, deve ter assegurada uma infância enriquecedora no sentido de seu desenvolvimento. Os enfermeiros, ao afirmarem a importância da família como influenciadora do desenvolvimento, vão ao encontro dos pressupostos de Vigotski (1996). Diz esse autor que a principal instituição social para a criança é a família, portanto, esse grupo deve receber condições básicas para a formação das crianças, que é também muito influenciada pelo meio social e cultural em que se situa. As crianças possuem suas características próprias e observam o mundo e o comportamento das pessoas que as cercam de uma maneira muito distinta, aprendendo através da acumulação de conhecimentos, da criação de hipóteses e de experiências vividas.

As concepções das enfermeiras sobre a influência da família no desenvolvimento infantil também encontra coerência nos pressupostos de Harkness & Super (1996). De acordo com esses autores, o contexto da criança precisa ser visto como um nicho a partir de três componentes cujo eixo central é a família. Assim, tratando o desenvolvimento infantil

como um processo que envolve muitos aspectos, é possível afirmar, acompanhando o pensamento de Sachetti (2009), que as práticas de criação dos filhos estão, em grande parte, vinculadas às crenças dos pais aprendidas em um contexto social estruturado.

A literatura, desde algum tempo, vem relatando estudos de porte nacional e internacional que confirmam as relações existentes entre as crenças dos pais e o desenvolvimento dos filhos. Lamm e Keller (2007), Loderlo et al. (2000) e Sachetti (2009) assinalam a necessidade de investigar relações entre o que os pais compreendem sobre desenvolvimento infantil.

Articulando as ideias apresentadas, cabe novamente ressaltar a importância da família que, por ser o sistema e o contexto básico de desenvolvimento, deve ser foco dos programas de intervenções. No contexto de família, Molinari, Silva e Bastos (2005), baseados nas circunstâncias que norteiam o Programa Saúde da Família, enfatizam que, quando bem orientada e com o devido suporte, a família pode ser promotora do desenvolvimento saudável da criança, pois os cuidados familiares podem evitar os riscos e servir de fatores de proteção para o desenvolvimento.

Sem dúvida, a família é um sistema bastante influente no desenvolvimento infantil, na lógica do PSF, e de grande relevância na aproximação das relações da família e a ESF, objetivando a integração de práticas nesse contexto. Franco e Bastos (2002) a apontam como a unidade de informação e ação, unidade de cuidado e primeiro sistema formador do desenvolvimento humano, e Macarini, Martins e Vieira (2009) consideram-na o primeiro e principal contexto de desenvolvimento da criança.

No que se refere à relação do enfermeiro com a família, apesar desta ser reconhecida como provedora de cuidados e de ter sido citada, percebe-se que ela não tem sido incluída no planejamento e nas decisões relacionadas à assistência, sendo vista como mera receptora passiva dos cuidados e de informações prestados. O enfermeiro não aproveita a oportunidade

para intervir no contexto familiar, nem tampouco na família, de forma a explorar as relações entre os seus membros, a dinâmica da família, identificar quem toma as decisões, e também não demonstra interesse por todos os membros, em especial por aqueles que diretamente estão mais em contato com a criança. Cabe destacar que isso realmente se torna preocupante, pois, em tais condições, fica difícil para a equipe estabelecer vínculos e conhecer de fato as famílias – condição indispensável para um trabalho dessa natureza.

Isso realmente caracteriza, segundo Ribeiro (2004), o cuidado da saúde da família como prática tradicional de abordagem individual ou de relação com grupos comunitários. O autor quer dizer que, ao considerar qualquer intervenção da equipe como familiar, faz-se com que o termo família perca a sua especificidade, dificultando também o alcance da integralidade e do cuidado, produzindo dificuldades de entendimento no planejamento, no cuidado, na orientação para a formação profissional, além de frustrações pelas expectativas não atendidas.

Como segunda subcategoria de influência no DI, o enfermeiro cita o contexto afetivo, seguido da terceira subcategoria, o contexto ambiental. Percebe-se que as percepções expostas são construtos isolados, de certa maneira desarticulados, de onde se inferem alguns fatores que influenciam o processo de desenvolvimento, de modo isolado, como se só esse fator fosse unicamente o responsável.

A criança, enquanto sujeito de seu desenvolvimento, é produto de sua história de vida, pertencente a um grupo social, uma cultura, da qual ele recebe influência e sobre a qual ela age dialeticamente (Vigotski, 1987). Nesse contexto, o referencial que respalda nossa reflexão compreende que não são negadas as mudanças biológicas, mas entendidas também como significados sociais e históricos.

6.3.6 Orientações às mães para estimular o desenvolvimento infantil

Esta sexta categoria temática diz respeito às orientações que os enfermeiros repassam às mães para estimularem o desenvolvimento de seus filhos. Surgiram duas subcategorias: *De acordo com o Cartão de Saúde da Criança* e *De acordo com a idade e os marcos do desenvolvimento*. Confere-se que essa subcategoria diz respeito ao que postula a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento. É observado, nos recortes a seguir, que alguns enfermeiros baseiam suas orientações destinadas às mães para estimular o desenvolvimento de seus filhos conforme o que preconiza o Cartão de Saúde da Criança (CSC):

[...] procuro orientar sempre no CSC (E-10).
[...] como temos um suporte muito bom, sigo o CSC no momento de orientar as mães sobre DI (E-16).
[...] sigo o cartão da criança, pois é mais objetivo e, para mim, atende as necessidades de acompanhamento e orientação do desenvolvimento (E- 22).

Outras enfermeiras fundamentaram as orientações que repassam para as mães de acordo com a idade da criança e os marcos do desenvolvimento conforme o explícito na Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento. Eis os relatos:

[...] tento seguir os marcos do desenvolvimento bem direitinho, compartilhando com as mães o que foi alcançado e o que está por vir (E-7).
[...] é tranquilo orientar as mães para o estímulo do DI através dos marcos do desenvolvimento (E-8).
[...] as mães deveriam compreender os marcos do desenvolvimento; oriento o que elas podem observar e estimular através deles (E-11).

As verbalizações colhidas das enfermeiras, quanto às orientações repassadas às mães para a estimulação dos filhos em relação ao desenvolvimento infantil, demonstram uma

atitude coerente com todas as verbalizações expostas desde o início dos dados empíricos deste estudo.

De um modo geral, observa-se que as ideias das enfermeiras não estão em concordância com a Teoria Sócio-Histórica que tem em Vigotski um dos seus maiores expoentes. Para esse autor, não há a menor possibilidade de se analisar o desenvolvimento como um processo caracterizado por fases ou estágios que se sucederiam em uma ordem fixa e universal. Facci (2004) chama a atenção para a importância de um enfoque histórico do processo de desenvolvimento, argumentando, na perspectiva de Vigotski, Leontiev e Luria, que certos estágios do desenvolvimento infantil esboçam-se no fluxo da história da humanidade, com a alteração do ambiente ocupado pela criança na sociedade. Leontiev (2001) postula que não é a idade da criança que determina o conteúdo do estágio do desenvolvimento, mas sim as mudanças das condições históricas sociais.

Levar em consideração a idade e as fases do desenvolvimento para orientar as mães a estimularem seus filhos no processo de desenvolvimento é uma realidade que reflete o caráter eminentemente calcado nos padrões dos protocolos das políticas públicas de atenção à criança. Percebe-se que elas levam em consideração os protocolos do Ministério da Saúde destinados a esse fim numa visão simplista, desfocada e sem bases teóricas.

Por outro lado, em Brasil (2002), encontram-se outras diretrizes que incluem a família nesse contexto. Segundo os pressupostos do PSF, a família precisa ser entendida de forma integral e em seu espaço social, ou seja, a pessoa deve ser abordada em seu contexto socioeconômico e cultural, e reconhecida como sujeito social portador de autonomia, reconhecendo que é na família que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente a saúde das pessoas. Em suma, o programa prevê que o profissional tenha compreensão de aspectos relacionados à dinâmica familiar, seu funcionamento, suas

funções, desenvolvimento e características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas.

Compreende-se, então, que isso requer dos profissionais uma atitude diferenciada, pautada no respeito, na ética e no compromisso com as famílias pelas quais são responsáveis, mediante a criação de vínculo de confiança e de afeto, atuando de forma participativa na construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar.

A figura materna frente a criança em processo de desenvolvimento infantil é impar, assim como o envolvimento familiar. Segundo Macarini, Martins, Sachetti e Vieira (2010), esse é o principal nicho ecológico para a criança. Desse modo, as autoras afirmam que, para compreender o desenvolvimento infantil, é necessário considerar o ambiente familiar em que a criança vive, incluindo as práticas de cuidado a que é submetida, bem como o sistema de crenças que seus cuidadores possuem sobre a forma de criação dos filhos. Nesse contexto, Keller, Demuth e Yovsi (2008) afirmam que isso pode ser considerado como uma força motivacional para a ação dos pais.

Vigotski (1996) assinala esse conteúdo exposto. Para ele, o papel ativo da criança no seu processo de desenvolvimento não se dá apenas pela sua *interação* com os adultos, na qual ela precisa se adaptar ao pensamento deles, mas a formação e o desenvolvimento do homem se dão a partir da *atividade humana* que ele desempenha. Daí sobressai o papel central que tem a coletividade para essa teoria. Afirmar também esse autor que a família é a principal instituição social para as crianças, e que ela é influenciada pelo meio cultural e social em que se situa, portanto, ela deve receber condições básicas para a formação de suas crianças.

Esse é o contexto em que se insere o enfermeiro. Portanto, o profissional que cuida de crianças em instituições para esse fim, no caso, a ESF, é modelado com a visão de que, segundo Brasil (2004), a avaliação adequada do desenvolvimento infantil deve ser ampla,

requerendo, durante a entrevista, a coleta de informações sobre as condições de vida, rotina diária, formas de relacionamento familiar e oportunidades de interação com outras crianças, pois, para desenvolver uma determinada habilidade, ela deve vivenciar situações que favoreçam a aquisição da mesma.

Entretanto, de acordo com as verbalizações das enfermeiras, sugere-se uma conduta de certo modo engessada, limitada ao mínimo possível do que se faz, e isso vai em posição oposta à visão em que o estudo se norteou. Analisar as concepções sobre desenvolvimento infantil leva ao conceito de nichos dentro de cada contexto cultural distinto proposto por Harkness e Super (1996). Para esses autores, além da mãe, o cuidador é influenciado pela cultura, e o resultado reflete na prática de cuidados da criança. Seidl de Moura et al. (2004), corroborando o assunto, afirmam que o modo em que se dá o desenvolvimento humano dentro de cada contexto cultural resulta de como se dá esse cuidado.

Então, limitar as orientações só pelos instrumentos que são disponibilizados é pouco elucidativo para o fim a que se propõe, e pela importância de um tema tão abrangente e dinâmico de mudanças que ocorrem em uma pessoa frente a tantas vulnerabilidades a que essas crianças estão expostas. Sachetti (2009) argumenta que as pessoas que cuidam das crianças enfatizam alguns sistemas e fazem um arranjo único ao expressar crenças ou comportamentos de cuidado, mas sempre vinculados ao modelo de orientação cultural presente em seu grupo.

Desse modo, observamos que a identificação e a compreensão das crenças que permeiam o cuidar da família pelos profissionais podem criar possibilidades que lhes permitam ampliar o foco do cuidado em busca da perspectiva de ver a criança e a família como um conjunto a ser cuidado, no sentido de superar esse conflito. Desse modo, é importante que o enfermeiro passe a contemplar a família enquanto unidade de cuidado.

6.3.7 Concepção do enfermeiro sobre seu papel no acompanhamento do desenvolvimento infantil

A sétima categoria diz respeito à *Percepção do enfermeiro sobre o seu papel no acompanhamento do Desenvolvimento Infantil*. Nos vários relatos colhidos, fluíram duas subcategorias: *Papel de responsabilidade* e *Papel que exige compromisso e dedicação*. Em relação à primeira subcategoria, expressam as enfermeiras a grande responsabilidade frente ao papel de acompanhar o desenvolvimento infantil, considerando também que é um papel relevante e importante. Seguem os relatos apreendidos:

[...] vejo com grande responsabilidade esse papel; desenvolvimento é um tema complexo e precisa de muita dedicação (E-11).

[...] esse é um papel de muita responsabilidade e acredito que relevante (E-25).

[...] de muita responsabilidade, são vidas sob nossa atenção, tem que haver muito respeito (E-38).

Por outro lado, as enfermeiras acreditam que esse é um papel de fundamental importância, e comentam sobre o papel de cuidador e educador nesse contexto:

[...] acho fundamental, através de nosso papel de educador e cuidador, pois o acompanhamento do desenvolvimento é função nossa (E-15).

[...] realizar o acompanhamento do DI é muito importante, pelo peso desse processo na vida da criança (E-23).

[...] é fundamental esse acompanhamento, e procuro fazê-lo da melhor maneira possível (E-26).

Em relação à segunda subcategoria, *Papel que exige responsabilidade e dedicação*, captaram-se alguns discursos que demonstraram essas peculiaridades no acompanhamento do DI pelos enfermeiros; alguns relatos falam no cuidar como a essência da sua prática, assim como na criação de vínculos com a família:

[...] o cuidar é a nossa essência, e no DI tem que ter muito esforço e dedicação de nossa parte (E-13).

[...] é um acompanhamento diferenciado, exige de nós compromisso e dedicação sempre, porém, traz muita satisfação (E-30).

[...] o acompanhamento do DI favorece a criação de vínculos com essa família, daí vem uma dedicação maior (E-31).

De um modo geral, as enfermeiras, diante da questão sobre o seu papel no acompanhamento do DI, sinalizam-no como um papel importante, de responsabilidade, resgatando o seu papel de cuidador e orientador, e comentam até a possibilidade de formação de vínculos com as respectivas famílias que atendem.

Esses relatos encontram concordância em estudo desenvolvido por Campos, Ribeiro, Silva e Saporolli (2011), no qual objetivou compreender o significado atribuído pelo enfermeiro no atendimento à criança na puericultura. Revelam os autores que os enfermeiros consideraram ser esta uma condição muito importante pela possibilidade de promover mudanças individuais e coletivas, contribuindo com a promoção da saúde de sua clientela uma vez que permite resgatar a importância de cuidar e educar a criança e família.

Ressalta-se que, ao longo da sua história, a Enfermagem tem apontado o cuidar como a essência, o foco central da sua existência enquanto profissão, e o cuidado é o momento específico da interação entre o profissional enfermeiro e o seu cliente (Brêtas & Santos, 2002). Afirmam esses autores que o cuidar é o foco central de prática intelectual dominante na Enfermagem, e que nenhuma outra profissão está totalmente envolvida com comportamentos, processos e relações de cuidar quanto a Enfermagem.

Destarte, ao colocar o cuidado como centro de sua prática, o enfermeiro passa a adquirir plena autonomia e ser visto como uma esfera privilegiada na área da saúde, tanto do ponto de vista científico como prático. Compreende-se, assim, que o enfermeiro deve assumir o processo de cuidar e do cuidado com autonomia. Assim, Monteiro, Santos, Macedo, Gurgel e Cavalcanti (2011) atentam para o fato de que o exercício da autonomia de

um profissional não implica em desenvolver trabalhos isolados, principalmente no âmbito da ESF, mesmo sendo o enfermeiro um dos principais responsáveis pela consecução de suas ações.

Neste contexto, o cuidado deve estar em constante inter-relação com a educação, com a qual o enfermeiro interage, rompendo a visão de cuidado estritamente técnico para praticar um cuidado crítico, embasado em conhecimento científico. Essas medidas rompem as barreiras institucionais e individuais e adentram na comunidade visando o coletivo.

Porém, é preciso ressaltar que, para um trabalho ser denominado de cuidado familiar, é necessário, segundo Kakehashi e Silva (2001), que o profissional tenha conhecimento acerca desse universo que é a família, pois, para esses autores, cuidar implica na capacidade de entender e atender adequadamente as necessidades do outro. Nesse caso, acredita-se que não basta boa intenção, é necessária uma revisão de postura e, inclusive, reflexão sobre o conceito de conhecimento, que não deve se restringir ao que é verbalizado. Por essa razão, para conhecer a família, é preciso, além de saber ouvir, ser sensível o suficiente para enxergar nas entrelinhas e conhecer o que está implícito.

As ações de educação em saúde precisam ser promovidas continuamente, a fim de repassar conhecimentos à comunidade envolvida no processo. Entretanto, as enfermeiras das unidades pesquisadas desenvolvem poucas ações direcionadas a esse objetivo. Pode-se verificar também, perante os resultados obtidos, que essas profissionais de saúde não desenvolvem suas atividades educativas conforme os pressupostos do Ministério da Saúde, interferindo na qualidade da assistência prestada e constatando que o atendimento clínico ainda é predominante nas atividades laborais do enfermeiro, embora ele tenha um discurso consciente de seu papel de educador.

Denota-se, nesses argumentos, que a conquista da autonomia do enfermeiro no fazer coletivo do acompanhamento do DI avança à medida que a enfermeira consegue manter sob

seu domínio os conhecimentos teóricos que fundamentam as estratégias de acompanhamento das crianças, cuidadores e suas famílias.

De um modo geral, as falas das participantes convergem para o sentido de que o enfermeiro, na saúde coletiva, deveria desempenhar um papel fundamental na implantação e manutenção das políticas de saúde, onde existe uma dinâmica no acompanhamento do DI. Deve-se mencionar que esse é um construto preconizado pelas políticas públicas, no sentido das diretrizes para o acompanhamento do DI, portanto, o enfermeiro deve atender a essas expectativas dentro desse contexto.

6.3.8 Instrumentos utilizados na ESF para avaliar o desenvolvimento infantil

A percepção das enfermeiras sobre *Os instrumentos utilizados na ESF para avaliar o DI* foi o objetivo desta questão. Como subcategorias, surgiram *Instrumentos são bons* e *Instrumentos são precários*. Na primeira subcategoria, 62 relatos consideraram que os instrumentos são bons, facilitam o trabalho, são completos e auxiliam bastante na hora do acompanhamento do DI. Confere-se isso nas falas a seguir:

[...] classifico os instrumentos como bons (E-9).

[...] sim, são bons, e diria mais, são completos (E-19).

[...] são instrumentos já consolidados, fazem parte do nosso dia a dia, sinceramente, acho-os bons (E-26).

Por outro lado, algumas entrevistadas foram ao extremo da primeira subcategoria e opinaram o instrumento como precário, limitado, sugerindo que eles deveriam ser revistos, conforme pode ser observado nos discursos:

[...] sinceramente, para mim, são instrumentos limitados, precários. (E-15).

[...] tenho dificuldade de me limitar só a eles, é como se faltasse algo a ser avaliado (E-18);

[...] desenvolvimento é mais do que avaliar fatores de riscos, não é só biológico, daí a dificuldade desses instrumentos (E-28).

Com base nos relatos, apreende-se a divisão nas respostas dos enfermeiros sobre os instrumentos utilizados para o acompanhamento do DI. Enquanto a maioria opina que os instrumentos são bons, outras poucas participantes afirmam que não. Entretanto, chama atenção um aspecto evidenciado em uma questão anterior. Quando interpeladas sobre o modo como elas orientam as mães para estimular o DI, os discursos das enfermeiras foram convergentes no sentido de todas utilizarem alguns dos instrumentos supracitados como balizadores de suas orientações, ou seja, o Cartão de Saúde da Criança e/ou a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento. Então, para as participantes, os instrumentos são bons, uma vez que servem de suporte para as orientações que são dirigidas às mães.

Ressalta-se que, na atenção à saúde da criança, a consulta de enfermagem congrega as recomendações ministeriais dirigidas para essa clientela através da sistematização do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento. O momento da consulta é, portanto, um espaço privilegiado de atuação do enfermeiro, uma vez que, segundo Gomes e Nunes (2006), a relação profissional-cliente acontece sob a orientação única do enfermeiro, o que o torna detentor do atendimento às necessidades da clientela em questão.

Porém, existem contradições a esse tipo de atendimento. Em nenhum momento, as participantes referiram o uso dessa estratégia – a consulta de enfermagem. É importante mencionar que os instrumentos a que elas fazem menção são partes de um protocolo de atendimento, ou seja, estão inclusos junto com a consulta, ou mesmo em posse das mães ou cuidadoras, em referência ao Cartão de Saúde da Criança.

Portanto, não se compreende como esse profissional limita o seu atendimento ao uso de instrumentos de forma isolada, ou se essa foi uma forma de dar ênfase a tais instrumentos,

ou mesmo o questionamento: Só no momento de orientar as mães eles são bons, suficientes? E, em outro parâmetro, por que só ao avaliar o DI ele se torna precário?

O Ministério da Saúde, ao propor o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, determina que cada contato entre a criança e os serviços de saúde, independente do fato, queixa ou doença que o motivou, deve ser visto como uma oportunidade para a análise integrada e preditiva de sua saúde, e para uma ação resolutiva, de promoção da saúde, com forte caráter educativo (Brasil, 2002).

Um estudo realizado por Saparolli e Adami (2007) teve como objetivo avaliar a consulta de enfermagem dirigida à criança na ESF, em uma unidade de saúde da cidade de São Paulo–SP. Nele, as autoras encontraram que os enfermeiros participantes não realizavam a consulta de enfermagem de forma preconizada e nem utilizavam nenhum tipo de escala para a avaliação do desenvolvimento das crianças. Diante dos achados, recomendam as autoras a necessidade de uma sistematização dessa prática, em especial até o segundo ano de vida, em função da vulnerabilidade biológica e dos riscos de adoecer nessa faixa etária.

Um outro estudo foi realizado por Figueiras et al. (2003), em Belém–PA, no qual foram avaliadas as práticas e conhecimentos de médicos e enfermeiros sobre a Vigilância do Desenvolvimento Infantil. Concluiu o estudo que todos os 160 participantes apresentaram algum tipo de deficiência nos conhecimentos sobre desenvolvimento infantil, e que a Vigilância do Desenvolvimento Infantil não era realizada satisfatoriamente. As autoras sugerem que a operacionalização desse programa seria facilitada se os serviços de saúde normatizassem algumas condutas, principalmente para crianças de até dois anos de idade, e nelas buscassem identificar precocemente qualquer problema. Embora o manual dê destaque à prevenção de possíveis riscos e problemas relacionados ao desenvolvimento infantil, precisa-se ir além dessa visão e instituir programas que promovam o desenvolvimento infantil por meio de intervenções que envolvam as relações da criança com a família, com

os cuidadores, com o contexto, de forma que o desenvolvimento seja impulsionado e sustentado por trocas interpessoais, pelas ferramentas e pelos instrumentos culturais.

São inúmeras as pesquisas nacionais, de autores como Figueiredo e Melo (2003), Moraes, Silva e Guedes (2008), Novaczyk, Dias e Gaíva (2008), Ribeiro, Resegue e Puccini (2010), Santos, Quintão e Almeida (2010), Saporolli e Adami (2010), entre outros, que avaliaram a conduta do enfermeiro no atendimento à criança através da consulta de enfermagem. Como resultados, confirmaram-se também as dificuldades desses profissionais em realizarem a consulta à criança dentro da ESF. Apreende-se, então, que esse é um fenômeno bastante comum na profissão, sendo confirmado também neste estudo. Espera-se que surjam outros estudos que procurem explicitar de que forma esses embates podem ser superados.

6.3.9 Avaliação do desenvolvimento infantil pelos enfermeiros em crianças até dois anos

Esta nona categoria identificada diz respeito à *Avaliação do DI pelos enfermeiros em crianças até dois anos de idade*, nas suas respectivas unidades de saúde. Decorreram desta quatro subcategorias: *Avaliação do DI priorizada no primeiro ano*; *Não avaliam o DI sistematicamente*; *Avaliam todas as crianças* e *Avaliam só crianças com problemas*.

Na primeira subcategoria, *Avaliação do DI priorizada no primeiro ano*, as enfermeiras manifestam a maneira como procedem à avaliação do DI só no primeiro ano da criança. Nesses relatos, tentam justificar porque só priorizam no primeiro ano, indicando que é nessa fase que as crianças mais se modificam, e também que é nessa idade que as mães são mais presentes nas unidades de saúde. Eis os relatos:

[...] atender até os dois anos é impossível, então priorizo o primeiro ano (E-8).

[...] o meu compromisso maior é com o primeiro ano (E-11). [...] durante o primeiro ano, as mães são mais presentes, daí nós aproveitamos e atendemos dentro do esperado (E-17).

[...] o primeiro ano é sempre o mais vulnerável, daí fico mais atenta e atendo (E-19).

As enfermeiras também expressam que *Não avaliam o DI sistematicamente*, motivadas sobretudo por ser um processo longo, por terem acúmulo de serviço, ou porque as mães e/ou cuidadoras estão sempre apressadas:

[...] ah, se eu tivesse tempo, até que faria, mas o dia a dia é fogo (E3).

[...] você conhece o material da consulta, não é? Então, não há tempo para ele, se olho e a criança está bem, passo adiante, faço só o essencial, peso, vacina... por aí. (E-10).

[...] realmente, não faço sistematicamente, só quando há uma intercorrência eu me detenho (E-16)

Entretanto, poucas enfermeiras manifestaram que *Avaliam todas as crianças*, justificando que se trata, sim, de um procedimento de sua responsabilidade, que as crianças precisam desse acompanhamento e que necessitam de uma atitude coerente com as suas funções:

[...] faço tudo com muita responsabilidade, atendo todas as crianças até os dois anos (E-8).

[...] imagine se deixo uma criança sem ser atendida; na minha unidade avalio todas (E-14).

[...] é importante essa idade, não podemos ignorar, tudo tem que ser bem feito (E-20).

Como última subcategoria, relatam algumas enfermeiras que só *Avaliam crianças com problemas*, quer seja de saúde, ou problemas sociais, pois, nesses casos, são mais vulneráveis. Abaixo segue o que elas disseram:

[...] na minha unidade, tenho poucas crianças entre zero e dois anos, porém, algumas têm problemas sérios; nessas, avalio o desenvolvimento sistematicamente (E-1).

[...] por serem vulneráveis, eu avalio o desenvolvimento sim, tenho casos de mães dependentes, criança que nasceu com peso baixo, ou é a avó quem cria, então me preocupo (E-10).

[...] a minha área é muito violenta, e vejo as crianças sem muitas oportunidades, então penso que ao menos aqui farei a diferença nesses pequenos cidadãos; acolho todos (E-18).

Analisando os relatos que dizem respeito à categoria *Avaliação do DI pelos enfermeiros em crianças até dois anos*, revela-se uma realidade preocupante no contexto de políticas públicas. Essa é uma faixa etária priorizada pelo Ministério da Saúde, portanto, todas as crianças que se encontram dentro desse contexto deverão ser atendidas pelo menos em nove consultas ao longo desse período, lembrando que as sete primeiras consultas ocorrem no primeiro ano e as duas seguintes entre 12 e 24 meses (Brasil, 2009).

Em se tratando de política, Harkness e Super (2010) argumentam que políticas são produtos culturais e são expressas através de programas específicos, assim como as crenças culturais são absorvidas em práticas. Porém, advertem os autores citados que, quando as políticas não são consistentes com a cultura das famílias ou indivíduos afetados por elas, muitas vezes não funcionam como previsto.

Esse é um fato comprovado dentro da dinâmica da ESF. Muitas justificativas são expostas pelas participantes do estudo, por não haver solução de continuidade nos programas previstos pelas políticas públicas. Porém, os profissionais que compõem a estrutura dessas políticas precisam considerar que, para grande parte da população, essa é a única opção de atendimento em saúde que esses indivíduos possuem.

Em concordância com esse pensamento, Oliveira e Albuquerque (2008) assinalam que crenças sobre saúde preventiva, atitudes sobre a população e os meios que dispõem para efetivar o trabalho na saúde constituem variáveis fundamentais para embasar a estruturação de um programa que vise a atender a população de modo preventivo. Concluem os autores que, nesse sentido, as crenças são de extrema relevância, pois podem auxiliar na identificação dos entraves das políticas públicas.

Entretanto, é justamente a ação dos fatores intervenientes que parece contribuir para que nem sempre uma crença se traduza numa prática correspondente. A respeito dessa colocação, Lightfoot e Valsiner (1992) citam que isso tem sido explicado principalmente através do perfil ativo do sujeito na construção de suas percepções. Em relação a essa afirmação, Bornstein e Cheah (2006) postulam que as crenças não são cópias fiéis das normas culturais, pois cada indivíduo irá internalizar tais normas de uma forma singular e assim constituirá sua crença individual.

O que se conclui é que, para compreender todos esses fatores, seria necessário arregimentar todas as variáveis que identificam os vários fatores que fazem parte desse contexto. Entretanto, pode-se deduzir que o estudo de crenças e concepções é algo pertinente, porque permite fazer inferências sobre diferentes aspectos do desenvolvimento humano. Além disso, um outro motivo para o estudo das concepções está na razão de compreender como elas afetam a saúde e o desenvolvimento da criança, ou seja, se repercutem direta ou indiretamente no desenvolvimento da criança.

Por conseguinte, salienta-se que, já há algumas décadas, a preocupação de pesquisadores com o desenvolvimento infantil e com os diversos fatores negativos a que as crianças estão vulneráveis é fato comum. Pode-se citar Zamberlan e Biasoli-Alves (1996), que enumeram vários desses fatores, a exemplo de condições de pobreza, habitação inadequada, rupturas familiares, ausência de educação, abuso e violência, como fatores a que estão expostas muitas crianças. Confirma-se que alguns desses fatores foram citados pelas participantes desta pesquisa.

Em sintonia com esse contexto, outros autores, como Halpern, Giugliani, Victora, Barros e Horta (2000), Halpern e Figueiras (2004), Miranda, Resegue e Figueiras (2003), Oliveira e Cadette (2008) e Rabuske, Oliveira e Arpini (2005), dentre outros, têm contribuído para a identificação dos fatores de riscos a que as crianças estão vulneráveis,

trazendo à tona a importância de avaliar a exposição das crianças e o impacto do efeito cumulativo dos riscos. Nesse aspecto, percebe-se quão salutar é o diagnóstico precoce, a prevenção e o tratamento adequado direcionados para as crianças em situação de risco. De onde se questiona: a falta de atendimento também não é um fator de risco do lado de quem deveria concretizar essa ação?

Dessa maneira, na tentativa de articular as ideias expostas nesse contexto, cabe ressaltar, em concordância com Molinari, Silva e Crepaldi (2005), a importância da família, que, por ser o sistema e contexto básico de desenvolvimento, deve ser o foco dos programas, principalmente na promoção à saúde. Argumentam os autores supracitados que, quando a família é bem orientada e com o devido suporte, ela pode ser promotora do desenvolvimento saudável da criança, pois os cuidados familiares podem evitar os riscos e servir como fatores de proteção para o desenvolvimento.

Observa-se também que, na prática, há uma visível insatisfação no desempenho por parte das enfermeiras. Ao serem questionados se avaliam todas as crianças até os dois anos, de acordo com o Ministério da Saúde, elas respondem entre sim e não, e às vezes põem critérios para realizar esses atendimentos, culpando, no final, excesso de trabalho por não realizarem essa avaliação, sobretudo motivadas pelas atividades burocráticas que provocam prejuízos assistenciais.

Entretanto, nota-se que há também falta de planejamento do próprio processo de trabalho, assim como se capta que esses profissionais não vêm exercendo o poder decisório sobre a assistência prestada inclusive por outros membros da equipe. Desse modo, o enfermeiro não consegue assumir o papel que lhe cabe, ou seja, a decisão sobre as ações de Enfermagem na busca da melhor assistência. Minas Gerais (2004) destacam que todas as atividades devem estar centradas no acompanhamento do desenvolvimento, pois esse é o eixo da assistência à criança.

Portanto, torna-se imprescindível o esforço conjunto da equipe de saúde da família e da própria família da criança, e esse acompanhamento não pode e não deve ser entendido como um mero controle da criança, reduzido a uma visão estreita e higienista, mas compreendido como um momento de discussão dos fatores, determinantes, necessidades e participação.

6.3.10 Justificativas espontâneas

A décima categoria advinda da última questão tratou de uma oportunidade para que o participante manifestasse algo que, para ele, ainda precisava ser acrescentado ou mesmo esclarecidos após a entrevista. Pelo conteúdo expresso, originou-se a categoria *Justificativas espontâneas*. A adesão foi unânime, e todas as participantes se manifestaram. Como resultado, emanaram duas subcategorias: *Necessidade de melhorar a atenção à saúde da criança* e *Dificuldades encontradas*.

A primeira subcategoria traz uma afirmação bastante curiosa. As enfermeiras apontam várias situações vivenciadas que mostram a necessidade de melhorar a atenção à criança, as quais, de certa maneira, são também justificativas. Verifica-se a seguir:

[...] realmente, não tenho realizado um atendimento global à criança (E-3).

[...] de repente, me vejo distante das crianças, tudo está muito trivial, e isso não é bom, nem para mim nem para elas (E-16).

[...] sinto que perdi a qualidade da atenção à saúde da criança (E- 18).

Em seguida, as enfermeiras reconhecem a necessidade de melhorar a prática, julgando a sua própria atuação como fragmentada, e clamam por uma capacitação na área, além de citarem a falta de uma motivação maior. Eis os relatos:

[...] preciso melhorar a minha prática, retomar uma sistemática que produza resultados (E-4).

[...] reconheço a minha atuação fragmentada em relação à criança (E-29).

[...] quando vejo os prontuários só com anotações mínimas, fico preocupada e penso: não pode ser assim (E-34).

A própria percepção de que o seu desempenho no exercício laboral está fragmentado e precisa melhorar é uma conscientização positiva, porém, precisa de uma superação. Apesar dessa percepção, conclui-se que tudo incide numa esfera maior, em que há vários motivos que contribuem com essa situação. Sabe-se que as políticas públicas de saúde não estão separadas dos modelos políticos e econômicos da sociedade e sofrem influências desses modelos. O PSF, atualmente reconhecido como ESF, tem o foco na família, e foi criado como reorganizador dos serviços de saúde e da prática profissional na tentativa de operacionalizar um modelo técnico assistencial pautado nos princípios do SUS (Brasil, 2002). Então, é preciso consolidar essa estratégia e atingir a excelência no atendimento.

Porém, analisa-se que, nas concepções dos enfermeiros expostas em todo percurso deste estudo, o que transparece é uma trilha bastante isolada entre o ser e o fazer. De um lado, esses profissionais apresentam uma visão distinta dos diversos usuários que compõem a unidade. Percebem-se também, nos discursos quando tratam da criança, um atendimento pouco dinâmico, direcionado apenas a verificar alguns aspectos do desenvolvimento, sem atentar para o desenvolvimento como um todo e a importância das interações como promotora deste desenvolvimento.

Esse é um ponto vital que deve ser observado por todos os membros de uma equipe da ESF. Sobre o enfermeiro, como coordenador técnico das equipes, pesa uma grande responsabilidade de articulação entre os membros da equipe e a comunidade. Tratar de ações de controle de danos sem contextualizar a população alvo vai resultar em pouco retorno,

pouca resposta, e os problemas se repetirão, voltando-se a uma prática de saúde pontual, baseada nos problemas de saúde.

Merece também destaque o esforço empreendido pelos enfermeiros para superarem as dificuldades enfrentadas no desenvolvimento da consulta, tanto no que se refere aos recursos físicos da unidade como à falta de equipamento, à sobrecarga de trabalho e, ainda, ao seu próprio despreparo.

Para a consulta de enfermagem ser prestada com qualidade, concordamos ser fundamental o serviço de saúde dispor de estruturas adequadas no que se refere à área física e às instalações, à disponibilidade de materiais e equipamentos, ao número adequado de enfermeiros com capacitação específica que interajam com o cliente e a família na perspectiva da criação de vínculo e respeito à autonomia do usuário. No que se refere à necessidade de preparo, os resultados de um estudo desenvolvido por Pedroso e Bousso (2004) apontam que as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros na ESF exigem conhecimento e habilidades além do que tem sido propiciado pela sua formação acadêmica, gerando, no profissional, um sentimento de deficiência pessoal e despertando a necessidade de estudar mais.

Outro estudo desenvolvido por Amaral, Oliveira, Cardoso, Ávila e Cardoso (2011) encontrou dados semelhantes aos deste estudo. Segundo os autores, os resultados demonstraram que a Estratégia Saúde da Família, sob a supervisão do enfermeiro, está suprimindo parcialmente as necessidades da população em caráter assistencial. Mencionam os autores supracitados que, embora a atuação do enfermeiro seja de substancial relevância como educador, por possuir uma formação que o capacita a compreender as particularidades de cada indivíduo e por assumir importante papel como membro essencial da equipe, pois além da função de coordenar, ele pratica atividades como o cuidar, o gerenciar e o educar, percebe-se que esse profissional não está atingindo o que é esperado dele.

Contudo, analisando todas essas funções que são peculiares e esperadas no desempenho do profissional enfermeiro, observa-se que são plurições que podem acarretar em sobrecarga de trabalho, refletindo no objetivo e na eficácia das condutas da ESF, além das precárias condições existentes no sistema de saúde, como as limitações por vezes de recursos materiais, estruturais e humanos.

Um outro estudo desenvolvido por Figueiredo e Melo (2007) confirma algumas dessas dificuldades enfrentadas pelos participantes deste estudo. Concluem as autoras que os profissionais que prestam assistência à criança nas unidades de saúde apresentam algumas falhas no atendimento e nas práticas relacionadas ao desenvolvimento infantil, reforçando a necessidade de programas de educação permanente, com destaque para a possibilidade de acompanhamento compartilhado entre a equipe da atenção básica e os serviços de referência, essenciais no processo de qualificação profissional e na assistência à criança e sua família.

Confirma-se, nas circunstâncias relatadas, que o desempenho das pessoas depende muito das circunstâncias que fazem parte da rotina em uma comunidade e das práticas culturais a que elas estão acostumadas. Kobarg, Sachetti e Vieira (2006) apontam que, para entender os processos que caracterizam o desenvolvimento dinâmico dos indivíduos, bem como suas comunidades culturais em processo de mudança, é necessário identificar regularidades que descrevem as variações entre comunidades, bem como os pontos comuns na espécie humana.

A segunda subcategoria identificada diz respeito às *Dificuldades encontradas* pelos enfermeiros no enfrentamento de atuação na ESF. Essas referem situações que provocam obstáculos na atuação das profissionais na execução de algumas atividades inerentes ao exercício de sua prática, tais como burocracia, espaço físico inadequado e sobrecarga de trabalho.

[...] distanciamos da nossa essência – o cuidar; a burocracia nos afasta da comunidade (E-15).

[...] há uma passividade nas usuárias que é desestimulante (E-19).

[...] diga-me mesmo, você observa isso, tenho certeza, é uma sobrecarga de trabalho, a enfermeira sempre está assoberbada de serviços (E-29).

Diante desses relatos, observa-se que se trata de situações reais, que instigam um repensar no modo como o atendimento à criança está sendo realizado. Matumoto, Fortuna, Kawata, Mishima e Pereira (2011) realizaram um estudo em algumas unidades da ESF da cidade de São Paulo e encontraram as mesmas dificuldades destacadas nesse último relato das enfermeiras. Assinalam as autoras que, por trás das dificuldades relatadas, há de se compreender que tudo isso faz parte de um conjunto de fatores inter-relacionados, dentre os quais se destacam o financiamento do setor, o modelo vigente de atenção à saúde ainda não superada e as questões relacionadas ao processo de formação e educação dos trabalhadores da saúde.

Destarte, constata-se, sim, um forte enraizamento do modelo clínico individual no modo de pensar e agir das enfermeiras. Melo e Andrade (2006) confirmam essa tendência e mencionam que os atendimentos prestados à criança na ESF ainda estão pautados no modelo de saúde vigente, com restrição de estratégias emancipatórias que compreendam a criança nas dimensões sociais e afetivas.

Esse é um contexto exposto pelos participantes que provoca reações negativas em cadeia na dinâmica geral dos atendimentos a ser prestado por esse profissional. É necessário que não só o enfermeiro, mas toda a equipe tenha consciência de que, na ausência de uma prática dentro dos princípios do SUS, haverá predomínio do modelo assistencial hegemônico, médico-centralizador, contribuindo para a manutenção da cultura da consulta médica e da medicalização.

Embora já enfatizado, Harkness e Super (1992) criaram um modelo para entendimento do desenvolvimento humano que inclui, entre outros aspectos, o papel dos cuidadores. Especificamente, os autores citados queriam compreender o processo de desenvolvimento da criança sob o ponto de vista da relação entre indivíduo e cultura, uma vez que o crescimento da criança se dá em um Nicho de Desenvolvimento que tem como função intermediar sua inserção no ambiente cultural mais amplo.

Coaduna-se com esse contexto a existência de diferentes concepções de homem e de sociedade que, de acordo com Teoria Sócio-Histórica, resulta, como já vimos, em diferentes concepções sobre o desenvolvimento infantil. Nesse sentido, podemos afirmar que também é por meio daquelas concepções de homem e de sociedade que se forma a concepção dos enfermeiros para o desenvolvimento infantil.

Nesse aspecto, parece oportuno perguntar-se qual seria o papel dos enfermeiros nesse processo de desenvolvimento, nessa perspectiva. Conscientemente ou não, isto é, equipados ou não de finalidades e intencionalidades, eles organizam para as crianças as operações mediadas que irão dirigir sua atenção e que, mais tarde, elas utilizarão como base para se organizarem por si mesmas.

Porém, na realidade pesquisada, a forma da influência do pensamento inatista leva a redução do processo de desenvolvimento humano a um processo puramente quantitativo. A criança é reduzida, na teoria inatista, a um ser *biológico*, cujas características já estão dadas desde o nascimento, restando apenas que elas sejam despertadas. Dessa forma, a descoberta do processo de desenvolvimento especificamente humano torna-se impossível, assim como a captação e a explicação de todas as mudanças e transformações verificadas na conduta da criança.

Ademais, visto que o cuidado se dá por relações sociais, pelo diálogo, profissionais da saúde se desfazem do seu saber técnico e se tornam conjuntamente responsáveis pelo

processo saúde-doença e, mais especificamente, pelo crescimento e desenvolvimento da criança. Com isso, todos tendem a crescer, profissionais, família, crianças, instituições e serviços de saúde, em uma relação dialógica, uma vez que, na conjuntura da ESF, o diálogo desempenha um papel preponderante.

Nesse contexto, apreende-se que o cuidado só é possível se há condições concretas para o diálogo, para a escuta, para o vínculo e para a solidariedade. De acordo com Guizardi e Pinheiro (2004), o cuidado existe na medida em que supõe uma ação mútua, marcada não apenas pelo estabelecimento, mas pela manutenção da relação social. Portanto, as ações e práticas em saúde são determinadas pela especificidade das relações, que se configuram como uma relação entre sujeitos e ampliam as visões sobre saúde, incluindo a percepção da integralidade do cuidado.

Assim, a atuação do enfermeiro na saúde da criança e da família dentro da Estratégia de Saúde da Família é permeada pela construção de uma prática que busca a mudança do modelo assistencial, surgindo propostas, introduzindo-se novas formas de compreensão e de intervenção. O meio de se atuar nesse processo de trabalho envolve, primeiramente, a abordagem familiar e a visita domiciliar, o trabalho em equipe e a intersetorialidade, além da constituição de uma prática mais integrada, viabilizada por um fio que conduz toda a assistência primária realizada pela equipe de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi analisar as concepções sobre desenvolvimento infantil de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. Buscou-se, através de um olhar na Teoria Sócio-Histórica de Vigotski (1995) e na abordagem do Nicho de Desenvolvimento de Harkness e Super (1986), construir um arcabouço no qual as concepções fluíssem de modo transparente, representando a influência do meio ambiente externo e interno no processo de desenvolvimento, e a família como fator fundamental entre o desenvolvimento e o meio ambiente para promover a saúde da criança.

Numa abordagem quantiquantitativa, o estudo delineou-se utilizando os pressupostos de Bardin (2006), de acordo com a Análise Categorical Temática. Nesse direcionamento, emergiram dos dados empíricos uma classe temática, 10 categorias, 27 subcategorias e 1367 unidades de análise.

Este estudo, além de ter sido um grande desafio, constituiu um projeto pioneiro dentro da perspectiva do profissional enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, sobretudo pela forma com que foi conduzido. Destaca-se, além da sua base teórica, o trajeto metodológico, que permitiu compreender e analisar as concepções de desenvolvimento infantil extraídas de um grupo de profissionais, no caso, enfermeiros, que, no dia a dia, enfrentam uma realidade institucional pautada no acompanhamento de crianças e famílias em processo de desenvolvimento.

Desse modo, a perspectiva do Teoria Sócio-Histórica, como pano de fundo no contexto do estudo, apontou uma concepção de criança na relação de atividade, mediação e entorno como o caminho para uma nova maneira de olhar e compreender a criança e seu desenvolvimento, como também pela abordagem do Nicho de Desenvolvimento que

permitiu visualizar a criança sob as lentes dos fatores históricos, culturais e sociais, localizando a criança e o desenvolvimento processados em um nicho.

Verificou-se, na análise das concepções sobre desenvolvimento infantil oriundas dos discursos dos enfermeiros, um delineamento dos aspectos teóricos concebidos por esses profissionais, de modo que foi possível perceber o enfrentamento, no dia a dia da sua prática, em relação ao desenvolvimento infantil enquanto programa institucional.

Percebe-se que o enfermeiro, no acompanhamento do desenvolvimento infantil, tem o seu desempenho dependente das circunstâncias que fazem parte da rotina em sua comunidade e das práticas culturais às quais ele está habituado. Desse modo, trazer estudos em ambientes coletivos no contexto do desenvolvimento, considerando-se os aspectos dos cuidadores, do ambiente e cultura em que todos estão envolvidos, permite destacar o enfermeiro no seu papel de mediador e agente de transformação social.

Releva-se também que o Programa Saúde da Família surgiu como um espaço privilegiado de atenção às crianças, que, na maioria das vezes, vivem em contextos desfavoráveis, na medida em que corresponde efetivamente a uma nova concepção de saúde, centrada na promoção da qualidade de vida.

Segundo Brasil (2000), a família deve ser entendida de forma integral e em seu espaço social, ou seja, a pessoa deve ser abordada em seu contexto socioeconômico e cultural e reconhecida como sujeito social portador de autonomia, reconhecendo que é na família que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente a saúde das pessoas. Em suma, o programa prevê que o profissional tenha compreensão de aspectos relacionados à dinâmica familiar, seu funcionamento, suas funções, desenvolvimento e características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas. Com isso, presume-se dos profissionais uma atitude diferenciada, pautada no respeito, na ética e no compromisso com as famílias pelas

quais são responsáveis, mediante a criação de vínculo de confiança e de afeto, atuando de forma participativa na construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar.

Num primeiro momento, apreende-se que as concepções inferidas pelas enfermeiras apresentaram um discurso em comum e, de certa maneira, coerente com os pressupostos que norteiam os programas destinados a esse fim, ou seja, calcado na Teoria Maturacionista. Desse modo, elas se posicionaram quanto ao seu entendimento desses pressupostos, dando ênfase aos aspectos de acordo com a sua concepção.

A manutenção dessa concepção de um desenvolvimento natural da criança, pautada na crença da existência de uma força intrínseca à criança (processos maturacionais), que sabe ao certo aonde conduzi-la no seu desenvolvimento e na qual o profissional não pode interferir – esse é um ponto que remete, dessa forma, à descoberta do processo de desenvolvimento especificamente humano, inviabilizando, assim, a captação e a explicação de todas as mudanças e transformações verificadas no comportamento da criança. Por tudo o que foi apreendido até então, pode-se afirmar que não há espaço no interior da concepção inatista para análises da influência do meio ou do social no desenvolvimento humano.

Apreende-se, de uma maneira geral, nos relatos expostos, que os enfermeiros, a partir das suas experiências e concepções sobre a ESF, tentam construir os significados da prática, do cotidiano de trabalho, de forma que viabilizem uma compreensão de saúde como mudança e realmente priorizem o ser humano, o acolhimento, a escuta, o contexto e o ser no processo e na comunidade, na perspectiva da integralidade, resultante da apropriação do modelo organizativo da ESF.

Percebe-se que existem contradições no modo como esses profissionais pensam a ESF e como realizam o atendimento à criança no acompanhamento do desenvolvimento infantil. Nessa especificidade, através de Vigotski (1987), apreende-se um movimento dialético na relação entre pensamento e linguagem, colaborando no fazer diário do

enfermeiro em relação à criança, articulando-o com sua concepção de desenvolvimento infantil.

Alcança-se, nesse movimento, um sentido ativo, de certa maneira complexo, que mostra um modo de conceber a criança baseado na sua concepção, colocando as necessidades de atendimento a criança como importantes e fundamentais no trabalho diário das equipes da ESF. Porém, essa concepção transparece não ter superado a própria linha de concepção, para que responsavelmente fluam propostas que, de fato, transformem a prática.

Acredita-se que, nessas contradições, evidencia-se uma concepção naturalizada de criança e de desenvolvimento infantil, pelas quais os enfermeiros tentam justificar o atendimento fragmentado nesses aspectos em seu universo de trabalho, e, de certa maneira, assumem essa situação não como uma responsabilidade pessoal, mas em decorrência de uma falha no próprio sistema de saúde, assim como na comunidade que está sob seus cuidados, ou mesmo na falta de capacitações relacionadas ao tema do desenvolvimento infantil.

Destarte, transparece nesse arcabouço, de modo bastante claro, que essa estagnação que circunda a ESF (como serviço de saúde) não é pontual e nem institucional como focos isolados, mas consequência do predomínio dessa visão generalizada, acomodada, universal do desenvolvimento. Esse ponto faz refletir que, diante desses comportamentos expostos, é necessário um aprofundamento maior que exceda os limites deste estudo, mas de uma importância vital para o avanço no conhecimento da saúde que provoque, efetivamente, práticas mais saudáveis no cuidado com a saúde da família e da criança.

É fato que o cuidado só acontece por relações sociais e pelo diálogo, ou seja, dá-se em uma relação dialógica, em que o diálogo desempenha um papel preponderante (Wendhausen & Saupe, 2003). Portanto, esse é um momento em que os profissionais da saúde precisam se desfazer do seu saber técnico e se tornarem conjuntamente responsáveis pelo processo saúde-doença e, mais especificamente, pelo crescimento e desenvolvimento

da criança. Com isso, todos crescem: profissionais, famílias, crianças, instituições e serviços de saúde.

De tudo que se destacou neste estudo, sobressaem as concepções sobre desenvolvimento infantil, e a sutileza exposta, por consequência do modo como estudo foi construído, transpareceu alguns traços de como se processa a prática do enfermeiro com famílias e crianças no contexto do Programa Saúde da Família. Analisa-se que ainda se tem muito que avançar no que se refere, sobretudo, ao conhecimento dos profissionais acerca da família, da saúde da família e dos instrumentos para a interação familiar e estruturação do PSF propriamente dito. Permite-se até deduzir que os enfermeiros acreditam estar cuidando da família mesmo quando o seu processo de trabalho não se diferencia daquele adotado na assistência ao indivíduo, levando-se a considerar que o que está acontecendo é assistência ao indivíduo que tem familiares, e não a assistência à família sob o aspecto de unidade de cuidado.

Entre outros fatores importantes a serem enfrentados e confirmados por estes profissionais, estão as precárias condições socioeconômicas da população adscrita na sua área, a exclusão social, a alta incidência de pais e mães dependentes, a falta de motivação, de comprometimento com o cuidado em saúde demonstrado, a falta de equipamentos e medicações e a baixa resolutividade de problemas.

Vale ressaltar que é necessário reconsiderar as metas do PSF e promover reajustes na prática acerca do trabalho com famílias, considerando que os princípios e diretrizes do programa, por si só, não são capazes de responder ao propósito de inversão do modelo assistencial, exigindo ações muito mais abrangentes ligadas ao meio, à economia, à política, à assistência social, à educação e ao lazer, para só então intervir na capacidade de intervenção das equipes de saúde da família.

Portanto, considerando que a qualidade do trabalho realizado pelo enfermeiro, tem como fatores limitantes além dos aspectos citados, o grande número de pessoas cadastradas na USF, a área territorial vasta e dispersa, que dificulta o acesso, além do grande número de atividades sob responsabilidade do enfermeiro, tornando a disponibilidade de tempo insuficiente para um atendimento integral, humanizado e personalizado, mostrando ser necessário mudanças diante dessas questões enfrentadas e das características das novas propostas de assistência.

Nessa perspectiva, os enfermeiros enquanto gerentes das Unidades de Saúde, realizam funções administrativas e ações pontuais, que tem importância para o fluxo do serviço, em contrapartida sua competência como enfermeiro da família é questionada, pois as ações inerentes ao cuidado das famílias são preteridas em função do acúmulo de várias atribuições.

Nesse sentido, um dos principais desafios do caráter inovador da ESF relaciona-se à necessidade de se definir o perfil das competências necessário aos profissionais inseridos, sobretudo para o profissional enfermeiro, que apesar das dificuldades, sua atuação está diretamente relacionada à consolidação dessa modalidade de atenção à saúde, merecendo, portanto, reconhecimento, encontrando recursos principalmente na equipe, além das parcerias interdisciplinares e intersetoriais.

Considera-se que esse campo de atuação representa um importante espaço de crescimento e reconhecimento para a Enfermagem, uma vez que profissionais dessa área vêm tendo a oportunidade de desenvolver uma nova forma de assistir a população materno-infantil, libertando-se de uma prática normatizadora, em direção a uma atenção mais vinculada ao processo de cidadania e ao conceito mais amplo de saúde. Essa assistência apresenta, sim, obstáculos e fatores limitadores, porém, estes devem ser discutidos, visando a uma melhor preparação do profissional enfermeiro para enfrentar os desafios que se

colocam à frente de sua atuação, discussão essa que também deve subsidiar uma melhor estruturação da Estratégia Saúde da Família, a fim de favorecer aspectos qualitativos da assistência.

Nesse sentido, ressaltamos que é necessário estabelecer estratégias de cunho didático que enfoquem os indivíduos socialmente inseridos no mundo, estendendo a capacidade de compreensão que surge não apenas da relação doença-criança, mas que focalize principalmente a relação família-criança, construída através do universo social e cultural no qual a criança se integra e interage.

A família deve ser considerada, pelo enfermeiro, enquanto uma relação ampla, social e culturalmente constituída, para promover a construção de uma concepção crítica e reflexiva que possa contribuir no processo de cuidados dessas pessoas nessa estratégia. Não agindo dessa forma, as famílias se tornam sujeitos passivos no desenvolvimento das atividades educativas, atendo-se apenas a seguirem as restritas orientações que estão sendo transmitidas a elas. Consequentemente, essas limitações inviabilizam a atuação da família como protagonista na condução e na construção da sua qualidade de vida.

Portanto, há necessidade de criar espaços de reflexão para os enfermeiros da ESF, a fim de que estes repensem suas concepções a partir do seu lugar no trabalho, de modo que levem em consideração as múltiplas variáveis no entendimento da criança, família, desenvolvimento, como forma de afastar o imobilismo ou desenvolver ações poucos efetivas, deixando a criança e a família na invisibilidade.

Do ponto de vista metodológico, verifica-se que esse tipo de estudo pode superar algumas limitações, no sentido de apreender o verdadeiro acesso de uma dimensão mais ampla das concepções e práticas, com algumas variáveis que posteriormente poderiam ser testadas através de estudos observacionais; por exemplo, acompanhando a realização de uma consulta de enfermagem e, nesta, observando como esses profissionais processam cada passo

da consulta nos aspectos do desenvolvimento infantil, orientação às mães, dentre outras especificidades que precisam ser respeitadas.

Destaca-se que não foram esgotadas todas as possibilidades de análise dos dados, no sentido de que o enfermeiro é apenas um elo nessa cadeia da ESF, um elo que, nessa equipe, tem as mesmas responsabilidades dentro das especificidades de cada profissional que faz parte desse todo. Desse modo, supõe-se que as fragilidades detectadas neste estudo são o reflexo de um todo, e cada um precisa repensar suas concepções dentro desse universo complexo. Portanto, este estudo irá permitir adentrar com outros membros dessas equipes, além da participação da própria comunidade, no caso, os usuários do sistema, na busca de visibilidade desses sujeitos, enquanto sujeitos sociais.

Assim, a forma dialogada e participativa entre diferentes saberes, na compreensão das raízes de seus problemas e na busca de soluções compartilhadas para se trabalhar esses conflitos, será o objetivo subsequente após a apresentação deste estudo, como forma de retorno ao serviço, à comunidade, ao cidadão e, sobretudo, à criança e à família.

Entre os aspectos a serem enfrentados, está a consolidação da tradicional prática biomédica, curativista e altamente especializada, presente tanto na bagagem dos profissionais quanto na dos usuários, resultando em mecanismos de resistência às novas propostas. Porém, observa-se um espaço aberto mediante, principalmente, a busca da qualidade do serviço prestado.

Entretanto, é importante enfatizar que os resultados das análises realizadas neste estudo não são conclusivos. Concebe-se que ele poderá vir a contribuir com pesquisas futuras como por exemplo a análise das concepções sobre desenvolvimento infantil entre os outros profissionais que compõem a ESF, fechando esse círculo nas equipes dessas unidades. Também seria importante estudar as concepções que permeiam a população atendida no que se refere ao DI e o papel dos profissionais de saúde. Só então se alcançariam parâmetros que

possam contribuir para formalizar elementos teóricos consistentes para serem incluídos nos programas de educação permanente, intervindo com substratos consistentes que atendem essa demanda.

Rego (2002) postula que a Teoria Sócio-Histórica oferece grandes contribuições para a reestruturação de uma prática centrada num indivíduo inserido na coletividade, pois tem elementos teóricos importantes para a busca da compreensão de como se dá o processo de desenvolvimento. Isso é o que se espera como resultado desta pesquisa, ou seja, estudos que tragam contribuições relevantes para a compreensão dos processos de desenvolvimento no contexto da ESF, que possam trazer sugestões de mudanças em relação às visões teóricas que norteiam atualmente os programas.

Nesse contexto, urge a necessidade da participação do profissional psicólogo dentro das equipes da ESF, uma vez que ele tem um papel de extrema relevância no processo de mediação, compreensão e intervenção no desenvolvimento da criança, família, educação infantil, processos, concepções e recursos psicossociais, estudando particularidades e circunstâncias em que esses processos ocorrem e que devem ser entendidos de forma indissociada nos aspectos históricos e culturais da sociedade.

Esse é um aspecto relevante que traria para as equipes uma grande contribuição na responsabilidade pelo cuidado integral da saúde da população a ela vinculada, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de agravos mais frequentes e intervenção sobre os fatores de risco vividos pela comunidade, além de favorecer a qualidade da interação com mães, pais e outros cuidadores.

Enfim, para finalizar, destaca-se que, nesse arcabouço de políticas públicas, emerge a tarefa de se repensar o coletivo e as ações de saúde que formam a organização do corpo social em que vivemos, uma vez que as políticas públicas exigem a presença de diversos atores desde sua elaboração assim como, na sua implementação. Desse modo, o trabalho

multiprofissional e interdisciplinar surge como um dos elementos básicos como condição para se ter o fenômeno compreendido de forma integral.

Referências

- Acioli, S. (2008) A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, fev. v.61, n.01, p.17-121. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.
- Aguiar, A. M. (2009). *Crenças e conhecimentos de pais e profissionais de saúde sobre o Desenvolvimento de crianças com Síndrome de Down até dois anos de idade*. Dissertação (Mestrado) UFRJ. Instituto de Psicologia. Rio de Janeiro.
- Almeida, A. M. O & Cunha, G. G. (2003). Representações Sociais do Desenvolvimento Humano. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (1), 147-155.
- Alves, Z.M. M. B. (1999). Relações familiares. *Texto e Contexto*, 8(2), 229-241.
- Amaral, L. R.; Oliveira, M. A. D.; Cardoso, R. B.; Ávila, S. P. A > R. & Cardoso, B. L. C. (2011). Atuação do enfermeiro como educador no programa saúde da família: Importância para uma abordagem integral na atenção primária. *F G Ciência Guanambi*, v.01, n.01, jan./jul.
- Amorim, K. & Rossetti-Ferreira, M.C. (1999). Creches com qualidade para a educação e o desenvolvimento integral da criança pequena. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 19, 64- 69.
- Ariès, P. (1981). *História Social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar
- Aspesi, C. C., Dessen, M. A. & Chagas, J. F. (2005). A ciência do desenvolvimento humano: Uma perspectiva interdisciplinar. Em M. A. Dessen & A. L. Costa, Jr. (Orgs.). *A Ciência do desenvolvimento humano: Tendências atuais e perspectivas futuras* (pp. 19-36). Porto Alegre: Artmed.
- Assis, L. C.; Einioft, L. & Prates, C. S. (2008). Consulta de Enfermagem pediátrica: percepção dos acompanhantes no pós-atendimento. *Rev. Soc. Bras. Enf. Ped.* 8(1), 13-19.
- Bardin, L. (2006) *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70 Ltda.
- Bastos, A. C. S. (1991). Ideias sobre a criação dos filhos: uma invenção cultural. *Psico*, 22(2) 63-87.

- Bastos, A. C. S. (2001). Perspectivas teóricas no estudo do desenvolvimento social. In: A.C.S. Bastos. *Modos de partilhar. A criança e o cotidiano da família*. (pp. 35-66). São Paulo: Cabral Editora Universitária.
- Bee, Helen. (2003). *A criança em desenvolvimento*. Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. 9. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Bissoli, M. de F. (2005). *Educação e desenvolvimento da personalidade da criança: contribuições da teoria histórico-cultural*. 282 f. Tese (Doutorado em Educação) Faculdade de Filosofia e Ciências. Universidade Estad. Paulista, Marília.
- Blank, D. (2003). A puericultura hoje: um enfoque baseado em evidências. *J. Pediatr.* Rio de Janeiro. N.79, supl. 1, 13-22.
- Bock, A. M. M. (2000). As influências do Barão de Münchhausen na Psicologia da Educação. In: Tanamachi, E. R., Proença, M. & Rocha, M. L. (orgs). *Psicologia e Educação: Desafios teórico-práticos*. São Paulo:Casa do Psicólogo.
- Bornstein, M. H. (2004). Child and family research in cross-cultural perspective. *International Society for the Study of Behavioral Development Newsletter*, 1 Serial n. 45, 17-20.
- Bornstein, M. H. & Cheah, C. S. L. (2006). The place of “culture and parenting” in the Ecological contextual perspective on developmental science. In: Kenneth H. Rubin & Ock, B. Chung (Orgs.). *Parenting beliefs, behaviors, and parent-child relations: a cross- cultural perspective*. (pp. 3-33). New York, NY: Psychology Press.
- Branco, A. U. & Rocha, R. F. (1998). A questão da metodologia na investigação científica do Desenvolvimento humano. *Psicologia :Teoria e Pesquisa*, 14(3), 251-258. Brasília, UnB.
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. *Caderneta de Saúde da Criança*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (DF).
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. *Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil*. Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde: Brasília (DF).
- Brasil. (2002). *Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Série Cadernos de Atenção Básica. n.11. Ministério da Saúde :Brasília – DF.

- Brasil. (2001). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. *Guia prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília – DF.
- Brasil. (2000). Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família*. Brasília, DF, 2000. Caderno de Atenção Básica nº 3.
- Brasil. (1999). Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Atenção Integrada às doenças Prevalentes da Infância: quadro de Conduta*, Brasília (DF). Ministério da Saúde.
- Brasil. (1998). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Saúde da Família*. Brasília.
- Brasil. (1997). Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais. *Metas da Cúpula Mundial em favor da infância – avaliação de meia década, 1990-1995*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil. (1988). *Constituição*: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/
- Brasil. (1986). *Lei n. 7.498*. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília. Acesso em 20 de julho de 2011. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4151>.
- Brasileiro, M. C.; Beltrão, M. M.; Perez, E. P. P.; Bastos, L. N. V. & Oliveira, M. B. (2000). O cartão da criança é adequadamente utilizado nos serviços de saúde: Em XXXI Congresso. Brasil. de Pediatria, *Anais*, Fortaleza: Sociedade Brasileira de Pediatria.
- Brazelton, T. B. & Grenspan, S. I. (2002). *As necessidades essenciais das crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver*. Porto Alegre: Artmed.
- Brazelton, T. B. & Sparrow, J. D. (2003). *3 a 6 anos: momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. Porto Alegre: Artmed.
- Brêtas, J. R. S. & Santos, F. Q. (2002). Aspectos da Teoria Piagetiana: da biologia à cognição *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, v.15, n.3, jul/set., p.87-96.
- Bronfenbrenner, U. (2003). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. POA: Artes Médicas.

- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22 (6), 723-742.
- Bugental, D. B. & Goodnow, J. J. (1998). Socialization processes. In: W. Damon & N. Eisenberg (Orgs.). *Handbook of child psychology*, v. 3. *Social, emotional, and personality development*. (5th ed., pp. 389-462). New York: Wiley.
- Bujes, Maria Isabel E. (2001). Escola Infantil: pra que te quero. In: Craidy, Carmem & Kaercher, Gládis E. (orgs.). *Educação Infantil pra que te quero?* Porto Alegre: Artmed.
- Campos, R. M. C. Ribeiro, C. A.; Silva, C. V. & Saporolli, E, C. L. (2011). Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 45(3), 566-574.
- Canoas, Cilene Swain. (2007). A questão de sexo e de gênero nas relações sociais. In: *O olhar feminino sobre 2010*. São Paulo: Texto Novo.
- Cavalcante, L. I. C, Magalhães, C. M. C. & Pontes, F. A. R. (2007). Institucionalização precoce e prolongada de crianças: discutindo aspectos decisivos para desenvolvimento. *Aletheia*, 25, 24-30
- Ceará. (2002). Secretaria do Estado de Saúde. *Manual de normas para saúde da criança na atenção primária: módulo I: Puericultura*. Fortaleza.
- Chiesa, A. M.; Verissimo M. D. L. O. R.; Fraccolli L. A. (2009). O projeto nossas crianças: janelas de oportunidades: possibilidades e limites para a atenção à criança. In: Chiesa, M.; Zaboli, E.; Fraccolli, E. A. (Org.). *Promoção da saúde da criança: a experiência do projeto Nossas Crianças: janelas de oportunidades*. São Paulo:MSPrado,. p. 13-28.
- Cole, M. & Cole, R. S. (2004). *O desenvolvimento da criança e do adolescente*. 4. ed. Porto Alegre:Artes Médicas.
- Cole, M.; Scribner, S. (1994). Introdução. In: Vigotski, L.S. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). *Resolução n. 159/1993*. De 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 1993. Disponível em: [HTTP://www.portalcofen.com.br](http://www.portalcofen.com.br)

- Corrêa, L. S. (2011). *Concepções de desenvolvimento e práticas de cuidado à criança em ambiente de abrigo na perspectiva do Nicho Desenvolvimental*. Dissertação de Mestrado. UFPA: Pará.
- Delgado, Ana C. & Müller, Fernanda. (2005). Sociologia da infância: pesquisa com crianças. *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 26, n. 91, Maio/Ago.
- Dessen, M. A. (2005). Construindo uma ciência do desenvolvimento humano: passado, presente e futuro. In: Dessen, M. A. Costa Jr. A. L. (orgs). *A ciência do Desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras*. Porto Alegre: Artmed.
- Dessen, M. A. & Guedea, M. T. D. (2005). A ciência do desenvolvimento humano: ajustando o foco de análise. *Paidéia*, 15(30), 11-20.
- Dessen, M. A. & Torres, C. V. (2002). Family and socialization factors in Brazil: an overview. Em: W. J. Lonner, D. L. Dinnel, S. A. Hayes & D. N. Sattler (Eds.). *Online Readings in Psychology and Culture* (Unidade 13, Cap. 2). Center for Cross-Cultural Research . Western Washington University, Bellingham, Washington. Disponível
- Duarte, N. (1996) . *Educação escolar, teoria do cotidiano e a escola de Vigotski*. Campinas: Autores Associados.
- Elkonin, D. (1987). Sobre el problema de La periodización del desarrollo psíquico em la infância. La infancia. In: Davidov, V.; Shuare, M. (Orgs.). *La Psicología Evolutiva y Pedagógica em la URSS*. (Antologia). Moscou: Editorial Progreso, pp. 83-102.
- Facci, M.G.D. (2004). A periodização do desenvolvimento psicológico individual na perspectiva de Leontiev, Elkonin e Vigotski. *Cadernos Cedes*, v.24, n.62, abril.
- Ferraz, F. (2005). Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. *Rev. Brasil. de Enferm.* Brasília, v. 58, n. 05. p. 607-610, Out. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.
- Figueiras, A. C. M.; Barros, L. C. N.; Barléte, K. C. S.; Faria, E. C. F.; Fernandes, M. S. B. & Santos, J. R. P. (2001). Uso do Cartão da criança no município de Belém. *Revista Paraense de Medicina*. 15(39).
- Figueiras, A. C. M.; Puccini, R. F.; Silva, E. M. K. & Pedromônico, M. R. M. (2003). Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à

- saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cad. Saúde Públ.* v.19,n.6, p.1691-1699.
- Figueiredo, G. L. A. & Mello, D. F. (2003). A prática de enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. *Rev. Lat-am Enfermagem*. Jul-ago:11(4), 44-51.
- Figueiredo, G. L. A.; Mello, D. F. de. (2007) Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. Ribeirão Preto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. v.15, n.6, 886-893.
- Figueiredo, N.M.A. (2003). *Práticas de enfermagem: ensinando a cuidar da criança*. São Paulo: Difusão Enfermagem.
- Fontanella, B. J. B.; Ricas, J. & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisa qualitativa em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 24,17-21.
- Franco, A. L. S & Bastos, A. C. S. (2002). Um olhar sobre o programa de saúde da família: a perspectiva ecológica na psicologia do desenvolvimento segundo Bronfenbrenner e o modelo da vigilância da saúde. *Psicologia em Estudo*. v.7, n.2, p. 65- 72, jun/dez.
- Frones, I. (1995). *Among peers: on the meaning of peers in the process of socialization*. Oslo, Norway: Scandinavian University Press.
- Gaskell, G. (2002). Entrevistas individuais e grupais. Em Martin W. Bauer e George Gaskell (Eds), *Pesquisa Qualitativa em texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis. R.J. Vozes.
- Gesell, A. L. (2003). *A criança dos 0 a 5 anos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Goldschmied, E. & Jackson, S. (2006). *Educação de 0 a 3 anos: o atendimento em creche*. Porto Alegre: Artmed.
- Gomes, R. de M. & Nunes, C. B. (2006). Avaliação do desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem pediátrica. *Ensaio e Ciências*. v.10, n.1, 223-237.
- Goodnow, J. J. (1988). Parents Ideas, Actions, and Feelings: Models and Methods from Development and Social Psychology. *Child Development*. 59, 286-320.
- Goodnow, J. (1992). Parents'ideas, childrens' ideas: Correspondence and divergence. Em Sigel, I. E.,; McGillicuddy-DeLisi A. V. e Goodnow, J.J. (Orgs), *Parental*

belief systems: The psychological consequences for children. (pp 293-317).
Hilldale, N. J.: Erlbaum.

Goodnow, J. (1996). From household practices to parents' ideas about work and interpersonal relationships. Em S. Harkness & C. M. Super (Eds.). *Parents' cultural belief systems: Their origins, expressions and consequences*. 2nd ed. (pp. 313-344).
New York: The Guilford Press

Guizardi, F. L. & Pinheiro, R. (2004). Quando a dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 37-56.

Halpern, R., & Filgueiras, A. C. M. (2004). Influências ambientais na saúde mental da Criança. *Jornal de Pediatria*. 80(2), (supl), 104-110.

Halpern, R.; Giugliani, E.; Victora, C. G.; Barros, F. & Horta, B. (2000). Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida.

Jornal de Pediatria, 76(6), 421-428.

Harkness, S. & Super, C. M. (1986). The developmental niche: a conceptualization at the Interface of child and culture. *International Journal of Behavioral Development*. 9, 545-569.

Harkness, S. & Super, C. M. (1992). Parental ethnoteories in action. Em I. E. Sigel, A. V. McGillicuddy-DeLisi & J. J. Goodnow (Orgs.), *Parental belief systems: The psychological consequences for children* (pp.373-391).Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

Harkness, S. & Super, C. M. (1994). The developmental niche: a theoretical framework for analyzing the household production of health. *Soc. Sci. Med.*, 38(2). 217-226.

Harkness, S. & Super, C. M. (1996). *Parent's cultural belief systems: Their origins, expressions and consequences*. 2nd ed. New York: The Guilford Press.

Harkness, S.; Super, C. M.; Axia, V.; Eliaz, A.; Palacios, J., & Welles-Nyström, B. (2001). Cultural pathways to successful parenting. *International Society for the Study of Behavioral Development Newsletter*, 38(1), 09-13.

Harkness, S.; Super, C. M. (2006). Themes and variations: Parental ethnotheories in western cultures. In: Rubin,& O. B. Chung, *Parental beliefs, parenting, and child*

development In cross-cultural perspective. pp. 61-79. New York: Psychology Press.

Harkness, S. & Super, C. M. (2010). Culture and Policy in early childhood development. In: Tremblay R.E., Barr, R. G.; Peters R. de V.; Boivin, M. eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development.

Hinde, R. A. (1992). Developmental psychology in the context of other behavioral sciences. *Developmental Psychology* 28(4), 1018-1029.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.(2012). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, número 27, Rio de Janeiro, RJ.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2012). Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. *Contagem da população 2011*. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/contagem/pdf>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística –IBGE. (2011). Ministério do Planejamento Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios – PNAD. Rio de Janeiro, RJ.

João Pessoa (2011). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Programa de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família do município de João Pessoa /PB*.

Kail, R. V. (2004). *A criança*. São Paulo: Pretince Hall.

Takehashi, T. Y. & Silva, C.V. (2001). O cuidar da criança e da família: das reflexões teóricas a sua aplicação na prática profissional do cotidiano. *Fam. Saúde Desenv.* 3(1), 15-20.

Keenan, T. (2002). *An introduction to child development*. London: Sage Publicacions.

Keller, H. (2007). *Cultures of infancy*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Keller, H.; Borke, J.; Yovsi, R. Kärtner, J.; Jensen, H. & Papaligoura, Z. (2004) Developmental consequences of early parenting experiences: Self-regulations and self-recognition in three cultural communities. *Child Development*, 75(6), 1745-1760.

- Keller, H.; Demuth, C. & Yovsi, R. D. (2008). The Multi-voicedness of Independence and Interdependence: The Case of the Cameroonian. *Culture & Psychology*, 14(1): 115–144.
- Keller, H.; Voelker, S., & Yovsi, R. D. (2005). Conceptions of Parenting in Different Cultural Communities: The Case of West African and Northern German Women. *Social Development*, 14(1), 158-180.
- Kobarg, A. P. R.; Sachetti, V. A. R. & Vieira, M. L. (2006). Valores e Crenças Parentais: Reflexões Teóricas. *Rev. Bras. Crescimento e Desenvolvim. Hum.* 16(2), 96-102.
- Kobarg, A. P. R. & Vieira, M. L. (2008). Crenças e Práticas de mães sobre desenvolvimento infantil nos contextos rurais e urbanos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(3), 401-408.
- Lamm, B. & Keller, B. (2007). Understanding cultural models of parenting: The role of intracultural variation and response style. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38 (1), 50-57.
- Laville, C. & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas*. Belo Horizonte: UFMG.
- Leão, E. (1998). *Pediatria Ambulatorial*. 2. ed. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica, 923 p.
- Leontiev, A. N. (1995). *O desenvolvimento do psiquismo*. São Paulo: Moraes.
- Leontiev, A. N. (2001) Uma contribuição à teoria do desenvolvimento da psique infantil. Em Vigotski, Luria & Leontiev. *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. 9. ed. São Paulo: Ícone.
- Lightfoot, C. & Valsiner, J. (1992). Parental beliefs under the influence: social guidance of the construction of personal cultures. In: I. E. Sigel, A.V. McGillicuddy DeLisi e J. J. Goodnow (Eds.). *Parental Belief Systems: The Psychological Consequences for Children*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Lyra, M. C. D. P. & Seidl de Moura, M. L. (2000). Desenvolvimento na interação social e no contexto histórico-cultural: Adequação entre perspectiva teórica e metodologia *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13 (2), 217-222.
- Lordelo, E. R. (1998). Educadores de creche: concepções e práticas. *Interação*, v.2, p.113-132

- Lordelo, E. R. (2002). Interação social e responsividade em ambientes doméstico e de creche: Cultura e desenvolvimento. *Estudos de Psicologia*, 7 (2), 343-359.
- Lordelo, E. R., Fonseca, A. L. & Araújo, M. L. V. B. (2000). Responsividade do ambiente de desenvolvimento: Crenças e práticas como sistema cultural de criação de filhos. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 13 (1), 73-80.
- Loderlo, E., Chalbud, A., Guirra, R. & Carvalho, C. (2007). Contexto e desenvolvimento cognitivo: Frequência à creche e evolução do desenvolvimento mental. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 20(2), 324-334.
- Macarini, S. M.; Martins, G. D. F.; Sachetti, V. A. R.; Vieira, M. L. (2010). Etnoteorias parentais: um estudo com mães residentes no interior e na capital de Santa Catarina. *Psicologia Reflexão e Crítica*, vol. 23, no. 1, 37-45.
- Macarini, S. M.; Martins, G. D. F. & Vieira, M. L. (2009). Promovendo saúde e Desenvolvimento na educação infantil: uma atuação da Psicologia. (2009). *Paideia*. 19 (43), 231-237.
- Machado, M. F. A. S. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.02, abr. 335-342.
- Marcondes, E. (2003). *Pediatria básica*. 9.ed. Tomo I. São Paulo: Sarvier.
- Marques, C. M. L. (2006). *A percepção dos cuidadores sociais de crianças em abrigos em relação ao processo do cuidar*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Franca/SP.
- Martins, G. D. F. (2009). *Influência do apoio social sobre crenças e práticas maternas em capitais e pequenas cidades brasileiras*. Florianópolis. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina.
- McGillicuddy-DeLisi, A. V. (1992). Parents' beliefs and children's personal social development. Em I. E. Sigel, A V. McGillicuddy-De Lisi, J. J. Goodnow (Eds), *Parental Belief Systems*. The Psychological consequences for children. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Matumoto, S.; Fortuna, C. M. Kawata, L. S., Mishima, S. M., Pereira, M. J. B. (2011). A Prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Rev. Latino Am. Enfermagem*. 19(1), 08-15.

- Medeiros, C. S. & Salomão, N.M.R. (2012). Concepções maternas sobre o desenvolvimento da criança deficiente visual. *Rev. Bras. Ed. Esp.* Marília, abr/jun. v. 8, n.2, 283-300.
- Melchiori, L. E. & Biasoli-Alves, Z. M. M. (2001). Crenças de educadores de creche sobre temperamento e desenvolvimento de bebês. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 285- 292.
- Melchiori, L. E.; Biasoli-Alves, Z. M. M.; Souza, D. C. & Bugliani, M.Z.P. (2007). Família e creche: crenças a respeito de temperamento e desempenho de bebês. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. jul/set. v.23, n.3, 245-252.
- Mello, S. A. (1999). Algumas implicações pedagógicas da Escola de Vygotsky para a educação infantil. In: *Revista Pro-Posições*, v. 10. n. 1, UNICAMP.
- Mello, S. A. (2004). A Escola de Vygotsky. In: Carrara, K. (Org.). *Introdução à Psicologia da Educação: seis abordagens*. São Paulo: Avercamp.
- Mello, D. F. & Andrade, R.D. (2006). Atuação do enfermeiro junto à população materno- infantil em uma unidade de saúde da família, no município de Passos-Mg. *REME – Rev. Min. Enf.*; 10(1): 88-93.
- Mendes, E. V. (2003). *Uma agenda para a saúde*. 2. ed. São Paulo:Hucitec.
- Mendonça, M. H. M. (2002). O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas. *Cad. Saúde Pública*, v.18, 113-120.
- Miller, S. A. (1988). Parents' beliefs about children's cognitive development. *Child Development*, 59, 250-285.
- Miller, A. M. & Harwood, R. L. (2001). Long-term socialization goals and the construction Mothers of infants' social networks among middle class Anglo and Puerto Rico *International Journal of Behavioral Development*, 25 (5), 450-457.
- Miller, J. G. (2002) Integrating cultural, psychological and biological perspectives in understanding child development. Em H. Keller, Y. H. Poortinga & A Schölmerich (Eds.). *Between culture and biology: Perspectives on ontogenetic development*. (pp. 136-155). Cambridge: Cambridge Press University.
- Minayo, M.C.S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10.ed. São Paulo: HUCITEC.

- Minas Gerais. (2004). Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção à Saúde da Criança*. SAS/DNAS. Belo Horizonte.
- Miranda, L.P.; Resegue, R. & Figueira, A.C. M. A. (2003). A criança e o adolescente com problemas de desenvolvimento no ambulatório de pediatria. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro, v.79, supl.1, 33-42.
- Molinari, J.S.; Silva, M.F.M.C. & Crepaldi, M.A. (2005). Saúde e desenvolvimento da criança: a família, os fatores de riscos e as ações na atenção básica. *Psicologia Argumento*. Curitiba, v.23, n.43, 17-25.
- Monteiro, A. I.; Santos, A. D. B.; Macedo, I. P.; Gurgel, P. K. F. & Cavalcante, J. M. P. (2011). A expressão da autonomia do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. *Rev. Enfer. UERJ*. Rio de Janeiro, jul/set; 19 (3), 426-31.
- Moraes, M.V.M.; Raniero, E.P.; Tudella, E.; Moraes, J. R.; Bortolin, P. & Martins, J. G. (2008). Abordagem Maturacionista: histórico e contribuições. *Dynamis Revista Tecno-Científica*. n.14, v.3, 23-28.
- Morais, E. O.; Silva, K. A & Guedes, H. M. (2008) Conhecimentos e práticas de profissionais sobre desenvolvimento da criança na Atenção Básica de Saúde. *Rev. Paul. de Ped.* 28(2), 208-214.
- Mota, M. E. da. (2005). Psicologia do Desenvolvimento: uma perspectiva histórica. *Temas em Psicologia*. 13 (2), 105-111.
- Novaczyk, A. B.; Dias, N. S. & Gaíva, M. A. M. (2008). Atenção à saúde da criança na rede básica: análise de dissertações e teses de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.* 10(4), 124-137
- Ojeda, B. S.; Eidt, O. R.; Canabarro, S. ; Corbellini, V. L. & Creutzberg, M. (2008). Saberes e verdades acerca da enfermagem: discursos de alunos ingressantes. *Rev. Bras. Enf.* Brasília, jan-fev; 61(1), 78-84.
- Oliveira, M. K. de. (1993). *Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento um processo sócio-histórico*. São Paulo: Scipione.
- Oliveira, V. C.; Cadette, M. M. M. (2010). Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. *Acta Paulista Enferm.* 22(3), 301-311.

- Oliveira, S. F. & Albuquerque, F. J. B. (2008). Programa de Saúde da Família: uma análise das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicologia & Sociedade*; 20(2), 237-246.
- Oliveira, M. L. S. & Bastos, A. C. S. (2000). Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(1), 97-107.
- Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. (2005). *Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI*. Washington, DC
- Palácios, J. (1990). Parent's ideas about the development and education of their children. Answer to some questions. *International Journal of Behavioral Development*, 13, 137- 155
- Palácios, J., González, M. M., & Moreno, M.C. (1992). Stimulating the child in the Zone of Proximal Development: the role of parents' ideas. In I. E. Sigel, A. V. McGillicuddy DeLisi & J. J. Goodnow (Eds.), *Parental Belief Systems: The Psychological Consequences for Children*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Pascaul, L., Schulthess, L. Galperin, C. Z. & Bornstein, M. H. (1995). Las ideas de las madres sobre la crianza de los hijos en Argentina. *Rev. Interamericana de Psicología*. 29(1), 23- 38.
- Pasqualini, J.C. (2009). A perspectiva histórico-dialética da periodização do desenvolvimento Infantil. *Psicologia em estudo*. jan/mar. v.14, n.1, 31-40,.
- Penderi, M. & Petrogiannis, K. (2011). Greek Roma Mothers' Childrearing beliefs and Practices. *Journal of Social, Evolutionary, and Cultural Psychology*. 5(1), 28-50.
- Pedroso, G.E.R. & Bousso, R.S. (2004). O significado de cuidar da família na UTI neonatal: crenças da equipe de enfermagem. *Acta Sci Health Sci*. 26(1), 129-34.
- Pino, A. (2005). *As marcas do humano: as origens da constituição cultural da criança na Perspectiva de Lev S. Vigotski*. São Paulo: Cortez
- Piovanotti, M. R. (2007). *Metas de Socialização infantil e crenças sobre práticas de cuidado parental de mães primíparas*. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina.
- Polit, D. F.; Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed.

- Prout, A. (2004). *Reconsiderar a nova sociologia da infância*. Braga: Universidade do Minho; Instituto de Estudos da Criança.
- Rabuske, M. M.; Oliveira, D., S. & Arpini, D. M. (2005). A criança e o desenvolvimento infantil na perspectiva de mães usuárias do serviço público de saúde. *Estudos de Psicologia*. Campinas. jul-set. 22(3), 321-331,
- Rapoport, A. & Piccinini, C. (2004). A escolha do cuidado alternativo para o bebê e a criança pequena: uma situação sempre difícil. *Estudos de Psicologia*. 32-50.
- Rego, T. C. (2002). Configurações sociais e singularidades: o impacto da escola na Constituição dos sujeitos. Em Oliveira, M. K.; Souza, D. T. R. & Rego, T. C. (Orgs.). *Psicologia, educação e as temáticas da vida contemporânea*. São Paulo: Moderna.
- Rego, T.C. (1995). *Vigotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Ribas, R. C., Jr., Seidl de Moura, M. L. & Bornstein, M. H. (2007). Cognições maternas acerca da maternidade e do desenvolvimento humano: uma contribuição ao estudo da psicologia parental. *Rev. Bras.Crescimento Desenv. Hum.*; 17(1), 104-113.
- Ribas, A. F. P. & Seidl de Moura, M. L. (2006). Abordagem sociocultural: Algumas vertentes e autores. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 129-138.
- Ribas, R. C., Jr., Seidl de Moura, M. L. & Bornstein, M. H. (2003). Socioeconomic status in Brazilian psychological research: II socioeconomic status and parenting knowledge. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 385-392.
- Ribas, A. F. P. & Seidl de Moura, M. L. (1999). Manifestações iniciais de trocas interativas mãe-bebê e suas transformações. *Estudos de Psicologia*, 04(2), 273- 288.
- Ribeiro, E.M. (2004). As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF/ESF). *Rev Lat Am Enferm.*; 12(4), 658-664.
- Ribeiro, A.M.; Resegue, R.F. da S. & Puccini, R.F. (2010). Conhecimentos e práticas de profissionais sobre desenvolvimento da criança na Atenção Básica à Saúde. *Rev. Paul. Pediatr.* 28(2), 208-214.
- Ricco, R. G.; Almeida, C. A. N. & Del Ciampo, L. A. (2005). *Puericultura: temas de pediatria* 80. São Paulo: Nestlé.

- Rocha, S. M. M.; Nascimento, L. C. & Lima, R. A. G. (2002). Enfermagem Pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. *Rev. Latino-am- Enferm.* set/out, 10(6), 709-714.
- Rocha, J. B. B. & Zeitoune, R. C. G. (2007). Perfil dos Enfermeiros do Programa Saúde da Família: Uma necessidade para discutir a prática profissional. *R. Enferm. UERJ.* Rio de Janeiro, jan/mar, 15(1), 46-52.
- Rogoff, B. (2005). *A natureza cultural do desenvolvimento humano*. Trad. Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed.
- Rogoff, B. & Chavajay, P. (1995). What's become of research on the cultural basis of cognitive development. *American Psychologist*, 50, 859-877.
- Rosa, W. A. G. & Labate, R. C. (2005) Programa Saúde da família: A construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-am Enfermagem*. nov/dez; 13 (6): 1027-34.
- Rossetti-Ferreira, M.C; Amorim, K.S. & Vitória, T. (1994). A creche enquanto contexto possível de desenvolvimento da criança pequena. *Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.*, 4 (2), 35-40.
- Rosseti-Ferreira, M. C; Amorim, K. S. & Silva, A. P. S. (2000). Uma perspectiva teórico-metodológica para análise do desenvolvimento humano e do processo de investigação. *Psico. Reflex. Crit.* v.13, n.2. Porto Alegre.
- Ruela, S. F. & Seidl de Moura, M. L. (2007). Um estudo do Nicho de desenvolvimento de um grupo de crianças em uma comunidade rural. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 12(2), 315-324.
- Sachetti, V. A. R. (2007). *Um estudo das crenças maternas sobre cuidados com crianças em dois contextos culturais do Estado de Santa Catarina*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- Sachetti, V. A. R. (2009). Crenças maternas e desenvolvimento infantil. Laboratório de Estudos Contemporâneos. *Rev. Eletrôn. Polêmica. UFRJ.* www.polemica.uerj.br. Santos, M. E. A.; Quintão, N. T. & Almeida, R.X. (2010). Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância *Rev. Esc. Anna Nery*. jul-set; 14(3), 591-598.

- Santos, S. M. R. (2008). A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde. *Rev. Texto e Contexto Enfermagem*. Florianópolis. 17(1), 124-130.
- Saparolli, E.C.L.& Adami, N.P.(2007). Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 20(1), 55-61.
- Saparolli, E. C. L. & Adami, N. P. (2010). Avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na atenção básica. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 44(1), 99-98.
- Sarti, C.A. (2007). *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. 4.ed. São Paulo: Cortez.
- Seidl de Moura, M. L., Ribas Jr. R. C., Piccinini, C. A., Bastos, A.C.S., Magalhães, C.M.C., Vieira, M. L. et al. (2004). Conhecimento sobre desenvolvimento infantil em mães primíparas de diferentes centros urbanos do Brasil. *Estudos de Psicologia*. 9(3), 421-429.
- Seidl de Moura, M. L. (2005). Bases para uma psicologia do desenvolvimento sociocultural e evolucionista. Em F. A. R. Pontes, C. Magalhães, R. Brito & W. Martin (Orgs.). *Temas pertinentes à construção da psicologia contemporânea*, p. 16-41. Belém: EDUFPA.
- Silva, S .M. C.; Almeida, C . M. C. & Ferreira, S. (2011) Apropriação cultural e mediação Pedagógica: contribuições de Vigotski na discussão do tema. *Psicologia em Estudo*, Maringá, abr/jun, v. 16, n.2, 219-228.
- Silva, A. K.; Vieira, M. L.; Seidl de Moura, M.L. & Ribas Jr., R. C. (2005). Conhecimentos de mães primíparas sobre desenvolvimento infantil: um estudo em Itajaí, SC. *Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum*. 15(3): 01-10.
- Sigel, I. E. (1992). The Belief-Behavior Connection: A Resolvable Dilemma? Em Siegel, A. V. McGillicuddy-DeLisi & J. Goodnow (Orgs.) *Parental belief systems: psychological consequences for children* (433-456). Hillsdale, NJ e Hove, Lawrence Erlbaum.
- Sigel, I. E., McGuillicuddy-DeLisi, A. V. & Goodnow, J. J. (1992). Introduction to the second edition. Em J. E. Sigel, A. V. McGillicuddy & J. J. Goodnow (Eds.). *Parental belief systems: The psychological consequences for children*. 2nd ed. Hillsdale: LEA
- Sigel, I. E. & Kim, M. (1992). The answer depends on the question. A conceptual and Ethodological analysis of a parent belief-behavior interview regarding

- childrens learning. Em Sigel, I. E., A. V. McGillicuddy-De Lisi, J. J. Goodnow (Eds), *Parental Belief Systems. The Psychological Consequences for Children*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Solymos; G. M. B.; Maricondi, M. A.; Soares, M. L. P. V. (2009). A criança e a família: as potencialidades da abordagem em rede para o contexto da promoção da saúde. Em Chiesa, A.M.; Fracolli, E.A.; Zaboli, E. (Org.). *Promoção da saúde da criança: a experiência do projeto Nossas Crianças: janelas de oportunidades*. São Paulo: MS Prado, p. 43-60.
- Souza, M. C. B. R. (2007). *A concepção de criança para o enfoque Histórico-Cultural*. Tese (Doutorado em Educação). São Paulo: Faculdade de Filosofia e Ciências. Universidade Estadual Paulista.
- Stern, D. (1992). *O mundo interpessoal do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Suizzo, M. A. (2002). French parents' cultural models and childrearing beliefs. *International Journal of Behavioral Development*, 26 (4), 297-307.
- Super, C. M. (1976). Environmental effects on motor development: The case of African infant precocity. *Develop. Med. Child Neurol.* 18, 561 -567.
- Super, C. M. & Harkness, S. (1986). The Developmental Niche: A conceptualization at the interface of child and culture. *International Journal of Behavioral Development.*, dec. 9 (1), 545-699.
- Super, C. M. & Harkness, S. (1999). The environment as culture n developmental research. In S. L. Friedman & T. D. Wachs. *Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts*.(p.279-323), Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Super, C. M. & Harkness, S. (2002). Culture Structures the environment for development. *Human Development*, 45(4), 270-274
- Terra, M. R. (2002). O desenvolvimento Humano na Teoria de Piaget. <http://unicamp.br/iel/site/alunos/publicações/textos/d00005/htm>.
- Trindade, Z. A. (2000). Em busca da maternidade: dilema reprodutivo das mulheres inférteis. Em Moreira, A. S. P. & Oliveira, D. C. (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. 2 ed. Goiânia: AB, p. 191-203.

- Unicef. Fundo das Nações Unidas para a Infância .(2001). *Situação da Infância Brasileira*. Desenvolvimento infantil. Os primeiros seis anos de vida. Brasília, DF,. Disponível em: <[http:// www.unicef.org.br](http://www.unicef.org.br)>.
- Valsiner, J. (1997). *Culture and the development of children's action: A theory of human development*. 2nd.ed. New York: John Wilwy & Sons.
- Valsiner, J. (2007). *Culture in minds and societies: foundations of cultural psychology*. New Delhi: Sage
- Veríssimo, M D.L.O.R. (2001). Ações de enfermagem para a promoção da saúde infantil. Em Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Brasília. Ministério da Saúde. *Manual de Enfermagem: Programa de Saúde da Família*. Brasília.
- Vieira, A. O. M. & Branco, A. U. (2010). Cultura, crenças e práticas de socialização de de gêmeos monozigóticos. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v.16, n.3, 575-593.
- Vygotsky, L. S. (1987). *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.
- Vygotsky, L. S. (1991). *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes.
- Vygotski, L. S.(1993). Obras Escogidas – Tomo II. *Problemas de Psicologia General*. Madrid: Visor Distribuciones.
- Vigotsky, L. S. (1996). *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. 5.ed. São Paulo (Brasil): Martins Fontes.
- Vigotski, L. S. (1998). *Psicologia pedagógica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Wendhausen, A. & Saupe, R. (2003). Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enferm.*; 12(1):17-25.
- Zamberlan, M. A. T. & Biasoli-Alves, Z. M. (1996). *Interações familiares: Teoria, pesquisa e Subsídios à intervenção*. Londrina: Ed UEL.

Apêndice A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

TÍTULO: CONCEPÇÕES SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM ENFERMEIROS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dia: _____ Hora: _____ Código: _____

1) PRIMEIRA PARTE: Questionário sobre os dados sociodemográficos e profissionais:

Identificação do PSF: _____

Identificação Pessoal: _____ Sexo: _____

Data de nascimento: _____ Bairro onde reside: _____

Há quanto tempo você atua como enfermeiro na ESF: _____

Estado civil: _____ Você tem filhos? _____ Se sim, quantos? _____

Especifique a idade de seus filhos: _____

Em qual instituição você cursou a graduação em Enfermagem? _____

Em que ano você concluiu? _____

Você realizou alguma capacitação promovida pelo Ministério da Saúde no tocante à Saúde da Criança? _____ Quantas? _____ Se, sim, especifique

quais: _____

Realizou algum curso de pós-graduação? _____ Se sim, em que ano? _____

Especifique o curso e em qual instituição você realizou: _____

Você possui outros vínculos empregatícios? _____

Se respondeu sim à pergunta anterior, que horário você disponibiliza para essa jornada? _____

Apêndice B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA SOBRE OS
DADOS DO OBJETO DE ESTUDO

1. Fale-me das suas concepções sobre desenvolvimento infantil.
2. Quais aspectos dentro do processo de desenvolvimento infantil você observa no atendimento à criança?
3. Quais as suas concepções sobre os aspectos motor, social, afetivo, cognitivo e de linguagem para o desenvolvimento infantil?
4. Como você percebe as ideias maternas sobre o desenvolvimento infantil?
5. Na sua concepção, quais contextos ou aspectos que mais influenciam o processo de desenvolvimento da criança?
6. Que orientações você costuma repassar às mães para estimularem o desenvolvimento dos seus filhos?
7. Como você se percebe no papel de acompanhamento do desenvolvimento infantil?
8. Qual a sua concepção sobre o conteúdo dos instrumentos para o acompanhamento do desenvolvimento disponibilizados pelo Programa Saúde da Família ?
9. Como você avalia o desenvolvimento de todas as crianças na faixa etária entre zero e dois anos, segundo o calendário de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde?
10. Você gostaria de acrescentar algo mais?

Apêndice C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
CURSO DE DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

**TÍTULO DA PESQUISA: *CONCEPÇÕES SOBRE DESENVOLVIMENTO
INFANTIL DE ENFERMEIROS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA***

Prezado(a) enfermeiro(a):

Eu, Maria de Fátima de Oliveira Coutinho Silva, aluna do curso de Doutorado em Psicologia Social, venho através deste documento convidá-lo(a) para participar de uma pesquisa intitulada “CONCEPÇÕES SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL DE ENFERMEIROS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”, que será realizada por mim sob a orientação da Prof.^a Dra. Nádia Maria Ribeiro Salomão.

A pesquisa tem como objetivo geral analisar as concepções sobre desenvolvimento infantil em enfermeiros que atuam nas equipes da Estratégia Saúde da Família. Sua finalidade é de efetivamente contribuir para melhorar cada vez mais a qualidade do ambiente institucional, no que se refere à criação de condições favoráveis à construção de vínculos sociais e afetivos decisivos para o desenvolvimento infantil em seus aspectos biológicos, psicológicos, culturais e sociais.

A sua participação é voluntária, e, caso você concorde em participar, terá a sua identidade preservada, assim como os dados oriundos da pesquisa serão confidenciais e apenas os pesquisadores terão acesso direto aos eles, que receberão um código como garantia do anonimato. Esclarecemos que não haverá riscos envolvidos ou despesas, e você poderá, a qualquer momento, desistir da sua participação sem nenhum prejuízo para sua pessoa. Informamos também que, no final da pesquisa, os resultados poderão ser apresentados e/ou divulgados através de publicação em periódicos científicos, assim como apresentados em congressos e/ou outros veículos de divulgação de trabalhos científicos, mantendo sempre garantido o anonimato dos participantes. Por fim, esclarecemos que utilizaremos como recurso para captação dos dados uma entrevista que será gravada e terá a duração aproximada de 30 minutos.

Informo, ainda, que lhe será fornecida uma cópia deste documento, e que qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca desta pesquisa e de sua metodologia poderá ser obtido a qualquer momento junto à pesquisadora através dos telefones: (83) 8817.7303 ou 3216.7229, ou pelo e-mail mfocoutinho@gmail.com, ou, ainda, no Núcleo de Estudo em Interação Social e Desenvolvimento Infantil – localizado no Centro de Ciências Humanas Letras e Artes (CCHLA) da UFPB, bloco B, 2º andar, sala 26, Campus Universitário I, João Pessoa-PB.

Pesquisador Responsável

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro que li as informações sobre a pesquisa intitulada “CONCEPÇÕES SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL DE ENFERMEIROS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”, e confirmo por livre vontade a minha participação na mesma.

João Pessoa, ____/____/____.

Assinatura do(a) enfermeiro(a) participante



FACULDADE
SANTA EMÍLIA DE RODAT
ÉTICA E EXCELÊNCIA PROFISSIONAL

Apêndice D – Certidão do Comitê de Ética

NÚCLEO DE PESQUISA E EXTENSÃO - NUPE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO



- ♦ Processo número: 058/2011
- ♦ Título do projeto de pesquisa: CONCEPÇÕES DE ENFERMEIROS INSERIDOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL.
- ♦ Pesquisador (a) Responsável: Maria de Fátima De Oliveira Coutinho Silva
- ♦ Orientador (a): Profª Dra. Nádia Maria Ribeiro Salomão
- ♦ Instituição onde se realizará a pesquisa: Em uma Unidade de Saúde da Família, localizada na cidade de João Pessoa – PB.
- ♦ Curso: Doutorado em Psicologia Social.
- ♦ Relator (a): Profª. Ms. Maria Eliane Moreira Freire

PARECER

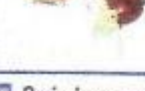
Com base na **Resolução 196/96 do CNS/MS**, que regulamenta as Diretrizes e Normas Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Emília de Rodat – João Pessoa - Pb, em sua sessão realizada em 10/11/2011, após apreciação do parecer do relator e demais membros deste Comitê, resolveu considerar, **APROVADO**, o Projeto de Pesquisa acima referido.

O presente documento não dispensa de que o responsável por este estudo deixe obrigatoriamente de apresentar a este Comitê, o resumo do **Relatório Final** da pesquisa em questão, sob pena de não ser emitido o certificado de conclusão da pesquisa, que credenciará o trabalho para publicação.

João Pessoa, 11/11/2011.


Maria Eliane Moreira Freire
Coordenadora do Comitê de Ética

Apêndice E - Ficha de Acompanhamento do desenvolvimento

Ficha de acompanhamento do desenvolvimento																
Registro:		Nome:														
Data de nascimento _/_/___	Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)	Idade (meses)														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	Abre e fecha os braços em resposta a estimulação (Reflexo de Moro)															
	Postura: braços para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada															
	Olha para a pessoa que a observa															
	Dá mostras de prazer e desconforto															
	Fixa e acompanha objetos em seu campo visual															
	Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente															
	Arrulha e sorri espontaneamente															
	Começa a diferenciar dia/noite															
	Postura: passa da posição lateral para linha média															
	Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço															
	Emite sons - Balbúcia															
	Conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva															
	Rola da posição supina para prona															
	Levantada pelos braços, ajuda com o corpo															
	Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro															
	Reconhece quando se dirigem a ela															
	Senta-se sem apoio															
	Segura e transfere objetos de uma mão para a outra															
	Responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhos															
	Imita pequenos gestos ou brincadeiras															
	Arrasta-se ou engatinha															
	Pega objetos usando o polegar e o indicador															
	Emprega pelo menos uma palavra com sentido															
	Faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.)															
Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)		Idade (meses)														
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
	Anda sozinha, raramente cai															
	Tira sozinha qualquer peça do vestuário															
	Conversa pelo menos 2 ou 3 palavras															
	Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista															
	Leva os alimentos à boca com sua própria mão															
	Corre e/ou sobe degraus baixos															
	Aceita a companhia de outras crianças mas brinca isoladamente															
	Diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seu															
	Veste-se com auxílio															
	Fica sobre um pé, momentaneamente															
	Usa frases															
	Começa o controle esfincteriano															
	Reconhece mais de duas cores															
	Pula sobre um pé só															
	Brinca com outras crianças															
	Imita pessoas da vida cotidiana (pai, mãe, médico, etc.)															
	Veste-se sozinha															
	Pula alternadamente com um e outro pé															
	Alterna momentos cooperativos com agressivos															
	Capaz de expressar preferências e ideias próprias															

☒ Período em que 90% das crianças adquirem o marco

☐ Presentes até o 4º mês

P = presente; A = ausente; NV = não verificado

Elaborada por Briant, J. A. C., Jerusalinsky, A. N. e Zanone, C. M. C.

